

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS CON LA INASISTENCIA A LA CONSULTA
DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD EN UNA IPS DE LA CIUDAD DE
MEDELLÍN 2016

INVESTIGADORES
MILENA PÉREZ ZAMBRANO
MARGERI RENDÓN ÁLVAREZ

ASESORA
MARÍA ALEJANDRA AGUDELO MARTÍNEZ.
M.Sc. SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DEL CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
MEDELLIN

2016

1

FACTORES ASOCIADOS CON LA INASISTENCIA A LA CONSULTA DE
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD EN UNA IPS DE LA CIUDAD DE
MEDELLÍN 2016

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN EPIDEMIOLOGÍA

POR

MILENA PÉREZ ZAMBRANO
MARGERI RENDÓN ÁLVAREZ

UNIVERSIDAD DEL CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
MEDELLÍN
2016

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fuerza y el valor para construir metas de vida y alcanzarlas, de manera especial agradezco a mis padres por su ejemplo de constancia, tenacidad y amor; a mis más cercanos amigos por su apoyo sincero. A los docentes por su entrega y a mis compañeros de especialización por su acompañamiento.

Milena Pérez Zambrano

A mi familia, en cabeza de mi madre por confiar en mí y apoyarme de forma leal, a mis amigas por haber aceptado una amistad no presencial durante todo este tiempo, a mis compañeros de clase por compartir conmigo lo mejor de sus vidas, a mi jefe inmediata y a los directivos de la empresa por su apoyo y a mis profesores por dejar en mí sus conocimientos haciéndome hoy una mejor persona y profesional y por su puesto a Dios como eje fundamental que puso a este grupo maravilloso de personas en torno a mí.

María Margeri Rendón Álvarez

CONTENIDO

1	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2	JUSTIFICACIÓN.....	11
2	MARCO TEÓRICO.....	13
2.1	ASPECTOS LEGALES.....	13
2.1.1	La prohibición de multas por inasistencia a la consulta médica.	14
2.2	INASISTENCIA.....	15
2.2.1	La Inasistencia a las consultas programadas.....	15
2.2.2	Inasistencia a la consulta de los programas de promoción y prevención en salud	15
2.3	MARCO INSTITUCIONAL	19
3	OBJETIVOS	21
3.1	OBJETIVO GENERAL.....	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4	METODOLOGÍA.....	22
4.1	ENFOQUE METODOLÓGICO	22
4.2	TIPO DE ESTUDIO.....	22
4.3	DISEÑO.....	22
4.4	POBLACIÓN.....	22
4.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	23
4.5.1	Inclusión.....	23
4.5.2	Exclusión.....	23
4.6	DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	24
4.6.1	Diagrama de variables	24
4.7	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	25
4.7.1	Fuentes de información.....	25
4.7.2	Instrumento de recolección de información.....	25
4.7.3	Proceso de obtención de la información.....	25

4.8	PRUEBA PILOTO.....	26
4.9	CONTROL DE ERRORES Y SESGOS.....	26
4.10	TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN..	26
5	CONSIDERACIONES ÉTICAS	28
6	RESULTADOS.....	29
6.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	29
6.2	CARACTERÍSTICAS GENERALE DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	29
6.3	ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION CON EL NUMERO DE INASISENCIAS.....	32
7	DISCUSIÓN	35
8	CONCLUSIONES.....	37
9	BIBLIOGRAFÍA	38
10	ANEXOS.....	41
10.1	ANEXO A. INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	41
10.2	ANEXO B. TABLA DE VARIABLES.....	45

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas de los usuarios encuestados	29
Tabla 2 Características generales de los programas de promoción y prevención .	30
Tabla 3 Características socio demográficas asociadas con el número de inasistencias	32
Tabla 4 Características generales de los programas asociadas al número de inasistencias	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Motivo de la inasistencia a la consulta.....	33
---	----

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características sociodemográficas y de los programas asociadas con la inasistencia a la consulta de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la IPS Integrados.

Metodología: se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con intencionalidad analítica. Se realizaron 208 entrevistas telefónicas a usuarios inasistentes del mes de enero 2016

Resultados: se encontró el olvido como una característica asociada a la inasistencia (OR=2,190; IC 95% 1,011-4,746;P=,000). Para las demás variables consideradas en el estudio no se encontró asociación.

Conclusiones: conocer las características asociadas con la inasistencia a la consulta de promoción de la salud y prevención de la enfermedad puede permitir generar estrategias para impactar el hecho hasta llevarlo a cifras cada vez menores, mejorando así la calidad de los servicios de salud y disminuyendo el costo económico y social de la enfermedad.

Palabras clave: Inasistencia, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, control prenatal, anticoncepción, hipertensión.

ABSTRACT

Objective: To determine the characteristics associated with nonattendance to consultation of health promotion and disease prevention in Integrados IPS.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was conducted with analytical intentionality. 208 telephone interviews to truant users in January 2006 from consultation of health promotion and prevention disease were conducted

Results: we found oblivion as a characteristic associated with nonattendance (OR=2,190;CI 95% 1,011-4,746;P=,000). For other variables considered in the study as were socio-demographic characteristic, the health promotion and disease prevention program and users perception regarding the service, no association was found.

Conclusions: To know the characteristics associated with nonattendance consultation of health promotion and disease prevention, can help to generate effective strategies to impact this fact, to bring it to ever smaller numbers, thereby improving the quality of health services and reducing the economic and social cost of disease.

Keywords: nonattendance, health promotion, prevention disease, prenatal care, birth control, hypertension.

1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La inasistencia de los usuarios a las consultas médicas programadas sin realizar la cancelación de las mismas es un problema que afecta de forma directa la calidad en la prestación de los servicios de salud, aumentando los costos sociales y económicos de la enfermedad. La no asistencia a las consultas influye negativamente en la adherencia de los pacientes a los tratamientos médicos indicados, contribuyendo al empeoramiento de su estado de salud y a la cronificación de sus enfermedades de base, esta situación conlleva al colapso de los servicios de urgencias, de los centros de referencia de segundo y tercer nivel, redundando en el deterioro de la salud del paciente y en el incremento de los costos operacionales. Las implicaciones de una hospitalización en materia de costos sociales y económicos están fuera de toda ponderación, representando una proporción considerable de los costos directos relacionados con la atención de la enfermedad, esto con respecto a la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles donde las enfermedades cardiovasculares hacen parte del grupo denominado de alta complejidad y consumen hasta el 36% de los costos totales (1).

Si se pone en consideración la inasistencia a las actividades de demanda inducida, detección temprana y protección específica (2) necesariamente hay que detenerse en los programas de planificación familiar y control prenatal donde el estado y los entes territoriales han debido generar estrategias para disminuir el impacto de los embarazos no planeados y de la morbilidad materna extrema (3).

Para las instituciones prestadoras del servicio las citas perdidas representan un costo económico significativo si se tiene presente que el personal asistencial destinado a este tipo de atención normalmente es en el que se invierten más recursos en capacitación, además, por lo general se destina un grupo interdisciplinario para hacer más efectiva la atención. Otro factor a tener presente es que la duración y la frecuencia de las consultas tiene un comportamiento

diferente al servicio de consulta externa. La duración es de 30 a 60 minutos y la periodicidad hasta de una cita cada semana, sin que ninguna de estas atenciones genere costo para los usuarios, sin que haya ninguna penalidad por el incumplimiento de la cita y con la necesidad imperante de lograr que el paciente asista, o sea que hay que buscar la manera de reasignar el servicio.

