

**CALIDAD DEL ACCESO A TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA, DE
PACIENTES CON PATOLOGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR EN CONTEXTO
COLOMBIANO**

INFORME FINAL

AUTORA:

AMPARO ARDILA DE CHAVES

Fisioterapeuta

**ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA
ESPECIALIZACIÓN DE MANO Y MIEMBRO SUPERIOR
BOGOTÁ, DICIEMBRE DE 2011**

Resumen

La creación de la Ley 100 (1), tuvo dentro de sus objetivos lograr la calidad y la equidad en la atención de los colombianos, sin restricciones económicas ni sociales para acceder a todos los servicios de salud requeridos. El compromiso de función de un segmento como el miembro superior requiere de atención especializada, de forma pertinente, oportuna y continua, por ser un organismo complejo interrelacionado en todos sus componentes aunque aparentemente no haya conexión entre unos y otros (2). Frente a una lesión, la meta terapéutica debe encaminarse al reintegro del paciente a su rol personal, laboral y de su entorno.

El objetivo de este estudio fue determinar la calidad del acceso a la terapéutica especializada en los diferentes regímenes de atención en salud, dada a pacientes colombianos con compromiso de la función de miembro superior.

Se hizo una investigación de tipo exploratorio llevada a cabo en entidades de salud de diez ciudades colombianas con asistencia de los estudiantes de la sexta cohorte de la Especialización de Mano y Miembro Superior de la Escuela Colombiana de Rehabilitación, quienes aplicaron un formato previamente piloteado, a 135 pacientes del régimen contributivo, 60 de régimen subsidiado y a 82 de medicina prepagada.

Se estableció que el 100% de los pacientes con patología de miembro superior que comprometía su función atendidos en los tres regímenes de salud, tuvieron accesibilidad a los servicios de salud, ninguno recibió atención terapéutica especializada. Fueron remitidos de forma oportuna a terapia por el médico que los atendió inicialmente, pues el 52% de los pacientes del régimen subsidiado, el 68% del contributivo y el 94% de la prepagada recibieron atención entre el 1º y el 5º día posterior a la consulta. En los tres regímenes la continuidad en el tratamiento fue en promedio de 95%.

Palabras clave: *Régimen de salud colombiano, Calidad en salud, terapéutica especializada, función de miembro superior.*

TABLA DE CONTENIDO

	Página
Resumen	2
Índice de tablas	4
Introducción	5
Marco de referencia	8
Método	17
Resultados	19
Discusión	23
Conclusiones	24
Referencias bibliográficas	25
Anexo 1	27
Anexo 2	28
Anexo 3	33
Anexo 4	36

INDICE DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1 Accesibilidad inicial a salud, según régimen	19
Tabla 2 Accesibilidad a medicina especializada	19
Tabla 3 Pertinencia en remisión a Médico Especialista según régimen de salud	20
Tabla 4 Tiempo entre consulta inicial y asignación de la cita a terapéutica, según régimen de salud	21
Tabla 5 Número de terapias autorizadas inicialmente según régimen de salud	21
Tabla 6 Sesiones de tratamiento recibidas	22

INTRODUCCION

La salud es una de las condiciones más importantes de la vida y un componente fundamental de las condiciones humanas que deben valorarse para alcanzar una vida sana y sobre la cual existen muchas influencias, como el entorno epidemiológico y las especificidades laborales (3), por lo cual es necesario que frente a una patología se proporcione al usuario que la padece, todos los recursos tanto humanos como tecnológicos, para minimizar el riesgo de discapacidad.

Se debe partir de la promoción de la salud y prevención de su enfermedad, para mejorar la condición de las poblaciones como lo plantea la carta de Ottawa (4) porque su logro, es el mejor recurso para el progreso personal, económico, social y una dimensión importante en la calidad de vida de las personas. Como lo expresa Sen (3) la salud y la enfermedad deben tener un lugar destacado en discusiones sobre equidad y justicia social.

En América Latina según informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (5), los esfuerzos por mejorar la condición humana de las sociedades, han tenido repercusiones importantes a nivel del mundo, aunque se dimensiona un gran rezago respecto de los países industrializados, lo cual lleva a profundas inequidades, por lo que se hace necesario que los diferentes actores nacionales e internacionales encargados de la elaboración de políticas públicas, participen activamente de forma coordinada para el logro de los objetivos propuestos en prevención de la enfermedad, promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los diferentes colectivos abordados (1).

Igualmente este organismo, estableció que la salud es el resultado de los cuidados que la persona dispensa a sí misma y a los demás, con una acertada toma de decisiones para permitir control sobre su vida y asegurar a la comunidad en que se desarrolla, el goce de un buen estado de salud, el cual debe darse con calidad en la atención, a partir del acceso a la misma.

Desde Engels (6) en 1876 se mencionó la participación de la mano en el proceso de transformación del mono a hombre y la importancia de ésta en su

función. La integridad de las estructuras del miembro superior permite realizar acciones muy precisas como las pinzas finas y los agarres en donde la oponentia tiene un papel vital en su ejecución y al igual que el hombro y el codo le dan anatómica y fisiológicamente los movimientos precisos para proporcionar calidad de vida a las personas (7).

La mayoría de lesiones en miembro superior como traumas moderados o severos, patologías asociadas a la actividad laboral o alteraciones sistémicas, comprometen la función del individuo ya sea en mayor grado si es en el miembro superior dominante o en menor grado si no lo es, y cuando así se dan, la calidad de la terapéutica, es el mejor recurso que permite su adecuada recuperación funcional y por consiguiente la integración a su entorno. El acceso a ésta, la remisión al terapeuta especializado, la oportunidad de acceder a éste profesional de forma temprana y la continuidad en el tratamiento, redundan en la pronta y adecuada recuperación del paciente.

En Colombia se quiso garantizar el cubrimiento en salud de forma justa e igualitaria en donde se incluyeran a los más pobres y vulnerables y encontrar así salida a ésta problemática social, para lo cual se creó la Ley 100 de 1993, que establece la calidad y la equidad como requerimientos obligatorios para proporcionar calidad de vida de las personas, y uno de los parámetros de medición de éstos, es la continuidad, la accesibilidad, la pertinencia y la oportunidad que tienen las personas para acceder a los diferentes servicios de salud, inclusive a los especializados, sin restricciones en ninguno de los regímenes establecidos en la legislación colombiana.

Se requiere que la intervención terapéutica proporcionada, sea realizada por profesionales expertos, y que se dé sin limitaciones en el acceso, pues de ello depende la recuperación de la función del usuario con patología.

En Colombia los profesionales que históricamente han abordado la terapéutica para rehabilitar los pacientes con patología osteomuscular y específicamente de miembro superior son los Fisioterapeutas y los Terapeutas Ocupacionales. En el país funcionan actualmente 31 programas de Fisioterapia y 10 de Terapia Ocupacional con aproximadamente 16.000 y 1.200 egresados respectivamente

(8) y aunque hay muchos de éstos profesionales, destacados por su estudio y dedicación en el área que pueden considerarse expertos, sólo hasta la fecha, aproximadamente 100 de éstos están certificados como Especialistas en Rehabilitación de la Mano y Miembro Superior, por la Escuela Colombiana de Rehabilitación ECR.

Por lo anteriormente abordado se buscó hacer una investigación en Colombia, que permitiera establecer la calidad en el acceso a la terapéutica que reciben los pacientes con patología de miembro superior, con medición desde las características de accesibilidad, oportunidad, pertinencia y continuidad. Para realizarla se trabajó con los estudiantes participantes en la Especialización de Mano y Miembro Superior de la Escuela Colombiana de Rehabilitación, con procedencia de las ciudades de Bogotá, Cali, Palmira, Bucaramanga, Cúcuta, Villavicencio, Medellín, Tunja, San Pablo (Nariño) y Sandoná (Nariño).

Luego de las anteriores consideraciones en estudio surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad del acceso a la terapéutica especializada, de pacientes con patología de miembro superior en contexto colombiano? Y para dar respuesta a la pregunta formulada se plantearon los objetivos de investigación para a) determinar la oportunidad de acceso a terapéutica especializada que tienen los pacientes con patología de miembro superior, en cada régimen de salud, en las diferentes ciudades objeto de la investigación; b) establecer la accesibilidad a terapéutica especializada que tienen los pacientes con patología de miembro superior, en cada régimen de salud, en las diferentes ciudades objeto de la investigación; c) conocer la pertinencia en el acceso a terapéutica especializada que tienen los pacientes con patología de miembro superior, en cada régimen de salud, en las diferentes ciudades objeto de la investigación; d) determinar la continuidad en la terapéutica especializada que tienen los pacientes con patología de miembro superior, en cada régimen de salud, en las diferentes ciudades objeto de la investigación y por último, e) conocer la satisfacción de los usuarios con patología de miembro superior que compromete su función, respecto de la calidad en el acceso a la terapéutica recibida.

