



Análisis del manejo del talento humano de los protocolos y normas técnicas y de la percepción sobre la educación recibida por los usuarios Programa de Detección Temprana. Colombia, 2002-2007*

Analysis of Human Resource management protocols and technical standards and perception of education received by users. Early Detection Program. Colombia, 2002-07

Análise do manejo de talento humano dos protocolos e normas técnicas e da percepção sobre educação recebida pelos usuários Programa de Detecção Precoce. Colômbia, 2002-2007

Fecha de recepción: 08-06-15 Fecha de aceptación: 24-08-15 Disponible en línea: 01-11-15
doi: 10.11144/Javeriana.rgyyps14-29.amth

Cómo citar este artículo:

Vargas Peña GS, Gómez Zona AL, Roa Piedrahita A. Análisis del manejo del talento humano de los protocolos y normas técnicas y de la percepción sobre la educación recibida por los usuarios. Programa de Detección Temprana. Colombia. 2002-07. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2015; 14(29): 136-155.
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps14-29.amth>

Gilma Stella Vargas-Peña**
Andrés Leonardo Gómez-Zona***
Adriana Roa-Piedrahita****

* Investigación realizada con el apoyo financiero de la Estrategia de Sostenibilidad 2013-2014 del Comité para el Desarrollo de la Investigación (codi) de la Universidad de Antioquia (U de A), y de la Facultad Nacional de Salud Pública, también de la U de A. Iniciada en el año 2010 y finalizada en el 2012.

** Magíster en Ciencias Administrativas, profesora del Departamento de Ciencias Específicas de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: gilma.vargas@udea.edu.co. Dirección: Calle 62 N° 52-59 of 301, Medellín, Colombia.

*** Magíster en Salud Pública, profesor de cátedra del Departamento de Ciencias Específicas de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: andreslgzona@yahoo.com.

**** Magíster en Administración en Salud, docente de cátedra y asesora en salud de la Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia. Correo electrónico: adri.roa@gmail.com.



Resumen

Objetivo: analizar el manejo de protocolos y normas técnicas, así como la percepción de los usuarios sobre la educación recibida en tres programas de detección temprana en Colombia, entre los años 2002 y 2007. *Metodología:* se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte trasversal, según registros de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2007 (ENDS). *Hallazgos:* el 57% del personal estaba en instituciones públicas, predominio del sexo femenino (67%), del rango de edad de 21 a 30 años (44%) y flexibilización laboral (56%). El cumplimiento en *protocolos*, tenencia (85%), conocimiento (96%), utilización (98%) y disponibilidad (74%), y en *normas técnicas*, tenencia (93%) y disponibilidad (68%). El 79,2% de las maternas percibieron educación para consultar nuevamente, y en otros programas el 90%. *Conclusión:* no se cumplió en el 100% lo establecido en protocolos y normas técnicas, en lo que pudo haber influido la flexibilización laboral y el desestímulo de programas de salud pública, en respuesta al sistema neoliberal y en detrimento de la calidad.

Palabras clave: crecimiento y desarrollo; Salud materno-infantil; prevención y control; educación en salud; calidad de la atención en salud

Abstract

Objective: to analyze management protocols and standards, and the perception of users about the education received in three early detection programs in Colombia. 2002-07. *Methodology:* a retrospective descriptive study of transversal cut was made, according to records from the National Demographic and Health Survey 2007 (ENDS). *Findings:* 57% of the workforce was in public institutions, the female predominance (67%), the 21-30 years (44%), and labor flexibility (56%). Compliance Protocols, holding (85%) knowledge (96%), using (98%) and availability (74%) and technical standards, holding (93%) and availability (68%). 79.2% of maternal education perceived to check again, and other programs, 90%. *Conclusion:* was not met in 100% established protocols and standards, in what may have influenced labor flexibility and the discouragement of public health programs, in response to the neoliberal system and to the detriment of quality.

Keywords: growth and development; maternal and child health; prevention & control; health education and quality assurance health care

Resumo

Objetivo: analisar o manejo de protocolos e normas técnicas, assim como a percepção dos usuários sobre o ensino recebido em três programas de detecção precoce na Colômbia, entre os anos 2002 e 2007. *Metodologia:* realizou-se estudo descritivo retrospectivo de corte transversal, segundo registros do Inquérito Nacional de Demografia e Saúde-2007 (ENDS). *Achados:* o 57% do pessoal foi em instituições públicas, predomínio do sexo feminino (67%), na faixa etária de 21 para 30 anos (44%) e flexibilização laboral (56%). O cumprimento em protocolos, existência (85%), conhecimento (96%), utilização (98%) e disponibilidade (74%), e em normas técnicas, existência (93%) e disponibilidade (68%). O 79,2% das maternas receberam instrução para consultar de novo, e em outros programas o 90%. *Conclusão:* não foi cumprido o 100% do estabelecido em protocolos e normas técnicas, e nisso pode ter influenciado a flexibilização laboral e o desestímulo de programas de saúde pública, em resposta ao sistema neoliberal e em detrimento da qualidade.

Palavras-chave: acréscimo e desenvolvimento; Saúde materno-infantil; prevenção e controle; educação em saúde; qualidade do atendimento em saúde

Introducción

La Ley 100 de 1993 estableció que el Sistema General de Seguridad Social en Salud crearía las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) para los colombianos antes del 2001, que garantizara protección integral e incluyera la promoción y el fomento de la salud, además de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad (1). Este fue diferencial para los regímenes contributivo y subsidiado (C-s), hasta su unificación en el año 2012 (2).

Las actividades de promoción y prevención de los planes de beneficio de obligatorio cumplimiento para Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), fueron reglamentadas según la Resolución 3997 de 1996 (3), incluyendo actividades no integradas al POS. Luego, el Acuerdo 117 de 1998 (4) las agrupó en actividades de “Protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en Salud Pública”. La Resolución 412 del 2000 (5)¹ estableció actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adoptó las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. Su objetivo fue cambiar el modelo asistencialista por uno integral que coordinara acciones de promoción y prevención con las asistenciales, para una mayor calidad en la prestación de los servicios y una mejor gestión de las entidades responsables. La Resolución 3384 del 2000 (6)² aclaró los contenidos de las normas y guías de atención;

teniendo en cuenta el PC-s, se ajustaron las metas de las matrices de programación y se reemplazaron los “indicadores de falla” por indicadores “centinela de la calidad”.

La *detección temprana* se define como “el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte” (5). Incluye la detección de: alteraciones del crecimiento y del desarrollo (menores de 10 años); del desarrollo del joven (10-29/años); del embarazo; del adulto (mayor de 45/años); del cáncer de cuello uterino y del seno y alteraciones de agudeza visual (5).

Con respecto a crecimiento y desarrollo se plantea la necesidad de fortalecer el vínculo con los padres para intervenir necesidades desde diferentes dimensiones, mediante una educación orientada a hacer frente a las reacciones comportamentales del hijo en sus diferentes etapas e identificar los cuidados que lo fortalecen (7). Esto se asegura con una alimentación óptima durante los primeros dos años de vida, pues “el logro de la cobertura universal de una lactancia materna óptima podría evitar, globalmente, el 13% de las muertes que ocurren en los niños menores de 5 años” (8), que las madres con información básica sobre el valor y las ventajas de la leche natural sobre la artificial practiquen buenos hábitos higiénicos durante la lactancia (9).

