

ACCESIBILIDAD A ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE POBLACIÓN HIPERTENSA DE PEREIRA, COLOMBIA, 2008. LA MIRADA DEL PACIENTE¹

Liliana Patricia Muñoz**
María del Pilar Cerezo Correa***
María Cecilia González Robledo***
Alba Lucía Paz Delgado***
Cecilia Realpe Delgado****
Consuelo Vélez Álvarez*****
Silvia Clemencia Vélez Baena*****
Liliana Quintero Álvarez*****

Resumen

Introducción: la accesibilidad a los servicios de promoción y prevención de la población hipertensa, es una de las estrategias de salud pública para reducir los riesgos de enfermar y morir en esta población. Evaluar las barreras al acceso a estos servicios, permite reorientar políticas saludables para garantizar calidad de vida y disminuir la inequidad.

Métodos: este es un estudio descriptivo donde participaron 422 personas hipertensas, y se evaluó la percepción que tienen sobre acciones de promoción y prevención.

Resultados: la distribución de los pacientes según el régimen de salud fue 39.9% del contributivo, 54.5% subsidiado y el 5.2% eran pobres no asegurados; el 70.5% con ingresos mensuales iguales o inferiores al mínimo, baja escolaridad; sólo el 8% accede a programas de actividad física.

Conclusiones: la accesibilidad está determinada por 5 componentes de promoción y prevención garantizados en la población de bajos ingresos que pertenecen al régimen subsidiado: participan en clubes de la salud y realizan actividad física. Estos hallazgos no se encontraron en la población de régimen contributivo.

Palabras clave: accesibilidad a los servicios de salud, promoción de la salud, prestación de atención de salud, programas controlados de atención en salud, hipertensión, actividad motora, validez de las pruebas, análisis de componente principal.

* Proyecto realizado gracias a la cofinanciación del Depto Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación COLCIENCIAS. Código 1219-344-19057, según contrato No. 343 de diciembre de 2006.
** Fundación Universitaria del Área Andina. Grupo de Investigación 'Epidemiología Salud y Violencia'.
*** Universidad Autónoma de Manizales; Departamento de Salud Pública.
**** Universidad de Caldas.
***** Secretaría de Salud de Manizales.
***** Secretaría de Salud de Armenia.

ACCESSIBILITY TO HEALTH AND PREVENTIVE PROMOTIONAL ACTIONS 2^o OF THE HYPERTENSIVE POPULATION OF PEREIRA. THE PATIENT'S OUTLOOK

Abstract

Introduction: *the accessibility to promotional and preventive services for the hypertensive population, is one of the strategies of public health, in order to reduce the risks of getting sick and dying in this population. Evaluating the obstacles to access these services, allows the reorientation of healthy policies, in order to be able to guarantee a good quality of life and decrease the inequality.*

Methods: *descriptive study of 422 hypertensive people, which evaluated their perceptions of promotional and preventive actions.*

Results: *patients from different health institutions participated. 70.5% with equal or lesser monthly incomes to the minimum salary wage, low schooling; only 8% has access to programs of physical activity.*

Conclusions: *the accessibility is determined by 5 components and the promotional and preventive services are guaranteed among the lower income population that belongs to the subsidiary regime: participating in health clubs and executing physical activity. These findings were not found in the population with a regime by contribution.*

Keywords: accessibility to health services, promotional health, health attention providers, attention to health controlled programs, hypertension, motor activity, validity of the tests, analysis of main components.

ACESSO A AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO 2º DA POPULAÇÃO HIPERTENSA DE PEREIRA; O OLHAR DO PACIENTE

Resumo

Introdução: o acesso aos serviços de promoção e prevenção da população hipertensa, é uma das estratégias de saúde para reduzir os riscos de adoecer e morrer nesta população. Avaliar as barreiras ao acesso a estes serviços, permite reorientar políticas saudáveis para garantir qualidade de vida e diminuir a insegurança.

Métodos: estudo descritivo em 422 pessoas hipertensas, que avaliou sua percepção sobre ações de promoção e de prevenção.

Resultados: participaram pacientes dos diferentes regimes de saúde; 70,5% com ingressos iguais ou inferiores ao salário mínimo e baixa escolaridade; só 8% participa de programas de atividades físicas.

Conclusões: a escolaridade está determinada por 5 componentes e o serviço de promoção e prevenção está garantindo à população de baixos ingressos que pertencem ao regime subsidiado: participam em clubes de saúde e realizam atividade física. Estas constatações não foram encontradas na população de regime contributivo.

