

**FACTORES QUE LIMITAN EL ACCESO A LAS PERSONAS QUE
PRESENTAN EVENTOS CARDIOVASCULARES A SUS RESPECTIVAS
TERAPIAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN UNA INSTITUCIÓN DE
CARÁCTER PÚBLICO DE LA CIUDAD DE PALMIRA EN EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE ENERO DE 2011 Y JUNIO DE 2012**

JOHN JAMES CASTILLO VERGARA

FRANCISCO JAVIER LOBOA



**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
CALI 2013**

**FACTORES QUE LIMITAN EL ACCESO A LAS PERSONAS QUE
PRESENTAN EVENTOS CARDIOVASCULARES A SUS RESPECTIVAS
TERAPIAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN UNA INSTITUCIÓN DE
CARÁCTER PÚBLICO DE LA CIUDAD DE PALMIRA EN EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE ENERO DE 2011 Y JUNIO DE 2012**

JOHN JAMES CASTILLO VERGARA

FRANCISCO JAVIER LOBOA

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar
al título de Magister en Administración en Salud**

**Director
CAMILO TORRES SERNA
M.D; MSP.**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD
CALI 2013**

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirnos la oportunidad contribuir en el estado de salud de la población de la ciudad tierra que nos vio crecer.

A los pacientes que de manera gentil y desinteresada ocuparon su tiempo en responder el cuestionario.

A las directivas del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Palmira por autorizar el desarrollo de esta investigación en la institución.

A nuestro asesor de investigación por darnos la oportunidad de albergarnos y contribuir en el desarrollo de este estudio de investigación.

A las personas encargadas de realizar las encuestas por su tiempo, persistencia y dedicación en la obtención de la información.

Finalmente a nuestras familias por sacrificar el tiempo que dejamos de compartir con ellos, y con sus palabras nos animaron día a día para ser realidad este sueño.

CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	6
LISTA DE GRAFICAS	7
LISTA DE ANEXOS	8
RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN.....	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. OBJETIVOS.....	16
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
4. MARCO REFERENCIAL	17
4.1. MARCO TEÓRICO.....	17
4.1.1. Rehabilitación Cardiovascular	17
4.1.2. Fases y protocolos de Rehabilitación Cardíaca en las IPS.....	18
4.1.3. Evaluación de programas de salud y rehabilitación cardiaca.	20
4.1.4. Accesibilidad al Servicio de Rehabilitación Cardíaca	21
4.2 MARCO CONCEPTUAL	22
4.2.1 Modelo Epidemiológico de Dever.....	22
4.2.2 Medición y accesibilidad modelo de Aday Andersen	24
4.2.3 Definiciones:.....	26
5. METODOLOGÍA	27
5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	27
5.1.1 Tipo de Estudio.....	27
5.1.2 Universo de Estudio	27
5.1.3 Selección y Tamaño de la Muestra	27
5.1.4. Criterios de inclusión.....	28

5.1.5. Criterios de exclusión.....	29
5.1.6 Variables (cuadro: variable, tipo, nivel de medición, código).....	29
5.2 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	30
5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	30
5.4 CONTROL Y SUPERVISIÓN.	30
5.5 PRUEBA PILOTO	31
5.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	31
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
7. RESULTADOS	33
8. DISCUSIÓN	40
9. CONCLUSIONES.....	44
10. RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS	55

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características población de estudio	35
Tabla 2. Características población remitida a tratamiento.....	37
Tabla 3. Características pacientes que asisten a la rehabilitación.....	39

LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1. Flujograma de la inclusión y el seguimiento de los individuos dentro del estudio..... 33

Gráfica 2. Diagnóstico de los pacientes incluidos en el estudio 34

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado para aplicación de Encuesta a personas mayores de 18 años.	56
Anexo 2. Consentimiento informado médicos internistas	58
Anexo 3. Cuestionario para pacientes	60
Anexo 4. Cuestionario para médicos	64

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de morbimortalidad en muchos países del mundo^{1,2}, entre los que se incluye Colombia³, que ocupa el Primer lugar de mortalidad tanto para hombres como para mujeres mayores de 45 años⁴. Igual situación se ve reflejada en la ciudad de Palmira, segundo municipio en importancia del departamento del Valle del Cauca. Ciudad en la cual su perfil epidemiológico del año 2009 registra un total de 1836 muertes de las cuales las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar dentro de las causas con un total de 580 casos con un porcentaje del 31,6 % del total y en cuanto a la morbilidad, en este se describen un total de 25019 casos atendidos por eventos cardiovasculares durante este año con una tasa de 8553 por cada 100 mil habitantes⁵.

Al egreso de un proceso de hospitalización de un paciente que ha presentado un evento cardíaco, ya sea por infarto agudo de miocardio o falla cardíaca entre otros diagnósticos, las IPS deben asegurar que los pacientes egresen con una orden de remisión al servicio de rehabilitación cardíaca y las empresas prestadoras de servicios de salud EPS-S deben autorizar a sus afiliados la prestación de este servicio el cual se encuentra en el actual Plan Obligatorio de servicios de salud (POS), de esta manera los pacientes son remitidos a las IPS especializadas que se encuentran entre la red de cobertura de la EPS-S, con el fin de buscar el beneficio del paciente, su cabal recuperación físico clínica y de esta manera reducir el riesgo de tener otros problemas cardíacos en el futuro^{6, 7, 8}.

El objetivo de este estudio fue identificar los factores que limitan el acceso a las personas que presentan eventos cardiovasculares a sus respectivas terapias de rehabilitación cardíaca en una institución de carácter público de la ciudad de Palmira en el periodo comprendido 1 de enero de 2011 y junio de 2012.

Para cumplir este objetivo se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. Se trató de un estudio de carácter epidemiológico, observacional, analítico, longitudinal, de direccionalidad retrospectiva. Se seleccionaron los pacientes que ingresaron al servicio de medicina interna hospitalización de un Hospital de Nivel 2 de la ciudad de Palmira desde el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2011 y junio de 2012, después de obtenidos los datos de contacto en la historia clínica de los usuarios se procedió a programar una visita en el domicilio de los mismos para aplicar el instrumento de medición (entrevista). Los datos se registraron en formatos establecidos. Una vez obtenidos los datos se realizó un análisis univariado y bivariado. Utilizando tablas de frecuencia de variable al igual que se

compararon las variables categóricas y se analizaron factores relacionados con la asistencia al tratamiento mediante tablas cruzadas.

Es este estudio se identificó que de la muestra total, al 79% de los pacientes no se les dio orden para rehabilitación cardíaca. Y la causa por la cual no asistían a las sesiones el 60.5% manifiestan que es debido a dificultades económicas. En cuanto a los 2 médicos internistas encuestados y que representan al 100% de los profesionales que laboran en esta sala. El 100% afirma remitir sus pacientes a RC e igual porcentaje coincide en que la situación económica de los pacientes puede limitar la asistencia de estos a las terapias de RC. Se propone implementar estrategias, tal como una orden automática al egreso del paciente que asegure la remisión al servicio de RC.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de morbilidad y mortalidad en muchos países del mundo^{1,2}, entre los que se incluye Colombia³, que ocupa el Primer lugar de mortalidad tanto para hombres como para mujeres mayores de 45 años⁴. Los principales factores de riesgo responsables de la mortalidad en el mundo son: hipertensión arterial (13%), tabaquismo (9%), inactividad física (6%), glucosa elevada (6%), sobrepeso y obesidad (5%), todos prevenibles, modificables y relacionados con la enfermedad cardiovascular^{9,10}.

De igual forma, cuando ésta ya se ha instaurado acompañada de alguna de sus manifestaciones, puede existir cierto tipo de discapacidad y, por ende, tanto el abordaje terapéutico como las metas se tornan más estrictas, y necesariamente integrales^{11,12}. Es así como la rehabilitación cardiovascular responde a los requerimientos de manejo integral y seguridad, convirtiéndose en una intervención ampliamente reconocida como costo-efectiva para este tipo de casos^{13, 14}.

El concepto actual de rehabilitación cardiovascular es el resultado de años de observación y evidencia que comenzaron en 1957 cuando Hellerstein y Ford se refirieron por primera vez a la rehabilitación cardíaca (RC) y sus componentes; a ellos les siguieron, en 1963, la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁵ con la recomendación sobre los ejercicios que se practican en rehabilitación cardíaca, y más adelante, en 1985, el Colegio Americano de Cardiología con la aprobación de los programas de Rehabilitación Cardiovascular.

Palmira fue fundada en 1680, es el segundo municipio en importancia del departamento del Valle del Cauca, está ubicada a orillas del Río Cauca dentro de la región Sur del valle del Cauca, Colinda al Norte con el municipio de El Cerrito, al Este con el departamento del Tolima, al Sur con los municipios de Pradera y Candelaria y al Oeste con los municipios de Yumbo, Vijes y Santiago de Cali del cual se encuentra a unos 22 kilómetros de distancia. Su extensión de 1.123 km², es un municipio con 278.409 habitantes aproximadamente, cuya mayor concentración de población está en la zona urbana¹⁶.

Como cualquier otro municipio del valle del Cauca o de Colombia, presenta un perfil epidemiológico donde una de sus principales causas de morbilidad y mortalidad son las enfermedades cardíacas, las cuales representan un alto porcentaje para el total de la población y de esta un alto Número de ellas son mujeres. Las autoridades de salud pública centran su atención para evitar esos sucesos por medio de campañas encaminadas a la educación y cambio de estilos de vida, pero en algunos casos se hace caso omiso de estrategias de prevención ya

ampliamente estudiadas como es el caso de la RC, siendo en la actualidad un servicio al cual solo una parte de la población tiene acceso a este⁵.

Para poder hacer referencia de la rehabilitación cardíaca (RC) y las barreras de acceso a este servicio por parte de la población del municipio de Palmira, es necesario el planteamiento de estudios que permitan identificar entre la población cuál de estas barreras las afecta o interviene directamente para que estas personas a las cuales se les ordena este servicio no asistan o simplemente dejen de asistir o deserción en de la misma. De igual forma permita a las instituciones del sector salud del municipio implementar nuevas acciones donde se considere la salud de las personas que en ellas se atiende.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al egreso del proceso de hospitalización de un paciente que ha presentado un evento cardíaco, ya sea por infarto agudo de miocardio o falla cardíaca entre otros diagnósticos, las IPS deben asegurar que los pacientes egresen con una orden de remisión al servicio de rehabilitación cardíaca y las empresas prestadoras de servicios de salud EPS-S deben autorizar a sus afiliados la prestación de este servicio el cual se encuentra en el actual Plan Obligatorio de servicios de salud (POS), de esta manera los pacientes son remitidos a las IPS especializadas que se encuentran entre la red de cobertura de la EPS-S, con el fin de buscar el beneficio del paciente y su cabal recuperación físico clínica⁶.

La rehabilitación cardíaca comprende el entrenamiento de ejercicio físico para ayudar al paciente a aprender a hacer ejercicio de una manera segura y saludable, fortaleciendo músculos y procurando el mejoramiento de su resistencia física. El plan de ejercicio responderá a sus habilidades, necesidades e intereses personales, permitiendo entender en el paciente su problema cardíaco y encontrar maneras para reducir el riesgo de tener otros problemas cardíacos en el futuro^{7,8}.

Los programas de RC se encargan de ayudar al paciente a aprender a tolerar la tensión emocional y a adaptarse a su nuevo estilo de vida teniendo en cuenta necesidades individuales y factores de riesgo específicos, pero muchos pacientes no recurren al mismo.¹⁷.

La rehabilitación cardíaca, le ayuda al paciente a identificar los malos hábitos de vida que tiene, y a cambiarlos por hábitos saludables. Para este efecto se requiere que “los servicios de rehabilitación puedan durar seis semanas, seis meses, o incluso más tiempo, y por eso, es importante que continúe con todos los elementos de su rehabilitación cardíaca hasta que hayan terminado”¹⁸.

Sin embargo muchos pacientes no cumplen en su totalidad las terapias y ejercicios de rehabilitación, o simplemente no asisten, lo que representa un grave riesgo para su salud cardíaca. Según el médico Fernando Gutiérrez, gerente de Comfenalco EPS, *“aunque los procesos de rehabilitación cardíaca no significan riesgos para los pacientes, muchos pacientes creen que pueden agravarse, sin embargo, los estudios indican que los problemas serios de salud que resultan de los ejercicios de rehabilitación son muy raros”*.

Entre las hipótesis que buscan explicar la inasistencia a las terapias, resalta la creencia errónea de los riesgos que éstas puedan acarrear, falta de tiempo y la

distancia, pues en el caso de pacientes del municipio de Palmira, en muchos casos deben desplazarse hasta la ciudad de Cali para recibir sus respectivas terapias y tratamientos de rehabilitación.