De todas maneras, la unificación de la guía de detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo con la Estrategia AIEPI³ no ha garantizado capacitación y apoyo técnico permanente, a lo que se agrega la falta de experiencia y la sobrecarga laboral

1 La implementación de esta resolución se tuvo que aplazar en dos ocasiones y finalmente se llevó a cabo en abril del 2001.

2 Que modificó parcialmente las resoluciones 412 y 1745 del 2000.

3 Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia.



del TH, favoreciendo el incumplimiento de metas y objetivos propuestos (10).

El país, consecuente con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ha implementado actividades para el acceso oportuno y la reducción de la mortalidad materna. En ellas la detección temprana de alteraciones durante el embarazo desempeña un papel importante. A este respecto, la ENDS-2010 mostró que el 77% refirió inicio de controles prenatales antes del cuarto mes de embarazo, el 15% entre el cuarto y el quinto mes, y el 8% posteriormente al quinto mes (11). Según la misma encuesta, hubo aumento en la atención materna y del cuidado del médico o enfermera de 83 a 97% en quince años. En la zona urbana pasó de 90 a 98% y en la rural de 70 a 94%; en la Región Caribe de 79 a 96% (12). Por otro lado, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y Globocan (13),⁴ cada año se diagnostican aproximadamente 6800 mujeres con cáncer de cérvix y mueren poco más de 3200 por esta causa (12), por lo que este “se constituye en el segundo cáncer más frecuente y la primera causa de mortalidad en las mujeres colombianas, el 2,2% de las mujeres aproximadamente desarrollara este cáncer antes de los 65 años y una de cada 2 mujeres diagnosticadas con este cáncer morirá por esta causa debido a la detección tardía” (14).

El buen funcionamiento de los programas depende de la cantidad y calidad del TH y de su adecuada planeación para el desarrollo de las actividades. En el marco de las leyes 1164 del 2007 y 1438 del 2011, se han desarrollado

actividades para obtener la información para definir la política de TH en salud y la implementación de un sistema de formación continua. Según el PARS,⁵ el 52% de las mujeres eran graduadas en medicina, el 97,56% en enfermería y el 70% en odontología, y mayor rango entre 20 y 29 años (15). Otros estudios realizados evidenciaron predominio del sexo femenino en 72% y de auxiliares de enfermería sobre el total de auxiliares en salud del 76%; además, la relación mujer-hombre es de 2,58:1. De los profesionales, el 34% eran médicos, 20% enfermeros y 12% odontólogos; por otro lado, el 0,5% eran psicólogos y el 0,2% nutricionistas (16).

En cuanto a las formas de contratación, un estudio del 2007 reveló que el 49% del TH responsable de la atención de las guías objeto de análisis en las IPS públicas estaba vinculado por contrato laboral, y en las IPS privadas predominaban las otras modalidades. Este panorama varió en el 2012, con el surgimiento de cuatro modalidades de contratación: contrato laboral, ejercicio independiente, prestación de servicios y empleador no registrado en REPS;⁶ el 40,6% de los médicos estaban contratados directamente, el 23,62% por prestación de servicios y el 32,29% por empleador no registrado en REPS. El 38% de profesionales de enfermería tenían contratación directa y el 19,7% y 42% los otros tipos de contratación. El 25% de los auxiliares de enfermería tenían contrato laboral y el 55% con empleador no registrado en REPS (14).

Las dificultades que presentan los programas afectan la calidad de la atención, definida esta, según el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGC) (17,18), como la provisión de servicios individuales y colectivos accesibles, equitati-

4 Es un proyecto de salud llevado a cabo por la International Agency for Research on Cancer (IARC), que tiene como objetivo proporcionar las estimaciones actuales de incidencia y mortalidad de los principales tipos de cáncer, a nivel nacional, para todos los países del mundo.

5 Programa de Apoyo a la Reforma.

6 REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

vos, con nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. La calidad se fundamenta en el mejoramiento continuo y la atención centrada en el usuario y considera necesaria la rigurosidad en la evidencia científica (19,20).⁷ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sistema es fundamental en la atención y componente crítico de la gestión de la calidad (21). La calidad ha tomado relevancia porque es uno de los parámetros de competencia entre las IPS; su objetivo es satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios mediante el mantenimiento, restauración y promoción de la salud (22,23).

En el país no se ha tenido referencia de estudios sistemáticos que den cuenta del manejo que se le ha dado a los protocolos y normas técnicas, ni tampoco de la percepción de la educación recibida por los usuarios. Por ello se planteó esta investigación, incluyendo los programas de control del crecimiento y desarrollo (cyd), alteraciones relacionadas con el embarazo y cáncer de cuello uterino (Ca cérvix), con los siguientes objetivos: a) caracterizar el manejo realizado por el TH a los protocolos y normas técnicas en las IPS, en cuanto a tenencia, conocimiento, disponibilidad y utilización, y b) determinar la percepción de los usuarios sobre la educación e información recibidas.

Se espera que esta investigación sea un aporte a la discusión y al mejoramiento de las políticas públicas de salud relacionadas con el tema, a la planificación de los servicios y programas, y que sirva de referencia para otras investigaciones.

7 Lo cual permite tener la mejor evidencia externa disponible y metodologías sistematizadas que orienten las decisiones médicas, las cuales integren la experiencia clínica, a la vez que tomen en cuenta las preferencias, preocupaciones, expectativas y el estado de salud de los usuarios.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, tomando como referencia fuentes secundarias de la Encuesta Nacional de Salud 2007 (ENS-2007), realizada en 238 municipios. Se analizaron los registros de los módulos 1 y 3 para IPS y del módulo 1 para usuarios de la base de datos que fue suministrada por el Ministerio de la Protección Social a la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, la cual tenía como objetivo hacer un análisis de la situación de salud de Colombia entre los años 2002 y 2007.

La investigación se realizó con base en la información del estudio macro, que incluyó actividades de detección temprana, y en estas los programas de crecimiento y desarrollo, detección de alteraciones del embarazo y Ca de Cérvix. Con base en los registros se realizó un muestreo probabilístico, por conglomerados, estratificado y polietápico. La población fue la totalidad de los registros incluidos en la ENS, y la muestra de este estudio estuvo conformada por los 7023 trabajadores de los servicios de consulta externa, 93 737 usuarios consultantes de los servicios, y los registros de 1170 IPS, de las cuales el 48% [562] son privadas y el 52% [608] son públicas. Estas se encontraban distribuidas así: 26,2% [306] en la Región Central, 20,6% [241] en la Región Atlántica, 18,4% [215] en la Región Oriental, 15,5% [181] en la Región la Pacífica, 12,1% [141] en Bogotá y 7,4% [86] en la Orinoquía y Amazonía. La unidad de observación fueron las IPS, los trabajadores de la salud del servicio de consulta externa y los usuarios consultantes que hicieron parte de la ENS-2007, los cuales fueron investigados a través de muestras probabilísticas representativas de los universos respectivos. Estas garantizaron estimaciones válidas y no sesgadas de las características y relaciones, a nivel regional y nacional.



Se operacionalizaron las variables de acuerdo al nivel de medición y las categorías utilizadas en la encuesta, y se realizaron análisis univariados y bivariados. Se analizaron prevalencias de las actividades desempeñadas por los trabajadores de la salud, según naturaleza jurídica de las IPS, edad, sexo, ubicación geográfica, conocimiento, tenencia, utilización y disponibilidad de protocolos y normas técnicas, y la percepción de los usuarios sobre la información y la educación que recibieron.

