

**EFFECTIVIDAD DE LA DEMANDA INDUCIDA EN LOS PROGRAMAS DE
PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN UNA EMPRESA
ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS EN EL DEPARTAMENTOS
DEL ATLANTICO 2019**

**Trabajo presentado como requisito para optar el título de:
Magister en Gerencia de Servicios de Salud**

**Estudiantes:
DIANA CAROLINA MURILLO MURILLO
MIGUEL ANGEL TOMASES MENDOZA**

**UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN Y NEGOCIOS
PROGRAMA ACADEMICO DE MAESTRIA EN AUDITORIA Y SISTEMAS DE
LA CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
BARRANQUILLA,
COLOMBIA
2020
©**

**EFFECTIVIDAD DE LA DEMANDA INDUCIDA EN LOS PROGRAMAS DE
PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN UNA E.A.P.B. EN
EL DEPARTAMENTO DE ATLÁNTICO, 2019**

**Trabajo presentado como requisito para optar el título de:
Magister en Gerencia de Servicios de Salud**

Estudiantes:

**DIANA CAROLINA MURILLO MURILLO
MIGUEL ANGEL TOMASES MENDOZA**

Director(es) del proyecto:

**DORA CECILIA SANCHEZ ISAZA
OMAR SIERRA GARCIA**

**UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN Y NEGOCIOS
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN AUDITORÍA Y SISTEMAS DE
LA CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
BARRANQUILLA
COLOMBIA
2020**

©

DEDICACION:

*Los autores dedican especialmente a Dios, que nos Bendijo con su amor, dándonos
Salud y Vida para llevar a cabo este Trabajo de Grado.*

*A nuestros padres, parejas, hijos, hermanos, que nos acompañaron y apoyaron en
los momentos más difíciles.*

*A todos nuestros Compañeros de Estudio en la Maestría, con quienes durante todo
el Proceso de Formación compartimos lo positivo y de ello quedaron enseñanzas
que influyeron en la cristalización de éste Trabajo de Grado.*

De corazón gracias a todos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque nos ha permitido llegar hasta donde estamos, ha sido nuestra fuerza y fortaleza en cada uno de los obstáculos.

A la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla por crear este espacio de formación y crecimiento personal y profesional.

A la facultad de administración y negocios por tener un programa en su estructura que cobijas la Gestión y la administración enfocada en el sector Salud.

Al cuerpo de profesores, que, durante los cuatro semestres de la carrera, nos brindaron el apoyo y la dedicación, frente al sostenimiento y fortaleza del aprendizaje continuo del nuevo conocimiento.

A todos...

¡Gracias!...

NOTA DE ACEPTACIÓN

Tutor del Proyecto

Tutor del Proyecto

Jurado 1

Jurado 2

Barranquilla, 2020

TABLA DE CONTENIDO

	Págs.
1. INTRODUCCIÓN	12
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	13
2.1. PREGUNTA PROBLEMA.....	14
3. JUSTIFICACIÓN	15
4. OBJETIVOS	19
4.1. OBJETIVO GENERAL	19
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
5. PROPÓSITO	20
6. MARCO TEÓRICO.....	21
7. DISEÑO METODOLÓGICO	27
7.1. NATURALEZA DEL ESTUDIO	27
7.2. TIPO DE ESTUDIO.....	278
7.3. UBICACIÓN GEOGRÁFICA O ÁREA DE ESTUDIO	27
7.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO	28
7.5. MUESTRA	28
7.5.1. Muestreo	28
7.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	30
7.6.1. Criterios de Inclusión.....	30
7.6.2. Criterios de Exclusión.....	30
7.7. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	30
7.7.1. Fuente Primaria.....	30

7.7.2. Fuente Secundaria.....	30
7.8. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	31
7.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	31
7.10. PLAN DE RECOLECCIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN ...	32
7.11. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	32
8. ANALISIS DE RESULTADOS	32
9. DISCUSION	39
10. CONCLUSIONES	44
11. RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS.....	50

LISTA DE TABLA

Págs.

Tabla 1. Distribución general de la población que asiste a los servicios de salud en la E.A.P.B. en relación con la edad y el sexo **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 2. Distribución general de la población que asiste a los servicios de salud en la E.A.P.B. en relación con la edad y el sexo **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 3. Distribución general de la población que asiste a los servicios de salud en la E.A.P.B. en relación con el aseguramiento **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 4. Asistencia a los servicios de Salud, de manera general, que oferta la E.A.P.B **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 5. Estrategias de Demanda inducida, que utiliza la E.A.P.B. para que la población asista a los programas de protección específica y detección temprana **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 6. Cobertura por servicios, con relación a los programas de protección específica y detección temprana..... **¡Error! Marcador no definido.**

LISTA DE GRAFICOS

Págs.

Grafico 1. Asistencia a los servicios de Salud, de manera general, que oferta la E.A.P.B **¡Error! Marcador no definido.**

RESUMEN

Introducción: A través de las acciones, políticas e intervenciones encaminadas a fortalecer la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, identificando las competencias de los actores del Sistema general de Seguridad Social en salud (SGSSS) aportándole a los nuevos modelos de prestación de servicio en Colombia, un eje principal en la oferta de una atención integral de los servicios de salud, como respuesta a las necesidades de la población **Objetivos:** Evaluar la efectividad de la demanda inducida en los programas de promoción y mantenimiento de la salud en una E.A.P.B. en el departamentos de Atlántico, 2019. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo de corte retrospectivo, con un muestreo aleatorio simplificado realizando una selección de 3.235 sujetos individuales **Resultados:** Se identificó que la poblaciones de mayor asistencia son los adolescentes con el 28%, Siendo el género femenino las que más asisten con un 53%, y sobre el nivel de escolaridad primaria el predominio la primaria con el 24,7% y en cuanto al aseguramiento 66% son subsidiados, con procedencia urbana del 64% del total de la población, en cuanto a la asistencia a los programas de promoción y mantenimiento de la salud fueron los de demanda Inducida encaminadas a protección específica con un 58.4%; así mismo entre los factores que inciden con el acceso a los programas es la oportunidad y por ultimo teniendo en cuenta la efectividad de la demanda inducida, se logra establecer que los programas que tienen la protección específica y la detección temprana alcanzan niveles de valoración excelente (58,4%) y óptimo (41,6%) **Conclusiones:** Se logró caracterizar a la población de los usuarios analizados en la BDUA de la EAPB. se logró determinar que la asistencia de mayor participación son los programas de promoción y mantenimiento de la salud con demanda inducida, con gran participación de los programas de protección específica; cuyos los factores que inciden en esta asistencia es de oportunidad estableciendo que los programas alcanzan niveles de valoración de excelente y óptimo.

Palabras clave: efectividad, demanda Inducida, promoción, salud, E.A.P.B, detección temprana

ABSTRACT

Introduction: Through actions, policies and interventions aimed at strengthening health promotion and disease prevention, identifying the competencies of the actors of the general Social Security System in health (SGSSS) contributing to new models of provision of service in Colombia, a main axis in the offer of comprehensive care of health services, in response to the needs of the population **Objectives:** Evaluate the effectiveness of the demand induced in health promotion and maintenance programs in an EAPB in the departments of Atlántico, 2019. **Materials and Methods:** A retrospective quantitative descriptive study was carried out, with a simplified random sampling making a selection of 3,235 individual subjects. **Results:** It was identified that the populations with the highest attendance are adolescents with 28 %, Being the female gender those who attend the most with 53%, and above the level of primary schooling, the primary one predominated with 24.7% and in terms of insurance 66% are subsidized, with urban origin 64% of the total of the population, in terms of assistance to health promotion and maintenance programs were those of Induced demand aimed at specific protection with 58.4%; Likewise, among the factors that affect access to the programs is the opportunity and finally, taking into account the effectiveness of the induced demand, it is possible to establish that the programs that have specific protection and early detection reach excellent assessment levels (58.4%) and optimal (41.6%) **Conclusions:** It was possible to characterize the population of users analyzed in the BDUA of the EAPB. It was possible to determine that the assistance with the greatest participation is health promotion and maintenance programs with induced demand, with a large participation of specific protection programs; whose factors that influence this assistance is opportunity, establishing that the programs achieve excellent and optimal evaluation lev

Keywords: effectiveness, Induced demand, promotion, health, E.A.P.B, early detection

1. INTRODUCCIÓN

En Colombia en los últimos 30 años se viene desarrollando acciones políticas e intervenciones por parte del Ministerio de Salud, el cual busca fortalecer la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, identificando las competencias de los actores del Sistema general de Seguridad Social en salud (SGSSS) aportándole a los nuevos modelos de prestación de servicio al país, el cual tiene como eje principal ofertar una atención integral y el rango de los servicios disponibles puedan ser suficientes para responder a las necesidades de salud en la población.