Teniendo en cuenta registros de la Secretaría de Salud del Municipio de Palmira, así como, en el perfil epidemiológico del año 2009 de la ciudad de Palmira que registra un total de 1836 muertes de las cuales las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar dentro de las causas con un total de 580 casos con un porcentaje del 31,6 % del total. Es preocupante que estas personas tengan limitado el acceso a alternativas de prevención frente a esta problemática de salud pública.

En cuanto a la morbilidad, en este se describen un total de 25019 casos atendidos por eventos cardiovasculares durante este año con una tasa de 8553 por cada 100 mil habitantes⁵. Por otra parte, se puede identificar como las enfermedades cardiovasculares aumentaron entre los años 2006 a 2009. Esto reafirma la importancia de intervención en estas enfermedades mediante tratamientos de prevención como los ofrecidos por el servicio de rehabilitación cardíaca y aún más el hecho de determinar las causas que no permiten que estos pacientes tengan acceso a este servicio.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Expuesta la situación problemática, cabe formular la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que limitan el acceso a las personas que presentan eventos cardiovasculares a sus respectivas terapias de rehabilitación cardíaca en una institución de carácter público de la ciudad de Palmira?

2. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que los procesos de rehabilitación cardíaca hacen parte de una disciplina que día a día cobra mayor auge por su contribución en la disminución de las tasas de morbilidad del paciente cardiovascular, actualmente hacen parte de los servicios básicos de salud en la mayor parte de países, estando incorporados a la seguridad social en salud¹⁹. Por eso, generalmente se combina la actividad física con programas educativos sobre los factores de riesgo de la enfermedad coronaria (tabaquismo, obesidad, hipertensión, stress) que le permiten al paciente un ajuste físico, psicológico y social posteriores a su enfermedad coronaria²⁰. Teniendo en cuenta que los pacientes de rehabilitación cardíaca deben asistir de acuerdo a dictamen médico y constantemente a este tipo de procedimientos, estos detalles permiten determinar que esta investigación es viable.

Con respecto a la pertinencia de la investigación y al caso colombiano, cabe anotar que la Sociedad Colombiana de Cardiología ha reconocido que mediante el ejercicio físico se vienen reportando estudios en los que la frecuencia de enfermedad cardíaca se hace cada vez menor en personas activas, y al mismo tiempo se constata que la supervivencia a un infarto del miocardio es menor en personas sedentarias²¹, esto garantiza que se trata de un estudio eficiente, de gran beneficio social.

Teniendo en cuenta la importancia de la rehabilitación cardíaca sobre el estado de salud de una persona, que presenta enfermedad cardiovascular es necesario identificar las barreras que limitan el acceso a este servicio y por ende los beneficios que este otorga.

Los resultados de la investigación servirán para proponer cambios en la toma de decisiones sobre las políticas de salud a nivel local en lo referente a la accesibilidad al servicio de Rehabilitación Cardíaca en la población de Palmira.

En la comunidad en general, tendrá un efecto muy positivo el hecho de que los obstáculos culturales; como el temor al asistir, la falta de conocimiento de la importancia de la rehabilitación cardíaca, los geográficos; como el tipo de transporte que deben utilizar para llegar a la IPS correspondiente, los costos que deben asumir en el desplazamiento, los institucionales y administrativos de las EPS-S o IPS, tales como los trámites excesivos, la dificultad en consecución de las citas y la oportunidad de contar con una IPS que brinde el servicio. Todos estos sean identificados y tratados, mejorando la accesibilidad y permitiendo que gocen de los beneficios que este servicio otorga.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar los factores que limitan el acceso a las personas que presentan eventos cardiovasculares a sus respectivas terapias de rehabilitación cardíaca en una institución de carácter público de la ciudad de Palmira durante el año 2011-2012.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Caracterizar la población de pacientes con enfermedad cardiovascular, con egreso hospitalario de los servicios de medicina interna hospitalización en la institución de estudio.
- Identificar las barreras de orden sociodemográfico, económicas, culturales, geográficas y administrativas que impiden el acceso de los pacientes a el servicio de rehabilitación cardíaca.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1. MARCO TEÓRICO

4.1.1. Rehabilitación Cardiovascular.

Según la Organización Mundial de la Salud, la rehabilitación cardiovascular es el conjunto de actividades necesarias para que el paciente coronario (o con cualquier otra patología cardiovascular), llegue a un nivel funcional óptimo desde el punto de vista físico, mental y social por medio del cual pueda reintegrarse por sus propios medios a la vida familiar y profesional²².

En el caso de países como Colombia y otros de área de América Latina, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en éstos y otros países en vía de desarrollo. Cabe anotar que la evidencia disponible indica que las intervenciones preventivas para estos casos, tienen gran impacto en los pacientes con enfermedad coronaria, y es así como, en el marco de los programas preventivos, los de rehabilitación cardiovascular constituyen una herramienta fundamental en el manejo integral de estos pacientes.

Desde la perspectiva de la Sociedad Colombiana de Cardiología, *en lo que respecta a la atención básica en salud y los preceptos epidemiológicos, se consideran entre los fines de la rehabilitación cardiovascular los de prevenir la progresión de la aterosclerosis, reducir los eventos coronarios y la muerte súbita, mejorando además el umbral de angina y optimizando la calidad de vida de los paciente*²¹. Por esto, en los programas de rehabilitación cardiovascular, se trabajan diferentes enfoques de prevención, con miras a garantizar la recuperación integral de los pacientes.

Según los profesores Novak y Rozo, *“la rehabilitación cardiovascular incluye educación acerca de la enfermedad y de los factores de riesgo, acompañada del uso de medicamentos y práctica regular de ejercicio, como elementos necesarios, para la disminución de los factores de riesgo que están asociados con la enfermedad cardio-cerebrovascular facilitando el ajuste psicológico, familiar, social y ocupacional frente al evento ocurrido, el seguimiento y la adherencia a los cambios propuestos*²³.

Ya en lo que se refiere a los llamados servicios de rehabilitación cardíaca, bien puede decirse que se iniciaron por los años 1950, principalmente para

tratamientos de recuperación para los pacientes que fueran convalecientes de un agudo infarto del miocardio. Años más adelante, y según lo constata en sus estudios el profesor Pablo Tadeo Correa, *“según los conocimientos de fisiología del ejercicio y sus beneficios, así como avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, de dio el paso de nuevas alternativas terapéuticas a otros grupos de pacientes, entre éstos: post-cirugía cardíaca, post-PTCA, post-trasplante cardíaco, angina de pecho estable, marcapaso, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad arterial periférica de miembros inferiores, entre otros”*²⁴.

Ante la creciente incidencia de enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones, y teniendo en cuenta los distintos beneficios alcanzados por los programas de rehabilitación cardíaca en otros países, aunados a la ausencia de un programa de este tipo en Colombia, se logró su implementación en la Fundación Instituto Cardiovascular de Colombia, desde 1995. Con el auspicio de la Sociedad Colombiana de Cardiología, según la médica Laura Báez, se ha buscado promover programas de prevención, tanto primaria como secundaria, hacia la reducción de factores de riesgo cardiovascular, que induzcan a retardar y minimizar el desarrollo de enfermedad coronaria y permitir a quienes ya habían tenido eventos coronarios, la recuperación de su calidad de vida, cuyo trabajo se realizó con la vinculación de un equipo interdisciplinario²¹.

Según recomienda la Sociedad Colombiana de Cardiología, y el análisis de las experiencias de distintos centros de rehabilitación coronaria del mundo, se ha podido constatar que “el ejercicio de rehabilitación cardíaca ayuda a disminuir en el paciente sus niveles de triglicéridos, las lipoproteínas de baja densidad (LDL), la tolerancia a la glucosa, la presión arterial tanto sistólica como diastólica, las arritmias cardíacas y el stress”. Históricamente, desde 1951, Levine y Lown promovieron la movilización precoz en pacientes con infarto del miocardio. Años después, en los años 60 empezaron a funcionar en los EE.UU. las unidades de cuidado coronario, iniciándose así la práctica de la rehabilitación cardíaca²⁵.

4.1.2. Fases y protocolos de Rehabilitación Cardíaca en las IPS.

Para efectos de coordinación y manejo administrativo y técnico de las entidades prestadoras de los servicios asistenciales y médicos que proporcionan a sus usuarios, en el marco del sistema de seguridad social en salud, la rehabilitación cardíaca o cardiovascular tiene tres fases.

La primera fase es la hospitalaria, que por lo general se realiza en la Unidad de Cuidado Coronario o de cuidado agudo de la clínica u hospital, y se trata de un servicio que requiere acompañamiento médico y seguimiento de la evolución clínica del paciente mediante el uso de equipos e instrumentación hospitalaria.

La segunda fase también se realiza en el hospital en forma ambulatoria o de consulta externa, y consiste en el seguimiento que hace el equipo profesional de médicos generales y especialistas que analizan y controlan la recuperación de la salud del paciente, mediante la atención médica y el acompañamiento de medicamentos y dieta alimentaria programada y controlada.

La tercera y última fase también es de carácter ambulatorio, pero ya no requiere la presencia del paciente en el consultorio médico sino en áreas especiales de rehabilitación, en procura del mantenimiento y soporte de las condiciones médicas y físicas de carácter cardiovascular y cardiorespiratorio. Se trata de una fase que incluye actividades recreacionales y de ejercicio físico controlado.

Según lo considera el profesor José Rafael Galván, *“la base del éxito en el manejo y eficacia de los tratamientos de rehabilitación cardiovascular, requieren de la combinación y alternación de la actividad física con programas educativos, la atención médica y la concientización al paciente sobre los factores de riesgo de la enfermedad coronaria, tales como cigarrillo, sustancias psicoactivas, obesidad, hipertensión, estrés, estados depresivos, pues el propósito sería permitir al paciente un verdadero ajuste físico-psicológico-social que sea posterior a las situaciones patológicas que se hayan presentado”*²⁶.

En síntesis, cuando se trata de conseguir óptimos resultados de bienestar clínico-médico en tratamientos de rehabilitación cardíaca del paciente, deben estar presentes los siguientes protocolos de todo el proceso evaluativo la rehabilitación: **a)** Protocolo del entrenamiento físico. **b)** Protocolo psicológico. **c)** Protocolo de educación o consejo. **d)** Protocolo de prevención secundaria. **e)** Protocolo del entrenamiento físico²⁷.

Convencionalmente, y como ya se ha visto, los programas de rehabilitación cardíaca se han dividido en tres o cuatro fases, pero cada una de estas fases está configurada y diseñada con sus respectivos objetivos y metas, definidos a lograr en los pacientes.

Cabe anotar que el ejercicio físico, como cualquier otra fase o medida terapéutica, es prescrito y dosificado siguiendo los lineamientos básicos de la indicación, de modo que a través de un plan de entrenamiento individualizado es factible obtener sus grandes beneficios. Cualquier exceso de ejercicios puede traer consecuencias fatales.

Adicionalmente, se recomienda que cada tratamiento de rehabilitación cardiovascular, vaya acompañado con sesiones de terapia grupales, ejercicios de autorrelajación, orientación vocacional y participación de los familiares más cercanos y otras acciones educativas, los cuales pueden minimizarse las

recurrencias de la enfermedad. Precisamente el estudio a que se refiere el trabajo investigativo, consiste en determinar las causas o los factores que inciden en la inasistencia y deserción de pacientes cardíacos del Municipio de Palmira, a sus respectivas terapias de Rehabilitación Cardíaca.

4.1.3. Evaluación de programas de salud y rehabilitación cardíaca.

En primera instancia, se considera de primordial importancia reconocer que la evaluación de los programas de salud en general, permite medir, evaluar, ponderar y calificar los logros alcanzados, la eficacia y la utilidad de los mismos y en general, permite mejorar el desempeño e incluso el impacto del programa de salud a estudiar.

De la misma forma, y así lo ratifica la docente médica Regina Victoria Plaza *“es realmente imposible que se pueda conocer, hacer seguimiento y mirar la evolución de un programa o intervención en salud, si no se tienen previstos los métodos claros de evaluación, a partir de los cuales sea permitido ajustar estrategias, realizar cambios, optimizar recursos y facilitar la toma de decisiones basadas en resultados”*²⁸.

Desde esta perspectiva, se puede evaluar un programa desde dos tipos de abordajes, la primera, es la evaluación formativa que permite modificar y afinar un programa en ejecución, y la evaluación sumativa que fija su atención en los programas finalizados. Esta última permite que la entidad asistencial o IPS determine cambios importantes para el nuevo periodo, continúe o modifique el programa, de acuerdo a la correlación entre los objetivos planeados, la forma de ejecución y los resultados obtenidos.