Resultados

Caracterización del manejo de los protocolos y normas técnicas en actividades de detección temprana

Caracterización del personal responsable de los programas

Distribución del personal según la naturaleza jurídica de las IPS. De 5709 personas que respondieron la ENDS, el 31% [1777] se desempeñaba en el programa de CYD. De las 3723 personas que la respondieron, el 51%

[1894] se desempeñaba en el programa Detección de Alteraciones del Embarazo, y de las otras 5685, el 25,5% [1450] estaba en el de Ca cérvix. De los que se desempeñaban en los tres programas, el 57% laboraba en las IPS públicas y el resto en las privadas. Esto posiblemente por la implementación de planes de choque contra la mortalidad materna, iniciativa en la cual se aunaron esfuerzos tendientes a incentivar y mejorar la atención a las gestantes tanto en IPS públicas como en privadas (tabla 1).

Distribución del personal según disciplina y naturaleza jurídica de las IPS.

Del total de responsables de CYD, el 51% eran médicos, del total en alteraciones del embarazo era el 64% y el 43% en control de Ca de cérvix. La distribución de enfermeras en los tres programas fue de 34, 27 y 29%, respectivamente. A su vez, los auxiliares de enfermería en el primer programa eran el 6% y en el segundo y en el tercero el 3 y el 20%, respectivamente. En menos del 4% estuvieron nutricionistas, psicólogos y odontólogos. Se resaltan otros profesionales, sobre todo en Ca de cérvix con 8%.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE TALENTO HUMANO PARA LAS ACTIVIDADES DE DETECCIÓN TEMPRANA SEGÚN NATURALEZA JURÍDICA DE LAS INSTITUCIONES

Programa		Naturaleza					
		Privada o mixta		Pública		Total	
		N	%	n	%	n	%
Control de crecimiento y desarrollo	Sí	756	29,6	1021	32,3	1777	31,1
	Total	2552	100	3157	100	5709	100
Detección de alteraciones del embarazo	Sí	834	44,7	1060	57	1894	50,9
	Total	1864	100	1859	100	3723	100
Detección temprana del cáncer de cuello uterino	Sí	621	24,4	829	26,4	1450	25,5
	Total	2548	100	3137	100	5685	100

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de Salud 2007, módulo 3 para ips

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE RESPONSABLES DE LAS TRES ACTIVIDADES DE DETECCIÓN TEMPRANA, SEGÚN DISCIPLINA Y NATURALEZA JURÍDICA DE LAS IPS. COLOMBIA, 2007

Talento Humano	CRECIMIENTO Y DESARROLLO						ALTERACIONES DEL EMBARAZO						CANCER DE CUELLO UTERINO					
	Naturaleza de las IPS						Naturaleza de las IPS						Naturaleza de las IPS					
	Pública		Privada		Total		Pública		Privada		Total		Pública		Privada		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	505	56%	400	44%	905	51%	641	52%	580	48%	1221	64%	321	51%	305	49%	626	43%
Enfermera	359	60%	239	40%	598	34%	322	64%	182	36%	504	27%	251	61%	163	39%	414	29%
Psicólogo	4	33%	8	67%	12	1%	5	36%	9	64%	14	1%	0	0%	1	0%	1	0%
Nutricionista	36	46%	42	54%	78	4%	22	47%	25	53%	47	2%	0	0%	1	0%	1	0%
Odontólogo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	0%
Auxiliar de Enfermería	83	75%	28	25%	111	6%	38	75%	13	25%	51	3%	194	66%	102	34%	296	20%
Otro	34	47%	39	53%	73	4%	32	56%	25	44%	57	3%	62	56%	49	44%	111	8%
TOTAL	1021	57%	756	43%	1777	100%	1060	56%	834	44%	1894	100%	829	57%	621	43%	1450	100%

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de Salud 2007, módulo 3 para IPS

Hubo mayor presencia de médicos en los tres programas de las IPS públicas, con 51% en promedio, enfermeras el 62% y auxiliares de enfermería el 72%, y mayor presencia en IPS privadas de psicólogos con el 67 y el 64% en los programas de cyd y alteraciones del embarazo, y en estos mismos programas los nutricionistas con el 54 y el 53%, respectivamente. Ambos tipos de instituciones tenían contratado otro tipo de personal, siendo mayor en el programa de cyd y en las IPS privadas con el 53%, y en alteraciones del embarazo y cáncer de cuello uterino en las públicas con el 56%. Se observa una gran proporción de médicos y enfermeras en la prestación de servicios, dadas las condiciones establecidas en las normas (tabla 2).

Distribución según edad y sexo. La edad de 21 a 30 años estuvo en promedio en 44%, de 31 a 40 años el 26%, de 41 a 50 años el 20%, y el resto correspondía a otras. Predominaron las mujeres, con un promedio de 67%: el 68,4% en cyd, 61% en alteraciones del embarazo y 72,6% en Ca de cérvix.

La alta concentración de personal joven pudo deberse a las altas rotaciones, los bajos incentivos laborales y a la forma de vinculación laboral, principalmente, y, como lo

muestra el SNIES,⁸ en el país las mujeres predominan en la profesión de enfermería (24).

Distribución según tipo de vinculación laboral. El personal estaba vinculado por contrato laboral en un 46%, por prestación de servicios 28%, por cooperativa de trabajo asociado 22% y mediante otra modalidad 4%. Es decir, más del 50% no tenía vinculación laboral fija, con predominio de la flexibilización laboral.

Distribución según disciplina y tipo de vinculación laboral (ver figura 1). El porcentaje de médicos vinculados por contrato laboral fue en promedio de 44%, por prestación de servicios 32% y por cooperativas de trabajo asociado 21%. El comportamiento de las enfermeras fue de 47% por contrato laboral y 24 y 25% en las otras dos formas de contratación; el resto a otras modalidades. En los auxiliares de enfermería el contrato laboral en el programa control de cyd y cáncer de cuello uterino fue de 56 y 59%, respectivamente, y para alteraciones del embarazo 71%; el resto correspondía a otras modalidades. Si bien es cierto que en la época del estudio la vinculación por contrato laboral aún era frecuente, principalmente en las ips públicas, con la reestructuración de hospitales, el auge de

8 Sistema Nacional de Información de Educación Superior del Ministerio de Educación.



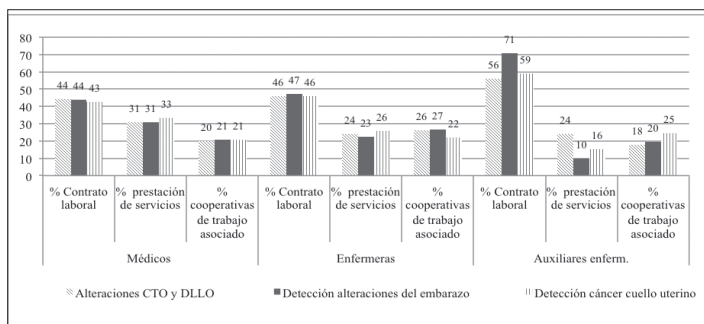


FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD QUE PARTICIPAN EN CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES DE DETECCIÓN TEMPRANA, SEGÚN DISCIPLINA Y TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL. COLOMBIA, 2007

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de Salud, 2007, módulo 3 para ips

las cooperativas de trabajo asociado, y más tarde por las agremiaciones sindicales, esta condición fue variando, hasta invertirse los porcentajes, pasando de 47% por contrato laboral a 61,7%, por ips no registradas en reps —otro tipo de contratante— (42%) y otro tipo de contrato como la prestación de servicios (19,7%) (15).