El modelo de atención en salud de la aseguradora está sustentado en el gerenciamiento de la enfermedad con enfoque de riesgo y con esta visión las estrategias están orientadas al control del riesgo con especial énfasis en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para dar cumplimiento a este objetivo a la IPS se le asigna una población en riesgo y mensualmente se evalúa el cumplimiento de metas por medio de indicadores de gestión; el incumplimiento a las citas, interpretadas como citas perdidas, afecta la oportunidad, la calidad en la prestación del servicio y pone en riesgo la sostenibilidad de las instituciones.

Actualmente uno de los indicadores más afectados es el de la oportunidad en la asignación de los servicios, no sólo para la consulta médica general, sino también para la consulta especializada y de promoción y prevención, siendo este un problema de origen multifactorial y uno de los factores a considerar es la inasistencia de los usuarios a las citas programadas, sin realizar la cancelación previa, esta cita perdida implica no sólo el aumento de los tiempos muertos en las agendas de los médicos generales expertos, médicos especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares, psicólogos y nutricionistas, sino también que el servicio deba ser reasignado aumentando los periodos de espera de los usuarios.

La IPS Integrados está implementando el indicador de inasistencia, interpretado como citas perdidas, el cual para el periodo comprendido entre diciembre del 2013 y diciembre del 2014 estuvo entre el 4%-6% para la consulta especializada básica y entre un 6 % y 8% para la consulta médica general, la meta esperada es del 4 % y 6 % respectivamente, con la tendencia a que cada vez sea menor. La inasistencia a la consulta de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad hasta el momento no se ha medido, no obstante, el dato aportado por la aseguradora es del 12% en el regional noroccidente.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Actualmente las instituciones dentro de su proceso obligatorio de habilitación deben contar con un sistema de gestión de la calidad que garantice la estandarización de los procesos, su implementación y seguimiento, de forma consecuente los indicadores de gestión se convierten en una herramienta necesaria para medir el cumplimiento de las metas (4).

El sistema de indicadores de calidad y de alerta temprana tiene como estrategia recopilar, revisar, analizar y evaluar las variables de oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la atención y prestación de los servicios de salud, a fin de identificar de forma inmediata las falencias o problemas que se presenten (5). De igual manera, tiene como propósito optimizar los resultados de la atención en salud, desarrollando acciones de mejora en el sistema obligatorio de garantía de la calidad de atención en salud. De acuerdo a lo anterior cada institución deberá medir la oportunidad en la prestación del servicio como uno de los indicadores de alerta temprana e intervenir las diferentes variables que pudieran afectarla.

Teniendo presente que la inasistencia a las consultas, interpretada como citas perdidas, afecta directamente la oportunidad del servicio y por lo tanto la calidad de la atención y los costos operacionales, se hace necesario investigar sobre los diferentes factores que pudieran estar relacionados con este hecho, en especial con la inasistencia a las consultas de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, más aún si se tiene en cuenta que de la efectividad de estas intervenciones depende en gran medida el comportamiento del perfil de morbimortalidad de nuestra población y de forma consecuente la distribución y utilización de los recursos económicos.

Conocer los factores relacionados con la inasistencia a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, identificando aquellos que puedan ser susceptibles de intervención tanto por la aseguradora como por la institución prestadora de servicios, puede contribuir a generar estrategias efectivas para impactar de forma positiva el hecho hasta llevarlo a cifras cada vez más pequeñas y así contribuir a mejorar el estado de salud de la población, integrando en este proceso no solo a las instituciones sino también a los usuarios, dinamizando el sistema, disminuyendo así el costo económico y social de la enfermedad.

Hasta el momento en la institución no se ha realizado ningún estudio para conocer el valor total de las citas incumplidas, el costo y los factores que pudieran estar relacionados. Este estudio pretende aportar información que contribuya al fortalecimiento de la institución, redundando en la calidad de la prestación del servicio y en su sostenibilidad económica.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características socio demográficos y de los programas, asociadas con la inasistencia a la consulta de promoción y prevención en salud en la IPS Integrados?

2 MARCO TEÓRICO

2.1 ASPECTOS LEGALES

La organización mundial de la salud (OMS) en su constitución en 1948 define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual y social y no como la ausencia de afecciones o enfermedades. Colombia en concordancia con este concepto ha venido modificando su sistema de seguridad social con miras a este fin. La constitución política de Colombia de 1991 en su artículo 48 define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley, garantizando a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social (6).

La ley 100 de 1993 creada en desarrollo del artículo 48 de la constitución y mediante la cual se crea el sistema de seguridad social integral (pensiones, salud ,riesgos profesionales y servicios sociales complementarios) y se dictan disposiciones regidas por los principios de eficiencia, universalidad, integralidad, unidad y participación, es la base del actual sistema de seguridad social (7).

La Ley 100 ha tenido modificaciones y normas complementarias, dentro de las cuales están:

El sistema obligatorio de garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, el cual tiene cuatro componentes fundamentales que son:

- El sistema único de habilitación
- El Sistema único de acreditación

- El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC)
- El Sistema de Información para la calidad

Los indicadores están inmersos en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y en el sistema de Información para la calidad. La oportunidad en el acceso a los servicios de salud, se considera como indicador - trazador para el desarrollo de la atención en salud y acceso a los servicios de consulta externa, su análisis permite el control de los servicios asistenciales, del alto costo y la morbimortalidad.

Algunos de los indicadores a tener en cuenta como indicadores de calidad son:

- La oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general.
- La oportunidad de la asignación de cita en la consulta especializada.
- La oportunidad en la atención en consulta de odontología general.

Para el año 2012 se obtuvo información del 96.5% de las EPS de régimen contributivo y subsidiado en materia de indicadores de alerta temprana, específicamente la oportunidad para la asignación de citas por consulta general y especializada y se encontró que el tiempo de espera para acceder a una consulta médica general estaba entre de 1.4 y 4 días (máximo de 91.5 días) y para odontología general entre 1.8 y 5.2 días (máximo de 128 días) (8).

2.1.1 La prohibición de multas por inasistencia a la consulta médica.

La inasistencia a las consultas médicas, sin la previa cancelación se ha visto incrementada por la prohibición de las multas, pues el usuario al no tener esta obligación no se motiva a realizar la cancelación del servicio. El artículo 55 de la ley 1438 de 2011 prohíbe el cobro de cualquier tipo de multa a los cotizantes y beneficiarios de los regímenes contributivo y subsidiado así como a la población vinculada, en lo establecido para la inasistencia a la citas médicas programadas (9).

2.2 INASISTENCIA

2.2.1 La Inasistencia a las consultas programadas

En el estudio realizado sobre ausentismo a la consulta especializada del consorcio aragonés sanitario de alta resolución y la repercusión económica y demoras, reportó que del total de citas concertadas un 10% no asistió, siendo mayor el ausentismo en mujeres, en consultas de primera vez, en el horario de la mañana, sin diferencia con respecto al día de la semana y siendo los servicios más comprometidos: rehabilitación (17.3%), ginecología(13%) traumatología (11%) y oftalmología (10.3%) (10).

Según un estudio chileno realizado en los años 200-2010 la inasistencia a la consulta especializada fue de un 16.1%, los datos fueron tomados utilizando estadísticas de atención del sistema público. La mayor inasistencia se presentó en los niños y para los servicios de dermatología, geriatría y nutrición y en los lugares con mayor población indígena, menor diversidad de especialidades y para los meses de febrero, julio, noviembre y diciembre. El mayor motivo de inasistencia fue el olvido, también se hace referencia a problemas climáticos y de transporte (11).

2.2.2 Inasistencia a la consulta de los programas de promoción y prevención en salud

La inasistencia a la consulta médica general y a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad genera un problema de grandes dimensiones debido a que cada vez que una persona inasiste a la consulta y no la cancela retrasa la atención propia y la de otros usuarios.