Según lo considera el docente médico José Rafael Galván, *“si se tiene en cuenta que el componente de evaluación de cualquier programa o estrategia en salud es fundamental, se considera pertinente y necesario que los funcionarios que están involucrados en el diseño e implementación de estos programas, planifiquen y definan desde un inicio la metodología de la evaluación que se llevará a cabo en el transcurso de la implementación o a su finalización”*²⁶.

En lo que respecta a la definición de evaluación Gustavo Bergonzoli considera que *la evaluación es la aplicación sistemática de procedimientos de seguimiento e investigación para determinar la conceptualización, el diseño, la implementación y la utilidad de los programas médicos, la sistemática recopilación de información relacionada con las características y resultados de programas implementados en poblaciones específicas, y así mejorar la efectividad del programa y facilitar la toma de decisiones*²⁹.

En todo caso, la evaluación viene a constituirse la compilación y uso de la información que facilite la toma de decisiones en un programa. Al respecto, la docente médica Ligia de Salazar considera que cuando se pretende evaluar sistemas de salud, se hace necesario diferenciar los tres niveles en los cuales se pueden describir lo evaluado: programa, proyecto e intervención³⁰. Usando un ejemplo muy claro, en el caso de los servicios asistenciales de rehabilitación cardíaca, existen programas de rehabilitación propiamente dichos, de educación, concientización, prevención y control en diferentes niveles y fases, que cada EPS evalúa de manera integral, o por su cobertura nacional, departamental y municipal, y al mismo tiempo, los programas pueden adoptar diversos proyectos o estrategias de intervención. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que todos los programas de salud a todos los niveles, implementaran la estrategia de Tratamiento Acortado Supervisado (DOTS) y así lo hicieron la mayoría de países desde 1995 a 2005.

En el caso del presente estudio, se aplicará el modelo teórico de Dever para la observación y análisis de la información obtenida.

4.1.4. Accesibilidad al Servicio de Rehabilitación Cardíaca

A pesar de la documentada evidencia sobre la efectividad de los SRC, sólo una minoría de pacientes elegibles son referidos y pocos acceden efectivamente a estos servicios^{31,32,33}. Por ejemplo, en Estados Unidos, el acceso a los SRC fue de 29.5% de los sobrevivientes de IAM; en Japón, del total de pacientes sobrevivientes de IAM solo accedieron 21%. En Australia, de los pacientes con criterios para ingresar a SRC, solo fueron referidos 29% y solo 30% de éstos accedieron a los SRC³⁴. En Canadá, el acceso efectivo a los pacientes elegibles a SRC está entre 15% a 30%(35). En Argentina, se estima que apenas 5% de los pacientes que necesitan rehabilitación cardíaca son remitidos a ella³⁵.

Diversos autores, mediante investigaciones como revisiones sistemáticas y estudios de cohorte, han identificado numerosos factores asociados al acceso a los SRC tales como: la edad, sexo, ocupación, escolaridad, ingreso familiar, grupo étnico, condiciones de salud, severidad de la enfermedad, estado funcional, antecedentes de ansiedad, factores de riesgo incluyendo la ausencia de hábitos saludables, soporte social, creencias y percepciones en salud y variables relacionadas con los servicios de salud^{36,37}.

En investigaciones de tipo cualitativo, otros autores también identifican predictores positivos o negativos de acceso a los SRC, agrupándolos en categorías estructurales, personales, sociales y culturales³⁶. Por ejemplo, en cuanto a características estructurales se identifican como barreras de acceso la ausencia de la oferta de dichos servicios, tiempos largos de espera y problemas en la adaptabilidad de los servicios a las necesidades de los pacientes.

Los factores sociodemográficos, son frecuentemente resaltados como determinantes en el acceso a los SRC, diferencias entre grupos étnicos y las características psicosociales, son objeto de estudio para minimizar las barreras de acceso a estos servicios³⁸.

Actualmente, en la literatura consultada con respecto al tema de factores que limita el acceso a los SRC, no se encontraron publicaciones de estudios en Colombia ni en la ciudad de Palmira. En este sentido, esta investigación pretende determinar los factores que inciden en la inasistencia y deserción de pacientes cardíacos del Municipio de Palmira, a sus respectivas terapias de Rehabilitación Cardíaca contribuyendo a la comprensión del estado de acceso a los SRC.

4.2 MARCO CONCEPTUAL

4.2.1 Modelo Epidemiológico de Dever

La metodología aplicada en los estudios evaluativos de salud que mejor permiten visualizar los resultados en sistemas de salud, aplicado por el Modelo Epidemiológico de Alan Dever es un modelo aplicado para el análisis de políticas sanitarias, por ejemplo en el caso de programas de salud y de rehabilitación cardíaca. Según considera A. Dever, *“la idea es determinar mediante el análisis de los tratamientos de salud, en qué condiciones éstos permiten elevar el nivel de vida de los ciudadanos, su medio ambiente y la biología humana a un nivel de importancia como la atención médica, teniendo en cuenta la profundización en las causas de las enfermedades, son todas estas ventajas que permiten al epidemiólogo realizar un análisis de la situación, según sus factores determinantes y la prioridad de los mismo”*³⁹.

De acuerdo a esta definición el modelo Dever abarca un conjunto de factores causales de enfermedades entre ellos la observación de los fenómenos de salud y enfermedad, y a partir de los mismos, realiza la cuantificación de estos fenómenos, en frecuencia y distribución, el análisis de las frecuencias y distribuciones de la salud así como sus determinantes, logrando definir líneas de acción apropiados. Por todo ello se debe resaltar que desde sus inicios se describen tres modelos causales, basados en la Metodología Dever, los cuales están relacionados con los conceptos de salud y cambios en los patrones de la enfermedad; estos modelos son el de causa simple/ efecto simple, (causa múltiple/ efecto simple) y el modelo de causa múltiple/efecto múltiple.

Por todo ello se debe resaltar que desde sus inicios se describen tres modelos causales, basados en la Metodología Dever, los cuales están relacionados con los conceptos de salud y cambios en los patrones de la enfermedad; estos modelos

son el de causa simple/ efecto simple, (causa múltiple/ efecto simple) y el modelo de causa múltiple/ efecto múltiple.

El primero de ellos y el más simple de todos es el modelo de causa y efecto simple, en virtud del cual una sola causa es suficiente para producir un efecto observado. Por ejemplo, para el caso de la rehabilitación cardiovascular, esta se imposibilita y se complica con traumatismos, en el evento que el enfermo en su proceso de recuperación no regrese a los ejercicios de rehabilitación, o que se exceda en ellos, pudiéndose presentar un nuevo traumatismo. El segundo es de causa múltiple, efecto simple, se refiere al proceso acumulativo de varias causas, tales como la vida sedentaria, el exceso de colesterol y de triglicéridos que sumados a una cuarta causa, que puede ser el estrés, pueden ocasionar como desenlace un nuevo accidente cardíaco o la muerte del paciente. El tercero es el modelo de causa múltiple y efecto múltiple, en que, el paciente que tiene exceso de colesterol y triglicéridos, vida sedentaria, problemas de estrés y otras causas, sufra como efectos de estos desórdenes: infarto, debilidad cardíaca severa, mal de alzhéimer, entre otros.

Cabe anotar entonces que, en todo proceso de rehabilitación cardíaca, los protocolos y cuidados deben tener en cuenta el modelo epidemiológico Dever con los episodios posibles y deseables. De ahí que el estudio epidemiológico sobre las leyes y las teorías, se centra en la finalidad principal de prevenir la enfermedad, descubrir los factores o el conjunto causal de las variaciones en cada uno de ellos, como base para señalar las medidas apropiadas que impidan que se produzca el estímulo etiológico originario de la enfermedad. Así mismo, las bases científicas en el tratamiento y las fuentes sobre el medio, son elementos básicos para poder hacer prevenciones sobre las personas sanas.

Dever y colaboradores proponen varios factores determinantes a la hora de evaluar la accesibilidad a los servicios de salud: los factores socio-culturales, los de la organización, los relacionados con el usuario, los relacionados a los profesionales y personal de salud; teniendo en cuenta que existen también ciertos comportamientos hacia la salud, que influyen en la búsqueda o no de estos servicios.

Factores relacionados con el Usuario:

- Sociodemográficos:
- Edad
- Sexo
- Grupo étnico
- Raza
- Escolaridad
- Nivel de ingresos

- Socio psicológicos: Conocimientos Actitudes
- Practicas

Factores socio-culturales:

- El nivel educativo y social determina el tipo de servicios y el lugar donde se consulta.
- Tecnología: El progreso de las técnicas diagnósticas y terapéuticas está modulando la utilización de servicios.
- Valores
- Normas sociales
- Costumbres
- Red social de apoyo a las familias e individuos.

Factores de la Organización:

- Disponibilidad de recursos
- Accesibilidad:
 - Geográfica
 - Social
 - Aceptabilidad: Factores socio psicológicos.
 - Posibilidad de pagarlos: Capacidad económica.
 - Horarios de atención

Características de la estructura y proceso de atención del equipo de salud.

- Flujos de atención
- Proceso de atención
- Personal en contacto
- Participación del usuario

Factores relacionados a los profesionales:

- Tecnología disponible
- Especialización
- Formas de contratación

4.2.2 Medición y accesibilidad modelo de Aday Andersen

En general, los estudios de investigación sobre la accesibilidad y utilización de servicios de salud se ha realizado en general desde diversas disciplinas, entre ellas la economía de la salud, la sociología, la antropología, la salud pública y la geografía.

Según el epidemiólogo mexicano Juan Hernández Ávila, *“existen tres tipos principales de modelos que tratan de explicar la utilización de servicios de salud: los económicos, los de comportamiento y los causales. Todos ellos abordan aspectos desde su particular perspectiva y analizan factores que fomentan o animan la utilización y otros que actúan como obstáculos. Entre los que animan la utilización se han identificado las necesidades de salud del individuo, la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios de salud. Entre los que obstaculizan la utilización se cuentan el tiempo traslado en transporte, el tiempo de espera, el costo del pasaje y del servicio y la distancia a la unidad, entre otros”*⁴⁰.

Ya en lo que respecta a estudiar algunas características individuales, como el ingreso, la ocupación, el sexo y la clase social también pueden influir. Al mismo tiempo, inciden también la organización y administración del sistema de salud, la distribución de los recursos, su disponibilidad y accesibilidad pueden ser determinantes en la definición de patrones de utilización.

Según el médico Antonio Ordóñez Plaja, *“hacer una lista de factores que afectan la utilización de los servicios de salud, es relativamente fácil, pero evaluar su importancia relativa en situaciones y lugares concretos es mucho más complicado”*⁴¹.

Es por eso que desde el punto de vista poblacional, los determinantes de la utilización de los servicios son la demanda y la accesibilidad; mientras que desde la perspectiva del sistema de salud son principalmente la disponibilidad y las características de los servicios, ya que sí no hay disponibilidad de unidades de salud y de prestadores de servicios, la población enferma no podrá utilizarlos.

De ahí que la eficiencia, la calidad y el buen trato son considerados también como características que fomentan la utilización de los servicios ya que otorgan confianza a los enfermos, mientras que aspectos relacionados con el suministro de medicamentos e insumos médicos, la falta de personal médico, los tiempos de espera prolongados, el estado de las consultas de especialistas, la falta de información respecto al estado de enfermedad de los pacientes y el maltrato por parte de los servidores desalientan la utilización de los servicios hospitalarios y otras situaciones, requieren un manejo más complejo.

Según Beatriz Cardona, explorar las relaciones de interdependencia entre las variables de accesibilidad y utilización de los servicios de salud de la población según nivel socioeconómico, y explorar las relaciones de interdependencia entre las variables determinantes de los servicios hospitalarios y asistenciales complementarios, es un proceso de continua valoración y determinante de los factores de la buena atención médica⁴². Se ha encontrado por ejemplo muchos

casos en que los afiliados a los servicios de salud y al sistema de seguridad social, desconocen sus derechos como afiliados.

En todo caso, Aday y Andersen sugieren en sus estudios que en el proceso de accesibilidad al sistema de salud intervienen varios agentes, como los médicos y el personal de salud, los administradores de los servicios, los usuarios y las entidades públicas de regulación o financiamiento⁴³. Tales factores se estudian también desde la política de salud que tengan los estados y entidades prestadoras de servicios de salud, como en efecto se verá al estudiar los criterios y variables del presente estudio.

4.2.3 Definiciones:

Accesibilidad: Posibilidad de ser atendidos por los servicios. Hay por lo menos tres tipos:

- 1) material (distancia, transporte, horarios).
- 2) económicas (costos de viaje, de los honorarios).
- 3) sociales o culturales (barreras por pautas culturales, del idioma, etc.).

Factores: elemento o circunstancia que contribuye, junto con otras cosas, a producir un resultado.

