

LA RESPUESTA A LA ENFERMEDAD EN MÉXICO: AUTOATENCIÓN O ATENCIÓN MÉDICA?

Leyva-Flores R1, Kageyama LM2, Erviti-Erice J3.

Instituto Nacional de Salud Pública, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM

1. Investigador del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, INSP

2. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

3. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM

Dirección Dr René Leyva Flores

Av. Universidad 655

Col. Sta. María Ahuacatitlán

C.P. 62508, Cuernavaca, Morelos

México

Telf. (00-52 73) 11 01 11, ext. 2664; Fax: (00-52 73) 11 11 56; E-mail: rleyva@insp3.insp.mx

RESUMEN

Objetivo: Analizar la forma de atención de los problemas de salud según factores socioeconómicos, demográficos y de enfermedad de la población en México.

Material y métodos: Se analizó la información de la Encuesta Nacional de Salud, 1994, de las personas (n = 5640) que reportaron problemas de salud en los 15 días previos a la Encuesta. Fueron estudiadas sus características demográficas y socioeconómicas, acceso a servicios médicos, percepción de gravedad de la enfermedad, forma de atención (autoatención y atención médica) tratamiento recibido (nada, remedios, y/o medicamentos) y motivos de no atención médica. Se efectuó un análisis descriptivo y mediante una regresión logística se identificaron factores asociados con la forma de atención a la enfermedad.

Resultados: El 65% de la población estudiada se autoatendió y el 35% acudió a servicios médicos. Entre los autoatendidos, el 26% no recibió ningún tratamiento, 16% si lo utilizó remedios y 58% recibió medicamentos. El 52% de los autoatendidos que percibieron su enfermedad grave no utilizaron servicios médicos porque los consideraron caros o no tenían dinero, y el 70% con padecimientos leves no los utilizaron porque los consideraron innecesarios. De los que recibieron atención médica, al 92% les prescribieron medicamentos. En el análisis multivariado se observó mayor frecuencia de autoatención en los mayores de 5 años de edad, masculinos, sin seguridad social, sin seguro privado, con padecimiento leve, residentes de regiones pobres y de áreas rurales.

Discusión y Conclusiones: En México, la autoatención representa la forma más importante de respuesta a la enfermedad, con alta frecuencia de automedicación. La condición socioeconómica y la percepción de gravedad de la enfermedad determinan la mayor frecuencia de autoatención sobre todo en poblaciones con alta marginación social.

TRANSTEORIA Y ANALISIS ESTRATEGICA EN EL CONTROL LOCAL DEL TABAQUISMO.

CABRERA Gustavo

Tesis de Doctorado-Facultad de Salud Pública, Universidad de Sao Paulo, Brasil

Calle 18 N° 7C-101 Manizales-Colombia. Teléfono (68) 832802. E-mail: acabrera@epm.net.co

Introducción: El consumo de tabaco es una opción comportamental globalmente diseminada con riesgos y efectos para la salud ampliamente demostrados. Para el control del tabaquismo, teorías y modelos del comportamiento individual, organizacional y social han sido propuestos o incorporados en las intervenciones. El modelo transteórico de etapas de cambio MTEC, explica cambios individuales con relación a comportamientos con efectos en la salud, según cinco variables: etapas y procesos de cambio, tentación, balance de decisiones y auto-eficacia. El modelo de análisis estratégica en promoción de salud MAEPS-OMS, sintetiza estrategias discutidas en la III conferencia internacional de promoción de la salud realizada en Sundsvall-Suecia, en 1991, con el propósito de crear ambientes favorables, de soporte para la salud: políticas públicas, reglamentación, reorientación organizacional, advogacia, mediación, facilitación del cambio, empoderamiento y movilización comunitaria.

Objetivo: Aplicar el MTEC y MAEPS-OMS en un levantamiento de datos y en el diseño de una propuesta de control local del tabaquismo.

Métodos: Mediante entrevistas domiciliarias probabilísticas fue realizado un levantamiento de datos con 138 residentes urbanos del municipio de Zarzal, Colombia, experientes en el consumo regular de cigarrillo según criterio de inclusión. Fueron estudiadas las variables género, edad, estado civil, escolaridad, iniciación, consolidación, duración y frecuencia del consumo de cigarrillo. Con base en el MTEC se clasificó la muestra en etapas de cambio y se caracterizó a los entrevistados según historia-frecuencia de recaída y tentación para fumar, balance de decisión y auto-eficacia para abandonar el consumo.

Resultados y conclusiones: 42% de entrevistados fueron pre-contempladores, 50% contempladores, 1% se preparaban para cambiar, 2% fueron clasificados en la etapa de acción y 5% en la de mantenimiento de la condición de exfumador. El fuerte deseo de fumar por la dependencia a la nicotina, las rutinas del grupo social inmediato y el estrés fueron las causas mas frecuentes de recaída en el consumo. El nivel de escolaridad y la presencia de intentos de abandono del cigarrillo en los últimos doce meses fueron las variables asociadas positivamente a la intención actual de cambio en el comportamiento de fumar. Con base en las orientaciones del uso del MAEPS-OMS, se identificaron los potenciales actores y las estrategias en una propuesta de intervención para el de control local del tabaquismo.

ANÁLISIS DISCRIMINANTE DE VARIABLES NEUROPSICOLÓGICAS EN PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER FAMILIAR Y ESPORÁDICO DE INICIO TARDÍO, EVALUADOS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE LA CIUDAD DE MEDELLIN 1995-1998

AUTORES: Lopera F. , Arcos M., Madrigal L., Velásquez M., Toro M., Castaño A., Moreno S.

INSTITUCIÓN: Universidad de Antioquia. Dirección: Kr 64C 51-21.

Teléfono **263-53-33 Ext. 2701, 2302420,2302359**

Correo electrónico: Flopera@epm.net.co

RESUMEN

INTRODUCCION: Las demencias son fuente creciente de preocupación debido al incremento de población de la tercera edad a quienes afecta en mayor porcentaje. La Demencia Tipo Alzheimer(DTA) es clasificada según la edad de inicio como precoz (antes de 65 años) y tardío (a partir de 65 años). La clasificación de DTA Esporádico o Familiar se define con base en la presencia de otros casos en la familia.

OBJETIVOS: El objetivo principal es identificar en la población evaluada variables neuropsicológicas que permitan discriminar entre DTA tardío Familiar y Esporádico, comparar variables sociodemográficas y clínicas entre ambos grupos y describir la población según dichas variables.

MATERIALES Y MÉTODOS: Mediante muestreo secuencial se seleccionaron individuos con DTA tardío utilizando criterios de inclusión de DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) y NINCS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association). Se consideró DTA tardío el inicio a partir de 60 años. Se utilizó protocolo neuropsicológico CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease), Wisconsin Abreviado, Fluidez Fonológica, Figura Rey, Escala de Deterioro Global(EDG) y Escala Funcional de Reisberg(FAST). Se realizó análisis univariado mediante prueba de t buscando diferencias entre individuos con DTA tardío Esporádico y Familiar. Se hizo análisis factorial mediante estudio de componentes principales para determinar aquellas variables que explicaban la mayor cantidad de varianza en el grupo total mediante criterio de Kaiser. Se realizó análisis canónico discriminante para encontrar un modelo que con pocas variables explicara la diferenciación entre individuos afectados de DTA tardío Esporádico y Familiar.

RESULTADOS: Se analizaron 52 pacientes con promedio de edad de inicio 69 años, una media de 74 años al momento de evaluación, 5 años de evolución y escolaridad media de 6 años. La comparación entre grupos Esporádico y Familiar en cuanto a edad de inicio, edad y tiempo de evolución en el momento de evaluación, escolaridad, FAST, EDG y Minimental test no mostró diferencias estadísticas significativas. El análisis discriminante dio cuenta de que las variables neuropsicológicas valoradas no discriminan entre ambos grupos.

CONCLUSIONES. La DTA tardía en la población investigada, se comporta desde el punto de vista neuropsicológico de manera similar tanto en la forma de presentación esporádica como familiar. Esto sugiere que ambas formas pueden tener como etiología una base genética que determina un comportamiento neuropsicológico similar. Estos resultados invitan a nuevas investigaciones que busquen aclarar posibles factores etiológicos comunes.

MORTALIDAD SEGUN CONDICIONES DE VIDA EN COLOMBIA 1995

Sánchez P., Rodríguez R., Hincapié C.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE

DANE. Av. El Dorado CAN. Santafé de Bogotá. D.C. Telefax 091-3156695

Email dtcensos@dane.gov.co

Es un estudio descriptivo que busca conocer las diferencias en la mortalidad por causas de muerte según las condiciones de vida en Colombia. Sus objetivos son describir la mortalidad según edad, sexo y área de residencia; las características de la certificación de las defunciones según particularidades regionales; disponer de un diagnóstico como línea de base de comparación con futuros estudios sobre este tema para analizar la tendencia de la situación de salud desde las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

Se escogió el índice sintético de NBI generado desde el Censo 93, como el mejor descriptor disponible para definir y evaluar las condiciones de la evolución de la pobreza. Los municipios fueron organizados en seis estratos, según su NBI: 1 de 84 a 100%; 2 de 69 a 83% ; 3 de 53 a 68%; 4 de 39 a 52%; 5 de 22 a 38% y 6 de 0 a 21%.

La mortalidad se analizó a partir de dos grandes divisiones: causas naturales y externas. Las primeras según el lugar de residencia habitual del fallecido, y las segundas por el lugar de ocurrencia. Las enfermedades se clasificaron según la Lista 6/61 (OPS), en siete grupos por causas naturales y una por externas: enfermedades transmisibles, tumorales, cardio-cerebro-vasculares, afecciones del período perinatal, mixtas, mal definidas, externas y resto. De cada uno de los seis primeros grupos, se seleccionaron algunas causas trazadoras.

En Colombia, durante 1995, el 50,7% de la población eran mujeres y el 49,3% hombres y del total de las defunciones ocurridas en el mismo año, el 60,2% (101604), correspondió a hombres y el 39,8% (67281) a mujeres.

La tasa bruta de mortalidad fue de 4,4 y la infantil 11,2 x 1.000 respectivamente, que comparadas con las otras obtenidas por el DANE (5,8 y 33,9 x 1.000), representan porcentajes de subregistro del 24,35% y 58,9%, a expensas principalmente de las áreas rurales. Por estratos de NBI, dicha tasa presenta una tendencia al aumento en relación inversa con el porcentaje de NBI ; desde 1,23 en el estrato 1, hasta 5,51 x 1.000 en el estrato 6.

El 80% de las defunciones del 95, fueron por causas naturales, con una tasa de 3,3 x 1.000 y las externas con 1,1. Por grupos de causas, los porcentajes de las defunciones debidas a tumorales, cardio-cerebro-vasculares y perinatales, muestran una tendencia ascendente a medida que las NBI disminuyen.

Las tasas de mortalidad infantil registradas, decrecen en la medida en que aumentan los porcentajes de NBI, oscilando entre 15,36 x 1.000 nacidos vivos en el estrato 6 y 4,04 en el estrato 1.

En las edades de 1 a 4 años, las enfermedades transmisibles ocupan el primer lugar en todos los estratos de NBI, excepto en el 1. Las externas, son la segunda causa en los estratos 3 a 6, la tercera en el 2 y la cuarta en el estrato 1. Las mal definidas descienden cuando mejoran las condiciones de NBI.

La certificación médica de la defunción por causa natural, aumenta en razón inversa al porcentaje de NBI y las de causa externa tienen mayor certificación en todos los estratos, excepto en el 1. En general en la cabecera predomina la certificación médica, incrementándose al mejorar el NBI. En el estrato más pobre, el 76.3% de las muertes de residentes en la cabecera fue certificada por médico, en el resto fue del 32,8%. En el estrato 6, una de cada mil muertes en la cabecera no tuvo certificación médica, frente a una de cada cien en el resto.

INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA (INDCV) PARA LA CIUDAD DE MEDELLÍN POR COMUNAS 1998

Por: Elkin Castaño V.¹*, Darío Angel Escobar**, Claudia María Correa A.***, Beatriz Elena Salazar S.
**

MUNICIPIO DE MEDELLÍN, Centro Administrativo Municipal, Teléfono: 385 53 04, 385 53 93

Por la utilidad que, para los propósitos de planeación, gestión e investigación y para la toma de decisiones, tiene el conocimiento del **nivel de calidad de vida** alcanzado por la población residente en un territorio, Planeación Metropolitana, a través del Departamento de Análisis Estadístico, con la asesoría técnica de la Misión Social de Planeación Nacional, construyó un indicador para las comunas de Medellín que resumiera y permitiera tener la máxima información de un conjunto de características socioeconómicas de los hogares con las variables seleccionadas, en términos de su capacidad para discriminar bienestar.

Dado que las variables que fueron usadas para discriminar bienestar son de naturaleza cuantitativa y cualitativa, se aplicó el procedimiento de cuantificación óptima por ser el más adecuado para tratar estas variables y de esta forma construir el indicador que estime el nivel de la calidad de vida de los hogares. Los indicadores parciales: Capital humano y físico, vivienda, demográfico y seguridad social, construidos como factores determinantes del **INDCV** pueden ser empleados para conocer el estado de la calidad de vida del hogar en cada una de esas dimensiones, y evaluar las políticas específicas que hayan sido diseñadas para mejorarlas.

El **INDCV** global permite tener una medida única del Hogar en los distintos factores. El ordenar estas medidas permite determinar el grado de calidad de vida relativo de cada hogar, es decir, podría ser empleado para identificar los hogares potenciales beneficiarios de los programas sociales. El **INDCV** y sus componentes permiten describir las condiciones de los hogares para cada una de las comunas de Medellín, como una consecuencia, es posible medir el impacto de las políticas del Estado en el mejoramiento de su calidad de vida.

Comparado con el NBI, el **INDCV** tiene mejores ventajas por sus propiedades ya que el NBI no diferencia claramente la intensidad en la calidad de vida entre los hogares y entre las personas que los conforman, permitiendo grandes errores de inclusión y de exclusión en las categorías o niveles de pobreza.

Algunos resultados obtenidos:

El **INDCV** de la zona urbana de Medellín es de 73,48 valor similar al correspondiente al de un hogar típico residente en la comuna de **Robledo** o **Castilla**. Las comunas **Popular** y **Santa Cruz** presentan los **INDCV** medios más bajos, 63,58 y 67,29 respectivamente y las comunas de **Laureles** y el **Poblado** registran los índices más altos 82,6 y 84,38.

¹ * Misión Social, DNP.

** Planeación Municipal de Medellín.

SOBREVIVENCIA DE BIOPRÓTESIS HUMANAS FIJADAS EN GLUTARALDEHÍDO E IMPLANTADAS EN POSICIÓN AÓRTICA O MITRAL

**CENTRO CARDIOVASCULAR COLOMBIANO CLÍNICA SANTA MARIA
MEDELLÍN 1975-1997**

**AGUDELO LESBY VERONICA, MORENO MONTOYA ANA CRISTINA
ZAPATA HERNÁNDEZ OLGA TERESA**

Dirección: Calle 52 No.40-146; **Tel:** 217 10 50
Fax: 239 23 35; **Ciudad:** Medellín; **País:** Colombia

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte longitudinal y retrospectivo para determinar la supervivencia de las bioprótesis humanas fijadas en glutaraldehído e implantadas en posición aórtica o mitral en pacientes con indicación de sustituto valvular durante el período 1975 a 1997 en el Centro Cardiovascular Colombiano – Clínica Santa María de Medellín.

Los datos fueron tomados de fuentes de información secundarias como protocolos de evaluación y seguimiento de las válvulas, y la historia clínica. Se consideraron 265 bioprótesis humanas en 236 pacientes, de las cuales 45.7% fueron implantadas en posición mitral y el 54.3% en posición aórtica. Se encontró predominio del sexo masculino (61.9%), sobresaliendo en éste el reemplazo en posición aórtica, mientras que para el sexo femenino predominó el reemplazo en posición mitral. La edad promedio para ambos sexos fue de 36 años con una desviación estándar de ± 14 años.

Como antecedente de la patología de base predominante (doble lesión), se encontró la Fiebre Reumática con un 79.1% frente a un 20.9% correspondiente a la categoría de Otras, en la cual se agruparon las restantes debido a su baja frecuencia. Es de anotar que la doble lesión con un 44.7% afectó más a la válvula aórtica, en tanto que la insuficiencia con un 33.6% a la mitral.

Aunque el 59.3% de los pacientes entraban a cirugía con estadios funcionales III y IV, la mortalidad operatoria (entendida como la muerte en sala de cirugía) no fue muy alta (3.5%), porque tal vez las muertes ocurrieron en el postoperatorio inmediato y dicha información no fue captada.

Se utilizó el método actuarial para estimar la probabilidad de supervivencia de las bioprótesis, con el tiempo de aporte de las bioprótesis, medido en meses, se obtuvieron nueve intervalos de tiempo, con una amplitud de 32 meses cada uno. Igualmente se estableció como evento de interés la disfunción de la bioprótesis dada por dos criterios: un grado de insuficiencia > 2 y un gradiente máximo ≥ 25 mm Hg para la válvula aórtica y ≥ 15 mm Hg para la válvula mitral.

Los resultados muestran que desde el momento de la cirugía hasta los 12.5 años, la probabilidad de supervivencia (no disfunción) de la bioprótesis, alcanza un 71.9%, lo cual es un período apreciable si se tienen en cuenta los beneficios y la calidad de vida que este tipo de bioprótesis puede ofrecer al paciente en este sentido. Se observa un descenso marcado entre los 12 y 15 años, con probabilidad del 71.9% al 31.9%, continuando con descensos paulatinos hasta estabilizarse en una probabilidad de supervivencia del 12.2%. El 50% de las bioprótesis presentaron un tiempo de supervivencia en meses mayor de 177.6 equivalentes a 14.8 años aproximadamente.

El análisis de supervivencia de la bioprótesis de acuerdo a la posición del reemplazo mostró que el 50% de las bioprótesis implantadas en posición mitral alcanzaron más de 173.3 meses (14.4 años) y el 50% de las bioprótesis en posición aórtica más de 181.7 meses (15.1 años). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la supervivencia para los dos tipos de válvulas ($p \gg 0.05$, Log Rank Test).

El análisis de supervivencia de acuerdo a la etiología mostró resultados importantes, ya que las bioprótesis con antecedentes de enfermedad reumática, presentan mayor deterioro que las bioprótesis con otros antecedentes.

El 50% de las bioprótesis con etiología reumática alcanzaron un tiempo de supervivencia mayor de 177.1 meses equivalentes a 14.8 años. El 50% de las bioprótesis con otros antecedentes etiológicos, presentan una supervivencia mayor de 256 meses (21 años). Dada la influencia que tiene este antecedente patológico en el tiempo de supervivencia de la bioprótesis, se plantea la inquietud de si la continuidad del tratamiento de la fiebre reumática, con medicamentos antibióticos posterior a la cirugía, podría aumentar la durabilidad de la bioprótesis.

Podría concluirse en términos generales, que la supervivencia del 50% de las bioprótesis implantadas en posición aórtica y mitral, alcanzó 15 años y que la enfermedad reumática posiblemente tiene gran influencia en la supervivencia de la misma.

ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD SEGÚN CINCO PRIMERAS CAUSAS Y SU MODELACIÓN TEMPORAL - MEDELLÍN, 1987-1996

Autores: AGUDELO GARCIA H.²; GRISALES ROMERO H.³

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal-retrospectivo sobre mortalidad por las cinco primeras causas en el período de 1987 a 1996, tomando como base la información de las defunciones ocurridas en la ciudad de Medellín entre dichos años. La tasa general de mortalidad en la ciudad fue de 7.71 defunciones por cada 1.000 habitantes en 1987 para situarse en 8.63 en 1996 y con un valor máximo durante el decenio de 9.84 en 1993. La razón general de mortalidad entre hombres y mujeres se observó en una relación de 2:1 por cada año, llegando a tomar un valor máximo de 9:1 en el grupo de 20 a 24 años de edad.

El 45% de todas las defunciones se concentró en cinco causas, siendo la principal el Ataque con arma de fuego y explosivos cuya tasa mediana en el periodo, de 23.7 defunciones por cada 100.000 habitantes, fue tres veces la de muerte por Infarto agudo del miocardio situada en segundo lugar, y siete veces la de muerte por Ataque con instrumentos cortantes y punzantes, CIE-E966, con tasa mediana de 3.28 por cien mil, que figuró como la tercera causa. La cuarta y quinta causas fueron, respectivamente, la Obstrucción crónica de vías respiratorias y los Accidentes de tráfico por vehículo de motor de naturaleza no especificada con unas tasas medianas de 2.54 y 2.07 por cien mil, respectivamente. Las edades mediana de presentación de las causas afines con violencia, Ataque con armas de fuego y explosivos, Ataque con instrumentos cortantes y punzantes y Accidente de tráfico de vehículo de motor, fueron de 25, 28 y 30 años, respectivamente. Las defunciones por Infarto agudo del miocardio y Obstrucción crónica de vías respiratorias de naturaleza no específica presentaron una edad mediana similar, de 70 años, observándose que a partir de los 49 años ocupan los primeros lugares como causas de muerte acompañadas de un acusado ascenso de las defunciones por diabetes mellitus.

Cuando se discriminó la mortalidad por causa según edad y sexo, se encontró que por cada evento de muerte en mujeres por Ataque con arma de fuego y explosivos, se presentaron aproximadamente 14 muertes de hombres en el grupo de 25 a 29 años; de igual manera, por cada mujer fallecida por Ataque con instrumentos cortantes y punzantes se presentaron 12 casos en hombres. En el caso de las defunciones por Obstrucción crónica de vías respiratorias de naturaleza no especificada se presentó un índice similar para mujeres y hombres.

La mortalidad por las cinco primeras causas identificadas en el decenio por barrio de la ciudad durante 1994 a 1996 mostró, en la causa por Ataque con armas de fuego y explosivos, como los barrios con nivel de riesgo de muerte alto o muy alto, representan aproximadamente la tercera parte de las defunciones e involucran la décima parte de la población de la ciudad y a la cuarta parte de los barrios, tomando en conjunto los tres años estudiados. Dichos resultados no varían considerablemente de un año a otro. La mortalidad por Infarto agudo del miocardio tomado el conjunto de los tres años, concentra aproximadamente las dos quintas partes de las muertes por esta causa en la cuarta parte de los barrios de la ciudad que representan la octava parte de la población total con tasas altas y muy altas. Las tasas altas y muy altas de mortalidad por Ataque con instrumentos cortantes y punzantes en los años 1994 a 1996, representan 42 de cada 100

² Profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública. Calle 62, 52-19, Medellín. Teléfono: 510-68-20. Fax: 511-25-06. E-MAIL: bagudelo@guajiros.udea.edu.co.

³ Profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública. Calle 62, 52-19, Medellín. Teléfono: 510-68-32. Fax: 511-25-06. E-MAIL: hgrisales@guajiros.udea.edu.co.

defunciones por dicha causa y se localizan en la cuarta parte de los barrios donde reside la décima parte de la población total de la ciudad; las fluctuaciones de dichos índices no son considerables de un año a otro. Entre 1994 a 1996, de la mortalidad alta ó muy alta por Obstrucción crónica de las vías respiratorias no clasificadas en otra parte 54 de cada 100 defunciones, se concentran en la cuarta parte de los barrios que sirven como asentamiento a la quinta parte de la población de la ciudad. De otro lado, los mayores niveles de mortalidad en los barrios de Medellín por Accidente de tráfico de vehículo de motor se observan en la cuarta parte de los barrios que sirven de asentamiento a 15 de cada 100 personas residentes en la ciudad y representan el 65.1% de las defunciones por dicha causa. Tomando en conjunto el período 1994 a 1996, de cada 100 defunciones registradas en la ciudad por las cinco primeras causas de mayor riesgo - alto ó muy alto - 46 se producen en la cuarta parte de los barrios de la ciudad, y de cada 100 defunciones registradas en la ciudad por todas las causas, 16 se presentan en la misma cantidad de barrios.

