

**ESTUDIO DE MERCADO PARA CARACTERIZACION DE LA DEMANDA DEL
SERVICIO DOMICILIARIO DE NUTRICION Y TERAPIA FISICA EN TRES IPS
DE LA CIUDAD DE PEREIRA**

ELSY YANETH PORRAS FRANCO

OLGA LUCIA HOYOS GOMEZ

**UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA
POSGRADO GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD**

PEREIRA

2009

**ESTUDIO DE MERCADO PARA CARACTERIZACION DE LA DEMANDA DEL
SERVICIO DOMICILIARIO DE NUTRICION Y TERAPIA FISICA EN TRES IPS
DE LA CIUDAD DE PEREIRA**

ELSY YANETH PORRAS FRANCO

OLGA LUCIA HOYOS GOMEZ

**Trabajo de Grado para optar el Título de Especialista en Gerencia en
Sistemas de Salud**

Director

Ricardo Gómez Ossa

Médico Especialista en Gerencia en Sistemas de Salud

**UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA
POSGRADO GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD**

PEREIRA

2009

AGRADECIMIENTOS

Los autores de este proyecto de grado desean expresar un agradecimiento a las siguientes personas que colaboraron durante todo el proceso de elaboración, revisión y culminación de este trabajo:

A Dios y a nuestras Familias que nos apoyaron incondicionalmente durante todo este proceso de formación tanto en los momentos más difíciles como en los mejores. Este trabajo es de ellos también.

A nuestro asesor el Doctor **Ricardo Gómez Ossa**, por el apoyo, colaboración y dedicación durante el desarrollo de este proyecto. A las Ingenieras Sandra Estrada y Estela Restrepo, quienes con su Cátedra de Gerencia Moderna dieron la motivación y el impulso necesarios para elevar a Proyecto de Grado y posiblemente Proyecto de Vida, lo que empezó como una tarea en grupo.

A nuestros compañeros de la **X COHORTE** de esta especialización los cuales han sido crítica constructiva valiosa, sin su aporte y compañía este trabajo no tendría sustento adecuado ni hubiera llegado a alcanzar la meta propuesta.

Al **CENTRO MEDICO PARA EL CORAZON, RADIOLOGOS ASOCIADOS Y PROFISIO**, por brindarnos espacio, tiempo y conocimiento para la consecución de este propósito.

A los jurados, cuerpo docente y administrativos del **POSGRADO DE ESPECIALIZACIÓN DE GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA** por sus valiosos aportes los cuales contribuyeron a la realización de este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
2. JUSTIFICACION	4
3. OBJETIVOS	5
3.1 OBJETIVO GENERAL	5
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
4. MARCO DE REFERENCIA	6
4.1 MARCO SOCIODEMOGRAFICO DE LA CIUDAD DE PEREIRA	6
4.1.1 Mapa geográfico de la ciudad de Pereira	6
4.1.2 Distribución por Género de Pereira	6
4.1.3 Distribución por grupos etáreos	7
4.1.4 Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	8
4.1.5 Ocupación Laboral	8
4.1.6 Distribución por estrato socioeconómico	10

4.1.7 Nivel Educativo	10
4.2 MARCO EPIDEMIOLOGICO DE LA CIUDAD DE PEREIRA	12
4.2.1 Principales causas de morbilidad	12
4.2.2 Principales causas de remisión	15
4.3. MARCO DE ANTECEDENTES	18
4.3.1 Estudio “Dinámicas de Sistemas en Empresas de Servicios Médicos Domiciliarios”	18
4.3.1.1 Respecto al comportamiento de las curvas financieras en el tiempo	18
4.3.1.2 Respecto a la importancia del mercadeo	19
4.3.1.3 Respecto a las tarifas	19
4.3.1.4 Respecto a los clientes convenio	19
4.3.1.5 Respecto a los clientes particulares	19
4.3.1.6 Conclusiones del estudio de Dinámicas de Sistemas en Servicios Médicos Domiciliarios	20
4.3.2 Datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007 para la Región Centro que corresponde a Risaralda, Quindío y Caldas	20
4.3.2.1 Hipertensión Arterial en población de 18 a 69 años	20
4.3.2.2 Diabetes Mellitus en población de 18 a 69 años	21

4.3.2.3 Dolor de espalda, nuca o cuello en población de 18 a 69 años	22
4.3.2.4 Perfil lipídico, glicemia, tensión arterial, peso y talla en población de 18 a 69 años en la región central	23
4.3.2.5 Discapacidad en los últimos treinta días en población de 18 a 69 años región central	24
4.3.2.6 Generalidades de los servicios	25
4.3.2.7 Consulta Prenatal	26
4.3.2.8 Consulta de Crecimiento y Desarrollo de menores de 10 años	27
4.3.2.9 Consulta de niño con Enfermedad Diarreica Aguda	28
4.3.2.10 Consulta de personas con dolor de espalda o cuello	29
4.3.2.11 Consulta a personas con Hipertensión Arterial	29
4.3.2.12 Consulta a personas con Obesidad o Sobrepeso	30
4.3.2.13 Consulta a personas con Diabetes	31
4.4 MARCO TEÓRICO	33
4.4.1 Generalidades	33
4.4.2 La Atención Domiciliaria y la Atención Primaria en Salud	33
4.4.3 Ventajas de la Atención Domiciliaria	34

4.4.4 Ley de salud Pública y Promoción de la Vida Saludable	35
4.4.4.1 Introducción	35
4.4.4.2 Prioridades Nacionales en Salud Pública	35
4.4.4.3 Responsabilidades	36
4.4.4.4 Objetivos de las Prioridades Nacionales en Salud para el periodo 2007 - 2010	36
4.4.4.5 Estrategia para mejorar la Salud Infantil	37
4.4.4.6 Metas Nacionales en Enfermedad no Trasmisible y Discapacidades	37
4.4.4.7 Estrategias para disminuir los riesgos para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles	37
4.4.4.8 Estrategias para mejorar la Situación Nutricional	38
4.4.4.9 Metas Nacionales en Seguridad Laboral y Enfermedades de Origen Laboral	39
4.5 MARCO CONCEPTUAL	41
4.5.1 Hospitalización Domiciliaria (HD)	41
4.5.2 Atención Primaria Domiciliaria (APD)	41
4.5.3 Criterios de inclusión en Hospitalización a Domicilio	42
4.5.4 Niveles Asistenciales	43

4.5.4.1 Atención Domiciliaria basada en el hospital	43
4.5.4.2 Atención Domiciliaria basada en atención primaria	43
4.5.4.3 Servicio de ayuda a domicilio	43
4.5.5 Cuidados a Domicilio ó Home Care	44
4.5.6 Introducción al Modelo de Atención Domiciliaria en Salud	44
4.5.7 Generalidades del Modelo de Prestación del Servicio de Atención Domiciliaria en Salud	45
4.5.8 Importancia de la Atención Domiciliaria en salud	46
4.5.9 Beneficios del Sistema Domiciliario en Salud	47
4.5.9.1 Para el usuario	47
4.5.9.2 Para la familia	47
4.5.9.3 Para el equipo de salud	48
4.5.9.4 Para la institución	48
4.5.10 Objetivos de la Hospitalización Domiciliaria	48
4.6 MARCO HISTÓRICO	50
4.6.1 Inicio del Modelo de Atención Domiciliaria en Salud	50

4.6.2 Atención Domiciliaria en el mundo	50
4.6.3 Atención Domiciliaria en Colombia	51
4.6.4 Atención Domiciliaria en Pereira	52
4.7 MARCO NORMATIVO Y JURIDICO	53
4.7.1 Generalidades	53
4.7.2 Constitución Política de Colombia	53
4.7.3 Decreto 1122 de 2007	54
4.7.4 Resolución 1043 del 2006, resolución 2680 del 2007, Resolución 3763 del 2007	54
4.7.5 Resolución 1445 de 2006	54
4.7.6 Decreto 1011 de 2006	55
4.7.7 Decreto 4747 de 2007	56
4.7.8 Resolución 3047 de 2008	56
4.7.9 Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS)	56
5. DISEÑO DEL NUEVO PRODUCTO	59
5.1 PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA	59
5.2 HISTORIA DE LA EMPRESA	59

5.3 MISIÓN NUTRIFITNESS	59
5.4 VISIÓN NUTRIFITNESS	60
5.5 OBJETIVOS INSTITUCIONALES	60
5.5.1 Objetivo General	60
5.5.2 Objetivos específicos para Nutrición	60
5.5.3 Objetivos específicos para Terapia Física	61
5.5.4 Objetivos para el Departamento Administrativo	61
5.6 POLÍTICAS DE LA EMPRESA	62
5.7 MATRIZ DOFA	63
5.8 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	64
6. METODOLOGÍA	68
6.1 MARCO METODOLOGICO	68
6.1.1 Tipo de Estudio	68
6.1.2 Instituciones objeto de investigación	68
6.1.3 Población Objeto	69

6.1.3.1 Criterios de Ingreso	70
6.1.3.2 Criterios de Exclusión	70
6.2 MARCO MUESTRAL	71
6.2.1 Universo (N)	71
6.2.2 Muestreo	71
6.2.3 Sistema de Aleatoriedad	72
6.2.4 Sistema de Encuestado	73
6.2.4.1 Instrumento de Encuesta	73
6.2.4.2 Definición de Variables	73
6.2.4.3 Ruta de la Encuesta	75
6.2.4.4 Recolección de la información	76
6.3 TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN	77
6.3.1 Instructivo	77
6.3.2 Tabulación de Variables	77
6.3.3 Consolidador de Datos	78
7. RESULTADOS DE LA ENCUESTA	81

7.1 INDICE DE TABLAS DE SALIDA	81
7.2 TABLAS DINAMICAS	84
7.3 TABLAS UNIVARIADAS	84
7.4 TABLAS BIVARIADAS	84
7.4.1 Tablas bivariadas de Nutrición	85
7.4.2 Tablas bivariadas de Fisioterapia	85
7.5 TABLAS MULTIVARIADAS	86
7.5.1 Tablas multivariadas de Nutrición	86
7.5.2 Tablas multivariadas de Fisioterapia	87
8. ANALISIS DE RESULTADOS	88
8.1 ANALISIS SOCIODEMOGRAFICO	88
8.1.1 Distribución por Género	88
8.1.2 Distribución por Estrato Socioeconómico	89
8.1.3 Distribución por Grupos de Edad	90
8.1.4 Distribución por Ocupación Laboral	91

8.1.5 Distribución por otras Ocupaciones Laborales	92
8.1.6 Distribución por Nivel Educativo	93
8.1.7 Distribución por Tipo de Seguridad Social en Salud	94
8.1.8 Distribución por Tipo de IPS o EPS	95
8.1.9 Distribución por Motivo de Consulta	96
8.1.10 Distribución por Necesidad del Servicio de Nutrición	97
8.1.11 Distribución pro Disposición a pagar el Servicio de Nutrición	98
8.1.12 Distribución por Disposición a pagar “NINGUN” Servicio de Nutrición	99
8.1.13 Distribución por Disposición a pagar “TODOS” los servicios de Nutrición	100
8.1.14 Distribución por Necesidad del Servicio de Fisioterapia	101
8.1.15 Distribución por Disposición a pagar el Servicio de Fisioterapia	102
8.1.16 Distribución por Disposición a pagar “NINGUN” servicio de Fisioterapia	103
8.1.17 Distribución por Disposición a pagar “TODOS” los Servicios de Fisioterapia	104
8.2 ANALISIS DE TABLAS BIVARIADAS	105
8.2.1 Necesidad del Servicio de Nutrición y Fisioterapia por Grupos de Edad	105

8.2.2 Necesidad del Servicio de Nutrición y Fisioterapia por Sexo	106
8.2.3 Necesidad del Servicio de Nutrición y Fisioterapia por Estrato Socioeconómico	107
8.2.4 Necesidad del Servicio de Nutrición y Fisioterapia por Nivel Educativo	108
8.2.5 Necesidad del Servicio de Nutrición y Fisioterapia por Motivo de Consulta	109
8.2.6 Disposición a pagar el Servicio de Nutrición y Fisioterapia por Grupos de Edad	110
8.2.7 Disposición a pagar el servicio de nutrición y fisioterapia por Estrato Socioeconómico	111
8.2.8 Disposición a pagar el Servicio de Nutrición y Fisioterapia por Nivel Educativo	112
8.2.9 Disposición a pagar el Servicio de Nutrición y Fisioterapia por Motivo de Consulta	114
8.3 ANALISIS DE TABLAS MULTIVARIADAS DE NUTRICION Y FISIOTERAPIA	116
8.3.1 Poblacion interesada en los Servicios de Nutricion y Fisoterapia por Grupo de Edad, Nivel Educativo y Estrato medio alto.	116
8.3.2 Población que prefiere todos los Servicios de Nutrición y Fisioterapia por Grupo de Edad, Nivel Educativo y Estrato medio alto	117
8.3.3 Poblacion dispuesta a pagar los Servicios de Nutricion y Fisoterapia por Grupo de Edad, Nivel Educativo y Estrato medio alto.	118
8.3.4 Preferencias de los Servicios de Nutrición y Fisioterapia	119

9. CONCLUSIONES	121
10. RECOMENDACIONES	123
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	124
ANEXOS	126

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Grupos Etáreos en Pereira. Proyecciones 2009	7
Tabla 2. Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pereira 2006	8
Tabla 3. Total de Consumo Individual Efectivo del 2000 al 2007	9
Tabla 4. Ponderación por Estratos para Pereira 2005	10
Tabla 5. Nivel Educativo para la población de Pereira	10
Tabla 6. Primeras causas de Morbilidad por Consulta. Total Pereira 2007	12
Tabla 7. Primeras causas de Morbilidad por consulta según grupos de edad Pereira 2007	14
Tabla 8. Primeras causas de remisión, según Grupo de Edad 15 a 44 años y Sexo año 2008 en Pereira	15
Tabla 9. Primeras causas de Remisión, según Grupo de Edad 45 a 60 años y Sexo año 2008 en Pereira	16
Tabla 10. Primeras causas de Remisión, según Grupo de Edad de más de 60 años y Sexo año 2008 en Pereira	16
Tabla 11. Total de las Primeras causas de Remisión según Sexo año 2008 en Pereira	17
Tabla 12. Ventajas de la Atención Domiciliaria	34

Tabla 13. Matriz DOFA Nutrifitness	63
Tabla 14. Planeación Estratégica Nutrifitness	64
Tabla 15. Pacientes del 16 de Junio al 11 de Julio del 2009 en las tres IPS encuestadas	71
Tabla 16. Definición de Variables	74
Tabla 17. Consolidado por Motivos de Consulta de la muestra	79
Tabla 18. Índice de tablas de información de salida	81

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Pereira, Dosquebradas y la Virginia. Distribución de ocupados según posición ocupacional. Promedio de enero a diciembre del 2008	9
Grafica 2. Población entre 18 y 69 años de la subregión, con diagnostico de hipertensión arterial según asistencia o no a determinadas consultas y uso de medicamentos	21
Grafica 3. Población entre 18 y 60 años de la subregión, con diagnostico de Diabetes Mellitus en consulta médica %, según asistencia o no a determinadas consultas y uso de medicamentos	22
Grafica 4. Población entre 18 y 60 años de Risaralda con dolor de espalda y/o nuca cuello referido la última semana% según irradiación o no del dolor y solicitud de tratamiento	23
Grafica 5. Trastornos lipídico, hiperglicemia, hipertensión arterial y obesidad en población entre 18 y 69 años de la región central según tipo de medición	24
Grafica 6. Discapacidad en población entre 18 y 69 años de la región central según rangos de edad	25
Grafica 7. Tiempo de espera (promedio en minutos) de los usuarios de Risaralda desde que acudieron a servicios de consulta externa hasta ser atendidos de acuerdo al régimen de afiliación declarado	26
Grafica 8. Madres de niños atendidos en el servicio de crecimiento y desarrollo en consulta externa de la subregión, que se les asesoro sobre la alimentación de su hijo según la naturaleza jurídica de la IPS donde fueron atendidos	28
Grafica 9. Distribución por género de la muestra	88
Grafica 10. Distribución por estrato socioeconómico de la muestra	89

Grafica 11. Distribución por grupos de edad de la muestra	90
Grafica 12. Distribución por ocupación de la muestra	91
Grafica 13. Distribución por otras ocupaciones laborales de la muestra	92
Grafica 15. Distribución por nivel educativo de la muestra	93
Grafica 16. Distribución por tipo de seguridad social en salud de la muestra	94
Grafica 17. Distribucion por tipo de IPS o EPS de la muestra	95
Grafica 18. Distribucion por motivo de consulta de la muestra	96
Grafica 19. Distribución por necesidad del servicio de Nutrición de la muestra	97
Grafica 20. Distribución por disposicion a pagar el servicio de Nutrición de la Muestra	98
Gráfica 21. Distribución por disposición a pagar “NINGÚN” servicio de Nutrición de la muestra	99
Gráfica 22. Distribución por disposición a pagar “TODOS” los servicios de Nutrición de la muestra	100
Gráfica 23. Distribución por necesidad del servicio de fisioterapia de la muestra	101
Gráfica 24. Distribución por disposición a pagar el servicio de fisioterapia de la muestra	102
Gráfica 25. Distribucion por disposicion a pagar ningún servicio de fisioterapia de la muestra	103