La inasistencia a los controles de enfermedades crónicas representa un problema mayor debido a que estos pacientes al no llevar un buen control médico de su patología pueden deteriorar su propia salud, cronificar su enfermedad y elevar los costos al sistema en intervenciones que pudieron ser prevenibles.

Un estudio que analiza los factores que se relacionan con la inasistencia a la consulta por médico general en los pacientes diabéticos encontró que el 77% tenían un nivel de escolaridad primaria, 55% eran amas de casa y en cuanto al conocimiento de la enfermedad, el 75 % de la población desconocía la cifra de último control de glicemia (12).

Otro estudio realizado en la ciudad de Pereira- Colombia acerca de los motivos de inasistencia al programa de hipertensión arterial encontró que la población más joven es quien más inasiste, el horario no compatible por el trabajo fue uno de los motivos para la inasistencia, otro de los factores de inasistencia es la opinión que tienen los usuarios del programa con respecto a la mala calidad (13).

En Toledo-España en el año 2001 se realizó un estudio donde se indagó sobre factores relacionados con el incumplimiento a las citas en un grupo de pacientes hipertensos y se encontró que existió un incumplimiento a citas programadas de un 11,6%, incumplieron más los hombres que las mujeres, 36,2% y 18,3% respectivamente, este estudio encontró que los menores de 50 años eran los que más incumplían las citas representados en un 66,7%. No observaron diferencias importantes que relacionaran el nivel de estudios con la no asistencia, los pacientes con incumplimientos previos fueron más incumplidores (34,5%) que aquellos que no tenían en su historia clínica antecedente de incumplimiento (16,9%) (14).

De otro lado los programas de planificación familiar permiten dar asesoría en anticoncepción y así elegir y obtener el método anticonceptivo en los servicios de salud. Las instituciones administradoras y prestadoras de servicios de salud deberán garantizar el derecho a la anticoncepción sin barreras, gratis y con calidad. De acuerdo con la organización mundial de la salud (OMS), las adolescentes pueden usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas.

A nivel nacional existe una estrategia llamada servicios amigables para adolescentes y jóvenes y constituye un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de los adolescentes y jóvenes de Colombia, este modelo puede ser adoptado por las diferentes IPS según su interés. Son servicios en los cuales los jóvenes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea su demanda, son agradables para jóvenes y sus familias por el vínculo que se establece con el proveedor de salud y por la integralidad y calidad de sus intervenciones.

En un estudio realizado en el año 2008 en las ciudades de Medellín y Cali donde se buscaba medir el impacto de los servicios de salud sexual y reproductiva los autores mencionan que al hablar de los servicios de salud las personas en general no realizan una diferencia. Este mismo estudio señala que hubo una reducción del 5,6% del embarazo adolescente posterior a la implementación de la estrategia (15).

Otro estudio también realizado para la medición del impacto de la estrategia de servicios amigables realizado en el 2011 en la ciudad de Cali, encontró que previo a la implementación de la estrategia, el 30% de los encuestados no utilizaban ningún método anticonceptivo y posterior a esta el 20 % no los usaban, lo que significa una reducción del 10% posterior a la intervención. Además el 90,6% de los jóvenes y adolescentes atendidos bajo el modelo de servicios amigables dicen conocer acerca de infecciones de transmisión sexual (16).

La atención en el control prenatal es de suma importancia ya que conlleva a vigilar posibles riesgos por los que pueda atravesar una madre durante su proceso de gestación, como a controlar o minimizar la aparición de complicaciones. A través de la consulta en el control prenatal además se busca tener una preparación mental de la madre facilitando la adaptación de nuevos roles dentro de la vida de la gestante. Todo esto contribuye a mejorar indicadores relacionados con la morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal.

De otro lado a través del trabajo cotidiano en los servicios de salud se ha observado que las gestantes sin controles o con pocos controles durante su embarazo solo consultaron cuando presentaron problemas graves, reduciendo así las posibilidades de éxito en terapias farmacológicas y de intervención con miras a no dejar secuelas en la salud del niño o de la madre.

En un estudio realizado en Venezuela en el año 2009 sobre factores asociados a la inasistencia a la consulta prenatal se encontró que un 48.8% del total de las usuarias encuestadas desconocía la importancia del control prenatal, mientras que un 35% aludían falta de motivación, entre los factores económicos de las usuarias inasistentes destacan el desempleo con un 27.3%. Este estudio tuvo en cuenta condiciones sociodemográficas como el lugar de residencia para el cual el porcentaje de los inasistentes representaban un 52% refiriendo domicilio lejano a la IPS (17).

En el 2009 en la ciudad de Huila-Colombia se realizó un estudio donde se midió los factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal y se encontró que las gestantes que lograron tener estudios superiores a primaria tuvieron un aparente factor protector, el cual sólo fue estadísticamente significativo para quienes terminaron la secundaria (OR=0,39 I.C 95%= 0,19-0,79). El riesgo de iniciar control prenatal en forma tardía fue 1,56 veces mayor en las mujeres del área rural frente a las del área urbana (OR=1,56; I.C:95%: 0,87-2,7). También se observó que entre mayor era el número de hijos, el riesgo de asistir tardíamente al control prenatal aumentaba; aunque solamente fue estadísticamente significativo

en los que tuvieron de 4 a 6 hijos, con un riesgo aumentado en 2,73 veces más (I.C 95%: 1,10-6,5) (18).

En un estudio realizado en el año 2011 en un hospital de Bucaramanga- Colombia donde se preguntó acerca de los motivos para la no asistencia al programa de control prenatal, el 45% de las gestantes aludieron motivos de accesibilidad dentro de los cuales se encontraban falta de dinero, dificultad en el transporte y ubicación del hospital, mientras que un 10% dijeron no tener con quien dejar el resto de sus hijos, solo un 2 % consideró que el programa no era importante. Este mismo estudio midió la satisfacción con el programa de control prenatal para la cual el 97% refirieron encontrarse satisfechas con el programa, el 44% del total de la población encuestada calificaron el programa como excelente y un 53% como bueno, el 96% recomendarían el programa a otras gestantes (19).

Otro estudio realizado en el año 2014 en la ciudad de Santa Marta- Colombia donde midieron el efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia al programa de control prenatal, encontró que el 15% inasistieron por dificultades económicas para pagar el transporte, el 8% por barreras administrativas como retraso en autorizaciones, un 2% por condiciones climatológicas y un 1% por pago no oportuno en la cotización (20).

Respecto a la consulta pediátrica y a los programas de crecimiento y desarrollo dentro de la normatividad en Colombia se encontró que para el año 2004 se creó para el país la política de primera infancia, en relación a esta se ha señalado que los primeros seis años de vida son pilares fundamentales respecto a las características personales y fisiológicas del futuro adulto que va a conformar la sociedad. En ese mismo sentido se encuentra la ley 1098 de 2006 que tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión donde prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

El programa de crecimiento y desarrollo se encuentra enmarcado dentro de la resolución 412 del 2000 por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las enfermedades de interés en salud pública.

En un estudio realizado en el municipio de caldas- Antioquia entre los años 2009 y 2010 sobre factores relacionados con la inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo se encontró que entre los factores socio demográficos, el 60% de las madres eran solteras y el 35% con un grado de escolaridad básica primaria, respecto a la calidad percibida el 50% lo calificó como excelente, en cuanto al motivo de inasistencia el 31% se relacionó con el olvido mientras que un 16% alude falta de dinero. Un 4% refirieron no considerar importante el programa (21).