MARCO DE REFERENCIA

El miembro superior y la función humana

Como resultado de los diferentes procesos de transformación de las poblaciones en aspectos sociales, culturales, económicos y demográficos, las condiciones de salud son cada vez más complejas y de la misma forma los requerimientos de atención de ésta son mayores. El miembro superior del ser humano juega un papel muy importante en su función por lo cual las patologías presentes comprometen no sólo las estructuras anatómicas y su fisiología, sino que pueden llevar a limitación funcional, a restricción en su participación social o en último caso a discapacidad, tomada desde lo establecido en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) como la sumatoria del compromiso estructural, del funcionamiento y del rol social de cada individuo con factores ambientales y personales propios (9).

Una patología en miembro superior tiene requerimientos de atención especializados, tanto por medicina como por terapia, pues errores en su intervención lleva a compromisos serios en funcionalidad de quien la recibe y se requiere que la terapéutica sea dada sin restricción en el acceso para cumplir las metas de función.

En el contexto colombiano la violencia interna hace que muchas lesiones sean de gran complejidad y su atención sobrepase la perspectiva de intervención básica, por lo cual se hace necesario direccionar los esfuerzos al cubrimiento de las deficiencias en salud en personas con traumas osteomusculares y neurológicos, que de no tratarse adecuadamente podrían comprometer seriamente su función y que en contextos sociales diferentes, serían prevenibles.

De igual forma, los traumas acumulativos en miembro superior por causas laborales, son causales de grandes pérdidas de tiempo de trabajo por incapacidad repetitiva y se causan porque las diferentes estructuras tienen cargas mecánicas por estrés, por posturas no ergonómicas, vibración o traumas repetitivos que llevan a procesos inflamatorios y que requieren de la intervención

de profesionales idóneos para reintegrar las personas a su actividad laboral y de la vida diaria (7).

La atención en salud en Colombia ha estado regida por leyes que se encaminan al desarrollo de las competencias consagradas en su Constitución Política, como la Ley 9 de 1979, la Ley 10 de 1990, la Ley 100 de 1993, la Ley 715 de 2001, la Ley 691 de 2001, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1151 de 2007. Actualmente el Ministerio de la Protección Social es el ente regulador del Sistema de Protección Social, del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el que tiene la función de proveer de manera integral, las acciones individuales y colectivas en salud, con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad (1).

La Ley 100 está elaborada con el fin de mejorar las condiciones de salud de los colombianos (1) y 17 años después la calidad en la atención de los diferentes servicios, dada a los usuarios de los regímenes subsidiados, contributivos o prepagados, está por determinarse pues estudios como el realizado por Julián Vargas (10) establecen que "...el aseguramiento se convirtió en un fin en sí mismo y estar afiliado al SGSSS no garantiza el acceso efectivo a los servicios", y por consiguiente a la calidad en la atención, prestada por éstos y mostró que las limitaciones y barreras en los contextos geográfico, social, cultural y político y administrativo impiden el goce efectivo del derecho a la salud.

Para reglamentar dicha ley, se creó el Decreto 1011 de 2006, dio lugar al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, que rige a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), como son las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), y Contributivo, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada (11)

Según el Departamento Nacional de Estadística (DANE) en Colombia en 2010 (Enero-Marzo) (12), la cobertura en salud fue del 88.8%. El 70.1% de la población pertenece al régimen contributivo, el 26.9% al subsidiado y el 3% a régimen especial de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

Aunque la afiliación ha ido en aumento, hay diferencias significativas en aspectos sociodemográficos y geográficos, como lo refiere Andrés Zambrano

(13), quien estableció que en el 2003 en el área rural, el 35% estaba asegurado al régimen subsidiado y el 12% al régimen contributivo y afirma que en la actualidad estas diferencias persisten y hace un análisis de la relación entre el aseguramiento y las variables sociodemográficas, geográficas y la demanda de servicios de salud de acuerdo con el tipo de afiliación, las cuales son aplicables en esta investigación.

El objetivo de la acción por la salud en Colombia, es hacer que las condiciones dadas sean favorables para su promoción, su prevención o su intervención, según sea el caso, para alcanzar la calidad y equidad en éstos aspectos, direccionadas a la reducción de las diferencias en el estado actual de la misma y a asegurar la igualdad en la atención integral de los individuos y permitir que la población pueda elegir la mejor opción, para potenciar al máximo su salud, y obtener la calidad que establece la Ley. En la carta de Ottawa para la promoción de la salud, promulgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1986 se establecieron determinantes que inciden en la salud como la vivienda, la paz, la alimentación, la renta, un ecosistema estable y la justicia social, que son derechos de las personas encaminadas al logro de su calidad de vida (4).

Este documento fue el resultado de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud que tuvo como objetivo “Salud para todos en el año 2000”, sobre la concepción de la Salud Pública en el mundo, y en donde se tuvieron en cuenta las necesidades tanto de los países desarrollados como de los que no lo eran. Se trabajó a partir de las conclusiones de la Conferencia de Alma-Ata, para atención primaria y del debate sobre la acción intersectorial para la salud tratado recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud. (14)

La búsqueda de la equidad en salud en los países no industrializados ha sido una constante, sin embargo autores como Moran (15), han considerado que los sistemas de salud presentan siempre inequidades y que un mayor número de servicios y de mejor calidad, gravitan en torno a las personas acomodadas, que los necesitan menos que la población pobre y marginada.

Aurelio Mejía (16) estableció que las inequidades en salud pueden limitar su eficacia y no permitir el desarrollo de la calidad de vida que se desea porque pueden restringir la capacidad de las personas para participar socialmente y dejar de obtener como resultado de éstas, compensaciones por esfuerzos similares.

En búsqueda de la equidad y la calidad, el PNUD (5) promueve la acción de diferentes actores para la elaboración de las políticas públicas que promuevan la salud y prevengan la enfermedad, por lo cual es pertinente buscar la participación de las instituciones educativas para que desde sus contextos educativos, contribuyan a partir de sus currículos, a que los educandos tomen conciencia de su papel en el mejoramiento de la salud de la sociedad que integran, con propuestas y puesta en marcha de investigaciones que trasciendan en el tiempo y mejoren las condiciones de vida de su colectivo.

Regímenes de Salud en Colombia

Dentro del sistema de salud colombiano se encuentran regímenes bien definidos como *el subsidiado*, definido en el artículo 211 de la misma ley 100, como “un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad”.

Está fundamentado en el principio de la solidaridad en donde los que tienen mejor condición económica ayudan a los más pobres. Este Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN) establece niveles del 1 al 3 según el recurso económico con que cuente cada persona y es la puerta de ingreso a éste sistema de salud que le permite contar con los servicios señalados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S). Si el usuario se identifica en un nivel de éste sistema, tiene acceso a la Entidad Promotora de Salud (EPS-S) que elija libremente, autorizada por la Secretaria de Salud de cada Distrito y de acuerdo con la Ley 1122 de 2007 (17) éstos afiliados tienen derecho a “todas las acciones de rehabilitación”, (lo cual incluye la intervención terapéutica especializada) y

además “recibir atención con calidad y así evitar complicaciones o consecuencias graves”.

De acuerdo con la Ley 100, este régimen tiene las mismas características para la prestación del servicio de salud en cuanto a equidad, eficiencia, oportunidad, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, con igual condición para todos los individuos colombianos que se encuentren afiliados a éste.

En el artículo 202 de la misma Ley 100 se define el régimen contributivo como “el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al SGSSS, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización individual y familiar, o un aporte económico previo, financiado directamente por el afiliado o en congruencia entre éste y su empleador”.

Los afiliados a éste régimen tienen acceso a todos los servicios de salud, dentro de los cuales se incluye la terapéutica especializada en caso de requerirla y todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en Guías Integrales de Atención.

Para cubrimiento de éste régimen de salud se creó el Plan Obligatorio de Salud (POS) que da cubrimiento a servicios básicos de los usuarios afiliados, en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria, como prestaciones económicas, cuando ocurren incapacidades por enfermedad, accidentes o maternidad.