Gráfica 26. Distribución por disposición a pagar “TODOS” los servicios de Fisioterapia de la muestra	104
Gráfica 27. Necesidad del servicio de Nutrición por grupos de edad de la muestra	105
Gráfica 28. Necesidad del servicio de Fisioterapia por grupos de edad de la muestra	105
Gráfica 29. Necesidad del servicio de Nutrición por sexo de la muestra	106
Gráfica 30. Necesidad del servicio de Fisioterapia por sexo de la muestra	106
Gráfica 31. Necesidad del servicio de Nutrición por estrato socioeconomico de la muestra	107
Gráfica 32. Necesidad del servicio de Fisioterapia por estrato socioeconomico de la muestra	107
Gráfica 33. Necesidad del servicio de nutricion por nivel educativo de la muestra	108
Gráfica 34. Necesidad del servicio de fisioterapia por nivel educativo de la muestra	108
Gráfica 35. Necesidad del servicio de Nutricion por Motivo de Consulta de la muestra	109
Gráfica 36. Necesidad del servicio de fisioterapia por motivos de consulta de la muestra	110
Gráfica 37. Disposición a pagar el servicio de nutricion por grupos de edad de la muestra	111
Gráfica 38. Disposición a pagar el servicio de fisioterapia por grupos de edad de la muestra	111

Gráfica 39. Disposición a pagar el servicio de Nutricion por Estrato socioeconomico de la muestra	112
Gráfica 40. Disposición a pagar el servicio de Fisioterapia por Estrato socioeconomico de la muestra	112
Gráfica 41. Disposición a pagar el servicio de Nutricion por Nivel Educativo de la muestra	113
Gráfica 42. Disposición a pagar el servicio de Fisioterapia por Nivel Educativo de la muestra	113
Gráfica 43. Disposición a pagar el servicio de Nutricion por Motivo deConsulta de la muestra	114
Grafica 44. Disposición a pagar el servicio de Fisioterapia por motivo de consulta de la muestra	115
Grafica 45. Población que esta interesada en los servicios de Nutrición y Fisioterapia de la muestra por Grupo de Edad, Nivel Eduactivo y Estrato medio alto	116
Grafica 47. Población que prefiere todos los servicios de Nutrición y Fisioterapia seleccionados en la encuesta por Grupo de Edad, Nivel Eduactivo y Estrato medio alto	117
Grafica 48. Población que esta dispuesta a pagar el servicio de nutrición y Fisioterapia de la muestra por Grupo de Edad, Nivel Eduactivo y Estrato medio alto	118
Gráfica 49. Preferencias de los servicios de Nutrición seleccionados en la encuesta	119
Gráfica 50. Preferencias de los servicios de Fisioterapia seleccionados en la encuesta	120

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Mapa político de Pereira	6
Figura 2. Pirámide Poblacional de Pereira 2005	7
Figura 3. Formula muestreo para Población conocida	71
Figura 4. Ruta de la Encuesta	75

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Muestreo

Anexo B. Tabla de muestreo para Centro Médico para el Corazón

Anexo C. Tabla de muestreo para PROFISIO

Anexo D. Tabla de muestreo para Radiólogos Asociados de la Clínica los Rosales

Anexo E. Formato de Encuesta

Anexo F. Instructivo para el Consolidador de Datos

Anexo G. Tabla de Variables

Anexo H. Tabla Consolidado

Anexo I. Tablas Dinámicas

Anexo J. Tablas Univariadas

Anexo K. Tablas Bivariadas de Nutrición y de Fisioterapia

Anexo L. Tablas Multivariadas de Nutrición y Fisioterapia

GLOSARIO

EPS: Empresa promotora de salud.

IPS: Institución Prestadora de salud.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: Una alternativa asistencial del sector salud que consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja

ATENCIÓN DOMICILIARIA O HOME CARE: "Cuidados a domicilio" (Home Care) designan de forma genérica un amplio abanico de servicios de apoyo para personas dependientes y con incapacidades. La denominación incluye desde servicios de ayuda para las actividades de la vida diaria y tareas domésticas que requieren una cualificación mínima, hasta cuidados profesionales que utilizan tecnologías sofisticadas. Esta modalidad de atención varía también en términos de la duración de los servicios: en unos casos se ofrecen por un breve periodo tras una hospitalización, mientras que en otros se trata de cuidados de larga duración requeridos a consecuencia de procesos crónicos invalidantes.

EQUIPO DE SALUD: Personal médico y paramédico encargado del cuidado de los pacientes.

TERAPIA FISICA: Es una profesión de la salud cuyo propósito básico es promover la salud y el funcionamiento óptimo del organismo humano a través de la aplicación de principios científicos para prevenir, identificar, corregir y abordar o aliviar.

NUTRICION Y DIETETICA: Es una profesión que forma parte del equipo interdisciplinario del ámbito de la Salud, que aborda todas las áreas del conocimiento en que la alimentación y la nutrición se presentan como fundamentos para promover la salud, su recuperación y la prevención de enfermedades.

RESUMEN

El Informe Final del **“ESTUDIO DE MERCADO PARA CARACTERIZACION DE LA DEMANDA DEL SERVICIO DOMICILIARIO DE NUTRICION Y TERAPIA FISICA EN TRES IPS DE LA CIUDAD DE PEREIRA”**, tenía como intención identificar este segmento de la población con necesidad del servicio y dispuesta a pagar por adquirirlo. Este estudio se realizó para estimar la posibilidad de crear e implementar una empresa de Servicios Domiciliarios en Nutrición y Terapia Física para toda la población interesada de la ciudad de Pereira.

La primera parte planteo el Objetivo general del estudio, los marcos de Referencia que lo complementan, la metodología utilizada dentro de la cual se encuentra el marco muestral, la tabulación de la encuesta y consolidador de datos. Posteriormente se presentaron los resultados de la encuesta con sus Tablas de salida tanto de Nutrición como de Fisioterapia para llegar al análisis o caracterización de la muestra. Por último las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio.

En el análisis de los resultados se evidenció que en este marco de tiempo y espacio “si hay un segmento claramente definido que necesita y está dispuesto a pagar por este servicio”.

INTRODUCCIÓN

En una época de globalización y de alta competitividad de productos o servicios, como lo es en el cambiante mundo del marketing es necesario estar alerta a las exigencias y expectativas del mercado, para ello es de vital importancia para así asegurar el éxito de las empresas hacer uso de técnicas y herramientas, una de ellas es llevar a cabo un estudio de mercado.

Es muy frecuente que los empresarios no tengan claro qué es lo que venden. Muchas veces parece irrelevante preguntarse qué vendemos. Evidentemente, todos los vendedores conocen los productos que ofrecen a los consumidores. Pero no necesariamente conocen que buscan los consumidores en nuestros productos. En el sector de la salud este concepto se presenta con frecuencia, debido quizás a que los encargados de la salud no vemos compatible con nuestra profesión los alcances de la mercadotecnia, la publicidad y mucho menos de la investigación de mercados.

La frase clave es conocer el mercado. Las necesidades del mercado, es decir de los consumidores son las que dan la pauta para poder definir mejor que es lo que se va a vender, a quienes, así como dónde y cómo se debe hacer. Esto aplica también para las empresas del sector de la salud, incluso en la actualidad donde el sistema de atención en salud tiene carácter social.

El grupo interesado en investigar y descubrir el nicho de mercado para el **SERVICIO DOMICILIARIO DE NUTRICIÓN Y TERAPIA FÍSICA EN LA CIUDAD DE PEREIRA**, ha realizado este estudio de mercado con el objetivo de encontrar las características socio demográficas de las personas que necesitan y estarían dispuestas a pagar dicho servicio en esta ciudad.

No es incompatible el carácter empresarial con el actuar médico, por lo tanto queda abierta la posibilidad de materializar este proyecto con una empresa innovadora y original, que habría nacido del seno de la UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA, durante el desarrollo del POSGRADO DE GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la situación del Sistema Obligatorio de Salud estimula a que las EPS capiten los diferentes servicios para su funcionamiento y mejor manejo económico, lo cual conlleva a que las IPS que realizan estos convenios tengan una mayor concentración de usuarios despersonalizando los procesos contratados.

“La situación de salud de la población Colombiana plantea grandes problemas característicamente asociados a la transición demográfica propia de una sociedad en proceso de modernización con tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento decrecientes; así como las características propias de la transición epidemiológica con una progresiva reducción de las enfermedades transmisibles, aunada a un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles, así como las características socioeconómicas de países en desarrollo en donde confluyen condiciones de salud de extrema pobreza con riesgos asociados a la industrialización y globalización, a los procesos de urbanización y distribución espacial de la población; con impactos generados por los cambios en hábitos de consumo y comportamiento, los cambios en los sistemas de salud y educación, los cambios en la estructura social y económica, y la situación de conflicto armado registrados en las últimas décadas (Dec. 3039)”. Siendo las enfermedades crónicas especialmente las de origen cardiovascular quienes ocupan el primer lugar como causa de muerte en Colombia, el Decreto ley 3039 del 2007 determinó las prioridades del plan nacional de salud pública, donde dentro de las 10 prioridades se encuentran en 6º lugar la enfermedades Crónicas no Trasmisibles, en 7º lugar la Nutrición y en 9º lugar las Enfermedades de origen Laboral, siendo estas concernientes a las áreas de Nutrición y Fisioterapia

El Costo y la Duración de los tratamientos para enfermedades crónicas es muy alto, invertir en la prevención de las mismas tendría implicaciones a largo plazo, donde se podría evitar las consecuencias y complicaciones desde la niñez.

Por lo general se observa que estos pacientes crónicos son multiconsultantes, generando un alto costo institucional, en la mayoría de los casos por falta de información sobre la enfermedad que los aqueja y su modo de control. En muchas ocasiones afecta la oportunidad de la consulta, avanzando el proceso de enfermedad de los pacientes y deteriorando así su calidad de vida.

Dentro del SGSSS existen pacientes que son excluidos del POS por ser considerados pacientes con tratamientos con fines estéticos, dentro de los cuales se encuentran los pacientes con obesidad y sobrepeso. Es bien sabido que los pacientes con esta enfermedad progresan a Diabetes, síndrome Metabólico y problemas osteomusculares entre otras comorbilidades, sin olvidar por supuesto la primera causa de muerte en ellos que son las enfermedades derivadas del sistema cardiovascular. Igualmente las terapias de acondicionamiento físico para las personas sometidas a cirugías bariátricas, su respectivo tratamiento de nutrición y los tratamientos con acupuntura o masajes de drenaje linfático, no están cubiertos en el POS por ser considerados tratamientos estéticos o de embellecimiento. Estos usuarios requieren el control y tratamiento de las áreas de Nutrición y Fisioterapia.

Para estos pacientes sería de gran importancia implementar un Modelo de Atención Domiciliaria en Nutrición y Fisioterapia con calidad en el servicio, oportunidad, profesionalismo y ética aún costo asequible a los pacientes que necesiten y puedan adquirir dicho servicio.

Teniendo en cuenta la situación anteriormente descrita queremos determinar:

¿CUAL ES EL NICHOS DE MERCADO DEL SERVICIO DOMICILIARIO DE NUTRICIÓN Y TERAPIA FÍSICA EN TRES IPS DE LA CIUDAD DE PEREIRA?

2. JUSTIFICACIÓN

Cuando en un sistema de Salud se prioriza la atención institucional de los pacientes, existe probabilidad de saturación del servicio que genera deficiencias en la atención personalizada (1) (2). Aunado a esto el número de pacientes para Nutrición y Terapia Física va en aumento conforme envejece la población (3) (4), las enfermedades crónicas costosas permanecen en ascenso (5) y se incrementan las personas con necesidad de mejorar su calidad de vida, previniendo enfermedades y aumentando su expectativa de vida (6).

Cabe anotar que la experiencia en otros países donde existe el servicio de atención domiciliaria se observa una mejoría notoria de los pacientes, especialmente en el control de enfermedades crónicas, rehabilitación, educación y prevención (7) (8) (9) (10) (11), además en muchos casos se evidencia una buena relación costo beneficio (12). Se define como Atención domiciliaria o en el hogar a una alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio procesos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en los hospitales. Proporcionada por profesionales de salud especializados, durante un periodo de tiempo limitado a pacientes que de otra manera habrían precisado atención en un hospital en cualquiera de sus áreas (2). En relación con la experiencia en Colombia se aprecia un creciente interés por este tipo de servicio con el fin de mejorar las condiciones de vida y disminuir costos de hospitalización.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado se realizó un estudio de Mercado en tres IPS de la ciudad de Pereira, una de estas encargada de atender pacientes con motivos de consulta cardiovascular, la otra atiende pacientes con enfermedades osteomusculares y trauma y la tercera como punto intermedio atiende todo tipo de motivos de consulta, para caracterizar la población que requiere y estaría dispuesta a pagar un servicio domiciliario en las áreas de Nutrición y Terapia Física.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la demanda del servicio domiciliario de Nutrición y Terapia Física en tres IPS de la ciudad de Pereira.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

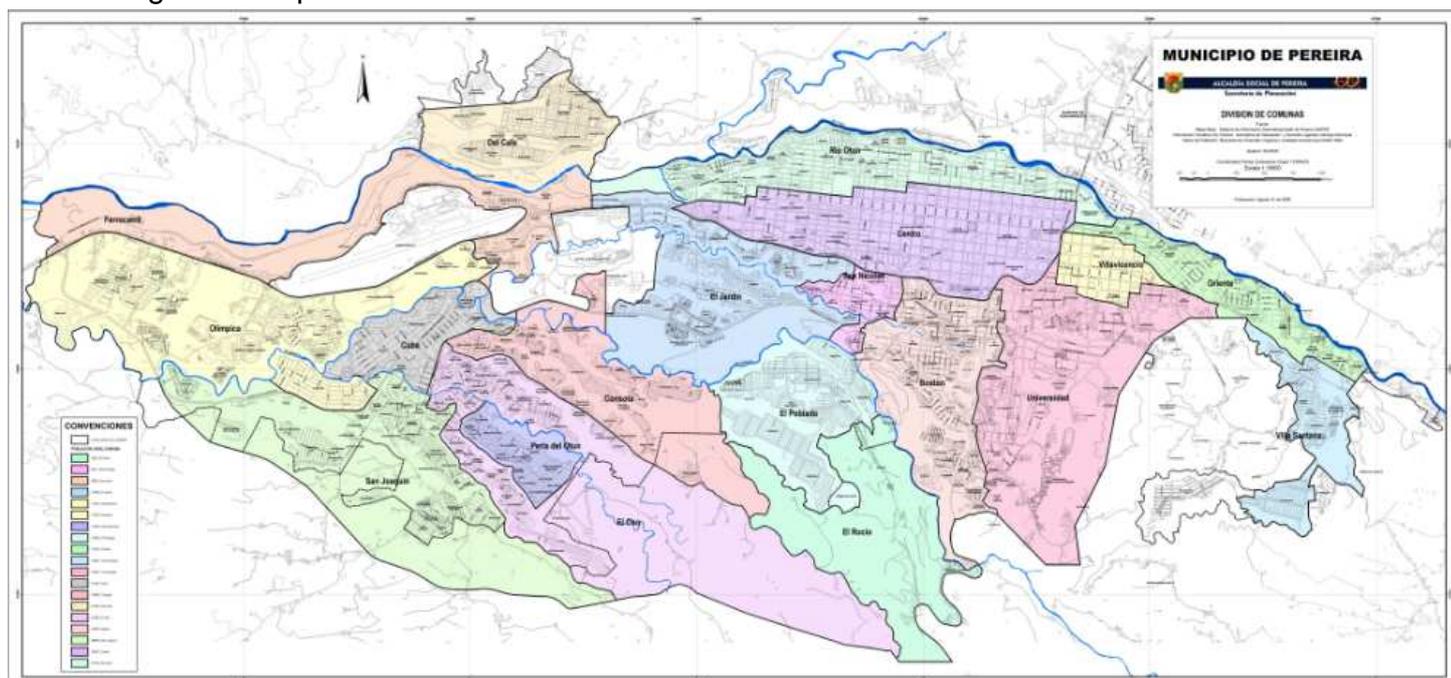
- Caracterizar socio-demográficamente la población que consulta el Centro Médico para el Corazón, Radiólogos Asociados de la Clínica los Rosales y PROFISIO, los cuales necesitan el servicio de Nutrición y Terapia Física a domicilio.
- Cuantificar la población que consulta el Centro Médico para el Corazón, Radiólogos Asociados de la Clínica los Rosales y PROFISIO, los cuales necesitan el servicio de Nutrición y Terapia Física a domicilio y estarían dispuestos a acceder particularmente.
- Identificar las características de los servicios de Nutrición y Terapia Física a domicilio a los cuales estarían dispuestos a acceder particularmente quienes consultan el Centro Médico para el Corazón, Radiólogos Asociados de la Clínica los Rosales y PROFISIO.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO SOCIODEMOGRÁFICO DE LA CIUDAD DE PEREIRA

