

**IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE RECONSULTA EN CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE FERRER DE ANDALUCÍA A
TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA APS**

KAROL LICETH COLLAZOS HERNANDEZ

HAROLD DURAN CORREA

WILMAR ALFONSO MACIAS MARMOLEJO

ERIKA YASMIN PUERTA HERNANDEZ

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD
INVESTIGACION
TULUA
2012**

**IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE RECONSULTA EN CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE FERRER DE ANDALUCÍA A
TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA APS**

KAROL LICETH COLLAZOS HERNANDEZ

HAROLD DURAN CORREA

WILMAR ALFONSO MACIAS MARMOLEJO

ERIKA YASMIN PUERTA HERNANDEZ

LINEA DE INVESTIGACION

GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

DOCENTE

SULAY ROCIO ECHEVERRY MEJIA

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD
INVESTIGACION
TULUA
2012**

Nota de Aceptación:

Firma del presidente del Jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Manizales, 27 de febrero de 2012

A nuestras familias, por su colaboración y paciencia en todo el proceso de
nuestro estudio

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Dios, por estar siempre presente en cada instante de sus vidas.

Al personal del hospital San Vicente Ferrer de Andalucía y a sus Usuarios,

A la Universidad Católica de Manizales, a la docente Dra. Sulay Rocio Echeverry,

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera colaboraron en la realización de esta tesis.

CONTENIDO

1. ANTECEDENTES	- 1 -
1.1 MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE ANDALUCÍA VALLE DEL CAUCA- 4 -	
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	- 6 -
3. JUSTIFICACIÓN	- 8 -
4. OBJETIVOS	- 9 -
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	- 9 -
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:	- 9 -
5. MARCO TEÓRICO	- 10 -
6. METODOLOGÍA PROPUESTA.....	- 16 -
6.1 TIPO DE ESTUDIO	- 16 -
6.1.1 Cualitativo: exploratorio.	- 16 -
6.1.2 Exploratoria:.....	- 16 -
6.2 POBLACIÓN.....	- 16 -
6.3 MUESTRA	- 17 -
6.4 FUENTES DE INFORMACION	- 17 -
6.4.1 Información Primaria	- 17 -
6.4.2 Informacion Secundaria.....	- 17 -
6.5 VARIABLES.....	- 17 -
6.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	- 19 -
6.6.1 Formatos	- 19 -
6.6.2 Implementos, equipos y materiales:	- 20 -

6.7 DISEÑO METODOLOGICO	- 20 -
7. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	- 21 -
7.1 ENCUESTA DE IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE RECONSULTA	- 21 -
7.2 ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE LAS VARIABLES APLICADAS EN LA ENCUESTA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE RECONSULTA EN EL HOSPITAL SAN VICENTE FERRER.....	- 21 -
8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	- 56 -
9. CONCLUSIONES.....	- 59 -
10. RECOMENDACIONES.....	- 61 -
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	- 62 -
12. RESULTADOS	- 63 -
12.1 GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO Y/O NUEVOS DESARROLLOS TECNOLÓGICOS.....	- 63 -
12.2 FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD CIENTÍFICA LOCAL, REGIONAL Y NACIONAL	- 63 -
12.3 APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO	- 63 -
13. ESTRATEGIA DE DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN	- 64 -
14. COMPONENTE ÉTICO E IMPACTOS ESPERADOS A PARTIR DEL USO DEL CONOCIMIENTO	- 65 -
15. PRESUPUESTO	- 66 -
16. BIBLIOGRAFIA.....	- 67 -
17. ANEXOS.....	- 69 -

TABLAS

Tabla 1. Variables	- 17 -
Tabla 2. Distribución porcentual según ocupación.....	- 21 -
Tabla 3. Distribución porcentual según sexo.	- 22 -
Tabla 4. Distribución porcentual según rango de edad.....	- 23 -
Tabla 5. Distribución porcentual según el tipo de entidad de salud.	- 24 -
Tabla 6. Distribución porcentual según nivel educativo	- 25 -
Tabla 7. Distribución porcentual según estado de salud.....	- 27 -
Tabla 8. Distribución porcentual según tipo de enfermedad.	- 28 -
Tabla 9. Distribución porcentual según antecedentes familiares de la población encuestada.	- 29 -
Tabla 10. Distribución porcentual según tipo de antecedente familiar.	- 30 -
Tabla 11. Distribución porcentual según relación parentesco-antecedente familiar	- 31 -
Tabla 12. Distribución porcentual de la percepción de los usuarios según la atención brindada por los profesionales del Hospital San Vicente Ferrer.	- 32 -
Tabla 13. Distribución porcentual según criterios de calificación del usuario encuestado.....	- 33 -
Tabla 14. Distribución porcentual según género y prevalencia de enfermedad crónica en el usuario encuestado.....	- 34 -
Tabla 15. Distribución según tipo de enfermedad crónica.	- 35 -
Tabla 16. Distribución porcentual según tiempo de presentación de la enfermedad crónica.	- 37 -
Tabla 17. Distribución porcentual según género en la participación de los programas de promoción y prevención	- 38 -

Tabla 18. Distribución porcentual según número de veces que consulta en el último mes.	- 39 -
Tabla 19. Distribución porcentual según causa de consulta del usuario encuestado.....	- 40 -
Tabla 20. Distribución según últimas cinco visitas al médico.....	- 42 -
Tabla 21. Distribución según tipos de signos y síntomas presentados por los usuarios encuestados.	- 44 -
Tabla 22. Distribución porcentual según ordenamiento de exámenes a los usuarios encuestados.....	- 45 -
Tabla 23. Distribución porcentual del número y clase de examen ordenado al usuario encuestado.....	- 46 -
Tabla 24. Distribución según tipo de medicamentos formulados por el profesional de la salud del Hospital San Vicente Ferrer.	- 47 -
Tabla 25. Distribución porcentual según seguimiento de la formula farmacológica ordenada al usuario encuestado.....	- 48 -
Tabla 26. Distribución según opinión del encuestado acerca del seguimiento de la formula farmacológica.....	- 49 -
Tabla 27. Distribución porcentual de la realización de actividad física de los usuarios encuestados.	- 50 -
Tabla 28. Distribución según clase de actividad física que realiza el usuario encuestado.....	- 50 -
Tabla 29. Distribución porcentual según frecuencia de realización de la actividad física.....	- 51 -
Tabla 30. Distribución porcentual según estilo de vida saludable (alimentación balanceada)	- 52 -
Tabla 31. Distribución porcentual por eventos en el consumo o no de bebidas alcohólicas.	- 54 -
Tabla 32. Tabla 32. Distribución porcentual según eventos en el hábito de fumar.....	- 55 -

1. ANTECEDENTES

En la experiencia de la Institucion prestadora de servicios de salud (IPS) Hospital San Vicente Ferrer con los programas de promoción y prevención que desde la decada de los ochenta se han venido desarrollando, dejan ver que estos servicios provocaron gran impacto en la salud de la población ya que en esa epoca se desarrollaron con estrategias y objetivos que buscaban mejorar la salud de la población, esto se dió gracias a que para la época las instituciones prestadoras de los servicios de salud estaban centralizadas, los recursos eran girados directamente del estado a la IPS sin intermediarios, para brindar una atención eficiente a los usuarios. Con la aparición de la ley 100/1993 da un giro total al Sistema Nacional de Salud (SNS) pasando a un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), haciendo que las IPS publicas fueran competitivas bajo el componente de calidad, brindando mayor cobertura en servicios de salud a los usuarios. Pero con la llegada de esta ley también aparecen los intermediarios, las entidades promotoras de salud (EPS), quienes por medio de la contratación hacen una presión constante a la IPS con el cumplimiento de metas y las bases de datos inciertas que dejan ver la preocupacion de las EPS por los recursos y no por la salud de los usuarios; generando en la IPS Hospital san Vicente Ferrer (HSVF) insatisfacción por no alcanzar las metas de promoción y prevención establecidas por la EPS, además se presenta congestión en la accesibilidad y la oportunidad en la consulta, por la alta demanda de los servicios de salud, observándose día a día en la institución un aumento en la reconsulta, lo que ha ocasionado congestión en el servicio, aumento de los costos operativos(laboratorio clínico, odontología, consulta externa, urgencias, hospitalización etc.). Es importante y quizá un alivio para la institución (HSVF) la aparición de la ley 1438 del 19 de enero/ 2011 donde se adopta la atención primaria en salud (APS) como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicas fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de las familias, individuos y comunidades, además se implementan las APS bajo principios de universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial para la salud, participación social comunitaria, ciudadana decisoria y paritaria con calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia progresiva e irreversible, y aun más satisfactorio que en el Valle del Cauca y en todo el país, se implemente y los costos sean asumidos por el estado.

El proyecto de investigación se tomará como referencia los estudios de países que fueron pioneros en la implementacion de modelos similares a la APS como Cuba, España, Chile incluyendo Colombia, aplicándose en diferentes ciudades como Bogotá D.C. con experiencias exitosas que han servido de referente investigativo sin dejar de mencionar que en el Valle del Cauca desde el año 2004, se implementó este tipo de estrategia que fue exitosa en algunos municipios del departamento que hoy aun con sus recursos propios le apuestan a darle sostenibilidad a este proyecto, es por ello que se pretende medir el impacto que

tendrá en el Hospital San Vicente Ferrer de Andalucía el conocimiento de las causas de reconsulta en consulta externa durante el año 2011, utilizando la estrategia APS para captar dicha población.

El municipio de Andalucía cuenta con una población de dieciocho mil ciento treinta y seis habitantes (18.136) según censo 2005. El porcentaje de hombres para el municipio de Andalucía es del 48,7% y, las mujeres corresponden al 51,3% según censo DANE 2005. En el análisis de datos de mortalidad del año 2009, se obtuvo una tasa general de mortalidad de 3,70 x 1000 habitantes, lo que indica que por cada 1000 pobladores residentes en el municipio de Andalucía, murieron 3,7, según proyección poblacional censo 1993; 6,2 x 1000 habitantes, según censo 2005.

La morbilidad es un sensible indicador del estado de salud de la población, que aporta el conocimiento de las enfermedades más frecuentes que reducen la capacidad para el desarrollo de las actividades escolares, laborales, sociales, entre otras, aumentando la carga en la atención de la enfermedad y pérdida de la capacidad productiva de la población.

Sin embargo, se sabe que estos indicadores no pueden dar cuenta precisa de las necesidades sanitarias de la población, por cuanto están referidos fundamentalmente a la infraestructura existente. En el caso de las necesidades más importantes -que requieren de hospitalización- el indicador del número de egresos hospitalarios es claramente insuficiente, pues la cantidad de ingresos depende directamente del número de camas disponibles. Para el municipio de Andalucía, el hospital San Vicente Ferrer, es la Unidad primaria Generadora de Datos, ya que aporta más del 85% del total de la información de interés en Salud Pública.

Para lograr el análisis que generó la situación de morbilidad del municipio de Andalucía, se realizó la revisión de los RIPS del hospital San Vicente Ferrer correspondiente a los meses de enero a noviembre del año 2009.

Se revisaron en total 39.944 RIPS de consulta, encontrando como primeras causas de morbilidad:

- a) **Hipertensión esencial primaria.** Se encontraron en total 2266 consultas, 83,10% (consulta ambulatoria), 16,7% (consulta por primera vez en medicina general), y en tercer lugar la consulta por urgencias con el 1,45%. El sexo femenino es el más afectado por esta enfermedad con un 70% de ocurrencia, frente a un 30% presente en el sexo masculino.
- b) **Otros dolores abdominales.** Se encontraron un total de 1209 registros, la población más afectada es la femenina con un 68% de afectación, las cuales en un 54% aproximadamente, acuden por consulta de urgencias y

en un 39% acuden por consulta ambulatoria de medicina general. Las edades de mayor afectación se encontraron entre los 6 a los 35 años y los mayores de 60 años.

- c) **Fiebre no especificada.** Se encontraron en total 1069 registros, los cuales corresponden al mismo número de cuadros clínicos, teniendo en cuenta el carácter agudo de la enfermedad y la posibilidad de repetirse en el mismo paciente. El 49,7% de los casos corresponden al sexo masculino y el 50,2% al sexo femenino, sin embargo la razón de masculinidad muestra una relación 1:1. La población más afectada según rangos de edad es la de 1 a 5 años (42%) y el grupo de 6 a 10 años (19,8%), situación preocupante, teniendo en cuenta que son los grupos más susceptibles y de mayor importancia para todos los programas de salud pública. La tasa específica de incidencia general de fiebre no especificada es de 35,3% x 1000 habitantes, lo que indica que por cada 1000 habitantes, 35,3 presentaron cuadro de fiebre no especificada.
- d) **Supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación.** Se encontraron en total 936 registros, generados en un 65% por consulta de control por medicina general y el 25,3% por consulta ambulatoria de medicina general; identificando en los registros de consulta control por medicina general un promedio de tres consultas por paciente.
- e) **5. Cefalea.** Se encontraron en total 759 registros, los cuales corresponden en un 74% al sexo femenino y en un 26% al sexo masculino, las edades de mayor incidencia se detectaron entre los 21 a 30 años y en los mayores de 60 años.
- f) **Diabetes mellitus.** Se analizaron en total 626 registros con diagnóstico de diabetes mellitus, encontrando que 491 de ellos se dieron por consulta ambulatoria de medicina general y 99 por consulta de primera vez por medicina general.
- g) La presencia de la diabetes mellitus es más evidente en el sexo femenino con un 78% de ocurrencia y un 22% en el sexo masculino. Este dato es importante, dado que hay que iniciar un trabajo coordinado encaminado a mejorar la calidad de vida de la población, especialmente lograr impactar en el cambio de estilos de vida no favorables para la salud.
- h) **Dolor agudo.** Se encontraron en total 581 registros, los cuales se presentaron en un 59% en el sexo femenino y en un 41% en el sexo masculino. El 90% los diagnósticos fueron dados en la consulta de urgencias.

- i) **Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.** Se revisaron en total 458 registros, los cuales se generaron en la consulta ambulatoria de medicina general y consulta de urgencias, las edades de mayor incidencia se presentaron de 1 a 5 años, siendo el grupo poblacional más susceptible para la presencia de muertes por esta causa.

La tasa de incidencia específica es de 445 x 1000 niños menores de cinco años, lo que indica que por cada 1000 niños menores de cinco años 445 presentaron un cuadro de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

- j) **Infección vías urinarias sitio no especificado:** Se encontraron en total 456 registros, siendo el sexo femenino el más afectado con un 85% de ocurrencia, la frecuencia presentó un comportamiento equitativo en los diferentes rangos de edad, siendo estos diagnósticos generados en mayor proporción en la consulta por médico general.
- k) **Infección viral:** Se encontraron en total 429 registros, encontrando un comportamiento similar entre el sexo femenino y masculino, no existiendo significancia al respecto; los rangos de edad más afectados fueron de 1 a 5 años y de 6 a 10 años.

1.1 MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE ANDALUCÍA VALLE DEL CAUCA

La primer causa identificada son las enfermedades isquémicas del corazón, las cuales vienen ocupando en el 2004, el primer lugar, en el 2005 el segundo lugar y en el 2006 nuevamente el primer lugar, siendo el sexo masculino el más afectado con un 63% de ocurrencia, los grupos etáreos de mayor afectación son los de 45 a 64 años y los mayores de 60 años, con preocupación se observa para el año 2006 la ocurrencia de 2 muertes en el rango de edad de 15 a 44 años, lo que evidencia la presencia de este evento en rangos de edad menores.

La segunda causa de mortalidad para el municipio de Andalucía son las agresiones (homicidios) inclusive secuelas, las cuales se han mantenido en el segundo lugar de causas de mortalidad a través de los tres años analizados, el sexo masculino presentó una afectación del 90%, siendo el rango de edad más afectado el de 15 a 44 años.

Entre las demás causas de mortalidad, se encuentran las relacionadas con enfermedades crónicas originadas probablemente por estilos de vida no saludables, entre los que se encuentran el tabaquismo pesado, consumo elevado de carbohidratos entre otros, los cuales se encuentran directamente relacionados con las Enfermedades cerebro vasculares, tumores malignos de tráquea y

bronquios, enfermedades hipertensivas, residuos de tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.

Las muertes por infecciones respiratorias agudas, presentaron un aumento importante para el año 2006, ocurriendo una muerte en un menor de cinco años, evento de notificación obligatoria, que constituye uno de los indicadores negativos a nivel municipal, que evidencian el nivel de desarrollo del Sistema general de Seguridad Social en Salud, en conclusión para el año 2006, la tasa general de mortalidad fue de 3,77 por cada 1000 habitantes.

Será clave para actuar en la comunidad, tener en cuenta el perfil epidemiológico del municipio de Andalucía, para lograr analizar de una manera adecuada la información obtenida de la población objeto de estudio.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las instituciones de salud del primer nivel de atención, se ha convertido en un problema el volumen de demanda de usuarios buscando atención debido a la apertura de los servicios de manera gratuita por la universalización de la cobertura del régimen subsidiado, lo que ha derivado en una exagerada utilización de los servicios de salud de las ESE públicas desbordando la capacidad instalada y los presupuestos que cada vez son mas escasos por el incremento de los gastos que supone la demanda. Se debe mencionar que la demanda desbordada conlleva a que no haya control en las frecuencias de uso utilizadas como estrategias al interior de las instituciones prestadoras de servicios (IPS); teniendo en cuenta que con cada entidad promotora de salud (EPS) hay una modalidad diferente de contratación, necesitando establecer topes en la consulta médica y lo que se derivan de ellas como son: laboratorios, medicamentos, procedimientos y si es necesario la hospitalización.

Sumado a esto la falta de cultura de la población hacia la buena utilización de los servicios de salud ha generado que los usuarios piensen que como el estado colombiano subsidia gran parte de la atención de los servicios de salud, estos la utilicen indiscriminadamente. Por otra parte con tanta afluencia de usuarios reconsultantes a solicitar servicios a la IPS, no están llegando aquellos casos que verdaderamente ameritan una consulta, es por esta razón que se deben implementar estrategias como la APS que permitan ejercer una labor de convocatoria de forma extramural, en los diferentes barrios y veredas del municipio de Andalucía, identificando el estado de salud del núcleo familiar y las causas de reconsulta de dicha población.

Se encontraron otros estudios donde la estrategia de APS ha sido exitosa específicamente en el Valle del Cauca durante los años 70-80 donde se aplicó la APS con una filosofía departamental que trascendió y llegó a ser modelo a nivel nacional por tener como pilar fundamental los servicios de salud de forma equitativa y humanitaria, también se encontraron referentes de información a nivel nacional como Bogotá, Barranquilla y Cundinamarca los cuales han sostenido esta estrategia durante las últimas décadas, sin desconocer que nuevamente en el Departamento del Valle del Cauca como política de gobierno, implementó de nuevo esta estrategia de APS pero ya con los matices del SGSSS. Es por esto que retomando estos estudios y la problemática de la institución Hospital San Vicente Ferrer se realizará un estudio para identificar y analizar las causas de reconsulta en el servicio de consulta externa a través de la estrategia APS.