La contratación del personal por prestación de servicios en el programa control de cyd fue de 24,3%, cáncer de cuello uterino 15,5% y alteraciones del embarazo 9,8%. Por cooperativa de trabajo asociado el 18% en el programa control de cyd, y 24,7 y 19,6% en los otros dos programas, respectivamente. Otros profesionales también estuvieron vinculados bajo estas modalidades de contratación en estos programas, con predominio de la contratación laboral para aquellos del programa de cáncer de cuello uterino con el 47,3% y de la contratación por cooperativa de trabajo asociado para los otros programas con el 38% (figura 1).

Manejo de protocolos y normas técnicas por el personal

Manejo de protocolos y normas técnicas. El análisis de los resultados sobre el manejo de los protocolos de los programas se hizo con base en las siguientes variables: tenencia,

conocimiento (a los que afirmaron tenerlo), disponibilidad y utilización (a los que respondieron que los conocían). En el caso de las normas técnicas se indagó sobre conocimiento y disponibilidad.

Programa de Crecimiento y Desarrollo: de 1777 trabajadores, 83,1% [1477] conocían los protocolos. El porcentaje fue superior en Bogotá, con 88,4% [512], y las regiones Central y Oriental, con 86,6% [472] y 83,4% [321], respectivamente. El 6,2% [110] no sabía sobre su existencia. El 95,3% [1408] afirmó conocerlo, porcentaje superado por la Región Central con 97,7% [461], la Pacífica con 97,6% [205] y Orinoquía y Amazonía con 96,6% [85]. En la Región Atlántica fue inferior, con 91% [213]. El 98,2% [1382] lo utilizaba, porcentajes similares los tuvieron las regiones Central, Bogotá y Pacífica, y en el resto fue de 97% en promedio. El 77,7% [1094] lo tenía disponible al momento de la consulta; presentaron mayores porcentajes la Región Oriental, con 82% [246], la Central con 81,3% [375] y Bogotá con 80,6% [116], y los más bajos fueron Amazonía con 69,4% [59] y Orinoquía con 68,3% [140] (tabla 3, figura 2).

De 1777 trabajadores del programa, 92,6% [1646] tenían conocimiento de la norma técnica. En la región Orinoquía y Amazonía

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL MANEJO DE PROTOCOLOS EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (POR REGIONES), COLOMBIA, 2007

Protocolo	Región												Total		
	Atlántica		Oriental		Central		Pacífica		Bogotá		Orinoquía y Amazonia		No.	%	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			
Lo tiene	Sí	234	77,0	321	83,4	472	86,6	210	85,0	152	88,4	88	71,0	1477	83,1
	Total	304	100,0	385	100,0	545	100,0	247	100,0	172	100,0	124	100,0	1777	100,0
Lo conoce	Sí	213	91,0	300	93,5	461	97,7	205	97,6	144	94,7	85	96,6	1408	95,3
	Total	234	100,0	321	100,0	472	100,0	210	100,0	152	100,0	88	100,0	1477	100,0
Lo utiliza	Sí	207	97,2	293	97,7	455	98,7	202	98,5	142	98,6	83	97,6	1382	98,2
	Total	213	100,0	300	100,0	461	100,0	205	100,0	144	100,0	85	100,0	1408	100,0
Está disponible	Sí	158	74,2	246	82,0	375	81,3	140	68,3	116	80,6	59	69,4	1094	77,7
	Total	213	100,0	300	100,0	461	100,0	205	100,0	144	100,0	85	100,0	1408	100,0

Norma técnica															
Conocimiento	Sí	268	88,2	362	94,0	517	94,9	233	94,3	144	83,7	122	98,4	1646	92,6
	Total	304	100,0	385	100,0	545	100,0	247	100,0	172	100,0	124	100,0	1777	100,0
Disponibilidad	Verificado	178	66,4	266	73,5	388	75,0	141	60,5	105	72,9	93	76,2	1171	71,1
	Total	268	100,0	362	100,0	517	100,0	233	100,0	144	100,0	122	100,0	1646	100,0

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de Salud 2007. Módulo 3 para ips



fue el 98,4% [122] y en las regiones Central, Pacífica y Oriental el 94%. Presentaron menores porcentajes Bogotá, con 83,7% [144], y la Región Atlántica con 88,2% [268]. De los que la conocían, 71,1% [1171] dijeron tenerla disponible, y en las regiones de Orinoquía, Amazonía, Central, Oriental y Bogotá, esta fue, en promedio, de 75%. Los menores porcentajes estuvieron en las regiones Atlántica, con 66,4% [178], y Pacífica con 60,5% [141] (tabla 3, figura 2).

Fue relevante el conocimiento de la norma técnica en el caso de cyd, que contribuye a la atención con calidad al menor y sus padres y/o cuidadores, y estuvo por encima de la disponibilidad de esta al momento de la consulta, como es el caso de la región Amazonía y Orinoquía, con mayores porcentajes en conocimiento de la norma y menores en disponibilidad de ella. En la Región Atlántica no hubo disponibilidad ni conocimiento de la norma. Aunque los sistemas de calidad proponen sistemas documentales de tipo administrativo, en ocasiones estos no son de uso cotidiano de las personas.

Detección temprana de las alteraciones del embarazo: de los 1894 trabajadores del programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo, 87,4% [1656] tenían los protocolos, las regiones Central y Bogotá tuvieron el 90% cada una. Los menores porcentajes estuvieron en la Región Pacífica, con 83,4% [211], y en la Orinoquía y Amazonía con 76,3% [100]; el 4,2% [79] desconocía su existencia. De los que lo tenían, 97,5% [1614] lo conocían, de estos el 98,2% [1585] lo utilizaba para orientar la consulta y el 73,8% [1191] lo tenía disponible; fue menor en la Región Atlántica, con 65,5% [186], y en la Orinoquía y Amazonía con 61,6% [61] (tabla 4, figura 2).

De los 1894 profesionales, 92,8% [1757] tenían conocimiento de las normas técnicas. Resalta la Región Orinoquía y Amazonía con

96,9% [127] y con menor porcentaje Bogotá con 87% [140]. De los que las conocían, 68,2% [1199] las tenían disponibles. Estos fueron menores en la Región Atlántica, con el 63% [194], Bogotá con 61,4% [86] y en la Región Pacífica con 60,8% [144] (tabla 4, figura 2).

Es de destacar que en Bogotá, a pesar de ser la capital del país y contar con mayor acceso a la información, aún se desconozca y no se disponga de la norma, lo que puede afectar la calidad de la atención de las gestantes. Ya el análisis mortalidad materna en Bogotá en 2006-2007-2008 muestra que de 28 muertes analizadas en 2008, 4 fueron por trastornos hipertensivos, el 100% inició control durante el primer trimestre de gestación y “las medidas que se toman en estas pacientes durante los controles no han sido lo suficientemente efectivas para evitar la muerte” (25).

La adecuada aplicación de la norma permite identificar el riesgo y reorientar acciones hacia el mejoramiento de la atención, para evitar eventos adversos prevenibles en las gestantes. De manera general, la estandarización les cuesta a los profesionales de la salud; así, persisten problemas en el conocimiento y aplicación de las normas y dificultades en el interés por la evidencia científica.