4.1.1 Mapa geográfico de la ciudad de Pereira

Figura 1. Mapa Político de Pereira



Fuente. Secretaría de salud de Risaralda

4.1.2 Distribución por Género de Pereira.

La ciudad de Pereira es la capital del Departamento de Risaralda, considerada el centro del Eje Cafetero, por lo cual su influencia económica en la región es reconocida. Esta es una ciudad que ha crecido a pasos de gigante, durante los últimos 20 años. La población de la ciudad de Pereira es de aproximadamente 454.300 habitantes, siendo el **52% del sexo femenino y el 48% del masculino**, esto según proyecciones para el 2009 hechas por el DANE a partir del censo de población 2005.(13)(14)(15)

4.1.3 Distribución por Grupos Etáreos

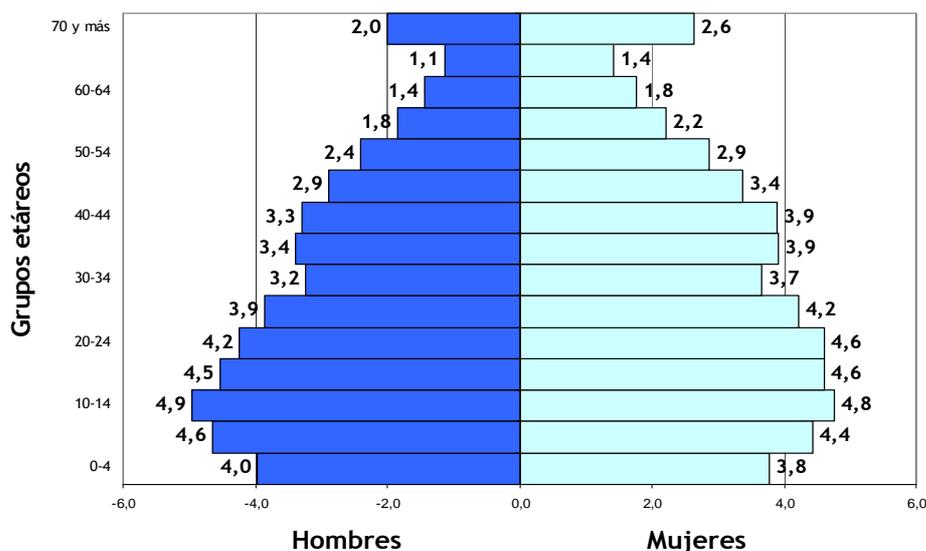
Tabla 1. Grupos Etáreos en Pereira

GRUPOS DE EDAD	Habitantes	%
DE 0 A 15 AÑOS	111.178	24.5%
DE 15 A 25 AÑOS	80.012	17.6%
DE 25 A 40 AÑOS	99.758	22.0%
DE 40 A 55 AÑOS	89.505	19.7%
DE 55 A 70 AÑOS	50.910	11.2%
DE 70 A 80 AÑOS	16.182	3.6%
MAS DE 80 AÑOS	6.746	1.4%
TOTALES	454.291	100%

Fuente. DANE proyecciones 2009

En cuanto la Pirámide Poblacional con datos del censo de población del 2005:

Figura 2. Pirámide Poblacional de Pereira 2005.



Fuente. ESE salud Pereira

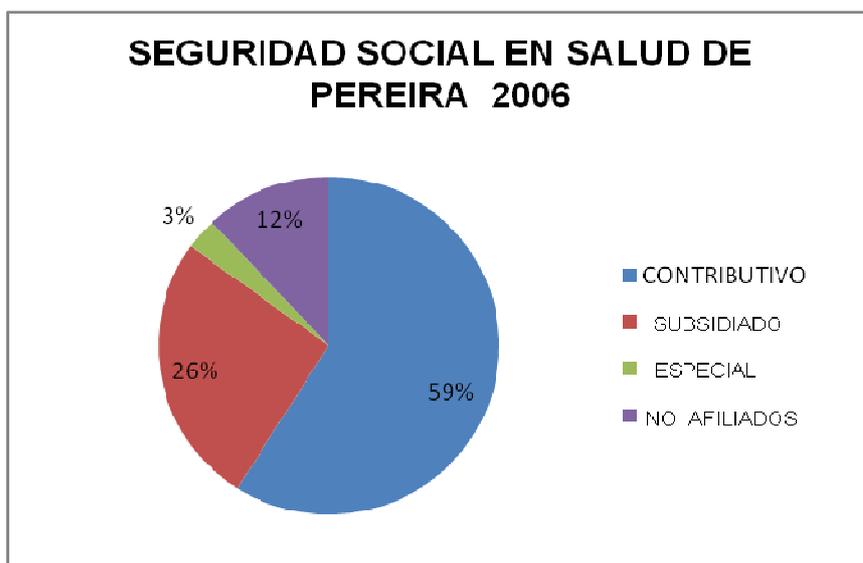
La esperanza de vida al nacer para sexo masculino en el periodo de 1995 a 2005 en Risaralda era de 64.7 años y su proyección para 2010 a 2015 es de 70.7 años, en sexo femenino de 73.9 en el primer periodo paso a 78.3 en el segundo. La esperanza de vida al nacer en general para el periodo de 1995 a 2000 de 69.2 y para el periodo de 2005 al 2010 es de 73.3. Esto contrasta con la tasa de mortalidad

bruta para el periodo de 1995 a 2000 de 6.8, contra la de 2005 a 2010 que es 6.5 por cada mil habitantes (13) (14). Siendo creciente la esperanza de vida al nacer y decreciente la tasa de natalidad bruta, lo cual podría indicar que en el futuro Pereira tendrá una población que vivirá mas años.

4.1.4 Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La población del Régimen Contributivo esta en primer lugar en Pereira con un 59% de la población afiliada a este, y en segundo lugar los del régimen subsidiado con el 26% (14).

Tabla 2. Vinculación al sistema general de seguridad social en salud, Pereira 2006

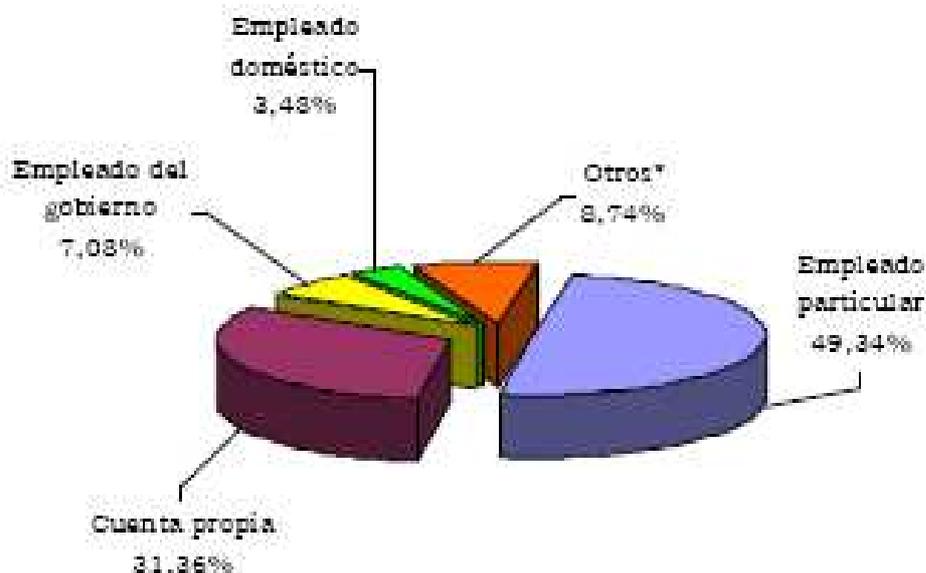


Fuente: Secretaría Departamental de Salud de Risaralda. Dirección Operativa de Prestación de Servicios de Salud

4.1.5 Ocupación Laboral

Los datos describen una población en edad de trabajar del 81%, con una tasa de ocupación del 51, de desempleo del 14 y de subempleo de 24. Según la posición ocupacional se encontró que la mayoría son empleados particulares, seguidos de los que trabajan por cuenta propia (13)(14).

Grafica 1. Pereira, Dosquebradas y la Virginia. Distribución de ocupados según posición ocupacional. Promedio de enero a diciembre del



2008

Fuente. DANE datos 2008

A nivel nacional el consumo de servicios evidencia que en el caso de los gastos médicos, servicios médicos y servicios hospitalarios, mostraron una tendencia a la baja del año 2000 al 2005 a diferencia de otros gastos que han crecido constantemente como la educación, mientras que a partir de este año se ve un incremento sostenido hasta el 2007 en cuanto al consumo de estos servicios de salud (13).

Tabla 3. Total de consumo individual efectivo del 2000 al 2007

Gasto y consumo	2000	2005	2007
Total consumo individual efectivo	143.239.103	175.165.905	200.772.818
Educación	7.106.717	7.424.809	8.129.527
Gastos en cuidados médicos	6.915.982	4.962.699	5.514.104
Servicios médicos	1.683.145	1.073.411	1.164.207
Servicios hospitalarios	408.034	260.221	282.232

Fuente. DANE

Vale la pena resaltar como los colombianos han venido aumentando el consumo de los servicios médicos, de 2005 a 2007 las causas de este comportamiento pueden ser variadas pero la insatisfacción con respecto a los servicios médicos existente debería ser sujeto de análisis en otro estudio.

4.1.6 Distribución por Estrato Socioeconómico

Según el censo del 2005 esta es la disposición de estrato socio demográfico para la ciudad de Pereira, se puede situar la población de esta ciudad principalmente en el estrato social III, siguiéndole el II, IV, I, V y finalmente VI (13).

Tabla 4. Ponderación por Estratos para Pereira 2005

ESTRATO	POBLACIÓN	%
I	55.686	15.0%
II	76.846	20.7%
III	129.934	35.0%
IV	59398	16.0%
V	25987	7.0%
V	23388	6.3%
total	371239	100%

Fuente. DANE resultados población conciliada a junio 2005

4.1.7 Nivel Educativo

Para el nivel educativo se encontró que la información más reciente para Pereira es la que arrojó el censo de 2005, el cual estableció que el 36.5% de la población ha alcanzado el nivel básica primaria, 35% secundaria (21% básica secundaria y 14% media académica clásica), el 7.8% ha alcanzado el nivel profesional y el 1.6% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado, además, el 7.6% no tiene ningún nivel educativo (13) (16).

Tabla 5. Nivel Educativo para la Población de Pereira

NIVEL EDUCATIVO	%
PRIMARIA	36.5%
SECUNDARIA	35.0%
PROFESIONAL	7.8%
ESPECIALIZACION	1.6%
NINGUN NIVEL EDUCATIVO	7.6%

Fuente. DANE censo 2005

Esto ubica a la población de Pereira en un nivel medio educativo, puesto que la mayoría el 72% de su población llega a alcanzar el nivel secundario.

Para la Encuesta Nacional de Salud del 2007 existen otros datos relevantes donde el 70,8% de los usuarios cuenta con nivel educativo desde básica primaria hasta básica secundaria media. Los usuarios con nivel tecnológico de educación, representan el 5,3% de la población encuestada, la población universitaria es el 7,7% de los usuarios. El 2,1% de estos, está cursando o tiene el título de postgrado, mientras que el 13,3% no tiene ningún nivel de educación (17). En esta información es de destacar que el porcentaje de los que no alcanzan ningún nivel educativo es mayor a la del censo del 2005 con diferencia que casi duplica las cifras de este año.

4.2 MARCO EPIDEMIOLÓGICO DE LA CIUDAD DE PEREIRA

4.2.1 Principales Causas de Morbilidad

En las primeras causas de morbilidad por consulta del 2007, se destacan la Hipertensión esencial o primaria en el 2º lugar, los trastornos gástricos funcionales 6º, traumatismo 7º y dorsalgia en el 10º. Siendo estas causas de consulta, las que con frecuencia congestionan los centros médicos aún cuando se pueden atender en casa o incluso prevenir sus complicaciones desde el entorno familiar (18).

Tabla 6. Primeras causas de Morbilidad por consulta. Total Pereira 2007

ORDEN	CAUSA	%
1	Infecciones respiratorias agudas	8.6%
2	Hipertensión esencial (primaria)	8.3%
3	Enfermedades de los dientes y anexos	7.6%
4	Enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	3.3%
5	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3.2%
6	Trastornos gástricos funcionales	2.6%
7	traumatismos	2.6%
8	Trastornos mentales	2.1%
9	Trastornos del sistema urinarios	1.8%
10	Dorsalgia no especificada	1.4%
	Resto de causas	58.7%
	TOTAL	100%

Fuente. RIPS desde el 2001. Ministerio de la Protección Social

También en el 2007 con respecto a las principales causas de morbilidad por grupos de edad se encontró que en los menores de 12 años, la 2º y 3a causa de consulta por morbilidad son las enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias, las cuales en muchos casos pueden ser evitadas en el hogar con prevención y autocuidado de la familia sin necesidad de llegar a saturar los centros hospitalarios.

De 13 a 44 años son los traumatismos y los trastornos gástricos funcionales quienes ocupan el 3er lugar, lo cual evidencia la necesidad de tratar al paciente en su recuperación y rehabilitación, si esto se lograra en casa con Terapia Física y autocuidado, se reduciría el flujo de pacientes intrahospitalarios. Igualmente con respecto a los trastornos gástricos, donde es primordial una educación constante para prevenir complicaciones incluso quirúrgicas, sería de gran ayuda para el sistema de salud el tratamiento de estos padecimientos en el hogar en cuanto a lo que se refiere al tratamiento, recuperación y prevención.

En las causas de morbilidad en mayores de 45 años es reinante la hipertensión esencial o primaria, de la cual se puede afirmar que el autocuidado es la fórmula mágica para prevenir sus complicaciones y también para el control de esta patología y sus comorbilidades. La mejor manera de fomentar el autocuidado es en el hogar donde se genera el alimento, los hábitos de salud y las costumbres que conllevan a agravar esta patología y sumarle otras como la obesidad, la diabetes y las osteomusculares entre otras. Atender adecuadamente a estos pacientes generaría menos saturación de los hospitales y centros de salud, disminuyendo el costo de los tratamientos y mejorando la calidad de vida y la producción del país.

Tabla 7. Primeras Causas de Morbilidad por Consulta según Grupos de Edad.
Pereira 2007

ORDEN	MENOR DE 1 AÑO	%
1	Infecciones respiratorias agudas	30.2%
2	Enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	6.9%
3	Infección viral no especificada	2.5%
4	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	2.4%
5	Dermatitis	1.8%
ORDEN	DE 1 A 4 AÑOS	%
1	Infecciones respiratorias agudas	22.8%
2	Enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	9.6%
3	Enfermedades de los dientes y sus anexos	4.4%
4	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3.0%
5	Infección viral no especificada	2.6%
ORDEN	DE 5 A 12 AÑOS	%
1	Enfermedades de los dientes y sus anexos	15.7%
2	Infecciones respiratorias agudas	8.3%
3	Enfermedades intestinales infecciosas y parasitarias	5.0%
4	Trastornos del desarrollo	3.3%
5	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3.2%
ORDEN	DE 13 A 19 AÑOS	%
1	Enfermedades de los dientes y sus anexos	11.3%
2	Infecciones respiratorias agudas	4.4%
3	Traumatismos	2.9%
4	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	2.9%
5	Complicaciones del embarazo	2.3%
ORDEN	DE 20 A 44 AÑOS	%
1	Enfermedades de los dientes y sus anexos	10.2%
2	Infecciones respiratorias agudas	4.5%
3	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3.9%
4	Trastornos gástricos funcionales	3.6%
5	Traumatismos	3.5%
ORDEN	DE 45 A 59 AÑOS	%
1	Hipertensión esencial	19.5%
2	Enfermedades de los dientes y sus anexos	5.8%
3	Trastornos gástricos funcionales	3.8%
4	Infecciones respiratorias agudas	3.7%
5	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3.3%
ORDEN	MAYORES DE 59 AÑOS	%
1	Hipertensión esencial	29.1%
2	Enfermedad Obstructiva crónica	5.9%
3	Trastornos gástricos funcionales	3.3%
4	Infecciones respiratorias agudas	3.1%
5	Traumatismos	2.8%

Fuente. RIPS desde el 2001. Ministerio de la Protección Social

4.2.2 Principales Causas de Remisión

Las primeras causas de remisión corresponden al Perfil epidemiológico antes señalado, por lo tanto se encontró en edad de 15 a 44 años, los traumatismos en primer lugar, apareciendo el infarto agudo del miocardio en 6º lugar. Para el grupo de 45 a 60 años otros traumatismos en primer lugar, el infarto agudo de miocardio pasa a 3er lugar y el 6º lo ocupa la hipertensión primaria. Los de más de 60 años el primer lugar lo tienen las enfermedades pulmonares, pero el 2º es el infarto agudo del miocardio subiendo un puesto más, los traumatismos en el 3ro, y la insuficiencia cardiaca en el 6º. Los totales muestran que en general dentro de las primeras 12 causas de remisión se encuentran los traumatismos, el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardiaca, y la hipertensión que son patologías con un alto control y prevención por autocuidado en el hogar (14).