Sociales: son aquellos que definen una condición o características de determinada población a fin de poder crear criterios evaluativos en diversas áreas.

Disponibilidad de recursos económicos: cantidad de dinero o de bienes que se tienen para gastar o usar en un momento determinado.

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

5.1.1 Tipo de Estudio

El estudio realizado en la presente investigación es de tipo retrospectivo. Se trató de un estudio de carácter analítico retrospectivo que parte del análisis comparativo de la frecuencia de acceso a un servicio, teniendo en cuenta factores de esa población que tienden a convertirse en una barrera de accesos a este.

5.1.2 Universo de Estudio

La población o muestra a analizada estuvo constituida por pacientes que ingresaron al servicio de medicina interna hospitalización de un Hospital de Nivel 2 de la ciudad de Palmira desde el periodo comprendido entre el 1° de enero de 2011 y junio de 2012.

Después de obtenidos los datos de contacto de los usuarios se procedió a programar una visita en el domicilio de los mismos para aplicar el instrumento de medición (entrevista).

5.1.3 Selección y Tamaño de la Muestra

De acuerdo con información de las directivas institucionales se estimó que en los servicios de medicina interna hospitalización se realizaron 196 egresos de pacientes con eventos cardiovasculares durante el comprendido entre el 1° de enero de 2011 y junio de 2012

Se realizó un muestreo por conveniencia incluyendo a cada uno de los pacientes que ingresaron en el periodo establecido y que cumplieron los criterios de inclusión. Que garantizo una confiabilidad del 95%. Y un error de muestreo máximo del 5%.

Debido a que la totalidad de las variables principales son cualitativas, se utilizó la fórmula de tamaño de muestra mínimo para proporciones. Es decir para el análisis de fenómenos sociales o cuando se utilizan escalas nominales para verificar la ausencia o presencia del fenómeno a estudiar, se utilizó la siguiente formula.

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

Dónde:

$$n' = \frac{s^2}{\sigma^2} \text{ Sabiendo que:}$$

σ^2 = es la varianza de la población respecto a determinadas variables.

s^2 = es la varianza de la muestra, la cual podrá determinarse en términos de probabilidad como $s^2 = p(1 - p)$

se = es error estándar que está dado por la diferencia entre $(\mu - \bar{x})$ la media poblacional y la media muestral.

$(se)^2$ = es el error estándar al cuadrado, que nos servirá para determinar σ^2 , por lo que $\sigma^2 = (se)^2$ = es la varianza poblacional.

Adicionalmente la muestra mínima se incrementó en un 10%, suponiendo casos donde no fue posible realizar la respectiva evaluación por no respuesta de los entrevistados. El valor calculado para el tamaño de muestra, con el incremento descrito del 10% fue de 196 participantes en el estudio.

5.1.4. Criterios de inclusión.

Los Criterios de inclusión recomendados fueron:

- Hombres y mujeres mayores de 18 años sin limitaciones cognitivas cuya condición de salud permita dar respuesta a los instrumentos para el estudio.
- Personas que egresaron del servicio de medicina interna hospitalización durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2011 y junio de 2012, en el centro hospitalario mencionado por el estudio.
- Pacientes que desearon y aceptaron participar en el estudio firmando el consentimiento.
- Haber sido atendidos por eventos o procedimientos asociados con enfermedad coronaria, enfermedad valvular o disfunción del músculo cardíaco:
 - Enfermedad aterosclerótica del corazón.
 - Infarto agudo de miocardio.
 - Cardiopatía isquémica.
 - Valvulopatía.

- Arritmias.
- Falla Cardíaca.

5.1.5. Criterios de exclusión.

Se refiere a los casos de la población o muestra en que se dejen de tener en cuenta las condiciones de alguno de los integrantes, por tener alguna condición que dificulte participar en los procesos de recolección de información de esta investigación.

- Hombres y mujeres menores de 18 años con limitaciones cognitivas cuya condición de salud no permita dar respuesta a los instrumentos para el estudio.
- Personas que hayan asistido a los servicios de consultas externa no relacionadas con el médico internista, laboratorio clínico, imagenología, y gineco-obstetricia.

5.1.6 Variables (cuadro: variable, tipo, nivel de medición, código).

Las variables incluidas en el instrumento fueron:

5.1.6.1 Variables independientes:

Variables de la demanda

Demográficas: Género, Edad, Estrato Socioeconómico, Afiliación al Sistema de Seguridad Social, Religión, Escolaridad, Actividad laboral, Estado civil.

Económicas: Ingresos y Egresos mensuales, personas que laboran en el hogar. Personas que integran la familia.

Culturales: Importancia de la Rehabilitación Cardíaca, disposición a tratamientos particulares, identificación de factores de riesgo cardiovascular, conocimientos sobre Rehabilitación Cardíaca, prejuicios.

Geográficas: Ubicación del Centro Rehabilitación Cardíaca.

Variables Institucionales u Organizativas

Variables independientes:

Información a los pacientes, información sobre importancia de la Rehabilitación Cardíaca, cantidad de órdenes de remisión, oportunidad, pertinencia, infraestructura, tiempos de atención y horarios.

5.1.6.2 Variable dependiente

Asistencia a Rehabilitación Cardíaca

5.2 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

- Encuesta para los pacientes
- Encuesta para los médicos internistas

5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizó la captación de la muestra, a partir del registro de pacientes que egresaron del Hospital San Vicente de Paul con un diagnóstico de evento cardiovascular que se encontró dentro de los criterios de inclusión del estudio, una vez identificada la persona, se realizó la revisión de sus datos personales de ubicación registrados en la historia clínica y se procedió a ubicar personalmente a los pacientes para realizar la medición de las variables resultado mediante la aplicación de la encuesta.

En lo referente a los médicos internistas, se procedió a ubicarlos y entrevistarlos personalmente en la institución dentro del periodo estipulado de desarrollo del estudio.

5.4 CONTROL Y SUPERVISIÓN.

Para los procesos de recolección de información se diseñaron manuales operativos estandarizados que permitieron tener un mayor control sobre las actividades del proyecto. Se realizó control de calidad de la información recolectada, verificando la veracidad de los datos y el correcto diligenciamiento de formatos. En caso de inconsistencias o datos incompletos, los cuestionarios fueron devueltos para corrección. El almacenamiento de la información se realizó en bases de datos diseñadas en Epi-info 2000. Las bases de datos se exportaron a Stata 9.0 para su análisis.

5.5 PRUEBA PILOTO

Se realizó una prueba piloto con el fin de realizar ajustes al instrumento, esta se llevó a cabo en una institución de nivel 2 de la ciudad de Cali que cuenta con servicio de medicina interna y presta atención a pacientes con las enfermedades cardiovasculares incluidas dentro de los criterios de muestreo para este estudio.

Entrenamiento

Se aseguró la interpretación, entendimiento y aplicación del instrumento, se realizó durante tres sesiones de tres horas cada una, un entrenamiento al entrevistador sobre el manejo de la encuesta a aplicar.

5.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis univariado y bivariado. En el análisis univariado se utilizaron tablas de frecuencia para la descripción de la distribución de cada variable, debido a que todas son de naturaleza categórica.

En el análisis bivariado se comparan las variables categóricas mediante la prueba de Chi-cuadrado en algunos casos donde las celdas presentaban ceros se calculó Fisher. El nivel de significancia establecido para comparaciones es 95%. El análisis bivariado diseña tablas con tabulaciones cruzadas, es decir, las categorías de una variable se cruzan con las categorías de una segunda variable.

Finalmente se realizaron filtros de las categorías de algunas variables y se analizaron factores relacionados con la asistencia al tratamiento mediante tablas cruzadas.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para cumplir con los requerimientos éticos del protocolo de la investigación, este estudio conto con la aprobación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Salud pública de la Universidad del Valle.

Por ningún motivo pretendió obtener lucro o beneficios personales diferentes a realizar una investigación y obtener información que ayude a un futuro a establecer un centro de rehabilitación cardiaca en el municipio de Palmira.

Este estudio se clasificó como investigación con riesgo mínimo debido a que es un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo donde se empleó el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes tales como encuesta el cual no afecto la integridad del paciente.

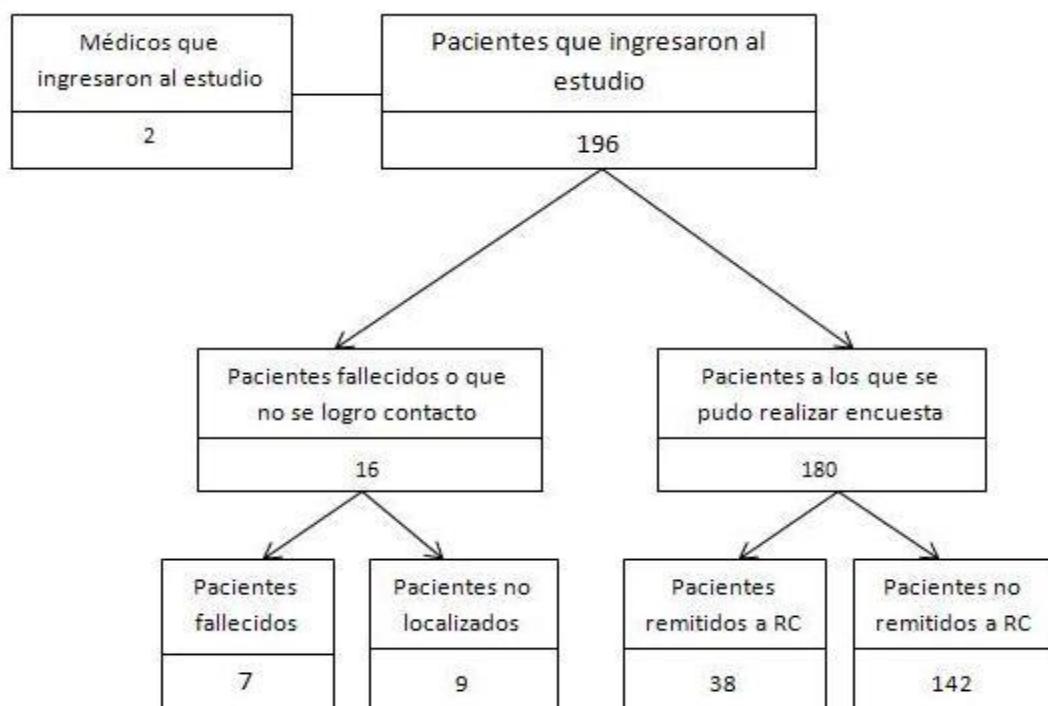
La investigación reclutó médicos internistas que laboraban en el Hospital San Vicente de Paul al igual que los pacientes que egresaron por evento cardiovascular agudo de los servicios de medicina interna hospitalización y que cumplieran los criterios de inclusión, con la posibilidad de que el paciente participara de manera voluntaria y egresara en cualquier momento de la investigación; así mismo, se garantizó confidencialidad y bajo ningún motivo, se reveló información sobre la investigación o sobre algún sujeto que participó en ella, todo lo anterior se encuentra establecido en el consentimiento informado que aprobó el paciente (Anexo A). El desarrollo del estudio siguió las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki y la Resolución No. 008430 del Ministerio de Salud de Colombia.

7. RESULTADOS

La recolección de la información se llevó a cabo de septiembre a diciembre de 2012.

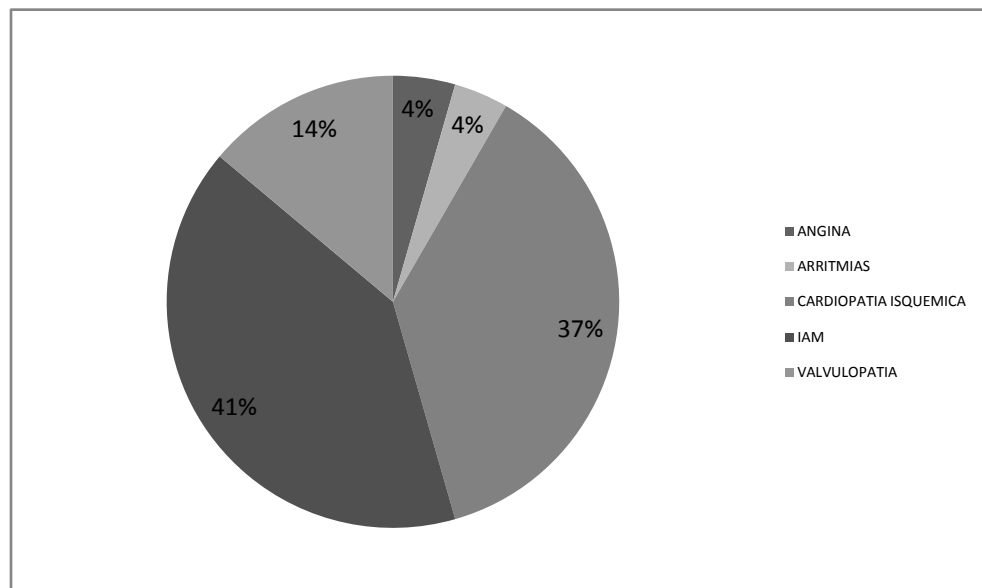
El flujograma de la muestra incluida en el estudio se muestra en la gráfica 1. La muestra está conforma por 196 pacientes de los cuales fueron incluidos 180 ya que 7 pacientes habían fallecido y 9 fue imposible contactarlos. 180 pacientes fueron encuestados, de los cuales el 46% de estos eran mujeres, 37% (67) tenían más de 70 años, seguidos por el 22% que estaban entre 60 y 64 años, respecto al diagnóstico el 41% tenían IAM seguido por el 37% (67) con cardiopatía isquémica, en comorbilidad la mayor prevalencia se presentó en hipertensión arterial (49%). Grafica 2.