En este proyecto de investigación pretende dar a conocer ¿Cuáles son las causas de reconsulta en el HSVF? y si ¿se está dando uso adecuado del servicio de consulta externa?, además demostrar la importancia de la estrategia de atención primaria en salud, como herramienta de convocatoria e intervención en salud pública, lo que impactara favorablemente no solo en la IPS, sino también en la comunidad objeto de estudio.

3. JUSTIFICACIÓN

La demanda desbordada de los servicios de salud por parte de los usuarios del régimen subsidiado exigen respuestas estratégicas que permitan controlar el uso inadecuado de los servicios de salud hospitalarios.

La Atención Primaria en Salud (APS) es una buena herramienta que permite llegar hasta los hogares e identificar de manera real aquellos casos de morbilidad con el fin de posibilitar el análisis y la intervención en el entorno domiciliario, creando hábitos y estilos de vida saludables en un ambiente de bienestar. Además esta estrategia permitirá conocer si se están diagnosticando y tratando inadecuadamente a los pacientes y por este motivo buscan siempre una nueva atención en salud.

La estrategia de Atención Primaria en Salud permitirá hacer una convocatoria para identificar los motivos de reconsulta en el servicio de consulta externa, y analizar si es la solución, de incidir de manera favorable en la mejor utilización de los servicios de salud en el Hospital San Vicente Ferrer, igualmente se observara si la institución minimizará los costos que derivan de la atención en salud.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las causas de reconsulta en consulta externa en el Hospital San Vicente Ferrer a través de la estrategia APS.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los pacientes reconsultantes a través de la información recopilada en la base de datos del Hospital San Vicente Ferrer.
- Describir las causas de reconsulta de los pacientes de consulta externa según sexo y edad, a través de la estrategia APS.
- Indagar sobre el comportamiento del uso del servicio de consulta externa según motivo de consulta.
- Trasferir a los tomadores de decisiones los resultados del proyecto para la puesta en práctica de la Atención Primaria en Salud (APS) en las IPS públicas con pacientes reconsultantes.

5. MARCO TEÓRICO

El sistema nacional de salud (SNS) en Colombia ha buscado garantizar la cobertura de las necesidades de atención en salud de la población, con eficiencia, calidad, equidad y solidaridad. Este proceso aún no se ha consolidado y fue acometido en dos etapas. Inicialmente, a partir de 1990, se fortaleció significativamente la descentralización del sistema público de prestación de servicios de salud, que se había iniciado en la década anterior. Luego, a partir de 1993, se inicia la introducción de nuevo modelo de aseguramiento público, altamente descentralizado: el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante la ley 100/1993 constituida en el artículo 48 y 49 de la constitución de 1991. Sus principios generales son: universalidad, equidad, solidaridad, libre escogencia, eficiencia y calidad.

Para supervisar a las compañías prestadoras de servicios (IPS) se creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El cual se encarga de vigilar los dos regímenes actuales: Régimen subsidiado (creado para beneficiar a las personas que no tiene capacidad de pago; consiste en subsidiarle la prestación de los servicios en salud). El 70% de la población colombiana hace parte de este régimen). Este servicio es prestado por las Administradoras del régimen subsidiado (ARS), hoy llamadas EPS-s, cuya administración está a cargo del estado a través de los tributos recogidos de un porcentaje del régimen contributivo, fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA la cuenta), y alguna regalías generadas por algunos departamentos del país por concepto de explotación minera y petrolera. Este modelo funciona a través de las transferencias de la nación a los departamentos y municipios, donde el 60% de estos recursos deben dedicarse a los problemas de salud de la población más pobre y vulnerable.

El Régimen contributivo funciona con los aportes de los trabajadores y empleadores. La contribución es del 12.5% del sueldo del trabajador, de los cuales el 11% son para el financiamiento y el 1.5% se transfiere al régimen subsidiado. Del total del 12.5%, el 4% lo paga el trabajador y el restante 8.5% lo paga el empleador. Las personas independientes cancelan el 12.5% y los pensionados el 12.5%. Este régimen es administrado por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), quienes son los encargados de administrar los recursos de la salud del régimen contributivo en Colombia y contratar con Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas y privadas.

Este sistema de salud actual ha dejado ver grandes brechas que muestran un énfasis individualista y curativo del sistema de atención, además la legislación por medio de la resolución (412 y 3384 del 2000) obliga a los aseguradores a cumplir metas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero a la fecha la cobertura y el impacto de estos son inadecuados y ha generado

en los usuarios dificultades para el uso de los servicios de salud, inequidad en el acceso a los servicios de salud , esto principalmente en los grupos sin capacidad de pago (régimen subsidiado) y la población pobre no asegurada. Además han ocasionado ineficiencias en los recursos, dificultando la protección financiera de los hogares colombianos y ha creado serias dudas sobre la sostenibilidad fiscal del sistema. Se ha demostrado que para mejorar la efectividad de la protección social, tampoco basta fortalecer la red de atención de salud desde el punto de vista administrativo y financiero, es indispensable para el SGSSS crear estrategias de atención primaria en salud (APS) enfocado a mejorar la calidad de vida del ser humano.

En Colombia existen experiencias territoriales de modelos de implementación de (APS) con distintas características y alcances en Bogotá¹ “Salud en su Hogar”, Barranquilla “Pasos y Caminantes Articulados en Centros y Hospitales”. La ley 1122 incluyó a la APS como un modelo de atención en el marco Plan Nacional de Salud Pública (PNSP).

Hoy día de nuevo se aplica una reforma a la ley 100/1993 en un amplio contexto normativo enmarcado en la ley 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se adoptan e implementan las APS como estrategia renovada. La cual según la declaratoria de Alma - Ata (12/sep./1978) se define en “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, que el país pueda soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

La Conferencia de Alma-Ata² recomendó que la Atención Primaria en Salud incluyera como mínimo, las siguientes actividades:

- Educación en salud, tanto para los trabajadores al servicio del programa como para los usuarios.
- Promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta
- Agua segura y saneamiento básico.

¹ Román Vega-Romero y Janet Carrillo-Franco, APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso “salud a su hogar” en Bogotá, Revista gerencia y políticas de salud. 2006.

² revista de medicina, atención primaria en salud (APS), una estrategia para mejorar la cobertura y la calidad. Dr. Malagón Londoño, Gustavo, Presidente Academia Nacional de Medicina de Colombia.

- Atención materna infantil, incluyendo planificación familiar.
- Inmunizaciones.
- Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones.
- Prevención y control de enfermedades endémicas locales.
- Provisión de medicamentos esenciales.

A nivel internacional otros países han implementado las APS, siendo CUBA el país pionero en atención primaria en salud desde el año 1964 con su programa “Medicina General Integral”, donde los médicos y un equipo interdisciplinario se acercaban al ámbito familiar logrando incidir en la generación de hábitos de auto cuidado.

En Chile con su estrategia “Centros De Salud Familiar”, del cual se reporta en el Alma - Ata³ que logro disminuir el número de consultas de urgencias, mejoramiento continuo en la salud de los usuarios y hubo mayor continuidad en la atención.

En Brasil utilizaron “programa saudí familia “, y en costa rica “equipos básicos de atención integral”.

En España se implemento APS en el año 1984 a 1996 en un estudio del instituto nacional de salud español el cual reporto un impacto positivo ya que se compruebo una disminución de la mortalidad general en zonas de nivel socioeconómico bajo.

Acercándose un poco en el contexto de APS en Colombia durante los años 70-80 en el departamento del Valle del Cauca se desarrollo una cultura de APS en todos los municipios donde se coordinaron por zonas geográficas distribuidas así:

- Zona centro
- Zona norte
- Zona sur

³ Atención primaria de salud. Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile. Montoya Aguilar, Carlos. Cuaderno Medico Sociales 2008; vol. 48 N° 3.

Donde se apoyo la APS en unos pilares fundamentales como la intersectorialidad, prestación de servicios, participación social y comunitaria, desarrollo tecnológico, siendo un modelo estratégico en salud para el país, el cual funcionaba muy bien porque no estaba incluido el termino de aseguramiento, queriendo decir que no existían los intermediarios para la administración de los recursos en salud, resaltando que en esta estrategia se trabajaba en función no de aliviar la enfermedad sino de atender al ser humano y su familia en forma integral con una filosofía de auto cuidado.

Como se mencionó anteriormente, la incursión de la ley 100/93 introdujo cambios de gran impacto en el sistema de seguridad social en salud, con la entrada de empresas de aseguramiento que han venido transformando de forma negativa los procesos de salud haciéndola ver más como un negocio rentable y económico que como un servicio a la comunidad con el valor agregado de la inversión social. Después de muchos cambios normativos y de intentar modelos parciales que hicieran más operativas estas reformas, se retomo con una política departamental en el valle del cauca, el programa “salud es vida, inclusión con equidad” desarrollándose en el año 2005 a 2007, con el objetivo de contribuir a mejorar el estado de salud de la población vallecaucana a través de incrementar la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud, de la gestión de condiciones locales que permitan a las personas llevar una vida sana y de la generación de escenarios para el ejercicio pleno del derecho a la salud.

Con el conocimiento de que en la IPS HSVF de nivel I de atención, que presta servicios de salud a la población andaluz, y cuenta con un total de aproximado de usuarios adscritos a las IPS de 17.960, ha presentado problemas durante la prestación de los servicios de salud (es un conjunto de actividades que se cree conveniente brindar a toda la población o a cierto grupo), ya que la demanda (⁴cantidad de bienes o servicios que el consumidor está dispuesto a adquirir a un precio dado y en un lugar establecido) de los servicios, es desbordada y se ha identificado una tasa de re consulta 27% del un total de 300 re-consultas mensuales de consulta externa, que ha ocasionado congestión en los diferentes servicios del hospital, una pérdida de recursos económicos e insatisfacción de los usuarios (es el destinatario de algún servicio público, privado, empresarial o profesional) de igual manera genera una mala imagen de la entidad.

Es por esta razón que se considero que la APS es una estrategia que puede generar un impacto positivo en el Hospital San Vicente Ferrer de Andalucía e incidir en el buen uso de los servicios de salud que presta a sus usuarios.

⁴ Definición de demanda. Diccionario de la economía.

Ante la problemática evidenciada en el actual SGSSS que ha mostrado una deficiente prestación de servicios de salud, despersonalizando la atención en salud y manejando modelos económicos que no han permitido el desarrollo que en esencia trae inmerso de buena fe las normativas generadas por el gobierno haciendo evidente que se hacía necesario crear una estrategia que permitiera cerrar las brechas que han ido apareciendo cuando se implementan diferentes modelos que no son compatibles.

Es por esto que se hace inminente que las entidades que conforman el sistema de salud en Colombia le apuesten a estrategias o modelos que incluyan transformaciones sociales, desarrollos económicos y técnicos, que aunque acarreen cambios en la estructura y dinámica familiar, conservan a lo largo de la historia, a la familia como unidad social básica. La ley 100 de diciembre de 1993, promulga y promueve la integralidad en la atención y la cobertura familiar, ante estos sucesos se hace necesario el cambio en la prestación de servicios de salud y la comprensión de la dinámica familia, como foco de atención, la medicina familiar en la práctica promueve el desarrollo de familias saludables, evalúa a la familia y aplica todos los instrumentos de la APS.

⁵La cobertura familiar aproxima a la conceptualización de que la familia, cualquiera que sea su conformación, como unidad social básica, tiene un rol sustancial en la conservación de la salud o en la generación de la enfermedad, según la dinámica que maneje a su interior; además cada individuo como ser perteneciente a un grupo familiar tiene la responsabilidad de su propio cuidado y potencia, de manera positiva o negativa, los recursos que ese grupo como colectivo, tiene a su interior y genera en su comunicación y contacto al exterior de su núcleo.

En lo concerniente al nivel familiar de la práctica, se aportan tres elementos teórico-prácticos que acompañan el trabajo con la familia, en la búsqueda conjunta de la familia saludable y en la participación de la familia como actor social. Estos elementos son:

- La familia y su conceptualización.
- La importancia del registro.
- La promoción de la familia saludable.

Tanto en la carta de Ottawa como en la carta de Bogotá acerca de la promoción de la salud se plantean cuatro estrategias básicas para generar y estimular procesos que conduzcan a la promoción de personas, familias y comunidades saludables. Estas son: la participación, la concreción de decisiones públicas y políticas, la comunicación y la educación.

⁵ Arias Castillo Liliana. Medicina familiar en la práctica. Centro editorial catorce. Colombia. 1994. Capítulo IV-VI.

Dentro del marco de la APS se encontró la visita domiciliaria, debido a los costos crecientes del cuidado hospitalario, la presión de los usuarios y el cambio de la pirámide poblacional con incremento de las enfermedades crónicas hacen que el cuidado del paciente en la casa sea cada día más importante.

Para las instituciones prestadoras de servicios de salud constituye un reto para la adecuación de sus modelos de atención y la capacitación de equipos de salud para la prestación de servicios oportunos en la casa.

La visita domiciliaria, realizada tanto por el médico como por el equipo de salud, constituye una actividad muy importante, tanto en el manejo del paciente agudo, como de aquel con patologías crónicas y que se beneficia de un servicio de cuidado en casa.

En la práctica familiar, en la cual hay una continuidad en el cuidado, no solo a lo largo del tiempo sino también en los diferentes nichos donde el paciente se pueda encontrar (hospital, consultorio, hogar, etc.), la visita domiciliaria juega un papel importante.

6. METODOLOGÍA PROPUESTA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

6.1.1 Cualitativo: exploratorio. Las técnicas cualitativas se utilizan en investigaciones exploratorias, es decir, aquellas que tratan de recoger información más amplia y general para centrar el objeto de estudio o reflejar una situación concreta.

6.1.2 Exploratoria: dirigida a definir el problema y plantear soluciones a problemas.

Descripción y análisis de un campo social específico, con escenarios predeterminados. Capta el punto de vista, el sentido, las motivaciones, intenciones y expectativas que los actores otorgan a sus propias acciones sociales.

Procedimiento:

1. Determinación localidad. (municipio de Andalucía)
2. Registro fenómeno de estudio. (conductas, actitudes y razones de los pacientes reconsultantes en consulta externa en los servicios de salud del Hospital San Vicente Ferrer)
3. Elaboración de marcos de referencia.(APS)
4. Análisis y significación de datos. (impacto que generara la puesta en marcha de la estrategia de APS en la disminución de la demanda de los pacientes reconsultantes).

Técnicas e instrumentos:

Aplicación de Encuestas

6.2 POBLACIÓN

El conjunto de referencia sobre el cual se desarrollo la investigación, fueron los pacientes reconsultantes en consulta externa del Hospital San Vicente Ferrer, del periodo enero-junio de 2011.

6.3 MUESTRA

El tamaño de la muestra de los pacientes reconsultantes en el servicio de consulta externa en el periodo enero a junio de 2011 equivale a 160 usuarios, correspondientes al 100% del total de la muestra, se intento aplicar las encuestas al 100% de dicha poblacion para tener confiabilidad, pero solo fue posible aplicar la encuesta a 100 usuarios reconsultantes equivalentes al 63% de la poblacion. Los inconvenientes por los cuales no fue posible encuestar al 37% restante fue por: incongruencia de la informacion para localizar los usuarios en su domicilio por el equipo APS, cambio de domicilio no registrado, usuarios que se fueron del municipio, fallecidos, usuarios que no se encontraron en la vivienda en el momento de las diferentes visitas, resistencia al diligenciamiento de la encuesta, etc.

6.4 FUENTES DE INFORMACION

6.4.1 Información Primaria








Encuestas, entrevista.

6.4.2 Informacion Secundaria

Software Hospivisual del Hospital San Vicente Ferrer, Historias clínicas pacientes reconsultantes y agenda diaria de pacientes de consulta externa.

6.5 VARIABLES

Tabla 1. Variables

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	INSTRUMENTOS
Hábitos de vida	Son los estilos de vida de cada persona.	 Fumador  Actividad fisica  Alcoholismo  Alimentacion Balanceada.	FEUR
Enfermedades	La enfermedad es un proceso y el estatus consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado	 Congenita  Adquirida  Hereditaria	Formato de encuesta a usuarios reconsultantes (FEUR)

	de salud.		
VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	INSTRUMENTOS
Nivel educativo	Grado de estudios que cursan los usuarios reconsultantes. Se establece mediante la entrevista.	Grado escolar	Formato de encuesta a usuarios reconsultantes (FEUR)
Ocupación	Es la acción y efecto de ocupar u ocuparse.	Empleo, oficio, actividad.	(FEUR)
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento en adelante. Se determinara por medio de la entrevista.	0-90 años	Historia clínica
Género-Sexo	Identidad de género que delimita la condición orgánica de hombre y mujer. Se establece mediante la historia clínica.	Femenino Masculino	Historia clínica
Ubicación geoGráfica	Lugar donde se ubica algo.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Urbano (Barrio) ✚ Rural (corregimientos y veredas) 	Software hospivisual.
Entidad de salud	Entidad a la cual pertenece el usuario.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Contributibitivo ✚ Subsidiado ✚ vinculado 	FEUR.
Nivel de satisfaccion	Es la medicion de la satisfaccion de las expectativas esperadas del cliente	<ul style="list-style-type: none"> ✚ buena ✚ regular ✚ mala 	FEUR

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	INSTRUMENTOS
Fármacos	Es toda sustancia química purificada utilizada en la prevención, diagnóstico, tratamiento, mitigación y cura de una enfermedad; para evitar la aparición de un proceso fisiológico no deseado o para modificar condiciones fisiológicas con fines específicos.	<ul style="list-style-type: none"> + Cumple con la medicacion + Cumple a medias con la medicacion + No cumple con la medicacion. 	FEUR
Reconsultante	Es la asistencia de un paciente a consulta médica más de tres veces en un mes.	<ul style="list-style-type: none"> + Mas de tres consultas en un mes se define como reconsultantes + De cero a tres veces en el mes se define como no reconsultantes 	Software Hospivisual

6.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

6.6.1 Formatos

- Entrevista: para determinar que sea población verdaderamente reconsultante.
- Encuesta: para identificar las causas de reconsulta y cada una de las variables y determinar la adhesión a la estrategia de APS.

6.6.2 Implementos, equipos y materiales:

- Fichas técnicas para ir registrando los datos obtenidos de cada paciente reconsultante durante el desarrollo de la APS.
- Cámara fotográfica.

6.7 DISEÑO METODOLOGICO

Fase I: revisión bibliográfica y de antecedentes que dan soporte al trabajo de investigación.

Fase II: capacitación y ajuste de los formatos que se utilizaran durante el desarrollo de la estrategia de APS.

Fase III: captación de la muestra por medio de la base de datos del software hospivisual del Hospital San Vicente Ferrer.

Fase IV: aplicación de la prueba piloto.

Fase V: vinculación de la población por medio de reuniones en el HSVF para socializar y firmar el consentimiento informado.

Fase VI: desarrollo de la estrategia APS y convocatoria de la población reconsultante del Hospital San Vicente Ferrer.