A su vez, se dio el inicio de la Medicina Prepagada para satisfacer las necesidades de las comunidades que por deficiencias en los servicios de sus regímenes de salud, sentían limitada su cobertura en salud. Las entidades que la conformaron, inicialmente desarrollaron su actividad sin limitación de normas administrativas o de vigilancia y sólo se dieron los primeros pasos con la expedición de los Decretos 800 de 1992, 1570 de 1993 y 1486 de 1994.

La prestación de éste servicio está reglamentada en el artículo 20 del Decreto 806 de 1998 (18) el cual establece que son planes adicionales de salud (PAS) y

“sólo pueden celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al régimen contributivo del SGSSS, como cotizantes o beneficiarios”.

Cada entidad de salud que ofrece los servicios de medicina prepagada, establece las condiciones de alcances y características en prestación de su servicio y pone para libre elección de los usuarios, centros de diagnóstico y grupos de profesionales que cubren áreas específicas y a los que se puede acceder, en la mayoría de las entidades de forma directa, es decir sin remisión de otro profesional. Las tarifas de los bonos que son similares a los copagos de las EPS, las establecen las entidades de medicina prepagada, con vigilancia del ministerio de Protección Social.

Calidad del acceso a la salud

En la Ley 100 se estableció que el sistema de salud debe determinar mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención, evaluada con indicadores de oportunidad, pertinencia, personalización, humanización, integralidad, continuidad, de acuerdo con las necesidades de atención de cada usuario y a la vez, también desde el control de los factores de riesgo. En la presente investigación para establecer la calidad en el acceso a la terapéutica especializada proporcionada a pacientes con patología de miembro superior, se tendrán en cuenta las características de oportunidad, accesibilidad, pertinencia y continuidad.

En el contexto de éste trabajo se tomaron las definiciones dadas para éstas características en el Decreto 1011 (19) en donde se establece que accesibilidad es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS, la oportunidad está dada por la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Así mismo define la pertinencia como el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y por último establece que la continuidad es el grado en el cual los usuarios reciben las

intervenciones requeridas, mediante secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Esta medición se puede establecer desde los tiempos máximos de espera por servicio, el método de registro en listas de espera y de acuerdo con el tipo de patología, la satisfacción del usuario y las necesidades de atención del paciente, además del adecuado acceso al servicio requerido y la remisión correcta a los profesionales indicados, para minimizar los riesgos de discapacidad (19).

Con la ley 100 de 1993, en Colombia se creó un sistema de seguridad social integral con el objetivo claro de “garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten” (1).

Esta Ley en su artículo 153, hace referencia a la prestación de los servicios con principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, con igual calidad para todos los individuos colombianos, sin que su capacidad de pago incida sobre los mismos y para su cumplimiento, se generaría financiación del Estado, con el propósito de evitar la selección adversa (1).

De la misma forma también especifica que, el SGSSS atenderá integralmente en salud a la población, desde la educación, la información, el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia contemplado en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Para conseguir lo señalado por la Ley 100 en cuanto a equidad y calidad en atención en salud, es necesario el apoyo estatal para la atención primaria, secundaria y terciaria, mediante la adecuada disposición logística y económica, encaminadas a asegurar el cubrimiento en todos los planes de seguridad, determinados por las políticas públicas, además de permitirle al usuario la escogencia del servicio o profesional, entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que son empresas privadas o públicas (administradoras de los recursos del estado) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (20) las cuales

son públicas o privadas, y que conforman la red de clínicas, hospitales e institutos para suministrar servicios de salud , según las condiciones de oferta de servicios.

La calidad de la atención en salud, fue definida en el Decreto 1011 como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (11).

Este mismo decreto, define la atención en salud como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y **rehabilitación** que se prestan a toda la población”.

La terapéutica especializada hace parte de la integralidad en la atención de las personas que tienen comprometida su función, por lo cual se hace necesario el acceso a la misma sin restricciones, para proporcionar calidad de vida y acertada atención a los usuarios que así lo requieran.

Terapéutica especializada

La práctica profesional actual en salud, exige continua formación especializada para intervenir a los usuarios que así lo demanden pues como se puede establecer en los planes de estudio de los currículos de programas de educación superior, la formación de pregrado proporciona sustento teórico para las acciones terapéuticas, pero la especialidad en su intervención es competencia de las Instituciones Universitarias, en formación posgradual.

Las especializaciones avaladas por el Instituto Colombiano de Formación en Educación Superior (ICFES), deben cumplir con los requisitos exigidos por ésta institución gubernamental, con el fin de garantizar el estricto cumplimiento del currículo propuesto y cada programa es evaluado de forma sistemática para obtener el registro calificado con estándares específicos de calidad, que le permite continuar vigente.

Para garantizar la calidad, la eficiencia y la satisfacción de los usuarios está determinado que las EPS e IPS pueden realizar contrataciones con profesionales especializados para la adecuada prestación del servicio de salud, para hacerlo accesible y minimizar los tiempos de espera de acuerdo con las patologías y las necesidades individuales del paciente.

Para la recuperación de los pacientes con patología de miembro superior que compromete su función es necesaria la pertinente formación académica del profesional, y la suficiente experticia para realizar una acertada intervención médica y terapéutica, herramientas que sólo se obtienen cuando se ha trabajado en equipos interdisciplinarios especializados en la temática específica o cuando la academia certifica la formación posgradual que va a permitir la interacción en la rehabilitación de quien lo requiera. En Colombia se reconocen como especialistas en terapia de mano, los Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales que tienen reconocida experticia (mayor de tres años) y que han profundizado en el conocimiento de ésta área, como los Especialistas en rehabilitación de mano y miembro superior, egresados de la Escuela Colombiana de Rehabilitación.

METODO

Este estudio es cuantitativo, con diseño transversal, retrospectivo, exploratorio (21) y en el que se tomaron datos en instituciones de salud de las ciudades de Bogotá, Cali, Palmira, Bucaramanga, Cúcuta, Villavicencio, Medellín, Sandoná y San Pablo (Nariño), de 60 pacientes afiliados al régimen subsidiado, 135 de régimen contributivo y 82 con medicina prepagada que consultaron, entre los meses de abril y julio de 2011, por patología de miembro superior que comprometió su función, sin restricción de edad, sexo ni estrato socio económico. Se excluyeron del estudio los pacientes con patología de miembro superior que no comprometía su función, los que fueron atendidos en tiempos diferentes a los establecidos en el estudio y los pacientes que pertenecieran a regímenes especiales de salud (Fuerzas Militares y Policía Nacional).

Para la toma de los datos se elaboró un formato inicial con 26 ítems (Anexo 1), para establecer la accesibilidad, la pertinencia, la oportunidad y la continuidad en el tratamiento terapéutico recibido.

Dicho formato fue sometido a pilotaje por la autora del proyecto y por los 15 estudiantes de la cohorte VI de la especialización de Rehabilitación de la Mano y el Miembro Superior de la ECR.

Para la ejecución de éste, se aplicaron 12 formatos a igual número de historias clínicas distribuidos en siete ciudades de Colombia, para establecer la viabilidad de las preguntas y los datos generales.

Se hizo el análisis correspondiente con base en los aportes dados por las personas que aplicaron la prueba al formato y se hicieron los siguientes ajustes: en el encabezamiento del formato se incluyó el nombre y el lugar de la entidad en donde se recogió la información. En el reactivo 7 se agregó la categoría muñeca.

Las preguntas 14 y 15 se aunaron y se modificó el texto de la pregunta. Se eliminó la pregunta 21 por considerarse que ésta información se repetía.

Aunque para los ítems 23, 25 y 26 todas las personas que tomaron los datos manifestaron que eran claros, no se registraron pues se debía contactar al

paciente y para el pilotaje no era un requerimiento específico. En las preguntas 18, 20, 21, 22 y 24 se modificó el texto para aclarar la pregunta y en la pregunta 26 se incluyó la explicación de calificación más baja (1) y más alta (10)

Los ítems 1, 2, 3, 4 y 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 17, 18, 19 y 20 no presentaron inconvenientes para la recopilación de la información.

El formato ajustado (Anexo2) quedó de 20 reactivos con base en los anteriores resultados.

La accesibilidad se evaluó con las preguntas 8, 9, 10 y 11 del formato de recolección de datos.

La pertinencia se estableció con los reactivos 12 y 13 del mismo formato.

La oportunidad se midió con los reactivos 14, 15 y 16 del formato de recolección de datos.

La continuidad se determinó con los reactivos 17, 18 y 19 del mismo formato.