Palavras chave: acesso aos serviços de saúde, promoção da saúde, assistência à saúde, programas de assistência gerenciada, hipertensão, atividade motora, validade dos testes, análise de componente principal.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo; cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. En el departamento de Risaralda, durante 2005, la Secretaría Departamental de Salud (1) reportó 151.7 muertes por 100.000 habitantes, siendo la hipertensión, la obesidad, la inactividad física y el tabaquismo los factores de riesgo directamente relacionados con ellas (2-4). Entre 1980 y 1994 en América del Sur, se observó disminución de muertes por enfermedad isquémica coronaria (5), situación contraria lo que se observa durante este siglo. Se sabe que cuando el acceso a información en salud es inadecuado, los conocimientos de la relación entre Hipertensión Arterial (HTA), lesiones cardiovasculares y secuelas renales son particularmente bajos (6); por ello, la evaluación en pacientes hipertensos acerca de la accesibilidad a servicios de prevención secundaria cobra importancia, porque aumenta el promedio de vida y disminuye los años de vida perdidos por discapacidad y muerte temprana.

Para todos los grupos sociales la salud es un activo que los individuos poseen y como tal es factor importante para el desarrollo económico. El acceso a servicios de salud es elemento importante dentro de aquellos que contribuyen al aprovechamiento del individuo en su potencial para generar bienestar e incrementar los rendimientos futuros en la economía (7). A su vez, estudios en diferentes países han mostrado que al disminuir el Producto Interno Bruto PIB, decrece la accesibilidad, cobertura y disponibilidad de cuidado médico (PAHO, 1999); variables que

dependen de la localización geográfica de la población(5).

Se han originado diferentes acepciones para el acceso a servicios de salud, las cuales responden a la heterogeneidad de elementos que los autores en su construcción plantean para su evaluación y sirven de referente en la elaboración de indicadores de medición o para ser tomados como sinónimos dentro del mismo concepto de acceso.(8)

En el presente estudio los autores evalúan el acceso a los servicios de salud y tienen en cuenta las características de los recursos de salud y de la población. Esto se presenta en el modelo de Aday y Andersen (8), en el cual se establece una interrelación entre los diferentes agentes que hacen parte del sector de la salud y los elementos que explican y determinan el acceso a los servicios de salud.

Para caracterizar esto y describir el uso de los servicios, se determinó de acuerdo al tipo de servicio y al profesional que interviene en la atención: *lugar* (consulta externa, urgencias, hospitalización, cirugía, domicilio del usuario); *motivo*: preventivo, de control, revisión o rehabilitación o asistencial; además se evaluó intervalo de tiempo transcurrido, continuidad dentro del sistema y conexión entre los distintos servicios requeridos para dar respuesta al problema de salud en una forma integrada.

La satisfacción del usuario, considerada como la apreciación subjetiva de quienes hicieron uso de los servicios, se obtiene gracias a las experiencias durante el proceso de atención. Este componente tiene una alta incidencia en el contexto sociocultural del usuario.(8)

Es importante anotar, que la disponibilidad del recurso trasciende de su simple presencia, al hecho de producir servicios; así mismo, tiene en cuenta los factores para la continuidad de la atención en los diferentes niveles, cuando se requiere. Por esto define que para el acceso real, se generan una serie de obstáculos o barreras para obtener atención en los servicios originados en los recursos de salud. Si bien éstos pueden estar disponibles, los obstáculos no permitirían su utilización real. (8)

La red de investigación en políticas de salud pública nodo eje cafetero, con recursos de COLCIENCIAS, pretende mediante el presente estudio descriptivo, evaluar el acceso potencial y real de las personas con hipertensión arterial a las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de la ciudad de Pereira durante 2008.

Materiales y métodos

Tipo de estudio: Descriptivo

Población:

Corresponde a la población adulta que tiene el diagnóstico de hipertensión arterial y reside en la zona urbana de Pereira. La información de los pacientes hipertensos del régimen contributivo, fue aportada por las Empresas Promotoras de Salud. La información del régimen subsidiado y los pobres no asegurados, fue reportada por la Empresa Social del Estado Salud Pereira y la Secretaría Municipal de Salud de Pereira.

Cálculo del tamaño muestral:

| | |
|-----------|----------------|
| Población | 7.608 personas |
| Confianza | 90 % |

| | |
|---|-------|
| Error muestral | 3 % |
| Proporción de problemas de accesibilidad a Actividades de promoción y prevención de la población hipertensa | 0.5 % |
| Tamaño de la muestra: | 398 |

Criterios de inclusión: pacientes con edad igual o mayor a 18 años, con diagnóstico de hipertensión residentes en la zona urbana de Pereira que autorizaron, mediante firma y huella en el consentimiento informado, participar en el estudio.

Criterios de exclusión: imposibilidad de ubicación después de 3 visitas por el encuestador.

Técnicas de selección de las unidades muestrales: se solicitó por escrito a las EPS y ARS la información en medio magnético de los pacientes hipertensos residentes en el área urbana del municipio, respondiendo 4 de las 5 entidades convocadas en el estudio.