2.3 MARCO INSTITUCIONAL

La IPS Integrados fue creada en alianza con la EPS Coomeva en el año 1997 en el municipio de Bello, municipio localizado en la zona norte del área metropolitana; inicialmente tuvo como población asignada a los usuarios afiliados a la EPS Coomeva de esta zona geográfica. En el año 1999 se creó la sede ubicada en el barrio Robledo y actualmente cuenta con cuatro sedes, dos en el municipio de Medellín y dos en Bello. Fue constituida como una IPS de servicios básicos en Salud, no obstante en el momento cuenta con servicios de primero y segundo nivel ambulatorios, consulta médica especializada en oftalmología, además servicios de cirugía ambulatoria. Para diciembre del 2014 tenía una población asignada de 73.000 usuarios aproximadamente. Para el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2014 se asignaron por los servicios de consulta médica general, incluida la consulta de promoción y prevención un total de 192536 citas y para la consulta médica especializada básica 20729citas.La inasistencia a la consulta durante el mismo periodo fluctuó entre 6%-8% para la consulta médica general y entre un 4% - 6% para la consulta médica especializada.

La IPS en cumplimiento de la normatividad con respecto al sistema obligatorio de garantía de la calidad cuenta con la implementación de los tres componentes obligatorios, según el nivel de complejidad, a saber: El sistema único de habilitación, el sistema de información para la calidad y el sistema de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), la última visita de habilitación se realizó en septiembre del 2013 y tiene vigencia por cuatro años. En el momento se están aunando esfuerzos para cumplir con todos los estándares de calidad y uno de ellos es el acceso al servicio y por lo tanto la oportunidad en el mismo. En el proceso de evidenciar oportunidades de mejora, cada institución puede adoptar indicadores propios, es este caso el indicador de inasistencia a la consulta es propio de la entidad y se está midiendo desde hace más de un año. Con la

intención de impactarlo de forma positiva se cuenta con un sistema de recordatorio que se le imprime al usuario en el momento de la asignación de la cita, cuando esta se hace personalmente además de un software que hace la recordación de la cita telefónicamente con un día de anticipación. No obstante, aunque se han obtenido resultados positivos, conocer los factores relacionados con este fenómeno pudiera permitir implementar más estrategias para su intervención.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son las características socio demográficos y de los programas, asociadas con la inasistencia a la consulta de promoción y prevención en la IPS Integrados.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características socio demográficas de los usuarios inasistentes a la consulta de promoción y prevención en salud en la IPS Integrados.
- Describir las características generales de los programas de promoción y prevención donde se presentó inasistencia en el periodo evaluado.
- Establecer la asociación entre las características socio demográfico de los usuarios y las características generales de los programas de promoción y prevención, con el número de inasistencias a las consultas.

4 METODOLOGÍA

4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

El enfoque metodológico del presente estudio es cuantitativo ya que se aplicaron medidas estadísticas para el análisis de los datos.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Éste estudio es de tipo observacional descriptivo, no se realizó ningún tipo de intervención en la población. Se hizo la descripción de las características socio demográficas de los usuarios inasistentes a las consultas y las características generales de los programas de los programas de promoción y prevención en salud.

4.3 DISEÑO

El diseño del estudio fue de corte transversal, la obtención de los datos fue ambispectiva, para los datos relacionados con el número de inasistencias en el último año se utilizó la base de datos del sistema operativo ciklos, los demás datos se tomaron al realizar la encuesta telefónica. Con esta información se intentó establecer la asociación entre las características socio demográficas y las características generalidades de los programas con la inasistencia a la consulta.

4.4 POBLACIÓN

A partir del sistema nacional informativo y operativo ciklos, sistema que recoge toda la información de los usuarios de la EPS Coomeva, se realizó el cálculo de las citas incumplidas a la consulta de los programas de promoción y prevención desde enero del 2015 hasta enero del 2016, estableciendo una prevalencia del 12% al 13%. Con base en este dato y observando que el comportamiento de la inasistencia no tenía grandes variaciones de mes a mes y con el objetivo de disminuir el sesgo de memoria, se eligió la población inasistente del mes de enero del 2016 para realizar el estudio, en este mes el total de citas asignadas para los

programas de promoción y prevención en salud fue de 2575 con un total de 352 (13,6%) citas incumplidas, los programas con mayor número de citas incumplidas fueron riesgo cardiovascular 180 (38,0%), planificación familiar con 75 (21,9%) y salud materna 52 (13,0%), por lo que se tomó el total de usuarios inasistentes a estos tres programas como población para realizar el estudio. Para el programa de riesgo cardiovascular se tomaron todas las citas incumplidas con médico general experto, para el programa de planificación familiar las citas incumplidas con médico experto y enfermera profesional y para salud materna las citas incumplidas con ginecólogo, médico experto, enfermera profesional, psicología y nutrición. En total se encuestaron 208 usuarios, 140 del programa de riesgo cardiovascular, 42 de control prenatal y 26 de planificación familiar.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

4.5.1 Inclusión

- Usuarios inasistentes a los programas de promoción y prevención en planificación familiar, riesgo cardiovascular, y salud materna durante el mes enero /2016.
- Usuarios que al momento de realizar la llamada estuvieran activos en la EPS Coomeva.
- Usuarios inasistentes que no hubieran cancelado la cita.

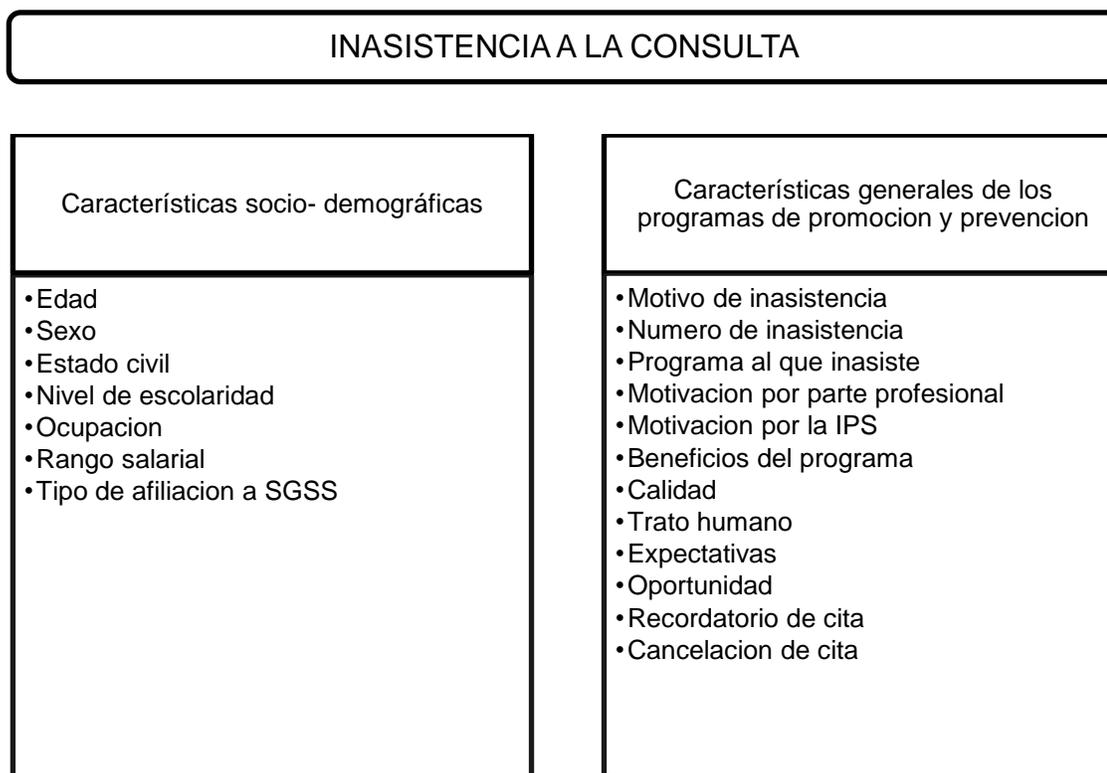
4.5.2 Exclusión

- Usuarios menores de 17 años o mayores de 80 años de edad
- Usuarios con trastornos sensoriales o motores que les impidieran responder a la encuesta.
- Usuarias del programa de salud materna cuya gestación hubiera terminado en aborto.