Posterior a su aprobación y antes de iniciar la toma de la muestra se firmó el acuerdo de confidencialidad entre cada institución de salud y la ECR, (Anexo 3) el compromiso de confidencialidad por parte del asistente de investigación (Anexo 4) y se envió el formato de consentimiento informado para ser firmado por cada paciente contactado (Anexo 5) y que aceptó participar en la investigación. Lo anterior se hizo como consideración ética para recolección de la información, tanto la suministrada por la Institución (estadísticas, RIPS), como la de los pacientes (Historia Clínica y de forma personal).

Seguido a lo anterior se accedió a las estadísticas de los meses de abril a julio de 2011 y de allí se tomaron todos los pacientes nuevos que fueron atendidos con patología de miembro superior y de éste grupo, los seleccionaron según el régimen de salud por el que ingresaron (subsidiado, contributivo o medicina prepagada), y con base en el criterio de los candidatos a especialistas en Rehabilitación de la Mano y el Miembro Superior de la ECR, y su experticia adquirida en las prácticas académicas de campo, se seleccionaron los que presentaron patología de miembro superior que comprometía su función.

Posteriormente se contactó telefónicamente a los usuarios seleccionados con el fin de pedirles su aceptación para participar en la investigación y acordar la firma del consentimiento informado. A partir de ese proceso se registraron los datos en el formato elaborado para tal fin y luego se ingresó la información en una base de datos en Excel para su posterior análisis.

Se hizo un análisis de los datos con el programa estadístico SPSS y con Excel por medio de los cuales se establecieron los resultados representados en porcentajes de los reactivos evaluados.

RESULTADOS

Para el análisis de la información se emplearon herramientas de la estadística descriptiva que permiten realizar la caracterización de las respuestas al instrumento aplicado.

Luego de hacer el análisis de los datos se encontró que el promedio de género en la muestra seleccionada, fue similar en los tres regímenes, con un de 58% de mujeres y 42% de hombres.

Tabla 1.
Accesibilidad inicial a salud, según régimen

CONSULTA MEDICA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	PREPAGADA
GENERAL	80%	66%	21%
ORTOPEDIA	15%	17%	50%
ESP. MANO Y MS	2%	1%	21%
CIRUJANO PLASTICO	0%	1%	0%
OTRO	3%	15%	8%

Se estableció que la mayoría de los pacientes que consultaron en los regímenes de salud subsidiado y contributivo, tuvieron accesibilidad inicialmente al médico general mientras que el 50% de los afiliados a medicina prepagada, recibieron atención inicial por un especialista en Ortopedia y el 21% a especialista de Mano y Miembro Superior. (Tabla 1)

Tabla 2.
Accesibilidad a medicina especializada

REMISION POSTERIOR A CONSULTA INICIAL A MÉDICO ESPECIALISTA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	PREPAGADA
SI	63%	57%	28%
NO	37%	43%	72%

Posterior a la consulta inicial, en los tres regímenes, el paciente fue remitido a un especialista para el manejo de su lesión en porcentajes superiores al 55%. En medicina prepagada se analiza que un 72% de los pacientes no fueron remitidos a

especialista pero se debe a que desde la consulta inicial tuvieron accesibilidad a médico especialista para su patología (Tabla 2).

Se encontró que en el régimen subsidiado de los 60 pacientes evaluados, 59 fueron remitidos a terapeuta para su tratamiento. En los regímenes contributivo y prepagado, la totalidad de los pacientes fueron remitidos a terapeuta para su intervención.

Tabla 3.
Pertinencia en remisión a Médico Especialista según régimen de salud

TIPO DE ESPECIALISTA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	PREPAGADA
FISIATRA	11%	21%	16%
ORTOPEDISTA	76%	62%	63%
CIRUJANO PLASTICO	5%	9%	0%
NEUROLOGO	8%	5%	0%
ESPECIALISTA EN MMSS	0%	3%	21%

En cuanto a pertinencia se encontró que posterior a la consulta inicial en los tres regímenes, el paciente fue remitido a un médico especialista en Ortopedia para el manejo de su lesión en porcentajes superiores al 60%. El 21% de los afiliados a medicina prepagada fueron remitidos a medicina especializada en Mano y Miembro Superior, mientras que ninguno de los subsidiados la recibió y sólo el 3% de los del régimen contributivo la obtuvieron (Tabla 3).

A la pregunta de si fue remitido a *Fisioterapia no especializada*, el 98% de los pacientes subsidiados respondió que si al igual que el 100% en los otros dos regímenes.

El 100% de los pacientes seleccionados no fue remitido a *Terapeuta Ocupacional* de forma simultánea o alterna, para su tratamiento. Los datos reportaron que ninguno de los pacientes de la muestra tuvo intervención *terapéutica especializada*.

Tabla 4.
Tiempo entre consulta inicial y asignación de la cita a terapéutica, según régimen de salud

ATENCIÓN ENTRE CONSULTA INICIAL Y ASIGNACIÓN DE CITA			
DIAS	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	PREPAGADA
1 a 5	52%	68%	94%
6 a 10	42%	19%	6%
11 a 15	6%	9%	0%
> 15	0%	4%	0%

En cuanto a la oportunidad se determinó la remisión a terapéutica como muy oportuna cuando se dio entre el 1º y el 5º día posterior a la lesión, oportuna cuando se obtuvo entre el 6º y el 10º día, poco oportuna entre 11 y 15 días y no oportuna, después de 15 días.

Los resultados en esta variable reportaron que al 68% de los pacientes del régimen contributivo y al 94% de los afiliados a medicina prepagada se les asignó la cita a terapéutica no especializada en los primeros cinco días, y en el mismo tiempo al 52% de los pacientes subsidiados. El 42% de los pacientes del régimen subsidiado fueron remitidos a terapia entre los 6 y 10 días posteriores a la consulta inicial. Este resultado indica que la mayoría de pacientes de los tres regímenes fueron atendidos de forma muy oportuna (Tabla 4).

Para evaluar la continuidad se preguntó a cada paciente si había recibido tratamiento continuo y el 100% del régimen subsidiado respondió que sí, de la misma forma el 97% del régimen contributivo y el 96% del prepagado.

Tabla 5.
Número de terapias autorizadas inicialmente según régimen de salud

TERAPIAS AUTORIZADAS			
MÚMERO DE TERAPIAS	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	PREPAGADA
1 a 5	4%	13%	2%
6 a 10	58%	42%	84%
11 a 15	20%	20%	7%
> 15	18%	25%	7%

Al evaluar continuidad en el tratamiento terapéutico se determinó que al 58% de los pacientes subsidiados, al 42% de los contributivos y al 84% de medicina prepagada les fueron asignadas entre 6 y 10 terapias para tratamiento. Con igualdad del 20% a los regímenes subsidiado y contributivo le fueron autorizadas

entre 11 y 15 terapias; al 24% del régimen contributivo le autorizaron más de 15 sesiones de tratamiento (Tabla 5).

Tabla 6.
Sesiones de tratamiento recibidas

ASISTENCIA A TERAPIAS			
MÚMERO DE TERAPIAS	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	PREPAGADA
1 a 5	9%	14%	2%
6 a 10	55%	42%	85%
11 a 15	18%	20%	7%
> 15	18%	24%	6%

Dentro de la continuidad se incluyó la asistencia del paciente a las terapias asignadas y se encontró que el 55% de los afiliados al régimen subsidiado con asignación entre 6 y 10 sesiones, completó el tratamiento, al igual que el 42% del contributivo y el 85% de la prepagada (Tabla 6).

DISCUSIÓN

En la presente investigación queda manifiesto que no hay acceso a terapéutica especializada en los diferentes regímenes de salud colombianos, aunque hay accesibilidad a la atención médica y terapéutica posterior a patología de miembro superior. En cuanto a pertinencia se destaca que los regímenes subsidiado y contributivo tienen menos acceso a un médico especializado, que los afiliados a medicina prepagada quienes sí la reciben en la mitad de los casos. En todos los regímenes se determinó que hay continuidad en el tratamiento terapéutico.

Respecto de la oportunidad es destacable que en el 52% de los casos del régimen subsidiado, en el 68% de los contributivos y en el 94% de los afiliados a medicina prepagada, fue muy oportuna la remisión a terapéutica no especializada y en el 42% de los afiliados a medicina prepagada fue oportuna.

El régimen subsidiado fue el que tuvo más atención por médico general en la consulta inicial y también el que más fue remitido posteriormente a médico especialista, específicamente a Ortopedista. En éste régimen se estableció también que de los tres regímenes, fue el que presentó el porcentaje más bajo en remisión muy oportuna a intervención terapéutica.

Igualmente se evidenció que en éste régimen, el mayor porcentaje de terapias autorizadas estuvo entre 6 y 10 sesiones y así mismo se dio la asistencia a las mismas.