Gráfica 1. Flujograma de la inclusión y el seguimiento de los individuos dentro del estudio



Fuente: Datos propios del estudio

Gráfica 2. Diagnóstico de los pacientes incluidos en el estudio



Fuente: Datos propios del estudio

Respecto al estado civil el 47% (85) de los pacientes estaban casados o en unión libre, además 59% (102) se dedicaban a oficios del hogar, respecto a la seguridad social el 78% (139) pertenecían al régimen subsidiado. En cuanto a los ingresos el 49% estaban entre 500.000 y 600.000 seguidos por el 24% entre 300.000 y 400.000.

De la muestra total al 79% de los pacientes no se les dio orden para rehabilitación cardíaca, siendo el 21% (38) de los pacientes a quienes se les autorizó esta rehabilitación. A continuación se muestran las características de la población en términos de predisposición, capacidad, necesidad y servicios de salud:

Tabla 1. Características población de estudio

	No orden para RC	%	Con orden para RC	%	Total	Valor P
Variables Predisposición						
Edad Rango						
45-49	13	0.092	6	0.158	19	0.029
50-54	8	0.056	0	0	8	
55-59	25	0.176	7	0.184	32	
60-64	35	0.246	5	0.132	40	
65-69	14	0.099	0	0	14	
79 y mas	47	0.331	20	0.526	67	
Sexo						
Femenino	83	0.585	15	0.395	98	0.037
Masculino	59	0.415	23	0.605	82	
Estado Civil						
Casada/unión libre	67	0.472	18	0.474	85	0.3
Separado (a)	22	0.155	6	0.158	28	
Soltero (a)	21	0.148	10	0.263	31	
Viudo	32	0.225	4	0.105	36	
Ocupación						
buscar trabajo	16	0.113	1	0.026	17	0.397
Oficios del hogar	77	0.542	25	0.658	102	
otros	21	0.148	6	0.158	27	
trabajo	22	0.155	6	0.158	28	
SD	6	0.042		0	6	
Variables Capacidad						
Seguridad social						
Contributivo	19	0.134	0	0	19	0.01
pobre no asegurado	10	0.07	0	0	10	
subsidiado	101	0.711	38	1	139	
SD	12	0.085	0	0	1	
Nivel de Ingresos						
De 100.001 a 200.000	7	0.049	0	0	7	0.00
De 200.001 a 300.000	11	0.077	0	0	11	
De 300.001 a 400.000	33	0.232	10	0.263	43	
De 400.001 a 500.000	7	0.049	10	0.263	17	
De 500.001 a 600.000	77	0.542	12	0.316	89	
de 600.001 a 700.001	0	0	6	0.158	6	
Menos de 100.000	7	0.049	0	0	7	

	No orden para RC	%	Con orden para RC	%	Total	Valor P
Variables Necesidad						
Diagnostico						
ANGINA	8	0.056	0	0	8	0.002
ARRITMIAS	7	0.049	0	0	7	
CARDIOPATIA ISQUEMICA	46	0.324	21	0.553	67	
IAM	56	0.394	17	0.447	73	
VALVULOPATIA	25	0.176	0	0	25	
Comorbilidad						
Diabetes Mellitus	28	0.197	0	0	28	0.00
Hipertensión Arterial	66	0.465	22	0.579	88	
Las dos enfermedades	31	0.218	16	0.421	47	
Ninguna de las dos	17	0.12	0	0	17	
Servicios de Salud						
Hospitalización						
16-23	0	0	11	0.289	11	
16-23	0	0	6	0.158	6	
8-15	0	0	15	0.395	15	
8-15	0	0	6	0.158	6	
NO APLICA	142	1	0	0	142	

Fuente: Datos propios del estudio

En la comparación de los grupos respecto a las variables de predisposición se observa que en los dos grupos la mayor frecuencia de pacientes son mayores de 79 años, para los pacientes no remitidos esto es del 33.1% y en remitidos a rehabilitación 52.6% ($p=0.029$), respecto a sexo el grupo que recibió rehabilitación tiene mayor frecuencia de hombres (60%) ($p=0.037$), respecto a la ocupación en los dos el mayor porcentaje se presenta en personas encargadas del oficio del hogar ($p=0.397$).

En cuanto a las variables de capacidad el 100% de las personas remitidas a tratamiento pertenecen al régimen subsidiado mientras en el otro grupo el 13.4% son de régimen contributivo ($p=0.01$); en cuanto al nivel de ingresos para el grupo no remitido el 12.6% tiene ingresos inferiores a \$300.000, en el grupo que recibió rehabilitación el 31.6% tienen ingresos entre \$500.000 y \$600.000 ($p=0.00$).

Respecto a las variables de necesidad, el 55.3% de las personas remitidas tienen diagnóstico de cardiopatía isquémica, para el otro grupo esta no es la más prevalente pero se presenta en el 32.4% del total de casos ($p=0.002$), en cuanto a comorbilidad la mayor prevalencia tanto para el grupo de pacientes remitidos

como los que no les fue ordenado tratamiento es la hipertensión arterial, 46.5% y 57.9% respectivamente ($p=0.00$).

Por otro lado, se analizaron solo los pacientes que fueron remitidos a tratamiento en torno a la asistencia a la rehabilitación y factores respecto al servicio del tratamiento.

Tabla 2. Características población remitida a tratamiento

	Frecuencia	%	Total
Autoconcepción			
Enferma	16	0.421	16
Sana	22	0.579	22
Necesidad			
Mucho	38	1	38
Beneficios			
Mucho	38	1	38
Temor			
algún temor	4	0.105	4
Indiferente	11	0.289	11
mucha tranquilidad	12	0.316	12
mucho temor	6	0.158	6
Tranquilidad	5	0.132	5
Ubicación			
Cali	19	0.5	19
Palmira	19	0.5	19
Distancia			
Cercano	10	0.263	10
Lejos pero no limita acceder	23	0.605	23
Tan lejos que impide acceder	5	0.132	5
IPS			
Cali	16	0.421	16
No asistí	7	0.184	7
Palmira	15	0.395	15
Sesiones			
36	10	0.263	10
48	5	0.132	5
No recuerda	23	0.605	23

	Frecuencia	%	Total
Tratamiento			
Menos de 36 semanas	5	0.132	5
Norecuerda	17	0.447	17
Nuncapudo ir	7	0.184	7
Todas las que le ordenaron	9	0.237	9
Veces a la semana			
0	7	0.184	7
1	6	0.158	6
2	16	0.421	16
3	9	0.237	9
Causa			
Dificultad económica	23	0.605	23
Distancia para llegar al servicio	4	0.105	4
Mejoría espontanea	6	0.158	6
Otra	5	0.132	5

Fuente: Datos propios del estudio

En cuanto a la autoconcepción del paciente, el 57.9% de los pacientes remitidos a rehabilitación consideran que están sanos, al preguntarles acerca de la necesidad y los beneficios de la rehabilitación cardiaca, el 100% (38) de los pacientes dicen que es muy necesario y tiene muchos beneficios; Respecto al temor que puede generar la terapia el 31.6% de los pacientes dicen sentir mucha tranquilidad, esto seguido del 28.9% quienes dicen ser indiferente este factor.

En cuanto a la ciudad donde las personas asistieron a la terapia, el 50% de los pacientes fue a Cali y el restante a Palmira, aun así el 60.5% de ellos piensan que el centro estaba lejos pero que no limitaba a acceder. En cuanto a la asistencia a las terapias el 18.4% (7) de los pacientes nunca asistió a las sesiones programadas, mientras el 23.7% (9) asistió a todas las que le ordenaron.

Respecto a la causa por la cual no asistían a las sesiones el 60.5% manifiestan que es debido a dificultades económicas.

Se realizó un análisis para los 9 pacientes que asistieron a todas las sesiones y los 7 que nunca pudieron ir, a continuación en la tabla 3. Se muestra las comparaciones en cuanto a las características de estos dos grupos:

Tabla 3. Características pacientes que asisten a la rehabilitación

Diagnóstico	Todas las que le ordenaron	Nunca pudo ir
CARDIOPATIA ISQUEMICA	5	7
IAM	4	0
Comorbilidad		
Hipertensión Arterial	9	7
Ingresos		
De 300.001 a 400.000	4	0
De 500.001 a 600.000	5	7
Temor		
Algún temor	4	0
Mucho temor	5	1
Mucha tranquilidad	0	6
Capacidad de pago		
No	5	7
Si	4	0

Fuente: Datos propios del estudio

El diagnóstico en el grupo que asistió a todas las sesiones, el 55.5% (5) era cardiopatía isquémica, en el grupo que nunca asistió los 7 pacientes también tenían este diagnóstico. Todos los pacientes del grupo que nunca asistió tienen ingresos entre 500.000 y 600.000 mientras que en el otro grupo el 44.5% (4) tenían ingresos entre 300.000 y 400.000, respecto al temor que pudo haber generado el tratamiento el 85.7% de los pacientes que nunca asistieron dicen sentir mucha tranquilidad respecto al proceso, mientras que los pacientes que asistieron el 55.5% dice sentir mucho temor, respecto a la capacidad de pago el 55.5% de los pacientes que asistieron dicen no tener, en el otro grupo esto es del 100%.

En cuanto a los 2 médicos internistas encuestados y que representan al 100% de los profesionales que laboran en esta sala. El 100% afirma remitir sus pacientes a RC. El 100% brinda información sobre la importancia de la RC a sus pacientes. El 100% considera que no hay disponibilidad de IPS de RC en Palmira y finalmente coinciden en que influye en ellos el hecho de no contar con una IPS en Palmira al igual que la situación económica de los pacientes ya que estos limitan la asistencia de estos a las terapias de RC (100%).

8. DISCUSIÓN

Este estudio de investigación logró identificar los factores que limitan el acceso al servicio de Rehabilitación cardiaca en los pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular que egresaron durante el periodo comprendido entre enero de 2011 y junio de 2012 de una institución de carácter público de la ciudad de Palmira.

Las guías nacionales e internacionales establecen que la rehabilitación cardiaca tiene un nivel de evidencia 1a en su beneficio frente a los efectos en la capacidad aeróbica como en la calidad de vida y disminución de la morbilidad^{44,45,46,47,48}, sin embargo en los diferentes estudios realizados a nivel nacional e internacional se puede identificar como la proporción de asistencia a este servicio es bajo. La cobertura de los programas en Rehabilitación Cardiaca en Colombia es menor a 10%⁴⁹, en el Reino Unido 14% de los pacientes con IAM acceden a los SRC⁵⁰; cifras similares se encuentran en Australia (25% al 50%)⁵¹, Estados Unidos (10% al 15%)⁵² y Japón (21%)⁵³, coincidiendo así con los resultados obtenidos, los cuales muestran una proporción de asistencia del 12%. Hallazgo importante teniendo en cuenta que el perfil epidemiológico de Palmira del año 2009 ubica las enfermedades cardiovasculares y específicamente el IAM como primera causa de morbilidad ante lo cual era necesario iniciar la identificación de los factores que limitan este acceso en una de las instituciones de referencia de la ciudad de Palmira.

Pese a esta evidencia en este estudio se encontró que el acceso a los SRC fue de 21%. Este hallazgo es coherente con lo encontrado en la literatura. Un estudio realizado en Australia en 2012 encontró que de 1696 pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular y que cumplían con los criterios de remisión, solo el 36% fue remitido a RC⁵¹.

Al igual que la mayoría de estudios consultados se evidenció en este estudio que la población que tuvo mayor oportunidad de ser remitidos al servicio de rehabilitación cardiaca fueron aquellos con diagnóstico de cardiopatía isquémica (55%) e infarto agudo de miocardio^{43,54,55-56}. Y en cuanto a las comorbilidades las más comunes presentes en esta población fue Hipertensión arterial con un porcentaje de 58% seguido de aquellos que tenían tanto Hipertensión Arterial como Diabetes Mellitus 42%.