La demanda inducida, considerada como una estrategia clave para la venta de los servicios de salud de baja complejidad en Colombia, pretende disminuir los índices de enfermedades por medio de las acciones de protección específica y detección temprana, estableciendo la importancia y visibilidad en el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas, para que puedan aportar de manera positiva y significativa a la sociedad, un estado de salud controlado.

Con estas iniciativas y proyectos se espera mejorar la salud y a su vez prevenir las enfermedades a nivel individual, colectivo y familiar, basándose en el cumplimiento, con un modelo enfocado en abordar de manera global al paciente o individuo, para conseguir los mejores resultados, a lo largo de todo el curso de vida de este, además del abordaje por entorno y el enfoque poblacional.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Desde mediados de los años 80 del siglo XX la Promoción de la Salud (PS) ha sido ampliamente reconocida como corriente innovadora en el campo de la salud y referente internacional. Tanto así que, pese a las diferentes orientaciones teóricas que se han propuesto y las diversas modalidades que ha adquirido su concreción práctica, hoy en día nadie discute acerca de la importancia que la PS tiene para la labor sanitaria. (1)

Entre los principios centrales de la PS cabe señalar, por su importancia, los siguientes: la labor de la PS implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida cotidiana; se centra en la acción sobre los determinantes de la salud; combina métodos diversos y complementarios para incidir tanto a nivel de los individuos como de las políticas públicas y aspira a la participación efectiva de la población.

Esto implica que toda acción en PS exige un planteamiento frente a los determinantes de la salud. De manera habitual, los profesionales del área de la salud adoptan el esquema del campo de salud donde se mencionan cuatro grandes categorías de determinantes: el componente biológico, el medio ambiente, los estilos de vida y los sistemas sanitarios (asistenciales). Sin embargo, se ha reconocido que este esquema tiene algunos problemas y, en la práctica, ha llevado a dos grandes distorsiones: por un lado, ha permitido que el componente de los estilos de vida se magnifique y desfigure hasta el punto de favorecer una visión descontextualizada de los factores de riesgo individuales que llega a «culpabilizar a la víctima» e imposibilita una comprensión de la significación potencial de los procesos que operan sobre la salud a nivel colectivo. Por otro lado, y a pesar de su expreso intento por trascender esa visión, ha seguido fortaleciendo la mirada de la salud desde el referente de los servicios asistenciales a la enfermedad. (2)

La demanda inducida es entendida como la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control, con el objeto de asegurar y garantizar un óptimo estado de salud de la población. (3)

Los servicios de Protección Específica y de Detección temprana no son demandados por los usuarios en forma espontánea y por lo tanto las Empresas Promotoras de Salud del Régimen contributivo y subsidiado deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad. (4)

A partir de las transformaciones que se han suscitado en el sector sanitario en los últimos años, la PS, como se mencionó más arriba, han cobrado mayor importancia y visibilidad, aunque aún existen grandes obstáculos para su pleno desarrollo. La articulación de estas dimensiones no ha sido fácil y, por momentos, ha estado obstaculizada por la misma concepción del modelo. (5)

De otra parte, se le reconoce un espacio importante a la promoción y la prevención, pero al mismo tiempo se le relega a un segundo lugar y se les confunde en su accionar, dejando entrever, de manera clara en la política de salud y en la dinámica del sector. Es por ello que al sector y a las acciones en salud todavía se les acusa de estar orientadas desde una dominante lógica asistencial y matizadas con un sesgo preventiva. (5). Desde el planteamiento de estas diferencias, se propone iniciar un análisis de la situación que se ha generado en el país frente a las acciones de promoción y prevención, en particular, con relación a la reglamentación que ha venido entrando en vigencia, es por eso que hemos logrado formular la siguiente pregunta problema:

2.1. PREGUNTA PROBLEMA

¿Se podrá evaluar la efectividad de la demanda inducida en los programas de promoción y mantenimiento de la salud en una EAPB en el Departamento del Atlántico, 2019?

3. JUSTIFICACIÓN

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar. (6)

El objetivo de la cobertura sanitaria universal, es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos.

En una reunión, convocada conjuntamente por el Banco Mundial y la OMS, 19 de febrero de 2013 -- Altos funcionarios de los ministerios de salud y finanzas de 27 países y representantes de alto nivel de otras partes interesadas de los sectores de la salud y el desarrollo debatieron sobre cómo están avanzando los países hacia la cobertura sanitaria universal, pocas semanas después de que la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptara una resolución en la que respalda la cobertura sanitaria universal; «Garantizar una cobertura sanitaria universal sin empobrecimiento forma la base para lograr los objetivos sanitarios así expuestos

en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La Salud para todos debe ser el centro de gravedad de los esfuerzos para lograr todos los ODS, porque cuando las personas están sanas, sus familias, comunidades y países se benefician. Pero aún tenemos un largo camino por recorrer. Alrededor de 400 millones de personas – uno de cada diecisiete ciudadanos del mundo– no tienen acceso a servicios sanitarios esenciales». (6)

Los datos muestran que se han introducido mejoras significativas en la cobertura de las intervenciones de salud pública desde 1990. Por ejemplo, las tasas de inmunización para el sarampión, la difteria, la tos ferina y el tétanos, la hepatitis B y la *Haemophilus influenzae* de tipo B han aumentado en la mayoría de las regiones. Sin embargo, hay variaciones importantes entre regiones. Las tasas de inmunización más altas se encuentran en la Región de las Américas y la Región de Europa, y las tasas más bajas en la Región de Asia Sudoriental. (7)

Las principales fuentes de datos sobre cobertura son las encuestas de hogares y las respuestas de los encuestados a preguntas acerca de la utilización de servicios. Los principales tipos de encuesta son la encuesta de 30 conglomerados del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la Encuesta de Conglomerados de Indicadores Múltiples (MICS) del UNICEF, y la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS). La otra fuente de datos es la de los registros administrativos de prestación sistemática de servicios, que proporciona datos acerca del numerador. El denominador se estima sobre la base de las previsiones de los censos. Ninguna fuente de datos es perfecta: los registros administrativos tienden a sobreestimar la cobertura como resultado del cómputo doble en el numerador y la incertidumbre en el denominador. (8)

La OMS y el Grupo del Banco Mundial recomiendan que, en sus esfuerzos por lograr la cobertura universal, los países traten de dar cobertura con servicios sanitarios esenciales al 80% de la población y que todas las personas en cualquier parte del mundo estén protegidas frente al pago de gastos médicos catastróficos y empobrecedores. (6)

En general, las encuestas de hogares se consideran más fiables, si bien adolecen de errores de notificación de los encuestados y presentan márgenes de incertidumbre debido a errores de muestreo. Una buena práctica para generar estimaciones mundiales es ajustar los datos procedentes de múltiples fuentes a fin de maximizar la precisión de la estimación.

Los valores agregados por regiones no están disponibles para varios indicadores de cobertura, lo que refleja la disponibilidad limitada de los datos relativos a varios indicadores y se debe también al hecho de que algunas afecciones, por ejemplo, la malaria, no son relevantes para la salud pública de varios países.

Un informe de la OMS, relaciona un conjunto de cinco deficiencias comunes en la prestación de la atención de salud que es necesario superar; dos de ellas están directamente relacionadas con la universalización del acceso al servicio: i) la “atención inversa”, referida a que las personas con más medios - cuyas necesidades de atención sanitaria casi siempre son menores - son las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos consumen; el gasto público en servicios de salud suele beneficiar más a los ricos que a los pobres en todos los países, ya sean éstos de ingresos altos o bajos, y ii) la “atención empobrecedora”, que se presenta cuando la población carece de protección social y suele tener que pagar la atención de su propio bolsillo en los puntos de prestación de servicios, viéndose en muchos casos enfrentada a gastos catastróficos; más de 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años por verse obligadas a costear la atención sanitaria. (6)

En Colombia se ha estudiado ampliamente el acceso a los servicios médicos y su relación con características de los usuarios y del sistema de salud. Los estudios empíricos han encontrado una fuerte relación entre el acceso realizado y variables socioeconómicas y del sistema de salud como la edad, el sexo, la raza, el estado civil, el nivel de escolaridad, el ingreso, el tamaño del hogar, la ubicación geográfica, la cobertura de aseguramiento y el régimen de afiliación. (9)

Uno de los principales desafíos que afronta el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia es el acceso a los servicios médicos. (10)

Lo anterior se debe a que a pesar del aumento en la cobertura del aseguramiento del 56,9% al 90,8% registrado entre 1997 y 2012 (11) el acceso a los servicios de salud en Colombia, entendido como el porcentaje de personas que utilizó los servicios médicos al momento de necesitarlos, disminuyó en el mismo período al pasar de 79,1% a 75,5%. (12)

Sin embargo, son escasos los trabajos que evalúan conjuntamente la utilización de los servicios médicos controlando por la necesidad de los mismos y las características de la oferta (10) y los que lo hacen se han enfocado en tipos de atención en particular como las consultas por maternidad (13) y la vacunación (14).