4.6 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Para el presente estudio se tuvo en cuenta variables socio demográficas en relación con los usuarios que no asistieron a las consultas y variables relacionadas con las características generales de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad donde se analizó la inasistencia. Los datos socio demográficos se distribuyeron en 7 preguntas que incluían información general acerca de la edad, el sexo, la identificación, el estrato socioeconómico, el estado civil, el tipo de afiliación al SGSS, ocupación población. Las preguntas acerca de las características generales de los programas de promoción y prevención fueron 12 y se relacionaron con la inasistencia y con el concepto general sobre el servicio, todas las preguntas fueron cerradas con opción de única respuesta. Anexo B.

4.6.1 Diagrama de variables



4.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.7.1 Fuentes de información

En el presente estudio la fuente de información fue mixta. Los datos que hacían referencia a las variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, rango salarial y tipo de afiliación al sistema como también el número de inasistencias en el último año se tomaron del sistema nacional informativo y operacional CIKLOS, sistema que guarda toda la información de los usuarios de la EPS Coomeva. Los datos relacionados con las características generales de los programas se tomaron a partir de una encuesta telefónica a los usuarios.

4.7.2 Instrumento de recolección de información

El instrumento para la recolección de datos constó de 19 preguntas, el tiempo estimado para diligenciarlo completamente fue de 20 minutos. Las preguntas estaban distribuidas en 2 grupos: características sociodemográficas y características generales de los programas.

4.7.3 Proceso de obtención de la información

La información se obtuvo durante los meses de febrero y marzo de 2016, se encuestó a la población inasistente del mes de enero 2016, la encuesta se realizó mediante una llamada telefónica donde se indagó acerca de las características sociodemográficas y las características generales de los programas de promoción y prevención. Esta información fue consignada en una encuesta previamente desarrollada en google drive y posteriormente exportada a una base de datos de Microsoft Excel.

4.8 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se desarrolló en la primera quincena del mes de diciembre 2015, momento en el que se realizó una encuesta telefónica a 17 usuarios correspondientes al 5 % de los usuarios insistentes durante un mes del año 2015, esta información fue consignada en un borrador de encuesta desarrollada en google drive. Posterior a la terminación de la prueba piloto se analizaron los resultados y se agregaron otras respuestas relacionadas con la ocupación, en este caso estudiante, otra respuesta adicionada fue no aplica, para las preguntas de satisfacción para los usuarios que no habían tenido ningún contacto con el programa ya que era su primera cita. Además, se agregó otro criterio de exclusión como el de no realizar la encuesta a mayores de 80 años o a personas con trastornos cognitivos, para disminuir el sesgo por memoria.

4.9 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Para disminuir aquellos factores que pudieron afectar la validez interna o externa del estudio se tuvieron en cuenta los siguientes controles: para el error de selección se considera que no hubo pues se tomó toda la población; con respecto al error de información se debe tener presente que los datos socio demográficos se obtuvieron del sistema informativo Ciklos y los demás de la fuente primaria por medio de una entrevista telefónica realizada directamente por las investigadoras, quienes al conocer la dinámica interna de los procesos poseían la habilidad para orientar al entrevistado.

4.10 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el presente estudio se tomaron los datos sociodemográficos de los usuarios inasistentes a las consultas de promoción y prevención de los programas de riesgo cardiovascular, planificación familiar y control prenatal, así como datos relacionados con los programas y el concepto de los usuarios frente a los mismos.

Para facilitar el procesamiento y análisis de la información se recodificaron las siguientes variables: estado civil, la cual se dejó con 2 categorías, soltero y casado; nivel de escolaridad con 4 categorías las cuales fueron ninguno, primaria, secundaria y superior; la ocupación, como si trabajaba o no; el motivo de la última inasistencia como olvido, horario no compatible y causas externas y número de

inasistencias como una o mayor de una. Las variables que hacían referencia al concepto del usuario con respecto al servicio se dejaron en 2 categorías, excepto el concepto sobre la calidad del programa que se dejó como excelente, buena y regular. No se recodificaron las variables edad, sexo, rango salarial, programa al que inasiste y conocimiento del mecanismo de cancelación de la cita.

Se realizó un análisis univariado teniendo presente que para la variable cuantitativa edad se hizo prueba de normalidad determinando la no normalidad de la distribución por lo que el dato se presentó con la mediana y su respectivo rango intercuartil. Las demás variables se clasificaron como cualitativas y para estas se calcularon frecuencias y porcentajes.

En el análisis bivariado se tomó como variable dependiente el número de inasistencias, inicialmente se realizó el cruce, mediante tablas de contingencia de la variable dependiente con todas las variables independientes tanto las sociodemográficas, como las que hacían referencia a las características generales de los programas y se analizó su comportamiento en cuanto a frecuencias y porcentajes. Para el análisis de la asociación se utilizó la prueba estadística chi cuadrado de independencia de Pearson y test exacto de Fisher según correspondiera y para determinar la fuerza de la asociación se utilizó el OR con su respectivo intervalo de confianza al 95%.

5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se llevó a cabo, una vez obtenido el aval del comité de investigación de la Universidad del CES y de la institución prestadora de servicios de salud objeto de estudio.

Los participantes fueron informados de los objetivos del estudio, en qué consistía su participación y el nivel de riesgo de la investigación, igualmente se indicó que podían retirarse del estudio en el momento que desearan sin perjuicio de la atención por parte de la institución prestadora de servicios de salud. Se aclaró sobre la privacidad de la información y total reserva de la identidad de los participantes en el manejo de los datos y en toda publicación oral o escrita de los mismos. Posteriormente se solicitó el consentimiento verbal de participación voluntaria.

El estudio no publicará el nombre de la institución prestadora de servicios de salud, a menos que ella lo solicite. Los resultados obtenidos servirán de base para realizar estudios posteriores y ayudar a desarrollar estrategias de abordaje para disminuir la inasistencia de los usuarios.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En este estudio se tomaron datos sociodemográficos y datos relacionados con las características generales de los programas de promoción y prevención en los que se analizó la inasistencia. De 208 usuarios inasistentes encuestados el 50% tenía 47 años (RIC+/- 33) con un mínimo de 17 y un máximo de 80; el 67.3% (138) eran mujeres, el 59 %(121) estaban casados, el 76,1% pertenecían al rango salarial 1(1y2SMLV), el 52,2%(107) tenían educación secundaria, más de la mitad eran cotizantes al sistema de salud y el 49,5% respondieron estar trabajando. Tabla 1

Tabla 1 Características sociodemográficas de los usuarios encuestados

Característica sociodemográfica		Número	%
Sexo	Masculino	68	32,7
	Femenino	140	67,3
Estado civil	Soltero	84	40,4
	Casado	124	59,6
Rango salarial	1y2 salarios	159	76,4
	3y4 salarios	46	22,1
	>5 salarios	3	1,4
Escolaridad	Ninguna	2	1,0
	Primaria	34	16,3
	Secundaria	109	52,4
	Superior	63	30,3
Tipo de afiliación	Cotizante	133	63,9
	Beneficiario	75	36,1
Ocupación	Si	103	49,5
	No	105	50,5