Se construyeron cuatro modelos temporales por medio del procedimiento de Box-Jenkins. Para la causa Ataque con armas de fuego y explosivos, se encontró un modelo de series de tiempo $ARIMA(1,1,1)(1,1,0)_{12}$; para la causa Ataque con instrumentos cortantes y punzantes el modelo que mejor describe su comportamiento es un $ARIMA(0,1,1)(0,1,1)_{12}$; para la causa Obstrucción crónica de vías respiratorias no clasificadas en otra parte se halló el modelo temporal $AR(2)$ en tanto que para la causa Accidente de tráfico de vehículo de motor de naturaleza no especificada el modelo que mejor describe el comportamiento temporal es un $ARIMA(1,2,3)$.

Con base en los modelos obtenidos, se estimaron las tasas de mortalidad, mes a mes, destacándose que para las causas Ataque con armas de fuego y explosivos y Ataque con instrumentos cortantes y punzantes, los meses en donde se concentran los períodos de vacaciones - junio y diciembre - y aquellos donde proliferan los fines de semana prolongados, llamados "puentes", el riesgo de morir se duplica con respecto al mes inmediatamente anterior. Para la causa Obstrucción crónica de vías respiratorias de naturaleza no especificada, el modelo refleja un patrón tendiente a la estabilidad con pocas fluctuaciones, mes a mes; para la causa Accidente de tráfico por vehículo de motor se prevé para los años 1997 y 1998 una disminución mensual en la mortalidad. Para la causa Infarto agudo del miocardio, no se logró obtener un modelo temporal que permitiera predecir el comportamiento de dicha causa en el tiempo; presumiblemente, el diagnóstico de Infarto agudo del miocardio consignado en el registro de defunción, no refleja en forma adecuada la información clínica sobre la causa de muerte del paciente lo cual da inseguridad en el uso del certificado de defunción con fin de construir un modelo predictivo.

CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COMUNIDADES INDIGENAS DE ANTIOQUIA, COLOMBIA 1998 – 1999.

Autores: **De Alba De Moya D.**, **Gaviria Londoño M.B.**

Colaboradores: Escudero Urrego J.L., Marín Gallego D.C.

Instituciones: Instituto de Ciencias de la Salud Seccional Antioquia CES, Organización Indígena de Antioquia O.I.A.

Lugar de trabajo: BDO auditores, División Salud, Calle 32EE . 76 – 127, Medellín, Telefax. 250 92 23, 413 06 98, Celular: 448 49 06.

La diversidad étnica colombiana, crea situación especial de atención en salud a los 81 grupos indígenas existentes, representando el 1.6% de la población del país, reconocidos legalmente por el Estado, garantizando proteger dicho patrimonio sociopolítico y cultural. Con la implementación del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud (Ley 100 – 1993); complejo y dinámico, generador de importantes cambios en la prestación y recepción del servicio, requiriendo continua adaptación por los diferentes actores - Gobierno, instituciones, comunidad -. Con mayor dificultad en poblaciones indígenas por la barrera cultural que afecta el conocimiento y aceptación de la normatividad planteada. En el departamento de Antioquia tienen asentamiento el 4% (15.901) de la población indígena colombiana, la mayoría ubicados en regiones aisladas, con difícil, acceso geográfico, problemas de orden público que alteran su bienestar y obstaculizan la prestación de servicios de salud.

OBJETIVO: Explorar en la población indígena de Antioquia la utilización de servicios de salud, conocimiento y aceptación sobre el funcionamiento del sistema; identificando dificultades y propuestas de los actores para orientar la adecuación intercultural del actual Sistema de Seguridad Social en salud (SGSSS).

METODOLOGIA: Se realizó un estudio descriptivo transversal con técnicas cuantitativas y cualitativas, en el periodo Agosto 1998 – Septiembre 1999. Realizándose encuestas a líderes indígenas. Para calcular la muestra (256 indígenas), se utilizó la fórmula Kish & Leslye para muestras aleatorias simples de encuestas poblacionales, nivel de confianza del 95%, prevalencia del 50%, y máximo error esperando del 6%. La información fue recolectada por promotores de salud indígenas de 16 municipios, en formularios de encuesta estandarizados; Complementándose con entrevistas realizadas por los investigadores a informantes claves pertenecientes a direcciones de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, aseguradoras y organizaciones indígenas. La información fue procesada en programa EPI – INFO versión 6.04.

RESULTADOS: Fueron encuestados 256 indígenas con edad promedio 33.8 años, desviación estándar 13.8; 52% de sexo femenino y 48% masculino. 76.5% perteneciente al grupo étnico Embera – Catio, 15.6% Chamí, 4.3% Cuna y 3.6% Senú. 95% del régimen subsidiado, 3% contributivo y 2% vinculado. 64% percibieron cambio en la prestación del servicio, 39% favorable y 25% desfavorable.

CONCLUSION: ¼ de la población percibió cambios desfavorables con la implementación del SGSS, considerándose como dificultades: La carnetización, medicamentos insuficientes, tramitología...; Proponen ampliar Plan Obligatorio de Salud, mayor información sobre SGSSS, adecuación intercultural...

Se observó desconocimiento en la mayoría de informantes claves sobre legislación específica para indígenas y su idiosincrasia, dificultando el enfoque para la prestación y adecuación del servicio.

EN EL PEÑOL- ANTIOQUIA UN TRIANGULO DE ORO SALUDABLE, MODELO DE DESARROLLO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Quintero S.; Municipio de El Peñol - Dirección Local de Salud
Transversal 4 Carrera 19 Local No. 11 El Peñol Antioquia Tel. 8517333 Fax 8515855
e-mail: penodl01@edatel.net.co

INTRODUCCION:

El Municipio de El Peñol asumió emprender el proceso de la Descentralización en Salud y el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S), en el período administrativo 1995-1997 del Alcalde Popular, José Rodrigo Buitrago, hoy fallecido por la violencia. Para lograrlo creó la Dirección Local de Salud, quien desde sus comienzos direccionó su gestión a lograr un trabajo coordinado con los diferentes actores del S.G.S.S.S y tener como pilar fundamental la participación comunitaria. De hecho formuló el Plan Local de Salud con participación comunitaria para el trienio 1995-1997 y el Plan Local de Salud 1998-2000 el cual se encuentra en ejecución y el cumplimiento de sus diferentes metas se evalúa con la comunidad en forma anual.

OBJETIVOS:

Desarrollar el S.G.S.S.S. en el Municipio de El Peñol en coordinación con los actores principales del sistema y que tienen presencia en el municipio, E.S.E. Hospital San Juan de Dios de El Peñol, A.R.S. Empresa Solidaria de Salud Prevensalud y la Dirección Local de Salud.

Promover la participación comunitaria a través de la participación en la formulación del Plan Local de Salud para cada trienio y su evaluación de cumplimiento,. La conformación y operativización de la Asociación de Usuarios.

Instaurar la cultura de la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación a través del Plan Local de Salud, Plan de Atención Básica, Pacto Por La Infancia, Plan Gerontológico.

Liderar el desarrollo del sector social en salud para el mejoramiento de la calidad de vida de los peñolenses .

Garantizar el acceso a los servicios de salud del primer nivel de complejidad a todos los habitantes de El Peñol con oportunidad y calidad.

Fomentar estilos de vida saludable en toda la población por medio del promotor de salud, rescatando su papel protagónico como célula básica del S.G.S.S.S en el municipio.

Gestionar proyectos para el beneficio de la población peñolense.

Vigilar la correcta utilización de los recursos del sector salud.

DESCRIPCION DE MATERIALES Y METODOS:

Este trabajo no es un trabajo de investigación sino un trabajo que muestra la aplicación práctica del S.G.S.S.S. en un municipio. Para el cumplimiento de los objetivos se utiliza las herramientas de la planeación estratégica, la concertación entre los actores del S.G.S.S.S. presentes en el municipio y la negociación con los líderes comunitarios.

RESULTADOS:

- El municipio de El Peñol, cuenta hoy con un triángulo de oro saludable, conformado por la Dirección Local de Salud, la A.R.S. Empresa Solidaria de Salud y la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de El Peñol, quienes trabajan en conjunto en forma coordinada y armónica. Cada uno desde su competencia se ha fortalecido y coopera para lograr las metas que les son comunes y las individuales en particular. La Dirección Local de Salud lidera las políticas de salud municipales, ejecuta la vigilancia y control del cumplimiento de las mismas y es veedora de la utilización de los recursos del sector salud, hoy es reconocida en el ámbito departamental como una de las direcciones locales de salud modelo para otros municipios. La A.R.S. Empresa Solidaria de Salud Prevensalud, es la encargada de la administración del Régimen Subsidiado en Salud con el 50%

(8.681 personas) de la población afiliada, única A.R.S. con presencia en el municipio, posicionada y reconocida a nivel departamental y nacional por su desarrollo empresarial, honestidad, transparencia en el manejo de los recursos y su cumplimiento en la prestación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y las actividades de promoción y prevención a sus afiliados. La E.S.E. hospital San Juan de Dios de El Peñol, única I.P.S. en la localidad, prestadora de servicios de salud del primer nivel de complejidad, convertida en Empresa Social del Estado, comprometida en el cumplimiento de las actuales exigencias, fortalecida en su gestión empresarial, gestión financiera y mejoramiento de la calidad de sus servicios.

- Se formuló el Plan Local de Salud para el trienio 1995-1997 con participación comunitaria, plan gestado desde las veredas y culminado en una gran asamblea donde todos los líderes comunitarios y promotores de salud se pronunciaron frente a sus necesidades, alternativas de solución y plan de acción. Para el trienio 1998-2000 se aumentó el número de participantes en la formulación del plan, involucrándose las instituciones, y ONG de la localidad, se utilizó la misma metodología del primer plan y se agregó el componente de evaluación comunitaria del plan. Este plan local de salud 1998-2000, se formuló en julio de 1997 para desarrollarse en el periodo 1998-2000, sirvió de base a los diferentes aspirantes a la alcaldía popular y de el extractaron sus respectivos programas de gobierno. Actualmente este plan está en ejecución, se hizo la evaluación del cumplimiento de sus metas para 1998 con participación comunitaria, actualmente estamos en la planeación de la evaluación de las metas para 1999.

Se conformó la Asociación de Usuarios de la A.R.S. Empresa Solidaria de Salud y la Asociación de Usuarios de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de El Peñol. La primera ha sido operante, la segunda no lo ha sido tanto. Ambas tienen representantes en las juntas directivas respectivas.

- La planeación se ha convertido en insumo rutinario en el sector salud, no solo la planeación, sino el cumplimiento de los planes. Además del Plan Local de Salud, considerado el Plan de planes, se formuló el Plan de Atención Básica en forma intersectorial en julio de 1996, el cual fue adoptado por la actual alcaldesa, mediante decreto municipal para el periodo 1998-2000, muchas de las metas de este plan están en ejecución. Se formuló el Pacto Por la Infancia en 1997, en el cual intervinieron 18 instituciones, quienes firmaron públicamente su compromiso con los niños y las niñas de El Peñol el 20 de julio de 1997. Este Pacto por la Infancia se encuentra en ejecución. Se formuló el Plan Gerontológico en 1995 y actualmente se encuentra en ejecución, pasando de 5 grupos gerontológicos en 1995 que beneficiaban a 180 adultos mayores, a 26 grupos gerontológicos que benefician a 1667 adultos mayores.

- El sector salud es hoy reconocido por los habitantes del municipio de El Peñol, como el sector que más propende por el mejoramiento de la calidad de vida de los peñolenses, desde la acción concreta en la cotidianidad, la Dirección Local de Salud, es la secretaria con mas prestigio ante la comunidad por su compromiso, cumplimiento y respuesta efectiva a las necesidades presentadas por la comunidad.