El régimen contributivo fue el que tuvo menos porcentaje de atención inicial por médico especialista y también el que menos tuvo remisión a médico especialista posterior a la consulta inicial, aunque todos sus usuarios fueron remitidos a terapeuta no especializado para su tratamiento.

Los usuarios del régimen prepago fueron quienes en su mayoría inicialmente fueron atendidos por médico especialista (Ortopedista), respecto de los otros regímenes y quienes tuvieron más remisiones a médico especialista posterior a la consulta inicial. También fueron quienes más recibieron remisión muy oportuna a tratamiento terapéutico y en una proporción semejante asistieron a las sesiones aprobadas.

Cabe resaltar que en ninguno de los regímenes de la muestra se dio remisión a terapéutica especializada, lo cual debe ser analizado en nuevas investigaciones que establezcan la calidad de los tratamientos llevados a cabo y también determinen si no hay recurso humano suficiente que supla las necesidades de atención de pacientes con patología de miembro superior.

Autores como Gloria Molina (22) han concluido que a pesar de que el nuevo modelo de aseguramiento en salud en Colombia ha dado oportunidad a las personas de bajo recurso económico de acceder a los diferentes servicios de salud, son muchas las voces que hablan de la falta de oportunidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Es también cuestionable que aunque hay incremento en cobertura en afiliación hay inequidad en la prestación de los servicios, pues priman los intereses económicos de las empresas prestadoras de salud sobre la obligación que tienen asignada por el SGSS, de promover, recuperar y mantener la salud de sus afiliados (22).

La nueva ética en la práctica de salud y del SGSS, debe afianzarse en una concepción de justicia por el respeto y la libertad del paciente, en la igualdad de oportunidades y acceso a los servicios de salud, según lo necesite (23), pues la idoneidad en su intervención, minimiza los riesgos de iatrogenia, en beneficio de su salud.

Los gremios en salud deben unirse para instar al Gobierno Nacional a que en la atención de las personas con compromiso de su salud no tengan injerencia los aspectos económicos, sino que primen los principios del derecho a la salud consagrados en la Constitución Nacional de Colombia.

CONCLUSIONES

Es importante realizar nuevos estudios que analicen las intervenciones terapéuticas dadas a los pacientes con compromiso de su función por lesión de miembro superior para concluir si son idóneos o si es necesario promover la formación académica de los profesionales con posgrados que fundamenten su acción para la completa reintegración de los pacientes a su entorno social.

En la asignación de citas a terapia se evidencian tratamientos con más de 10 sesiones, lo cual sería importante establecer con estudios comparativos la eficacia de un tratamiento dado por un especialista en el área versus el realizado por un terapeuta no especializado y si la cantidad de sesiones se disminuirían si son tratados por profesionales especializados en el área.

Fue limitante en la presente investigación, la imposibilidad de desplazamiento de la investigadora principal a las diferentes ciudades en donde se recolectó la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ley 100. Colombia. Ministerio de Salud. 1993.
- (2) Darwin. Ley de la correlación del crecimiento. Citado por Monreal G., Ricardo. La mano, origen, evolución y su papel en la sociedad. Rev. Cubana Ortopedia y Traumatología Vol.21 No.2. La Habana Cuba. 2007
- (3) Sem Amartya. ¿Por qué la equidad en salud?. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 11 No. 5-6 2002. Washington.
- (4) Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Organización Mundial de la Salud. 1986.
- (5) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Colombia (PNUD). 2003.
- (6) Engels F. El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre. C. Marx y F. Engels. Obras completas. Tomo 20, p. 486.
- (7) Hunter James, Rehabilitation of the hand and upper extremity. Six edition. Ed. Mosby. 2011. Philadelphia.
- (8) Observatorio Laboral. www.graduadoscolombia.edu.co
- (9) Funcionamiento y Discapacidad: CIF. Revista Española de Salud Pública. 2009; Vol. 83.
- (10) Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2009;27(2) 121-130.
- (11) DECRETO 1011. Abril 3 de 2006. Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS) de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- (12) DANE. Seguridad Social en Salud y Pensiones. Enero-Marzo 2010. Bogotá
- (13) Zambrano A., Ramírez M., “¿Qué muestran las encuestas de calidad de vida sobre el sistema de salud en Colombia?” Revista Salud Pública Vol. 24 No.1 Rio de Janeiro. Enero 2008.
- (14) Organización Mundial de la Salud. 63ª Asamblea Mundial de La Salud. 2010

- (15) Moran M. 8. Governing the health care state: a comparative study of the United Kingdom, The United States and Germany. Manchester and New York NY, Manchester University Press, 1999.
- (16) Mejía A., Sánchez A., Tamayo Juan, Calidad y visibilidad. Rev. Salud Pública. Vol 9 No.1. Bogotá 2007
- (17) Ley 1122. Congreso de La República. Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá enero 2007.
- (18) Decreto 806 de 1998. Artículo 20. Ministerio de Salud. Colombia
Diccionario Manual de la Lengua Española- 2007 Editorial Larousse.
- (19) Velandia Freddy y cols. Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. Colombia Médica. Vol.32 No.1. 2001. Cali, Colombia.
- (20) Superintendencia Nacional de Salud. Título IV. Instituciones Prestadoras de servicios de salud. Título IV. Circular única. Bogotá, 2008.
- (21) Hernández Sampieri R., Metodología de la investigación. 4ª. Edición. Ed. Mc Graw Hill. Méjico. 2006.
- (22) Molina M., Gloria, Muñoz E., Iván Felipe, Ramírez G. Andrés, Dilemas en las decisiones en la atención en Salud. Grupo de investigación Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Ed. Instituto de Estudios del Ministerio Público. Bogotá Colombia. Enero 2009.
- (23) Vega Romero, Román. Dilemas éticos contemporáneos en salud el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. Revista Gerencia y Políticas de Salud [en línea] 2002, 1 (septiembre): [fecha de consulta: 8 de diciembre de 2011] Disponible en:
<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=54510206>> ISSN 1657-7027

ANEXO 1

ANEXO 1											
"CALIDAD DEL ACCESO A TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA. DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR EN CONTEXTO NOMBRE Y LUGAR DE LA ENTIDAD EN DONDE SE RECOGE LA INFORMACION"											
DATOS GENERALES											
FECHA		DIA		MES		AÑO					
FICHA No.											
No. HISTORIA CLINICA											
NOMBRE DEL PACIENTE:						SEXO		M			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.				LUGAR DE EXPEDICION:							
LUGAR DE NACIMIENTO:				FECHA: DIA		MES		AÑO EDAD			
DIRECCION DE RESIDENCIA:						CIUDAD					
TELÉFONO CASA		CELULAR:		E-MAIL:							
ESTA AFILIADO (A) A ARP?		SI	NO	OFICIAL	PRIVAD	NOMBRE DE LA ENTIDAD:					
5 OCUPACION QUE DESEMPEÑABA CUANDO PRESENTÓ LA PATOLOGÍA:											
6 CAUSA Y ANTECEDENTES DE LA PATOLOGÍA:											
7 TIPO DE PATOLOGÍA											
HOMBRO		BRAZO		CODO		ANTEBRAZO		MUNECA MANO			
8 REGIMEN DE SALUD											
SUBSIDIADO				CONTRIBUTIVO				PREPAGADO			
NIVEL		ENTIDAD		NOMBRE EPS PÚBLICA		NOMBRE EPS		NOMBRE ENTIDAD			
				SI		NO					
9 FECHA INICIAL DE CONSULTA POR LA PATOLOGIA ACTUAL DE DIA MES AÑO											
10 ESPECIALIDAD DEL MÉDICO QUE LO (LA) ATENDIÓ INICIALMENTE:											
GENERAL		ORTOPEDIA		ESPECIALISTA MS Y MANO		OTRO					
11 FUE REMITIDO (A) A OTRO(S) ESPECIALISTA				SI		NO		CUÁL O CUALES ESPECIALISTAS?			
12 FUE REMITIDO (A) A TERAPEUTA. PARA REHABILITARLO (A)?						SI		NO			
PERTINENCIA											
13 POSTERIOR AL TRATAMIENTO INICIAL, FUE REMITIDO (A) A:											
FISIOTERAPEUTA NO ESPECIALIZADO				SI		NO					
TERAPEUTA OCUPACIONAL NO ESPECIALIZADO				SI		NO					
14 TERAPEUTA DE MANO Y MIEMBRO SUPERIOR				POR EXPERIENCIA EN AÑOS		TITULADO					
		1 A 3		4 A 6		> 6					
OPORTUNIDAD											
15 SI FUE REMITIDO A TERAPIA, CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ ENTRE LA SOLICITUD DE CONSULTA CON EL TERAPEUTA Y LA CUANTAS SESIONES DE TERAPIA LE AUTORIZARON?				1-5 DÍAS		6-10		10-15 DÍAS		> DE 15 DÍAS	
16 A CUÁNTAS SESIONES DE TRATAMIENTO ASISTIÓ?				1 a 5		6 a 10		11 a 15		> de 15	
17 A CUÁNTAS SESIONES DE TRATAMIENTO ASISTIÓ?				1 a 5		6 a 10		11 a 15		> de 15	
CONTINUIDAD											
18 HA RECIBIDO TRATAMIENTO TERAPÉUTICO EN FORMA CONTINUA?				SI		NO					
19 SI ES AFIRMATIVO LO ANTERIOR, CUÁNTAS SESIONES CONTINUAS LE FUERON AUTORIZADAS INICIALMENTE?				NÚMERO DE SESIONES							
		1 A 5		6 A 10		11 A 20		MAS DE 20			
20 LE ASIGNARON NUEVAS CITAS DE TERAPIA?				SI		NO					
21 SI EL ANTERIOR ÍTEM ES NEGATIVO, CUANTO TIEMPO HA TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA TERAPIA RECIBIDA?				EN DIAS, CUÁNTO TIEMPO CONTINUO?							
		1 A 5		6 A 10		11 A 20		MAS DE 20			
22 SI ES NEGATIVO EL ÍTEM 20, POR QUÉ SE INTERRUMPIÓ LA CONTINUIDAD?				INASISTENCIA DEL		NO ASIGNACION DE LA CITA POR LA					
23 SI ES AFIRMATIVO EL ÍTEM 20, CUÁNTAS TERAPIAS LE ASIGNARON EN TOTAL ENTRE LOS MESES DE FEBRERO Y MARZO?				1 A 5		6 A 10		11 A 20		MAS DE 20	
24 SI TUVO INASISTENCIAS CUÁL FUE LA CAUSA?											
OTROS DATOS											
25 EN ESCALA DE 1 A 10. CALIFIQUE SU SATISFACCIÓN EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN						DONDE 1 ES LA MENOR CALIF Y 10 ES					
26 POR QUÉ? (SI LA CALIFICACIÓN ES INFERIOR A 6)											