El 100% de la población pertenecía al régimen subsidiado, lo cual ha sido identificado por diferentes estudios como un factor contribuyente a la limitación en la accesibilidad a un servicio, evidenciando que quienes no estaban asegurados

tenían una menor oportunidad de acceder a los servicios de rehabilitación cardiaca en comparación con los pacientes asegurados (régimen contributivo)^{55, 56} y el de Lanea et al, el cual encontró que los pacientes que cuentan con empleo tienen mayor probabilidad de acceder a estos servicios⁵⁷.

Esta investigación tiene validez comparativa para personas del régimen subsidiado y pobre no asegurada que asisten a esta institución de carácter publica nivel II de la ciudad de Palmira, lo cual va permitir la generación de estrategias que busquen facilitar el acceso al servicio de Rehabilitación cardiaca a esta población en la que se presenta mayor inequidad en la recepción de servicios⁵⁸.

Sin embargo para este estudio este factor no fue el que determino el acceso a la RC ya que lo que se identifico es que el factor más frecuente fue el de NO REMISIÓN por parte de los médicos con un 79%, ya que sin una orden previa los pacientes no tendrían la oportunidad de recibir este servicio, coincidiendo así con estudios realizados en Colombia⁵⁹ y otros estudios internacionales como el realizado por Fiona y colaboradores en Australia, en el que identificaron que tan solo el 36% de una muestra de 1696 pacientes hospitalizados logró acceder a RC gracias a la remisión médica, lo cual demuestra que el reforzamiento por parte de personal médico en la autorización tiene un papel importante en el acceso^{60,61,62}.

Al indagar a los profesionales de salud que laboran en la institución objeto de estudio, todos afirman ordenar la Rehabilitación Cardiaca, sin embargo aclaran que en algunos casos no la ordenan ya que asumen que los pacientes no van a contar con la capacidad de pago para el desplazamiento hasta la IPS correspondiente.

Una vez superado el primer obstáculo dado por la orden emitida por el médico, se encontró que el segundo factor que limita el acceso a la rehabilitación cardiaca es la capacidad económica, ya que el 60.5% manifiestan pueden soportar los gastos de desplazamiento a las IPS. Lo cual tiene coherencia con publicaciones en las que el segundo factor limitante de acceder a RC es el transporte⁶³. En muchos de los casos, los usuarios tienen que desplazarse desde la ciudad de Palmira hasta la ciudad de Cali, donde se encuentran las Instituciones prestadores de servicios de salud en Rehabilitación Cardiaca a los cuales las respectivas EPS-S los remiten. Ya que tan solo hasta el mes de noviembre de 2012 la única IPS en la ciudad de Palmira con capacidad de atender esta población inicio convenio para el régimen subsidiado.

En esta investigación se logró identificar que el 61% que asistió a RC contaba con un servicio de fácil acceso geográfico medido en términos de distancia por recorrer lo cual tiene coherencia con otras investigaciones en las que se asoció la ubicación un servicio de RC con el acceso a este 71% (13).

En cuanto al factor de percepción de la RC como limitante de asistir y dar continuidad a estas sesiones, el 100% afirma que si es beneficiosa y al 32% les genera mucha tranquilidad. Lo anterior difiere de otros estudios en el que el 75% de los pacientes no asistían a rehabilitación cardiaca porque consideraban no necesario o que no valía la pena a asistir a rehabilitación cardiaca⁶⁴.

En este estudio no se encontraron asociaciones con algunas variables que en la literatura revisada sí estuvieron asociadas al acceso a SRC, como edad^{65, 66}, sexo⁶⁷, ingresos^{68,67}, presencia de comorbilidades⁶⁷, etnia^{69,67}. Puede ser que en nuestro contexto estos factores no influyan en el acceso. Otra posible interpretación es que no hubiese el poder suficiente para encontrar estas asociaciones.

Una fortaleza del estudio de investigación durante el diseño metodológico fue seleccionar como entrevistadores a 2 personas que no tienen relación con la problemática a tratar en el estudio, disminuyendo de esta manera el sesgo de información que pueda estar presente en el momento de la entrevista cuando los entrevistadores conocen sobre el tema tratado y buscan influir sobre la respuestas de los entrevistados.

Dentro de las limitaciones del diseño de la investigación cabe mencionar el posible sesgo de recuerdo presente en los entrevistados, ya que su diseño de cohorte retrospectivo permitía la entrevista a personas que habían egresado de la institución en un periodo entre 2 y 12 meses atrás, pudiendo posiblemente olvidar algunas de las respuestas que permitirían la identificación de factores limitantes de acceso. Aunque llama la atención en los resultados obtenidos que el factor de mayor impacto fue la no remisión por parte de los médicos 68% y es relativamente fácil para las personas recordar cuando se les ordena un tratamiento en este caso la Rehabilitación cardiaca.

El acceso al servicio de Rehabilitación cardiaca es un tema ampliamente debatido, estudiado y presente a nivel mundial, sin embargo en Colombia son muy pocos los estudios sobre esta problemática, incluso en Palmira donde la causa número 1 de morbimortalidad son las enfermedades cardiovasculares, no existen a la fecha reportes de estudio sobre el tema, razón por la cual este estudio permitirá marcar la iniciativa de investigación en este campo.

De igual forma se hace necesario utilizar la información arrojada de estudio para actuar directamente sobre el rol médico haciendo énfasis en los modelos de actualización – concepción, logrando que asimilen la importancia de la Rehabilitación cardiaca si es el caso y la relevancia de la orden o remisión al servicio, ya que esta es la que marca el proceso de acceso⁷⁰. Una propuesta sería implementar estrategias, tal como una orden automática al egreso del paciente asegurando esta remisión, lo anterior después de evidenciar en estudios como el

realizado por Labresh y cols en el que encontraron que dar una orden automáticamente al egreso del paciente elevó el acceso de un 34% a un 73% a la RC⁷¹.

Teniendo en cuenta la experiencia en el desarrollo de este estudio se sugiere una aplicación metodológica de tipo prospectivo que permita hacer el seguimiento uno a uno, a los pacientes elegidos como parte de la muestra, logrando de manera inmediata la información requerida y disminuyendo de esta manera los posibles sesgos dados por la falta de memoria de cada uno de estos al tener que responder a situaciones pasadas. De igual forma permita identificar de manera directa el rol del profesional de salud al momento de emitir la orden a este servicio, logrando vincularlo en el análisis de la concepción que se tiene del servicio de Rehabilitación cardíaca sobre el estado de salud de una persona que presenta una enfermedad cardiovascular y finalmente sería interesante estudiar la población del régimen contributivo para poder comparar permitiendo establecer diferencias en los factores limitantes en estas poblaciones.

9. CONCLUSIONES

No es suficiente que existan estrategias de prevención de padecer de un evento cardiovascular con nivel de evidencia tipo 1 como lo es la Rehabilitación Cardíaca, ya que existen diferentes factores que limitan el acceso de los pacientes a esta. A continuación mencionamos lo más relevante de cada uno de estos factores:

En cuanto a los factores sociodemográficos se puede concluir que los pacientes con Diagnóstico de Angina, Arritmia y valvulopatía no son remitidos a RC y que quienes presentan solo como comorbilidad la diabetes, son remitidos en menor proporción en comparación con los que presentan Hipertensión arterial o las 2 dos comorbilidades. De igual forma quienes presentan edades > 69 años, son remitidos en mayor proporción en comparación con los que presentan edades inferiores.

En lo referente a los factores Administrativos se logró identificar que el mayor porcentaje de los Pacientes no son remitidos al servicio de RC lo cual convierte la orden médica como el factor de mayor impacto sobre la accesibilidad a este servicio.

El factor económico es la segunda causa con mayor porcentaje que limita el acceso al servicio de RC, dado por la falta de disponibilidad económica para transportarse a la IPS para realizar sus Respectivas terapias.

Finalmente se identificó que los Factores Geográficos como la ubicación de las IPS de RC no generan una limitante en el acceso al servicio de RC en los pacientes de la ciudad de Palmira. Y que el factor Cultural comprendido como la concepción que tienen los pacientes sobre la Rehabilitación Cardíaca y sus respectivos procedimientos realizados durante esta, no generan impacto negativo que limite la asistencia a este servicio.

10. RECOMENDACIONES

Al tener identificada una problemática de salud pública como son las enfermedades cardiovasculares, se cuenta con soluciones a ésta con evidencia científica tipo 1 como lo es la rehabilitación cardíaca^{44,45}, y surgen estudios de investigación que buscan la identificación de factores que limitan la no alineación entre estas; es necesario el planteamiento de estrategias orientadas a la modificación de cada una de estas variables que permitan que poblaciones como la subsidiadas puedan acceder y gozar de los beneficios que estas ofrecen. A continuación mencionamos algunas recomendaciones sobre la temática más relevante de cada uno de estos factores:

En cuanto a los factores sociodemográficos y los factores Administrativos, es necesario comprender que ante el alto número de pacientes con Factores de Riesgo para presentar ECV o Presencia de comorbilidades asociadas a esta, es necesario hacer énfasis en estrategias de Prevención como la Rehabilitación cardíaca la cual cuenta con evidencia científica tipo1. De esta manera se previene el desarrollo de ECV – Reingresos hospitalarios por complicaciones que pueden terminar en estancias en Unidades de Cuidado Intensivo y realización de procedimientos para su tratamiento como angioplastias o implantación de Stents. Lo cual no solo disminuye la calidad de vida de estas personas sino que eleva los costos para la EPS. Esto convierte a la RC como una estrategia de Costo-efectividad para el sistema, lo cual debería de incentivar la Inversión en Prevención.

Frente a este planteamiento recomendamos asegurar la Remisión del paciente mediante la orden médica a RC en el momento del egreso hospitalario. Con el fin de optimizar este proceso recomendamos la realización de campañas de educación médica sobre actualización y concepción de la importancia de la RC y la implementación de procesos o protocolos de egreso que incluyan la orden de RC al egreso del paciente con indicación de esta.

Teniendo en cuenta el efecto de costo-efectividad de la RC y que el factor económico es la segunda causa con mayor porcentaje que limita el acceso a este servicio dado por la falta de disponibilidad económica para transportarse a la IPS para realizar sus respectivas terapias se recomienda a las EPS la ampliación de la red de prestadores y de esta manera se facilite el desplazamiento de los pacientes a estas.

Finalmente no sobra tener en cuenta el Factor cultural que evalúa la concepción por parte del paciente hacia la RC, siendo necesario el planteamiento de Programas de RC que sean atractivos para el paciente, dejando a un lado la monotonía y por el contrario incentive la asistencia por parte de estos a sus respectivas terapias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PAHO Regional Health Observatory. Indicadores Básicos de Salud Mortalidad. Causas principales de defunción 2010. Disponible en: http://ais.paho.org/hip/viz/mort_causasprincipales_lt_oms.asp. Fecha de acceso: febrero de 2012.
2. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, et al. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation* 2001; 104: 2746-53.
3. OPS. Agenda de Salud para las Américas. 2008-2017. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf. Fecha de acceso: febrero de 2012.
4. OPS, Ministerio de la Protección Social. Situación de la Salud en Colombia. Indicadores Básicos de la Salud 2008. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co Inicio > Salud – fecha de acceso: noviembre de 2012.
5. Secretaría de Salud de Palmira. Tendencia de las primeras causas de mortalidad, Palmira 2006-2009. Mayo de 2009.
6. Plan Obligatorio de Servicios de Salud (POS). Colombia. Disponible en línea: <http://www.pos.gov.co/Paginas/InicioPOS.aspx>. Fecha de acceso: febrero de 2013
7. Molloy GJ, Hamer M, Randall G, Chida Y. Marital status and cardiac rehabilitation attendance: a meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2008 Oct;15(5)
8. Fernandez RS, Salamonson Y, Juergens C, Griffiths R, Davidson P. Development and preliminary testing of the Cardiac Rehabilitation Enrolment Obstacles (CREO) scale: implications for service development. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008 Jun;7(2):96-102.
9. WHO. Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks 2009. Disponible en: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/HealthRisks_report_full.pdf. Fecha de acceso: octubre de 2011.