Detección temprana del cáncer de cuello uterino: de 1450 trabajadores del programa de detección de Ca de cérvix, 85,1% [1234] tenían el protocolo; en Bogotá fue el 93,2% [110] y en la Región Central el 88,8% [373]. La Región Orinoquía y Amazonía tuvo menor porcentaje, con 74,3% [84], y no sabía de su existencia el 6,3% [91]. El 94,6% [1167] lo conocía; en Bogotá fue el 98,2% [108] y en las otras regiones los comportamientos fueron similares. El 98,2% [1146] lo utilizaba y el 71,7% [837] lo tenía disponible; este último fue menor en las regiones Orinoquía

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL MANEJO DE LOS PROTOCOLOS EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO (POR REGIONES), COLOMBIA, 2007

Protocolo	Región												Total		
	Atlántica		Oriental		Central		Pacífica		Bogotá		Orinoquía y Amazonía				
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			
Lo tiene	Sí	300	87,0	384	88,1	516	90,8	211	83,4	145	90,1	100	76,3	1656	87,4
	Total	345	100,0	436	100,0	568	100,0	253	100,0	161	100,0	131	100,0	1894	100,0
Lo conoce	Sí	284	94,7	374	97,4	509	98,6	208	98,6	140	96,6	99	99,0	1614	97,5
	Total	300	100,0	384	100,0	516	100,0	211	100,0	145	100,0	100	100,0	1656	100,0
Lo utiliza	Sí	275	96,8	368	98,4	500	98,2	205	98,6	140	100,0	97	98,0	1585	98,2
	Total	284	100,0	374	100,0	509	100,0	208	100,0	140	100,0	99	100,0	1614	100,0
Está disponible	Sí	186	65,5	298	79,7	395	77,6	149	71,6	102	72,9	61	61,6	1191	73,8
	Total	284	100,0	374	100,0	509	100,0	208	100,0	140	100,0	99	100,0	1614	100,0
Norma técnica															
Conocimiento	Sí	308	89,3	406	93,1	539	94,9	237	93,7	140	87,0	127	96,9	1757	92,8
	Total	345	100,0	436	100,0	568	100,0	253	100,0	161	100,0	131	100,0	1894	100,0
Disponibilidad	Sí	194	63,0	286	70,4	395	73,3	144	60,8	86	61,4	94	74,0	1199	68,2
	Total	308	100,0	406	100,0	539	100,0	237	100,0	140	100,0	127	100,0	1757	100,0

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de Salud 2007. Módulo 3 para ips



y Amazonía, con 63,4% [52], y Pacífica con 62,5% [105] (tabla 5, figura 2).

El 93,5% [1356] del personal conocía las normas técnicas, y de estos, el 64,5% [875] las tenían disponibles. Esto último fue inferior en la Región Atlántica, con 57,9% [136], y en la Región Pacífica con 49,7% [97] (tabla 5, figura 2).

El conocimiento y la disponibilidad de la norma asegura la atención con calidad a las usuarias del servicio, y por ende contribuye al diagnóstico temprano y a un tratamiento oportuno, lo que mejora las condiciones de las usuarias con citologías anormales. Es así como se evidencian porcentajes superiores al 90% en la mayoría de las regiones con respecto a la realización de la citología, lo que se acentúa con la edad, la condición económica y el nivel educativo (23).

En los tres programas se observó mayor cumplimiento en el conocimiento y la utilización de protocolos y en la tenencia de las normas técnicas, en tanto que el menor porcentaje está en su disponibilidad (figura 2).

Percepción de los usuarios sobre la información y educación que recibieron en los programas

Control de crecimiento y desarrollo: de 3684 usuarios del programa cyd (4% de los consultantes a CE [93 737]), el 96,4% [3553] manifestó recibir explicación *de cómo se encontraba el niño al momento de la consulta*; el 67,8% [2497] *sobre las vacunas y su importancia*, con porcentajes menores en Bogotá, con 63,4% [136], y la Región Atlántica con 61% [434]; el 54,3% [2000] *sobre cómo jugar con el niño para estimular su desarrollo*, con menor porcentaje para Bogotá con 43,7% [229]; el 46,5% [1713] *sobre cómo prevenir los accidentes*, y Bogotá con porcentaje inferior de 42% [220]; el 46% [1696] *sobre cómo corregir y educar al niño*, y los porcentajes menores fueron en las regiones Atlántica, Orinoquía y Amazonía y Bogotá: en esta última fue de 32,1% [168]. Finalmente, el 92,8% [3418] fue informado sobre *cuándo volver a la consulta*; Bogotá tuvo el menor porcentaje, con 86,3% [452].

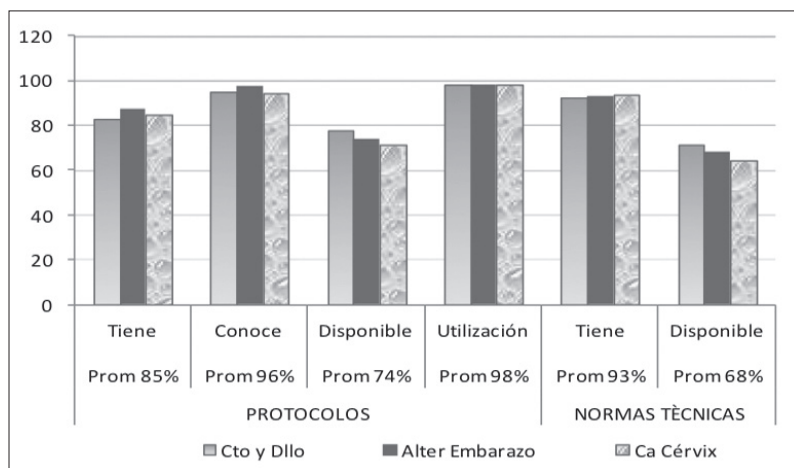


FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL MANEJO DE PROTOCOLOS Y NORMAS TÉCNICAS EN TRES PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA. COLOMBIA, 2007

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de Salud 2007. Módulo 3 para IPS

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL MANEJO DE LOS PROTOCOLOS EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO (POR REGIONES). COLOMBIA, 2007

Protocolos	Región														
	Atlántica		Oriental		Central		Pacífica		Bogotá		Orinoquía y Amazonía		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Lo tiene	Sí	204	80,3	284	85,5	373	88,8	179	84,0	110	93,2	84	74,3	1234	85,1
	Total	254	100,0	332	100,0	420	100,0	213	100,0	118	100,0	113	100,0	1450	100,0
Lo conoce	Sí	186	91,2	272	95,8	351	94,1	168	93,9	108	98,2	82	97,6	1167	94,6
	Total	204	100,0	284	100,0	373	100,0	179	100,0	110	100,0	84,0	100,0	1234	100,0
Lo utiliza	Sí	181	97,3	270	99,3	340	96,9	167	99,4	107	99,1	81	98,8	1146	98,2
	Total	186	100,0	272	100,0	351	100,0	168	100,0	108	100,0	82	100,0	1167	100,0
Está disponible	Sí	132	71,0	212	77,9	256	72,9	105	62,5	80	74,1	52	63,4	837	71,7
	Total	186	100,0	272	100,0	351	100,0	168	100,0	108	100,0	82	100,0	1167	100,0
Norma técnica															
La conoce	Sí	235	92,5	317	95,5	387	92,1	195	91,5	115	97,5	107	94,7	1356	93,5
	No	19	7,5	15	4,5	33	7,9	18	8,5	3	2,5	6	5,3	94	6,5
	Total	254	100,0	332	100,0	420	100,0	213	100,0	118	100,0	113	100,0	1450	100,0
Esta disponible	Verificado	136	57,9	227	71,6	264	68,2	97	49,7	77	67,0	74	69,2	875	64,5
	No verificado	99	42,1	90	28,4	123	31,8	98	50,3	38	33,0	33	30,8	481	35,5
	Total	235	100,0	317	100,0	387	100,0	195	100,0	115	100,0	107	100,0	1356	100,0