Fase VII: procesamiento y análisis de la información recolectada durante la intervención de la estrategia APS.

Fase VIII: análisis y discusión de resultados.

Fase IX: conclusiones, recomendaciones e informe final.

7. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

7.1 ENCUESTA DE IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE RECONSULTA

Para la recolección de la información se diseñó una encuesta abierta, con 34 preguntas dirigidas a la población reconsultante del Hospital San Vicente Ferrer (ver anexo 1), esta encuesta utiliza diferentes clases de variables enfocadas en la población objeto de estudio, que nos llevan a conocer las condiciones de salud de dicha población e identificar las causas de reconsulta en la institución captando la población a través de la estrategia APS.

Para el análisis de la información se utilizaron unas tablas de verificación para cuantificar los resultados obtenidos en cada pregunta de la encuesta, una vez terminado este proceso se procedió a realizar el tabulado de la información en tablas y gráficos.

La presentación de los resultados se mostrará de acuerdo al orden de las preguntas de la encuesta.

7.2 ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE LAS VARIABLES APLICADAS EN LA ENCUESTA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE RECONSULTA EN EL HOSPITAL SAN VICENTE FERRER

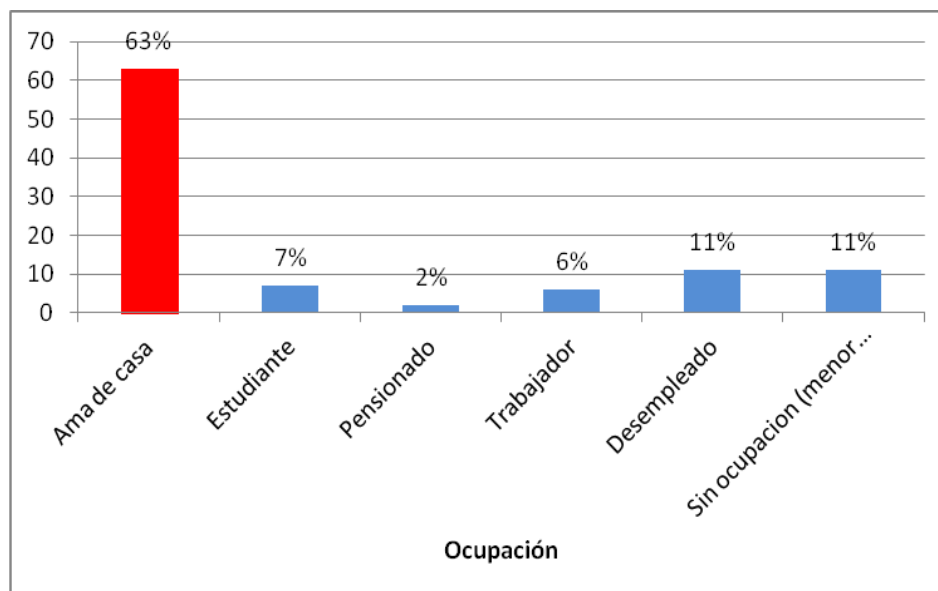
A continuación se analizarán los datos obtenidos de la aplicación de la encuesta, a la población reconsultante (ver anexo 1), determinando la prevalencia, la distribución de frecuencias, los valores más representativos y su relación con los posibles factores etiológicos de reconsulta, según las respuestas aportadas por los usuarios en el momento de la entrevista.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 2. Distribución porcentual según ocupación

Ocupación	Total	%
Ama de casa	63	63
Estudiante	7	7
Pensionado	2	2
Trabajador	6	6
Desempleado	11	11
Sin ocupación (menor edad -discapacitados)	11	11
TOTAL	100	100

Grafico 1. Distribución de la población según ocupación.

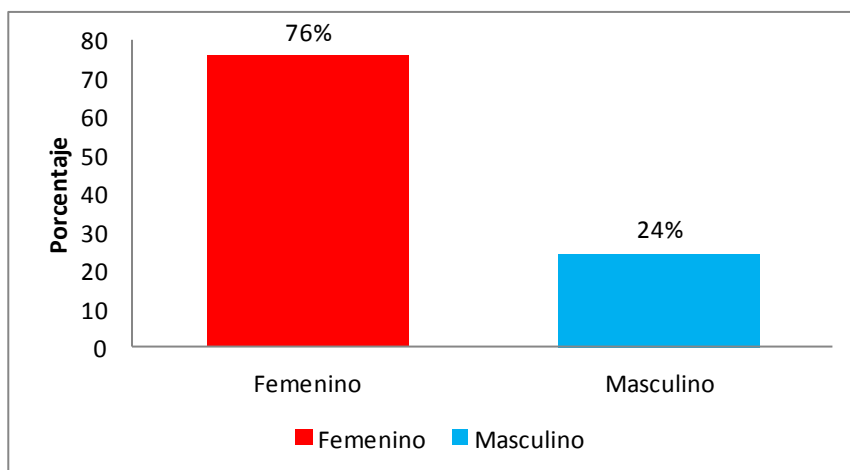


En la tabla 2, se muestra la distribución porcentual según la ocupación de la población objeto de estudio, encontrando mayor proporción amas de casa con un 63%, seguido por el desempleado con un 11% y en menor proporción los pensionados 2%, observando con lo anterior que la ama de casa en mayor porcentaje es la que genera mayor reconsulta.

Tabla 3. Distribución porcentual según sexo.

Sexo	Total	%
Femenino	76	76
Masculino	24	24
Total	100	100

Grafico 2. Distribución según sexo.

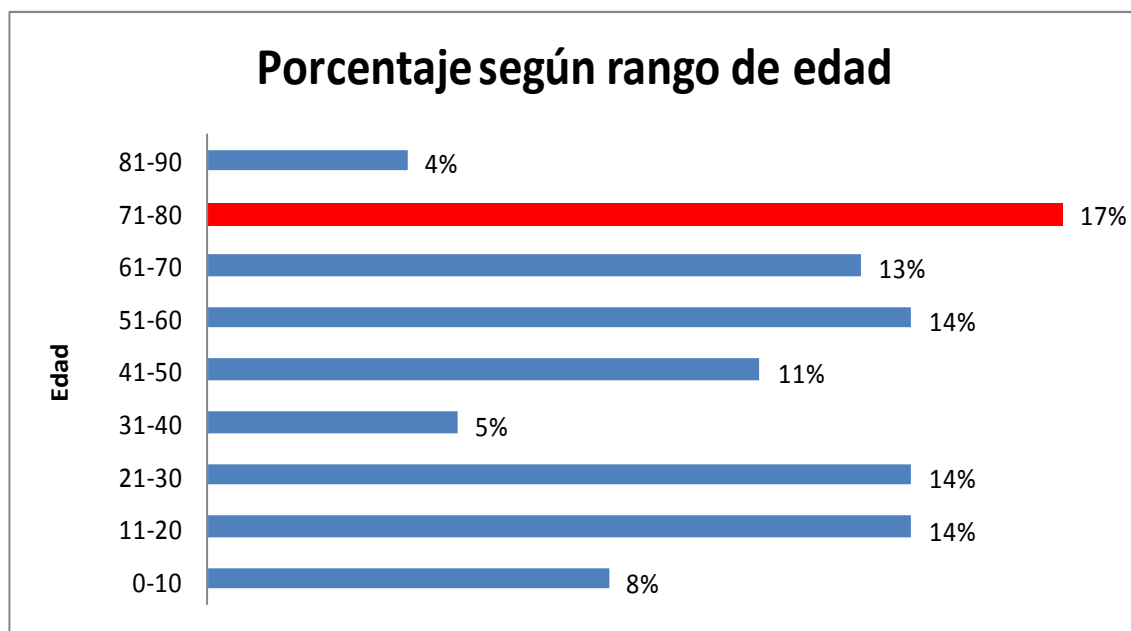


En la tabla 3, se muestra la distribución porcentual según el sexo de la población objeto de estudio, encontrando que la mayor proporción es el género femenino con un 76% y el sexo masculino en menor proporción con un 24%, observando con lo anterior que el sexo femenino es la población con mayor reporte de reconsulta.

Tabla 4. Distribución porcentual según rango de edad.

Edad-Rango	Total	%
0-10	8	8
11-20	14	14
21-30	14	14
31-40	5	05
41-50	11	11
51-60	14	14
61-70	13	13
71-80	17	17
81-90	4	4
Total	100	100

Gráfica 3. Distribución según rango de edad.

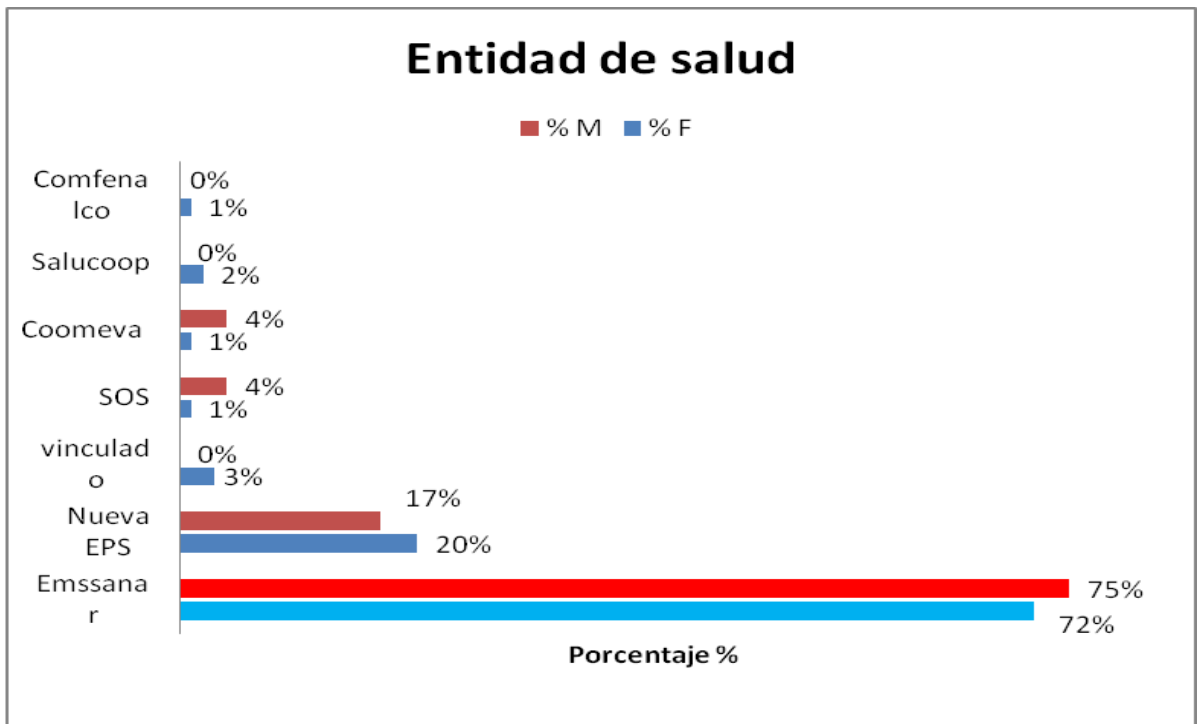


En la tabla 4 y gráfico 3, se observa que la población reconsultante se encuentra en los rangos de edad de 71 a 80 años con un 17%, seguido de los rangos de edades de 11-20, 21-30 y 51-60 con un 14% estos rangos de edad son los más representativos de la muestra.

Tabla 5. Distribución porcentual según el tipo de entidad de salud.

Entidad de Salud	Femenino	%	Masculino	%
Emssanar	55	72	18	75
Nueva EPS vinculado	14	20	4	17
SOS	1	1	1	4
Coomeva	1	1	1	4
Salucoop	2	2	0	0
Comfenalco	1	1	0	0
Total	76	100	24	100

Gráfica 4. Distribución porcentual según entidad de salud.

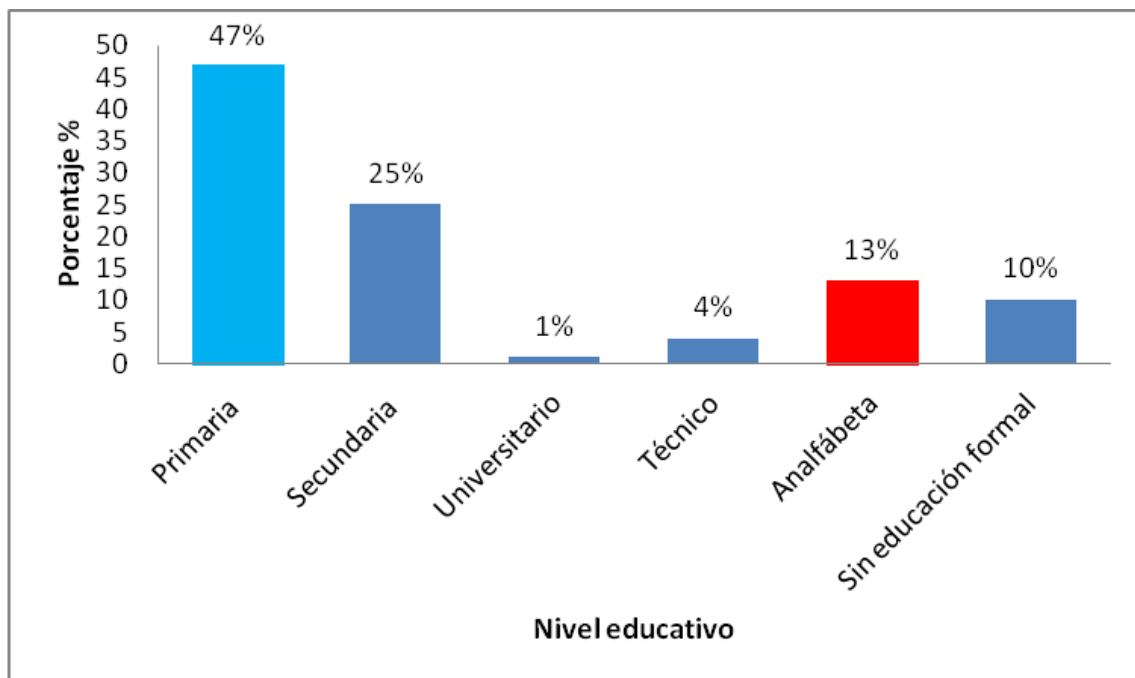


En la tabla 5, Gráfica 4, se observa que la mayor concentración de población reconsultante se encuentra en las EPS Emsanar con una distribución porcentual de 75% en las mujeres y un 72% en hombres seguido de la Nueva EPS con un porcentaje de 20% en las mujeres y 17% en los hombres.

Tabla 6. Distribución porcentual según nivel educativo

Nivel Educativo	Total	%
Primaria	47	47
Secundaria	25	25
Universitario	1	1
Técnico	4	4
Analfabeta	13	13
Sin educación formal	10	10
Total	100	100

Gráfica 5. Distribución porcentual según nivel educativo.

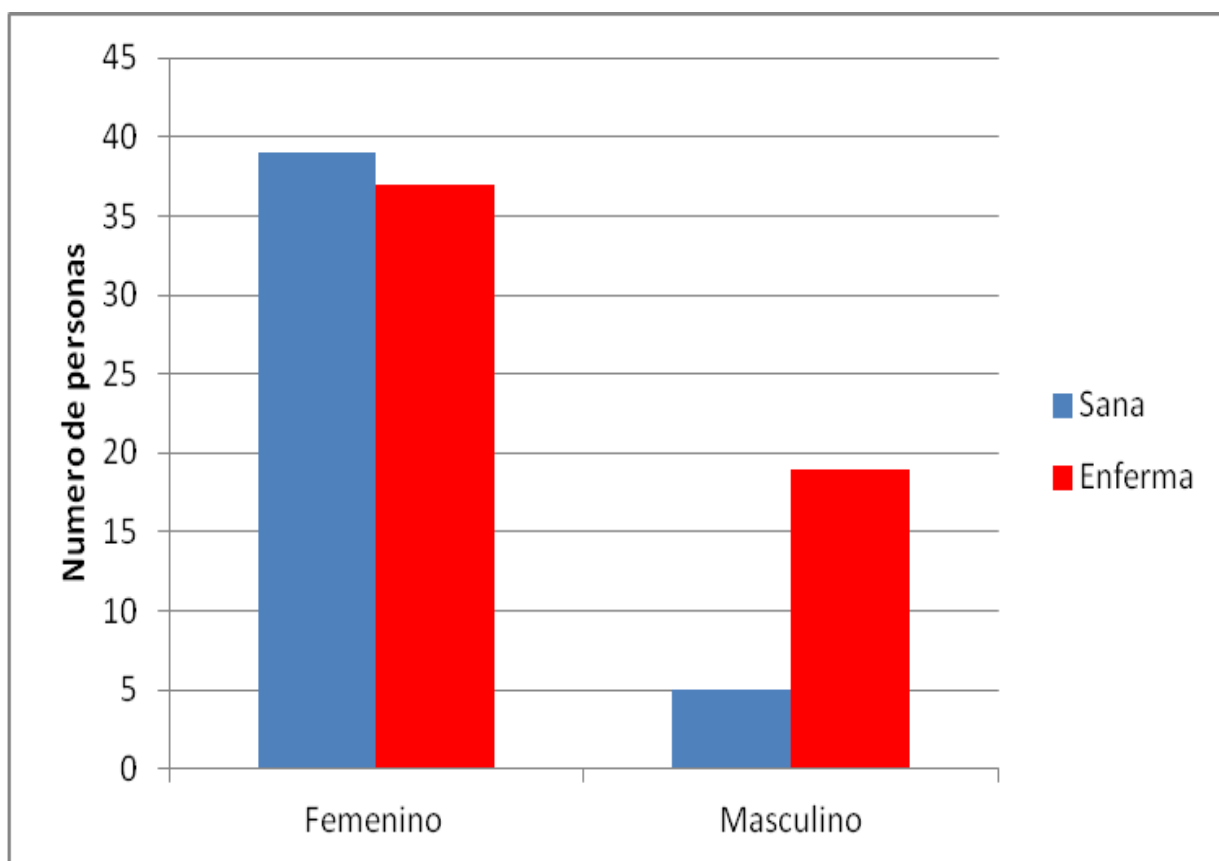


Según la tabla 6, se observa que la población reconsultante, según el nivel educativo con mayor proporción, son los de básica primaria con un 47%, seguido del nivel educativo básica secundaria con un porcentaje de 25%, y ocupando un tercer lugar muy relevante el analfabetismo con un 13% de la población encuestada, siendo preocupante en pleno siglo XXI.

Tabla 7. Distribución porcentual según estado de salud.

Estado de Salud	Femenino	%	Masculino	%
Sana	39	51	5	21
Enferma	37	49	19	79
Total	76	100	24	100

Gráfica 6. Distribución según estado de salud.