- Los 17.771 habitantes del municipio, según estadísticas del Dane, proyección de la población a junio 30 de 1999, acceden a los servicios de salud de acuerdo a su ubicación en el S.G.S.S.S. así: 8.681 (48.8 %) en el Régimen Subsidiado, 3.198 (18%) en el Régimen Contributivo y 5.899 (32.2%) en el sistema de transición "vinculados". A éstos últimos que no tienen ningún aseguramiento en el S.G.S.S.S., la alcaldía les presta los servicios de salud de consulta externa, urgencias, hospitalización, algunos exámenes de laboratorio y medicamentos ambulatorios, en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de El Peñol, con cargo a los recursos del Situado Fiscal. Es uno de los únicos municipios que le está prestando este paquete de servicios a su población "vinculada", pues la mayoría de los municipios solo les están prestando los servicios de urgencias a esta población no asegurada.

- El fomento de la Salud y la Prevención de la enfermedad es el pilar del S.G.S.S.S. en el municipio. La Dirección Local de Salud gestionó la capacitación de 16 promotoras de salud, para dar cubrimiento con este talento humano, sumado a las 12 promotoras existentes a todas las

veredas e incluso al área urbana. Pese a las dificultades económicas del municipio se ha sostenido la vinculación laboral de este grupo de promotores, de los cuales 8 son asumidas laboralmente por la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de El Peñol, desde 1996 en forma ininterrumpida. Se ha logrado la conformación de los comités veredales de promoción y prevención y desarrollar en la comunidad la conciencia del reconocimiento de sus necesidades en capacitación y formación en hábitos saludables, solicitud de programas preventivos y respuesta positiva en su acceso a los programas preventivos de control prenatal, grupos de prevención de la hipertensión, crecimiento y desarrollo, vacunación, prevención de la enfermedad diarreica aguda y de la infección respiratoria aguda entre otros.

- El sector de la salud, reconocido culturalmente como el sector de la enfermedad, ha cambiado esta concepción gradualmente en la comunidad y las instituciones, es así como en la actualidad se adelanta el proyecto de Municipios Saludables con acompañamiento de la O.P.S. y la Facultad de Salud Pública. Se ha gestionado proyectos en la Dirección Seccional de Salud de Antioquia para la prevención de la discapacidad. Proyecto de Salud Integral Escolar. Proyecto de Salud Visual. Proyecto de Ampliación y Dotación de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de El Peñol, Proyecto de Prevención del Maltrato, Proyecto de Programa de Puertas Abiertas al Anciano. Con el Fondo Nacional de Regalías, un proyecto de construcción de pozos sépticos. Con el Comité Departamental de Cafeteros, proyectos de levantamiento topográfico y diseños de acueductos veredales. Actualmente se gestionan un nutrido número de proyectos con diferentes instancias, entre ellas Cooperación Internacional del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo, Fondo Nacional de Regalías, Dirección Seccional de Salud de Antioquia y Comité Departamental de Cafeteros.

- El municipio de El Peñol es reconocido por la correcta utilización de los recursos de salud en el desarrollo del S.G.S.S.S. . Los dineros para el Régimen Subsidiado son desembolsados oportunamente, una vez llegan al Fondo Local de Salud, lo mismo que los recursos del Situado Fiscal, lográndose que el flujo de estos recursos (del municipio a la A.R.S. y de ésta a la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de El Peñol y desde el municipio a la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de El Peñol), permitan la accesibilidad a los servicios de salud con calidad y oportunidad.

CONCLUSIONES:

El Municipio de El Peñol es un ejemplo de la aplicación del S.G.S.S.S. a nivel local, para el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes. Esto es posible gracias al trabajo coordinado entre los diferentes actores del S.G.S.S.S. , partiendo de la voluntad política del Alcalde y el Honorable Concejo, sumado a la voluntad y compromiso de los actores de desarrollar el sistema, donde la razón de ser es el ciudadano, poblador de la localidad, quien utilizando los espacios de participación expresa sus necesidades y participa en la toma de las decisiones para darle solución. Si bien es cierto el S.G.S.S.S. tiene sus debilidades y amenazas, estas solo podrán transformarse o hacerles frente si todos los hacedores del sistema aportamos cada uno desde nuestro que hacer, lo mejor de nosotros mismos con amor, conocimiento y acción.

APLICACIÓN DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO. MEDELLÍN, MARZO DE 1999

Escobar M.L., Villegas E. M. ; Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Carrera 51 D # 62 - 29. Teléfono: 510 60 40. Fax: 263 35 09.; E-mail: elmavi@medicina.udea.edu.co

Introducción

Se hizo un estudio descriptivo en la población de afiliados al régimen subsidiado en salud (RS) de Medellín, orientado para responder: ¿cómo se están aplicando, en la ciudad de Medellín, las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que la ley asignó a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), desde el punto de vista de los usuarios?

Objetivo:

Analizar la aplicación de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que según los afiliados se realizan en las ARS de Medellín.

Métodos:

Se estudió una población de referencia de 213.959 afiliados al RS de Medellín, suministrada por la Secretaría de Salud Municipal. Se aplicó muestra aleatoria estratificada por ARS. Para el cálculo del tamaño muestral, se partió de un nivel de confianza de 95%, una variabilidad máxima de la proporción de afiliados, que conocían y utilizaban las acciones de promoción y prevención de las ARS (0.5) y un error permisible de 5%.

Se diligenció una encuesta respondida por las compañeras o cónyuges de los jefes de núcleos afiliados al RS o por jefes de núcleo cuando eran mujeres

Resultados:

Se recolectó información de 393 núcleos familiares y 1667 personas. 1466 estaban afiliados al RS. Para cada uno de los 11 programas de prevención, a cargo de las ARS, 44% o más de los núcleos familiares no tenían información de su existencia. 11% o menos, tenían información sobre las acciones de promoción.

Una tercera parte de ellos, no tenía información sobre ninguna acción de promoción o prevención en su entidad aseguradora.

Los programas de prevención, excepto el de control prenatal, mostraron utilidades por parte de los núcleos familiares objetivo, menores de 34%. Las acciones de promoción, a cargo de las ARS, tuvieron utilidades menores de 11%.

Conclusión:

Existe un pobre desarrollo de la prevención de la enfermedad y un desarrollo insignificante de la promoción de la salud en el RS en Medellín, según lo establecido en el marco legal.

APLICACIÓN DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN

DE LA ENFERMEDAD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO. MEDELLÍN, MARZO DE 1999

Introducción

Se hizo un estudio descriptivo en la población de afiliados al régimen subsidiado en salud (RS) de Medellín, orientado para responder: ¿cómo se están aplicando, en la ciudad de Medellín, las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que la ley asignó a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), desde el punto de vista de los usuarios?

Objetivo:

Analizar la aplicación de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que según los afiliados se realizan en las ARS de Medellín.

Métodos:

Se estudió una población de referencia de 213.959 afiliados al RS de Medellín, suministrada por la Secretaría de Salud Municipal. Se aplicó una muestra aleatoria estratificada por ARS. Para el cálculo del tamaño muestral, se partió de un nivel de confianza de 95%, una variabilidad máxima de la proporción de afiliados, que conocían y utilizaban las acciones de promoción y prevención de las ARS (0.5) y un error permisible de 5%.

Se diligenció una encuesta respondida por las compañeras o cónyuges de los jefes de núcleos afiliados al RS o por jefes de núcleo cuando eran mujeres

Resultados:

Se recolectó información de 393 núcleos familiares y 1667 personas. 1466 estaban afiliados al RS. Para cada uno de los 11 programas de prevención, a cargo de las ARS, 44% o más de los núcleos familiares no tenían información de su existencia. 11% o menos, tenían información sobre las acciones de promoción.

Una tercera parte de ellos, no tenía información sobre ninguna acción de promoción o prevención en su entidad aseguradora.

Los programas de prevención, excepto el de control prenatal, mostraron utilidades por parte de los núcleos familiares objetivo, menores de 34%. Las acciones de promoción, a cargo de las ARS, tuvieron utilidades menores de 11%.

Conclusión:

Existe un pobre desarrollo de la prevención de la enfermedad y un desarrollo insignificante de la promoción de la salud en el RS en Medellín, según lo establecido en el marco legal.

LA PRÁCTICA, LA REGULACIÓN Y LA EDUCACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA Y LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Institución: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia

Autoras: María Consuelo Castrillón A.⁴, Silvia Orrego S., Liria Pérez P., María Elena Ceballos V., Gloria Stella Arenas C.

Resumen:

El objetivo del estudio fue analizar los cambios observados en la práctica, la regulación y la educación en enfermería enmarcados en el contexto socio demográfico, económico, epidemiológico y del proceso de reforma del sector salud en los cinco países de la región.

Los antecedentes y justificación de este estudio se refieren a que el sector salud de la mayoría de países de América Latina se encuentra atravesando por una profunda transformación en sus principios, organización y financiamiento, transformación que ha sido denominada Reforma del Sector Salud. Este proceso ha incidido no sólo en la actividad laboral, sino también en la educación y en las formas de regulación de los profesionales de la salud. Los efectos de éstos procesos sobre los técnicos y profesionales que laboran en el sector, especialmente enfermería, han sido insuficientemente estudiados. La reorganización del sistema de enfermería y la redistribución de responsabilidades y funciones de la enfermera y del personal de enfermería, ha generado controversia en torno a la definición de la práctica de enfermería y a su regulación. Además, la falta de información sistematizada limita la identificación de los efectos en enfermería, y la búsqueda de respuestas apropiadas que permitan reorientar las acciones para alcanzar la eficiencia y la equidad en salud.

El estudio es multicentrico, es decir, se realizó en cinco países: Argentina, Brasil, Colombia, México y Estados Unidos, es de carácter exploratorio y descriptivo, su población está conformada por profesionales y auxiliares de enfermería. La información primaria se obtuvo mediante observación directa de los sitios de trabajo y entrevista semiestructurada aplicada a una muestra intencional definida por los investigadores. En el caso de Colombia se realizaron 25 entrevistas, 10 a profesionales de enfermería y 15 a personal auxiliar. Las entrevistas se procesaron mediante un programa para análisis de texto - Etnograph - y se analizaron siguiendo el método de inducción analítica. Los datos secundarios se obtuvieron por medio de revisión de archivos, literatura gris producida por las instituciones, informes de investigaciones, boletines de organismos nacionales e internacionales y artículos de prensa.

Los resultados del estudio pueden considerarse como tendencias, dada la heterogeneidad del país y la diversidad en el desarrollo y organización de las instituciones de salud. Los principales cambios para enfermería, se observan en el mercado de trabajo donde surgen nuevos escenarios para el ejercicio profesional, nuevas formas de contratación y pago de servicios, diferentes formas de gestión del cuidado de enfermería, migración laboral y dilemas éticos.

⁴ Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia Cra 53 No 62-65 Medellín, Colombia. Teléfono, 5106330, Fax 2110058. Email mccastric@catios.udea.edu.co

LA PROFESIÓN MÉDICA EN COLOMBIA

Institución: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería

Autores: María Consuelo Castrillón Agudelo Enf. Mg Ed.⁵, Gladys Rocío Ariza Sossa Md.Mg S.C., Alvaro León Yepes MarínMd. Mg. S.C.

Resumen

Se presentan resultados de un estudio realizado con el objetivo de conocer las transformaciones que están sucediendo en el paradigma profesional de la medicina y en las formas como es regulado el servicio que presta a la sociedad, se describe, además, la situación de los médicos en el contexto de la reforma a la seguridad social, según la perciben diferentes actores entrevistados.