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la efectividad de la demanda inducida en los programas de promoción y mantenimiento de la salud en una E.A.P.B. en el departamento del Atlántico, 2019.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 4.2.1** Caracterizar a la población que asiste a los servicios de salud, En los programas de promoción y mantenimiento de la salud en una E.A.P.B.
- 4.2.2** Determinar la Asistencia a los programas de promoción y mantenimiento de la salud a través de la demanda inducida y demanda espontánea.
- 4.2.3** Identificar factores que inciden en la asistencia de los programas de Promoción y Mantenimiento de la salud.
- 4.2.4** Establecer la efectividad de la Demanda inducida y su relación con la asistencia de los usuarios, los programas y los factores que inciden en el acceso.

5. PROPÓSITO

El propósito de este proyecto de Investigación, se enmarca en determinar la gestión y la administración de los programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud y los motivos por los cuales, la población, tiene inconvenientes en el acceso a los programas, presentando alternativas de apoyo, que orienten a las instituciones a realizar estrategias encaminadas a fortalecer los objetivos de desarrollo de este proyecto,

Se espera involucrar a todos los actores de del proceso de atención, entre los que se incluyen el paciente y su familia, para que colaboren en el proceso de la asistencia a los programas de promoción y mantenimiento de la salud.

Igualmente se espera contar con programas que provea una adecuada atención que se refleje en la gestión de las metas que se programen

Se busca articular y coordinar programas efectivos, con los principios y las estrategias de la Seguridad del Paciente con enfoque de control en el riesgo de salud

Establecer con los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema, una información que permita de manera oportuna, articularse a los mismos para futuras investigaciones.

6. MARCO TEÓRICO

La cobertura sanitaria universal tiene consecuencias directas para la salud de la población. El acceso a los servicios sanitarios permite a las personas ser más productivas y contribuir más activamente al bienestar de sus familias y comunidades. Además, asegura que los niños puedan asistir a la escuela y aprender. Al mismo tiempo, la protección contra riesgos financieros impide que las personas se empobrezcan al tener que pagar de su propio bolsillo los servicios de salud. Por lo tanto, la cobertura sanitaria universal es un componente fundamental del desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza, y un elemento clave de todo esfuerzo por reducir las desigualdades sociales. La cobertura universal es el sello distintivo de un gobierno determinado a mejorar el bienestar de todos sus ciudadanos. (15)

La cobertura universal está sólidamente basada en la Constitución de la OMS de 1948, en la que se declara que la salud es un derecho humano fundamental, así como en el programa de Salud para todos establecido en 1978 en la declaración de Alma-Ata. La equidad es un aspecto primordial. Eso significa que los países deben evaluar los progresos no solo en el conjunto de la población nacional, sino en los diferentes grupos (por ejemplo, los grupos determinados por niveles de ingresos, sexo, edad, lugar de residencia, condición de migrante u origen étnico. (15)

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones

con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo.

La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar. (16)

Para que una comunidad o un país puedan alcanzar la cobertura sanitaria universal se han de cumplir varios requisitos, a saber:

1. Existencia de un sistema de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento, que satisfaga las necesidades de salud prioritarias en el marco de una atención centrada en las personas (incluidos servicios de VIH, tuberculosis, paludismo, enfermedades no transmisibles, salud materno infantil) para lo cual deberá:
 - Proporcionar a las personas información y estímulos para que se mantengan sanas y prevengan enfermedades.
 - Detectar enfermedades tempranamente.
 - Disponer de medios para tratar las enfermedades,
 - Ayudar a los pacientes mediante servicios de rehabilitación.
2. Asequibilidad: debe haber un sistema de financiación de los servicios de salud, de modo que las personas no tengan que padecer penurias financieras para utilizarlos. Esto se puede lograr por distintos medios.
3. Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el diagnóstico y tratamiento de problemas médicos.
4. Una dotación suficiente de personal sanitario bien capacitado y motivado para prestar los servicios que satisfagan las necesidades de los pacientes, sobre la base de las mejores pruebas científicas disponibles. La cobertura

sanitaria universal implica la necesidad de reconocer la función crucial que desempeñan

5. todos los sectores para asegurar la salud de las personas, en particular los de transporte, educación y planificación urbana.

Asistencia de la población a los programas de protección específica y detección temprana

Antes de entrar a evaluar el acceso y sus posibles determinantes, es importante considerar aspectos previos al mismo: la necesidad, la demanda y la oferta de prestadores de servicios de salud de la población colombiana. Antes de que una persona acceda al servicio médico, se presenta la necesidad de atención médica, luego la demanda por el servicio y por último se llega al acceso a través de la oferta. (17)

Identificar los programas de protección específica y detección temprana a los cuales asiste la población

En Colombia se ha logrado establecer la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedades, bajo un enfoque normativo, sustentado y estructurado, en lo que se ha definido como la Protección específica y la Detección temprana. Regulado por la Resolución 0412 del 2000. Permitiendo entregar a las IPS, EAPB y ESE las guías y protocolos de manejo frente a lo que es la atención integral de los programas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La Protección específica se enmarca en el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a Garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad. Los programas que forman parte de la Protección específica, se relacionan a continuación:

- Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- Atención Preventiva en Salud Bucal
- Atención del Parto

- Atención al Recién Nacido
- Atención en Planificación familiar a mujeres y hombres
- Y la Detección temprana hace referencia al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. Los programas que forman parte de la detección temprana, se relacionan a continuación:
 - Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (menores de 10 años)
 - Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)
 - Detección temprana de las alteraciones del embarazo
 - Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años)
 - Detección temprana del cáncer de cuello uterino
 - Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

Debido a lo anterior la población debe ser inducida a dichos programas como soporte principal en el cumplimiento de lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y contributivo que comprende los servicios, procedimientos y suministros que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a las personas aseguradas, con el propósito de mantener y recuperar su salud. (18)

Estrategias de demanda inducida

Se dice que hay demanda inducida cuando el proveedor de servicios sanitarios, actuando como agente del paciente, causa un nivel de consumo distinto del nivel que el paciente hubiera seleccionado en el caso que tuviese la misma información que el proveedor. El concepto de demanda inducida debe distinguirse del concepto de exceso de tratamiento ya que puede haber exceso de tratamiento sin existir demanda inducida y puede haber demanda inducida sin que exista exceso de

tratamiento. Exceso de tratamiento es un concepto técnico. (19)

La teoría de la demanda inducida empezó con un hallazgo de correlación entre el número de camas de hospitales por 1000 habitantes y las tasas de utilización de esas camas (por ejemplo, medidas como “días de hospitalización por 1000 habitantes”). Se decía “una cama construida es una cama ocupada”. (20)

Hoy día existe una demanda creciente y generalizada de servicios de atención primaria de salud que obliga a los países miembros de la Organización Mundial de la Salud, OMS, a buscar maneras para conseguir sistemas de salud más equitativos, integradores y justos. Como una de las cuatro reformas requeridas para el buen desempeño de los sistemas de salud, se citan aquellas que conlleven la cobertura universal del servicio de tal forma que se favorezca la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad al acceso universal y la protección social en salud. Los sistemas de salud tienen que responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación. (21)

Estas dos dimensiones están relacionadas con el manejo y aplicación de Guías y protocolos de atención, para el manejo de la protección y la detección temprana en salud, en este documento se establecen actividades, procedimientos e intervenciones a seguir en orden secuencial para un diagnóstico adecuado en el tratamiento de enfermedades de interés; estas guías de atención son actualizadas periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

Cobertura de los programas de protección específica y detección temprana

El derecho a la salud es el valor central de la cobertura universal de salud que debe promoverse y protegerse sin restricciones, por lo que esta cobertura refuerza la necesidad de definir y ejecutar políticas e intervenciones con un enfoque

intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar, con énfasis en los grupos en situación de pobreza y vulnerabilidad. (22)

En términos generales se considera como cobertura el número de habitantes que tienen acceso a un cierto servicio de salud. La definición actual de cobertura universal de salud, omite varios aspectos esenciales sin los cuales no sería posible avanzar en la salud pública, por lo que en este artículo se pretende discursar sobre la cobertura universal de salud y su interpretación conceptual, asimismo proponer una definición inclusiva válida para los estados, gobiernos y sectores de la sociedad y la economía responsables en última instancia de la salud poblacional. (23)

Para interpretar esto es necesario tener en cuenta la diferencia existente entre los conceptos cobertura y acceso, pues si bien el aumento de la cobertura fue el mecanismo a través del cual la Ley 100 de 1993 pretendía facilitar el acceso a la salud en Colombia, este no era el único factor que determinaba la utilización de los servicios. (23)

Aun cuando una persona esté asegurada por el SGSSS, persisten ciertas barreras que pueden evitar que reciba atención médica en caso de necesitarlo. Algunas de estas barreras relacionadas con la oferta, como la falta de centros de atención o una mala calidad del servicio, y otras relacionadas con la demanda, como la falta de dinero o la necesidad de atención médica percibida por las personas.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. NATURALEZA DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo de corte retrospectivo, enmarcado en el paradigma empírico analítico.