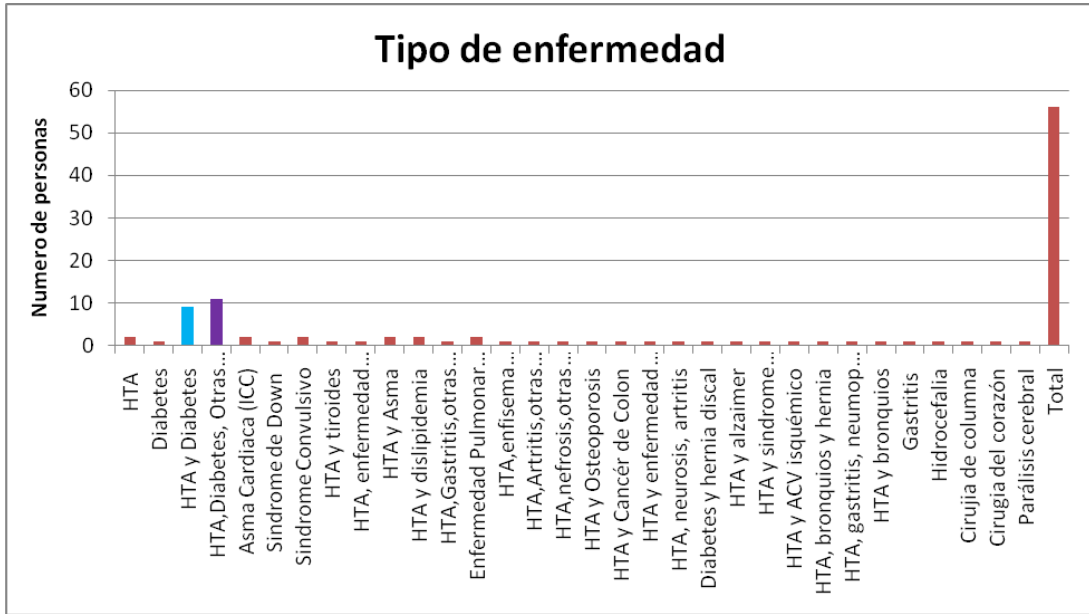


Según la tabla 7, gráfico 6, el género femenino tiene una percepción del estado de salud de 49% enfermo y el 79% de los hombres encuestados se considera enfermos, se debe tener en cuenta que la población femenina encuestada tiene el porcentaje más alto de reconsulta, por lo tanto es la población más enferma.

Tabla 8. Distribución porcentual según tipo de enfermedad.

Porqué se considera enferma	Total
HTA	2
Diabetes	1
HTA y Diabetes	9
HTA, Diabetes, Otras.	11
Asma Cardíaca (ICC)	2
Síndrome de Down	1
Síndrome Convulsivo	2
HTA y tiroides	1
HTA, enfermedad cardíaca	1
HTA y Asma	2
HTA y dislipidemia	2
HTA, Gastritis, otras enfermedades	1
Enfermedad Pulmonar (EPOC)	2
HTA, enfisema pulmonar, otras	1
HTA, Artritis, otras enfermedades	1
HTA, nefrosis, otras enfermedades	1
HTA y Osteoporosis	1
HTA y Cáncer de Colon	1
HTA y enfermedad pélvica	1
HTA, neurosis, artritis	1
Diabetes y hernia discal	1
HTA y Alzheimer	1
HTA y síndrome convulsivo	1
HTA y ACV isquémico	1
HTA, bronquios y hernia	1
HTA, gastritis, neumopatía	1
HTA y bronquios	1
Gastritis	1
Hidrocefalia	1
Cirugía de columna	1
Cirugía del corazón	1
Parálisis cerebral	1
Total	56

Gráfica 7. Distribución según tipo de enfermedad.

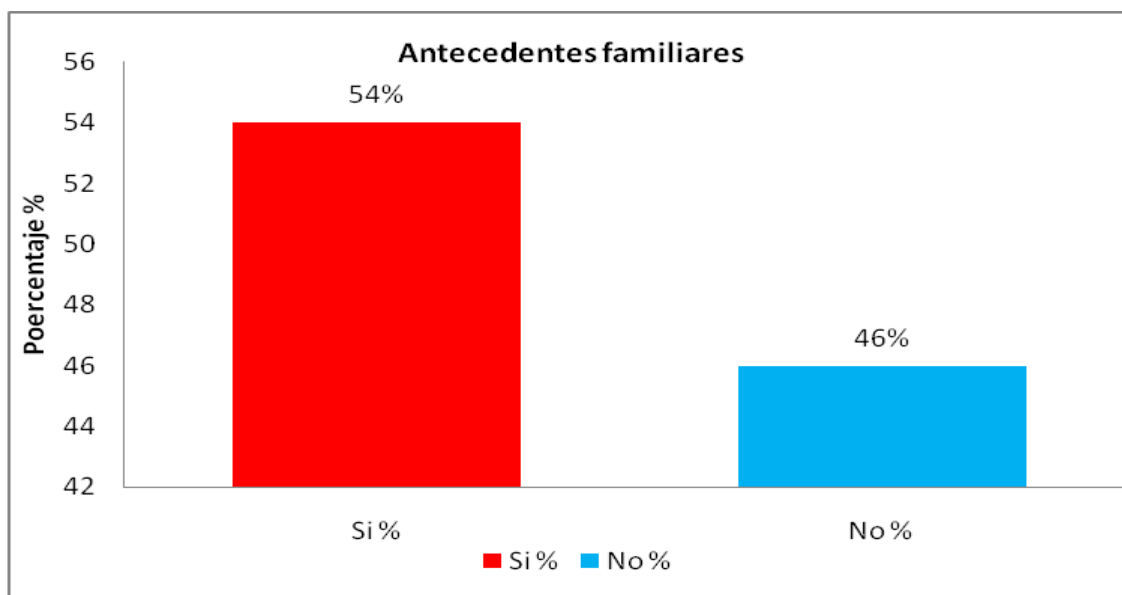


Según la tabla 8, el gráfico 7, muestra que las personas encuestadas que se consideran enfermas padecen de enfermedades crónicas siendo de gran relevancia que 11 personas padecen de hipertensión y diabetes, 56 de las personas encuestadas tiene enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, síndrome convulsivos, alteraciones de la tiroides, osteoporosis, artritis, cáncer etc.

Tabla 9. Distribución porcentual según antecedentes familiares de la población encuestada.

Antecedentes Familiares	Total	%
Si	54	54
No	46	46
Total	100	100

Gráfica 8. Distribución porcentual según antecedentes familiares de la población encuestada.

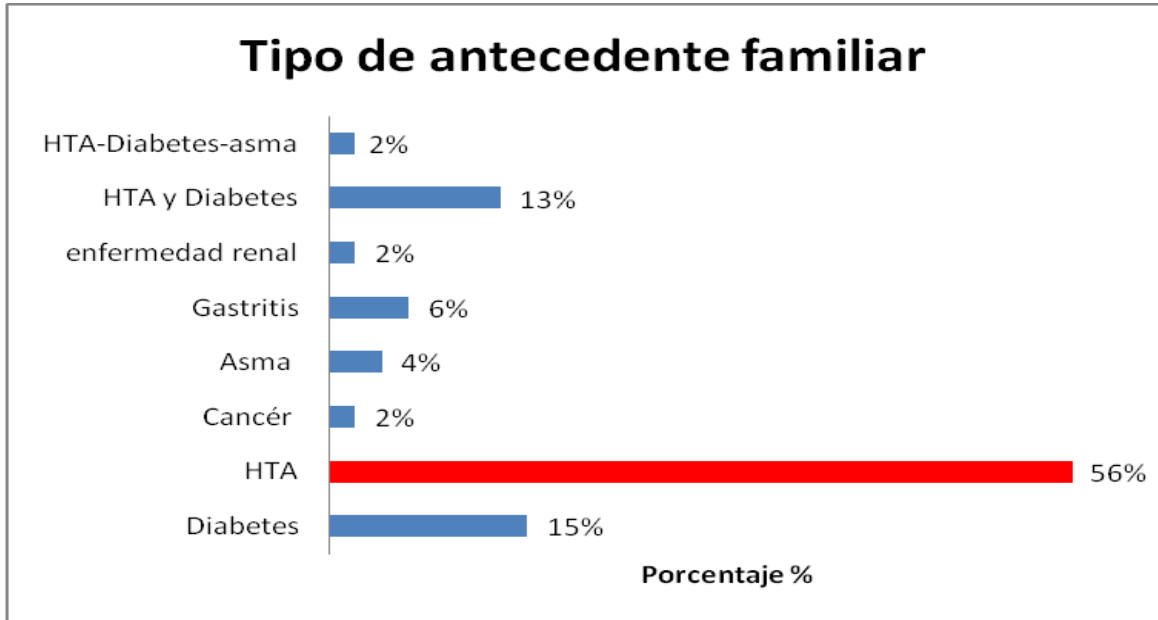


Según la tabla 9, grafico 8, el 54% de las personas encuestadas, tiene antecedentes médicos familiares y el 46% no presenta antecedentes médicos familiares.

Tabla 10. Distribución porcentual según tipo de antecedente familiar.

Cuales Antecedentes Familiares	Total	%
Diabetes	8	15
HTA	30	56
Cáncer	2	4
Asma	2	4
Gastritis	3	6
enfermedad renal	1	2
HTA y Diabetes	7	13
HTA-Diabetes-asma	1	2
Total	54	100

Grafico 9. Distribución porcentual según tipo de antecedente familiar.

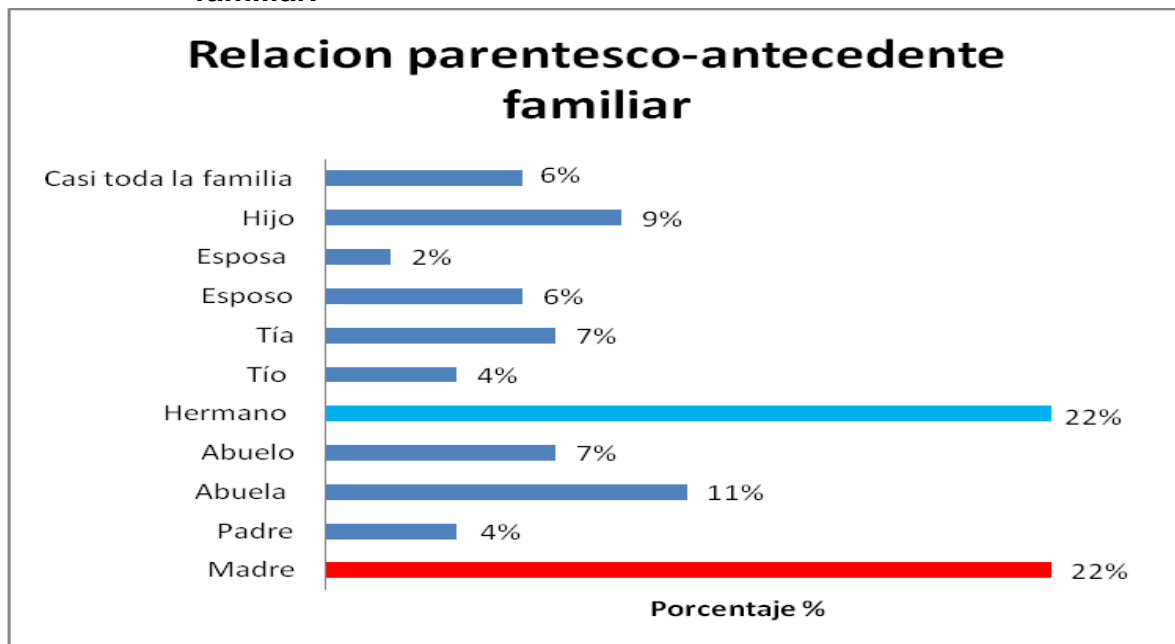


En la tabla 10 y grafico 9 se observa que el 56% de las personas presentan antecedentes familiares de hipertensión arterial, seguido del 15% con antecedentes familiares de diabetes y 13% con antecedentes familiares de hipertensión arterial y diabetes.

Tabla 11. Distribución porcentual según relación parentesco-antecedente familiar

Parentesco	Total	%
Madre	12	22
Padre	2	4
Abuela	6	11
Abuelo	4	7
Hermano	12	22
Tío	2	4
Tía	4	7
Esposo	3	6
Esposa	1	2
Hijo	5	9
Casi toda la familia	3	6
Total	54	100

Grafico 10. Distribución porcentual según relación parentesco-antecedente familiar.

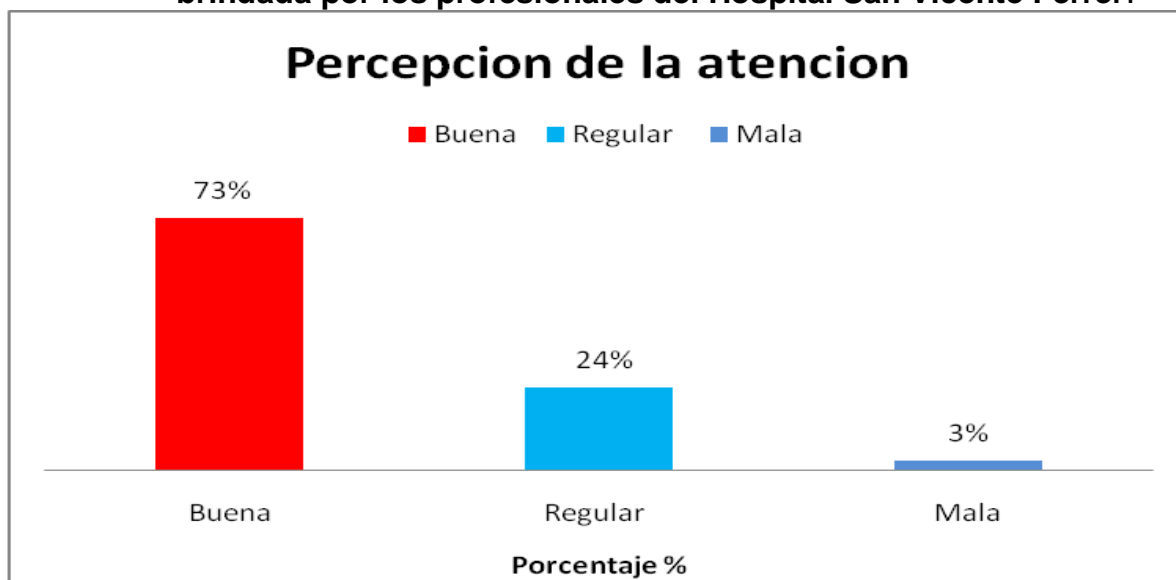


Según tabla 11, grafico 10, los pacientes encuestados que tienen antecedentes médicos familiares refieren que el parentesco en el 22% es la madre, seguido de 22% los hermanos y el 11% la abuela.

Tabla 12, Distribución porcentual de la percepción de los usuarios según la atención brindada por los profesionales del Hospital San Vicente Ferrer.

Atención Profesional	Total	%
Buena	73	73
Regular	24	24
Mala	3	3
Total	100	100

Gráfico 11. Distribución de la percepción de los usuarios según la atención brindada por los profesionales del Hospital San Vicente Ferrer.

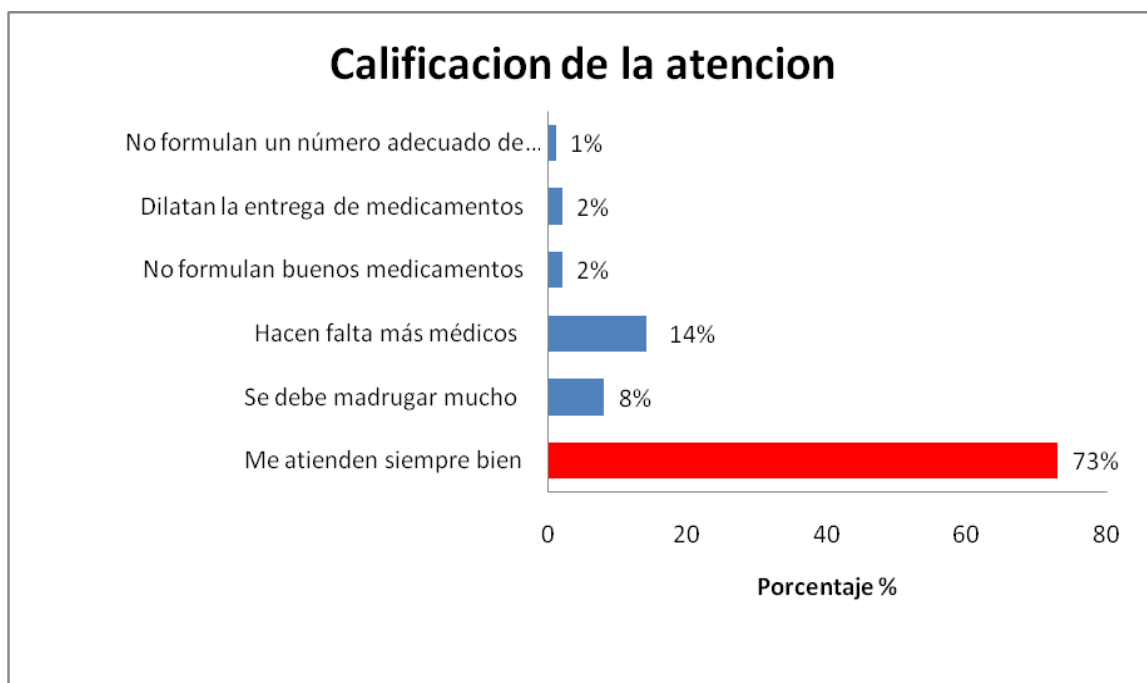


Según tabla 12, gráfico 11 las pacientes reconsultantes encuestados consideran que la atención de los médicos del Hospital San Vicente Ferrer es buena en el 73%, el 24% considera que es regular y el 3% considera que es mala.

Tabla 13. Distribución porcentual según criterios de calificación del usuario encuestado.

Por que califica buena-regular o mala	Total	%
Me atienden siempre bien	73	73
Se debe madrugar mucho	8	8
Hacen falta más médicos	14	14
No formulan buenos medicamentos	2	2
Dilatan la entrega de medicamentos	2	2
No formulan un número adecuado de medicamentos	1	1
Total	100	100

Grafico 12. Distribución según criterios de calificación del usuario encuestado.

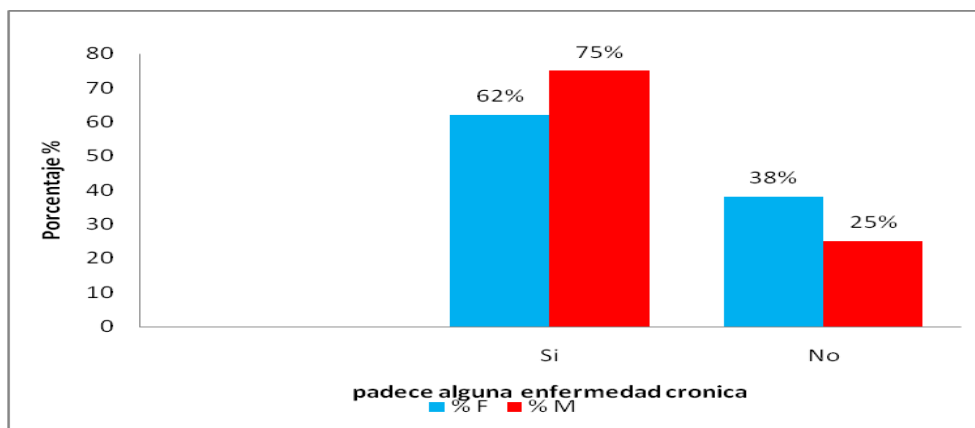


Según la tabla 13, grafico 12 el 73% de las personas encuestadas reconsultantes consideran que siempre los atienden bien, el 14% considera que hacen falta más médicos, el 8% considera que debe madrugar mucho y el 5% se queja por fallas en la formulación y entrega de medicamentos.