De 26706 registros de pacientes recibidos, 7806 (29,2%) cumplieron con los criterios de diagnóstico de hipertensión y residencia en el área urbana del municipio de Pereira. De estos se seleccionaron aleatoriamente 1031 pacientes, pero solamente pudieron ser evaluadas 422 que cumplían los criterios de inclusión. Los registros restantes se descartaron por carecer de dirección, dirección errada, migración del paciente sin actualización de datos; 1,8% no eran hipertensos y el 1,1% había fallecido.

Se consideró una muestra del 10% de las historias clínicas de los usuarios encuestados; la distribución se hizo proporcional y la selección aleatoria, para un total de 40 historias revisadas.

Instrumentos de recolección de información: el grupo de investigadores diseñó de acuerdo a lo contenido en el Acuerdo 117 de 1998 y la Resolución 412 de 2000 (9) las guías de atención para HTA y los objetivos del estudio una entrevista estructurada que aportó la información de 62 variables distribuidas en 4 categorías de análisis: *socioeconómicas, de acceso a servicio de salud institucional, de percepción de calidad de atención y acceso a medicamentos*, y un consentimiento informado para ser firmado por los pacientes visitados que aceptaron participar en el estudio.

Se realizó la prueba piloto con 40 individuos, lo cual permitió la corrección y adecuación de los instrumentos a las características culturales de la población a encuestar. Los encuestadores se capacitaron en los objetivos del proyecto y en los instrumentos a aplicar: 8 encuestadores, enfermeros y terapeutas respiratorios, realizaron otra prueba piloto que definió nuevos cambios al instrumento diseñado inicialmente por el grupo investigador. Si después de tres visitas domiciliarias no se encontraba el paciente, se reemplazaba por otro registro seleccionado aleatoriamente.

Mediante llamadas telefónicas aleatorias a personas ya entrevistadas, se confirmó la calidad de la información recolectada por los encuestadores. Igualmente se hizo control de calidad al revisar si el instrumento estaba completo y correctamente diligenciado. Los incompletos o con registros inconsistentes se regresaban a los encuestadores y nuevamente se reentrevistaba al paciente. Los registros considerados de buena calidad se digitaban.

Inicialmente se buscó telefónicamente a los pacientes; si no se ubicaban por este

medio, se visitaba su domicilio y se les presentaban los objetivos del estudio; sólo cuando firmaban y estampaban la huella dactilar en el consentimiento, se procedía a aplicar la encuesta. Al final de la misma los encuestadores hacían recomendaciones generales.

Consideraciones éticas: se solicitó el consentimiento de aprobación en cada una de las instituciones. Al culminar cada visita domiciliaria, se suministró a los pacientes información sobre sus deberes y orientación acerca del consumo adecuado de los medicamentos, en caso de encontrarse diferencias entre lo referido por éste y lo consignado en la fórmula.

Procesamiento de la información: se procesó la información en el paquete estadístico SPSS Versión 17.0. Con el análisis univariado se evaluaron las medidas de tendencia central y de dispersión, para definir la variabilidad y orientar la discusión. Se establecieron relaciones entre variables, las cuales al ser estadísticamente significativas, permitieron al estudio aportar algunas hipótesis que orientaron el análisis multivariado.

Resultados

Se evaluaron 422 hipertensos; de género femenino 63,0% (266); pertenecientes al régimen contributivo 39,9% (168), subsidiado 54,5% (230) y pobres no asegurados el 5,2% (22) y 2 pacientes sin dato. Se reportó con pareja el 55% (232); de estrato uno 26,5% (112), 44,0% estrato 2, y el 29,4% de estratos 3, 4, 5 o 6; con ingresos mensuales menores al mínimo el 35,5%. El 21,0% era analfabeta, 60,0% tenía algún grado de primaria y los demás secundaria (sólo el 1,2% refirió formación tecnológica o universitaria).

El 54,3% eran amas de casa; desempleados el 18,2%, empleados 12,1%, subempleados 13,0%, discapacitados el 2,1% y estudiantes 0,3.

En las figuras 1 a 4 se observan las diferentes rutas de los pacientes hiperten-

sos hacia la actividad física y los programas de control de la hipertensión; se encuentran en general coberturas bajas, si lo que se pretende es disminuir los riesgos adquiridos por la hipertensión en estos pacientes.