10. Bonita R. Strengthening NCD prevention through risk factor surveillance. Global Health Action. 2009 Supplement 1. DIO: 10.3402/gha.v2i0.2086. Disponible en: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/2086/2402>. Fecha de acceso: diciembre de 2011.
11. Giannuzzi P, Saner H, Björnstad H, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation. Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. EurHeart J 2003; 24:1273-8.
12. Lim SS, Gaziano TA, Gakidou E, et al. Prevention of cardiovascular disease in high risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs. Lancet 2007; 370: 2054-62.
13. Lee AJ, Strickler GK, Shepard DS. The economics of cardiac rehabilitation and lifestyle modification: a review of literature. J Cardiopulm Rehabil Prev 2007; 27: 135-142.
14. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs. 4th. Ed. Champaign, Illinois: Human Kinetics; 2004. p. 1-20, 32-205.
15. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, WHO, 1964 (WHO Technical Report Series, Nº 270). (sitio web). Disponible en: http://libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_270.pdf. Fecha de acceso: diciembre de 2011.
16. Información general de Palmira. Disponible en <http://www.palmiraavanza.com/informacion-general>. Fecha de acceso: febrero de 2013
17. Smith KM, Harkness K, Arthur HM. Predicting cardiac rehabilitation enrollment: the role of automatic physician referral. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2006 Feb;13(1):60-6.
18. Negrete, Alberto. Rehabilitación Cardíaca y hábitos de vida. Cali, Universidad del Valle – Facultad de Medicina, mayo de 2006.
19. Gobierno de Estados Unidos. Informe del Grupo de Trabajo sobre Rehabilitación Cardiovascular: Necesidades y oportunidades para la rehabilitación de la enfermedad coronaria del paciente. Gobierno de Estados Unidos. Informe del Grupo de Trabajo sobre Rehabilitación Cardiovascular: Necesidades y oportunidades para la rehabilitación de la enfermedad

coronaria del paciente. NIH Publicación No. 75-750 Washington, DC. Gobierno de los EE.UU. Oficina de Imprenta, 1974 (documento original en Inglés), p. 3.

20. Schuler, Wirtha, HP Mautner, Scheurle H. Thumm M, Roth, M Negro, M Kohlmeier, Mehmel H, Kubler W: Dieta baja en grasa y ejercicio regular, físico supervisado en pacientes con enfermedad arterial coronaria sintomática: la reducción de estrés induce a isquemia miocárdica, 1988 (documento original en Inglés).
21. Aez, Laura P Paul A. Camacho, MD., MSc.(C); Pilar Abreu, RN.; Isabel C. Arenas, RN.; Gloria Jaimes, FT. La importancia de la rehabilitación cardiovascular: experiencia en la Fundación Cardiovascular de Colombia. Bogotá, Congreso de la Sociedad Colombiana de Cardiología, 2009.
22. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos 270. Memoria Técnica sobre Rehabilitación de pacientes con enfermedades cardiovasculares. Ginebra, Informe del Comité de Expertos de la OMS, 1964.
23. NOovak A. Rehabilitación cardiovascular. En: ROZO RH, Merchán A, et. Cardiología; Primera Edición: Santafé de Bogotá, Sociedad Colombiana de Cardiología; 1999. p. 548- 554.
24. Correa L, Pablo Tadeo. Apuntes sobre fundamentos de Medicina y Cardiología. Medellín, Corporación para Investigaciones Biomédicas; 1997. p. 427- 437.
25. Fundación Cardiovascular de Colombia. Estudios históricos sobre Rehabilitación cardíaca. Bogotá, Instituto del Corazón, 2006.
26. Galván O, José Rafael. Fases y protocolos de rehabilitación física y cardiovascular. Palmira, Mesa de Trabajo con el personal médico del Hospital Raúl Orejuela Bueno, noviembre de 2010.
27. Griffith, D, K Hamilton, J Norrie, ISLERC. Tratamiento precoz después de un infarto de miocardio en los hombres y las mujeres. Estudio observacional prospectivo del corazón. Miami, Centro de Estudios y Observaciones del Corazón, 2005; pp. 305-307.
28. Victoria P, Regina y Tenorio Gnecco Alfonso. Evaluación de Programas de Salud. Popayán, Universidad del Cauca – Facultad de Ciencias de la Salud, enero 24 de 2008.

29. Bergonzoli, Gustavo. Propuesta: La epidemiología y la planificación local: Medidas para la evaluación del impacto potencial. Bogotá, Organización Panamericana de la Salud – Ministerio de Protección Social, 2005, pp. 48-49.
30. Salazar de, Ligia. Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud. Guía de Evaluación Rápida. Universidad del Valle, Cedetes, Cali, 2004.
31. Allen JK, Scout LB, Stewart KJ, Young DR. Disparities in Women's Referral to and Enrollment in Outpatient Cardiac Rehabilitation. J. Gen Intern Med 2004;19:747-753
32. Jackson L, Leclerc J, Erskine Y, Linden W. Getting the most out of cardiac rehabilitation: a review of referral and adherence predictors. Heart 2005;91;10-14.
33. Evenson K, Rosamond W, Luepker R. Predictors of Outpatient Cardiac Rehabilitation Utilization: The Minnesota Heart Survey Registry. J. cardiopulm Rehabil. 1998 J. Cardiopulm Rehabil 18(3), May/June 1998, pp 192-198.
34. Witt BJ, Thomas RJ, Roger VL. Cardiac Rehabilitation after myocardial infarction: a review to understand barriers to participation and potential solutions. EurMedPhys 2005;41:27-34.
35. Gómez A. Rehabilitación cardiovascular en pacientes portadores de insuficiencia cardíaca. Revista de la Federación Argentina de Cardiología. Volumen 33 – No. 3 Julio-Septiembre de 2004.
36. Grace SL, Abbey SE, Shnek ZM, Irvine J, Franche RL, Stewart DE. Cardiac rehabilitation II: referral and participation. Gen Hosp Psychiatry. 2002 May-Jun;24(3):127-34.
37. Tod AM, Lacey EA, McNeill F. I am still waiting...barriers to accessing cardiac rehabilitation services. Journal of Advanced Nursing 2002 40(4),421-431
38. Jolly K, Lip GY, Taylor RS, Mant JW, Lane DA, Lee KW, et al. BRUM Steering Committee. Recruitment of ethnic minority patients to a cardiac rehabilitation trial: the Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation (BRUM) study [ISRCTN72884263]. BMC Med Res Methodol. 2005 May 17;5(1):18.
39. Dever , G. E. Alan y Francois Champagne. Epidemiología y administración de servicios de salud .Maryland, Aspen Publishers. 1991. (original en inglés).

40. Hernández A, Juan Eugenio y otros. Modelo de evaluación espacial de cobertura, accesibilidad del Sistema Hospitalario y desarrollo de Estándares de desempeño. México, Escuela de Higiene y Salud Pública "Johns Hopkins", mayo de 2008.
41. Ordoñez P, Antonio. Bases para estudiar la accesibilidad a los servicios de salud. Bogotá, Ministerio de Salud – Colciencias, mayo de 2000
42. Cardona, Beatriz. Accesibilidad y utilización de los servicios de salud de la población de Envigado, Antioquia. Envigado, Secretaría de Salud – Universidad de Antioquia, mayo de 2006.
43. Aday L. y Andersen R. (1974). Un marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. *Health Services Research*, 9.
44. Thomas RJ, King M, Lui K, Oldridge N, Piña IL, Spertus J. et al. AACVPR/ACC/AHA 2007 performance measures on cardiac rehabilitation for referral to and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention services endorsed by the American College of Chest Physicians, American College of Sports Medicine, American Physical Therapy Association, Canadian Association of Cardiac Rehabilitation, European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, Inter-American Heart Foundation, National Association of Clinical Nurse Specialists, Preventive Cardiovascular Nurses Association, and the Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol*. 2007 Oct 2;50(14):1400-33.
45. King SB 3rd, Smith SC Jr, Hirshfeld JW Jr, Jacobs AK, Morrison DA, Williams DO et al. 2007 Focused Update of the ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: 2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention, Writing on Behalf of the 2005 Writing Committee. *Circulation*. 2008 Jan 15;117(2):261-95.
46. Kim C, Youn JE, Choi HE. The effect of a self-exercise program in cardiac rehabilitation for patients with coronary artery disease. *Ann Rehabil Med*. 2011 Jun;35(3):381-7. doi: 10.5535/arm.2011.35.3.381.
47. Kim C, Kim BO, Lim KB, Kim YJ, Park YB. The Effect of Power-walking in Phase 2 Cardiac Rehabilitation Program. *Ann Rehabil Med*. 2012 Feb;36(1):133-40.

48. Pang MY, Charlesworth SA, Lau RW, Chung RC. Using aerobic exercise to improve health outcomes and quality of life in stroke: evidence-based exercise prescription recommendations. *Cerebrovasc Dis.* 2013;35(1):7-22.
49. Claudia V, Carmen P, Francisco L, Mery C. Current status of cardiovascular rehabilitation in Colombia (2010). Estado actual de la rehabilitación cardiovascular en Colombia (2010). *Revista Colombiana de Cardiología.* Noviembre/Diciembre 2011. Vol. 18 No. 6
50. Beswick AD, Rees K, Griebisch I, Taylor FC, Burke M, West RR, et al. Health Technology Assessment 2004; Vol. 8: No. 41, Provision, uptake and cost of cardiac rehabilitation programmes: improving services to under-represented groups.
51. Robyn A. Clark, Neil Coffee, Dorothy Turner, Kerena A. Eckert, Deborah van Gaans, David. Remoteness Index for Australia (ARIA) Project Services Before and After an Acute Cardiac Event : The Cardiac Accessibility and Application of Geographic Modeling Techniques to Quantify Spatial Access to Health Circulation. 2012;125:2006-2014.
52. Worcester MU, Murphy BM, Mee VK, Roberts SB, Goble AJ. Cardiac rehabilitation programmes: predictors of non-attendance and drop-out .*Eur J CardiovascPrevRehabil.* 2004 Aug;11(4):328-35.
53. Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Cardiovascular Disease Prevention, Enhancing the Science, Refining the Art, Second Edition, Canadian Association of Cardiac Rehabilitation. Chapter 1. Cardiac Rehabilitation as the Standard of Care. 2004.
54. Rod S , A Brown, Shah E, Judith J, Hussein N, Karen R, Becky S, James A, David R, Neil O. Exercise-Based Rehabilitation for Patients with Coronary Heart Disease: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Amer J Med.* May 15, 2004
55. Blackburn GG, Foody JM, Sprecher DL, Park E, Apperson-Hansen C, Pashkow FJ. Cardiac rehabilitation participation patterns in a large, tertiary care center: evidence for selection bias. *J CardiopulmRehabil.* 2000 May-Jun;20(3):189-95.
56. Goto Y. Itoh H. Adachi H. Ueshima K. Use of exercise cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *Cir J.* 2003(67): 411-5.

57. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *J Psychosom Res.* 2001 Sep;51(3):497-501.
58. Alter DA, Stukel T, Chong A, Henry D. Lesson from Canada's Universal Care: socially disadvantaged patients use more health services, still have poorer health. *HealthAff (Millwood).* 2011 Feb.
59. Anchique CV, Orduz JF, Briceño CE, Espejo S, Barrera S, Reyes P. Características de los Programas de Rehabilitación Cardíaca en Colombia. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación* 2009; 19 (1): 12-20.
60. Fiona Doolan-Noble, Joanna Broad, Tania Riddell, Diana North. Cardiac rehabilitation services in New Zealand: access and utilization. *NZMJ* 9 July 2004, Vol 117 No 1197 Page 1 of
61. Cooper AF, Jackson G, Weinman J, Horne R. Factors associated with cardiac rehabilitation attendance: a systematic review of the literature. *Clin Rehabil.* 2002 Aug;16(5):541-52.
62. Chauhan U, Baker D, Lester H, Edwards R. Exploring uptake of cardiac rehabilitation in a minority ethnic population in England: a qualitative study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2010 Mar;9(1):68-74
63. Putman K, De Wit L, Schoonacker M, Baert I, Beyens H, Brinkmann N, Dejaeger E, De Meyer AM, De Weerd W, Feys H, Jenni W, Kaske C, Leys M, Lincoln N, Schuback B, Schupp W, Smith B, Louckx F. Effect of socioeconomic status on functional and motor recovery after stroke: a European multicentre study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2007 Jun;78(6):593-9.
64. Angela M y Cols. A qualitative study exploring why people do not participate in cardiac rehabilitation and coronary heart disease self-help groups, and their rehabilitation experience without these resources. *Primary Health Care Research & Development* 2012; 13: 30–41.
65. Redfern J, Ellis ER, Briffa T and Freedman SB. High risk-factor level and low risk-factor knowledge in patients not accessing cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome. *MJA* 2007; 186: 21–25.
66. Grace SL, Shanmugasagaram S, Gravely-Witte S, Brual J, Suskin N, Stewart DE. Barriers to cardiac rehabilitation: DOES AGE MAKE A DIFFERENCE?. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2009 May-Jun;29(3):183-7.