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de Salud 2007. Módulo 3 para IRS



La educación brindada a padres y/o cuidadores muestra porcentajes bajos en Bogotá y la Región Atlántica, situación que puede explicarse por los tiempos reducidos de consulta que, a pesar de estar estipulados en la norma para ser de 30 minutos, no se cumplen, por presiones de las IPS y EPS que obligan a realizar un mayor número de consultas con el mismo TH, por ser superior la demanda a la oferta. Esto ocasiona olvidos, como el de no indicar a los padres cuándo deben regresar a consulta.

De 506 maternas, el 82,8% [419] recibió indicaciones sobre *la importancia de darle leche materna*, el menor porcentaje fue para Bogotá con 73,3% [85]. Al 60,7% [307] le explicaron sobre *el cuidado del ombligo*; el menor porcentaje fue en la Región Central, con 48% [48]. Al 65,8% [333] le explicaron sobre *el baño diario y aseo de los genitales*, y Bogotá tuvo el menor porcentaje, con 55,2% [64]. Al 66,6% [337] le explicaron acerca *del cuidado de la piel y la exposición al sol*, y en la Región Central el porcentaje fue menor: 58% [58]. Finalmente, al 40,5% [205] le dieron indicaciones sobre *el sueño del bebé y las diferencias en el llanto*, y Bogotá tuvo el menor porcentaje, con 27,6% [32].

De 551 usuarias, 68,6% [378] manifestaron recibir explicación para *iniciar al menor en el consumo de otros alimentos*, y el menor porcentaje fue para Bogotá, con el 61,7% [74]. Al 32,1% [177] le hablaron sobre *la importancia de que el menor no durmiera con los padres*, y en las regiones Atlántica, Bogotá y Amazonía y Orinoquía tuvieron menores porcentajes, siendo para esta última de 20,7% [6]. Asimismo, al 47,4% [261] le dieron indicaciones sobre *cómo mantener limpios la boca y los dientes*, y Bogotá tuvo el menor porcentaje, con 37,5% [45]. Finalmente, de 2627 usuarias, al 62,2% [1635] le explicaron *cómo mantener limpios los dientes*

del niño, y en Bogotá fue menor el porcentaje, con 52,4% [151].

La educación brindada a las madres sobre puericultura hace mayor énfasis en la importancia de la lactancia materna, el inicio de la alimentación complementaria y la higiene del menor, sin embargo, se evidencia menor interés en lo relacionado con pautas de crianza como el juego, la seguridad, el sueño y el llanto. Lo que puede explicarse por la complementariedad de la norma de detección temprana con la estrategia AIEPI, en donde se tienen en cuenta otros aspectos relacionados con la prevención y atención de enfermedades como la ERA⁹ y la EDA,¹⁰ lo cual obliga a brindar información sobre signos y síntomas de alarma, así como a implementar otras estrategias como la prevención del abuso y del maltrato.

Alteraciones del embarazo: de las 4071 usuarias del programa (el 4% de los consultantes a CE [93 737]), el 50% [2 026]) manifestó recibir información acerca de los beneficios de llevar al compañero o familiar a los controles, siendo la Región Orinoquía y Amazonía la de menor porcentaje, con el 42,9% [103]. Al 71,2% [2897] le explicaron acerca de la importancia de dar solamente leche materna al bebé durante los primeros 6 meses, y el menor porcentaje fue para la Amazonía y Orinoquía, con el 42,9% [103]. Al 81,6% [3323] le hablaron de evitar el consumo de alcohol, tabaco o medicamentos no formulados, y el menor porcentaje fue para la Región Atlántica, con el 74,8% [721], y para la Orinoquía y Amazonía con el 65,4% [157]. El 73,2% [2 978] recibió información sobre la importancia de tener el parto en una IPS, y el menor porcentaje fue para las regiones Atlántica, con el 69,9% [674], y Orinoquía y Amazonía con el 67,5% [162]. Al 60,5% [2 462] le explicaron

9 Enfermedad respiratoria aguda.

10 Enfermedad diarreica aguda.

sobre métodos para evitar el embarazo, con porcentaje menor para las regiones Atlántica, con el 56,1% [541], y Orinoquía y Amazonía con el 55% [132]. Finalmente, el 79,2% [3224] manifestó haber recibido información sobre cuándo volver a consulta de control, con menor porcentaje para las regiones Orinoquía y Amazonía, con el 73,3% [176], y Atlántica con el 70,7% [682].

La educación brindada, especialmente en la región de Orinoquía y Amazonía, muestra los menores porcentajes. Esto puede encontrarse relacionado con las condiciones étnicas — la mayoría es indígena— y por ende este tipo de información puede afectar las creencias y costumbres que se tienen durante el embarazo, y con la dispersión poblacional que hace que el tiempo de consulta se reduzca, por los largos desplazamientos que realizan las mujeres para acudir a sus citas de control.

Detección temprana del cáncer del cuello uterino: fueron 2765 usuarias (el 3% de los consultantes a CE [93 737]), de las cuales, el 75,4% [2085] dijo recibir explicación sobre *en qué consistía el examen*, y el menor porcentaje fue el de la Región Atlántica, con el 67,2% [362]. Igualmente, al 82% [2266] le informaron sobre la importancia del examen, y el menor porcentaje fue para la Región Atlántica, con el 77,9% [420]. Al 72,5% [2005] *le fue solicitada la autorización* antes de hacerse el examen, con el menor porcentaje en la Región Pacífica, con el 65,7% [251].

De 149 usuarias, al 91,3% [136] le informaron *en qué lugar o institución se podía hacer el examen*, y el 86,4% [19] de la Región Pacífica fue el menor porcentaje. De la misma manera, al 86,6% [129] les explicaron *los pasos para hacerse el examen*, y el porcentaje fue menor para la Región Atlántica, con el 73,3% [11]. De 896 usuarias, al 95,2% [853] *le explicaron el resultado de la citología*, siendo menor el porcentaje en la Región Atlántica,

con el 90% [150]. Y de 1869 usuarias, al 90,4% [1689] le dieron información sobre *cuándo volver a la consulta de control*, y el menor porcentaje lo tuvo la Región Central, con el 84,8% [475].

Con respecto a la toma de la citología, su importancia y su autorización, los porcentajes fueron poco satisfactorios en las regiones Atlántica y Pacífica, situación que a todas luces es inexplicable, dado que dentro en la formación como profesionales se enfatiza en el respeto al paciente, con independencia de su condición, la explicación de su condición y la solicitud del consentimiento para la realización de cualquier procedimiento.