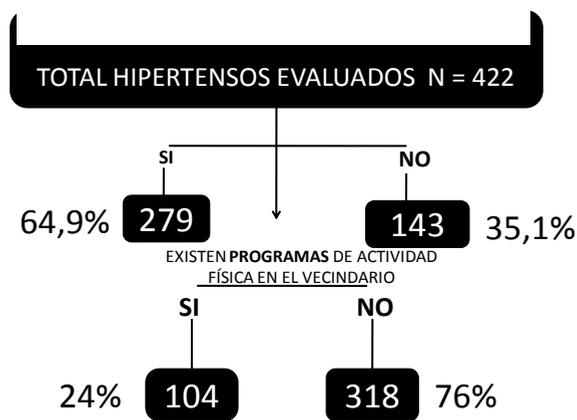
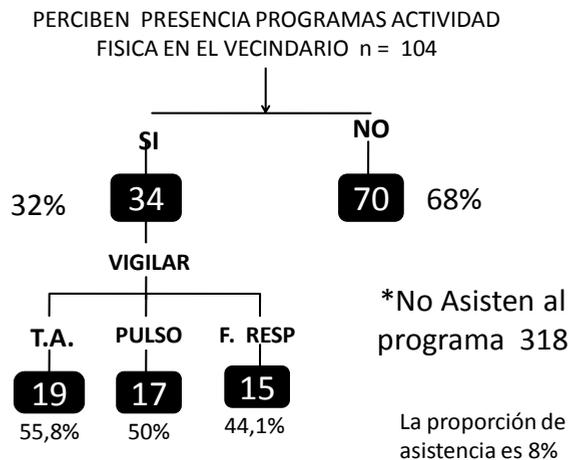


Figura 1. Percepción de la existencia de espacios para la actividad física en el vecindario.



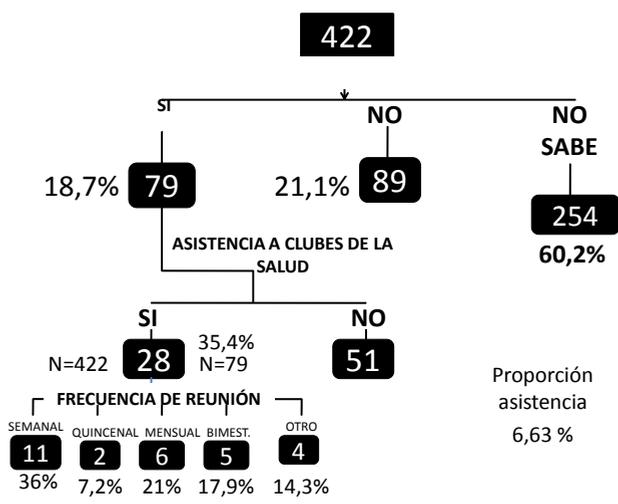


Figura 3. Percepción de existencia de clubes de la salud institucional.

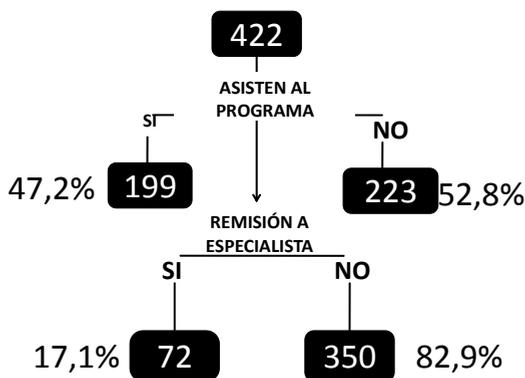


Figura 4. Cobertura del programa de control de la hipertensión arterial.

A continuación como se observa en el cuadro 1, en las causas de inasistencia de los pacientes al programa, casi la mitad afirmó que no ha sido invitado a participar

en el programa. El 91.5% (n=199) asistían hace 12 o más meses, y el 7.6% tenían entre 7 y 21 años en el programa.

Cuadro 1. Causas de inasistencia al programa de control de la HTA.

| Causa | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------|------------|-------------|
| No hay programa | 5 | 1,2% |
| Falta de tiempo | 22 | 5,2% |
| No ha sido invitado | 106 | 25,1% |
| Problemas de salud | 31 | 7,3% |
| Otras causas | 33 | 7,8% |
| Vive lejos de la institución | 4 | 0,9% |
| No responde | 22 | 5,2% |
| Asiste al programa | 199 | 47,2% |
| Total | 422 | 100% |

Las barreras administrativas que evalúan la forma como se han organizado los recursos para la atención, se evidenciaron en el 16,1% de los casos, al reportar que eran atendidos en el control médico cada 4 a 12 meses. El 14,0% asistía cada mes a consulta de enfermería y el 41,0% cada 2 o 3 meses.

Se observaron dificultades en el *acceso potencial (barreras de continuidad)*, cuando expresaron que el 17,1% había sido evaluado por especialista por motivos de su hipertensión; aunque sólo 3 de cada 5 de los remitidos nombró las causas. El 15,3% fue valorado por el especialista el mismo día de la remisión, el 25,0% entre 2 y 8 días luego de la remisión y el 31,9% debió esperar entre 30 y 180 días para ser atendido por especialista. No se encontraron evidencias de remisión al porcentaje restante.

La remisión al internista representó el 50,0% (211) de todas las valoraciones, seguida de la remisión al cardiólogo con 33,3% (141) y al oftalmólogo el 11,1% (47), sólo el 5,6% (24) lo ha evaluado el psicólogo o el nutricionista; ninguno refirió haber sido evaluado por el nefrólogo. Dos personas respondieron que en la EPS les extraviaron los documentos, por lo cual no les asignaron cita.