6.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Con respecto a las características generales de los programas de promoción y prevención, aproximadamente el 100% de los encuestados respondió que conocía

los beneficios de estar en el programa y la importancia de asistir a la consulta, de igual manera respondieron sentirse motivados por la institución y por el profesional que dirigía el programa. Cerca del 95% de los usuarios consideró que el programa cumplía con sus expectativas y que la asignación de la cita había sido oportuna, una tercera parte respondió que no consideraba que la institución tuviera los mecanismos necesarios para hacer la recordación de la cita. El 85% de los encuestados consideró el programa como de excelente calidad, el 67,8%(139) pertenecían al programa de riesgo cardiovascular, el 34% de los usuarios había dejado de asistir a más de una cita en el último año. Tabla 2

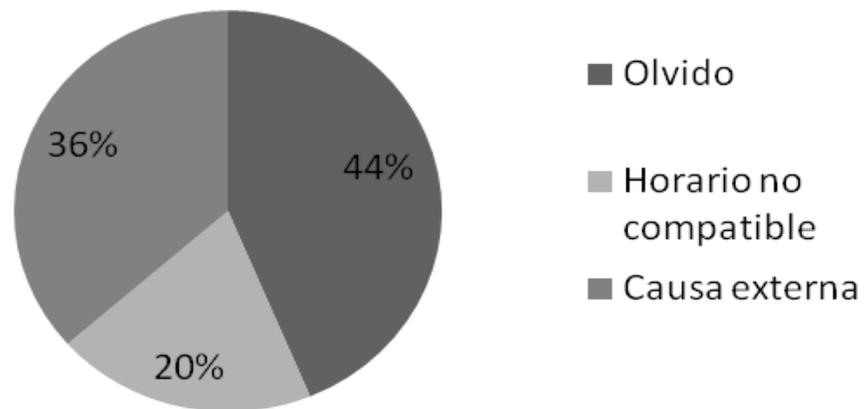
Tabla 2 Características generales de los programas de promoción y prevención

Pregunta		Número	%
Se siente motivado por parte del profesional que dirige el programa en el cual se encuentra	Si	203	99,0
	No	2	1,0
Se siente motivado por parte del personal de la institución para la asistencia a la consulta	Si	205	98,6
	No	3	1,4
Conoce los beneficios del programa y la importancia de su asistencia para el restablecimiento o permanencia de su salud	Si	201	96,6
	No	7	3,4
Cómo considera la Calidad del programa	Excelente	172	85,1
	Buena	27	13,4
	Regular	3	1,5
Usted considera el trato humano cálido y respetuoso	Siempre	173	84,8
	Casi siempre	31	15,2
El programa cumple con sus expectativas	Si	193	92,8
	No	15	7,2
Considera usted que la asignación de la cita fue oportuna	Si	199	95,7
	No	9	4,3
Considera que los mecanismos que tiene la institución para recordarle la cita son suficientes	Si	140	67,3
	No	68	32,7
Programa al que inasiste	Planificación familiar	26	12,5

Pregunta		Número	%
	Riesgo cardiovascular	140	67,3
	Control prenatal	42	20,2
Número de inasistencia en el último año	1	138	66,3
	>1	70	33,7
Conoce el mecanismo para cancelar la cita	Si	174	83,7
	No	34	16,3

Al indagar por el motivo de la inasistencia el 44,0% (91) de los encuestados respondió olvido, el 20,0%(41) respondió incompatibilidad horaria, el 36,0%(76) refirió viaje, enfermedad propia o de un familiar, falta de acompañante, problemas económicos o del clima como causa del incumplimiento.

Gráfico 1. Motivo de la inasistencia a la consulta



6.3 ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION CON EL NUMERO DE INASISENCIAS.

En este estudio al analizar la asociación entre las características socio demográficas de los usuarios inasistentes encuestados con el número de inasistencias se observó que las mujeres, las personas casadas, quienes tenían rango salarial (1), nivel de escolaridad secundaria, los cotizantes y las personas que no trabajaban, tuvieron más de una inasistencia en el último año, no obstante, no se obtuvo significancia estadística. Tabla 3

Tabla3 Características socio demográficas asociadas con el número de inasistencias

Característica		Numero de inasistencia en el último año					
		1		>1		Valor P	OR (IC95%)
		Número	%	Número	%		
Sexo	Masculino	51	37,0	17	24,3	0,066	1
	Femenino	87	63,0	53	75,7		1,8 (,9 - 3,4)
Estado civil	Soltero	56	40,6	28	40,0	0,936	1
	Casado	82	59,4	42	60,0		1,0 (,5- 1,8)
Rango salarial	1y2 smlv	105	76,1	54	77,1	0,985	1,0 (,9- 11,5)
	3y4 smlv	31	22,5	15	21,4		,9 (,8- 11,5)
	>5 smlv	2	1,4	1	1,4		1
Escolaridad	Ninguna	1	,7	1	1,4	0,571	2,5 (,1- 42,1)
	Primaria	24	17,4	10	14,3		1,0 (,4 - 2,6)
	Secundaria	68	49,3	41	58,6		1,5 (,7- 2,9)
	Superior	45	32,6	18	25,7		1
Tipo de afiliación	Cotizante	91	65,9	42	60,0	0,399	0,7 (,4- 1,4)
	Beneficiario	47	34,1	28	40,0		1
Ocupación	Si	72	52,2	31	44,3	0,286	1
	No	66	47,8	39	55,7		1,3 (,7- 2,4)

Al analizar las características generales de los programas y su relación con el número de citas incumplidas en el periodo evaluado, se encontró que el 100 % de las personas que se sentían motivadas por el profesional a cargo del programa y por la institución tuvieron más de una cita incumplida, más del 95% de quienes

respondieron que consideraban oportuna la asignación de la cita y que el programa cumplía con sus expectativas tuvieron más de una cita incumplida. Menos del 25 % de los usuarios que respondieron que consideraban insuficientes los mecanismos de recordación de la cita y que dijeron no conocer el mecanismo de cancelación de la misma, presentaron más de una inasistencia. Los usuarios del programa de riesgo cardiovascular fueron quienes más reincidieron en la inasistencia (55,7%). Con respecto al motivo de la inasistencia, aproximadamente la mitad de los encuestados que respondió olvido había tenido una cita incumplida en el año, siendo esta la única variable que se comportó como factor asociado con la inasistencia (OR=2,190;IC 95% 1,011-4,746;P=,000).Tabla 4

Tabla4 Características generales de los programas asociadas al número de inasistencias

Pregunta		Número de inasistencias en el último año					
		1		>1		Valor P	OR(IC95)
		Número	%	Número	%		
Se siente motivado por parte del profesional que dirige el programa en el cual se encuentra	Si	133	98,5	70	100,0	,548*	indefinido
	No	2	1,5	0	0,0		1
Se siente motivado por parte del personal de la institución para la asistencia a la consulta	Si	135	97,8	70	100,0	,552*	indefinido
	No	3	2,2	0	0,0		1
Conoce los beneficios del programa y la importancia de su asistencia para el restablecimiento o permanencia de su salud	Si	132	95,7	69	98,6	,247*	3,1 (.3-26,5)
	No	6	4,3	1	1,4		1
Cómo considera la Calidad del programa	Excelente	112	84,8	60	85,7	0,435	indefinido
	Buena	17	12,9	10	14,3		indefinido
	Regular	3	2,3	0	0,0		1