ANEXO 2

ANEXO 2										
"CALIDAD DEL ACCESO A TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA, DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR EN CONTEXTO COLOMBIANO"										
NOMBRE Y LUGAR DE LA ENTIDAD EN DONDE SE RECOGE LA INFORMACION:										
DATOS GENERALES										
	FECHA		DIA		MES		AÑO			
	FICHA No.									
	No. HISTORIA CLINICA									
1	NOMBRE DEL PACIENTE:					SEXO	F		M	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.				LUGAR DE EXPEDICION:					
2	LUGAR DE NACIMIENTO:				FECHA:	DIA	MES	AÑO	EDAD	
3	DIRECCION DE RESIDENCIA:						CIUDAD			
	TELÉFONO CASA		CELULAR:		E-MAIL:					
4	OCUPACION QUE DESEMPEÑABA CUANDO PRESENTÓ LA PATOLOGÍA:									
5	CAUSA Y ANTECEDENTES DE LA PATOLOGÍA:									
	TIPO DE PATOLOGIA									
6	HOMBRO	BRAZO	CODO	ANTEBRAZO	MUÑECA	MANO				
	REGIMEN DE SALUD				PREPAGADO					
7	SUBSIDIADO		CONTRIBUTIVO		SI		NO			
	NIVEL	ENTIDA	NOMBRE EPS	NOMBRE EPS	NOMBRE ENTIDAD					
	ACCESIBILIDAD									
8	FECHA INICIAL DE CONSULTA POR LA PATOLOGIA				DIA	MES	AÑO			
9	ESPECIALIDAD DEL MÉDICO QUE LO (LA) ATENDIÓ INICIALMENTE:									
	GENER	ORTOPEDIA	ESPECIALISTA MS Y	OTRO						
10	FUE REMITIDO (A) A OTRO (S)		SI	NO	CUÁL O CUALES ESPECIALISTAS?					
11	FUE REMITIDO (A) A TERAPEUTA, PARA REHABILITARLO (A)?				SI	NO				
	PERTINENCIA									
12	POSTERIOR AL TRATAMIENTO INICIAL, FUE REMITIDO (A) A:				SI		NO			
	FISIOTERAPEUTA NO ESPECIALIZADO				SI		NO			
	TERAPEUTA OCUPACIONAL NO ESPECIALIZADO				SI		NO			
13	TERAPEUTA DE MANO Y MIEMBRO SUPERIOR			POR EXPERIENCIA EN		TITULADO				
				1 A 3	4 A 6	> 6				
	OPORTUNIDAD									
14	SI FUE REMITIDO A TERAPIA, CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ ENTRE LA SOLICITUD DE CONSULTA				1-5	6-10	10-15	> DE 15 DÍAS		
15	CUANTAS SESIONES DE TERAPIA LE AUTORIZARON?				1 a 5	6 a 10	11 a 15	> de 15		
16	A CUÁNTAS SESIONES DE TRATAMIENTO ASISTIÓ?				1 a 5	6 a 10	11 a 15	> de 15		
	CONTINUIDAD									
17	HA RECIBIDO TRATAMIENTO TERAPÉUTICO EN				SI		NO			
18	SI ES AFIRMATIVO LO ANTERIOR, CUÁNTAS SESIONES CONTINUAS LE FUERON AUTORIZADAS INICIALMENTE?				NÚMERO DE SESIONES					
					1 A 5	6 A 10	11 A 20	MAS DE 20		
19	A CUÁNTAS SESIONES DE TRATAMIENTO ASISTIÓ?				1 A 5	6 A 10	11 A 20	MAS DE 20		
	OTROS DATOS									
20	EN ESCALA DE 1 A 10, CALIFIQUE SU SATISFACCIÓN EN EL ACCESO A				DONDE 1 ES LA MENOR					
	INFORMACION INSTITUCIONAL									
	RECURSOS PARA ACCESIBILIDAD: CONSULTA TELEFÓNICA									
	PERTINENCIA: RESULTADOS CON LOS DIAGNÓSTICOS DE LAS PATOLOGIAS									
	OPORTUNIDAD: REGISTRO DE ASIGNACION DE CITAS O AGENDA									
	CONTINUIDAD: REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (RIPS)									

ANEXO 3

**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD ENTRE LA ENTIDAD DE SALUD
_____ Y LA ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACION**

Los suscritos, **DIANA PATRICIA WALTEROS ASTAIZA**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá e identificado con cédula de ciudadanía No.52.265.749 expedida en Bogotá, quien en calidad de Jefe del Departamento de Investigaciones, en nombre y representación de **LA ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN**, institución privada de educación superior con el carácter de Institución Universitaria, sin ánimo de lucro, con personería jurídica reconocida mediante resolución No.5090 de noviembre de 1995 expedida por el Ministerio de Gobierno, como se demuestra con la certificación del Ministerio de Educación, parte que en adelante se denominará **LA ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN (ECR)**; y por la otra (**nombre del representante de la entidad de salud**), identificado con la cedula de ciudadanía No. _____ de _____, actuando como Representante legal de _____, con personería jurídica reconocida mediante resolución No. _____ del _____ de _____ de _____ expedida por _____, como se demuestra con la certificación que forma parte de este acto, que en adelante se denominará **LA ENTIDAD**, hemos acordado celebrar el presente **ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD** contenido en las siguientes cláusulas, previas las siguientes consideraciones:

1. Que **LA ECR** se encuentra ejecutando el proyecto de investigación titulado **“CALIDAD DEL ACCESO A TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA, DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR EN CONTEXTO COLOMBIANO”** cuyo alcance ha sido planteado desde agosto de 2010 hasta noviembre de 2011.
2. Que **LA ECR** para el desarrollo del proyecto identificado en el numeral precedente requiere el apoyo de **LA ENTIDAD** mediante el suministro de información documental, registros institucionales y el acceso a informantes clave para el desarrollo de entrevistas individuales.
3. Que **LA ENTIDAD** se encuentra interesada en suministrar información administrativa y clínica relacionada con el proyecto y permitir la realización de entrevistas, a pacientes, personal administrativo y clínico para el desarrollo de la investigación **“CALIDAD DEL ACCESO A TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA, DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR EN CONTEXTO COLOMBIANO”** que se encuentra coordinando para Colombia **LA ECR**.
4. Que para efectos de establecer los parámetros de esta relación y demás aspectos relacionados con este apoyo, las partes tendrán que intercambiar información que puede tener carácter confidencial.