Tabla 14. Distribución porcentual según género y prevalencia de enfermedad crónica en el usuario encuestado.

Padece alguna enfermedad crónica	Femenino	%	Masculino	%
Si	47	62	18	75
No	29	38	6	25
Total	76	100	24	100

Gráfica 13. Distribución porcentual según género y prevalencia de enfermedad crónica en el usuario encuestado.



Según la tabla 14, grafico 13 de las 76 mujeres encuestadas el 62% padece de enfermedad crónica y de los 24 hombres encuestados el 75% padecen de alguna enfermedad crónica.

Tabla 15. Distribución según tipo de enfermedad crónica.

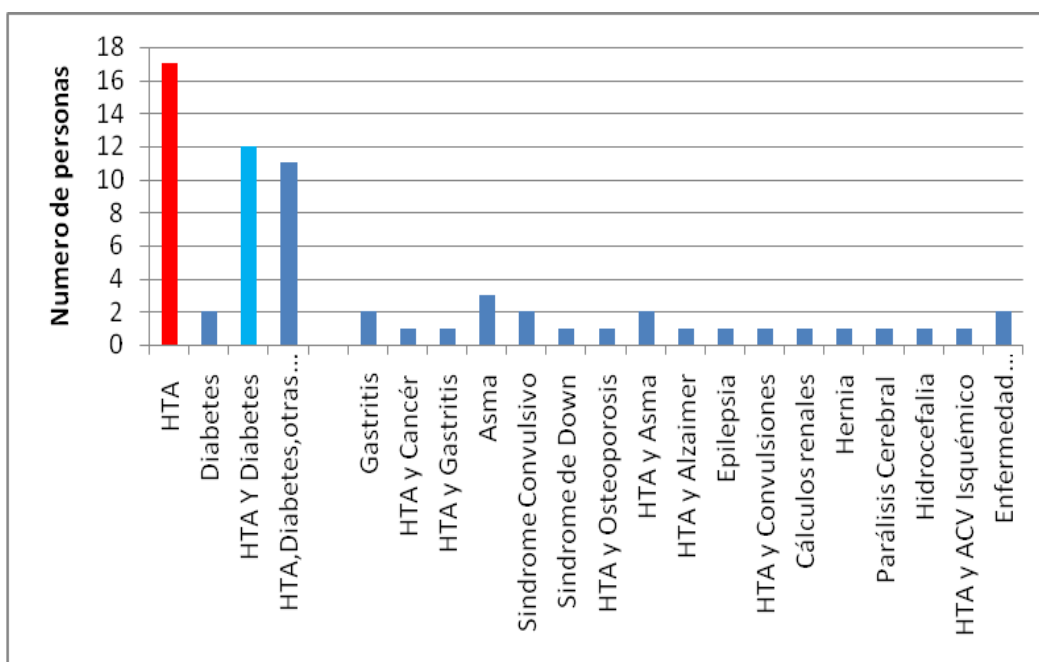
Tipos de enfermedad crónica	Total
HTA	17
Diabetes	2
HTA Y Diabetes	12
HTA, Diabetes, otras enfermedades	11
Gastritis	2
HTA y Cáncer	1
HTA y Gastritis	1
Asma	3
Síndrome Convulsivo	2
Síndrome de Down	1
HTA y Osteoporosis	1
HTA y Asma	2
HTA y Alzheimer	1
Epilepsia	1
HTA y Convulsiones	1

Pasa...

... viene

Tipos de enfermedad crónica	Total
Cálculos renales	1
Hernia	1
Parálisis Cerebral	1
Hidrocefalia	1
HTA y ACV Isquémico	1
Enfermedad pulmonar (EPOC)	2
Total	65

Gráfica 14. Distribución según tipo de enfermedad crónica.

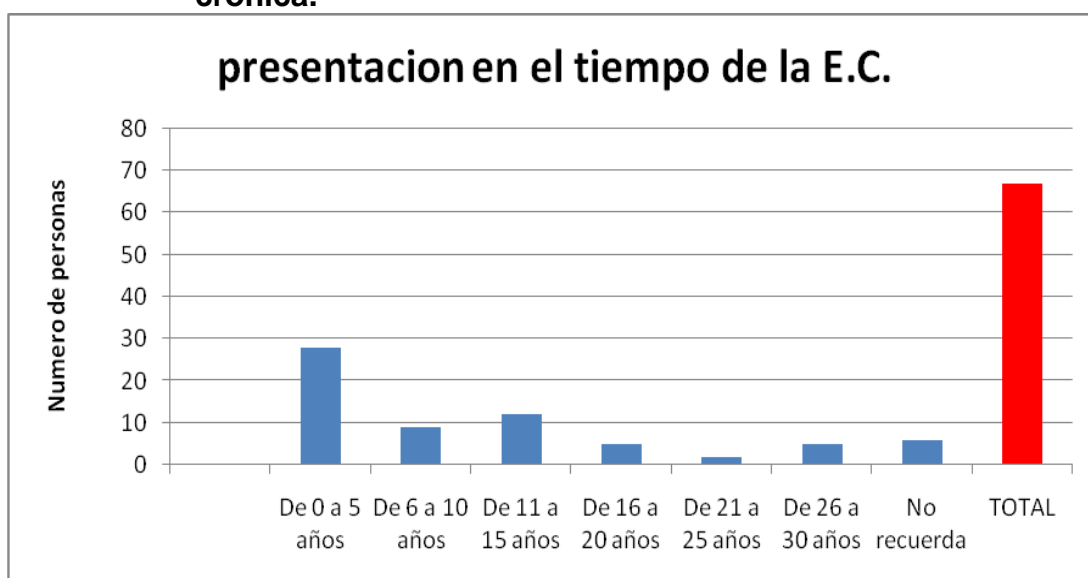


Según tabla 15, grafico 14, de las 100 personas encuestadas 65 padecen de enfermedades crónicas siendo la más representativa la hipertensión arterial con 17 pacientes que padecen de esta, seguido de 12 pacientes que padecen hipertensión arterial y diabetes y 11 que padecen de hipertensión, diabetes y otras enfermedades.

Tabla 16. Distribución porcentual según tiempo de presentación de la enfermedad crónica.

Hace cuanto tiempo presenta la enfermedad crónica	Total	%
De 0 a 5 años	28	42
De 6 a 10 años	9	13
De 11 a 15 años	12	18
De 16 a 20 años	5	7
De 21 a 25 años	2	3
De 26 a 30 años	5	7
No recuerda	6	9
TOTAL	67	100

Gráfica 15. Distribución según tiempo de presentación de la enfermedad crónica.

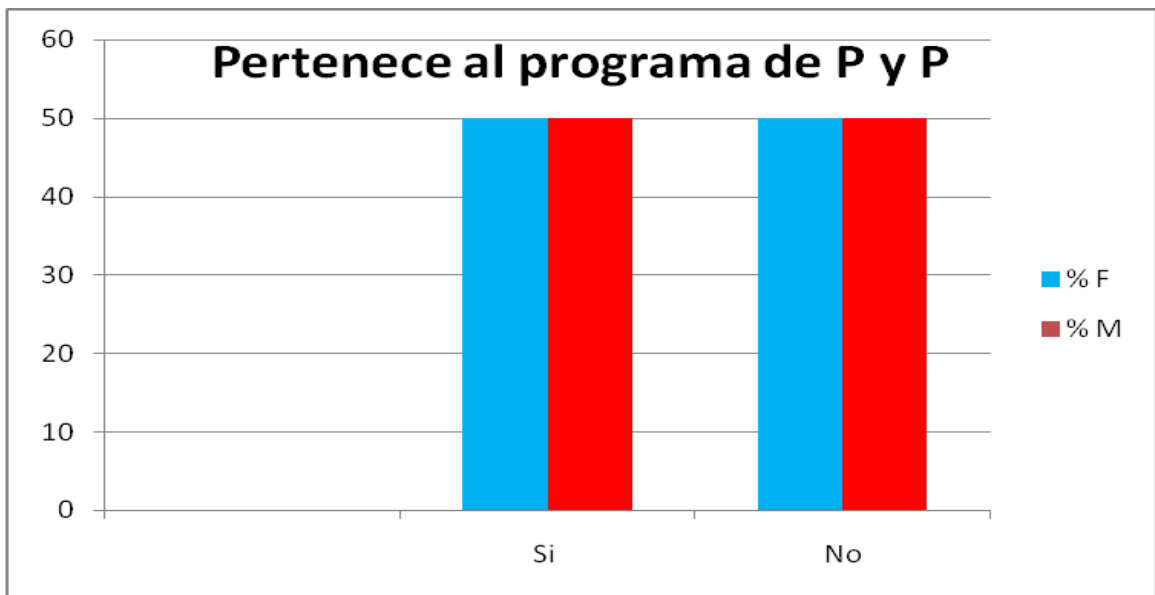


Según la tabla 16, gráfico 15 se observa que los pacientes padecen enfermedad crónica desde hace cero a cinco años 42%, seguido de once a 15 años con un 18% y el 13% padecen la enfermedad crónica desde hace seis a diez años.

Tabla 17. Distribución porcentual según género en la participación de los programas de promoción y prevención

Pertenece al programa de P y P	Femenino	%	Masculino	%
No	38	50	12	50
Total	76	100	24	100

Gráfica 16. Distribución porcentual según género en la participación de los programas de promoción y prevención.

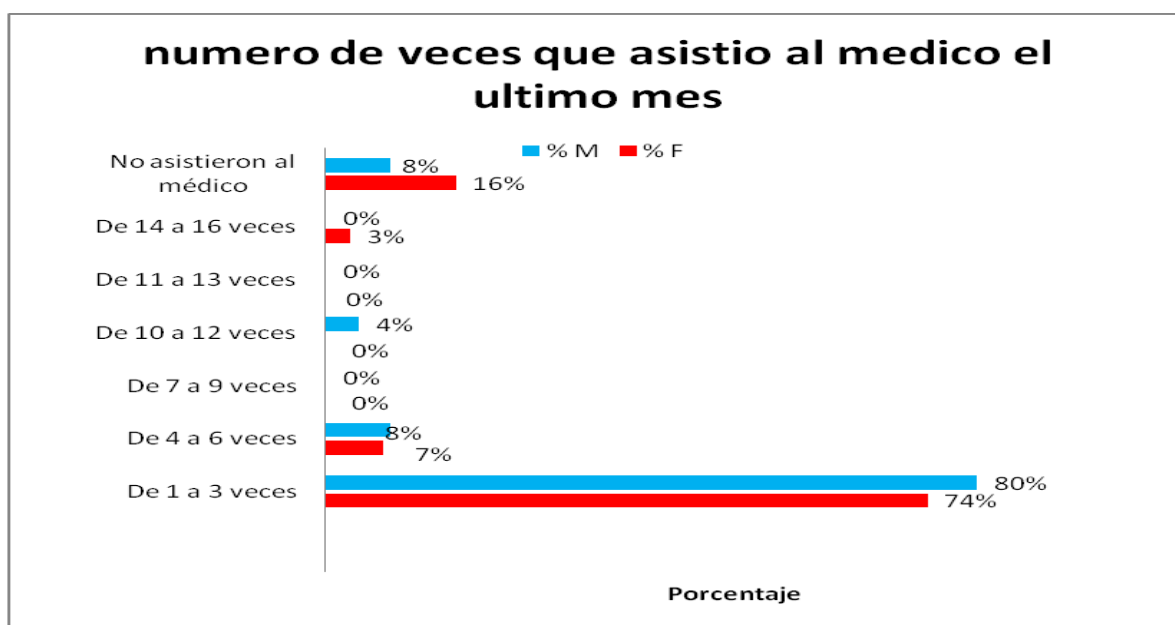


Según la tabla 17, gráfico 16, de las setenta y seis mujeres encuestadas 38 pertenecen a los programas de promoción y prevención y de los veinticuatro hombres encuestados 12 pertenecen a los programas de promoción y prevención.

Tabla 18. Distribución porcentual según número de veces que consulta en el último mes.

Cuántas veces asistió al médico en el último mes	Femenino	%	Masculino	%
De 1 a 3 veces	56	74	19	80
De 4 a 6 veces	6	7	2	8
De 7 a 9 veces	0	0	0	0
De 10 a 12 veces	0	0	1	4
De 11 a 13 veces	0	0	0	0
De 14 a 16 veces	2	3	0	0
No asistieron al médico	12	16	2	8
Total	76	100	24	100

Gráfica 17. Distribución porcentual según número de veces que consulta en el último mes.

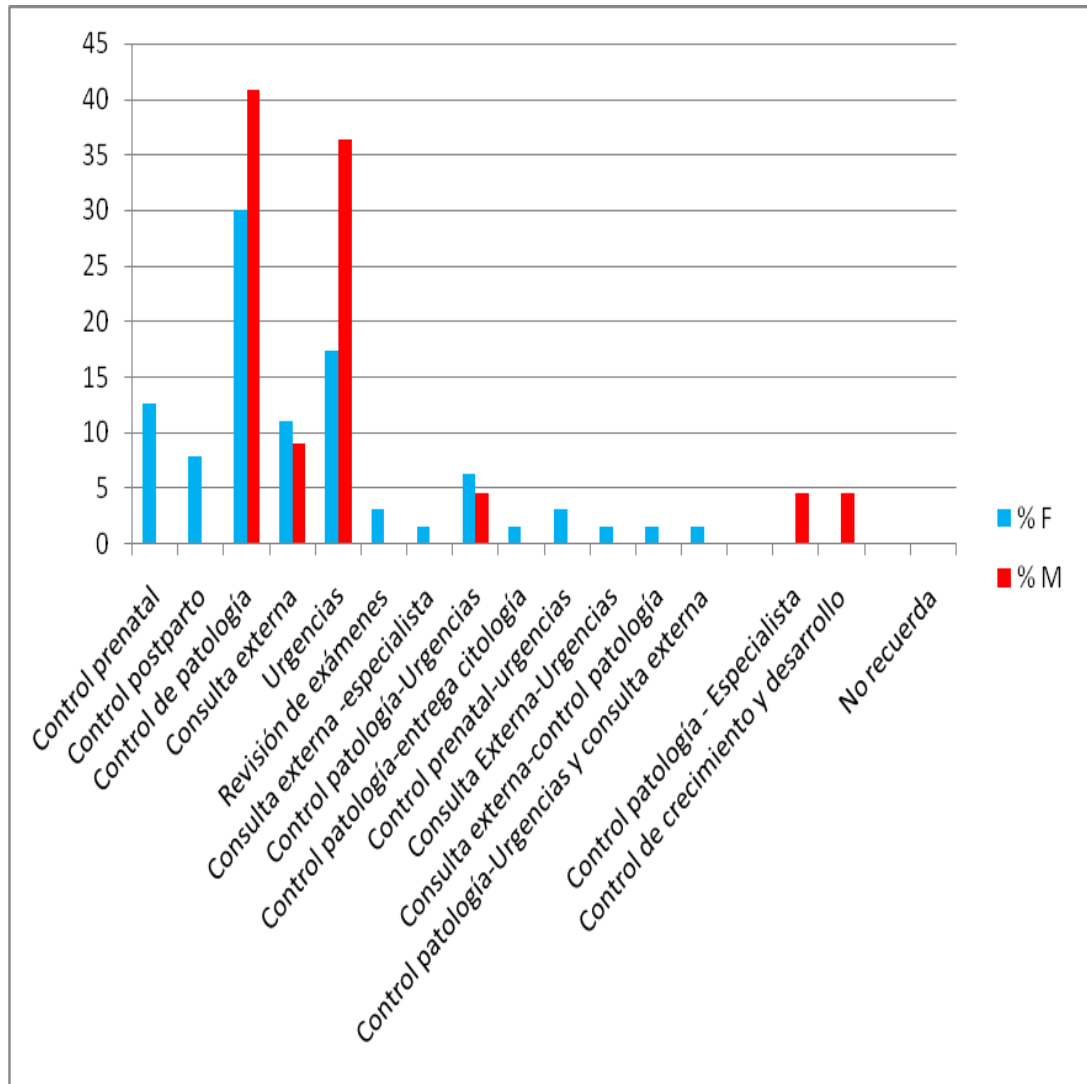


Según la tabla 18, gráfico 17 se observa que el 74% de las mujeres asistieron a consulta médica de 1 a 3 veces en el último mes y los hombres en un 80%. Siendo de gran importancia que el 8% de las mujeres y el 16% de los hombres no asistieron a consulta médica en el último mes.

Tabla 19. Distribución porcentual según causa de consulta del usuario encuestado.

Porque asistió al médico	Femenino	%	Masculino	%
Control prenatal	8	13	0	0
Control postparto	5	8	0	0
Control de patología	19	30	9	40
Consulta externa	7	11	2	9
Urgencias	11	17	8	36
Revisión de exámenes	2	3	0	0
Consulta externa -especialista	1	2	0	0
Control patología-Urgencias	4	6	1	5
Control patología-entrega citología	1	2	0	0
Control prenatal-urgencias	2	3	0	0
Consulta Externa-Urgencias	1	2	0	0
Consulta externa-control patología	1	2	0	0
Control patología-Urgencias y consulta externa	1	1	0	0
Control patología - Especialista	0	0	1	5
Control de crecimiento y desarrollo	0	0	1	5
Total	63	100	22	100

Grafico 18. Distribución porcentual según causa de consulta del usuario encuestado.