La investigación hace parte de un proyecto colaborativo realizado en cinco países de América Latina. Para el desarrollo del proyecto se conformaron grupos de investigadores en Brasil, Colombia, México, Nicaragua y Perú, se identificaron las características de las reformas en cada caso, se adoptó un referente teórico desde la sociología de las profesiones y un proceso metodológico que comprendió tres fases: una descriptiva, necesaria para la contextualización del objeto de estudio, una fase documental para reconstruir el proceso de profesionalización y de regulación de la profesión y finalmente, un análisis en profundidad de entrevistas realizadas a diferentes actores para indagar sobre su visión de la medicina en el momento actual.

Entre los hallazgos más importantes pueden referirse: Debido al predominio de las reglas del mercado en el sector de los servicios de salud, nuevos actores institucionales como las Empresas Promotoras de Salud, profesionales de otras disciplinas y consumidores entran a regular la profesión médica. Las normas reguladoras del ejercicio profesional se encuentran desfasadas con relación al nuevo contexto. Las leyes referidas al Servicio Social Obligatorio son profusas y esto ocasiona incoherencias e inconsistencias. No existen formas de recertificación para controlar la calidad de los profesionales que se mantiene en servicio, a pesar de la insistencia en mejorar la calidad de los servicios de salud.

Se evidencia un proceso de metamorfosis del modelo profesional de la medicina. El médico de hoy siente que ha perdido autonomía técnica, autonomía económica, estatus social y poder administrativo en las instituciones de salud. La relación médico paciente se ve alterada por las presiones tiempo costo, por la burocratización que implica la organización del trabajo. La amplia gama de especializaciones médicas y la distancia que van tomando entre ellas en los intereses representados, además de la dicotomía que expresan los actores en su visión del médico general y de los especialistas, parecen confirmar la hipótesis de que no estamos ante una profesión sino ante una familia de profesiones.

⁵ Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Cra 53 No 62-65 Oficina 321, Medellín
- Colombia
Fax 2110058, Teléfono 5106330, Email mccastr@catios.udea.edu.co

ANALISIS DE ALGUNOS ASPECTOS EN EL SISTEMA DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS Y SATISFACCION EN LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD - MUNICIPIO DE RIONEGRO - ANTIOQUIA - 1998

Autores: **Muñoz Alba Luz; Arias Gladis Eugenia; Montoya Liliana Patricia**

Institución: Universidad de Antioquia

Lugar trabajo: Centro de Investigaciones de Bacteriología y Laboratorio Clínico - U. de A.
Dirección: Calle 67 No. 53 – 108, Bloque 5 Oficina 238, Tel: 2105482 ó 2105481
E-mail: ciebact@quimbaya.udea.edu.co

INTRODUCCION:

La focalización del gasto social es una de las políticas de los organismos financieros internacionales que se refleja en las actuales reformas del estado Colombiano, política que también se inscribe dentro del proceso de municipalización en donde el municipio adquiere autonomía para planear y dirigir su propio desarrollo, con miras a producir un mejoramiento en las condiciones de vida de toda su población. Para lograrlo, tiene a su disposición herramientas que el Estado le ha brindado y con las cuales puede operativizar esos procesos necesarios que lleven a una acertada focalización del gasto social en su medio, haciendo frente a las necesidades reales y sentidas de la población. El municipio de Rionegro no podía ser ajeno a estas políticas y debido a ello empezó a hacer uso de los elementos que las nuevas leyes le otorgaron, y fue así como inició sus primeras experiencias en la aplicación de la ley de Seguridad Social en Salud, identificando la población pobre y vulnerable del municipio a la cual debía dirigirse el gasto social; el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) fue la metodología utilizada para desarrollar dicho proceso, con ella se obtiene suficiente información que permite realizar diagnósticos socioeconómicos de la población pobre de manera precisa con el fin de elaborar los diferentes planes locales de desarrollo social. El municipio estuvo interesado en saber si la información social con la que contaba y que fue captada mediante el proceso de sisbenización, si seleccionó de manera objetiva a la población pobre y vulnerable a la cual debían dirigirse los subsidios. También se analizó el grado de satisfacción del usuario del Sistema de Selección de Beneficiarios partiendo de que satisfacción es la complacencia del usuario con los servicios que le sean prestados cuando estos son percibidos como accesibles, oportunos y de buena calidad en los aspectos humano y técnico.

OBJETIVOS

General: Analizar algunos aspectos de focalización de la población, su respectiva afiliación y la utilización de los servicios que conlleven a medir la satisfacción de los usuarios, con el fin de retroalimentar el Sistema de Selección de Beneficiarios en el municipio de Rionegro.

ESPECÍFICOS:

1. Analizar las características sociodemográficas de la población.
2. Comparar la clasificación de la estratificación socioeconómica con respecto a los niveles del Sistema de Selección de Beneficiarios.
3. Medir los cambios de algunas de las características de la calidad de vida de la población.
4. Analizar el grado de satisfacción del usuario del Sistema de Selección de Beneficiarios.

DESCRIPCION DE MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio: es un estudio descriptivo en el cual se analizan las principales características de la población subsidiada del municipio de Rionegro, comparando la situación real con la calidad de vida y la estratificación socioeconómica con respecto al SISBEN.

Población de referencia: 2197 fichas de clasificación socioeconómica de la población de niveles I y II del municipio de Rionegro, cuyas respuestas fueron suministradas por un informante calificado.

Unidad de análisis: Ficha de clasificación socioeconómica.

Muestra: 400 fichas socioeconómicas del SISBEN.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. La condición de la vivienda es relativamente buena ya que el 80.80% de la población vive en casa o apartamento, asegurando con una confianza del 95% que entre el 76.88% y el 84.61% tienen esta característica.
2. El adecuado desempeño de la Secretaría de Obras se refleja en los altos porcentajes encontrados en la población con respecto a los servicios públicos. Siendo la participación mas baja (78% inodoro conectado a alcantarillado) considerablemente alta.
3. La calidad de vida de la población en lo que hace referencia a las características de la vivienda permaneció igual para un 64.58%, mejoró en un 22.50% y disminuyó en un 11.25% en promedio, grupo que amerita una intervención municipal.
4. El 88.5% no ha tenido la necesidad de solicitar encuesta a la demanda, resultado que se atribuye a los esfuerzos de la administración de este programa social.
5. Un 93.5% de los usuarios se sienten satisfechos con su Administradora del Régimen Subsidiado, asegurando con una confianza del 95% que entre el 91.08% y el 95.91% están a gusto con su entidad, a pesar de que el 81.25% no tuvo derecho a la libre elección.
6. La prestación de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras fue satisfactoria para un 94.5% de la población demandante (Intervalo de confianza del 95%: 92.26% - 96.73%), teniendo la participación mas alta el Hospital Gilberto Mejía (54.25%).
7. El municipio tiene una alta aceptación por parte de los beneficiarios del SISBEN, calificando su desempeño como muy bueno o bueno el 98.5%, con un intervalo de confianza del 95% de 97.31% - 99.70%.
8. Al evaluar la relación existente entre la estratificación socioeconómica como conducta de entrada en la aplicación del SISBEN se confirma en forma descriptiva una dependencia estadísticamente significativa de 0.000226 y una concordancia de 0.27.
9. La presencia de los inquilinatos (19.25%) en el municipio de Rionegro muestra una problemática social que desencadena en hacinamiento, violencia y enfermedades entre otras.
10. Un 42.75% de los usuarios desconocen las acciones a las cuales tienen derecho de promoción y prevención.
11. El 66.5% de la población presenta una situación incierta en la tenencia de la vivienda, un 42% paga arriendo y un 24.5% tiene otras formas de tenencia, convirtiéndose por ello el 48.5% en una solicitud de subsidio a la vivienda.

EPIDEMIOLOGIA DE LA DESIGUALDAD: EL CARIBE COLOMBIANO

Nelson Alvis Guzmán MD. MSP. Coordinador Académico Especialización en Gerencia en Salud. Fac. de Ciencias Económicas; Universidad de Cartagena
Dir. Resid. Crespo Calle 70 N° 7-33 Telefax 56562805 e-mail: nalvis99@col3.telecom.com.co

Objetivo: Poner en evidencia las desigualdades regionales del país frente a los propósitos de la Reforma a la Seguridad Social en Salud en Colombia a través del análisis de la situación en materia de cobertura y acceso a los servicios de salud.

Material y Método: Se revisan las estadísticas oficiales en materia de ampliación de cobertura del SGSSS para la población más pobre y vulnerable y se desagregan dichas coberturas a nivel de las regiones del país, de igual modo se contrasta dichas coberturas con las distribución regional de la pobreza en Colombia. Se toma la región caribe colombiana como caso de estudio, por presentar las más notorias evidencias de situaciones de desigualdad.

Resultados: Se logra determinar como las coberturas en materia de seguridad social en salud en las diferentes regiones colombianas son desiguales en especial para cubrir las poblaciones pobres. Se observa como para el caso de la Región Caribe que tienen el 22% de la población del país y a su vez el 27% de la población en pobreza las coberturas de seguridad social son las más bajas del país evidenciando un serio rezago frente al promedio nacional y una inequidad marcada al contrastarla con las regiones más desarrolladas.

Conclusiones: A pesar que Colombia, al igual que la mayoría de los países latinoamericanos, en los últimos cincuenta años han experimentado profundos cambios en sus estructuras sociales y económicas con efectos evidentes en la calidad de vida de la población, la situación actual en la Región Caribe se caracteriza fundamentalmente por serias inequidades en el estado de salud de las comunidades, la oferta de prestación de los servicios sanitarios y el acceso de las poblaciones a tales servicios.

Dado que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar el acceso al servicio público de la salud, las políticas de financiamiento estatal están dirigidas a la población pobre, el per cápita del gasto debe tomar como denominador la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Así, las diferencias entre regiones resultan esencialmente inequitativas.

Al interior de la reforma, el Régimen Subsidiado se diseñó precisamente para corregir estas desigualdades, pero a 1997 el resultado demuestra todo lo contrario: Son precisamente las regiones más desarrolladas las que lograron captar los nuevos recursos del Sistema, mientras las regiones con mayores niveles de pobreza tan sólo alcanzaron a cubrir una mínima parte de su población necesitada.

La situación de la región caribe resulta deprimente, con menor disponibilidad histórica de recursos por habitante pobre que cualquier otra región en conjunto, tampoco ha logrado asegurar a su población con necesidades básicas insatisfechas a la seguridad social, a fin de captar los nuevos recursos, de modo que la desigualdad se ha duplicado frente a regiones como Bogotá, Antioquia o el Valle.

El país presenta hoy un desempleo cercano al 22% lo cual ha impactado negativamente la expansión del Régimen Contributivo, y que a su vez restringe la fuente de recursos de solidaridad, básicos para la ampliación y el mantenimiento de la cobertura de los servicios de salud a la población más pobre y vulnerable, la cual está situada en importante porcentaje en la costa Atlántica de Colombia. Esta región aguardará por un trato equitativo en las políticas de salud, de no variar la óptica como se aborda la realidad y como se toman las decisiones en materia de aplicación de recursos por parte del estado.

**ESTUDIO ENTOMOLOGICO Y SEROLOGICO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS.
DEPARTAMENTOS DE ANTIOQUIA, CORDOBA Y BOLIVAR. COLOMBIA.
MINISTERIO DE SALUD - INSTITUTO COLOMBIANO DE MEDICINA TROPICAL**

Restrepo M, Restrepo BN, Salazar CL, Parra GJ, Ronderos M, Padilla JC, Montoya R.

Conferencista: Berta Nelly Restrepo J. MD Epidemióloga, Instituto Colombiano de Medicina Tropical.
Dirección: Carrera 51a N. 62-42; Teléfonos: 2117788 y 2114174 ; E-mail: icmt@epm.net.co

El Ministerio de Salud está desarrollando el Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y la Cardiopatía Infantil, dado que en Colombia se estima que un total de 3 millones de pobladores están a riesgo de adquirir la infección. Dentro de este Programa el Instituto Colombiano de Medicina Tropical realizó el estudio en los departamentos de Antioquia, Córdoba y Bolívar.

Objetivos:

Determinar la seroprevalencia de infección por *T. cruzi* y la distribución de triatomíneos y sus factores de riesgo.