Las personas que se desplazan a pie invierten entre 5 y 60 minutos, con un

promedio de 17 minutos, y en bus en promedio 25 minutos, con una media general de tiempo de desplazamiento de 20 minutos, independiente del medio. Tres personas refieren que no se desplazaban porque recibían visitas domiciliarias. El 1,0% refirió tardarse entre 1 y 2 horas en llegar al sitio de consulta y lo hace a pie.

Para conseguir una nueva cita, ésta se le asigna al 59,0% cuando salen del control, el 24,7% deben llamar y en cambio el 16,4% deben regresar a la institución.

Se establecieron las barreras asociadas a la adherencia al programa de control de la hipertensión en un análisis de componentes principales (cuadro 2), hallándose que la adherencia está definida por las dimensiones: actividad física, asistencia al programa de control, acceso a acciones de promoción y prevención al interior del programa, facilidad al acceso de medicamentos y medios de acceso a la institución de salud y los recursos para la asistencia al programa. En el análisis de componentes se lograron establecer las variables de cada dimensión que define adherencia y su nivel de participación. Posteriormente los valores de los componentes de la adherencia fueron sumados, y con el valor de la mediana se identificó el 50% de los pacientes con o sin adherencia.

Cuadro 2. Dimensiones y variables asociadas al acceso de actividades de promoción y prevención en pacientes hipertensos.

| | Actividad Física | Componentes | | | |
|--|------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------------|------------|
| | | Controles Al Programa | Promoción y Prevención | Medicamentos y Medios De Acceso | Asistencia |
| Asiste al programa de actividad física | ,959 | | | | |
| Existen programas para hacer ejercicio | ,956 | | | | |
| Asiste a todos los controles | | ,805 | | | |
| Satisfecho con los controles | | ,739 | | | |
| Existen clubes de salud | | | ,637 | | |
| Asistencia al programa de Hipertensión | | | -,602 | | |
| Atención por especialista | | | ,588 | | |
| Medio usado para el desplazamiento hasta la cita | | | | ,760 | |
| En el último año le entregaron todos los medicamentos | | | | ,705 | |
| Recurso humano que realiza el control de la Hipertensión | | | | | ,780 |
| Tiempo de asistencia al programa | | | | | ,637 |

Por el carácter categórico de la variable dependiente se realizó una regresión logística que aparece en el cuadro 3, donde se observa que ésta es una característica

de la población de ingresos inferiores al salario mínimo, de régimen subsidiado, que participa en clubes de la salud y que realiza actividad física.

Cuadro 3. Modelo de regresión logística que define adherencia del paciente hipertenso en Pereira.

| VARIABLES | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) | I.C. Exp(B) Inferior | 95% para Superior |
|------------------------|--------|------|--------|----|------|--------|----------------------|-------------------|
| Sector con espacios | .599 | .303 | 3.918 | 1 | .048 | 1.821 | 1.006 | 3.297 |
| Clubes institucionales | 1.349 | .302 | 19.893 | 1 | .000 | 3.854 | 2.130 | 6.971 |
| Ingresos | 1.297 | .278 | 21.835 | 1 | .000 | 3.657 | 2.123 | 6.300 |
| Régimen | 1.111 | .320 | 12.076 | 1 | .001 | 3.039 | 1.624 | 5.688 |
| Constante | -1.096 | .319 | 11.790 | 1 | .001 | .334 | | |

Discusión de resultados

Un estudio en 1990 realizado en 4 ciudades de Estado Unidos, mostró que vivir en una vecindario en desventaja: con pocos ingresos y baja formación profesional, predice incrementos en el riesgo para enfermedad arterial coronaria, sumado a la presencia de factores como mayor exposición a tabaco, escasas oportunidades de recreación y exposición a estrés crónico en forma de ruido, violencia y pobreza (10), en esta población hipertensa estas variables están presentes y son intervenidas actualmente por la red prestadora de servicios de salud en Pereira.

La accesibilidad a los servicios de salud tiene también interés, porque expresa inequidades sociales en el acceso a otros servicios sociales en el mundo y tienden a limitar la posibilidad de atención oportuna y especializada. El estudio de Regidor y colaboradores (11), sobre accesibilidad a servicios sanitarios en España en el siglo XXI con relación a los ingresos económicos, muestra que las personas con bajos salarios tienden a consultar más al médico general, pero las consultas a especialistas son menores, sin diferencias estadísticamente significativas, lo cual parece sugerir que los médicos generales resuelven la mayoría de problemas de salud en la población de menos ingresos, pero son a su vez las personas de bajos salarios quienes más se hospitalizan. Para Colombia el estudio realizado en Antioquia (7), mostró que la búsqueda de servicios para prevención está sesgada al régimen contributivo y en contraste no accede a los mismos, el 69,0% de la población con menores ingresos. En el presente estudio en Pereira, los pacientes hipertensos de estrato bajo y los de

régimen subsidiado presentan la mayor accesibilidad al servicio. En el 2007 (12) la población indígena de Guatemala encuentra las mayores dificultades para acceder a servicios de salud por las distancias que debe caminar para llegar al sitio de atención; además los médicos no se comunican en idioma nativo y la oferta de horas médicas es muy baja. Otra publicación refiere que la población afro americana hipertensa incumple el 45% de las citas de control.(6).