7.2. TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue de tipo retrospectivo, permitiendo describir los aspectos fundamentales necesarios para el desarrollo de un programa institucional, en el marco de una revisión de las bases de datos del periodo evaluado.

7.3. UBICACIÓN GEOGRÁFICA O ÁREA DE ESTUDIO

En contexto Regional este trabajo esta direccionado en una E.A.P.B. en los departamentos que tiene presencia en el departamento del Atlántico, con una complejidad básica de atención integral basados en el Modelo de Atención Primaria en Salud, cuenta con un equipo humano altamente calificado y conformado por médicos especialistas, médicos generales y enfermeras de acuerdo con las necesidades que amerite los usuarios. La E.A.P.B, velando por el cumplimiento y desarrollo integral de las estrategias para con el cumplimiento de los programas de Promoción y Mantenimiento de la salud en el logro general de la efectividad y eficacia entre la oferta y demanda de los servicios de protección específica que se relacionan como es: Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Atención preventiva en Salud Bucal, Atención del Parto, Atención al recién nacido, Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres. Y por el otro lado, están los programas que forman parte de la detección temprana: Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años), Alteraciones del desarrollo del joven (10 – 29 años), Alteraciones del embarazo, Alteraciones en el adulto (>45 años), Cáncer de cuello uterino, Cáncer seno, Alteraciones de la agudeza visual.

7.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio la conformaron todos los usuarios afiliados a la E.A.P.B en el Dpto. del Atlántico, que asistieron a los programas de Promoción y Mantenimiento de la salud, que incluyen la protección específica y detección temprana durante la vigencia del 2019.

7.5. MUESTRA

No se realizó cálculo para la muestra, teniendo en cuenta la utilización de la base de datos de la población que asistió a los programas de Promoción y Mantenimiento de la salud y la asignación de la misma en el Dptos. en el estudio.

7.5.1. Muestreo

Se realizó un muestreo aleatorio simplificado con la base de datos, previamente establecida, permitiendo que, en lugar de seleccionar a todos los sujetos de la población de la E.A.P.B., los investigadores podrían reunir información selectiva de del Dpto. del Atlántico, realizando una selección de 3.235 sujetos individuales de manera simplificada entre niños, jóvenes y adultos.

Por otro lado, se utilizarán tablas y grafico que establezcan las frecuencias y porcentajes de los resultados, para ello se extraerá la media, (también llamada promedio o media aritmética) frente al conjunto de datos, con una medida de posición central. La cual se define como el valor característico de la serie de datos resultado de la suma de todas las observaciones y dividido por el número total de datos. Anexo Formula a utilizar

$$Media(X) = \frac{\sum_j X_j \cdot f_j}{N}$$

Siendo X_j las observaciones distintas ,
 f_j las frecuencias relativas
y N el número total de datos

Por otro lado, en el proyecto se extraerá la mediana, la cual se encuentra en el intervalo donde la frecuencia acumulada llega hasta la mitad de la suma de las frecuencias absolutas. Luego calculamos según la siguiente fórmula: $Li-1$ es el límite inferior de la clase donde se encuentra la mediana. $N / 2$ es la semisuma de las frecuencias absolutas. Anexo Formula a utilizar:

$$\text{Mediana} = L + \left(\frac{\frac{n}{2} - FAc}{FMe} \right) \times C$$

Y por último, buscaremos la Moda, como el valor que tiene mayor frecuencia absoluta. Teniendo en cuenta que la moda se puede hallar, para variables cualitativas y cuantitativas y si en un grupo hay dos o varias puntuaciones con la misma frecuencia y esa frecuencia es la máxima, la distribución se definirá como bimodal o multimodal, es decir, tiene varias modas.

A continuación, presentamos la formula a utilizar

$$Mo = L_{inf} + \frac{d_1}{d_1 + d_2} \cdot a$$

Por otro lado, se proyectó una calificación, que correspondió a un valor del factor de medición, determinando una apreciación máxima de 100 puntos, y cuyo valor correspondió a la equivalencia de los resultados, medidos en el proceso de interventoría. Esta puntuación tendrá una calificación de acuerdo al rango porcentual y será como se define en el cuadro anexo:

ASPECTO CUANTITATIVOS		ASPECTOS CUALITATIVOS
100 % - 95 %	5.0	EXCELENTE
94 % - 80 %	4.0	OPTIMO
79 % - 50%	3.0	ADECUADO
49 % - 30 %	2.0	DEFICIENTE
29 % - 10 %	1.0	MUY DEFICIENTE

Fuente: Propia para el proyecto.

7.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

7.6.1. Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta fueron:

- Usuarios que se encuentran en los programas de promoción y mantenimiento de la salud.
- Usuarios Activos que se encontraron en las bases de datos de la E.A.P.B. 2019.

7.6.2. Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión tenidos en cuenta en este estudio fueron:

- Usuarios reportados con información incompleta en la base de datos.
- Usuarios con reporte de Novedades, como traslados, o no pertenecientes a la EAPB.
- Usuarios fallecidos durante la revisión de la base de datos.

7.7. FUENTES DE INFORMACIÓN

7.7.1. Fuente Primaria

Se obtuvo mediante la revisión de la Base de Datos únicas de Afiliados (BDUA) de la E.A.P.B. del Dpto. del Atlántico. involucrados en el proyecto, durante la vigencia del periodo 2019.

7.7.2. Fuente Secundaria

Para la construcción de este trabajo se tuvo en cuenta la información suministrada por los usuarios, la cual quedo condensada en una segunda base frente a lo aportado por cada uno de los involucrados aleatoriamente de manera simplificada. Por otra parte y para el fortalecimiento del documento, se llevó a cabo una revisión de bases de datos científicas, que incluyen artículos, revistas, documentos legales a nivel nacional e internacional acerca de la temática estudiada, dentro de las que se destacan las bases de datos Scielo, Pubmed, Sciencedirect, Proquest, Redalyc, adolec, mediante el portal Web de la Universidad Simón Bolívar, para la consulta

de esta fuente se realizó mediante la utilización de palabras claves para darle el rigor científico de este proyecto.

7.8. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó mediante la exportación de los archivos planos de las bases de datos únicas de afiliados (BDUA), que permitiera establecer la población, los usuarios y los dptos. Involucrados en el proyecto de estudio, estableciendo los siguientes aspectos;

- Tipo de población que se encuentra en la base de datos de la E.A.P.B; en este aspecto, se hace importante tener claridad sobre las edades, el sexo, los estudios y la procedencia de los usuarios
- Asistencia a Servicios con el mayor número de egresos, dentro de la atención en salud; en cuanto a este aspecto, es importante tener claridad sobre los servicios de los cuales egresan los pacientes y el valor que se cancelan por estos conceptos.

Sensibilización: Los mecanismos utilizados en este estudio fueron como primera instancia solicitud de permiso a la E.A.P.B., en el cual se presentó y se socializo el proyecto junto el consentimiento informado de la institución, para acceder a los registros base de la E.A.P.B., en donde se obtuvo una respuesta positiva para efectuar el proyecto.

7.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las consideraciones tenidas en cuentas son la normatividad nacional que es la Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Además de acuerdo al artículo 11 donde se enmarca el estudio en el literal a). Como Investigación sin riesgo: “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o

sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”. Además, el Artículo 14. Donde se solicita a la institución el consentimiento informado, entendiéndose este como “el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”. (24)

7.10. PLAN DE RECOLECCIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El grupo investigador realizó la revisión de las bases por dptos., para la recolección durante los meses de enero a diciembre del 2019, socializando previamente a la EAPB los objetivos de la investigación y el aporte al sistema de salud; así mismo se organiza la información con el análisis para determinar a través de la caracterización los aspectos de la población sujeto de estudio. Posterior a la depuración de las BDUA, del Dpto. del Atlántico., se revisaron técnicamente la información de los usuarios afiliados y consignando la información través del software SPSS versión 22, construyéndose tablas de frecuencia uní variada que permitió evaluar las medidas de frecuencia y porcentaje.