Metodología. Encuesta Entomológica: Universo: viviendas de municipios ubicados por debajo de 2000 msnm. Muestra: Prevalencia: 50%. Error: 5%. Nivel de Confianza del 95%. Selección de la vereda: muestreo aleatorio simple y de la vivienda: muestreo sistemático. Los promotores de salud realizaron en la vivienda una encuesta entomológica y dejaban un frasco, para la recolección del vector por parte de la familia.

Encuesta Serológica: Universo: Niños de 6 a 14 años de las escuelas de los mismos municipios. Muestra: Prevalencia: 50%. Error: 5%. Nivel de confianza: 95%. El promotor de salud hizo toma de muestra de sangre en papel de filtro. Técnica confirmatoria: Inmunofluorescencia Indirecta (IFI).

Resultados: Se realizaron 14.927 encuestas entomológicas en 170 municipios. Fueron detectados vectores en 66 municipios, para un Grado de Dispersión del 39.0%. En 18 municipios de los departamentos de Antioquia y Córdoba se presentaron vectores infectados con flagelados.

Las 10 especies encontradas para los tres departamentos fueron: *P. geniculatus*, *R. pallescens*, *P. humeralis*, *T. venosa*, *E. cuspidatus*, *T. dimidiata*, *T. dispar*, *P. rufotuberculatus*, *R. prolixus* y *T. dimidiata*.

La presencia de *R. prolixus* en el Urabá Antioqueño y en Bolívar, crea una alerta para estos dos departamentos, por ser este el principal transmisor domiciliado en Colombia. Con respecto a estudios anteriores aumentó el número de municipios con vector y el número de especies.

El total de niños estudiados fueron 16.556, siendo seis de ellos reactivos por IFI, para una seroprevalencia de infección por *T. cruzi* de 3.6 por 10.000.

Lo anterior muestra que estos tres departamentos no son de alto riesgo por la Enfermedad de Chagas, pero pueden llegar a serlo, ya que existe el vector, el vector infectado, factores de riesgo de la vivienda y condiciones geofísicas que lo permiten. Es por esta razón que las acciones de vigilancia y de control del Programa deben hacer parte de los programas de salud de los municipios.

MORTALIDAD FETAL: FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
NOVIEMBRE 1997 A JUNIO 1998

FANNY PATRICIA BEDOYA DIAZ, Bacteriologa Hospital San Vicente de Paul Medellin
VERONICA LOPERA VELASQUEZ, Bacteriologa

Estudios han encontrado que factores sociodemográficos influyen en la muerte fetal. Esto es relevante si miramos características de la población de Antioquia donde el 68.63% de mujeres es edad fértil, nivel educativo bajo y mayor tasa de natalidad en mujeres jóvenes la mayoría solteras y que no existen estadísticas ni caracterización de mortalidad fetal en Antioquia.

Objetivos: Caracterizar comportamiento de mortalidad fetal en Antioquia, estimando tasa de mortalidad fetal, riesgo mortalidad según factores sociodemográficos, definir asociación entre el riesgo de mortalidad y variables estudiadas.

El estudio se hizo en dos etapas: descriptiva y analítica con método de casos-contróles.

Población: Parte descriptiva todas las pérdidas fetales reportadas al Departamento Administrativo de Estadística (DANE), en el periodo de estudio. Parte analítico: la población de casos son perdidas fetales, controles son nacidos vivos reportados. Muestra: 305 casos y 305 controles, error alfa y beta 0.05 y 0.20 respectivamente. La fuente secundaria: Certificado de defunción y de nacido vivo (Formato DANE D630 y D620),

Análisis estadístico utilizo tres técnicas: univariado, estimando tasas de mortalidad. El bivariado, aplicando el Chi-cuadrado Pearson, control de variables de confusión por estratificación utilizando Chi-cuadrado Mantel-Haenszel. Análisis multivariado utilizo un modelo de regresión logística Step-Wise,

Se encontró en Antioquia tasa de mortalidad fetal de 39.16x1000. Los municipios con mayor riesgo: Segovia, Abriaquí, Puerto Berrio. En cuanto a los factores sociodemográficos: la edad avanzada es de mayor riesgo (123.43), altas tasas mortalidad en madres separadas (62.8) y solteras (55.32); se encontró una relación inversamente proporcional con nivel educativo, al menos un mortinato previo incrementa la mortalidad, mas de cuatro embarazos tiene mayor riesgo. Hay asociación significativa con la muerte fetal al número de hijos nacidos muertos "al menos uno" RD44.13, estado civil "soltera" RD1.60, edad de la madre "mayor 40 años" RD2.94., pero todas están influidas por confusión del área de residencia con excepción del número de hijos nacidos muertos "al menos uno", con un coeficiente de correlación de 0.4521 y de determinación de 0.20,este es el factor de riesgo más importante para predecir mortalidad fetal

Aunque se cuenta con alto subregistro desde la fuente, los hallazgos son muy importantes en Antioquia, como alta tasa de mortalidad fetal y la variable hijos nacidos muertos "al menos uno", es factor de riesgo fuertemente asociado a la muerte fetal, al cual hay que darle una gran importancia. Aunque no se encontró asociación entre la muerte fetal y factores sociodemográficos estudiados, pero presentaron altas tasas de mortalidad, y predominan en la población del Departamento, hay que tenerlos en cuenta en los programas de prevención.

Municipios y Comunidades Saludables en Uruguay. Salud Integral y Desarrollo en la generación de Políticas Públicas Saludables.

Medellín, Diciembre 6-10 de 1999

AUTOR: Dr. Enzo A. Lima Porley. Ministerio de Salud Pública, Uruguay. Dirección General de la Salud. Coordinación Nacional de Municipios y Comunidades Saludables.

DIRECCIÓN: Ministerio de Salud Pública. 18 DE JULIO 1892. Montevideo. Uruguay. C.P. 11200.

TEL.: (598 2) 401 33 86, 402 16 33. Celular: 099 641 081; FAX: (598 2) 401 39 78.

E-MAIL: enzolima@redfacil.com.uy

Introducción

Municipios y Comunidades Saludables ha sido definida por la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay como una Idea Fuerza. Como tal ha sido encarada y es considerada como una estrategia de promoción de la salud para alcanzar mayores niveles de bienestar y calidad de vida de la población, a partir de la relación existente entre la concepción de salud integral y desarrollo.

Conscientes de la importancia del paradigma del Desarrollo Humano Sostenible y del papel fundamental que la temática ambiental, la educación y la salud integral poseen en la estrategia de Atención Primaria de la Salud para obtener la meta de Salud Para Todos y colaborar en la consecución de un desarrollo humano sostenible, desde la Coordinación Nacional de Municipios y Comunidades Saludables se han desarrollado acciones que pretenden la generación y aplicación de Políticas Públicas Saludables en los niveles locales.

Diversos enfoques y concepciones colaboran con ello. Dentro de los primeros destacamos:

- enfoque estratégico,
- enfoque de género,
- enfoque de riesgo,
- enfoque epidemiológico y
- enfoque en minorías con ciertos grados de exclusión.

Dentro de las concepciones fundamentales se hallan las siguientes:

- Desarrollo Humano Sostenible,
- Desarrollo a Escala Humana,
- Salud Integral,
- Promoción de la Salud,
- Empoderamiento,
- Equidad, eficacia, eficiencia y calidad.

Objetivos

Presentar el marco conceptual y los lineamientos estratégicos de Municipios y Comunidades Saludables entendidos como parte de una estrategia de Promoción de la Salud y el Desarrollo desde la interinstitucionalidad, la inter, la multi y la transdisciplinariedad con participación social para su aplicación en diferentes ámbitos locales del Uruguay.

Descripción de materiales y métodos

Por no tratarse de un estudio de campo o de laboratorio, la metodología no constituirá un capítulo especial de este trabajo. Sólo nos limitaremos a expresar que se ha realizado una Revisión Bibliográfica y la conceptualización subsiguiente ha sido motivo de reuniones de trabajo y talleres en los cuales se han construido los consensos sobre las definiciones conceptuales y estratégicas a desarrollar.

Resultados y conclusiones

Se presenta el marco conceptual que guía a la Coordinación Nacional de Municipios y Comunidades Saludables, así como los lineamientos estratégicos para su implementación en los diferentes ámbitos locales. Se realiza un análisis estratégico considerando las fortalezas, las debilidades, las amenazas y las oportunidades que presenta el proceso de implementación.

IMPACTO COMUNITARIO DE LA APLICACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE DENGUE EN ESCOLARES DE PRIMARIA NEIVA 1998

Lozano G, Fajardo P, Monje C, Hernández L E, Realpe O. Secretaria Salud Dptal Huila Neiva
carrera 20 # 5B 36 Tel: 701973,Fax 701986.

OBJETIVO: Medir el impacto en los hogares de los escolares de educación básica primaria de la comuna 6 de Neiva, después de aplicar durante un año una estrategia educativa sobre el dengue, el vector, y su control.

METODOLOGIA: La estrategia educativa se aplicó en los centros docentes Santa Isabel y Buenos Aires, se considero como grupo control los centros docentes Limonar y Lomalinda. La estrategia incluyó la capacitación de maestros, se utilizó como texto guía el libro “Diseño de una estrategia educativa con énfasis en la prevención y control del dengue” y se utilizaron materiales educativos como rompecabezas, lotería, rotafolio, sellos y láminas. Como un componente práctico, se diseñó el Servicio de vigilancia infantil contra el dengue SEVID, en el cual los niños del grado 5 visitan los hogares del área de influencia de los Centros Docentes, llevando mensajes educativos. La estrategia educativa se aplico en aproximadamente 1.000 escolares, que provenían de 511 hogares, y en el currículo de Ciencias Naturales de preescolar a 5 grado. Para medir el impacto en los hogares se aplicó una encuesta y una escala liker, para evaluar los conocimientos, prácticas y actitudes antes de la aplicación de la estrategia y después de un año de su aplicación.

RESULTADOS: La comunidad del estudio conoce el nombre de la enfermedad, que es transmitida por un zancudo, sabe que este zancudo se cría en recipientes, ha visto las larvas del Aedes aegypti en los tanques de lavaderos o albercas, llaman “saltones” a las larvas, relacionan a los saltones con el dengue, pero no consideran al dengue como un problema de salud.

CONCLUSIONES: Se observo un ligero crecimiento en los conocimientos y actitudes de la población, sinembargo una estrategia educativa dirigida a escolares, se refleja en la comunidad a largo plazo y un año es un tiempo corto para evaluarlo. Se sugiere realizar la evaluación, al egreso de la 1ª cohorte de niños que recibieron la estrategia educativa a lo largo de la educación primaria.

VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA EN EL ÁREA DE INFLUENCIA DE LA CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO HIDROELECTRICO PORCE II, 1997 – 1999.

INSTITUCIONES: Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) de la Universidad de Antioquia y Area Porce II de Empresas Públicas de Medellín E.S.P. (EEPPM ESP).

Dirección: Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia, Calle 62 No. 52-19, Medellín-Colombia, Teléfono (94) 5112429, Fax 5112506, E-mail: jpev@guajiros.udea.edu.co

Mediante un estudio descriptivo longitudinal se estructuró y operativizó un Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) en el área de influencia directa e indirecta del proyecto hidroeléctrico Porce II de EEPPM ESP, con el objetivo de vigilar los problemas prioritarios de salud que afectan a los habitantes de los municipios de Yolombó, Gómez Plata, Amalfi y Guadalupe, a los trabajadores vinculados a las obras y a la población reasentada en el corregimiento Villa Nueva, Yolombó. Los principales procedimientos desarrollados son la elaboración y actualización participativa de líneas basales de información en salud, recolección, procesamiento y análisis de información sobre morbilidad por período epidemiológico; construcción de índices endémicos, proporciones de incidencia, tendencias, años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y mapas de riesgo epidemiológico; realización de encuestas de morbilidad sentida en Villa Nueva; vigilancia de factores de riesgo ambientales y de vectores de enfermedades; asesoría a las administraciones municipales, instituciones de salud y empresas para la realización de acciones de promoción de la salud, control de los factores de riesgo y de los problemas de salud identificados; realización de seminario-talleres y comités gestores intermunicipales para fortalecer la capacitación y vigilancia en salud pública y edición semestral del Boletín "Salud en Porce II".