Pregunta		Número de inasistencias en el último año					
		1		>1		Valor P	OR(IC95)
		Número	%	Número	%		
Considera el trato humano cálido y respetuoso	Siempre	109	81,3	64	91,4	0,057	2,4 (.9-6,2)
	casi siempre	25	18,7	6	8,6		1
El programa cumple con sus expectativas	Si	125	90,6	68	97,1	,096*	3,5 (.7-16,1)
	No	13	9,4	2	2,9		1
Considera usted que la asignación de la cita fue oportuna	Si	131	94,9	68	97,1		1,8 (.3-8,9)
	No	7	5,1	2	2,9	,721*	1
Considera que los mecanismos que tiene la institución para recordarle la cita son suficientes	Si	87	63,0	53	75,7	0,066	1,8 (.9-3,4)
	No	51	37,0	17	24,3		1
Programa al que no asiste	Planificación familiar	19	13,8	7	10,0	0,001	1
	Riesgo cardiovascular	101	73,2	39	55,7		1,0(.4-2,6)
	Control prenatal	18	13,0	24	34,3		3,6(1,2-10,4)
Motivo de la última inasistencia	Olvido	74	52,9	17	25,0	0,000	2,1(1,0-4,7)
	Horario no compatible	18	12,9	23	33,8		0,3(,2-,8)
	Causas externas	48	34,3	28	41,2		1
Conoce el mecanismo para cancelar la cita	Si	114	82,6	60	85,7		1,2(.5-2,8)
	No	28	16,4	10	14,3	0,567	1

*Test exacto de Fisher

7 DISCUSIÓN

Entre los estudios realizados sobre ausentismo a la consulta, el estudio realizado por el consorcio Aragonés(10) de alta resolución reportó mayor ausentismo en la mujeres, dato encontrado también en el presente estudio y que contrasta con lo hallado por el estudio realizado en Toledo(14) donde los mayores inasistentes fueron los hombres, no obstante se debe tener en cuenta que el presente estudio se realizó con usuarios de los programas de promoción y prevención y dentro de estos, el programa de planificación familiar y salud materna tiene a las mujeres como población objetivo. Para el nivel de escolaridad en este estudio se encontró que la mayor reincidencia en la inasistencia se presentó en los usuarios que tenían escolaridad primaria y secundaria. Otro estudio (12) encontró que entre los no asistentes a un programa de riesgo cardiovascular el 77% tenían sólo hasta educación primaria. Con respecto a la edad se encontró que la mitad de los usuarios inasistentes encuestados tenía 47 años, dato muy cercano al reportado por el estudio de Toledo (14) donde el mayor ausentismo se presentó en menores de 50 años (66,7%). Al analizar la inasistencia en relación con el estado civil fueron las personas casadas las que presentaron mayor inasistencia con tendencia a reincidir, mientras que el estudio realizado en el municipio de Caldas (21) encontró que el 60% de los inasistentes eran mujeres solteras, pero se debe tener presente que este estudio fue realizado en el programa de crecimiento y desarrollo.

Con respecto a los motivos de inasistencia en este estudio el olvido fue la causa expresada por la mayoría de los encuestados, dato que está en concordancia con otros estudios como el chileno(11) donde se reportó el 35% y el estudio de caldas (21) donde se reportó el olvido como motivo de inasistencia en 31% de los casos. Los problemas climáticos y económicos también han sido relacionados en estudios previos como el estudio chileno y el de Santa Marta (11,20) atribuyendo un 2% del motivo de no asistencia a las condiciones climatológicas y un 15% por limitación económica; al compararlo con el presente estudio estos motivos también

fueron expresados y quedaron registrados en la categoría de causas externas (viaje, enfermedad propia o de un familiar, problemas económicos o climáticos). Otros estudios(22) relacionan la inasistencia con factores como el domicilio lejano, el desconocimiento de la importancia de la consulta o la falta de motivación, en este estudio los usuarios encuestados tienen conceptos positivos con respecto al programa, en general la mayoría refieren sentirse motivados por la institución y por el personal asistencial y reconocen la importancia del programa. Ninguno mencionó el domicilio lejano como causa de la inasistencia.

En estudios previos(20) al relacionar la inasistencia con la calidad percibida del servicio, se encontró la mala calidad como motivo para el ausentismo, otro estudio (16) reporta el servicio como de excelente calidad en un 50%, para el caso del presente estudio el mayor porcentaje de los usuarios calificó el servicio como excelente.

En este estudio se halló que casi la totalidad de los usuarios encuestados conocía los beneficios del programa para el restablecimiento y conservación de su salud, al hacer la comparación con estudios previos sobre inasistencia al programa de riesgo cardiovascular (12) sólo el 25% de los usuarios conocía datos sobre el programa y sobre su enfermedad como por ejemplo, el valor de su última glicemia.

Entre las limitaciones de este estudio debe considerarse que no fue posible realizar la encuesta al total de las usuarias inasistentes al programa de planificación familiar, ya que en su mayoría correspondían a jóvenes que trabajaban y estudiaban y por esta razón permanecían mucho tiempo por fuera de su domicilio. Además cambiaban de número telefónico móvil con mucha frecuencia. Otro factor a considerar es que la encuesta se realizó en el mes de enero y aunque el porcentaje de inasistencia fue similar al de otros meses del año, el hecho de haber coincidido con la época de las vacaciones puede tener influencia en que muchos usuarios hubieran respondido viaje como motivo de inasistencia.

También se debe tener presente que el diseño del estudio no permite establecer relación de causalidad, no obstante, hay hallazgos que pueden compararse con resultados presentados en otros estudios y que son consistentes.

8 CONCLUSIONES

Posterior al análisis de los datos el presente estudio permite concluir que la inasistencia a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la IPS Integrados no tiene asociación con la percepción que los usuarios tienen del servicio, pues en general los usuarios se sentían motivados por la institución y por el personal asistencial, además de calificar los programas como excelentes y reconocer su importancia para el mantenimiento de su salud.

La menor inasistencia se presentó en las personas con nivel de estudios superiores y con mayor rango salarial, lo que indica que las estrategias para mejorar la adherencia deben orientarse principalmente a la población con menor nivel de ingresos y de escolaridad considerada como más vulnerable.

De otro lado el olvido fue la principal causa de inasistencia a la consulta en los programas, a pesar de que los usuarios tienen un recordatorio físico y se realiza una recordación telefónica. Lo que sugiere que se deben implementar otras estrategias para lograr que el usuario recuerde la cita, como puede ser el correo electrónico o el mensaje de texto.

Otro hecho a tener presente es que el programa de planificación familiar es el segundo con mayor inasistencia y en la IPS Integrados no se tiene implementada la estrategia de servicios amigables para adolescentes y jóvenes. Esta estrategia ha demostrado un impacto positivo para lograr mayor cobertura en otras instituciones. Sería importante considerar su implementación para la atención integral de esta población.

Caracterizar al usuario inasistente y al motivo relacionado con la inasistencia permite orientar las acciones de intervención de una forma más efectiva, con miras a mejorar el indicador de oportunidad en la consulta y así optimizar los servicios, alcanzar excelentes niveles de calidad y disminuir el costo social y económico de la enfermedad.