Tabla 8. Primeras Causas de Remisión, según Grupo de Edad 15 a 44 años y Sexo año 2008 en Pereira

CAUSAS	HOMBRES		MUJERES	
	ORDEN	%	ORDEN	%
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0%	1	49.2%
Otros traumatismos	1	36.9%	2	4.4%
Luxaciones y fracturas	2	8.0%	7	1.5%
Infecciones respiratorias agudas	7	1.4%	8	1.2%
Apendicitis	3	5.4%	3	4.0%
Dolor abdominal y pélvico	4	3.9%	4	2.5%
Infarto agudo del miocardio	6	2.6%	13	0.5%
Colelitiasis y colecistitis	9	1.0%	5	2.1%
Diabetes Mellitus	11	0.6%	10	0.6%
Hipertensión esencial primaria	13	0.5%	12	0.5%
Insuficiencia cardiaca congestiva	14	0.5%	14	0.1%

Fuente. ESE de salud Pereira

Tabla 9. Primeras causas de remisión, según grupo de edad 45 a 60 años y sexo año 2008 en Pereira

CAUSAS	HOMBRES		MUJERES	
	ORDEN	%	ORDEN	%
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0%	15	0.9%
Otros traumatismos	1	18.6%	1	6.5%
Luxaciones y fracturas	2	6.5%	13	1.8%
Infecciones respiratorias agudas	12	1.3%	8	1.2%
Apendicitis	9	1.8%	9	3.1%
Dolor abdominal y pélvico	5	3.8%	3	4.6%
Infarto agudo del miocardio	3	5.0%	4	4.6%
Colelitiasis y colecistitis	10	1.5%	5	4.6%
Diabetes Mellitus	14	1.3%	10	2.8%
Hipertensión esencial primaria	6	2.8%	9	2.8%
Insuficiencia cardiaca congestiva	7	2.5%	8	3.4%

Fuente. ESE de salud Pereira

Tabla 10. Primeras causas de remisión, según grupo de edad de más de 60 años y sexo año 2008 en Pereira

CAUSAS	HOMBRES		MUJERES	
	ORDEN	%	ORDEN	%
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0%	0	0%
Otros traumatismos	3	7.9%	4	5.8%
Luxaciones y fracturas	4	5.2%	1	8.7%
Infecciones respiratorias agudas	7	3.7%	6	4.6%
Apendicitis	14	0.7%	14	0.1%
Dolor abdominal y pélvico	10	1.8%	10	2.4%
Infarto agudo del miocardio	2	9.2%	3	7.9%
Bronquitis y otras enfermedades obstructivas crónicas	1	10.2%	2	8.1%
Infecciones de vías urinarias	5	4.0%	9	2.9%
Colelitiasis y colecistitis	11	1.8%	8	3.0%
Diabetes Mellitus	8	2.8%	5	4.8%
Hipertensión esencial primaria	9	2.8%	7	4.5%
Insuficiencia cardiaca congestiva	6	3.9%	11	2.3%

Fuente. ESE de salud Pereira

Tabla 11. Total de las Primeras causas de Remisión según Sexo año 2008 en Pereira

CAUSAS	HOMBRES		MUJERES	
	ORDEN	%	ORDEN	%
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0%	1	27.0%
Otros traumatismos	1	20.7%	2	5.6%
Luxaciones y fracturas	2	8.3%	4	3.8%
Infecciones respiratorias agudas	3	6.3%	3	5.2%
Apendicitis	4	4.0%	5	3.6%
Dolor abdominal y pélvico	6	3.5%	6	3.3%
Infarto agudo del miocardio	5	4.0%	8	2.3%
Bronquitis y otras enferm. obstructivas crónicas	7	3.5%	10	10.2%
Infecciones de vías urinarias	8	1.8%	7	2.5%
Colelitiasis y colecistitis	14	2.8%	9	2.2%
Diabetes Mellitus	13	1.2%	11	1.7%
Hipertensión esencial primaria	12	1.3%	12	1.6%
Insuficiencia cardiaca congestiva	10	1.6%	15	0.8%

Fuente. ESE de salud Pereira

4.3 MARCO DE ANTECEDENTES

4.3.1 Estudio “Dinámicas de Sistemas en Empresas de Servicios Médicos Domiciliarios”

En el II Encuentro Colombiano de Dinámicas de Sistemas se presenta el trabajo de investigación “Dinámicas de sistemas en empresas de servicios médicos domiciliarios” de María C. Gómez y Juan C. Bobadilla, el cual utilizando Dinámica de Sistemas analizó el comportamiento de una empresa de internación domiciliaria, bajo diferentes situaciones que afectan directamente el número de clientes en un periodo de tiempo; la forma como se llevó a cabo el análisis fue simulando el sistema en un periodo de 60 meses (5 años), se construyeron diferentes escenarios principalmente para analizar los cambios en las políticas de Mercadeo, Inventario, Personal y Recursos financieros, y el efecto de éstos en el comportamiento general de la empresa, en el tiempo (19) (20).

4.3.1.1 Respecto al comportamiento de las Curvas Financieras en el tiempo

Al final de la simulación y el análisis de los resultados se obtuvieron conclusiones valiosas, como por ejemplo que dentro de los primeros meses la inversión en mercadeo no fue muy eficiente, puesto que los clientes no aumentaron significativamente y definitivamente son ellos quienes proporcionan unos mejores ingresos (19) (20).

También se observa que a finales del cuarto año empieza a presentarse un aumento más drástico en los recursos financieros provocándose un incremento que proyecta la curva y por ende las cifras. Esta variación en los recursos es un reflejo de lo que ocurre con la cantidad de clientes, debido a que por este mismo periodo de tiempo la suma de clientes atendidos en la empresa ha aumentado también considerablemente (19) (20).

Observando las escalas de cada curva se obtiene que la participación de los clientes convenio es mucho más representativa, se hace casi similar a la de clientes totales, esto sin desprestigiar la participación de los clientes particulares; es importante notar que los clientes particulares crecen aparentemente a la misma velocidad que los clientes convenio, dando a entender que los particulares tienen la misma aceptación de servicio que los clientes convenios. Este efecto de nuevo cliente, por cantidad de dinero invertido se observa unos meses más adelante, en el modelo el efecto en su totalidad se presenta después de los primeros 3 años, pues es justamente en este tiempo en que comienza el crecimiento exponencial (19) (20).

4.3.1.2 Respecto a la importancia del mercadeo

Un aspecto muy importante dentro del modelo es la relación directa que tiene la inversión en mercadeo en el aumento del número de clientes, para la modelación de esta relación se consideró una tasa de mercadeo la cual es establecida por la empresa según políticas internas, esta tasa afecta directamente la inversión ya que es el porcentaje que se tomará de los recursos financieros para mercadeo y que irá directamente a acumularse con la inversión realizada inicialmente (19) (20).

4.3.1.3 Respecto a las tarifas

Todos los servicios médicos prestados por la empresa son respaldados por un valor de la consulta o tarifa que paga el cliente luego de tomar el servicio, dicho valor depende del convenio al cual este afiliado el paciente o si es consulta particular (19) (20).

Cada año estas tarifas son modificadas dependiendo de muchos factores entre ellos la inflación, además de depender estrechamente del mercado y de otras empresas que hallan en el medio. La variación de las tarifas afecta gravemente la economía de la empresa, creándose la necesidad de que ésta deba estar preparada para cambios en las tarifas tanto para aumentar como para disminuir su valor (19) (20).

4.3.1.4 Respecto a los clientes convenio

Disminuir clientes convenio genera un declive en la economía de la empresa, como los clientes convenio representan el 97% de los clientes totales, una baja de esta magnitud genera serios inconvenientes. Aumentar los clientes convenio muestra un elevado incremento en los recursos financieros gracias a la cantidad de clientes convenio presentes. En el acumulado de clientes totales se encuentra que su valor se hace casi el doble del valor hallado con las condiciones iniciales, esto demuestra que si se hace una inversión en mercadeo enfocada hacia los convenios se pueden obtener resultados muy favorables (19) (20).

4.3.1.5 Respecto a los clientes particulares

Para la empresa sería muy útil conocer qué sucedería si la cantidad de clientes particulares que posee ya no existieran y solo se contara con los convenios; en el modelo se realizó esta variación y se analizaran los efectos que esto conlleva. Muestra que cuando se simuló sin los clientes particulares, los recursos solo fueron

constantes los primeros meses, después de este tiempo comenzaron las pérdidas, esto muestra claramente que la empresa no se encuentra preparada para soportar la pérdida de sus clientes particulares, aun cuando estos solo signifiquen el 3% de los clientes totales (19) (20).

La DS proporciono resultados que permitieron considerar situaciones que no se tenían claras, pudiéndose decir que la empresa en ningún momento debe pensar que los clientes particulares son insignificantes comparados con los clientes convenio, a ellos también se les debe destinar una inversión en mercadeo con el fin de conseguir nuevos clientes y mantener los actuales (19) (20).

4.3.1.6 Conclusiones del estudio de Dinámicas de Sistemas en Servicios Médicos Domiciliarios

De los resultados obtenidos con este Estudio de Dinámicas de Sistemas en Servicios Médicos domiciliarios de Gómez y Bobadilla, se concluyó que la empresa (home care) puede experimentar pérdidas importantes en sus recursos financieros y en el número de clientes que la pueden llevar a la quiebra, cuando ocurra una disminución significativa en el número de clientes convenio y/o cuando se eliminen los clientes particulares, por esto es necesario que la empresa tome conciencia de de la importancia de invertir en mercadeo tanto para conseguir nuevos clientes como para conservar los que posee (19) (20).

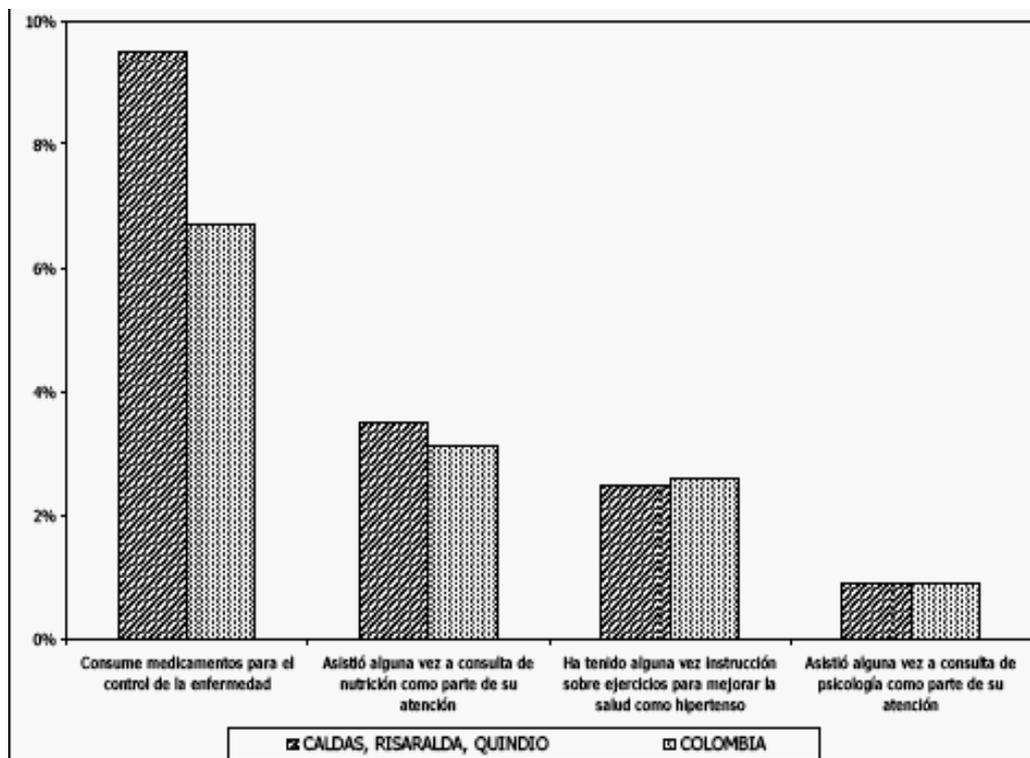
4.3.2 Datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007 para la Región Centro que corresponde a Risaralda, Quindío y Caldas

4.3.2.1 Hipertensión Arterial en población de 18 a 69 años

El 9,5% de la población de ese grupo de edad y que reside en la subregión fue diagnosticada como hipertensa en dos o más consultas médicas y estaba consumiendo medicamentos para el control de la enfermedad (6,7% promedio nacional). El 3,5% de la población ha asistido a consulta de nutrición alguna vez como parte de su atención como hipertensa (3,1% promedio nacional). El 2,5% de la población de ese grupo ha tenido instrucción alguna vez sobre ejercicios para mejorar la salud como hipertensa (2,6% promedio nacional) (17).

Se observa el bajo cubrimiento de pacientes con diagnostico de Hipertensión para consulta con Nutrición como parte de su atención y también para instrucciones de sobre ejercicios para mejorar la salud siendo estos dos los pilares fundamentales del autocuidado para Hipertensión.

Gráfica 2. Población entre 18 y 69 años de la subregión, con diagnóstico de hipertensión arterial según asistencia o no a determinadas consultas y uso de medicamentos.



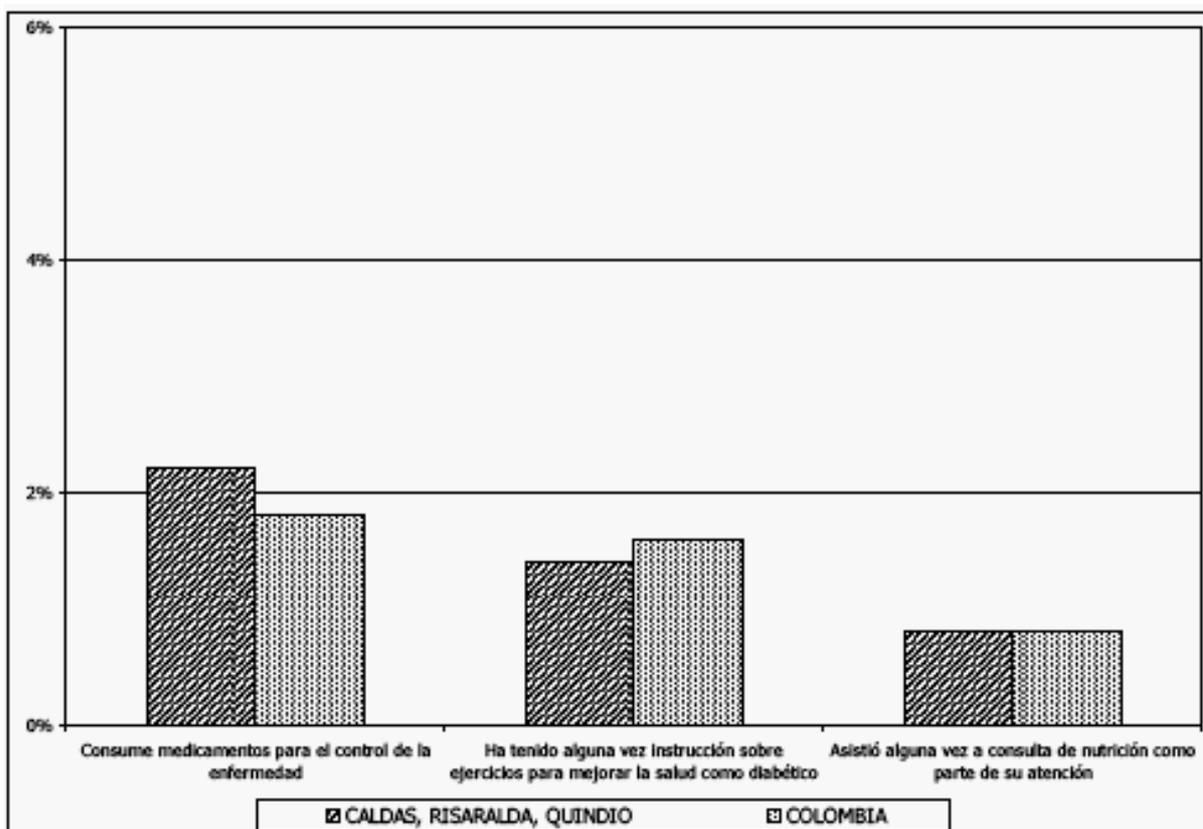
Fuente. Ministerio de la Protección social 2007

4.3.2.2 Diabetes Mellitus en población de 18 a 69 años

El 3,6% de la población de ese grupo de edad y que reside en la subregión refirió haber sido diagnosticada como diabética por un médico (3,5% promedio nacional). El 2,2% de la población de ese grupo consume medicamentos para el control de su enfermedad (1,8 promedio nacional). El 1,4% de la población de ese grupo ha recibido instrucción sobre ejercicios para mejorar su salud (1,6% promedio nacional). El 0,8% de la población de ese grupo ha asistido a consulta de nutrición como parte de su atención (0,8% promedio nacional) (17).

Aquí también se evidencia la baja participación de Nutrición y Terapia Física en el tratamiento integral y control de los pacientes diagnosticados como diabéticos aun cuando los beneficios que estas disciplinas aportan al control de esta enfermedad, están muy documentadas e investigadas.

Grafica 3. Población entre 18 y 60 años de la subregión, con diagnostico de diabetes Mellitus en consulta médica %, según asistencia o no a determinadas consultas y uso de medicamentos.