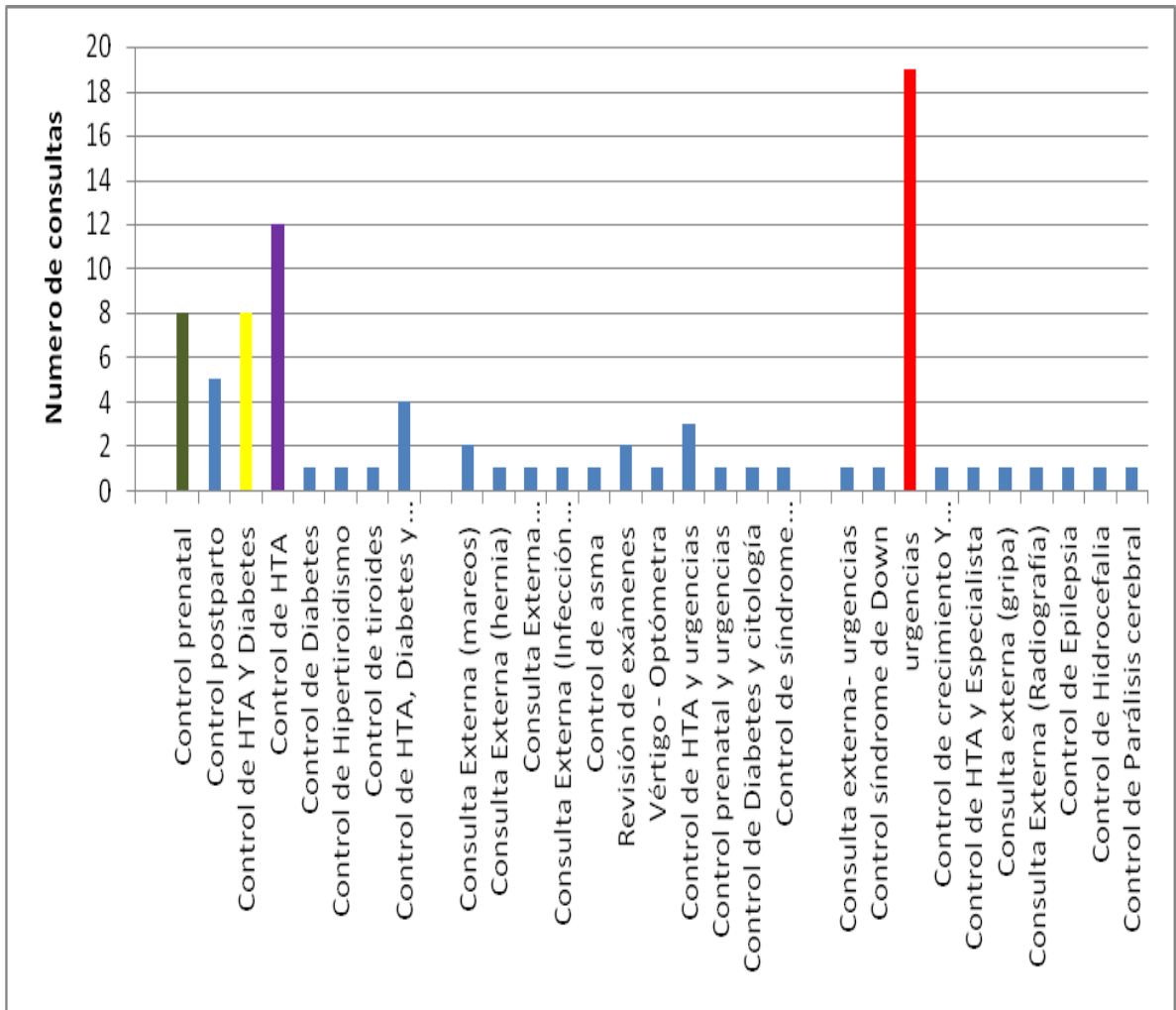


Según la tabla 19 y gráfico 18 se observa que el 30% de las mujeres y el 40% de los hombres asistieron a consulta de control de la patología crónica que padecen, el 17% de las mujeres y el 36% de los hombres asistieron a consulta por urgencias, el 11% de las mujeres y el 9% de los hombres asistieron por consulta externa, el 13% de las mujeres asistieron a control prenatal, el 65 de las mujeres y el 5% de los hombres asistieron a control de patología por urgencias.

Tabla 20. Distribución según últimas cinco visitas al médico.

En las últimas 5 visitas al médico porque asistió	Total
Control prenatal	8
Control postparto	5
Control de HTA Y Diabetes	8
Control de HTA	12
Control de Diabetes	1
Control de Hipertiroidismo	1
Control de tiroides	1
Control de HTA, Diabetes y urgencias	4
Consulta Externa (hernia)	1
Consulta Externa (hemorroides)	1
Consulta Externa (Infección Urinaria)	1
Control de asma	1
Revisión de exámenes	2
Vértigo - Optómetra	1
Control de HTA y urgencias	3
Control prenatal y urgencias	1
Control de Diabetes y citología	1
Control de síndrome convulsivo	1
Control síndrome de Down	1
urgencias	19
Control de crecimiento Y desarrollo	1
Control de HTA y Especialista	1
Consulta externa (gripa)	1
Consulta Externa (Radiografía)	1
Control de Epilepsia	1
Control de Hidrocefalia	1
Control de Parálisis cerebral	1

Gráfica 19. Distribución según últimas cinco visitas al médico.

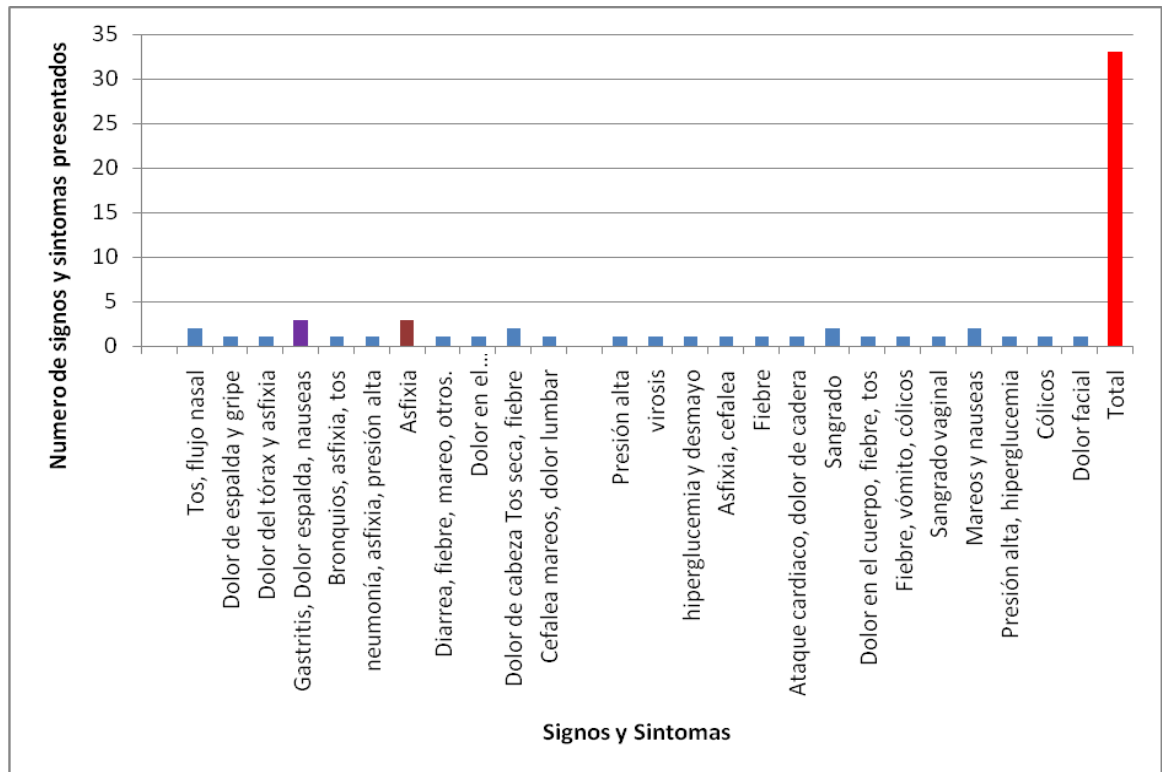


Según la tabla 20 grafico 19 las personas refieren que las últimas cinco veces que asistieron al médico fue por urgencias 19 personas, 12 personas a control de hipertensión arterial, 8 personas a control prenatal y 8 a control de hipertensión arterial y diabetes, 5 personas a control pos-parto.

Tabla 21. Distribución según tipos de signos y síntomas presentados por los usuarios encuestados.

Que signos y síntomas presento	Total
Tos, flujo nasal	2
Dolor de espalda y gripe	1
Dolor del tórax y asfixia	1
Gastritis, Dolor espalda, nauseas	3
Bronquios, asfixia, tos	1
neumonía, asfixia, presión alta	1
Asfixia	3
Diarrea, fiebre, mareo, otros.	1
Dolor en el cuerpo, fiebre, cólico abdominal	1
Dolor de cabeza Tos seca, fiebre	2
Cefalea mareos, dolor lumbar	1
virosis	1
hiperglucemia y desmayo	1
Asfixia, cefalea	1
Fiebre	1
Ataque cardiaco, dolor de cadera	1
Sangrado	2
Dolor en el cuerpo, fiebre, tos	1
Fiebre, vómito, cólicos	1
Sangrado vaginal	1
Mareos y nauseas	2
Presión alta, hiperglucemia	1
Cólicos	1
Dolor facial	1
Total	33

Gráfica 20. Distribución según tipos de signos y síntomas presentados por los usuarios encuestados.

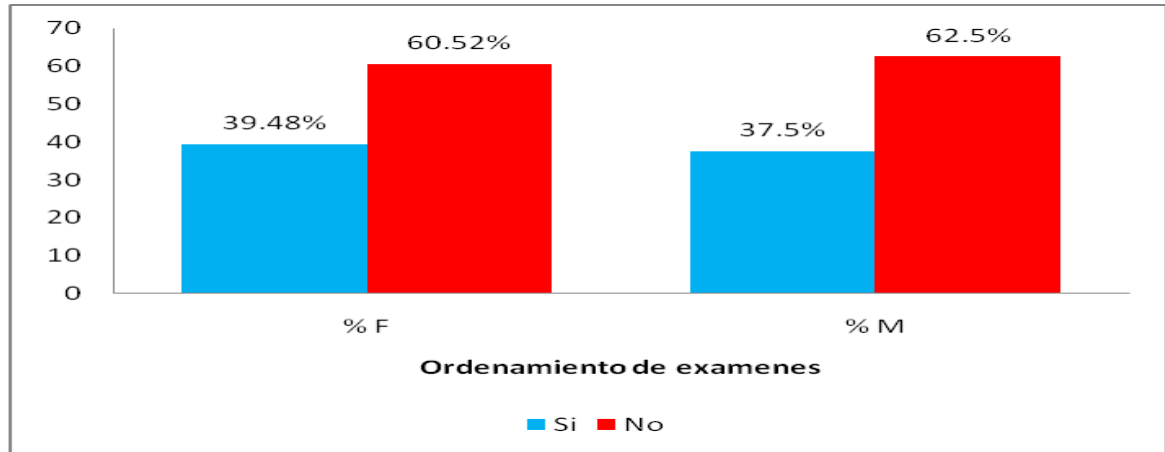


Según tabla 21, grafico 20 las personas refieren que los signos y síntomas que se presentaron en mayor proporción fue gastritis, dolor de espalda, nauseas, asfixia, seguido de cefalea, fiebre y tos.

Tabla 22. Distribución porcentual según ordenamiento de exámenes a los usuarios encuestados.

Ordenamiento de exámenes	Femenino	%	Masculino	%
Si	30	39.48	9	37.5
No	46	60.52	15	62.5
Total	76	100	24	100

Gráfica 21. Distribución porcentual según ordenamiento de exámenes a los usuarios encuestados.

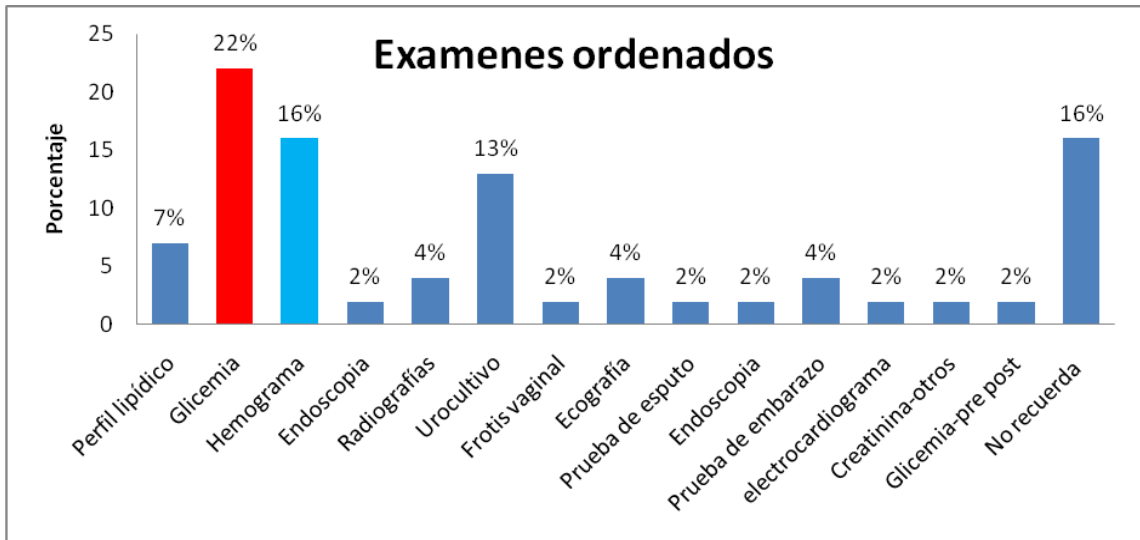


Según tabla 22, gráfico 21 se observa que se ordenaron exámenes de laboratorio a el 39.48% de las mujeres encuestadas y el 37.5% de los hombres encuestados.

Tabla 23. Distribución porcentual del número y clase de examen ordenado al usuario encuestado.

Que exámenes le ordenaron	Total	%
Perfil lipídico	3	7
Glicemia	10	22
Hemograma	7	16
Endoscopia	1	2
Radiografías	2	4
Urocultivo	6	13
Frotis vaginal	1	2
Ecografía	2	4
Prueba de esputo	1	2
Endoscopia	1	2
Prueba de embarazo	1	4
electrocardiograma	1	2
Creatinina-otros	1	2
Glicemia-pre post	1	2
No recuerda	7	16
Total	45	100

Gráfica 22. Distribución porcentual del número y clase de examen ordenado al usuario encuestado.

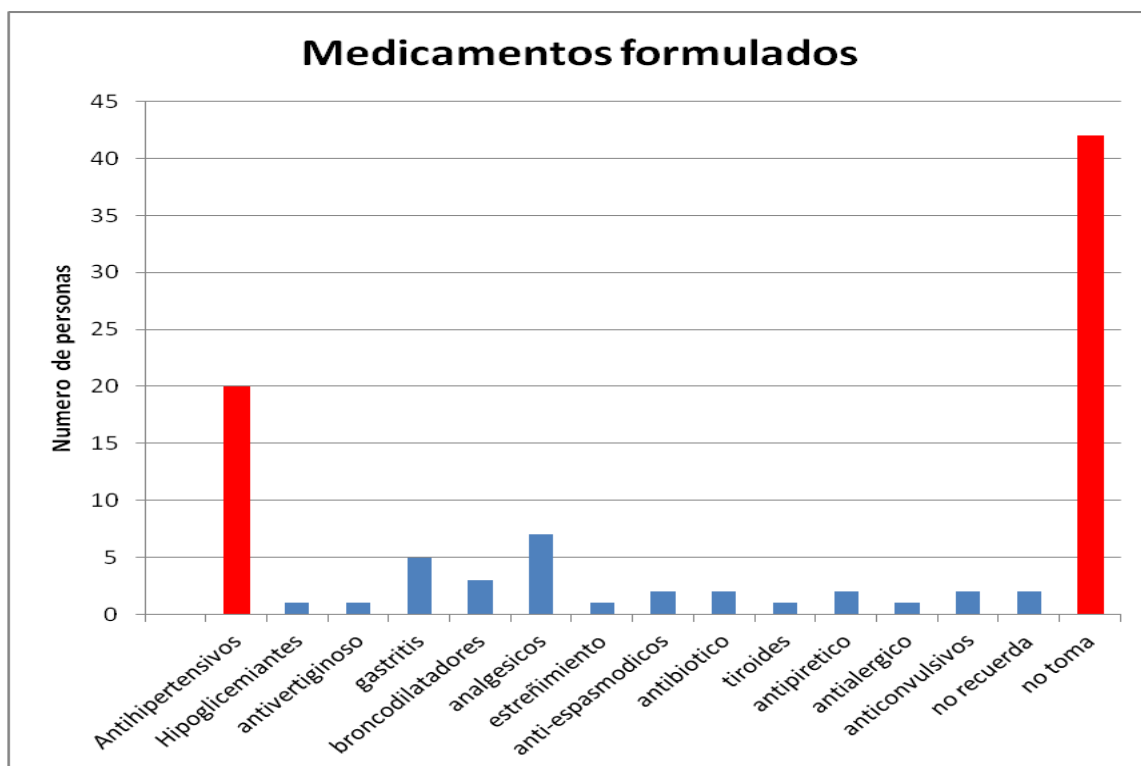


Según tabla 23, grafico 22 muestra de las pacientes reconsultantes que se les solicito exámenes de laboratorio, el 22% fue glicemia, 16% hemogramas, 16% no recuerda el 13% Urocultivo y el 7% perfil lipídico.

Tabla 24. Distribución según tipo de medicamentos formulados por el profesional de la salud del Hospital San Vicente Ferrer.

Que medicamentos le formularon	Total
Hipoglicemiantes	1
Anti vertiginoso	1
Gastritis	5
Broncodilatadores	3
Analgésicos	7
Estreñimiento	1
Anti-espasmódicos	2
Antibiótico	2
Tiroides	1
Antipirético	2
Antialérgico	1
Anticonvulsivos	2
No recuerda	2
No toma	42

Gráfica 23. Distribución según tipo de medicamentos formulados por el profesional de la salud del Hospital San Vicente Ferrer.

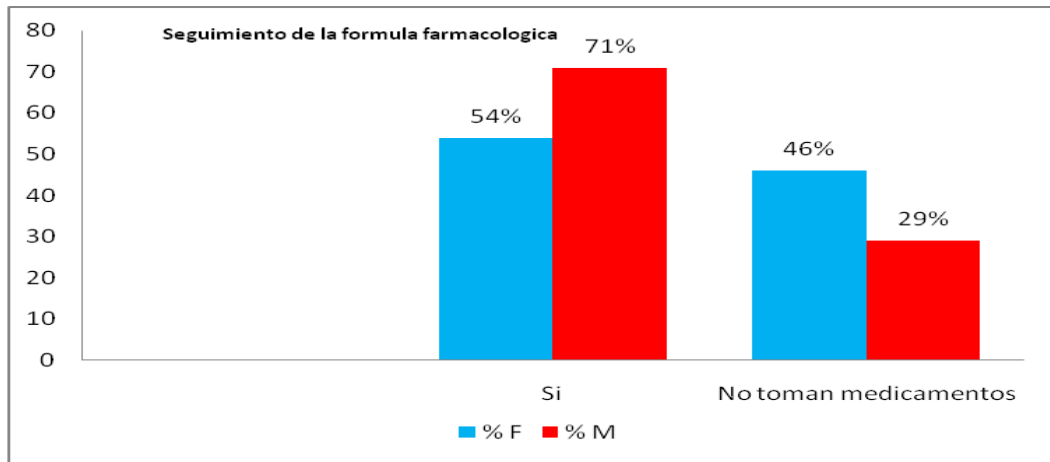


Según tabla 24, grafico 23 los medicamentos que se formularon, se encontró que la mayoría de las personas no toman, seguido de los antihipertensivos y los analgésicos.