Las reformas sanitarias hechas en Suecia y Gran Bretaña han sido evaluadas y reportado menor accesibilidad a servicios de salud en población con menor formación laboral; esta variable condicionó el acceso a cuidados de salud (13). En Monterrey México en el 2002, se encontró que en la población adulta menor de 65 años sólo el 44.5% realizó actividades de detección de hipertensión (14), evidenciando dificultades el acceso a acciones de promoción y prevención en la población general.

Un estudio en pacientes con enfermedades crónicas encontró que quienes padecen enfermedades coronarias tienen más probabilidad de incumplir citas que aquellos con otras patologías crónicas (15) y que veteranos de Estados Unidos, con status socioeconómico bajo, promedio de edad de 58 años, que no trabajan o trabajan poco por condiciones de salud, con mejores condiciones generales de salud y que no relacionan sus síntomas con problemas cardíacos, son quienes más probabilidad tiene de incumplir citas.

En 1995 se recomendó para todo adulto saludable mayor de 18 años, 30 minutos diarios de actividad física, un mínimo de 3 días a la semana. El desarrollo tecnológico tiende a desestimular la actividad física,

ya que cada vez se requiere menos inversión de energía para las actividades diarias y económicamente se paga más por los trabajos sedentarios que por el trabajo activo. Además, algunas personas malinterpretan los conceptos básicos y creen que es suficiente con la actividad diaria. La prevalencia de *inactividad física* en ambos géneros muestra en Norteamérica desde 1996 disminución; es así como para el 2005 el 23.7% de los adultos en USA *no reportan actividad física* en el tiempo libre y los más jóvenes muestran *más actividad física (59.6%) que los mayores (39%)*. El sistema de vigilancia pública del CDC de Estados Unidos, publica una favorable tendencia a través del tiempo (1990 – 2004), porque cada vez *menos* hombres y mujeres reportan *no hacer actividad física* en el tiempo libre (16).

Realizar actividad física en la población hipertensa, genera un descenso de 4 a 9 mm Hg; la reducción de cada 10 kilos de peso genera un descenso de 5 a 20 mm Hg (17), por lo cual acceder a programas de actividad física en hipertensos se considera una prioridad para prevención secundaria. Por lo anterior, llama la atención que en Pereira sólo el 24% perciben presencia de programas para actividad física y la cobertura en ellos fue sólo del 8.05%.

De acuerdo a la guía de la Asociación Americana de Corazón (AHA) (18), para mejorar la salud cardiovascular a nivel comunitario deben realizarse acciones en el ambiente laboral y domiciliario de los individuos, lo cual aumenta logros de objetivos tales como: suspensión del tabaquismo y la ansiedad por fumar, disminución en el consumo de grasas saturadas, sodio, colesterol y calorías, incremento en la actividad física, acceso a servicios en cuidado de salud preventivos

y reconocimiento temprano de síntomas de ataque cardiaco. Para esta población hipertensa de Pereira, el acceso potencial a actividades educativas, de socialización y de actividad física que se brindan en espacios comunitarios, existe para el 64.9% de los pacientes y para el 39.8% en las instituciones de salud.

Con el implemento de una dieta saludable con poco sodio y aumento de potasio, se reducen entre 8 a 14 mm Hg las cifras de tensión arterial (17), por ello se considera parte importante de los programas de control de hipertensión la educación de la población hipertensa en los contenidos nutricionales, sin embargo, no se indagaron los contenidos educativos que reciben en este aspecto.

La accesibilidad puede estar relacionada con el recuerdo de las citas; si existen muchas barreras la probabilidad de olvido es mayor; los lunes tienden a olvidarse más las citas que los viernes, y aumenta si ésta se asignó con anterioridad de una o más semanas. Existen también características personales que hacen que éstas se olviden, como el significado de las barreras desde el individuo. En este aspecto, un estudio realizado en Estados Unidos (19), evaluó el incumplimiento de citas en la consulta médica general, donde se muestra que pacientes jóvenes entre 17 y 40 años de edad y/o quienes viven en áreas deprimidas con problemas de comportamiento, tienden a olvidar sus citas; igualmente los pacientes que se autofinancian o desconocen las coberturas a las cuales tienen derecho; mientras quienes perciben su enfermedad y requieren atención urgente son mejor atendidos y no pierden su cita. Dicho estudio concluye que el sistema de asignación de citas evidencia barreras para el cuidado en salud, que deben ser estudiados. En Pereira, el 16%

de los pacientes deben regresar a pedir la cita y ésta puede ser asignada en un lapso de 1 a 3 meses según su condición clínica; tiempo que aumenta las probabilidades de olvido.