Discusión

Las políticas neoliberales (26) han influido de manera importante en la forma de organización, distribución y prestación de los servicios y programas de salud, sobre todo en los incluidos en la Resolución 412/2000, como los de detección temprana analizados. A pesar del aumento de IPS privadas, fueron las públicas las que soportaron más profesionales de la salud y servicios en CE, principalmente en regiones apartadas del país, quizá por ser poco atractivo para el mercado de la salud para las primeras. Se nota que no hay una adecuada planificación ni distribución del TH para dar respuesta a las necesidades de salud, como está estipulado en las diferentes políticas (27), pues hubo más enfermeros en IPS públicas y médicos en privadas, y más mujeres entre 20 y 29 años, lo que se corresponde con el análisis de recurso humano de la salud en Colombia (13).

La flexibilización laboral (cooperativas de trabajo asociado y prestación de servicios) ha afectado la estabilidad y ha favorecido las diferencias salariales, las extensas jornadas laborales y la rotación del personal, incidien-



do en la falta de sentido de pertenencia, de continuidad, en la inestabilidad laboral y en la continuidad y seguimiento a los usuarios. El 54,4% del TH se encontraban vinculados por estas formas de contratación, lo que se relacionó con el 49% evidenciado en el 2007 (14). Estas modalidades “no siempre han respondido a los propósitos para los cuales fueron diseñadas y a las reglas para su adecuada aplicación, dando lugar prácticas irregulares que deterioran las condiciones laborales de los trabajadores de la salud y pueden llegar a afectar la calidad en la prestación de los servicios” (28).

Las actividades de cyd en las IPS estuvieron a cargo, principalmente, de enfermeras y médicos. La participación de auxiliares de enfermería en IPS privadas contradice la norma que plantea que el médico general o el pediatra deben realizar las consultas de primera vez y las de control; sin embargo, en estas últimas son realizadas por enfermera. Los odontólogos realizan aplicación de sellantes, control de placa bacteriana y aplicación de flúor, a partir de los cuatro años, dependiendo del riesgo, y psicólogos y nutricionistas hacen parte del equipo, pero no son responsables de la atención (29).

El 61% de auxiliares de enfermería eran responsables de las gestantes en IPS públicas, posiblemente por el déficit de profesionales en algunas regiones del país, como lo demuestra el PARS (25).¹¹ En las IPS, el predominio fue médico, y también en la detección de Ca de cérvix, seguido de enfermeras y auxiliares de enfermería. La norma menciona como responsables al médico y a la enfermera, pero se admiten auxiliares de enfermería para la toma de citología, con el aval de las profesionales (5).

Hubo dificultades en el manejo de los protocolos en cuanto a la tenencia (85%),

conocimiento (96%), utilización (98%) y disponibilidad (74%), y de las normas técnicas en la tenencia (93%) y disponibilidad (67,9%). La percepción de la información recibida de cuándo volver a consultar fue en promedio del 93%, siendo menor la de las usuarias de alteraciones del embarazo (79,2%). Los menores porcentajes referentes a protocolos y normas y percepción de la educación estuvieron en la Región Atlántica. En el manejo de protocolos y normas en todos los programas, principalmente en la Región Pacífica, pero también en la Orinoquía y Amazonía, y en la educación en Ca de cérvix en la Pacífica y en cyd y en las alteraciones del embarazo en la Orinoquía y Amazonía. En estas dos, tal vez por la ubicación geográfica y los problemas de accesibilidad. Bogotá tuvo menores porcentajes tanto en el manejo de normas como en la educación en la detección alteraciones del embarazo, quizá debido al énfasis en el modelo curativo y sobre todo en la atención en IPS de alta complejidad. Lo anterior afecta la calidad de la atención y la participación de los usuarios en las actividades preventivas y de autocuidado, así como la continuidad en los programas.

En la educación a padres y/o cuidadores de los menores, se debe tener presente lo estipulado en la guía técnica, principalmente en que “los contenidos se deben ajustar a las necesidades y características culturales de cada comunidad [...]” (30). En el estudio, la percepción de información no brindada puede haber estado relacionada con el lenguaje y las metodologías utilizadas por el personal. Un estudio encontró dificultades para cambiar la educación tradicional en los servicios de salud y evidenció la importancia de la reflexión en la transformación de la práctica (31).

Aunque la información sobre el estado del menor al momento de la consulta alcanzó cifras superiores al 90%, la percepción de la información brindada sobre la importancia

11 Programa de Apoyo a la Reforma.

de la vacunación no sobrepasó el 67%. La instrucción percibida como ofrecida de manera incompleta, puede fomentar hábitos y estilos de vida poco saludables, tales como: pautas de crianza inadecuadas,¹² mala nutrición, alteraciones en el crecimiento y en el desarrollo por desconocimiento de los padres de signos de alarma, incorrectas técnicas de salud oral y falta de continuidad en el proceso de atención, al no informarse cuándo se debe regresar a cita. Se requiere contar con una mayor participación de los profesionales, ofreciendo información a los pacientes (32), y se debe tener en cuenta la importancia del educando, como se plantean en un estudio, en el sentido de que este contribuye a la comprensión de una educación centrada en el ser humano. El estudio además resalta la importancia de los adultos como agentes centrales y la educación infantil como eje del programa (31). Aunque es imperativo —sostienen los autores— promover la autonomía, también es necesario conocer sus preferencias antes de ser informados, y asimismo comprometerlos con la toma de decisiones sobre su enfermedad (33).

Los contenidos de educación a las gestantes están en la guía (34), sin embargo, no se evidenció percepción de cumplimiento de esta en el 100% de usuarias, lo que favorece los riesgos en el proceso de gestación y atención. Investigaciones muestran que el 81% de las maternas fueron informadas sobre las complicaciones del embarazo, el 92% no consumió licor y el 97% no fumó durante el embarazo (11). En el estudio realizado se encontró que el 81,6% recibió información para evitar el

consumo de alcohol, tabaco o medicamentos no formulados, lo que demuestra la importancia y la efectividad en la información y educación que se brinda a las gestantes. Otro trabajo evidenció demora en el inicio de controles prenatales, pues el 15% lo hacía entre el cuarto y el quinto mes y el 8% después de cinco meses, así como la persistencia en la mortalidad materna (35). En embarazadas con más de 34 semanas, se encontró que aunque muchas no tenían información, la mayoría conocía los signos de alarma del parto pretérmino (63,6%), la dieta (65,7%), la lactancia materna exclusiva (72,1%) y los métodos anticonceptivos durante la lactancia (57,7%); los dos últimos indicadores fueron similares en el estudio realizado, con 71,2 y 60,5%, respectivamente (36).

Se espera oportunidad e integralidad en la aplicación de las guías de Ca de cérvix en la atención, adecuadas e integrales en su prevención, pues como se dijo, este constituye el segundo cáncer más frecuente y la primera causa de mortalidad en las mujeres colombianas (11,12). Ya se han tenido antecedentes de discusión de estrategias de información en comunicación social y educación en este programa, y metodologías participativas para que las mujeres incorporen los conocimientos sobre la importancia de la detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del cáncer (37).

Conclusión

Hay dificultades en el manejo de protocolos y normas técnicas por parte del talento humano, así como en la percepción de los usuarios en los procesos de educación e información recibidos. Esta situación quizás se deba a las dinámicas en la contratación del personal y al desestímulo del desarrollo de los programas de salud pública, principalmente, en razón de la implementación de políticas y estrategias

12 Las pautas de crianza inadecuadas pueden traer como consecuencias: la ansiedad, la depresión, el aislamiento social, la autoestima negativa y los problemas somáticos, y con comportamientos externalizantes como la agresividad y la conducta disocial, razón por la cual se deben promover estilos de crianza asertivos, competentes y positivos que faciliten el desarrollo adecuado durante la infancia (12).



que se han generado en el contexto neoliberal, con la implementación de la Ley 100 de 1993. Es el caso del aumento de la privatización, que impulsó los mecanismos de mercado y competencia entre instituciones públicas y privadas y estimuló la eficiencia y rentabilidad financiera, entre otras variables, lo que puede estar afectando la calidad de la atención.