7.11. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez recolectada la información mediante la exportación de la BDUA, se lleva al software SPSS versión 22, se construyeron tablas de frecuencia uní variada que permitieron identificar la frecuencia objeto del estudio de la EAPB participante en este proyecto.

8. ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación, se realiza el análisis obtenido como resultados de la revisión de la BDUA de la EAPB del Dpto. del atlántico durante el periodo del 2019

Tabla No. 1 caracterización poblacional de usuarios que asisten a los servicios de salud, en los programas de promoción y mantenimiento de la salud en una E.A.P.B del Dpto. del atlántico 2019.

Caracterización de la población		No.	%
Edad	≤ 1-5	550	17,00
	≤ 6-10	250	7,73
	≤ 11 - 15	240	7,42
	≤ 16 - 20	500	15,46
	≤ 21- 30	380	11,75
	≤ 31 - 40	230	7,11
	≤ 41 - 50	220	6,80
	≤ 51 - 60	225	6,96
	≤ 61- 70	260	8,04
	≤ 71- 80	220	6,80
	≤ 81 - 90	160	4,95
		3235	100
Escolaridad	Primaria	800	24,7
	Secundaria	240	7,4
	Pregrado	430	13,3
	Posgrados	340	10,5
	Ninguno	1425	44,0
		3235	100
Genero	Masculino	1502	46,43
	Femenino	1733	53,57
		3235	100
Procedencia	Urbana	2100	64,91
	Rural	1135	35,09
		3235	100
Aseguramiento	Subsidiada	2159	66,74
	Contributiva	1076	33,26
		3235	100

Fuente; Base de datos Única de Afiliados 2019

Teniendo en cuenta la revisión de la base de datos frente a la caracterización de la población, se logra evidenciar que para el periodo del año 2019 la población infantil entre 1 a 5 años, (17,0%) en conjunto con la población de jóvenes entre 16 a 20 años (15,46%) y adultos jóvenes de 21 a 30 años (11,75 %), conformaron los grupos con mayor relación en la base de datos. En la variable Educación, se evidencia que

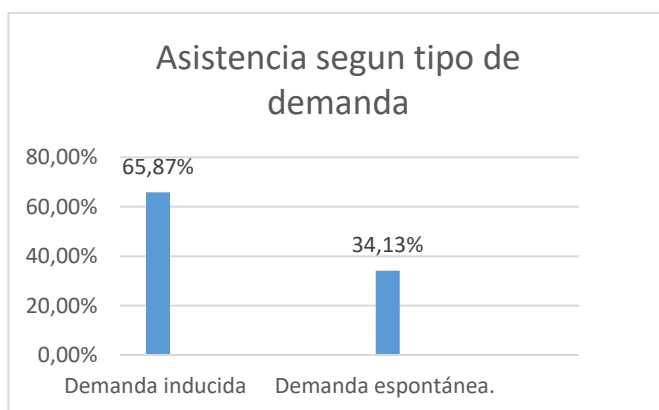
la parte escolar hay usuarios que no suministran ningún (44,0%) tipo de información escolar, mientras que otros informan haber alcanzado a realizar la primaria (24,7%) y otro grupo han cursado estudios de pregrado (13,3%). Frente al género, hay un predominio del sexo femenino (53,57%), frente al sexo masculino (46,43%). De otra parte, se logra establecer que la procedencia de los usuarios se articula con las zonas urbana (64,90) y zonas rurales (35,09%). En cuanto al Aseguramiento de la atención en salud, la población Subsidiada (66,74%) representa mayoría en relación con la población contributiva (33,26%) de la EAPB.

Tabla No.2 Asistencia a los programas de promoción y mantenimiento de la salud a través de la demanda inducida y demanda espontánea.

Asistencia a los programas de promoción y mantenimiento de la salud con estrategias de Demanda Inducida y Espontanea		No.	%	
Demanda inducida	Información	810	25,039	65,87%
	Educación	720	22,257	
	Comunicación	601	18,578	
Demanda espontánea.	Llegada a Cons.Externa	505	15,611	34,13%
	Redes Sociales	350	10,819	
	Acompaña a un familiar	249	7,697	
Total		3235	100,000	

Fuente: BDUA-RIPS

Grafico No. 1 acceso de la población a los programas de promoción y Mantenimiento de la Salud, según tipo de demanda



Fuente: Tomado de la Tabla No. 2

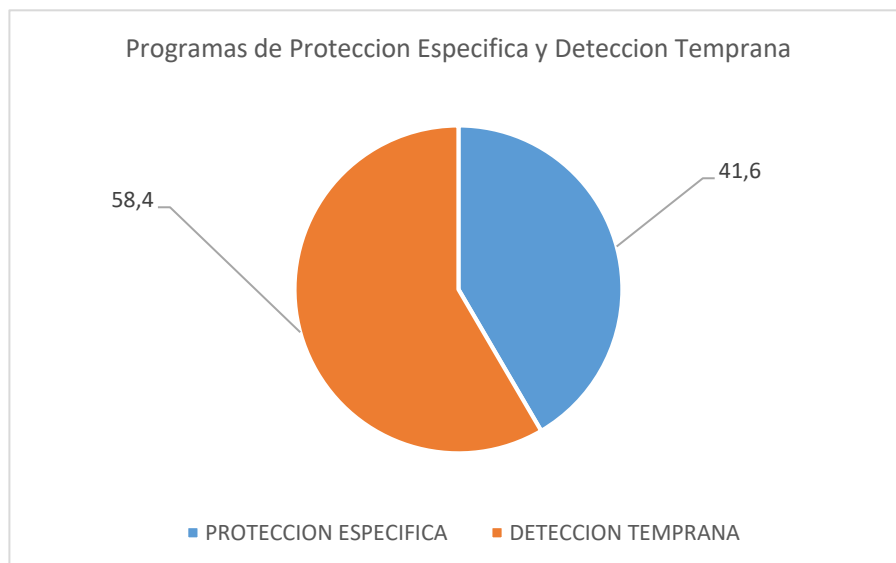
Cabe resaltar que la demanda inducida (65,87%) utilizada por la EAPB, surte un mejor impacto en el acceso efectivo a través de la estrategia de Información, Educación y comunicación, que realizan sus prestadores, frente a la demanda espontanea (34,13%) y las diferentes alternativas que utilizan los mismos usuarios para llegar a los servicios de promoción y Mantenimiento de la salud.

Tabla No.3 Asistencia a los programas de Protección Especifica y Detección temprana.

		Asistencia a los programas de promoción y mantenimiento de la salud	No.	%
Programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud	Protección específica	PAI	450	13,91
		SALUD BUCAL	235	7,26
		PLANIFICACION	390	12,06
		ATENCION DEL PARTO	135	4,17
		ATENCION DEL RECIEN NACIDO	135	4,17
	Detección Temprana	CyD	290	8,96
		JOVEN	180	5,56
		GESTANTE	430	13,29
		TAMIZAJE DE: CCU-MAMA	370	11,44
		ADULTO MAYOR	430	13,29
		VISION 2020	190	5,87
Total		3235	100,000	

Fuente: BDUA-RIPS

Gráfico No. 2 programas de promoción y Mantenimiento de la Salud, con mayor demanda.