67. Suaya JA, Shepard DS, Normand ST, Ades PA, Prottas J, Stason WB. Use of Cardiac Rehabilitation by Medicare Beneficiaries After Myocardial Infarction or Coronary Bypass Surgery. *Circulation*. 2007;(116):1653-1662.
68. Allen JK, Scout LB, Stewart KJ, Young DR. Disparities in Women's Referral to and Enrollment in Outpatient Cardiac Rehabilitation. *J. Gen Intern Med* 2004;19:747-753.
69. Jolly K, Lip GY, Taylor RS, Mant JW, Lane DA, Lee KW, et al. BRUM Steering Committee. Recruitment of ethnic minority patients to a cardiac rehabilitation trial: the Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation (BRUM) study [ISRCTN72884263]. *BMC Med Res Methodol*. 2005 May 17;5(1):18.
70. Fernandez RS, Davidson P, Griffiths R, Salamonson Y. Improving cardiac rehabilitation services--challenges for cardiac rehabilitation coordinators. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011 Mar;10(1):37-43.
71. Dafoe W, Arthur H, Stokes H, Morrin L, Beaton L; Canadian Cardiovascular Society Access to Care Working Group on Cardiac Rehabilitation. Universal access: but when? Treating the right patient at the right time: access to cardiac rehabilitation. *Can J Cardiol*. 2006 Sep;22(11):905-11.

ANEXOS



Anexo 1. Consentimiento Informado para aplicación de Encuesta a personas mayores de 18 años.

FACTORES QUE LIMITAN EL ACCESO A LAS PERSONAS QUE PRESENTAN EVENTOS CARDIOVASCULARES A SUS RESPECTIVAS TERAPIAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN UNA INSTITUCIÓN DE CARÁCTER PÚBLICO DE LA CIUDAD DE PALMIRA

Número de identificación _____

INVESTIGADORES: Jhon James Castillo y Francisco Javier Lobo

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Los aspirantes a Maestría en Administración en Salud Pública de la Universidad del Valle están realizando un estudio que permitirá evaluar factores que limitan el acceso a las personas que presentan eventos cardiovasculares a sus respectivas terapias de rehabilitación cardíaca en una institución de carácter público de la ciudad de Palmira.

La información de los usuarios sobre los factores que limitan el acceso a las personas que presentan eventos cardiovasculares a sus respectivas terapias de rehabilitación cardíaca. Brindará información valiosa que ayude a las instituciones del sector salud del municipio a esperar que se implementen nuevas acciones donde se considere la salud de las personas y permitirán tomar acciones para el mejoramiento de los diferentes procesos relacionados con la Rehabilitación cardíaca.

Esta información será usada para propósitos de esta investigación y no será divulgada para ningún otro motivo.

RIESGO

Con la participación en este estudio el riesgo es mínimo, ya que no tendrá que ver con acciones físicas ni psicológicas.

BENEFICIOS PARA LOS PARTICIPANTES

No se recibirá ningún beneficio directo de este estudio, pero se contribuirá con la información brindada para saber cuáles son los factores que inciden en la inasistencia y la deserción a la rehabilitación cardíaca en el municipio de Palmira.

COSTOS DE SU PARTICIPACIÓN

Su participación en el estudio no tendrá ningún costo.

CONFIDENCIALIDAD

La información que se obtenga será utilizada únicamente para propósitos de estudio y no se compartirá con otras personas.

Su nombre no se utilizará en ningún reporte o publicación.

SUS DERECHOS EN EL ESTUDIO

Su participación en esta investigación es voluntaria y puede renunciar a ella cuando quiera, aún después de firmar este documento.

Si desea o tiene preguntas sobre la investigación puede contactar a:

Investigadores:

Jhon James Castillo al celular: 3164579926

Francisco Javier Lobo al celular: 3206815876

Comité de Ética de la facultad de Salud de la Universidad de Valle teléfono fijo (092) 5185677.

Una copia del consentimiento informado será para usted y la otra para el estudio. Con su firma usted certifica que ha leído o le han leído el formato de consentimiento informado y está conforme y de acuerdo con el mismo. Donde participar voluntariamente.

Lugar y fecha: _____

Firma del Participante _____

No. C.C. _____

Teléfono: _____

Firma Testigo 1 _____

No. C.C. _____

Teléfono: _____

Firma Testigo 2 _____

No. C.C. _____

Teléfono: _____



FACTORES QUE LIMITAN EL ACCESO A LAS PERSONAS QUE PRESENTAN EVENTOS CARDIOVASCULARES A SUS RESPECTIVAS TERAPIAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN UNA INSTITUCIÓN DE CARÁCTER PÚBLICO DE LA CIUDAD DE PALMIRA

Número de identificación _____

INVESTIGADORES: Jhon James Castillo y Francisco Javier Lobo

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Los aspirantes a Maestría en Administración en Salud Pública de la Universidad del Valle están realizando un estudio que permitirá evaluar factores que limitan el acceso a las personas que presentan eventos cardiovasculares a sus respectivas terapias de rehabilitación cardíaca en una institución de carácter público de la ciudad de Palmira.

La información ofrecida por los médicos internistas sobre los factores que limitan el acceso a las personas que presentan eventos cardiovasculares a sus respectivas terapias de rehabilitación cardíaca, brindará información valiosa que ayude a las instituciones del sector salud del municipio a esperar que se implementen nuevas acciones donde se considere la salud de las personas y permitirán tomar acciones para el mejoramiento de los diferentes procesos relacionados con la Rehabilitación cardíaca.

Esta información será usada para propósitos de esta investigación y no será divulgada para ningún otro motivo.

RIESGO

Con la participación en este estudio el riesgo es mínimo, ya que no tendrá que ver con acciones físicas ni psicológicas.

BENEFICIOS PARA LOS PARTICIPANTES

No se recibirá ningún beneficio directo de este estudio, pero se contribuirá con la información brindada para saber cuáles son los factores que inciden en la inasistencia y la deserción a la rehabilitación cardíaca en el municipio de Palmira.

COSTOS DE SU PARTICIPACIÓN

Su participación en el estudio no tendrá ningún costo.

CONFIDENCIALIDAD

La información que se obtenga será utilizada únicamente para propósitos de estudio y no se compartirá con otras personas.

Su nombre no se utilizará en ningún reporte o publicación.

SUS DERECHOS EN EL ESTUDIO

Su participación en esta investigación es voluntaria y puede renunciar a ella cuando quiera, aún después de firmar este documento.

Anexo 3. Cuestionario para pacientes

UNIVERSIDAD DEL VALLE
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
ENCUESTA PACIENTE



FACTORES QUE LIMITAN EL ACCESO A LAS PERSONAS QUE PRESENTAN EVENTOS CARDIOVASCULARES A SUS RESPECTIVAS TERAPIAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN UNA INSTITUCIÓN DE CARÁCTER PÚBLICO DE LA CIUDAD DE PALMIRA

Encuesta # :	
Encuestador:	
Fecha de la visita:	
Día: Mes: Año:	

1. ¿Cuál fue el Diagnóstico médico durante la hospitalización? 2. ¿Tiene usted alguna de estas enfermedades?

IAM	☐	Angina	☐	Diabetes Mellitus	☐
Cardiopatía isquémica	☐	Arritmias	☐	Hipertensión Arterial	☐
Valvulopatía	☐	Otro – cuál	☐	Las dos enfermedades	☐
				Ninguna de las dos	☐

3. ¿Le ordenaron Rehabilitación cardiaca?

Si	☐
No	☐

4. Edad 5. Sexo

18-24	☐	Masculino	☐
25-29	☐	Femenino	☐
30-34	☐		
35-39	☐		
40-44	☐		
45-49	☐		
50-54	☐		
55-59	☐		
60-64	☐		
65-69	☐		
79 y mas	☐		

6. Etnia

1. Mestizo	☐
2. Indígena	☐
3. Negro (afrodescendiente)	☐
4. Blanco	☐

7. Estado Civil

1. Soltero (a)	☐
2. Casado(a) Unión libre	☐
3. Separado(a) o Divorciado (a)	☐
4. Viudo (a)	☐

8.
Ocupación

Trabajo ☐

Estudio ☐

Buscar trabajo ☐

Oficios del hogar ☐

Otros cuál ☐

Pobre no asegurado ☐

Subsidiado ☐

Contributivo ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

Más de 6 ☐

11. Nivel de Ingresos

1. Menos de 100.000 ☐

2. De 100.001 a 200.001 ☐

3. De 200.001 a 300.001 ☐

4. De 300.001 a 400.001 ☐

5. De 400.001 a 500.001 ☐

6. De 500.001 a 600.001 ☐

7. De 600.001 a 700.001 ☐

8. De 700.001 a 800.001 ☐

9. De 800.000 a 901.001 ☐

10. Más de 901.001 ☐

12. El total de gastos al mes en el hogar ascienden a:

Alimentación ☐

Vivienda ☐

Salud ☐

Otros ☐

Total ☐

13. ¿Usted tiene la Capacidad de pagar el transporte Para asistir a la Rehabilitación Cardiaca?

Si ☐

No ☐

14. ¿Cuál es el costo para desplazarse a la IPS?

1. De 1500 a 3000 ☐

2. De 3000 a 5000 ☐

3. De 5000 a 10000 ☐

4. Más de 10000 ☐

15. ¿Usted se considera?

- 1.Sana ☐
- 2.Enferma ☐

17. ¿Usted considera que los beneficios de la Rehabilitación cardíaca son? Cardíaca?

- Mucho ☐
- Poco ☐
- Nada ☐

19. ¿El centro de Rehabilitación Cardíaca más cercano esta en?

- Palmira ☐
- Cali ☐

21. ¿A qué ciudad asistió a realizar sus terapias de Rehabilitación Cardíaca?

- Palmira ☐
- Cali ☐
- Buga ☐
- No asistí ☐

16. ¿Qué tan necesario usted considera que es necesario la Rehabilitación Cardíaca para su recuperación?

1. Mucho ☐
2. Poco ☐
3. Nada ☐

18. ¿Qué tanto temor le genera asistir a las Terapias de Rehabilitación

- Mucho temor. ☐
- Algún temor. ☐
- Indiferente. ☐
- Tranquilidad. ☐
- Mucha tranquilidad ☐

20. ¿La distancia que tiene que recorrer para llegar al Centro de Rehabilitación Cardíaca es?

- Tan lejos que impide acceder ☐
- Lejos pero no limita acceder ☐
- Cercano ☐

22. ¿Conoce usted el número de sesiones de duración del periodo de Rehabilitación cardíaca?

- 12 ☐
- 36 ☐
- 48 ☐
- No se ☐

23. ¿A cuántas sesiones alcanzó usted a asistir?

Nunca pudo ir	
Todas las que le ordenaron	
Menos de 36 sesiones	
48 sesiones	
No recuerda	

25. ¿Cuál considera que es la causa para no asistir a la Rehabilitación cardíaca?

No lo considero necesario	
Falta de tiempo	
Dificultad económica	
Mejoría espontánea	
Distancia para llegar al servicio	
Otra	

27. ¿Cuál es el medio para obtener una cita para Asistir a Rehabilitación Cardíaca?

Telefónico.	
Presencial	
Acudiente	

29. Conoce cuál es la tarifa para ser atendido

Si No Cuanto

24. ¿Cuántas veces a la semana usted asistía a sus terapias?

1	
2	
3	
>4	

26. ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado?

1- 7 días	
8-15 días	
16-23 días	
23 – 31 días	
> 1 mes	
Otra	

28. Considera que los trámites para ser atendidos son:

Excesivos.	
Complicados	
Fáciles	

Anexo 4. Cuestionario para médicos

UNIVERSIDAD DEL VALLE
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD
ENCUESTA MEDICOS



**FACTORES QUE LIMITAN EL ACCESO A LAS PERSONAS QUE PRESENTAN EVENTOS
CARDIOVASCULARES A SUS RESPECTIVAS TERAPIAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA
EN UNA INSTITUCIÓN DE CARÁCTER PÚBLICO DE LA CIUDAD DE PALMIRA**

Encuesta # :	
Encuestador:	
Fecha de la visita:	
Día: Mes: Año:	

1. ¿Realiza usted órdenes de remisión para
Rehabilitación Cardíaca?

Si

No

Si su respuesta es no porque:

2. ¿Brinda usted información adecuada sobre la importancia de la
Rehabilitación cardíaca?

Ninguna

Efectiva

3. ¿Cree usted que hay disponibilidad de IPS para prestar el servicio de rehabilitación cardíaca?

Si

No

4. ¿Influiría la existencia de un centro de Rehabilitación
Cardíaca en Palmira sobre la decisión de remitir o no?

Si

No

5. ¿Qué factores usted considera que limitan el acceso a la
Rehabilitación cardíaca?

Desconocimiento de la importancia de los pacientes

Falta de tiempo de los pacientes

Dificultad económica de los pacientes

Disponibilidad de IPS

No autorización por las EPS

No remisión por parte de los Médicos

Otra