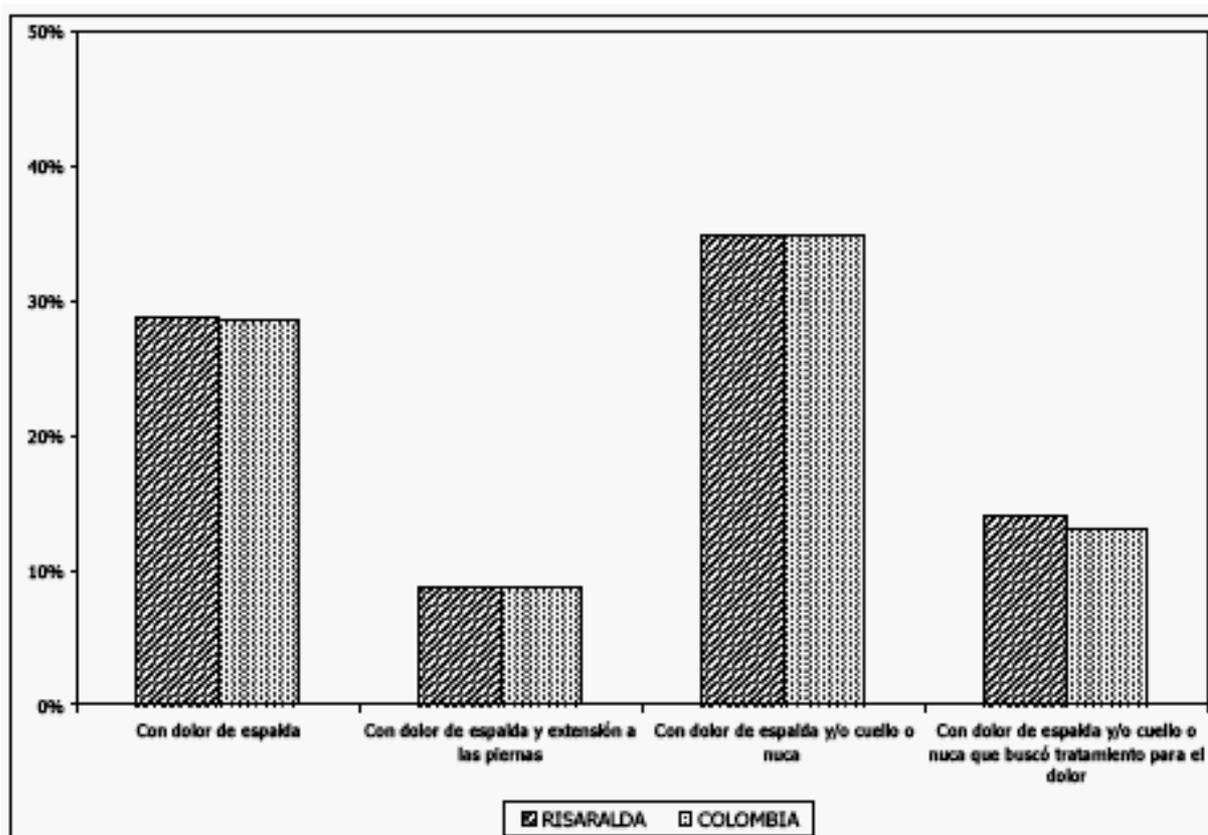
Fuente. Ministerio de la Protección social 2007

4.3.2.3 Dolor de espalda, nuca o cuello en población de 18 a 69 años

El 28,7% de la población de ese grupo de edad y que reside en el departamento refirió sufrir en la última semana de dolor de espalda (28,5% promedio nacional) (17).

Estas estadísticas de la encuesta evidencian la necesidad de un mejor manejo de los dolores de espalda o cuello pues la población que los padece es considerable.

Gráfica 4. Población entre 18 y 60 años de Risaralda con dolor de espalda y/o nuca cuello referido la última semana% según irradiación o no del dolor y solicitud de tratamiento.



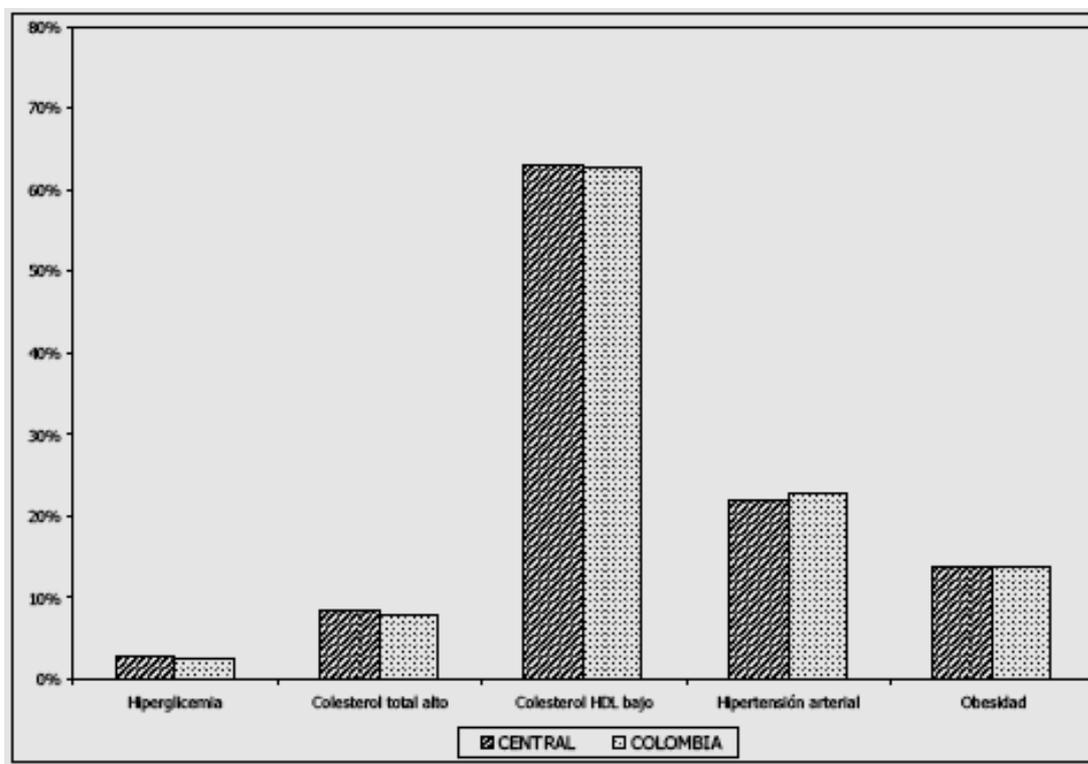
Fuente. Ministerio de la Protección social 2007

4.3.2.4 Perfil lipídico, Glicemia, Tensión Arterial, peso y talla en población de 18 a 69 años en la Región Central

El 32,2% de las personas de ese grupo de edad y que reside en la región resultó con sobrepeso -índice de masa corporal entre 25 y 29 kg/m²- (32,3% promedio nacional). El 13,9% resultó con obesidad -índice de masa corporal de 30 y más kg/m²- (13,7% promedio nacional) (17).

Se evidencia que el colesterol HDL con niveles bajos es el principal hallazgo de patología en las muestras sanguíneas, siendo el ejercicio físico y la Nutrición adecuada el pilar del tratamiento en estos pacientes.

Gráfica 5. Trastornos lipídico, hiperglicemia, hipertensión arterial y obesidad en población entre 18 y 69 años de la región central según tipo de medición.



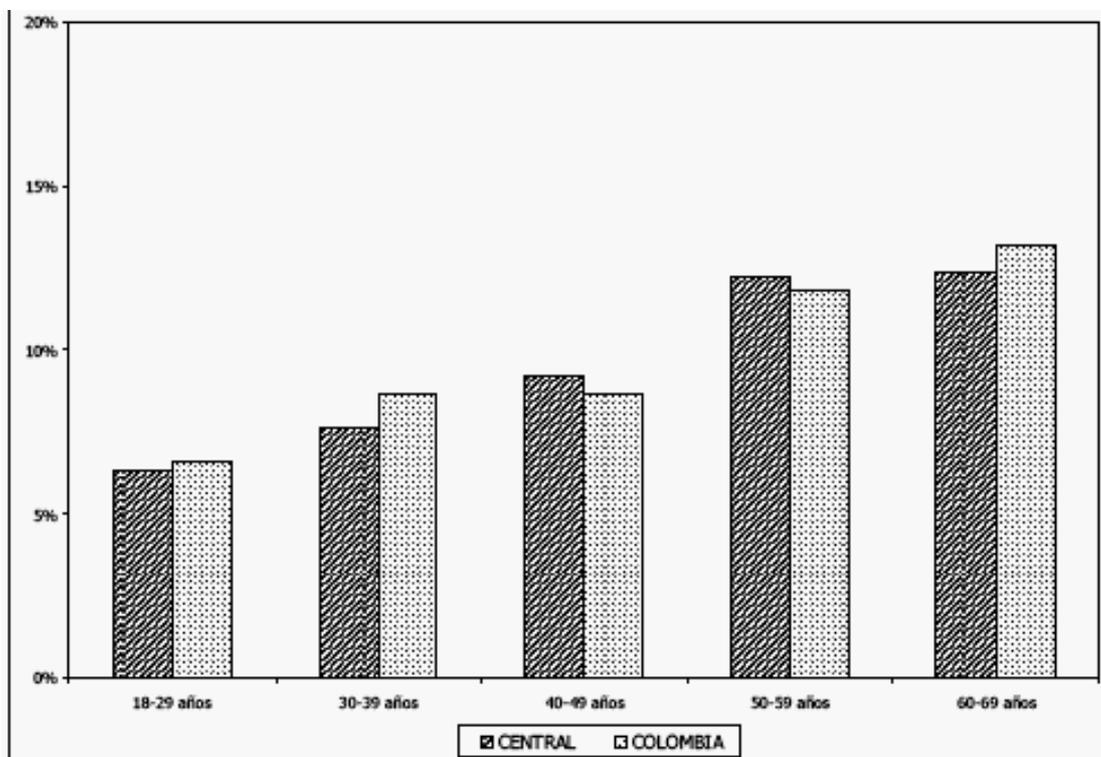
Fuente. Ministerio de la Protección social 2007

4.3.2.5 Discapacidad en los últimos treinta días en población de 18 a 69 años Región Central

El 8,4% de la población de ese grupo de edad y que reside en la región resultó discapacitada (8,3% promedio nacional) (17).

Mostrando que la mayoría de las personas discapacitadas pertenecen a edades productivas por lo cual el tratamiento de la lesión y la rehabilitación son vitales para su óptimo desempeño y reinserción al trabajo.

Gráfica 6. Discapacidad en población entre 18 y 69 años de la región central según rangos de edad.



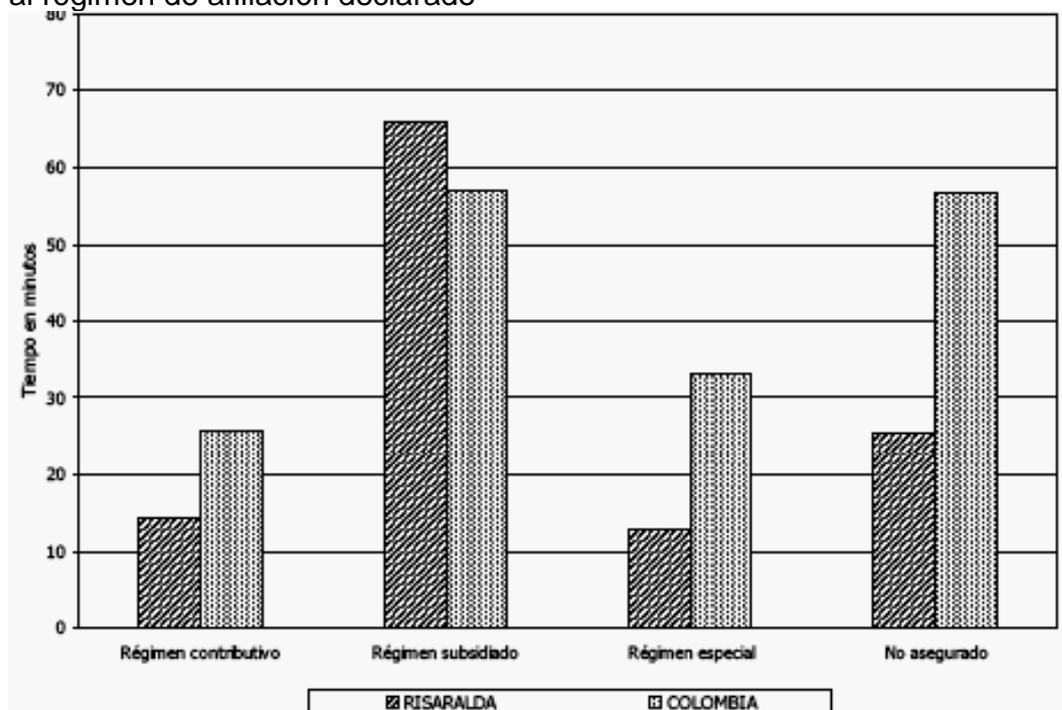
Fuente. Ministerio de la Protección social 2007

4.3.2.6 Generalidades de los Servicios

Dentro de los diferentes motivos de consulta en las instituciones del departamento, el más frecuente es enfermedad física o malestar de larga duración con un 35,3%, seguido de enfermedad física aguda o malestar de aparición reciente con un 25,8% de usuarios (17). Se evidencia una diferencia de casi 9,5 puntos porcentuales entre los malestares crónicos frente a los malestares agudos.

En cuanto al tiempo de espera vemos las siguientes gráficas

Gráfica 7. Tiempo de espera (promedio en minutos) de los usuarios de Risaralda desde que acudieron a servicios de consulta externa hasta ser atendidos de acuerdo al régimen de afiliación declarado



Fuente. Ministerio de la Protección social 2007

En esta primera grafica se muestra que los pacientes que más tiempo esperaron para ser atendidos son los que pertenecen al régimen subsidiado, y los que menos esperaron fueron los del contributivo con una diferencia de espera tres veces mayor en los subsidiados comparados con el tiempo de espera de los contributivos. Este es un punto álgido en cuanto se refiere a calidad del servicio y además conlleva a la insatisfacción de los servicios prestados en salud.

4.3.2.7 Consulta Prenatal

Las siguientes recomendaciones se realizaron en los controles prenatales:

- 64,8% de las usuarias se les habló sobre la importancia de dar sólo leche materna al bebé durante los primeros 6 meses
- 89,2% de las mujeres confirmó que le habían hablado sobre evitar el consumo de alcohol, fumar o consumir medicamentos no formulados
- 80,8% recibió información sobre cómo debe darle pecho al bebe

- 69,1% de las usuarias le informaron cómo alimentarse (17).

En esta consulta es prioritario el enfoque educativo que se le da al tema de la Nutrición de la madre y de su Recién nacido, por lo tanto los valores arriba señalados deberían estar todos en un óptimo 100%, ya que es esta información vital para el mantenimiento adecuado de la salud de la madre y de su hijo.

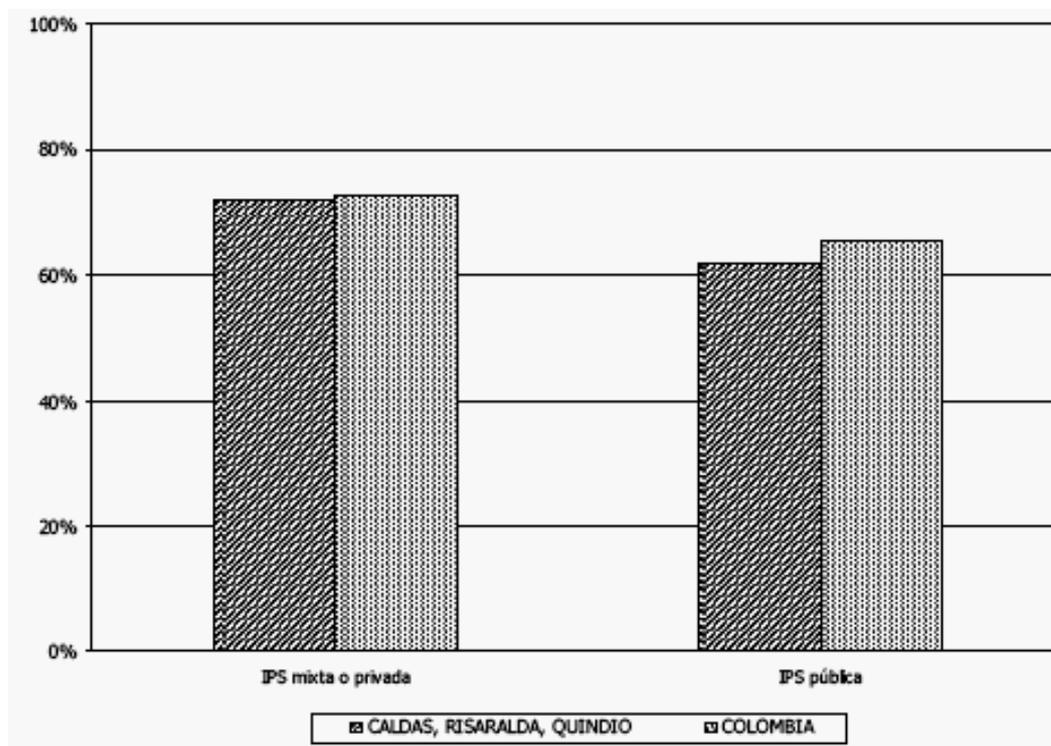
4.3.2.8 Consulta de Crecimiento y Desarrollo de menores de 10 años

En estas consultas se brindó una prevención sobre los siguientes aspectos:

- Prevención de accidentes al 35,8%
- Juegos para estimular el desarrollo de los niños al 52,4%
- Importancia de suministrarle sólo leche materna en un 68,3%
- Al 100% de las madres, se le explicó cómo iniciar a su hijo en el consumo de otros alimentos
- 67,6% de los padres le indicaron cómo alimentar a su hijo (17).