Agradecimientos

Esta publicación fue realizada con el apoyo financiero de la Estrategia de Sostenibilidad 2013-2014 del Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia (U de A) y la Facultad Nacional de Salud Pública, también de la U de A.

Referencias bibliográficas

1. República de Colombia, Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Capítulo II: Régimen de beneficios [internet]; 1993 [acceso: 10 de septiembre del 2014]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>.
2. República de Colombia, Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 032 de 2012, por la cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado [internet] [acceso: 10 de septiembre del 2014]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=47532>.
3. República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 3997/1996, por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud [internet]; 1993 [acceso: 10 de septiembre del 2014]. Disponible en: http://www.nuevaleyislacion.com/files/susc/cdj/conc/r_ms_3997_96.pdf.
4. República de Colombia, Ministerio de Protección Social. Acuerdo 117/1998, por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública [internet]; 1993. [acceso: 10 de septiembre del 2014]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14530>.
5. República de Colombia, Ministerio de Protección Social. Resolución 412/2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y 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 la atención de enfermedades de interés en salud pública [internet] [acceso: 10 de septiembre del 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%20C3%93N%2000412%20DE%202000.pdf>.
6. República de Colombia, Ministerio de Protección Social. Resolución 3384 de 2000, por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000 [internet] [acceso: 20 de septiembre del 2014]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%20C3%93N%203384%20DE%202000.pdf.
7. Laguado E. Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos. Rev Cuid (Bucaramanga) (serie en internet). 2010; 4 (1): 550-66 [acceso: 20 de agosto del 2015]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-752170>.
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington: OPS; 2010.
9. Benavides LP, Ponce TE. Práctica de la lactancia materna y su relación con la educación y motivación sobre la lactancia natural en madres que asisten al control infantil en el centro de salud de Ibarra, Ibarra, 1988 [internet]. Ibarra: Escuela Nacional de Enfermería; 1989 [acceso: 20 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-352598>.
10. República de Colombia - Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Estrategia AIEPI. Un análisis desde la gestión territorial. Bogotá; 2010.
11. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de la situación de salud en Colombia. Bogotá; 2013.
12. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005-2010. Capítulo 10: Salud Materno Infantil. Bogotá: Profamilia; 2010.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Global status report on noncommunicable diseases [internet]; 2010 [acceso: 10 de diciembre del 2014]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/.
14. Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer. Encuesta nacional sobre el conocimiento de las mujeres acerca del cáncer de cuello uterino y práctica de la citología [internet]; 2008. [acceso: 10 de septiembre del 2014]. Disponible en: <http://www.ligacancercolombia.org/pdfs/Material%20Consulta/2008%20-%20Informe%20Encuesta.pdf>.
15. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Recursos humanos de la salud en Colom-

- bia. Balance, competencias y prospectiva, tercera edición. Bogotá; 2008.
16. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Caracterización laboral del talento humano en salud de Colombia: Aproximaciones desde el ingreso base de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud [internet]; 2012. [acceso: 15 de del 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Caracterizaci%C3%B3nLaboralTHS.pdf>.
 17. República de Colombia, Ministerio de Protección Social. Política de prestación de servicios de salud. Bogotá: El Ministerio; 2005.
 18. República de Colombia, Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006, abril 3, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Bogotá: El Ministerio; 2006.
 19. López VD, Ríos VS, Vélez EL. Seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, Medellín, 2008 [trabajo de grado, Especialización en Auditoría en Salud]. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez", Universidad de Antioquia; 2008.
 20. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, España. Prácticas seguras en el uso de medicamentos [internet] [acceso: 15 octubre del 2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidad-sanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/menu/practicaseguras/Practicaseguras_en_el_uso_de_medicamentos/.
 21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Calidad de la atención: seguridad del paciente [internet] [acceso: 15 octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>.
 22. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Programa de garantía y mejoramiento de calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: ops; 1999.
 23. Donabedian A. La calidad de la atención médica. En: Ardón Centeno NR, Cubillos Novella AF. Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud por indicadores de los hospitales de I, II y III nivel de atención, Bogotá, 2003. *Rev Gerencia Salud* [serie en internet]. 2004; 3 (16) [acceso: junio 10 2014]. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art284.htm>.
 24. República de Colombia, Ministerio de Educación. Sitio en internet [acceso: 18 de agosto del 2015] Disponible en: (<http://www.mineduccion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/w3-propertyname-2672.html>).
 25. Álzate BA, Bracho CA, Fajardo BL. Análisis mortalidad materna en Bogotá en los años 2006, 2007 y 2008 [internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamento de Obstetricia y Ginecología; 2010 [acceso: 15 octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2518/1/597840.2010.pdf>.
 26. Burki S, Perry G, Dillinger W. Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe: más allá de centro: la descentralización del Estado. Washington DC: Banco Mundial; 1999.
 27. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Programa de apoyo a la Reforma PARS, Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública. Oferta y demanda de recursos humanos en el sector salud en Colombia 1999-2001. Bogotá; 2007. pp. 150-65.
 28. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Dirección de Análisis y Política de Recursos Humanos, ops. Relaciones laborales en el sector salud de Colombia. El caso de la ciudad de Cali. Bogotá; 2006. pp. 35-45.
 29. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Programa de apoyo a la Reforma PARS, Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública. Oferta y demanda de recursos humanos en Salud en Colombia. Bogotá; 2007.
 30. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Programa de apoyo a la Reforma PARS. Guía para la detección temprana de alteraciones del *cyd* del menor de 10 años. Guías de detección temprana. Guía I. Numeral 10.1.6. Bogotá; 2006.
 31. Peñaranda F, et al. La praxis como fundamento de una educación para la salud alternativa: estudio de investigación-acción en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en Medellín, Colombia. *Interface Comun Saúde Educ* [serie en internet]. 2011; 15 (39): 997-1010 [acceso: 8 de agosto del 2015]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-608522>.
 32. Amado Martins JC. La satisfacción del paciente con la información ofrecida sobre su enfermedad y morbilidad. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009; 17 (3): 335-40.
 33. Borracci Raúl A, et al. Preferencias de los pacientes sobre la información de su enfermedad. *Medicina (Buenos Aires)* [serie en internet]. 2012; 72 (5): 393-8 [acceso: 18 de agosto del 2015]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-657535>.
 34. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/ PARS. Guía para la detección temprana de alteraciones del embarazo. Guías de detección temprana. Guía III. Bogotá; 2006.
 35. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de la Situación de Salud en Colombia. Bogotá; 2013.
 36. Brito Méndez E, et al. Exploración de algunos aspectos importantes que deben conocer las gestantes en 2 hospitales de Granma. *Rev Cuba Obstet Ginecol* [serie en internet]. 2002; 28 (2) [acceso: 2 de julio del 2015]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-387022>.
 37. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Estado para la promoción de la mujer, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Estrategias de comunicación, educación y participación de la mujer para la prevención del cáncer de cuello uterino [internet] [acceso: 2 de julio del 2015]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-111347>.