Tabla 25. Distribución porcentual según seguimiento de la formula farmacológica ordenada al usuario encuestado.

Se toma los medicamentos según las indicaciones del medico	Mujeres	%	Hombres	%
	Si	41	54	17
No toman medicamentos	35	46	7	29
Total	76	100	24	100

Gráfica 24. Distribución según seguimiento de la formula farmacológica ordenada al usuario encuestado.

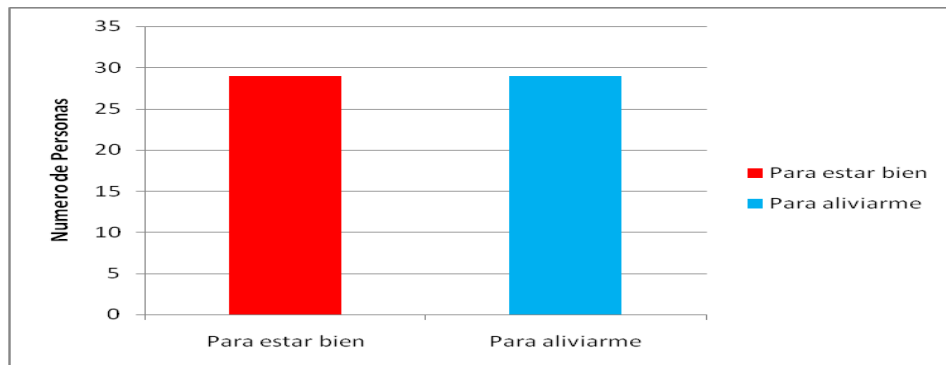


Según tabla 25, grafico 24 muestra que el 54% de las mujeres y el 71% de los hombres encuestados se toman los medicamentos de acuerdo a las indicaciones del médico.

Tabla 26. Distribución según opinión del encuestado acerca del seguimiento de la formula farmacológica

Por qué opina que se debe tomar o no correctamente los medicamentos	Total
Para estar bien	29
Para aliviarme	29

Gráfica 25. Distribución según opinión del encuestado acerca del seguimiento de la formula farmacológica.

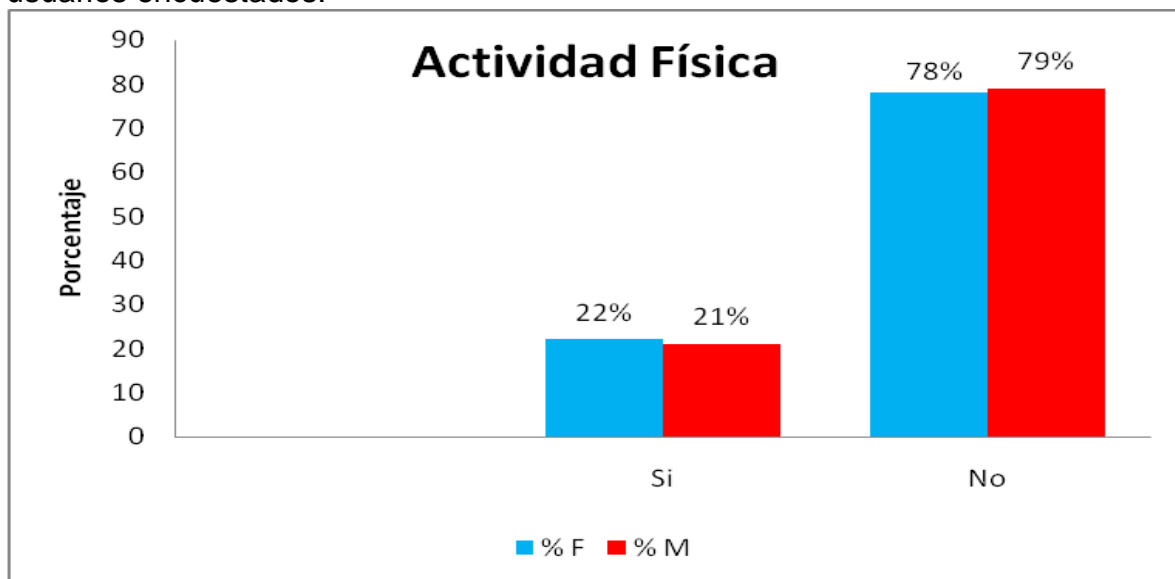


Según tabla 26, grafico 25 muestra que 29 de las personas encuestadas toman medicamentos para estar bien y 29 para aliviarse.

Tabla 27. Distribución porcentual de la realización de actividad física de los usuarios encuestados.

Realiza alguna clase de actividad Física	Mujeres	%	Hombres	%
No	59	78	19	79
Total	76	100	24	100

Gráfica 26. Distribución porcentual de la realización de actividad física de los usuarios encuestados.

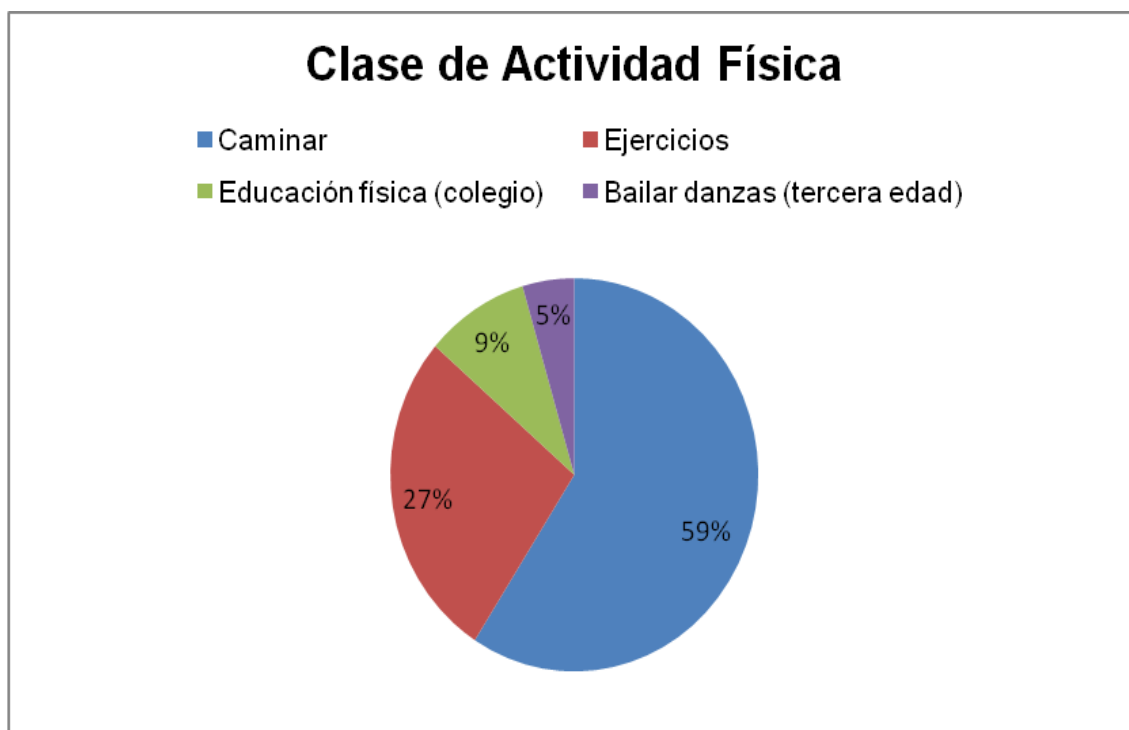


Según la tabla 27, gráfico 26 muestra que el 22% de las mujeres y el 21% de los hombres encuestados realizan actividad física.

Tabla 28. Distribución según clase de actividad física que realiza el usuario encuestado.

Qué clase de Actividad física	Total
Caminar	13
Ejercicios	6
Educación física (colegio)	2
Bailar danzas (tercera edad)	1

Gráfica 27. Distribución porcentual según clase de actividad física que realiza el usuario encuestado.

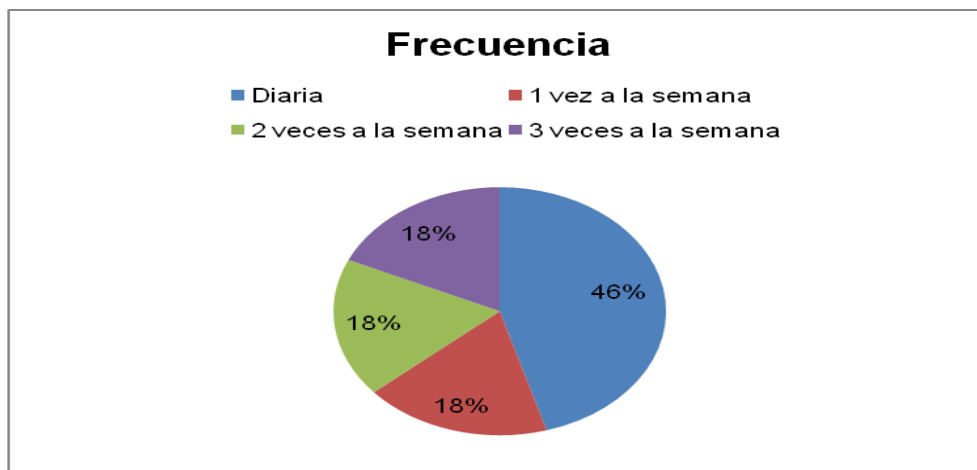


Según tabla 28 gráfico 27 muestra que las personas encuestadas que realizan actividad física el 59% caminan, el 27% realizan ejercicios, el 9% educación física y el 5% bailan danzas.

Tabla 29. Distribución porcentual según frecuencia de realización de la actividad física.

Frecuencia de realización Actividad Física	Total	%
Diaria	10	46
1 vez a la semana	4	18
2 veces a la semana	4	18
3 veces a la semana	4	18

Gráfica 28. Distribución porcentual según frecuencia de realización de la actividad física.

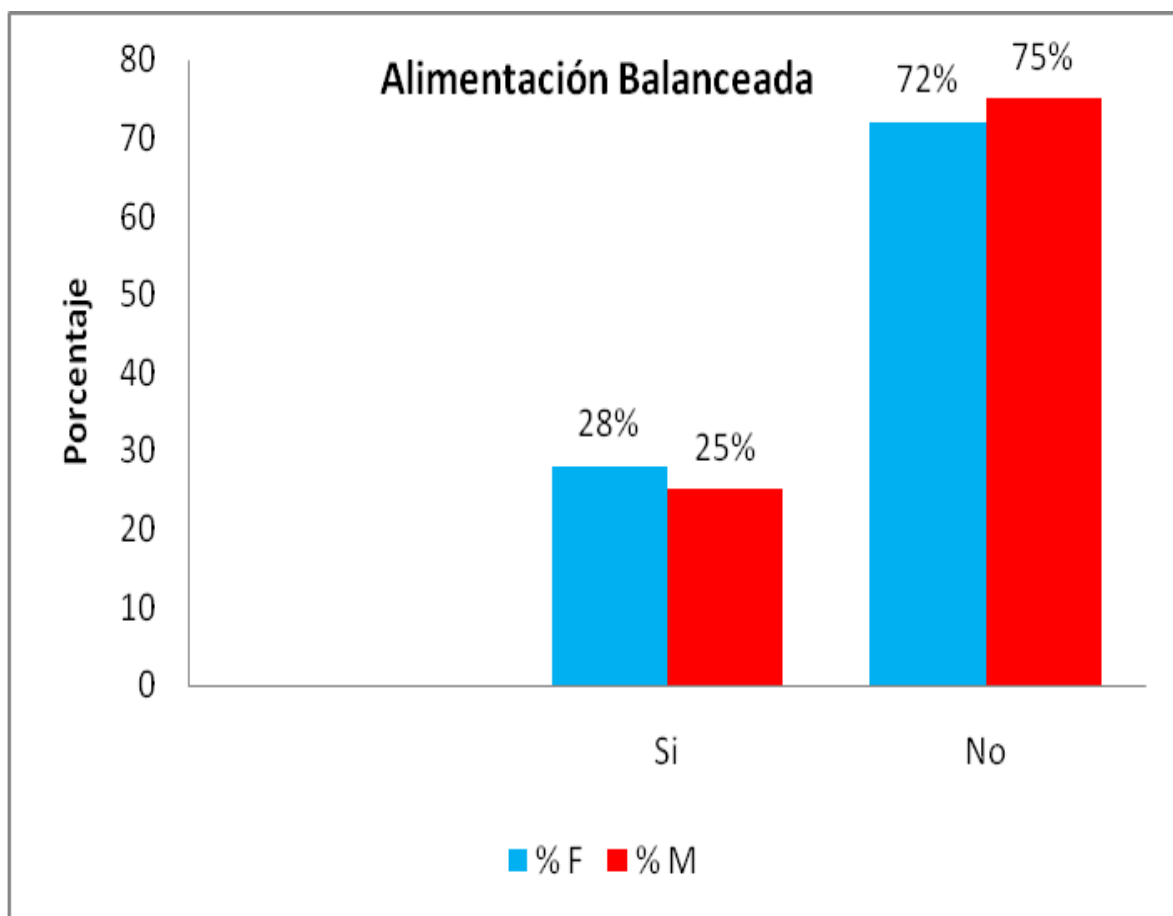


Según tabla 29, gráfico 28 las personas encuestadas que realizan actividad física lo hacen diariamente el 46%, 18% una vez a la semana y 18% dos veces a la semana y 18% tres veces a la semana.

Tabla 30. Distribución porcentual según estilo de vida saludable (alimentación balanceada)

Estilo de vida saludable (Alimentación Balanceada)	Mujeres	%	Hombres	%
Si	21	28	6	25
No	55	72	18	75
Total	76	100	24	100

Gráfica 29. Distribución porcentual según estilo de vida saludable (alimentación balanceada).

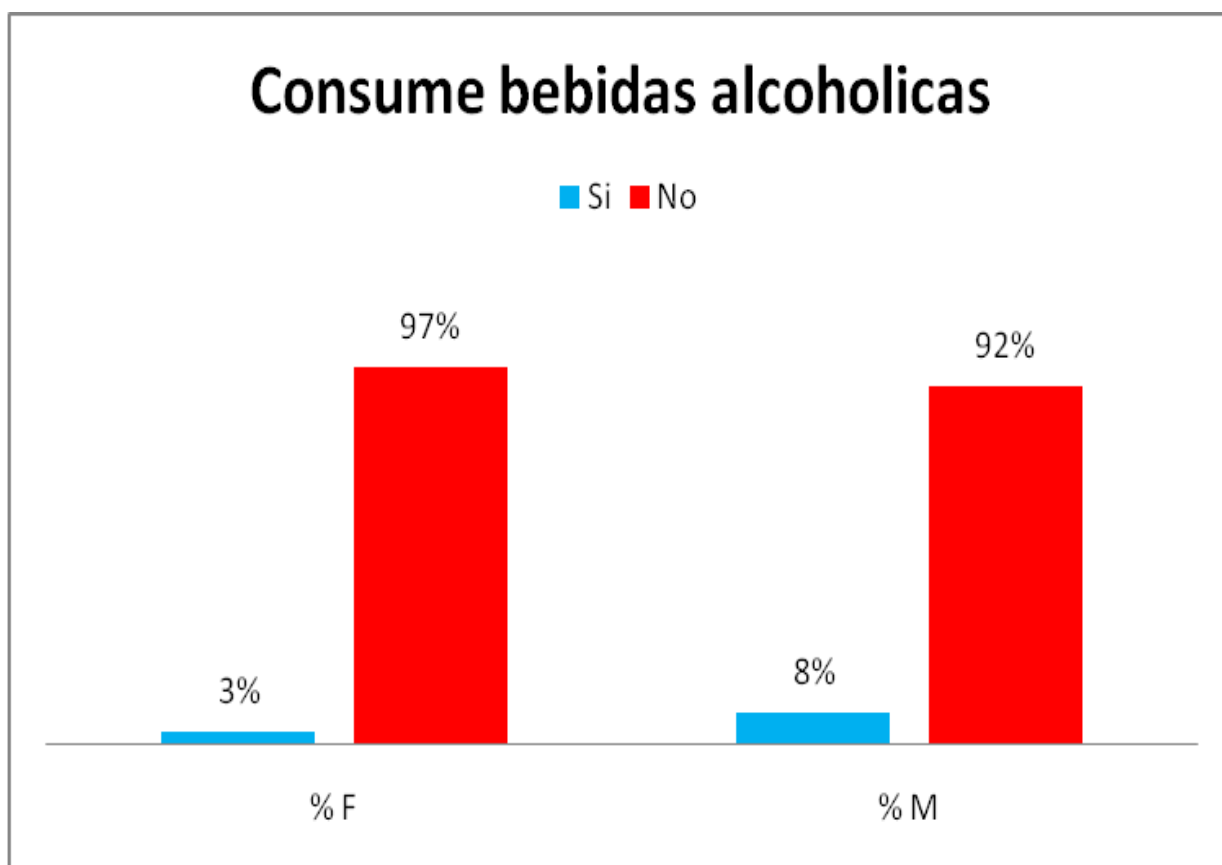


Según tabla 30, grafico 29 muestra que solo un 28% de las mujeres y 25% de los hombres encuestados tienen una alimentación balanceada, y 72% de las mujeres y 75% de los hombres no tienen una alimentación balanceada.

Tabla 31. Distribución porcentual por eventos en el consumo o no de bebidas alcohólicas.

Consumo bebidas alcohólicas	Femenino	%	Masculino	%
Si	2	3	2	8
No	74	97	22	92
Total	76	100	24	100

Gráfica 30. Distribución porcentual por eventos en el consumo o no de bebidas alcohólicas.

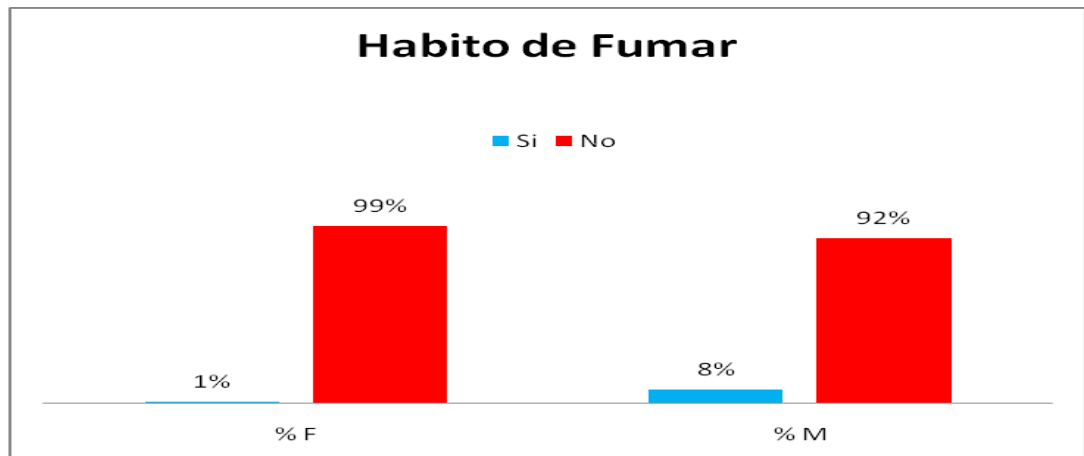


Según tabla 31, grafico 29 muestra que el 3% de las mujeres y el 8% de los hombres encuestados consumen bebidas alcohólicas.