La estimulación de los niños y la participación de la buena nutrición en esta edad es vital para el crecimiento adecuado de los niños, por lo tanto las recomendaciones deberían haberse dado al 100%, ya que según estas cifras solo a 6 de cada 10 madres se les explicó cómo alimentar a su hijo y a 3 de cada 10 como prevenir accidentes en el hogar, siendo los trastornos gastrointestinales y los traumatismos algunas de las principales causas de consulta externa en el hospital

Gráfica 8. Madres de niños atendidos en el servicio de crecimiento y desarrollo en consulta externa de la subregión, que se les asesoro sobre la alimentación de su hijo según la naturaleza jurídica de la IPS donde fueron atendidos



Fuente. Ministerio de la Protección social 2007

4.3.2.9 Consulta de niño con Enfermedad Diarreica Aguda

Como sesiones educativas en consulta externa:

- 20,2% de los padres se le enseñó cómo preparar el suero casero
- 47,8% se le explicó la dieta líquida
- 20,2% se le suministró explicación de las causas por las cuales se enfermó
- 20,2% de padres de los niños usuarios, se le enseñó cómo preparar los alimentos (17).

En el caso de la EDA, el tema de las consideraciones higiénico dietéticas, ocupa el primer lugar en cuanto a prevención y tratamiento. Los valores arriba señalados no proporcionan información vital ni al 50% de la población que consulta estos servicios aquejados por esta enfermedad. Recordando que esta es una causa principal de

morbilidad y mortalidad en Colombia en niños pequeños, debería implementarse mas acciones de información al respecto. La prevención es un arma contra esta enfermedad y el conocimiento dentro del seno familiar es el poder para lograr evitar llegar a la atención intrahospitalaria de esta patología.

4.3.2.10 Consulta de personas con Dolor de espalda o cuello

- En consulta externa 78,8% lo examinaron
- Las siguientes recomendaciones se realizan en la consulta externa de dolor de espalda y cuello:
 - Qué hacer para evitar ese dolor al 62,6%
 - Hacer ejercicio se le recomendó al 36,7%
 - Cómo levantar correctamente los objetos pesados a un 24,2%
 - A un 22,1% de los pacientes se le explicó cómo reducir el estrés (17).

Estos datos evidencian una baja capacidad de educación y prevención en la consulta con el paciente aquejado de dolor de espalda y/o nuca. Siendo los dolores osteomusculares uno de los padecimientos más frecuentes y por los cuales se satura los servicios médicos, sería importante que el paciente aprendiera como evitar las estas patologías y a la vez con el autocuidado hacer partícipe a su familia en este proceso de prevención.

4.3.2.11 Consulta a personas con Hipertensión Arterial

El departamento de Risaralda tiene un 4,0% de la participación nacional en consulta externa a personas con hipertensión arterial. De los usuarios del servicio de consulta externa:

- 81,8% se le recomendó no fumar
- 80,7% se le recomendó aprender a manejar el estrés de la vida diaria
- 82,7% ha recibido la recomendación de bajar de peso
- 73,7% debe de reducir el consumo de alcohol
- 15,5% ha recibido entrenamiento sobre cómo hacer ejercicio (17).

En el servicio de hospitalización se hicieron las mismas recomendaciones en las siguientes proporciones:

- 87,8% dejar de fumar
- 78,0% manejar el estrés de la vida diaria
- 61,1% bajar de peso
- 56,1% reducir el consumo de alcohol
- 5,6% ha recibido entrenamiento sobre cómo hacer ejercicio (17).

El 99,0% de los pacientes hipertensos, ha sido tratado por médico general, el 32,6% por médico especialista, el 16,1% por nutricionista. En el caso del servicio de hospitalización y urgencias, se presentan las siguientes proporciones: consulta con médico general el 98,3%, con médico especialista el 15,3% y con nutricionista el 6,9%.(17)

Las recomendaciones tanto en consulta externa como en hospitalización de los pacientes con Hipertensión arterial, no llegan al nivel óptimo que sería el 100% puesto que son estas recomendaciones las que en últimas, pueden controlar la enfermedad y evitar la hospitalización del paciente con los consabidos gastos económicos que esto conlleva y la posibilidad de presentar comorbilidades cada vez más complicadas y costosas para el paciente, su familia y el estado. Se evidencia además una baja atención de estos pacientes por nutricionista, lo cual dificulta aún más la obtención de buenos resultados en la salud de estos pacientes.

4.3.2.12 Consulta a personas con Obesidad o Sobrepeso

En consulta externa, a personas con obesidad o sobrepeso, le han hecho las siguientes recomendaciones:

- Dejar de fumar al 64,7%
- Aprender a manejar el estrés al 76,1%
- Bajar de peso al y realizar ejercicio 100%
- Reducir el consumo de alcohol al 60,0%

- Reducir el consumo de sal al 90,6%
- Reducir el consumo de grasa al 91,9%.
- En promedio, el 94,8% de los pacientes ha recibido la recomendación de reducir el consumo de harinas y dulces (17)

En el tratamiento para el control de la obesidad, el 78,8% de los usuarios, ha sido atendido por médico general, el 21,3% por médico especialista, mientras que el 39,7% ha tenido consulta con el nutricionista (17).

La atención de Nutrición es muy baja solo el 40% de los pacientes con diagnóstico de obesidad o sobrepeso, han ido a consulta con Nutricionista, siendo este profesional de la salud el indicado para dar las recomendaciones de alimentación y dieta que pueden mejorar la calidad de vida del paciente, ayudarlo con su tratamiento y a la vez proporcionar información importante para prevenir en su familia el surgimiento de más comorbilidades. Todos los pacientes aquejados de esta enfermedad deberían ir a consulta con el nutricionista por indicación del médico que los está tratando.

4.3.2.13 Consulta a personas con Diabetes

En el servicio de consulta externa a personas con diabetes, le han hecho las siguientes recomendaciones:

- Dejar de fumar en un 91,3%
- Aprender a manejar el estrés al 64,1%
- Bajar de peso al 80,5%
- Reducir el consumo de alcohol al 65,3%
- Realizar ejercicio al 95,9%
- Reducir el consumo de grasa al 99,4%
- Reducir el consumo de harinas al 100% de la población usuaria (17).

Por otro lado, en urgencias y hospitalización, las recomendaciones se realizaron en las siguientes proporciones:

- Dejar de fumar en un 78,0%
- Aprender a manejar el estrés al 40,8%
- Bajar de peso al 70,8%
- Reducir el consumo de alcohol al 65,0%
- Realizar ejercicio al 92,0%
- Reducir el consumo de grasa al 88,2%
- Reducir el consumo de harinas al 92,0% de los pacientes entrevistados (17).

De los pacientes que se encontraban en tratamiento de diabetes, en el momento de la entrevista en consulta externa, al 98,9% de los usuarios lo ha tratado el médico general, al 30,0% lo ha tratado el médico especialista, sólo un 20,0% ha sido remitido a consulta por psicólogo, mientras que un 28,8% ha tenido consulta con nutricionista. La proporción de estas atenciones se mantiene en hospitalización (17).

La proporción de usuarios de consulta externa, que se mide con glucómetro en la casa el nivel de azúcar en la sangre es el 20,8%, porcentaje que disminuye en 4,4 puntos porcentuales en el caso de los pacientes de hospitalización. En el momento de la encuesta, el 47,7% de los pacientes en tratamiento para la diabetes, estaba aplicándose insulina u otro medicamento. En la consulta de control, al 18,2% de los pacientes le examinaron los ojos y los pies (17).

Es también baja la participación del Nutricionista en el tratamiento del paciente aquejado de diabetes, siendo este profesional de vital importancia para el óptimo desarrollo del tratamiento, prevención de complicaciones y educación del paciente ante esta enfermedad. Una de las patologías más costosas de este sistema de salud es la insuficiencia renal crónica, la cual se puede evitar en la mayoría de los casos tratando adecuadamente al paciente con diabetes Mellitus. La alimentación es el pilar fundamental del tratamiento del paciente diabético y la consulta con Nutrición representa un alto valor en el tratamiento adecuado de esta patología.

4.4 MARCO TEÓRICO

4.4.1 Generalidades

Dadas las actuales características de la población, en la que se evidencian problemas de salud que tienen que ver con los hábitos de vida no saludables, surgen patologías que desencadenan en la incapacidad la cual tiene una amplia repercusión en el ámbito familiar y social. La atención domiciliaria constituye en la atención moderna de Salud un eje fundamental que establece la interacción individuo-familia-comunidad para promocionar, mantener o restablecer su salud.

La atención domiciliaria es una necesidad sentida y vivida por amplios sectores de la comunidad, que deben responder a la problemática que representa mantener una persona enferma o incapacitada en su domicilio. La modalidad de Salud y Atención Domiciliaria, ofrece el recurso humano capacitado para ayudar al paciente y la familia a alcanzar los estados de salud que reduzcan el impacto de enfermedades crónicas y contribuyan a una mejor calidad de vida personal, familiar y social.

4.4.2 La Atención Domiciliaria y la Atención Primaria en Salud

La atención domiciliaria forma parte de los equipos de atención primaria de salud, garantiza la continuidad de la asistencia y el desarrollo de actividades preventivas que permitan mantener el nivel de salud y la calidad de vida de los usuarios y su familia (2)(21).

Un análisis riguroso de la realidad permite reconocer que el comportamiento de los hechos de salud ha cambiado, por tal razón la atención domiciliaria se posiciona como una alternativa para atender a grupos poblacionales que presentan factores condicionantes como:

- Envejecimiento progresivo de la población
- Aumento de la esperanza de vida de la población
- Un cambio de hábitos de frecuentación de las estructuras de atención de salud.
- Importante déficit de camas hospitalarias.

- Un replanteamiento en las estrategias de atención de los enfermos crónicos y terminales
- Escasez de recursos financieros, que impide la permanencia en el hospital.

En este contexto para Pereira y el Departamentos es de gran importancia contar con personas que brinden atención, técnica calificada de asistencia a los problemas de salud de los pacientes en sus hogares, lo cual conlleva múltiples ventajas (21).

4.4.3 Ventajas de la Atención Domiciliaria

Tabla 12. Ventajas de la Atención Domiciliaria

1.	Aspecto científico-técnico	<p>Ausencia de infecciones nosocomiales.</p> <p>Evita los fenómenos de «hospitalismo».</p> <p>Disminución de episodios de confusión mental y/o depresión en ancianos.</p>
2.	Aspecto psicosocial	<p>Mejoría y humanización en la relación con el paciente</p> <p>Permite mayor intimidad y comodidad</p> <p>Liberaliza los horarios para alimentación, descanso, higiene, etc.</p> <p>Evita desplazamiento de familiares al hospital, con el consiguiente ahorro económico y de tiempo</p> <p>Facilita la comunicación entre personal de salud y familiares</p> <p>Integra a la familia en el proceso curativo.</p> <p>Promueve las actividades de educación sanitaria.</p>
3.	Aspecto gerencial (Gestión)	<p>Disminuye los costes marginales por proceso</p> <p>Facilita el acceso a los hospitales a quien realmente los necesita</p> <p>Sirve de conexión entre el hospital y el primer nivel, favoreciendo la comunicación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales</p>

Fuente. Estudio González y cols 2002

Un estudio de la evidencia en atención domiciliaria fue realizado por González y cols (2) en el año 2002. Las ventajas que se le atribuyen a la Atención Domiciliaria pueden resumirse en tres tópicos expuestos en la anterior tabla.

4.4.4 Ley de Salud Pública y Promoción de la Vida Saludable

4.4.4.1 Introducción

Referente a las enfermedades crónicas y algunos factores de riesgo asociados con estilos de vida cabe destacar que las Enfermedades Crónicas no Transmisibles ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte de la población Colombiana, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes. Del total de muertes registradas en Colombia durante 1990 al año 2005 la mortalidad por las enfermedades crónicas se incrementó, pasando del 59% al 62,6%, mientras que la violencia y los accidentes representaron el 23,9% y las del grupo de las transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición el 11,3% (13) (22).

Dentro de la estructura de causas de morbi-mortalidad en la población general, las enfermedades del sistema circulatorio, principalmente la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la hipertensión arterial y sus complicaciones, ocupan el primer lugar, seguido de tumores, enfermedades pulmonares crónicas y enfermedades degenerativas osteoarticulares (22).

4.4.4.2 Prioridades nacionales en salud pública

- La salud infantil.
- La salud sexual y reproductiva.
- La salud oral.
- La salud mental y las lesiones violentas evitables.
- Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
- **Las enfermedades crónicas no transmisibles.**
- **La Nutrición.**

- La seguridad sanitaria y del ambiente.
- **La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.**
- La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud
- Pública (22).

4.4.4.3 Responsabilidades

De las EPS

Corresponde a las entidades promotoras de salud - EPS y a las entidades que ejercen funciones de entidades promotoras de salud - EPS de los regímenes contributivo y subsidiado asumir, frente al Plan Nacional de Salud Pública, las siguientes responsabilidades:

- Promover la conformación de redes sociales para la promoción de la salud y la calidad de vida (22).

De las ARP

- Garantizar la atención y rehabilitación de los daños ocasionados por las enfermedades ocupacionales y accidentes laborales.
- Proteger a los trabajadores con discapacidad a través de procesos de rehabilitación funcional y profesional (22).

4.4.4.4 Objetivos de las Prioridades Nacionales en Salud para el periodo 2007 - 2010:

- Mejorar la salud infantil.
- Mejorar la salud sexual y reproductiva.
- Mejorar la salud oral.
- Mejorar la salud mental.

- Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis (22).
- **Disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades.**
- **Mejorar la situación nutricional.**
- Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental (22)

4.4.4.5 Estrategia para mejorar la Salud Infantil

Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promover los derechos en salud de la infancia y estilos de vida saludable (22)

4.4.4.6 Metas Nacionales en Enfermedad no Trasmisible y Discapacidades

- Aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años
- Aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años (22).

4.4.4.7 Estrategias para disminuir los riesgos para las Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Línea de política número 1. **Promoción de la Salud y la Calidad de Vida**

- Impulsar estrategias para la promoción de la actividad física en escenarios educativos, redes y grupos comunitarios, laborales
- Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promoción de estilos de vida saludable uso racional de medicamentos, y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles
- Difundir, vigilar y regular el cumplimiento de la normativa de rotulado general y nutricional de alimentos para controlar el consumo de sal en alimentos procesados, colesterol y azúcar y promover el consumo de frutas y verduras (etiquetas visibles y otros refuerzos)

- Promover la dieta saludable en comedores y restaurantes de las empresas e instituciones de trabajo.
- Ejercer abogacía para incluir en el Plan Decenal de Educación, programas dirigidos a incrementar el acceso al consumo de alimentos saludables en el ámbito educativo y para sustituir la clase de educación física de conceptos de deportes a clases de actividad física.
- Realizar abogacía para la sustitución del enfoque del deporte centrado en deportistas de alto rendimiento hacia la actividad física, que sea incluya la actividad física en espacios de la vida cotidiana y los discapacitados (22).

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

- Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las enfermedades crónicas no transmisibles
- Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de la estrategia VISIÓN 2012
- Promover la identificación y seguimiento de población en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica - ERC
- Implementar el seguimiento y evaluación de las cohortes de pacientes con enfermedad renal crónica desde sus estadios iniciales para la orientación terapéutica
- Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria municipal, distrital y departamental para velar por la reducción de las oportunidades perdidas en la prestación de los servicios de atención para prevenir y atender la diabetes Mellitus, retinopatía diabética, hipertensión arterial y enfermedad renal (22).

4.4.4.8 Estrategias para mejorar la Situación Nutricional

Línea de política número 1. Promoción de la Salud y la Calidad de Vida

- Concertación intersectorial para la ejecución y seguimiento del Plan Nacional Seguridad Alimentaria y Nutricional y de los Planes Territoriales de Seguridad Alimentaria y Nutricional
- Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promoción de estilos de vida saludable, patrones alimentarios adecuados, fomento y protección de la lactancia materna
- Promover la protección de los derechos del consumidor en espacios comunitarios (22).

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

- Desarrollar estrategias para la prevención de las deficiencias de micronutrientes
- Implementar acciones de fomento, protección y apoyo a la lactancia materna
- Desarrollar estrategias de complementación nutricional a grupos de más alta vulnerabilidad
- Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las alteraciones nutricionales, según ciclo vital (institucional y comunitario)
- Promover en los espacios laborales, educativos y comunitarios estrategias de recuperación y preparación de alimentos sanos tradicionales en la dieta cotidiana (22).