Fuente: Tomado de la Tabla No. 3

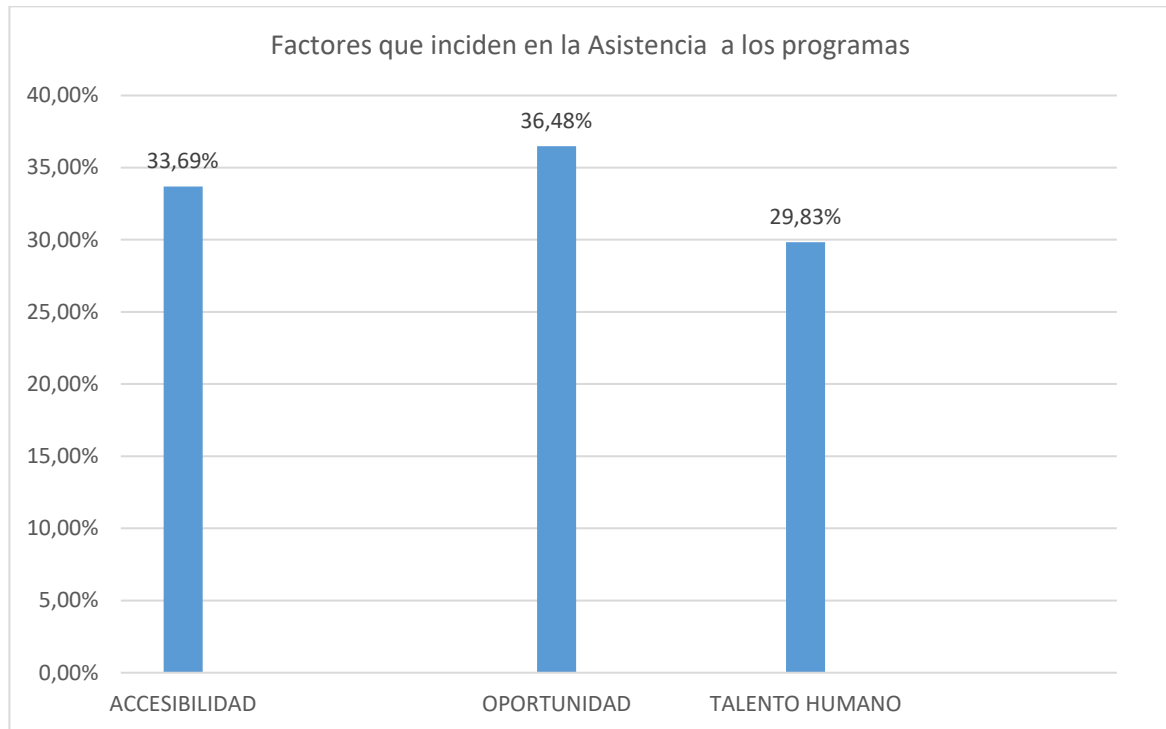
Cabe resaltar que los programas de promoción y mantenimiento de la salud, presentan una demanda unos mas que otros, tal es el caso del Programa ampliado de inmunización PAI, (13,91%), mientras que le siguen el de planificación familiar (12,06%) el de Adulto mayor (13,29%) y gestantes (13,29%), frente a programas poco visitados por la población de Usuarios como es el programa de Salud bucal (7,26%), le siguen los programas para los jóvenes (5,56%) y el programa Visión 2020 (5,87%). Cabe resaltar que, en la revisión de la misma, son muy pocas las mujeres que logran tener un parto Normal, (4,17%) igual a la atención del Recién Nacido, sin que presenten complicaciones.

Tabla No. 4. Factores que inciden en la Asistencia a los programas de Promoción y Mantenimiento de la salud

factores que inciden con la asistencia a los programas		No.	%	
ACCESIBILIDAD	Distancia	535	16,54	33,69%
	Movilidad tipo traslado	345	10,66	
	Costo de la Movilidad	210	6,49	
OPORTUNIDAD	Agenda menor de 3 días	610	18,86	36,48%
	agenda mayor de 3 días	570	17,62	
PERCEPCION DE LOS USUARIOS CON EL TALENTO HUMANO	Insuficiente personal	340	10,51	29,83%
	Actitud negativa por parte del personal	365	11,28	
	Desconocimiento profesional en las orientaciones	260	8,04	
Total		3235	100,00	

Fuente: BDUA- Rips, 2019

Gráfico No. 3 factores que inciden en la asistencia a los programas.

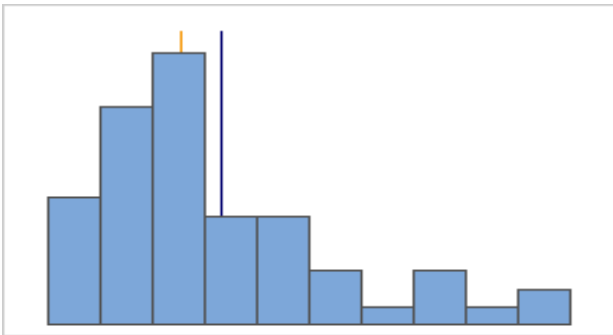


Fuente: Tomado del Cuadro No.4

Se logra evidenciar que existen unos factores que inciden de manera directa con el acceso a los programas de promoción y mantenimiento de la salud, tal es el caso de la accesibilidad (33,69%) con la distancia, la movilidad de las personas y el costo que genera trasladarse de un lado a otro y que al llegar a la red de prestadores los usuarios (18,86%) han manifestado encontrar disponibilidad de agenda en el momento solicitar citas para los programas de promoción y prevención, mientras que otros manifiestan no poder (17,62%) acceder a las citas porque no hay cupos disponibles. Frente a la percepción de los usuarios a la hora de evaluar al talento humano, un grupo considera que es insuficiente (10,51%) mientras que otros manifiestan que presentan una actitud negativa (11,28%) y presentan desconocimiento profesional (8,04%) a la orientar al usuario.

Tabla No. 5. Efectividad de la Demanda inducida y su relación con la asistencia de los usuarios, los programas y los factores que inciden en el acceso.

			Frecuencia (fi)	
			No.	%
Efectividad de la Demanda a los programas de promoción y Mtto. De la Salud	Población	Masculino	1502	11,61
		Femenino	1733	13,39
	Tipo de Demanda para el Acceso	Demanda Inducida	2131	16,47
		Demanda Espontanea	1104	8,53
	Programas Promoción Mtto. De la salud	Protección Especifica	1345	10,39
		Detección Temprana	1890	14,61
	Factores que inciden en la Asistencia	Acceso	1090	8,42
		Oportunidad	1180	9,12
		Talento Humano	965	7,46
			12940	100,00



Media	1.511
Mediana	1.285
Moda	1,176
Promedio	1,47

Teniendo en cuenta los resultados frente a la efectividad de la Demanda a los programas de promoción y Mantenimiento de la Salud, se logra estimar que, frente al promedio de los usuarios analizados en la BDU de la EAPB del estudio, el 1,5 11 punto medio en el cual la mitad de las observaciones está por encima del valor y la otra mitad está por debajo del valor. Sin embargo, valores poco comunes, llamados valores atípicos, pueden afectar a la mediana menos de lo que afectan a la media. En este caso no existe datos simétricos, donde la media y la mediana no son similares. Frente a la escala de valoración de la efectividad de la demanda inducida, en el siguiente cuadro se logra establecer que los programas que tienen la protección específica y la detección temprana alcanzan niveles de valoración excelente y óptimo.

PROGRAMAS	No.	valor
-----------	-----	-------

DETECCION TEMPRANA	1890	58,4	EXCELENTE
PROTECCION ESPECIFICA	1345	41,6	OPTIMO
TOTAL	3235	100	

DISCUSION

1. Caracterización de la población que asiste a los servicios de salud, en los programas de promoción y mantenimiento de la salud en una E.A.P.B.

Teniendo en cuenta la caracterización de la población, se logra evidenciar que para el periodo del año 2019 la población infantil entre 1 a 5 años, (17,0%) en conjunto con la población de jóvenes entre 16 a 20 años (15,46%) y adultos jóvenes de 21 a 30 años (11,75 %), conformaron los grupos con mayor relación en la base de datos. Frente al género, hay un predominio del sexo femenino (53,57%), frente al sexo masculino (46,43%). *En Colombia, lo anterior se puede contrastar con la población calculada para el año 2005, el 50,55% son mujeres (23.275.804 habitantes), y el 49,45% hombres (22.769.307 habitantes).* (25)

En la variable Educación, se evidencia que la parte escolar hay usuarios que no suministran ningún (44,0%) tipo de información escolar, mientras que otros informan haber alcanzado a realizar la primaria (24,7%) y otro grupo han cursado estudios de pregrado (13,3%). Tal como se establece en este artículo: *La educación ha sido considerada tradicionalmente como la oferta programática central para el desarrollo de la población joven. El futuro y el modelo del rol adulto, cumplirían la función de eje ordenador de su preparación. La meta es el adulto predeterminado por los estereotipos sociales de desarrollo cumplido. Sin embargo, el adulto contemporáneo no corresponde a identidades fijas ni puede imponerlas a jóvenes que están avizorando nuevos sentidos y horizontes. Con la globalización y la modernización, el conocimiento y la flexibilidad para los aprendizajes pasaron a ser sustantivos y son el punto fuerte de las capacidades juveniles. Ello posiciona de modo distinto el rol y la jerarquía de la experiencia, lo que afecta el modelo adulto para orientar la preparación contemporánea.* (26)

De otra parte, se logra establecer que la procedencia de los usuarios se articula con las zonas urbana (64,90) y zonas rurales (35,09%).