Las principales causas de morbilidad identificadas en los municipios son la infección respiratoria aguda (IRA), las enfermedades de origen hídrico, de transmisión sexual, cardio y cerebrovasculares y los tumores malignos. Las principales causas de mortalidad corresponden a homicidios, enfermedades cardio y cerebrovasculares y tumores malignos. Los homicidios ocasionan el mayor número de AVPP. Las enfermedades más frecuentes en los trabajadores son las enfermedades del aparato respiratorio, de la piel, del sistema osteomuscular, de los órganos de los sentidos y los traumatismos. Los sitios de trabajo de mayor consulta son casa de máquinas, presa y taller central. Las causas de mayor consulta en la población de Villa Nueva son evaluación del embarazo, parto y puerperio, IRA, hipertensión arterial, enfermedades de la piel e infecciosas y parasitarias, causas semejantes a las que tenían éstos habitantes antes de ser reasentados. Se han identificado y dado asesoría para el control de brotes de malaria, infección alimentaria, tuberculosis, dengue y hepatitis A. Se han realizado seis seminarios-talleres de capacitación y ocho comités gestores. El SVE ha facilitado la articulación intersectorial para el abordaje e intervención de los principales problemas de salud pública y para el desarrollo de la estrategia "Municipios Saludables por la Paz" en los cuatro municipios.

ENCUENTROS COMUNICACIONALES EN UN SERVICIO QUIRURGICO

ALZATE MUÑOZ MARÍA EUGENIA; CASTAÑO MORENO ANGELA MARÍA; ESPINEL BERMUDEZ MARÍA CLAUDIA

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – RIONEGRO

METROSALUD Cra 76 no. 34-47 apto 101 Medellín Tel 250-22-01

Introducción: Cada vez las Instituciones de Salud se enfrentan a usuarios más conscientes de sus derechos, que exigen mejores servicios e información para satisfacer sus necesidades. El proceso comunicativo cobra mayor importancia requiriendo así una permanente evaluación para detectar oportunidades de mejoramiento.

Objetivo: Comprender las vivencias relacionadas con la comunicación entre los usuarios del servicio quirúrgico.

Metodología: de tipo cualitativo con enfoque etnográfico, aplicando técnicas de observación no participante y entrevistas a profundidad a 22 personas, estas entrevistas se han denominado como *encuentros comunicacionales*. Realizadas con usuarios, familiares de pacientes de cirugía y personal del área de cirugía. Las categorías definitivas se enuncian así: “*derecho a la información*”, “*comprensión de la información*”, “*trato del personal de salud con el paciente*”, “*comunicación de procesos y procedimientos*” y “*confianza*”,

El compartir las vivencias de estas personas, nos dio la oportunidad de escribir un ensayo que ayuda a sensibilizar al lector y el personal del sector salud, para que se rescate el valor que tiene el paciente como actor principal en el diario devenir de los servicios de salud. No se debe olvidar que el paciente es un ser humano integral, que tiene conflictos, necesidades, esperanzas y que busca en el personal de salud, una interrelación comunicacional que le permita suplir carencias y llenar sus expectativas.

DIÁLOGO DE SABERES: UNA ESTRATEGIA METODOLÓGICA PARA UN PROGRAMA DE MANEJO INTEGRAL DE LA LEISHMANIOSIS

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace un par de décadas se ha hecho manifiesta la necesidad de incluir en proyectos de salud pública metodologías sociales, que ayuden a mejorar los encuentros con las comunidades. Pensando en ello, se llevó a la práctica un proceso metodológico conocido como diálogo de saberes, el cual a través de una serie de pasos propendía por ese encuentro intercultural que permitiera mejorar las condiciones de vida de las comunidades.

Sin embargo, una de las mayores fallas que este tipo de trabajos tiene en nuestro país, es la falta de evaluación y sistematización de las investigaciones, con el fin analizar los aciertos y desaciertos que se tienen. Esta carencia dio vida a este análisis evaluativo.

2. OBJETIVO GENERAL:

Comprender e interpretar el significado y la efectividad del diálogo de saberes en un Programa de Manejo Integral de la Leishmaniosis.

ESPECIFICOS:

1. Analizar los aportes que la metodología brinda al Programa de Manejo Integral de la Leishmaniosis.
2. Conocer las transformaciones que se dieron en la construcción y reconstrucción colectiva de las comunidades en procesos de salud - enfermedad.
3. Evaluar los resultados del proyecto de sistematización como base para futuros programas.

3. DESCRIPCIÓN DE MATERIALES

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. Diapositivas | 7. Mapas |
| 2. Diario de Campo | 8. Observación directa |
| 3. Encuestas | 9. Publicaciones |
| 4. Entrevistas | 10. Talleres |
| 5. Fotografías | 11. Testimonios |
| 6. Historias de vida | 12. Videos |

4. MÉTODO

La metodología se basó en los relatos de la comunidad y de quienes participaron en el programa. Para ello, se recurrió a narraciones de las personas que desde su cotidianidad realizaron una interpretación de ese diálogo de saberes y de los resultados que éste generó. Los relatos son una de las mejores estrategias para análisis y evaluación de proyectos, debido a la soltura y espontaneidad de quienes los hacen.

5. RESULTADOS:

1. Carencia de comunicación entre ciencias médicas y sociales
2. Deficiente relación médico – paciente
3. Los hospitales no son un constructo social
4. Limitantes de tiempo
5. Solicitud de nuevos programas
6. Conocimiento de la comunidad sobre su situación
7. Efectividad de la metodología

6. CONCLUSIONES

1. Es necesario otra visión del hospital
2. Comunidad se transforma en sujeto de conocimiento
3. Valoración del otro
4. Aceptación de diferentes saberes
5. Diálogos interculturales sí sirven

CARACTERIZACIÓN DE LA VAGINOSIS BACTERIANA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN MUJERES DE 14-65 AÑOS DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA MINERA DE AMAGA COLOMBIA 1999

Martha Villa Giraldo; Sara Escobar Botero; Lucía Tamayo Acevedo; Marleny Valencia Arredondo; María Elena Vasquez Peña; Mónica María Lopera Medina

**Escuela de Bacteriología y Laboratorio Clínico - Universidad de Antioquia
Medellín Colombia**

e-mail: mvilla@catios.udea.edu.co; **e-mail:** ltamayo@catios.udea.edu.co.

RESUMEN

La Vaginosis Bacteriana (VB) es la causa más frecuente de síntomas vaginales en edad reproductiva, y en muchos países es la primera causa de consulta ginecológica. Esta entidad se considera universal, debido a que puede afectar tanto a personas de países industrializados como subdesarrollados. Algunos autores señalan que es más frecuente en pacientes de nivel socioeconómico bajo y ha sido relacionada con etnia por razones desconocidas, especialmente en población Afrocaribeña.

La VB es un desequilibrio del ecosistema microbiano vaginal, más que una infección. Algunos microorganismos considerados flora endógena normal de la vagina, cuando se asocian con factores predisponentes pueden aumentar y llegar a desplazar el Lactobacilo, causando así la VB.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con análisis de corte, en una muestra representativa de 423 mujeres, entre 16 y 65 años, de seis veredas y un corregimiento de la zona minera del municipio de Amagá, Antioquia, con el objetivo de determinar la prevalencia de VB en la población y la relación con los factores de riesgo, utilizando para el diagnóstico la prueba de Papanicolaou y el Gram.

La prevalencia detectada fue del 21%, en concordancia con la reportada por algunos autores. Se encontró asociación con el uso del DIU (RR: 2.15, IC95%: 1.32<RR<3.53, $p<0.00608$, Chi^2 : 7.52) y el inicio de relaciones sexuales antes de los 16 años (RR: 1.6, IC95%: 1.1<RR<2.7, $p=0.0323$). La asociación de la VB con los otros factores de riesgo tales como: el tiempo transcurrido entre la última relación sexual y la toma de la muestra (indicativo de actividad sexual), número de compañeros sexuales, embarazos previos y hábito de fumar no fue significativa.

La relación encontrada entre VB y la edad de inicio de relaciones sexuales antes de los veinte años, permite sugerir la implementación de programas que brinden a la comunidad educación, prevención y detección de infecciones de transmisión sexual, acorde con las metas de la Organización Panamericana de la Salud.

Igualmente, en el estudio de la etiopatogenia se plantean algunos interrogantes, entre ellos, si la VB es infección o simplemente una alteración en la microflora bacteriana normal para lo cual es necesario continuar esta línea de investigación con diseños de estudios controlados.

Es importante anotar que para el diagnóstico de VB se controló la calidad de las pruebas de Papanicolaou y Gram durante la toma, proceso e interpretación, mediante los protocolos

establecidos y reconocidos internacionalmente, lo que permitirá posteriormente hacer comparaciones de este estudio con otros estudios nacionales e internacionales

PALABRAS CLAVES:

Vaginosis Bacteriana, prevalencia, Papanicolaou, Gram, factores de riesgo.

AGRADECIMIENTOS

Profesora Lucinia Pérez Álvarez y bacterióloga Martha Luz Uribe L. Por la valiosa colaboración en la toma, estudio y control de calidad de las muestras citológicas cervicovaginales. Personal directivo del laboratorio clínico y muy especialmente a las promotoras de salud del Hospital San Fernando del Municipio de Amagá. Al Centro de Investigación de la Escuela de Bacteriología y Laboratorio Clínico por su apoyo financiero y logístico.

IMPACTO DE LA REFORMA COLOMBIANA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SOBRE LA ORGANIZACIÓN Y EL FUNCIONAMIENTO INSTITUCIONAL⁶

Alvaro Cardona⁷, Emmanuel Nieto, Ma. Patricia Arbeláez, Hector Byron Agudelo, Blanca Miriam Chávez, Adán Montoya, Alejandro Estrada.

INTRODUCCION: La reforma de la Seguridad Social en Salud de 1993 hace parte del rediseño institucional emprendido por el Estado colombiano a instancias de la concepción político-ideológica que busca potenciar las fuerzas del mercado. Específicamente, la reforma se propuso realizar cambios que, de acuerdo con esa concepción, buscaran ampliar la cobertura poblacional en servicios de salud, la eficiencia institucional y la calidad de la atención.

El eje articulador de esta investigación fue ayudar a esclarecer si el desarrollo de la reforma está siendo funcional al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de nuestra población. En sentido general, la investigación afronta la preocupación sobre la manera como se viene resolviendo el tema de la equidad y la justicia social.

El marco teórico asumido es el de las formulaciones que señalan la necesidad de la intervención estatal, tal cual lo han hecho las llamadas propuestas comunitaristas, o la creación de una plataforma básica de derechos sociales garantizados por el Estado a todos los ciudadanos, según la conciben John Rawls o Amartya Sen. Ello nos permitirá explorar si la reforma tiende a inscribirse en el marco de esas propuestas, o por el contrario se perfila en dirección diferente.

OBJETIVO GENERAL: Describir el desarrollo de los cambios institucionales en salud en el ámbito de todo el país entre 1994-1998 y analizar si los logros van en una dirección que sea funcional al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de la población.

MATERIALES Y METODOS: Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo utilizando técnicas de investigación documental cualitativas y cuantitativas para caracterizar la dinámica de la organización y funcionamiento de los actores institucionales contemplados en la reforma.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Los resultados muestran que el Gobierno Nacional y los organismos de dirección del sector no han liderado adecuadamente aspectos fundamentales del proceso de descentralización y que su actuación se ha orientada prioritariamente a normatizar aspectos relacionados con el aseguramiento y el asistencialismo, provocando que las acciones de Promoción-Prevención, Desarrollo del Recurso Humano y Participación Comunitaria tengan un precario desarrollo. En relación con la estructura del aseguramiento se encontró que se vienen consolidando los propósitos de la reforma de abrir espacios de actuación a las instituciones privadas. Así, de 32 Entidades Promotoras de Salud existentes, 20 son de naturaleza privada, que copan el 30.5 % de la afiliación al Régimen Contributivo y el 25.7 % de la afiliación al Régimen Subsidiado.