4.4.4.9 Metas Nacionales en Seguridad Laboral y Enfermedades de origen Laboral

- Desarrollar normas técnicas para la promoción de la salud en espacios de trabajo, detección temprana, protección específica y atención de las enfermedades ocupacionales prevenibles

- Promover en las empresas, universidades, centros de formación del recurso humano y comunidad general el acceso a las acciones promoción de la salud, detección temprana, protección específica dentro del Sistema de Riesgos Profesionales, según normas técnicas establecidas (22).

4.5 MARCO CONCEPTUAL

4.5.1 Hospitalización Domiciliaria (HD).

En Europa el concepto de HD que se ajusta mejor es el Francés, donde se la considera " Una alternativa asistencial del sector salud que consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja". Es decir, que la HD debe tener una duración limitada, en tanto se produce la circunstancia del alta, sea por mejoría o cura, estabilización del proceso patológico, reingreso al hospital o transferencia al servicio de atención primaria. Si no se observa el carácter transitorio de la HD, o si su función se interpreta inadecuadamente, se corre el riesgo de duplicar el tratamiento, ya que la vigilancia y el seguimiento crónicos en el domicilio (salvo excepciones) deben ser responsabilidad de los servicios de atención primaria (23) (24) (25).

Otra definición de HD es: "La hospitalización a domicilio se define como una alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en los hospitales. Es proporcionada por profesionales de salud especializados, durante un período de tiempo limitado, a pacientes que de otra manera habrían precisado atención en un hospital de agudos en cualquiera de sus áreas" (23).

Así mismo, la HD se realiza con pacientes que requieren cuidados médicos que no justifican su ingreso a un centro hospitalario; más bien, un equipo formado por médicos, personal de enfermería y trabajadores sociales, dotados de los medios tecnológicos necesarios, acuden regularmente al domicilio del paciente para hacer el diagnóstico y proveer el tratamiento (23).

4.5.2 Atención Primaria Domiciliaria (APD).

La atención primaria domiciliaria (APD) puede dividirse en dos grandes modelos: el modelo tradicional que rige en la mayoría de los países (en gran parte dicotómico y sin continuidad entre los servicios ofrecidos por los equipos del hospital y de atención primaria) y el modelo de atención compartida (shared care o transmural

care en inglés), que permite el establecimiento de una alianza estratégica entre los equipos de los dos principales niveles sanitarios. Estos dos tipos de modelos varían según el diseño de la estrategia organizativa y de financiación de los servicios sanitarios a los que están vinculados (23) (24) (25).

El modelo tradicional está destinado a pacientes que están incorporados a algún tipo de programa o asistencia especial de salud (puede incluir elementos de promoción, protección y rehabilitación de la salud) o que, debido a su estado de aislamiento o a sus precarias condiciones de salud, requieren asistencia general (vigilancia y seguimiento crónico en el domicilio). Este modelo excluye tratamientos y cuidados complejos (23) (24) (25) (26).

4.5.3 Criterios de inclusión en Hospitalización a Domicilio

- **Voluntariedad:** aceptación por el paciente y la familia (consentimiento informado).
- **Sociales:** existencia de un cuidador principal y teléfono accesible. Es necesario que una persona, familiar o no, esté en condiciones de colaborar con el equipo sanitario en los cuidados que requiere el enfermo, una vez que éste se encuentre en su domicilio. Este cuidador principal no sólo se encarga de las tareas básicas como el aseo y la alimentación, sino que en ocasiones colaborará estrechamente con el equipo sanitario en tareas técnicas que requieren cierto adiestramiento y aprendizaje. Para facilitar la comunicación y disponibilidad del equipo sanitario ante cualquier duda, imprevisto o urgencia en el domicilio es necesaria la existencia de una línea telefónica accesible
- **Geográficos:** área geográfica en la que se garantice una adecuada atención asistencial, limitada para cada unidad, lo habitual es de 30 min.
- **Médicos:** que requieran controles clínicos y/o analíticos frecuentes, curas complejas, tratamientos intravenosos, nutrición artificial, oxigenoterapia,

tratamiento rehabilitador, etc.; en definitiva, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos complejos, hasta su estabilización definitiva (23) (24) 25) (26).

4.5.4 Niveles Asistenciales

En función del grado de medicalización, aportación de tecnologías, intensidad, duración y complejidad de los cuidados, se determinan los siguientes niveles asistenciales.

4.5.4.1 Atención Domiciliaria basada en el Hospital.

También identificada en algunos países como hospitalización a domicilio. Se caracteriza por proporcionar cuidados de intensidad y/o complejidad equiparable a los dispensados en el hospital. Depende estructuralmente de los hospitales, es prestada por profesionales especializados a tal fin y engloba a su vez diversos esquemas asistenciales en función del objetivo perseguido, estado evolutivo de los pacientes atendidos, características y duración de los cuidados(23) (24) 25) (26).

4.5.4.2 Atención Domiciliaria basada en Atención Primaria

Prestada por los equipos de atención primaria. Proporciona cuidados de baja intensidad (en general, menos de una o dos veces a la semana) y complejidad a aquellos pacientes que, permaneciendo estables en su enfermedad, necesitan de forma continua ser atendidos en su domicilio, donde permanecen aislados casi siempre por presentar diversas discapacidades. Dependiendo del grado de desarrollo de la atención primaria en las distintas comunidades autónomas, existen diversos dispositivos de apoyo como pueden ser los equipos de soporte de atención domiciliaria en algunas áreas o el Programa de Atención al Enfermo Inmovilizado o Encamado (23) (24) 25) (26).

4.5.4.3 Servicio de Ayuda a Domicilio

Que depende de las Administraciones Públicas y, sobre todo, de las corporaciones locales. La organización y coordinación suelen estar a cargo de los trabajadores sociales, mientras que la gestión y prestación del servicio suelen correr a cargo de organizaciones de carácter no lucrativo, mercantiles o cooperativas que, a través de auxiliares de hogar, proporcionan servicios complementarios (acompañamiento,

realización de gestiones, actividades de ocio, etc.) con intensidad y duración variables (23) (24) (25) (26).

4.5.5 Cuidados a Domicilio ó Home Care

"Cuidados a domicilio" (Home Care) designan de forma genérica un amplio abanico de servicios de apoyo para personas dependientes y con incapacidades. La denominación incluye desde servicios de ayuda para las actividades de la vida diaria y tareas domésticas que requieren una cualificación mínima, hasta cuidados profesionales que utilizan tecnologías sofisticadas. Esta modalidad de atención varía también en términos de la duración de los servicios: en unos casos se ofrecen por un breve periodo tras una hospitalización, mientras que en otros se trata de cuidados de larga duración requeridos a consecuencia de procesos crónicos invalidantes (23) (24) (25) (26).

4.5.6 Introducción al Modelo de Atención Domiciliaria en Salud

La atención domiciliaria hace referencia a un programa de atención que sin poner en riesgo la vida del paciente y bajo un modelo multidisciplinario brinda una solución a los problemas de salud de ciertos pacientes (los que cumplen los criterios de inclusión) conservando siempre como mayor logro y objetivo la ganancia en términos de calidad de vida (27) (28).

El programa se ha posicionado en los últimos años como una estrategia de atención extra hospitalaria que permite brindar servicios de salud humanizados y oportunos a la población, representando una mejoría importante en la calidad de vida de los usuarios y con un relativo menor costo comparado con la atención tradicional (27) (28).

En el modelo de atención domiciliaria caben actividades de todo el espectro de los servicios de salud desde el fomento y la protección de la salud, la atención primaria, la prevención clínica, la hospitalización en casa con el uso domiciliario de equipos tradicionalmente hospitalarios, enfermedades de alto costo y procedimientos de rehabilitación (27) (28).

Debido a lo amplio del concepto se hace necesario limitar el alcance del presente trabajo a la siguiente definición:

Programa de atención a las necesidades de aquellas personas mayores, con enfermedades crónicas y/o terminales de diagnóstico y tratamiento establecido o con discapacidades que les impidan el acceso a los servicios de salud por sus propios medios. Normalmente la atención se brinda en el propio domicilio de la persona atendida, aunque no necesariamente.

4.5.7 Generalidades del Modelo de Prestación del Servicio de Atención Domiciliaria en Salud

Ya que todas las personas, sin importar la edad, tienen necesidades de atención médica únicas y estas necesidades se vuelven más complejas debido a los múltiples problemas médicos, exigen tratamientos que involucran procedimientos especializados y en algunos casos, más de un especialista (26).

Muchos hospitales y empresas del medio y a nivel internacional entre ellos el North General Hospital (Estados Unidos), SMID Servicios Médicos Integrales a Domicilio (Venezuela), Coomeva Emergencia Médica (Colombia), Médicos a Domicilio Cruz Verde, EMI (Uruguay) y Atención Hospitalaria Domiciliaria Respaldado por Home Care S.A. (Colombia), han analizado estas situaciones y han detectado la necesidad de crear sus propios sistemas médicos a domicilio (26).

El servicio de atención se presta en el domicilio del cliente estabilizándolo y manejando desde situaciones complejas hasta atención rutinaria de clientes. La consulta inmediata es el servicio más importante y el que requiere mayor rapidez y disponibilidad de médicos con sus respectivas móviles (26) (27).

Al conocer la misión y visión de algunas de las empresas mencionadas anteriormente, se puede decir que entre sus propósitos se encuentran prestar servicios basados en los modelos de medicina familiar teniendo como premisas los valores de la ética y la humildad, proveer servicio de excelencia, para cada cliente, que asegure satisfacción, obteniendo como resultado, rentabilidad social y económica para todos (26) (27).

4.5.8 Importancia de la Atención Domiciliaria en Salud

La atención Domiciliaria, es una respuesta concreta a las necesidades de atención de la salud de las personas. Una alternativa asistencial pensando en la salud desde un punto de vista integral, ligado a valores como la convivencia familiar, entorno, afecto y responsabilidad participativa y conjunta no exclusivamente médica (26) (27).

Es una práctica que apunta a estar más cerca de los ciudadanos que necesitan ser atendidos, una concepción moderna que combina la eficiencia de un equipo de salud interdisciplinario con recursos técnicos de actualidad para lograr así una prestación ambulatoria cuyo papel fundamental es resguardar la autonomía y calidad de vida del paciente. Este perfil propio y único contribuye a la descentralización hospitalaria de los enfermos y a la vez a la institucionalización de un accionar interdisciplinario. El hecho de asumir los múltiples aspectos que hacen a la salud de las personas implica la aceptación y valoración de otras miradas profesionales que permitan evaluar las condiciones emocionales, socioeconómicas, culturales, y habitacionales en la que se encuentra el enfermo (26) (27).

Una de las consecuencias del actual crecimiento de la longevidad es el predominio de las enfermedades crónicas y sus complicaciones. A medida que aumenta el número de ancianos y la esperanza de vida, se hacen más frecuentes las complicaciones por enfermedades crónicas degenerativas (secuelas de accidentes cerebro vasculares cerebrales y fracturas por caídas, limitaciones provocadas por enfermedades cardiovasculares y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, demencia causada por enfermedades mentales como la demencia de Alzheimer, por la diabetes o por enfermedades terminales, etc.). Estas enfermedades son la principal causa de muerte en los ancianos y también sus problemas de salud más prevalentes, incrementando vertiginosamente la demanda asistencial y los costos sanitarios (26) (27).

En este contexto se plantea la necesidad de transformar y reorganizar los sistemas y servicios de salud, garantizando el acceso oportuno, adecuado y de calidad a toda la población. De ahí que se hayan desarrollado en muchos países diferentes programas y alternativas institucionales, ambulatoria de domiciliarias, encaminadas a mejorar la situación sanitaria y auxiliar en el proceso de establecer prioridades. La ID es una de ellas (26) (27).

La atención Domiciliaria, es una alternativa costo efectiva de la Internación Hospitalaria aunque esto es de público conocimiento, son pocos los estudios publicados que así lo demuestran (26) (27).

4.5.9 Beneficios del Sistema Domiciliario en Salud

4.5.9.1 Para el usuario:

- Favorece la intimidad, comodidad y bienestar.
- Libera los horarios de actividades propias (alimentación-descanso).
- Se acelera la recuperación funcional y anímica.
- Disminuye riesgos psicológicos y sociales que genera la estancia hospitalaria.
- Atención personalizada, más humana y grado de satisfacción.
- Reintegración del paciente a su entorno familiar.
- Mejora la relación entre el paciente-familia-equipo de salud.
- Aumenta la productividad del individuo.
- Se potencia en el núcleo familiar la autonomía funcional del paciente, su independencia sociofamiliar y se estimula el auto cuidado (26) (27).

4.5.9.2 Para la familia:

- Compromiso familiar con el proceso curativo.
- Mejora de los estilos de vida de la familia a través de las actividades preventivas.
- Ahorro económico.
- Armonía, fortalecimiento y preservación de la dinámica familiar.
- Disminución del estrés de la familia por desplazamiento e incomodidades.
- Facilidad y mayor acceso a la comunicación con el equipo de salud (26) (27).

4.5.9.3 Para el equipo de salud:

- Mayor humanización en la relación entre el equipo de salud, el usuario y la familia.
- Comunicación multidisciplinaria.
- Desinstitucionalización del equipo de salud.
- Identificación temprana de factores de riesgo en el hogar del paciente.
- Satisfacción profesional del equipo interviniente por la atención prestada.
- Empatía y adherencia por la continuidad del equipo de salud (26) (27).

4.5.9.4 Para la institución:

- Es un plan de choque frente a la transición demográfica y epidemiológica.
- Disminución del gasto hospitalario.
- Disminución del promedio días/estancias y aumenta la rotación de camas.
- Aumenta la calidad de respuesta asistencial
- Impulsa y dinamiza una nueva forma de trabajo.
- Mejora la eficiencia de las instituciones prestadoras de salud.
- Aumento de la imagen pública a nivel departamental.
- Uso adecuado de los recursos.
- La estrategia potencializa la prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Disminución del riesgo de infección nosocomial (26) (27).

4.5.10 Objetivos de la Hospitalización Domiciliaria

El Objetivo de la Hospitalización Domiciliaria es el entorno de la asistencia especializada y debido a que el objetivo de la sanidad es el paciente, hay que

ofrecerle asistencia sanitaria de alta Calidad, junto con la Eficacia, Efectividad y Eficiencia de la asistencia hospitalaria, para obtener la satisfacción del paciente-cliente en su domicilio y/o entorno familiar, ya que el paciente estará contento si se siente seguro, protegido, y por tanto hay que informarle y tranquilizarle (26) (27).

4.6 MARCO HISTÓRICO

4.6.1 Inicio del Modelo de Atención Domiciliaria en Salud

La modalidad de Internación Domiciliaria (ID) o atención domiciliaria, fue inaugurada en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, por el Dr. Bluestone, del Hospital "Montefiori"; como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Las razones para crear esta primera unidad de ID en el mundo eran descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano, y favorable para su recuperación. Desde entonces ha habido múltiples experiencias de este tipo tanto en Estados Unidos como en Europa, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud (21) (23).

4.6.2 Atención Domiciliaria en el Mundo

A partir de los años sesenta en Canadá comenzaron a funcionar servicios de ID orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En hospitales de Montreal se realizó, en 1987, una experiencia piloto (Hospital extra mural) que consistía en la administración de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos.

En Europa, el Hospital de Tenon en París, Francia, fue el primero en crear una unidad de hospitalización domiciliaria en 1951. Más tarde, en 1957, se estableció el Santé Service, organización no gubernamental sin fines de lucro que aún hoy sigue prestando asistencia socio sanitaria a domicilio a pacientes con enfermedades crónicas y terminales.

En el Reino Unido, la ID, fue introducida en 1965 con el nombre de Hospital Care al Home. En Alemania y Suecia fue desarrollada durante los años setenta, y en Italia – con el nombre de Ospedalizzazione a Domicilio-, recién a comienzos de los años ochenta. En España llega en el año 1982, tomando gran empuje en los noventa sobre todo en el País Vasco y en la Comunidad Valenciana.

Dado el desarrollo irregular de la ID en Europa, tanto cualitativamente como cuantitativamente, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordina desde 1996 el programa From Hospital to Home Health Care, dirigido a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial (24).

4.6.3 Atención Domiciliaria en Colombia

A nivel de América latina la internación domiciliaria es una tendencia creciente; en Colombia en la época de los 90 se inicia la hospitalización en casa básicamente, para cuidados paliativos a pacientes terminales con cáncer, así como, para el manejo del dolor, buscando disminuir las reiteradas consultas del servicio de urgencias por esta causa.

En Colombia este tipo de atención es iniciado por las empresas Promotoras de Salud, para controlar el costo médico y a la vez aumentar los indicadores de calidad en el servicio y de satisfacción del usuario; empresas promotoras de salud EPS como SALUDCOOP, diseñaron la estrategia hospitalización en casa SHEC, Coomeva y SALUD TOTAL recurrieron igualmente a la implementación de este esquema. Un gran paso ha dado el sector público en salud cuando el 9 de abril del 2009 el Hospital Universitario del Valle en convenio con La Gobernación de ese departamento inició el programa denominado Hospital en Casa, este programa es la primera vez que es adoptado por un Hospital público Colombiano y la inversión asciende a 280 millones de pesos anuales (21) (22).