9 BIBLIOGRAFÍA

1. Gallardo-Solarte K, Benavides-Acosta FP, Rosales-Jiménez R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. Rev Cienc Salud. 2016; 14(1):103-114.
2. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: Ministerio de Salud; 2000.
3. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia epidemiológica de morbilidad materna extrema. Bogotá: Ministerio de Salud; 2008
4. Colombia. Ministerio de salud. Decreto 1011 de 2006. Por la cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 2006.
5. Colombia. Ministerio de Salud. Circular 056 de 2009. Por la cual se crea la obligatoriedad del reporte de los indicadores de alerta temprana. Bogotá: Ministerio de salud; 2009.
6. Colombia. Congreso de la Republica. Constitución política de Colombia de julio 6 de 1991. Bogotá: Congreso de la Republica; 1991
7. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la Republica; 2009.
8. Colombia. Ministerio de Salud. Indicadores de oportunidad reportados por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios a la Superintendencia Nacional de Salud. Bogotá: Ministerio de salud; 2013
9. Colombia. Congreso de la Republica- Ley 1438 de 2011. Artículo 55. Por la cual se reforma el sistema de seguridad social en salud. Bogotá: Congreso de la Republic; 2011.
10. Alcoleo Guerrero M, Gorgemans S. Absentismo de pacientes citados en las consultas de atención especializada en el consorcio Aragonés Sanitario de

alta resolución: repercusiones económicas y demoras. Rev. Adm .Sanit . 2009, 07(04): 715-28

11. Salinas Rebolleda E, De la Cruz Mesía R, Bastías Silva G. Inasistencia de pacientes a consultas medicas de especialistas y su relación con indicadores ambientales y socioeconómicos regionales en el sistema de salud público de Chile. Rev.Medwave. 2014; 14(9).
12. Dalfo A, Botey A, Buil P, Esteban J, Gual J, Revert L. Estudio del seguimiento y control del paciente hipertenso en la asistencia primaria y hospitalaria. Aten Primaria. 1987; 4: 233-39
13. Fancino J, Chica M, Garzon J. Causas de la inasistencia al programa de hipertensión arterial en una unidad de atención primaria en Pereira. Investigaciones Andina.1999; 1-12
14. Orueta R, Gómez C, Redondo S, Soto M. Factores relacionados con el incumplimiento citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. MEDIFAM. 2001; 11: 140-146.
15. García G, Sandoval J, Henao A, Restrepo N, Molina N. Evaluación del impacto del programa de salud sexual y reproductiva en adolescentes. Medellín: Secretaria de Salud de Medellín; 2008.
16. López E, Ordoñez M. Impacto del programa de servicios amigables en población joven 10-29 años. .[Tesis] Cali: UCM; 2011.
17. Faneite P, Rivera C, Rodriguez F, Amato R, Moreno S, Cangeni L. Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica? Rev. Obstet Ginecol Venez. 2009; 69(3): 147-51.
18. Cordoba R, Escobar L, Gúzman L. Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastian de la Plata, Huila, 2009.Rev.RFS. 2012;4-1:39-49
19. Cuadros Lozano A, Cala Florez A, Molina Bueno H. Factores asociados a la no adherencia al programa de control prenatal en las gestantes captadas en la ESE Hospital Integrado Sabana de Torres.[Tesis]Bucaramanga: UNAB; 2011.
20. Rodríguez Páez FG, Jiménez Barbosa WG, Jiménez González CA, Coral-Córdoba AE, Ramírez-Solano PC, Ramos-Navas NR. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 212-227.

21. Estrada Vélez V, Laverde Sanmartin V, Díaz Barragan A. Motivos de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la ESE Hospital San Vicente de Paul.[Tesis]. Caldas: CES;2010.
22. Márquez E, Casado JJ, Ramos J, Saenz S, Moreno JP, Celotti B, et al. Influencia del cumplimiento terapéutico en los niveles de presión arterial en el tratamiento de la hipertensión arterial. Hipertensión 1998; 15: 133-9.

10 ANEXOS

10.1 ANEXO A. INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Características asociadas con la inasistencia a la consulta de promoción y prevención en salud en una IPS de la ciudad de Medellín.

Fecha del registro	Día --- mes -- año -----	
Nombre completo		
Identificación		
Teléfono		
Sexo	Hombre Mujer	<hr/> <hr/>
Edad		
Estado civil	Soltero Casado Viudo Separado Unión libre	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Rango salarial	1. 1-2 smlv 2. 3-4 smlv 3. >5 smlv	<hr/> <hr/> <hr/>
Tipo de afiliación	Cotizante Beneficiario	<hr/> <hr/>

<p>Nivel de escolaridad</p>	<p>Ninguno Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico Tecnológico Pregrado Postgrado</p>	<hr/>
<p>Ocupación</p>	<p>Empleado Independiente Pensionado Ama de casa Desempleado estudiante</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Programa al que inasiste</p>	<p>Riesgo cardiovascular Planificación familiar Salud materna</p>	<hr/> <hr/> <hr/>
<p>Numero de inasistencias en el último año</p>		
<p>Conoce el mecanismo para cancelar la cita</p>	<p>Si No</p>	<hr/> <hr/>
<p>Motivo de la inasistencia</p>	<p>Olvido Llego tarde No tuvo acompañante</p>	<hr/> <hr/> <hr/>

	<p>Dificultad económica</p> <p>Horario no compatible</p> <p>Problemas con el clima</p> <p>Otro</p> <p>Cuál?</p>	<hr/> <hr/> <hr/>
<p>¿Se siente motivado por parte del profesional que dirige el programa en el cual se encuentra?</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>Algunas veces</p> <p>La mayoría de las veces</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>¿Se siente motivado por parte del personal de la institución para la asistencia a la consulta?</p>	<p>Si</p> <p>No</p>	<hr/> <hr/>
<p>¿Cómo percibe la calidad del servicio?</p>	<p>Excelente</p> <p>Buena</p> <p>Regular</p> <p>Mala</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>¿Considera usted que el trato dado por parte del profesional que dirige el programa es humano, cálido y respetuoso?</p>	<p>Siempre</p> <p>La mayoría de las veces</p> <p>Algunas veces</p> <p>Nunca</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Conoce los beneficios del programa y la importancia de su asistencia para el restablecimiento o permanencia de su salud</p>	<p>Si</p> <p>No</p>	<hr/> <hr/>

¿El programa cumple con sus expectativas?	Si no	_____ _____
¿Considera que los mecanismos que tiene la institución para recordarle la cita son suficientes?	Si No	_____ _____
¿Considera que la asignación de la cita fue oportuna?	Si No	_____ _____

10.2 ANEXO B. TABLA DE VARIABLES

NOMBRE	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CÓDIGO
Sexo	Cualitativo	Nominal	1. Hombre 2. Mujer
Edad	Cuantitativo	Razón	Número de años cumplidos
Escolaridad	Cualitativo	Ordinal	1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Posgrado
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Rango Salarial	cualitativa	Nominal	1. 1 y 2 SMLV 2. 3 Y 4 SMLV 3. Mayor 5 SMLV
Tipo de afiliación	Cualitativa	Nominal	1. Beneficiario 2. Cotizante
Rango de inasistencia	Cuantitativa	Nominal	1. Una inasistencia 2. Más de una inasistencia
Estado civil	cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado
Servicio al que inasiste	Cualitativa	Nominal	1. Consulta de riesgo cardiovascular 2. Consulta de control prenatal 3. Consulta de planificación
Mecanismo para cancelar la cita	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Motivo de la inasistencia	Cualitativa	Nominal	1. Olvido 2. Horario no compatible 3. Otros

Se siente motivado por parte del profesional que dirige el programa en el cual se encuentra	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1 Si 2 No
Se siente motivado por parte del personal de la institución para la asistencia a la consulta	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Conoce los beneficios del programa y la importancia de su asistencia para el restablecimiento o permanencia de su salud	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Cómo considera la Calidad del programa	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excelente 2. Buena 3. Regular

El programa cumple con sus expectativas	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Considera usted que la asignación de la cita fue oportuna	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Considera que los mecanismos que tiene la institución para recordarle la cita son suficientes	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Usted considera el trato humano cálido y respetuoso	Cualitativa	Nominal	1. Siempre 2. Casi siempre