ACUERDAN:

CLÁUSULA PRIMERA.- FINALIDAD: El objeto de este acuerdo es fijar los términos y condiciones que rigen el uso y la protección de la información suministrada entre **LA ECR** y **LA ENTIDAD**.

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO DE LA INFORMACIÓN: Las partes acuerdan que la información intercambiada será utilizada única y exclusivamente para el desarrollo del proyecto de investigación titulado "**CALIDAD EN EL ACCESO A TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA, DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR EN CONTEXTO COLOMBIANO**" luego, las partes se abstendrán en todo tiempo y lugar a utilizar la misma para fines diferentes a los aquí previstos.

En consecuencia las partes acuerdan que la información suministrada por **LA ENTIDAD** será utilizada para el cumplimiento de los siguientes objetivos del proyecto de investigación:

a) Determinar la oportunidad de acceso a terapéutica especializada que tienen los pacientes con patología de miembro superior, en cada régimen de salud, en las diferentes ciudades objeto de la investigación.

b) Establecer la accesibilidad a terapéutica especializada que tienen los pacientes con patología de miembro superior, en cada régimen de salud, en las diferentes ciudades objeto de la investigación.

c) Conocer la pertinencia en el acceso a terapéutica especializada que tienen los pacientes con patología de miembro superior, en cada régimen de salud, en las diferentes ciudades objeto de la investigación

d) Determinar la continuidad en la terapéutica especializada que tienen los pacientes con patología de miembro superior, en cada régimen de salud, en las diferentes ciudades objeto de la investigación

e) Conocer la satisfacción de los usuarios con patología de miembro superior que compromete su función, respecto de la calidad en el acceso a la terapéutica recibida.

CLÁUSULA TERCERA.- INFORMACIÓN CONFIDENCIAL: Las partes acuerdan que toda la información entregada relacionada con los diseños, la información de los productos, sus ingredientes y composición, la planeación, la capacitación, todo el material tangible o intangible almacenado en medios magnéticos, o no magnéticos, la información verbal obtenida o desarrollada por las partes durante la ejecución del presente acuerdo y con posterioridad a este se entienden de carácter estrictamente confidencial.

Además, las partes acuerdan que todas y cada una de las conversaciones sostenidas previa, durante, y con posterioridad a la investigación, la ejecución del proyecto y con posterioridad a su finalización tendrá el carácter de estricta confidencialidad.

El término **INFORMACION CONFIDENCIAL** no incluye la información que se encuentre dentro de los siguientes supuestos:

1. Que esté o llegue a estar a disposición del público o sea de dominio público por causa diferente a un acto u omisión de las partes.

2. Que con anterioridad a su revelación estuviere en posesión legítima de las partes, por causas diferentes a relaciones comerciales o de cualquier otro tipo y así lo haya hecho conocer.

CLÁUSULA CUARTA.- CONFIDENCIALIDAD: LA ECR y LA ENTIDAD acuerdan que cualquier información intercambiada entre las partes, en adelante **LA INFORMACIÓN**, será mantenida confidencialmente según las siguientes condiciones:

1. **LA INFORMACIÓN** es considerada como Confidencial, para ambas partes.

2. Las partes se comprometen a proteger toda **LA INFORMACIÓN**.

3. **LA ECR** se compromete a establecer los procedimientos adecuados para el control de **LA INFORMACIÓN**.

4. **LA ECR** se compromete a preservar y velar porque las personas a su cargo y los investigadores asociados preserven el derecho a la intimidad de los pacientes y el anonimato de **LA ENTIDAD** en el suministro de **LA INFORMACIÓN**.

5. **LA ECR** no dará a conocer **LA INFORMACIÓN** a personas ajenas distintas a las que suscriben el presente acuerdo y limitando su circulación exclusivamente a las personas de ambas entidades que estén relacionadas con el desarrollo de la relación entre **LA ECR** y **LA ENTIDAD**, materia del presente Acuerdo de Confidencialidad.

6. **LA ECR** no dará a **LA INFORMACIÓN** un uso distinto para el cual fue compartida o suministrada.

7. Las partes aceptan que no usarán **LA INFORMACIÓN**, o ningún análisis o información que desarrolle que contenga, haga referencia o se base en ninguna **INFORMACIÓN**, para promoción, instrucción, publicidad o ningún otro fin sin antes contar con la aprobación escrita de un representante autorizado de la correspondiente contraparte.

8. Las partes se responsabilizan de que sus participantes se sujeten a las obligaciones que se establecen en los numerales anteriores.

CLÁUSULA QUINTA.- DERECHOS DE PROPIEDAD: Las partes aceptan que cada una de ellas es titular exclusiva de cualquier derecho sobre sistemas de información utilizados para el diseño, implementación y comercialización de los productos que dé a conocer a la otra, así pues no tendrá derecho alguno sobre la otra, obligándose a no copiar, duplicar, sustraer o hacer del conocimiento de terceros, información o documentación relacionadas con los mismos.

CLÁUSULA SEXTA.- DIVULGACION DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:

Los investigadores podrán divulgar **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** de **LA ENTIDAD** en seminarios académicos, revistas indexadas nacionales e internacionales, libros y otro tipo de documentos técnicos, siempre que omitan la identidad de los informantes y de la ENTIDAD, para lo cual deberán utilizar un sistema de identificación numérico o el que para el efecto consideren el más adecuado.

CLÁUSULA SÉPTIMA.- INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES.- Las partes responderán por el incumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente acuerdo, si el mismo se incumple por los representantes legales, asesores, dependientes, empleados, contratistas, amistades y terceros involucrados.

CLÁUSULA OCTAVA.- RESPONSABILIDAD.- Las partes serán responsables de cualquier pérdida robo, hurto, u otra circunstancia de la información entregada, como de cualquier revelación de información no autorizada expresamente, realizada por cualquiera de las personas mencionadas en la cláusula anterior.

CLÁUSULA NOVENA.- DIVULGACION DE INFORMACION POR REQUERIMIENTO JUDICIAL. En caso de que alguna de las partes reciba un requerimiento expedido por orden judicial o administrativa para revelar, en todo o en parte, la información confidencial, las partes podrán revelar la información protegida, previa comunicación escrita a la otra parte y, una vez se hayan agotado todos los recursos legales para evitar el suministro de información.

CLÁUSULA DÉCIMA.- INVALIDEZ / CESION.- En caso de que cualquier disposición del presente Acuerdo sea prohibida o invalidada por cualquier ley aplicable, tal disposición quedará sin efecto solo en lo que se refiere a tal prohibición o invalidez y no invalidará el resto de tal disposición ni el resto de disposiciones bajo este acuerdo. Ninguna de las partes podrá ceder sus derechos ni delegar sus obligaciones sin el previo consentimiento de la contraparte.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA.- EFECTOS.- El presente Acuerdo constituye un acuerdo íntegro suscrito entre las partes relacionado con el tema del mismo y substituirá cualquier acuerdo anterior relacionado, ya sea escrito o verbal, y no podrá ser enmendado o modificado sin el consentimiento escrito de las partes.

Las obligaciones de proteger la confidencialidad de cualquier punto de la INFORMACION CONFIDENCIAL recibido antes de la terminación de este Acuerdo, así como la obligación por el presente de relevar e indemnizar, sobrevivirán luego de cualquier terminación de este Acuerdo.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA.- MODIFICACIÓN O CANCELACIÓN: Este Acuerdo sólo podrá ser modificado por acuerdo previo y escrito entre las partes.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA.- CLÁUSULA COMPROMISORIA. Las partes convienen que toda controversia o reclamación resultante de este contrato o

relativo a su incumplimiento, naturaleza, resolución podrá ser resuelta a decisión de la parte cumplida, mediante arbitraje sometido a la decisión tomada por un tribunal de arbitramento cuyo domicilio será Bogotá; integrado por un árbitro designado por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá. El tribunal decidirá en Derecho y se sujetará al reglamento de Arbitraje de la Cámara de Comercio Vigente al momento de iniciar el arbitraje.

En constancia y prueba de conformidad de cuanto antecede, firman el presente acuerdo por duplicado y a un solo efecto, en Bogotá, a los _____ días del mes de _____ de 2011.