Tabla 32. Tabla 32. Distribución porcentual según eventos en el hábito de fumar.

Fuma	Femenino	%	Masculino	%
Si	1	1	2	8
No	75	99	22	92
Total	76	100	24	100

Grafico 31. Distribución porcentual según eventos en el hábito de fumar.



Según tabla 30, grafico 31 muestra que el 1% de las mujeres y el 8% de los hombres encuestados tienen el hábito de fumar y el 99% de las mujeres y el 92% de los hombres no son fumadores.

8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el estudio realizado con la población reconsultante del **HOSPITAL SAN VICENTE FERRER** de Andalucía, se han evidenciado las posibles causas de reconsulta, una de ellas como lo muestra el análisis de los resultados, se refiere a las personas que asisten con mayor frecuencia a la consulta es la población femenina, cuya ocupación en un mayor porcentaje, 63% son las amas de casa; se entiende que esta población por su ocupación quizá cuente con más tiempo debido a que sus actividades hogareñas las pueden programar sin ninguna presión de tiempo o compromiso laboral para asistir a la consulta médica; esta disponibilidad de tiempo coincide con que el segundo porcentaje de mayor presentación de reconsulta es generado por las personas desempleadas. Según los rangos de edad el de mayor porcentaje es de 71-80 años con un 17%, asociado tal vez a la presencia de enfermedades crónicas y complicaciones de la edad.

Los pacientes que reportan mayor porcentaje de reconsultantes, son los pertenecientes a la Nueva EPS y la EPS-S Emssanar, para esta última la reconsulta se puede asociar con el hecho de que los usuarios de estrato uno (1), no cancelan copago o cuota moderadora debido a las bondades normativas de la ley 1122/07, en el caso de la Nueva EPS se puede asociar con la edad de los pacientes ya que la mayoría de las personas pertenecientes a esta EPS son de edad avanzada.

El nivel educativo es otro de los factores que en algún momento puede llegar a ocasionar mal uso de los servicios de salud, debido a la falta de educación, además el porcentaje de analfabetismo en la población reconsultante es grande, siendo preocupante que en pleno siglo XXI y con las oportunidades de acceso a la educación se estén presentando estas cifras.

Según la percepción de la enfermedad se puede analizar que el 56% de los pacientes reconsultantes se consideran enfermos, debido a que padecen enfermedades crónicas (HTA, diabetes, asma cardiaca, síndrome convulsivo etc.), con mayor tendencia las mujeres debido a que es la población que más reconsulta, de igual forma se puede analizar que este tipo de población tiene antecedentes familiares relacionados con la herencia.

Se puede analizar de acuerdo al 73% de la población encuestada, que la atención que se brinda en el Hospital San Vicente Ferrer es buena, evidenciamos que esta percepción tiene su origen en que la institución está cumpliendo con sus principios misionales; en tanto el 27% manifiesta no estar de acuerdo por tener que madrugar demasiado para acceder al servicio de consulta externa, como también

se quejan de que no les ordenan la cantidad de medicamentos necesarios para el tratamiento de su enfermedad.

Las enfermedades crónicas de los reconsultantes según el análisis de la encuesta, van ligadas a la edad de cada uno de los usuarios, encontrándose que a mayor edad las enfermedades como la Diabetes y la Hipertensión arterial son más frecuentes; los datos estadísticos encontrados muestran que a partir de los 35 a 40 años empiezan a presentarse estas enfermedades y que en el rango de los 71 a 80 años se hace más frecuentes las consultas por las complicaciones de estas enfermedades, vale la pena mencionar que si estos pacientes no asistieran a los controles y consultas respectivas, no llegarían a este rango de edad.

Según el análisis de la información que arroja el software, no coincide con la información suministrada por los pacientes reconsultantes encuestados, ya que el software Hospivisual reporta más consultas de las que ellos refieren, por lo tanto se puede pensar que existe prevención por parte de los usuarios hacia los encuestadores, considerando que pudiese llegar a afectarles en la utilización de los servicios de salud del Hospital San Vicente Ferrer. De acuerdo a lo considerado en la variable donde se clasifica como reconsultante los usuarios que asisten más de tres veces a la consulta al mes, se puede evidenciar que el 11% de la población encuestada reconsulta, sin embargo no actuó así la totalidad de la población evaluada.

La mayor causa de consulta de acuerdo a lo referido por los pacientes, fue el control de la patología, corresponde a un 28%, seguido de 19% urgencias, y solo como dato relevante un 9% reconsulta por consulta externa, haciéndose necesario que para tener una información adecuada para el proyecto de investigación, se debe revisar aleatoriamente las historias clínicas de los pacientes con enfermedades diferentes a las crónicas, con el objetivo de tener mayor confiabilidad con cada una de las variables evaluadas.

Según la sintomatología de los pacientes encuestados el mayor número de reconsulta obedeció a enfermedades agudas diferentes a su problema de base (virosis, infecciones respiratorias, etc).

Según la formulación de exámenes de laboratorio es pertinente según la patología clínica del consultante, ya que coincide con el diagnóstico del tratamiento del usuario. Los medicamentos que más se formularon según la encuesta son los anti-hipertensivos dado el alto volumen de población Hipertensa y en segundo lugar los analgésicos evidenciándose la alta frecuencia de enfermedades agudas, sumado a esto se debe mencionar la falta de conciencia en el riesgo de dejar avanzar la enfermedad por falta de auto-control, puesto que el 58% de los pacientes encuestados tienen adherencia al tratamiento farmacológico y el 42% que representa un porcentaje alto de la población, no hace usos de los medicamentos formulados generando esto descompensación de sus patologías,

de igual forma esto le genera pérdidas económicas al Hospital y al SGSSS. Se evidencia que la población objeto de esta investigación, solo en un 22% realiza algún tipo de actividad física, un 27% sostiene una alimentación balanceada, y un 7% consume bebidas alcohólicas y fuma, notándose con esto que un porcentaje alto de la población que reconsulta, no está llevando un estilo de vida saludable y puede ocasionar un desequilibrio en el estado de salud.

9. CONCLUSIONES

- En la población objeto de investigación verdaderamente hay personas que reconsultan por que necesitan seguir un tratamiento médico por su condición de salud y edad viéndose abocados a tener que estar recurriendo a una institución de salud de forma continua, pero también se observa que la mayoría de usuarios que re consultan son personas con gran disponibilidad de tiempo lo que les permite acudir en cualquier momento a las instalaciones del Hospital.
- Los programas de promoción y prevención del hospital están más por cumplir con las actividades exigidas por la normatividad, que por el verdadero propósito, de promover la salud y prevenir la enfermedad.
- Al realizar el seguimiento a través de la revisión de historias clínicas y verificación de datos por agenda, se encontró que la mayor reconsulta por consulta externa obedecía a: control de patología crónica, consulta por el servicio de urgencia, control prenatal y no como inicialmente se pensaba que era por la consulta médica externa.
- Se identifico que la población femenina es la que mas reconsulta, muy probablemente por su riesgo en salud, teniendo en cuenta que está expuesta a cambios hormonales, a los procesos de gestación, a enfermedades relacionadas con el aparato reproductor y a su labilidad emocional.
- La población de edad avanzada entre 71 y 80 años es la más reconsultante, asociándose a la prevalencia de enfermedades crónicas.
- La población reconsultante pertenece en mayor porcentaje a la EPS-S Emssanar asociándose posiblemente con el hecho de que este grupo de personas no cancelan copagos ni cuotas moderadoras lo cual les permite hacer uso del servicio de manera inadecuada; otro grupo igualmente elevado en las reconsultas es el de las personas pertenecientes a la Nueva EPS, con la particularidad de que en esta aseguradora se encuentran concentradas personas de edad avanzada que padecen de enfermedades crónicas y coincide con los hallazgos en la investigación.
- Se encontró que a pesar de lo asertivo del tratamiento formulado por el personal médico los pacientes reconsultan por que no cumplen en su totalidad con la toma de los medicamentos formulados motivo por el cual tienen recaída en la misma enfermedad, además de la falta de educación y conciencia acerca del auto-cuidado.

- El hospital tiene todas las herramientas para identificar a los usuarios reconsultantes, pero la falta de compromiso ha llevado a que este tema cada día tome más fuerza, sin que dicha población tenga conocimiento de que con este comportamiento se desmejore la calidad de los servicios y haga insostenible los Sistemas de Salud.
- A través de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) se pueden generar espacios investigativos que le permitan a las instituciones de salud poder tomar acciones para mitigar temas como la reconsulta de algunos usuarios que creen que porque la Salud se está universalizando pueden utilizar sin límites estos servicios, quitándole la oportunidad a las personas que realmente los necesitan.
- Se presentaron dificultades durante el desarrollo de la investigación debido a la falta de actualización de la base de datos del Hospital San Vicente Ferrer.

10.RECOMENDACIONES

- Las bases de datos se deben mejorar porque hay incoherencia con la información suministrada por los usuarios, debe existir más control y verificación.
- Enfocar las políticas en salud hacia la educación y la comunicación.
- Realizar capacitaciones acerca del buen uso de los servicios de salud con todos los usuarios.
- Crear indicadores de adherencia a los programas de promoción y prevención de las patologías crónicas.
- Fortalecer los programas de promoción y prevención en el Hospital San Vicente Ferrer, ya que la población objeto de estudio en su mayoría se identifico que son pacientes con enfermedades crónicas que al parecer no han tenido buena adherencia al programa.
- Organizar a la comunidad reconsultante para adelantar con ellos programas de educación en el uso adecuado de los servicios de salud de la institución.
- Insistir en la necesidad de incentivar a la población andaluza acerca de los hábitos de vida saludable que contemplen la necesidad de realizar ejercicio físico y llevar una alimentación balanceada.
- Crear en las IPS programas formulados para manejar la reconsulta.
- Recomendar a la secretaria de salud, educación y a los programas de manejo social, para que implementen clubes de promoción y prevención el cual les brinde a los usuarios además de la consulta momentos de esparcimiento.

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA									
Actividades	meses								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Formulación del proyecto	x								
Diseño de instrumentos		x							
Trabajo de campo			X	x					
Análisis de resultados					x				
Procesamiento de resultados						x			
Informe final						x	x		

12. RESULTADOS

12.1 GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO Y/O NUEVOS DESARROLLOS TECNOLÓGICOS

Se propone crear una herramienta dentro del software de la entidad que permita a los médicos, facturadores y atención al usuario identificar aquellos pacientes que consultan más de tres veces en dos semanas.

Al igual que en el área de atención al cliente le permita visualizar el reconsultante en el momento de agendar la cita.

Además se recomienda la implementación de un protocolo específico de APS que sirva de herramienta para las personas que en su momento desee capacitar y formar nuevo personal dentro de la institución.

12.2 FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD CIENTÍFICA LOCAL, REGIONAL Y NACIONAL

Esta investigación apoyara nuevos procesos investigativos en APS y servirá como texto de consulta en la implementación de programas que quieran impactar la salud de una población.

12.3 APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO

Mediante el desarrollo del proyecto de investigación, se va a fortalecer la prestación de los servicios de salud brindando una atención integral y familiar, observando al individuo desde el contexto en el que se desenvuelve y creando estilos de vida saludables, al igual que servirá para generar a través de la formación y capacitación del individuo una cultura de auto cuidado donde se concientice al ser humano de no dar mal uso a los servicios de salud utilizándolos sin motivo justificado.

En el proceso del desarrollo de la APS estará incluido un fortalecimiento al aspecto educativo y cultural de la comunidad enfocado a cambiar el pensamiento del despilfarro; Lo que se busca a través de la implementación de esta nueva estrategia APS es racionalizar el uso de los servicios.

13. ESTRATEGIA DE DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN

El proyecto de investigación se socializara con los trabajadores y empleados de la institucion Hospital San Vicente Ferrer, y ademas se publicara como articulo cientifico derivado de un proceso investigativo.

14. COMPONENTE ÉTICO E IMPACTOS ESPERADOS A PARTIR DEL USO DEL CONOCIMIENTO

Durante la realización del proyecto de investigación se identificó a la población reconsultante y se brindó capacitación en cuanto a la buena utilización de los servicios médicos.

Se busco el beneficio de la población reconsultante ofreciendo calidad en la atención médica con tiempos de dedicación adecuado para una mejor valoración, diagnostico y un acertado tratamiento, proporcionando servicios de salud dignos e integrales al individuo.

De igual manera se identificó de manera particular cada caso de los pacientes reconsultantes desde su entorno familiar, buscando posibles causas ajenas a la voluntad del paciente (mal diagnostico medico, situación socio-económica, problemas intra-familiares), minimizando el riesgo de ser injustos con el reconsultante ofreciendo servicios de salud justos y equitativos.

15.PRESUPUESTO

PRESUPUESTO	
Presupuesto Global por Fuentes de Financiación	
RUBROS	TOTAL
PERSONAL	5.000.000
EQUIPOS	0
SOFTWARE	0
MATERIALES	200.000
SALIDAS DE CAMPO	500.000
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	0
PUBLICACIONES Y PATENTES	100.000
SERVICIOS TECNICOS	0
VIAJES	200000
CONSTRUCCIONES	0
MANTENIMIENTO	0
TOTAL	6.000. 000

16. BIBLIOGRAFIA

1. VEGA ROMERO, Román y CARRILLO FRANCO, Janet. APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso “salud a su hogar” en Bogotá, En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2006.
2. CÉSPEDES LONDOÑO, Juan Eduardo; JARAMILLO PÉREZ Iván; CASTAÑO YEPES, Ramón Abel. Impacto de la reforma de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia.[En línea]. [Citado Febrero de 2011], Disponible en Internet: www.revista.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18934
3. MONTOYA AGUILAR, Carlos. Atención primaria de salud. Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile. En: Cuaderno Medico Sociales 2008; vol. 48 N° 3.
4. Seminario FUNSADUPERIOR. Cambio en el modelo de prestación de servicios de salud. Santafé de Bogotá 24-25 febrero del 2011.
5. ANDRADE, Simón. Diccionario de Economía, Tercera Edición, de, Editorial Andrade, Págs. 215, [En línea]. [Citado Febrero de 2011], Disponible en Internet: www.promonegocios.net/demanda/definicion-demanda.html .
6. Dr. MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo, Presidente Academia Nacional de Medicina de Colombia, En: Atención primaria en salud (aps), una estrategia para mejorar la cobertura y la calidad. Revista de medicina. [En línea]. [Citado Febrero de 2011], Disponible en Internet: www.encolombia.com/medicina/academica/academ300408/editorial.htm
7. ARIAS CASTILLO, Liliana. En: Medicina familiar en la práctica. Centro Editorial Catorce. Colombia. 1994. Capítulo IV-VI.
8. JR Villalba, A Guargab, Ml Pasarin, M Gil, C Borrell, M Ferrán, Adjuntamente de Barcelona, Consorci Sanitari de Barcelona, Institut Català de Salut Barcelona Evaluación del impacto de la reforma de atención primaria sobre la salud, Instituto Municipal de salud pública, , [En línea]. [Citado Febrero de 2011], Disponible en Internet: www.aspb.es/quefem/docs/memoria2000.pdf.
9. ROJAS OCHOA, Francisco. En: Los Orígenes del movimiento de atención primaria en salud, Revista cubana de medicina general integral, Print versión ISSN 0864 – 2125 Vol. 19 N° 1 Ciudad de la Habana febrero 2003, [En línea]. [Citado Febrero de 2011], Disponible en Internet: u/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252003000100010&lng=en&nrm=iso&ignore=.html

10. ESLAVA, Juan Carlos. En: Promoción y Prevención en el sistema de salud en Colombia.. Revista Salud Publica Vol. 4 N° 1 Bogotá 2002, [En línea]. [Citado Febrero de 2011] <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0124-00642002000100001&script=sci>

17. ANEXOS

Anexo 1.



**Universidad
Católica**
de Manizales

ESTUDIO IDENTIFICACION DE CAUSAS DE RECONSULTA ATRAVES DE LA ESTRATEGIA APS
--

Fecha Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	Ocupación:	
Nombre:	Edad:	Sexo:
Dirección:	Teléfono:	EPS:
Fecha de nacimiento: Año: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Día: <input type="text"/>	Peso:	Talla:
Nivel educativo: Primaria <input type="checkbox"/> secundaria <input type="checkbox"/> universitario <input type="checkbox"/>	Otros:	
1. Usted se considera una persona: Sana <input type="checkbox"/> Enferma <input type="checkbox"/>	2. Por Que:	
3. Antecedentes familiares: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	4. Cual:	5. Quien:
6. Como es la atención de los profesionales (médicos) del Hospital San Vicente Ferrer. A. Buena <input type="checkbox"/> B. Regular <input type="checkbox"/> C. Mala <input type="checkbox"/>	7. Por Que:	8. Otras:
9. Padece de alguna enfermedad crónica: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	10. Cual:	11. Otras:
12. Hace cuanto tiene esa patología:	13. Pertenece al programa de PYP de esa patología:	
14. Cual es el numero de veces que asistió al médico el último mes: <input style="width: 50px;" type="text"/>	14. Por Que:	15. Otras causas:
16. En las cinco últimas visitas al médico por que asistió: 1. 2. 3. 4. 5.	17. Que signos y síntomas presento: 1. 2. 3. 4. 5.	18. Le mandaron exámenes de laboratorio: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

19. Que exámenes:	20. Que medicamentos le formularon:	
21. Usted se toma los medicamentos conforme a las indicaciones del médico: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	22. Por Que:	23. Otras:
24. Realiza alguna actividad física: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	25. Cual:	26. Frecuencia:
26. Estilo de vida saludable Alimentación balanceada: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	27. consume bebidas alcohólicas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	28. Fuma: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
29. Observaciones:		

Anexo. 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con la realización del Proyecto de investigación: Identificación de las causas de reconsulta en consulta externa del Hospital San Vicente Ferrer de Andalucía a través de la estrategia APS., se pretende conocer las causas de reconsulta en consulta externa en el Hospital San Vicente Ferrer a través de la estrategia Atención Primaria en Salud.

Usted ha sido seleccionado de una base de datos del Hospital San Vicente Ferrer, para responder una encuesta con 00 preguntas durante 20 minutos.

Su participación no conlleva ningún riesgo ni beneficio directo, ni recibirá ninguna compensación económica por participar

La información que usted suministre será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Su participación es voluntaria y tendrá derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.

AUTORIZACION

He leído el contenido de este consentimiento. Los investigadores me han explicado el estudio y las preguntas contenidas en la encuesta y en consecuencia acepto de manera libre y voluntaria la participación en el estudio.

Fecha_____

Yo _____ con C.C _____ de _____

Datos del Investigador:

Nombre:_____

c.c _____

Tel celular _____