En este estudio se identificaron sesgos de selección, porque no todas las EPS

participaron, y entre las que lo hicieron, pertenecientes al régimen contributivo, hubo 2 entidades que suministraron una pequeña muestra de su población total de hipertensos, además las bases de datos estaban en la mayoría de los casos desactualizadas.

CONCLUSIONES

La Red Pública aporta al mejoramiento del acceso a actividades de Promoción y Prevención de población vulnerable, ya que a pesar de ser poca la oferta de programas de actividad física, son las personas del régimen subsidiado o vinculado quienes refieren tenerlos y asisten; es decir, lo poco que existe lo aprovechan ellos. Es muy consistente encontrar que donde la persona reside, tiene acceso a programas de actividad física, asisten a estas actividades y no es una barrera pertenecer al estrato bajo.

Al indagar acerca de la asistencia a controles de hipertensión, las personas no diferencian entre una cita médica donde se prescriben medicamentos (incluidos aquí antihipertensivos), de la asistencia al *programa de control de la hipertensión*, ya que 385 personas afirmaron asistir a todos los controles, pero sólo están inscritos en el programa 199 pacientes (cobertura

del programa de 47,2%). Esto expresa barreras y fallas en la calidad de los servicios, ya que los pacientes no hacen la diferencia entre el control de morbilidad y el control de hipertensión, que evalúa signos y síntomas cardiovasculares para orientar el hallazgo de riesgos en los pacientes, proceso claramente definido en la resolución 412 (9).

Las visitas domiciliarias tienen una muy baja proporción, lo cual puede explicar la mala calidad de las bases de datos, ya que no las utilizan para el seguimiento de los pacientes.

Los procesos administrativos garantizan la continuidad de la atención de los pacientes que llegan a control, al asignar al 84% de los pacientes la siguiente cita al momento de salir del control o al dar la opción de asignársele mediante llamada telefónica.

RECOMENDACIONES

- Conformar y participar en redes intersectoriales, con el fin de diseñar evaluaciones sobre accesibilidad al servicio (acciones de P y P). Partir de las dificultades y fortalezas que tengan los organismos de salud.
- Las EPS desde los niveles centrales hacen los procesos de análisis,

vigilancia y control; para evaluar con la profundidad requerida, se necesita la participación de los entes locales, ya que hay recomendaciones que están normadas y pueden implementarse.

- Coordinar acciones educativas en estilos de vida saludable en los vecindarios de los pacientes,

conjuntamente con las Secretarías de Salud, Deporte y Recreación.

- Identificar barreras conceptuales de los pacientes y sus familias, sobre los efectos de la actividad física y la sana alimentación en su salud cardiovascular.
- Los entes territoriales deben mejorar la cobertura de espacios y programas para la actividad física en los sectores donde viven los pacientes.
- Aumentar la oferta de programas educativos y de actividad física liderados por la comunidad, con el acompañamiento de profesionales en deporte y recreación, para la adecuada evaluación de la respuesta cardiovascular de los pacientes.
- El sector salud en pleno: EPS, IPS privadas y la red pública, deben convocar a través de redes de apoyo a incrementar las fuerzas de acción comunitaria y reorientar servicios que amplíen la cobertura de promoción y prevención y mejoren la equidad en la atención (20).
- Las EPS privadas (exceptuando las que participaron), deben evaluar si persisten las barreras de acceso a servicios de Promoción, Prevención.
- Evaluar la percepción que tienen los pacientes y sus familias respecto a los programas de control de la hipertensión arterial y el efecto en la prevención y rehabilitación de alteraciones cardiocirculatorias.
- Evaluar el efecto de la educación que imparten los trabajadores de la salud, en la implementación de estilos de vida saludable de los pacientes (20).
- Estudiar la motivación, obstáculos y limitaciones para el consumo de alimentos.
- Evaluar conocimientos sobre contenidos y beneficios de la nutrición en la salud del hipertenso, puesto que los pacientes a quienes se les educa e interviene en el ambiente, mejoran la disponibilidad de alimentos, con incremento de frutas y verduras en su hogar (21).

Agradecimientos

Las autoras agradecen al Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación COLCIENCIAS, por la cofinanciación del proyecto ‘Evaluación del acceso de las personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus, a las acciones de promoción y prevención y al tratamiento farmacológico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud del eje cafetero. Código 1219-344-19057, según contrato No. 343 de diciembre de 2006.

A los encuestadores, estudiantes y egresados de Terapia Respiratoria y Enfermería, que con gran sentido ético y sorteando dificultades, obtuvieron información veraz y confiable.

Al Centro de Investigaciones de la Fundación Universitaria del Área Andina, por el apoyo en el análisis de los resultados.