LA ENTIDAD

**DIANA PATRICIA WALTEROS
ESCUELA COLOMBIANA DE
REHABILITACIÓN (ECR)**

ANEXO 4

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD SUSCRITO POR EL ASISTENTE DE INVESTIGACION DEL PROYECTO “CALIDAD DEL ACCESO A TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA, DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR EN CONTEXTO COLOMBIANO”

Yo, _____ con cédula de ciudadanía No. _____ en mi calidad de asistente del **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “CALIDAD DEL ACCESO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR A TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA, EN CONTEXTO COLOMBIANO”**, proyecto llevado a cabo con el aval de **LA ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACION, ECR**, institución privada de educación superior con el carácter de Universidad, sin ánimo de lucro, con personería jurídica reconocida mediante resolución No. 5090 de fecha 3 de noviembre de 1995, expedida por el Ministerio de Gobierno, como se demuestra con la certificación del Ministerio de Educación, parte que en adelante se denominará **LA ECR**, me comprometo a participar activamente dentro del mismo y a garantizar total confidencialidad de la información a la que acceda en mi condición de miembro del equipo y específicamente asumiré los siguientes compromisos, previa la siguiente aclaración:

El término **INFORMACION CONFIDENCIAL** no incluye la información que se encuentre dentro de los siguientes supuestos:

3. Que esté o llegue a estar a disposición del público o sea de dominio público por causa diferente a un acto u omisión de los miembros del PROYECTO.
4. Que con anterioridad a su revelación estuviere en posesión legítima de las partes, por causas diferentes a relaciones comerciales o de cualquier otro tipo.
5. Que sea revelada por **LA ENTIDAD** en cumplimiento de alguna disposición legal, o bien, por una orden gubernamental o judicial de autoridad competente, mediante acto administrativo, reglamento o en desarrollo de un proceso judicial.

Se considera **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**, cualquier información científica, técnica, financiera, organizacional, metodologías, modelos de organización que haya sido desarrollada por **LA ENTIDAD**.

COMPROMISOS EN MI CALIDAD DE MIEMBRO DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN DEL PROYECTO “CALIDAD DEL ACCESO A TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA, DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR EN CONTEXTO COLOMBIANO”:

- a. Reconozco que todas y cada una de las discusiones sostenidas durante las reuniones del equipo de investigación previa, durante, y con posterioridad al análisis de los resultados de la investigación tendrán el carácter de estricta

confidencialidad salvo que estas lleguen a estar a disposición del público o sean de dominio público por causa diferente a un acto u omisión en mi calidad de miembro del equipo.

b. Reconozco que los contenidos del proyecto de investigación del cual hago parte son de carácter Confidencial.

En caso que en mi calidad de miembro reciba requerimiento expedido por orden judicial o administrativa para revelar, en todo o en parte, la información confidencial de la investigación, podré revelar la información protegida, previa comunicación escrita a las Directivas de la ECR quienes se encargarán de determinar los lineamientos para el caso en concreto.

c. Acepto que los datos de identificación de los sujetos participantes en las investigaciones son de carácter confidencial y no podrán ser revelados a terceros.

d. Acepto que no usaré la información relacionada con la investigación de la cual tendré conocimiento en mi calidad de miembro del proyecto, para promoción, instrucción, publicidad o ningún otro fin sin antes contar con la aprobación escrita de un representante autorizado de la correspondiente contraparte y de las directivas de la ECR.

e. En mi calidad de miembro del equipo del PROYECTO podré comunicar la Información Confidencial a los directivos de la ECR, cuando ellos requieran conocer la misma por razón de sus actividades de dirección y gestión o cuando en mi calidad de miembro del equipo identifique algún riesgo sobre la investigación que pueda afectar la estabilidad del proyecto o los intereses académicos, financieros y técnicos de la ECR.

f. Declaro conocer en su integridad las normas legales vigentes relacionadas con la investigación clínica y especialmente las siguientes: Resolución 8430 de 1993, Resolución 2378 de 2008 por la cual se adoptan las buenas prácticas clínicas en Colombia, y las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las ciencias médicas y cualquier otra disposición que sin estar expresamente señalada en el presente documento deba conocer en mi calidad de miembro del proyecto.

g. El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones previstas en el presente acuerdo, facultará a LA ECR para reclamar el resarcimiento integral de los daños y perjuicios causados, incluyendo entre otros, gastos judiciales y honorarios profesionales causados en virtud del reclamo.

h. Las obligaciones estipuladas bajo este compromiso, se mantendrán con plena vigencia indefinida, plazo que se contabilizará a partir de la fecha de la suscripción del presente COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.

En constancia y prueba de conformidad de cuanto antecede, firman el presente acuerdo por duplicado y a un solo efecto, en (CIUDAD), a los ____ (día, mes, año)

NOMBRE DEL ASISTENTE DE INVESTIGACIÓN
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.

FIRMA

ANEXO 5
Formato de consentimiento informado

**“CALIDAD DEL ACCESO A TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA, DE
PACIENTES CON PATOLOGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR EN CONTEXTO
COLOMBIANO”**

Participante		Número Identificación	
Investigador Principal (IP)		Número teléfono	
Asistente de Investigación		Número de identificación	
		Número de teléfono	

1. CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO

Se le ha solicitado que participe en el estudio, “Calidad en el acceso a terapéutica especializada, de pacientes con patología de miembro superior en contexto colombiano”, dirigido por la Fisioterapeuta AMPARO ARDILA DE CHAVES y con asistencia de los estudiantes de la Especialización de Mano y Miembro Superior de la Escuela Colombiana de Rehabilitación.

Este documento explica la naturaleza, demandas, beneficios y cualquier riesgo del proyecto. Su participación es voluntaria y puede elegir no participar sin ninguna sanción o pérdida de beneficio. Firmando este formulario de consentimiento, no está renunciando a sus derechos legales de reclamación.

Se le entregará una copia de este documento. Cualquier pregunta que tenga en relación con el estudio o su participación, antes o después de su consentimiento, será contestada por el investigador (nombre del investigador y número de teléfono).

Este documento de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pida al investigador que le explique y aclare cualquier duda que tenga.

Su firma más abajo indica que acepta participar en el estudio citado arriba.

2. POR QUÉ SE REALIZA ESTE ESTUDIO?

El propósito de la investigación es originar nuevo conocimiento sobre el sistema de salud a partir de su experiencia como usuario de éstos servicios. Sus opiniones y experiencias nos ayudarán a conocer el funcionamiento en relación con la calidad para acceder a la terapéutica especializada en lesiones de miembro superior. El análisis de la información nos ayudará a identificar las necesidades en

relación con el acceso a la terapéutica especializada de pacientes con patología de miembro superior y proporcionar recomendaciones para mejorar su funcionamiento. Por ello, estamos interesados en sus opiniones y experiencias.

3. ¿QUÉ SE ME VA A PEDIR HACER?

Si decide participar, se tomarán datos de su historia clínica y se le realizará una entrevista sobre su experiencia, frente a la dinámica de la calidad en el acceso a la terapéutica especializada en lesiones de miembro superior, en los servicios de salud. En ningún momento se conocerá su nombre. Sólo se utilizará un código.

4. ¿QUÉ RIESGOS HAY?

No hay ningún riesgo por participar en este estudio. Si alguna pregunta hecha por el investigador es incómoda para usted, no la responda.

5. ¿HAY BENEFICIOS DE ESTAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN?

Esperamos que usted y la sociedad puedan beneficiarse con los resultados de la investigación.

6. ¿QUÉ OTRAS OPCIONES HAY?

Es libre para decir si acepta o no, participar en el estudio.

7. ¿SE MANTENDRÁ MI INFORMACIÓN PRIVADA?

Los resultados del estudio serán publicados, pero su nombre o identidad no será revelada y su información se mantendrá privada. Con el fin de proteger su información, el investigador (*AMPARO ARDILA DE CHAVES*) y el asistente de investigación, (*NOMBRE DEL ASISTENTE*) mantendrán protegido su registro. Sólo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a la información y en ningún caso, se incluirán nombres, direcciones u otra información que lo identifique en sus resultados.

8. ¿QUÉ COSTOS Y PAGOS HAY?

Los investigadores quieren que su decisión de participar en el estudio sea absolutamente voluntaria y sin costo.

Firma del paciente

Nombre Impreso

Fecha

9. DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR

"Certifico que he explicado al individuo citado más arriba la naturaleza y propósito, los beneficios potenciales y posibles riesgos asociados con la

participación en este estudio de investigación, he contestado todas las preguntas que han surgido, y he sido testigo de la firma. He proporcionado al usuario/participante una copia de este documento firmado”.

Firma del asistente de investigación
Teléfono: 6270366 Extensión 14
Fecha