Representación social de la infección por VIH/SIDA en estudiantes de la Universidad de Antioquia, Colombia

⁶. La información analizada hace parte de la investigación "Impacto de la Reforma de la Seguridad Social sobre la organización institucional y la prestación de servicios de salud en Colombia", realizada por los autores y financiada con recursos de investigación de la Universidad de Antioquia.

⁷. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Calle 62 No. 52-19. Tel: 510 6847. E-mail: acardona@guajiros.udea.edu.co

Alfonso Gushiken Miyagui; Carmenza Hincapié de Villegas

El análisis de diferentes experiencias de prevención del SIDA en el mundo dan cuenta que no se ha logrado el impacto esperado sobre la transmisión del virus y que el aumento de conocimientos sobre la enfermedad no es suficiente para impedir comportamientos de riesgo, particularmente en el ámbito sexual. Algunas teorías sociológicas y de la psicología social postulan que son las representaciones sociales (conocimientos de sentido común) los que guían los comportamientos en la vida cotidiana. El presente trabajo pretende explorar las representaciones sociales que sobre la infección por VIH/SIDA tienen los estudiantes de primer semestre de pregrado de la Universidad de Antioquia.

Se empleó un diseño cualitativo, el de teoría fundada. 11 estudiantes, 6 varones y 5 mujeres, fueron seleccionados mediante muestreo teórico e interrogados en entrevistas en profundidad. El análisis de los datos se realizó simultáneamente con su recolección. De esta manera se pudieron indagar los temas emergentes y las hipótesis que sugerían durante el proceso. Los hallazgos revelaron que los estudiantes, pese a tener conocimientos sobre el SIDA (incluso, en dos casos, percepción de exposición al riesgo), no ordenaban su comportamiento en consecuencia. En las representaciones sociales del contagio, la vía sanguínea y accidental aparece como la vía para pensar la posibilidad de infección propia o de allegados, y la sexual, como el mecanismo por el cual se infectan los otros. Y en la representación de la vida sexual, la muerte estaba con frecuencia presente como posibilidad a encarar. 3 motivos la hacen posible: el amor (“por amor vale la pena morir”), desafiar la muerte y el goce sexual (“si el Sida me da, de algo me tengo que morir, y hay que gozar esta vida”). Si a ello se suman algunas representaciones que hacen que en el Sida la muerte esté presente-ausente (“sólo tienen Sida cuando tienen una recaída, de resto son personas normales”) y que halle un lugar la ilusión de vencer a la muerte (“si un portador se cuida no necesariamente tiene que llegar a terminal”), encontraremos que el Sida tiene un potencial de atracción.

Finalmente, los resultados evidencian que es a nivel particular como se articulan los conocimientos y que son las representaciones sociales que cada quien ha podido construir las que permiten una mayor o menor disposición a escuchar y aprehender los mensajes que a nivel social se transmiten, incluso los que provienen de la ciencia.

LA VEREDA PANTANILLO:HACIA LA CONSOLIDACIÓN DE LA IDENTIDAD LOCAL Y LA CONSTRUCCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE.MUNICIPIO DE ENVIGADO. 1998.

Gómez J.A Agudelo L.M.: Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Carrera 51D # 62 - 29. Teléfono: 510 60 40. Fax: 263 35 09 - E-mail:jagomez@catios.udea.edu.co

Introducción

Se presenta el estudio de la localidad de Pantanillo, Vereda del Municipio de Envigado, con el propósito de aportar elementos que permitan a la comunidad y al municipio construir en conjunto una visión de futuro que potencie una mejor calidad de vida.

Objetivo:

Describir condiciones de vida de la población de una localidad.

Métodos:

Se utilizaron métodos históricos de revisión documental, así como etnográficos en donde se combina la observación participante, las entrevistas a pobladores, líderes y funcionarios, el registro fotográfico y la revisión cartográfica; adicionalmente se realizaron censos y se aplicaron encuestas a la población. En conjunto esta variedad de métodos y técnicas posibilitan una multiplicidad de perspectivas que enriquecen la visión global de la localidad.

Se investigaron los diferentes aspectos de la vida social, política, económica y cultural de la Vereda de Pantanillo, para intentar una aproximación a lo que constituye la identidad de sus pobladores, base fundamental para la construcción de espacios poblacionales saludables.

Resultados:

Pantanillo es una vereda perteneciente al Municipio de Envigado. Se encuentra al oriente del Valle de Aburrá. Tiene una extensión de 10.2 Kms², compuesta por 140 predios, ninguno de ellos menor de 1 hectárea

Habitada por 593 personas aproximadamente, distribuidas en 291 viviendas con buena cobertura de servicios públicos.

La actividad económica predominante es el cultivo de mora y de papa; también ganadería lechera.

La Vereda es atravesada por carretera en aceptables condiciones; a lo largo se observan mensajes de saludo y bienvenida y de protección del medio ambiente.

Se cuenta con educación primaria, con 97 alumnos matriculados. Cobertura escolar de 100%, no hay deserción escolar. Desde 1960 funciona la Junta de Acción Comunal.

En salud presentan adecuados indicadores: mortalidad inferior a 1/1000 habitantes; sin muertes perinatales ni maternas en los últimos 5 años; 100% de partos institucionales; el centro de salud las

Palmas le presta servicios de salud; la mayoría de la población está afiliada al régimen subsidiado de salud.

Se tiene confianza en que la herencia material y espiritual recibida de los antepasados, complementada con la capacidad de trabajo actual del grupo familiar, garantizan la satisfacción de las necesidades de la familia:

Conclusiones:

Aunque los habitantes no se han propuesto como vereda saludable, las acciones realizadas a través del tiempo le han permitido consolidar un proyecto colectivo de desarrollo cercano a lo que se considera una comunidad saludable.

ANÁLISIS GEOGRÁFICO Y DE TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR SUICIDIO EN GALICIA (ESPAÑA) 1976-1996.

Vázquez E., Cerdeira S., López E., Hervada X.

DXSP, Xunta de Galicia., Avda. do Camiño Francés 10. 15771 Santiago de Compostela, España.
Tel.: 981-542916. Fax: 981542970. dxsp19@jet.es

Introducción.- El suicidio es una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos en Galicia, con un aumento progresivo desde 1983 y una importante sobremortalidad masculina.

Objetivo.- Estudiar la distribución geográfica y la tendencia de la mortalidad por suicidio en Galicia en el período 1976-1996.

Material y métodos: Defunciones cuya causa fundamental era suicidio (E950-E959 según la Clasificación Internacional de Enfermedades 8ª y 9ª rev). Datos del Instituto Nacional de Estadística y del Registro Gallego de Mortalidad. Cálculo de tasas globales ajustadas por edad para tres períodos: 76-82, 83-89 y 90-96 y tasas específicas por edad. Para el análisis del patrón geográfico de mortalidad se calculó la razón estandarizada de mortalidad (REM) por municipios. Para el análisis de variación geográfica de tendencia temporal se calculó la tendencia temporal diferencial. Para suavizar la REM y tendencias se utilizó un modelo jerárquico bayesiano.

Resultados. Registrados 5.173 casos (72,8 % en hombres). El método más utilizado fue el suicidio por ahorcamiento con 3.391 casos (65,6%) seguido de suicidio por precipitación con 403 (7,8%). Aumentaron las tasas en los tres periodos estudiados, siendo mayor en los hombres: 76-82 ($9,5 \times 10^5$), 83-89 ($13,8 \times 10^5$) y 90-96 ($16,4 \times 10^5$). Por grupos de edad, en los hombres de 15 a 29 años presentaron en los tres periodos estudiados, respectivamente: 5,1; 9,2 y $14,1 \times 10^5$, de 30 a 49 años: 10,5; 13,6 y $17,8 \times 10^5$, de 50 a 69 años: 17,7; 24,8 y $23,6 \times 10^5$ y en >70 años: 21,3; 33,8 y $44,3 \times 10^5$. En mujeres el mayor aumento se produjo en el grupo de edad de 50 a 69 años: 6,1; 9,3 y $10,5 \times 10^5$. Existe sobremortalidad masculina estable (razón tasas h/m: 3,1). Alta mortalidad en el norte, presentando 34 municipios significación estadística. Existe una tendencia a aumentar la mortalidad en las zonas que presentan REM bajos a excepción de Pontevedra y municipios adyacentes.

Conclusión. Se observa un claro patrón de mortalidad "sur-norte" en ambos sexos. Tendencias inversas a este patrón.

Demanda de Servicios de Salud según Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) Colombia, 1997

Arbeláez, M. P., Agudelo, H. B., Cardona, A., Nieto, E., Chávez, B. M., Estrada, A., Montoya, A.
Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Calle 62 Nro. 52 – 19,
Apartado Aéreo: 51922. Fax: 511 25 06. Tel: 510 68 22. E-mail: mpam@guajiros.udea.edu.co

INTRODUCCIÓN: El sistema general de seguridad social de Colombia consagra entre sus principios la eficiencia, la universalidad y la integralidad, entre otros. Igualmente, en lo concerniente a salud determina como elementos fundantes a la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia y la calidad, entre otros. El estudio realizado pretendió aproximarse a una verificación en la población del cumplimiento de tales principios y fundamentos por medio del análisis de la demanda de servicios de salud generados por la población.

OBJETIVO: Determinar las características de la demanda a los servicios de salud de la población colombiana según la afiliación al SGSSS con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE–1997, teniendo en consideración variables sociodemográficas, de percepción del estado de salud y de acceso y utilización de los servicios.

MATERIALES Y MÉTODOS: Para el efecto, se tomaron los datos de las variables consideradas en el componente de salud de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística en 1997, en una muestra representativa de la población que incluyó a 38. 518 colombianos. Se realizaron análisis no considerados hasta el momento en el trabajo con dichos datos. Se contrastó la condición de afiliación de la población al sistema con otras variables como sexo, estado general de salud, utilización de servicios de salud, oportunidad, calidad y pago de los servicios prestados, conducta asumida ante el problema de salud y otras más.

RESULTADOS: La afiliación al SGSSS según la encuesta fue del 55% (21334) (IC 95% = 0.54 – 0-55). Entre las razones de no afiliación se encontraba la falta de dinero (47.8%) seguida por la falta de interés o el no estar vinculado laboralmente. El 67.4% de los colombianos calificó como muy bueno o bueno su estado de salud, siendo significativamente mayor esta calificación entre los afiliados al sistema (68%) en comparación con los no afiliados (65%). La utilización de los servicios de salud con carácter preventivo, por padecimientos crónicos o por hospitalización, fue significativamente mayor entre los afiliados. Los no afiliados al sistema acudieron en un 67% a la instituciones de salud frente a la necesidad de consulta, con una proporción significativamente mayor de automedicación y asistencia a empíricos; la principal razón para no buscar atención médica fue la falta de dinero.

Según afiliación al SGSSS no hubo diferencias en calificar como oportuna (84.7%) y de buena calidad (82.7%) la atención en salud recibida. Con relación a los medicamentos, los hallazgos sugieren una alta proporción de automedicación en la población, un considerable gasto mensual por este rubro e insuficiente suministro de estos a la población con derecho a los mismos.

CONCLUSIONES

- ◆ La condición de afiliación al SGSSS puede convertirse en un indicador de bienestar en relación con la percepción de un buen estado de salud.
- ◆ La utilización de los servicios de salud fue mayor entre los afiliados.
- ◆ Hay una situación de desventaja para el acceso a los servicios de salud para los no afiliados.
- ◆ No hubo diferencia por afiliación al calificar como oportuna y de calidad la atención recibida.
- ◆ La utilización de medicamentos merece especial atención dentro del sistema.