A María Victoria Escobar González, Coordinadora del Centro de Investigaciones de la Fundación Universitaria del Área Andina e integrante del grupo ‘Epidemiología, Salud y Violencia’, quien coordinó la actividad de los encuestadores y le hizo control de calidad a la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Gobernación de Risaralda. Secretaría de Salud. Plan Territorial de Salud Departamento Risaralda. 2008-2011 Pereira, enero – abril de 2008. www.risaralda.gov.co
- 2 American Heart Association/ American College of cardiology Scientific Statemen. Assessment of cardiovascular Risk by Use of Multiple- Risk –Factor assessment equations. Circulation 1999; 100: 1481-1492.
- 3 Cooper R, Cutler J, Desvigne-Nickens P and col. Trends And Disparitis In Coronary Heart Disease, Stroke, And Other Cardiovascular Diseases In The United State Finding Of The National Conference On Cardiovascular Disease Prevention. Circulation 2000, 102; 3137- 3147. by on August 21, 2008.
- 4 Farquhar JW Keynote Address: How Health Behavior Relates to Risk Factors. Circulation 1993;88;1376-1380
- 5 McElmurry B., Marks B., Cianelli L. *Primary Health Care In The Americas: Conceptual Framework, Experiences, Challenges And Perspectives*. Organization and Management of Health Systems and Services (HSO). Division of Health Systems and Services Development (HSP), Pan American Health Organization. August 2002.
- 6 Douglas J, Ferdinand K, Bakris G, Sowers J. *Barriers to blood pressure control in African Americans Overcoming obstacles is challenging, but target goals can be attained*. Postgraduate Medicine. Minneapolis: Oct 2002. Vol. 112, Iss. 4; pg. 51
- 7 Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia Rev. Salud Pública v.9 n.1 Bogotá jan./mar 2007.
- 8 Andersen R., McCutcheon A., Aday L, et al Exploring Dimensions of Access to Medical Care Health Services Research, Vol 9 (3) (1974); p. 208 -220.
- (9) Ministerio de Salud. República de Colombia. *Guía de Atención de la Hipertensión Arterial*. Resolución 412 del 2000.
- 10 Diez A, Donna S, Chambless L, et al. *Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease*. The New England Journal of Medicine. Boston: Jul 12, 2001. Vol. 345, Iss. 2; pág. 99, 8 pags.
- 11 Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle M, Domínguez V. *Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI*. Gaceta Sanitaria v.20 n.5 Barcelona set./out. 2006 revistas_p_fmbog@unal.edu.co
- 12 Hautecoeur M, Zunzunegui M; Vissandjee B. *Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala*. Salud Pública de México. v.49 n.2 Cuernavaca mar./abr. 2007. Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Montreal, Canadá.
- 13 Whitehead M., Evandrou M, Haglund B., Diderichsen F. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? Education and debate. National Board of Health and Welfare, Stockholm, Sweden. Britain Medical Journal. 1997;315:1006-1009 (18 October).
- 14 Garza M, Villarreal E., Salinas A. y Núñez G. *Prácticas Preventivas de los Habitantes Mayores de 25 años En Monterrey y su Zona Metropolitana (México)*. Rev. Española Salud Pública 2004; 78: 95-105 n.º 1 - enero-febrero 2004.
- 15 Siminoff L, Hausmann L. and Ibrahim S. Barriers To Obtaining Diagnostic Testing For Coronary Artery Disease Among Veterans. American Journal of Public Health. Siminoff L. Haussman Leslie, Ibrahim Said. En Research And Practice. December 2008, Vol. 98, No. 12.
- 16 Haskell L, Lee I, Pate R, Powell K. Physical Activity and Public Health Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation 2007;116;1081-1093; originally published online Aug 1, 2007.
- 17 Gaviria J, León C, Arenas L y Cardona J. *Guías médicas*. Medicina interna. Asociación de hospitales de Risaralda. Pereira, marzo de 2004 pág. 15.
- 18 Pearson T, Bazzarre T, Daniels S. and col. American Heart Association Guide for Improving Cardiovascular Health at the Community Level A Statement for Public Health Practitioners, Healthcare Providers, and Health Policy Markers From the American Heart Association Expert Panel on Population and Prevention Science. Circulation. August 21, 2008.
- 19 George A, Rubin G. Non- Attendance in general practice: a systematic review and

- its implications for access to primary health care. *Family Practice*, Apr 2003, 20, 2; ProQuest health and Medical Complete. Pg. 178.
- 20 Cerezo M, Realpe C, Vélez C y cols. *Evaluación del acceso de las personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus II a las acciones de promoción y prevención y al tratamiento farmacológico*, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud del Eje Cafetero 2008. Manizales. Editado Universidad Autónoma de Manizales, 2009 p 59.
- 21 Constante P, Sarti F., Westphal M. y co. *Impacto de una intervención basada en la comunidad en el mayor consumo de frutas y vegetales en familias de bajos ingresos*. Sao Paulo, Brasil. *Rev. Chil Nutr* Vol. 33, Suplemento N°. 1, Octubre 2006.