Según un nuevo informe de la Organización de las Naciones Unidas, actualmente, el 55 % de las personas en el mundo vive en ciudades., se estima que esta proporción aumentará hasta un 13 % de cara a 2050, por lo que el desarrollo sostenible dependerá cada vez más de que se gestione de forma apropiada el crecimiento urbano, especialmente en los países de ingresos medios y bajos que son los que liderarán el proceso. La causa reside en que parte de la población mundial desplazará su lugar de residencia de las áreas rurales a las urbanas y, a esta predicción, se unen las perspectivas de crecimiento demográfico, según las que cerca de 2500 millones de personas adicionales vivirán en las ciudades para esa fecha. Se prevé que este aumento se producirá de forma desigual en términos geográficos y que, además, algunas de las urbes que actualmente presentan un mayor tamaño podría ver reducido su número de habitantes. (27)

En cuanto al Aseguramiento de la atención en salud, la población Subsidiada (66,74%) representa mayoría en relación con la población contributiva (33,26%) de la EAPB.

En el país, la estructura del aseguramiento evidentemente ha contribuido a realizar un adecuado manejo de los riesgos financieros y de salud, así como a ejercer un mayor control de los costos y gastos que se causan en la prestación del Plan Obligatorio de Salud y a que los afiliados, reciban una atención más adecuada, oportuna y de calidad. El indicador más concreto como resultado del aseguramiento en Colombia, es el número de afiliados al SGSSS, el cual a 31 de diciembre de 2008 asciende a 39.7 millones, el 89.3% del total, mostrando una tendencia más evidente hacia la cobertura universal, en cuanto a afiliación se refiere; aunque no hay total claridad sobre la accesibilidad a los servicios de salud por parte de toda la población asegurada. (28)

2. La asistencia a los programas de promoción y mantenimiento de la salud a través de la demanda inducida y demanda espontánea.

Teniendo en cuenta que según el artículo 2° del Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, establece que la demanda inducida hace referencia a *“la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control”*. (29)

Los resultados obtenidos en la revisión de las Bases de datos, de la EAPB, y donde se evidencia la demanda inducida (65,87%) utilizada por la EAPB, se logra evidenciar que la misma, surte un mejor impacto en el acceso efectivo a través de la estrategia de Información, Educación y comunicación, que realizan sus prestadores, frente a la demanda espontánea (34,13%) y las diferentes alternativas que utilizan los mismos usuarios para llegar a los servicios de promoción y Mantenimiento de la salud.

Un informe del Ministerio de Salud en Colombia, sobre los servicios de las IPS Públicas. 2002 – 2004, revela que la Producción en el primer nivel de atención tiene mayor participación las consultas, ya que realizaron el 76% de las de medicina general y especializada, mientras que el 67% de las consultas son de urgencias. A lo largo de los tres años, los tres niveles mostraron un aumento significativo del número de consultas de medicina general y especializada. (30)

Por otro lado, la Unesco ha establecido que; La comunicación para el desarrollo es el planeamiento y uso estratégico de medios para soportar e inducir a los individuos para la toma de decisiones en temas de desarrollo. Es el arte de “hablar sobre temas” y “lograr objetivos en la conciencia de los individuos”. Concluye que la Comunicación y Educación para el Desarrollo Sostenible (CEDS) son herramientas necesarias para el éxito de los procesos de gestión del desarrollo. (31)

Por otro lado, un estudio de medios logra establecer que, un estudio revela que frente a la participación de las estrategias de Información, Educación y

Comunicación, la respuesta de los participantes, frente a la frecuencia de visitas domiciliarias de promotoras fue de 3,5% y la de estudiantes fue de 3,9% durante el año previo a la realización de las visitas. La difusión de información a través de medios de comunicación, convencionales y no convencionales mostró que el 86% de la población no había recibido folletos informativos y que menos del 50% de los conocimientos habían sido adquiridos por propagandas de televisión o radio. (32)

3. Factores que inciden en la Asistencia a los programas de Promoción y Mantenimiento de la salud

Se logra evidenciar que existen unos factores que inciden de manera directa con el acceso a los programas de promoción y mantenimiento de la salud, tal es el caso de la accesibilidad (33,69%) donde la distancia, la movilidad de las personas y el costo que genera trasladarse de un lado a otro representan un factor que intervienen en la asistencia, mientras que al llegar a la red de prestadores, muchos usuarios (18,86%) han logrado encontrar disponibilidad de agenda en el momento solicitar citas para los programas de promoción y prevención, mientras que otros manifiestan no poder (17,62%) acceder a las citas porque no hay cupos disponibles.

Varios estudios en diferentes regiones del mundo, revelan que las mujeres utilizan más los servicios, aún después del ajuste con necesidad en salud. Krasnik et al. (1997), en Dinamarca, encontraron que luego de controlar para variables demográficas, socioeconómicas y de necesidad en salud, el sexo femenino se asoció significativa m e n t e con la posibilidad de consultar (Odds Ratio = OR 1,76; IC 95%: 1,42-2,18). En el Brasil, Costa & Facchini (1997) también encontraron esta asociación (OR 1,84; IC 95%: 1,73-1,95). (26)

Mientras que otros estudios realizado, logran establecer que los grupos extremos (niños y ancianos) utilizan más los servicios que los otros grupos de edad, y esto ocurre independientemente del país en cuestión, como muestran los estudios realizados en los Estados Unidos, por Anderson & Aday (1978), Parkerson et al. (1995b), Salber et al. (1976), Wan & Soifer (1974), Wolinski (1978) en Italia, por Mapelli (1993), en Irlanda, por Nolan (1994), en Curazao, por Alberts et al. (1997),

en España, por Bellon - Saameno et al. (1995) y en Brasil, por Cesar & Tanaka (1996) y Costa & Facchini (1997). (26)

Frente a la percepción de los usuarios a la hora de evaluar al **talento humano**, un grupo considera que es insuficiente (10,51%) mientras que otros manifiestan que presentan una actitud negativa (11,28%) y otros presentan desconocimiento profesional (8,04%) a la hora de orientar al usuario.

Un estudio revela que con respecto a la relación entre médico definido y la utilización de los servicios de emergencia, se encontró que, después de ajustar las variables (demográficas, socioeconómicas, seguro de salud y número de enfermedades crónicas), la categoría sin médico definido se asoció significativamente con la utilización de los servicios de emergencia (OR 1,8; IC 95%: 1,4-2,4) (28). Finalmente, sobre la asociación entre médico definido y consultas preventivas, dos artículos encontrados, no mostraron diferencias significativas (26). Otros autores revelan que tampoco encontraron diferencias. Pero otros estudios sí encontraron una asociación significativa (33).

4. Efectividad de la Demanda inducida y su relación con la asistencia de los usuarios, los programas y los factores que inciden en el acceso.

Frente a la efectividad de la Demanda a los programas de promoción y Mantenimiento de la Salud, el promedio de usuarios analizados en la BDUA de la EAPB del estudio, corresponden al punto medio (1,5 11) en el cual la mitad de las observaciones está por encima del valor y la otra mitad está por debajo del valor. Sin embargo, valores poco comunes, llamados valores atípicos, pueden afectar a la mediana menos de lo que afectan a la media.

En este caso no existe datos simétricos, donde la media y la mediana no son similares. Frente a la escala de valoración de la efectividad de la demanda inducida, en el siguiente cuadro se logra establecer que los programas que tienen la protección específica y la detección temprana alcanzan niveles de valoración excelente para la detección temprana 5,8 y óptimo para los programas de

protección específicas 4,1

Un estudio de Gruber y Owings (1996) utilizaron la caída en la tasa de fertilidad en un 13,5% (un shock negativo en la demanda) de las mujeres americanas y la práctica obstétrica y ginecológica como por ejemplo el aumento de las cesáreas que son mejor pagadas que los partos naturales. Una disminución del 10% en la tasa de fertilidad está asociada a un aumento del 0,97% en la tasa de cesáreas.

Evidencia en contra de la existencia de la Demanda Inducida: Hay & Leahy (1982) descubrieron que las familias de médicos, supuestamente las mejor informadas y menos susceptibles de ser sujetas a demanda inducida utilizaban tantos servicios médicos como las demás familias.

Evidencia a favor de la existencia de la Demanda Inducida: Iiuzuka (2007), Gruber y Owings (1996), y Rossiter & Wilensky (1983, 84). Rossiter & Wilensky (1983, 84) hacen una distinción entre las visitas iniciadas por el paciente (no sujetas por tanto a demanda inducida por definición) y las visitas iniciadas debido a consejo médico. Ellos encontraron que un aumento en el número de médicos llevó a un aumento en el número de visitas iniciadas por el médico, pero no afectó a las iniciadas por los pacientes.

La estandarización de la demanda inducida a los programas de promoción y Mantenimiento de la salud, han logrado establecer que faltan muchos estudios que permitan establecer una verdadera Oferta y demanda, frente a las necesidades de la población.

9. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados de este trabajo de investigación, se ponen en consideración los siguientes aspectos a la hora de tomar decisiones:

Se deben involucrar más los actores locales y nacionales, para encontrar una visión integral, que ayude a la creación de un proceso colaborativo entre las sociedad y los que en ella se articulan, para desarrollar un sistemas de salud que articule de

manera directa los aspectos de la atención Primaria en salud (APS), respondiendo a los problemas de las familias, los individuos y las comunidades a nivel local, distrital o departamental, proporcionando acciones con actividades de desarrollo social y económico, evitando las barreras y exclusión sociales, generando vínculos de participación colaborativa entre los sectores involucrados.

Las reformas que actualmente se viven con el sistema de salud en Colombia, permiten que se establezcan cambios fundamentales en los procesos políticos, económicos y sociales, generando participación ciudadana, con una conciencia colectiva, donde se puedan evidenciar articulaciones con las comunidades, de manera solidaria.

Todo esto permitirá establecer la gobernanza de las administraciones locales y la participación de las Empresas Administradoras de planes de beneficios, EAPB, las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud, IPS, con lo que pueda legalizar el apoyo a la institución de educación y fortalecer la investigación en la aplicación de estrategias que fortalezcan el nuevo conocimiento.

10. RECOMENDACIONES

1. Se debe insistir en la implementación de los mecanismos que privilegien e integren la atención primaria, la ambulatoria y la entrega de los servicios de salud pública, teniendo en cuenta las necesidades de las diferentes regiones del país y las condiciones de salud de la población”
2. Se debe establecer la implementación de otras estrategias que permitan evaluar la eficiencia del prestador para la mejora de las relaciones con el asegurador, para racionalizar los costos de transacción de los procesos de autorización, facturación y auditoria.
3. Establecer mecanismos de estímulos frente al mejoramiento continuo de la atención y el aumento de coberturas de protección específica, detección

temprana y tratamiento oportuno a los usuarios asistentes.

4. Establecer un sistema de reconocimiento del desempeño de los prestadores de servicios de salud, que integren el proceso de atención al usuario, con los profesionales del sector salud o de los programas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta N, Durán L, Eslava J, Campuzano J. (2005) Determinants of vaccination after the Colombian health system reform. *Rev Saude Publica* 39(3):421-9.
2. Aguado LF, Girón LE, Osorio AM, Tovar LM, Ahumada JR. (2007) Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico colombiano. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv*; 5(1):1-36.
3. ALPERT, J. J.; KOSA, J.; HAGGERTY, R. J.; ROBERTSON, L. S. & MEAGARTY, M. C., (1970). Attitudes and satisfactions of low-income families receiving comprehensive pediatric care. *American Journal of Public Health*, 60:499-506.
4. AMBUS EPS – ESS. (2014). Demanda Inducida. Disponible en: <http://www.ambuq.org.co/demanda-inducida/>
5. Cavagnero E. Health (2008) sector reforms in Argentina and the performance of the health financing system. *Health Policy*. ; 88(1): p. 88-99.
6. Céspedes JE, Jaramillo-Pérez I, Castaño R. (2002) Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad Saude Publica* ;18(4):1-12.
7. Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual/Rev Cubana Salud Pública vol.42 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2016
8. Comunicado de prensa conjunto OMS/Banco Mundial/12 DE JUNIO DE 2015 | GINEBRA | NUEVA YORK
9. DANE. (2003) Encuesta de Calidad de Vida. Bogotá: DANE

10. El mercado farmacéutico en Japón (2015). Disponible en:
https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MX_Ccoij7McJ:https://www.icex.es/icex/GetDocumento%3FdDocName%3DDOC2016604659%26urlNoAcceso%3D/icex/es/registro/iniciar-sesion/index.html%3FurlDestino%3Dhttp://www.icex.es/icex/es/navegacion-principal/todos-nuestros-servicios/informacion-de-mercados/sectores/industria-y-tecnologia/documentos/DOC2016604659.html+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co
11. Eslava JC. (2006) Repensando la promoción de la salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Revista de Salud Pública. 8(supl.2): 106-115.
12. Eslava, J. et, al. (1999). Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población del régimen subsidiado y los participantes vinculados al nivel iii del Sisben de 14 localidades del distrito. Disponible en:
<http://www.javeriana.edu.co/cendex/pdf/691-99.pdf>
13. GORDIS, L. & MARKOWITZ, M., (1971). Evaluation of the effectiveness of comprehensive and continuous pediatric care: Part I. Effectiveness of comprehensive care in influencing infant health. Pediatrics, 48:766.
14. Guarnizo, C., & Agudelo, C. (2008). Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Revista de salud pública, 10(1), 44-57.
15. Herrera, N. Gutierrez-Malaver, M. Ballesteros-Cabrera, M. Izzedin-Bouquet, R. Gómez-Sotelo, A. & Sánchez-Martínez, L. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. Rev. salud pública. 12 (3): 343-355. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217801001>
16. Krauskopf, Dina. (2015). Los marcadores de juventud: La complejidad de las edades. Última década, 23(42), 115-128. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362015000100006>
17. Martínez-Navarro JF, Marset P (1998). Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: las explicaciones causales. Salud Pública. Martínez-Navarro, Antó et al. Madrid , McGraw Hill-Interamericana; 55-79

18. Mendoza-Sassi, R. & Béria, J. (2001). Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5288.pdf>
19. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, OPS/OMS(2004) Colombia Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2003, Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
20. Ministerio de Salud. República de Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo Numero 117. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20117%20DE%201998.pdf
21. Organización de las Naciones Unidas (2018), Revisión de las perspectivas de urbanización mundial, Departamento de asuntos económicos y sociales
<https://www.un.org/development/desa/es/news/population/2018-world-urbanization-prospects.html>
22. Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Disponible en:
<http://www.who.int/whr/2008/es/>
23. Organización Mundial de la Salud (2012). ¿Qué es la cobertura sanitaria universal?. Disponible en:
http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/
24. Organización Mundial de la Salud (2014). 53.o CONSEJO DIRECTIVO. 66.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7652/CD53-R14-s.pdf>
25. Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2013). Nuevos estudios examinan las brechas de salud en los países que trabajan para lograr la cobertura universal en las Américas. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8373&Itemid=2&lang=es

26. Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2014). Salud Universal. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=403&Itemid=40987&lang=es
27. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.(2014) Estrategia para la cobertura universal de salud. Resolución CE154. R17. Washington, D. C.: OPS/OMS; Disponible en:
<http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/ce154-r17-s.pdf?ua=1>
28. Plan De Gestión Ambiental Regional 2013-2032. “Servicios ecosistémicos y adaptación al cambio climático, un pacto por la sostenibilidad del Oriente Antioqueño”. Disponible en: <http://www.cornare.gov.co/PGAR/Documento-Borrador-PGAR-2013-2032.pdf>
29. Políticas del Ministerio de Salud y protección social 2018
30. Reina, Y. (2012). Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012). Disponible en:
http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_200.pdf
31. Roa Buitrago, Rosa Isabel. (2009). Gestión del aseguramiento en salud. *Revista EAN*, (67), 21-36. Retrieved November 20, 2020, from
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-81602009000300003&lng=en&tlng=es.
32. Shain&Roemer (1961). Teoría de la demanda inducida. Disponible en:
<http://docplayer.es/29202243-6-1-demanda-inducida-por-la-oferta.html>
33. Solano, D. Estrategias de Comunicación y Educación para el Desarrollo Sostenible. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001595/159531s.pdf>
34. Tracking Universal Health Coverage (Seguimiento de la cobertura sanitaria universal)
35. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (2000). La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Libro de Evidencia (Parte Dos). Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, para la Comisión Europea. Ministerio de Sanidad y Consumo, España.

36. Vargas, Vázquez, & Mogollón, 2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. salud pública. 12 (5): 701-712. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a01.pdf>

ANEXOS

Actividad	2020											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ags	Sept.	Oct	Nov	Dic
Definición problema												
Presentación de propuesta												
Ajustes de la propuesta												
Diseño Metodológico												
Revisión de BDUA												
Análisis de información												
Discusión de Resultados												
Presentación de resultados												
Ajuste del documento final												
Socialización de Informe												

CRONOGRAMA

RUBROS	Unidad medida	Costo unitario	Cantidad	Total	Investigador
					Cantidad
RECURSOS HUMANOS					
Asesor metodológico	Días		30	1.500.000	
Investigador	Días		100	2.000.000	2.000.000
Subtotal				3.500.000	2.000.000
MATERIALES					
Papelería en general				500.000	1.000.000
Publicación y divulgación				300.000	1.000.000
Subtotal				800.000	2.000.000
GASTOS VARIOS					
Transporte				200.000	1.000.000
Subtotal				200.000	1.000.000
GRAN TOTAL				4.500.000	5.000.000

PRESUPUESTO