Estos servicios de médicos domiciliarios han tenido gran aceptación en Colombia, la mayoría de las empresas trabajan prestando servicios independientes y por convenios con otras empresas, complementado los planes de salud privados y de gobierno. Así mismo desde hace algunos años ha empezado a ocurrir que muchas empresas han creado sus propios sistemas de atención de emergencias para sus clientes. Las empresas de servicios médicos domiciliarios han estado presentes en el mercado colombiano, durante más de 10 años; atendiendo pacientes en su propia casa y brindando atención desde primeros auxilios hasta procedimientos más complejos (21) (22).

4.6.4 Atención Domiciliaria en Pereira

En la ciudad de Pereira además de algunas EPS antes mencionadas, La Clínica COMFAMILIAR Risaralda, cuenta con un equipo de trabajo destinado a Hospitalización Domiciliaria, como complemento a servicios de las EPS que han contratado con ellos la prestación de servicios.

En esta ciudad el servicio de urgencias a domicilio, es quizás el más representativo, dejando de lado la terapéutica en enfermedades crónicas y más todavía la prevención de estas.

Vale la pena resaltar que en alguna medida, la cobertura de este servicio ha estado ligado a la prestación de servicios de afiliados al régimen contributivo en salud, quedando otros sectores o mercados con una necesidad creada a la cual no pueden acceder por falta de oferentes legalmente constituidos, que obren en cumplimiento de la normatividad vigente y que garanticen la calidad técnico-científica que amerita el cuidado en casa de un ser querido.

En general son los profesionales particulares los que de una u otra forma han aportado a este esquema de atención en la ciudad de Pereira, siendo los médicos, enfermeras y fisioterapeutas los más requeridos en este sector de la demanda.

4.7 MARCO NORMATIVO Y JURÍDICO

4.7.1 Generalidades

Durante la última década, el país ha efectuado un profundo reordenamiento del sector de la salud buscando responder a los principios consagrados en La Carta Magna, como son la descentralización, universalidad, equidad, eficiencia, solidaridad calidad, desarrollados posteriormente por la ley 100 de 1.993 y Ley 715 de 2001.

El Nuevo esquema del Sistema General de Seguridad Social en Salud estableció relaciones competitivas reguladas entre agentes públicos y privados separando la financiación del sistema de prestación de servicios involucrando el esquema de aseguramiento como una manera de garantizar que el derecho a la salud se haga efectivo. La reforma permitió un aumento considerable en la cobertura del aseguramiento en salud para la población que no gozaba de esa protección.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de su competencia ha expedido los acuerdos 117 y 229 sobre el cumplimiento de las actividades procedimientos e intervenciones de la demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud y las resoluciones 412 y 3384, que hacen alusión a la obligatoriedad de los Entes Territoriales y las administradoras de planes de beneficios en los regímenes contributivo y subsidiado de establecer modelos de atención que impliquen planes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (22).

4.7.2 Constitución Política de Colombia

Artículo 49 "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas y el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad..."

Artículo. 366 de la Constitución Nacional de la finalidad social del Estado y de los servicios públicos el cual expresa "el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas en salud..." (22).

4.7.3 Decreto 1122 de 2007

Esta tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de Salud (22).

4.7.4 Resolución 1043 del 2006, resolución 2680 del 2007, resolución 3763 del 2007

"Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones" (22).

4.7.5 Resolución 1445 de 2006

Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras Disposiciones (22).

Artículo 2°.- Estándares de acreditación. Para efecto que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, se adoptan los manuales de estándares que se señalan a continuación, los cuales se encuentran contenidos en el anexo técnico No. 1 que forma parte integral de la presente resolución:

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

- Manual de Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.-EAPB.-
- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Hospitalarias.
- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias.
- Manual de Estándares de Acreditación para los Laboratorios Clínicos.
- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología.
- 6. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilitación y Rehabilitación.

4.7.6 Decreto 1011 de 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS- de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud, y toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o

sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

Es por esto que la habilitación de los servicios de Salud tiene en cuenta la capacidad tecnológica y científica como estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social. Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, sólo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica. Y tendrán un registro especial de prestadores de Servicios de Salud.

- **Artículo 7°.-** Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica.

Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, sólo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica (22).

4.7.7 Decreto 4747 de 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones (22).

4.7.8 Resolución 3047 de 2008

Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el decreto 4747 de 2007 (22).

4.7.9 Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS)

Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **Artículo 8o. asistencia domiciliaria.**

Es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin.

- **Artículo 22. Definiciones para determinar la calidad de los servicios**

Calidad de la atención es el conjunto de características técnico- científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son: oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico-científica, costo-efectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios.

- **Artículo 33. Tratamiento para paciente crónico que sufre proceso patológico incurable**

El paciente crónico que sufre un proceso patológico incurable, previo concepto médico y para mejorar su calidad de vida, podrá ser tratado en forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del núcleo familiar.

- **Artículo 52.**

Se clasifican como actividades de control y seguimiento en las Guías de Atención Integral a grupos específicos, tales como hipertensos, diabéticos, crecimiento y desarrollo, atención prenatal, higiene mental, higiene industrial, salud ocupacional, etc., las realizadas por personal de la salud en las áreas de Enfermería, Trabajo Social, Salud Mental, Optometría, Nutrición, Terapia y otros.

- **Artículo 53.**

Se clasifican como actividades de promoción y fomento de la salud, aquellos procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo o informativo, individual o colectivas, intra y extramurales, tendientes a crear o Reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellos que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en salud, como también a proveer y estimular y concretar la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud (22).

5. DISEÑO DEL NUEVO PRODUCTO

5.1 PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA

NUTRIFITNESS Consultoría a Domicilio S.A. Es una empresa dedicada a la Atención Domiciliaria en áreas de Nutrición y Terapia Física, la cual intenta satisfacer las necesidades de las personas enfermas y también de las sanas que deseen mejorar sus hábitos y calidad de vida. Nutrifitness tiene su centro de atención en Pereira y su distintivo principal es el **Nutrifitness Car**.

Es una empresa privada que ofrece Servicios de Salud enfocados a la Nutrición y Terapia Física, cuyo objetivo es brindar una alternativa diferente en la ciudad de Pereira a toda persona que desee mejorar su calidad de vida. Basándose en componentes científicos y humanos con valores corporativos que la identifican como son la responsabilidad, ética, lealtad, y sentido humano ofreciendo calidad en el servicio, calidez en la atención y excelencia empresarial aplicando una actualización de modelos administrativos dinámicos que permitan a la Organización el mejoramiento continuo de la calidad de nuestros servicios.

5.2 HISTORIA DE LA EMPRESA

NUTRIFITNESS consultoría a domicilio, nace como una experiencia innovadora en los servicios terapéuticos, por la unión de Fisioterapia y Nutrición como alianza estratégica para el manejo de estilos de vida y como un modelo experimental dentro del postgrado de Gerencia en Sistemas de Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira en el año 2008. Buscando resultados a nivel profesional y empresarial, que propiciaran la gerencia de un servicio de salud moderno y humano.

5.3 MISIÓN NUTRIFITNESS

NUTRIFITNESS Consultoría a Domicilio es una empresa privada que ofrece servicios de salud enfocados a la Nutrición y Terapia Física, cuyo objetivo es brindar una alternativa diferente en la ciudad de Pereira a toda persona que desee mejorar su calidad de vida. Basándose en componentes científicos y humanos con valores corporativos que nos identifican como son la responsabilidad, ética, lealtad, y sentido humano ofreciendo calidad en el servicio, calidez en la atención y excelencia empresarial aplicando una actualización de modelos administrativos

dinámicos que permitan a la Organización el mejoramiento continuo de la calidad de nuestros servicios.

5.4 VISIÓN NUTRIFITNESS

Ser una empresa reconocida en el eje cafetero y el país, por su calidad en la Atención Domiciliaria en áreas de Nutrición y Terapia Física, aportando eficiencia, profesionalismo e integralidad que puedan modificar el estilo de vida de nuestros clientes. Modernizando e innovando a la par del desarrollo tecnológico y científico, proyectándonos hacia la excelencia. A largo plazo esto nos proveerá de nuevas alternativas con las cuales llegar a otros mercados que necesiten beneficiarse de nuestro equipo de trabajo.

5.5 OBJETIVOS INSTITUCIONALES

5.5.1 Objetivo General

- Implementar programas personalizados domiciliarios de Nutrición y Terapia Física a la medida de las necesidades y gustos de las personas interesadas en mejorar los hábitos y estilos de vida, llegando a su núcleo familiar, su lugar de trabajo o su colegio. Abriendo un espacio innovador en el tratamiento y prevención de enfermedades crónicas y fomentando el autocuidado de la salud y de la estética en Pereira.

5.5.2 Objetivos específicos para Nutrición

- Proporcionar a los pacientes Minuta de alimentación diaria variada, sana y complementada con talleres de cocina en el hogar para un mejor aprendizaje.
- Organizar talleres sobre manejo y preparación de alimentos desde el concepto de salud, teniendo en cuenta las costumbres de cada grupo social y los gustos de los individuos.
- Lograr que la reducción de peso sea balanceada y adecuada a sus necesidades y dificultades, sin utilización de fármacos.

- Proporcionar a los clientes a través de la prescripción dietética en equilibrio de su salud, observando de manera individual cada una de sus condiciones físicas, sociales y económicas.
- Indicar las pautas necesarias para que la persona obtenga la información práctica, fácil y completa en educación nutricional que le permitan en el futuro y al finalizar el programa seguir auto controlando su peso y su estilo de vida saludable.

5.5.3 Objetivos específicos para Terapia Física

- Realizar una intervención domiciliaria oportuna y adecuada al paciente desde las fases tempranas de su condición física y estética.
- Integral al usuario desde sus condiciones físico estéticas a sus actividades básicas cotidianas
- Restablecer la capacidad funcional y potencializar la capacidad residual.
- Evitar las complicaciones relacionadas con la inmovilidad.
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios que requieran de nuestro servicio de rehabilitación física integral.
- Educar a la población asistida por el servicio domiciliario de rehabilitación física en el conocimiento y manejo de su condición física y estética

5.5.4 Objetivos para el Departamento Administrativo

- Usar estrategias de mercado para llevar a cabo las diferentes acciones desarrolladas en **NUTRIFITNESS**.

- Coordinar las campañas institucionales y masivas de comunicación
- Establecer acciones de contingencia.
- Establecer los paquetes tarifarios.
- Buscar y licitar con empresas publicitarias y de asesorías empresariales.
- Solicitar y estudiar la opción crediticia con las entidades bancarias
- Coordinar actividades domiciliarias terapéuticas
- Crear un sistema informático que permita almacenar la información de todas las actividades relacionadas con la empresa.

5.6 POLÍTICAS DE LA EMPRESA

- Desarrollar un servicio integral que genere satisfacción en el cliente basado en la calidad e innovación del servicio.
- Liderar el mercado de la salud en el área de Nutrición, Terapia Física y Estética.
- Expandir la empresa hacia nuevos horizontes comerciales.

5.7 MATRIZ DOFA

Tabla 13. Matriz DOFA Nutrifitness

<p style="text-align: center;">INTERNO</p> <p>EXTERNO</p>	<p>FORTALEZAS (F)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.IDEA INNOVADORA 2.CALIDAD DEL SERVICIO 3.PROFESIONALISMO DEL TALENTO HUMANO 4.COMPETENCIA DE PRECIOS 5.VISION EMPRESARIAL 	<p>DEBILIDADES (D)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MEDIANA CAPACIDAD DE ENDEUDAMINETO 2.NOVEDAD EMPRESARIAL 3. CAPITAL SOCIAL 4. PEQUEÑO INVERSIONISTA 5. POCO CONOCIMIENTO DE MARKETING.
<p>OPORTUNIDADES (O)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SEGMENTO POCO DESARROLLADO 2. FACIL ACCESO A LA TECNOLOGIA 3. ALIANZAS ESTRATEGIAS 4. GLOBALIZACION DE LA INFORMACION 5. INSATISFACCION EN SERVICIOS DE SALUD 	<p>ESTRATEGIAS (FO)</p> <p>Tener contacto directo con especialistas que puedan remitirnos pacientes para su manejo (F5-O3). Convenios con empresas, EPS, IPS para la atención de los usuarios con portafolio flexible (F2-F3-F4-F5-O3 –O5). Mantener la vanguardia en equipos modernos que garanticen nuestro quehacer diario (F1F2-F3-O2-O3).</p>	<p>ESTRATEGIAS (DO)</p> <p>Generar un incentivo con el especialista o personas que nos remitan grupo de clientes potenciales D2-O3). Adquisición de Leasing. (D1-D3-O3). Tener una campaña publicitaria agresiva con el gremio de la salud, empresas y clientes potenciales (D4-O4). Generar una base de datos (D2- O4 –O5)</p>
<p>AMENAZAS (A)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.DESCONOCIMIENTO DE LA CULTURA DEL AUTOCUIDADO 2. NUEVOS COMPETIDORES 3. CRISIS ECONOMICA MUNDIAL 4. AMPLIACION CORBERTURA POS 5. POLITICA NACIONAL. 	<p>ESTRATEGIAS (FA)</p> <p>Nutrifitness Car (F1-F5-A1) Ofrecer una amplia gama de servicios de forma grupal o individual teniendo encuentra las características socioeconómicas de nuestros clientes (F4-F5- A1-A3). Abordar el mercado con una propuesta publicitaria llamativa en tecnología y costos con el servicio domiciliario (F1-F4-F5-A2)</p>	<p>ESTRATEGIAS (DA)</p> <p>Asesoría en Marketing, con apoyo de la Cámara de Comercio y SENA (D2-D4-A1). Fortalecer el nivel de coordinación con otras áreas para debilitar la llegada de nuevos competidores (D2-A2-A4)</p>

5.8 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

Tabla 14. Planeación Estratégica Nutrifitness

META	ESTRATEGIA	ACCIONES	INDICADORES	RESULTADO ESPERADO
Brindar el Portafolio de Servicios de NUTRIFITNESS a los diferentes especialistas de la región.	<p>Visitas a los diferentes médicos y profesionales de la salud de Pereira.</p> <p>Entrega del Portafolio a los gerentes de las diferentes empresas que puedan ser clientes potenciales de nuestros servicios.</p> <p>Presentar las propuestas a los gerentes de la EPS, IPS de la ciudad de Pereira.</p>	<p>Visitas a las diferentes clínicas.</p> <p>Entrevistas personales con especialistas y médicos generales.</p> <p>Entrevista con gerentes de empresas en donde se pueda prestar nuestros servicios.</p>	<p>Un técnico en sistemas desarrollará a nuestra medida y necesidad unas hojas de cálculo Excel con el fin de llevar control acerca de:</p> <p>manera como se enteran de nuestros los clientes, entrega de portafolios y presentación de propuesta</p>	Incremento usuarios de nuestra empresa.
Realizar convenios con instituciones que estén interesadas en tener nuestros servicios domiciliarios.	Tener tarifas especiales para las entidades prestadoras	Concretar un convenio	Número de empresas visitadas con Número de empresas con las que se tienen contrato.	Lograr un buen volumen de usuarios a través de los convenios empresariales.
Ofrecer dividendos a los especialistas que remitan usuarios con mayor frecuencia	Participar la ganancia en porcentajes	Informar y motivar a los especialistas de forma verbal	% Proyección de pacientes esperados contra % pacientes atendidos	Incremento en el volumen de pacientes

Tabla 14. Planeación Estratégica Nutrifitness

META	ESTRATEGIA	ACCIONES	INDICADORES	RESULTADO ESPERADO
Solicitar un leasing en BANCOLOMBIA	Presentar la propuesta de la empresa NUTRIFITNESS	Entrevista con el gerente del banco	Aprobación del crédito	Adquisición de equipos e insumos para la empresa
Realizar actividades grupales a nivel de empresas y colegios que requieran nuestros servicios domiciliarios	Utilizar metodología didáctica y práctica para el manejo de las diferentes actividades terapéuticas domiciliarias.	<p>Hacer al final de cada charla y / la rifa de varias inscripciones al programa por tiempo limitado, con el fin de motivar a escuchar la charla y recoger firmas de la asistencia con dirección y teléfono.</p> <p>Recoger temas de interés y sugerencias del programa.</p>	Contrastar la base de datos obtenida en las diferentes actividades con la base de datos de los afiliados de nuestra empresa.	Captar posibles usuarios del programa domiciliario. Motivación del usuario a pertenecer al programa de NUTRIFITNESS Hacer una retroalimentación.
Crea una Base de Datos	Contratar un técnico en sistemas para que diseñe en Excel hojas de cálculo que cuantifiquen usuarios y acciones institucionales	<p>Realizar registro de usuarios como base de datos de NUTRIFITNESS. Tener registro de actividades realizadas al mes.</p> <p>Realizar registro de gastos e insumos de procesos realizados en NUTRIFITNESS. Realizar registro de visitas a empresas.</p>	<p>Número de usuarios de NUTRIFITNESS Número de sesiones realizadas en Nutrición y en Fisioterapia.</p> <p>Relación de gastos e insumos de los procesos.</p> <p>Registro de las visitas realizadas en NUTRIFITNESS.</p>	Consolidación de la información necesaria para NUTRIFITNESS.

Tabla 14. Planeación Estratégica Nutrifitness

META	ESTRATEGIA	ACCIONES	INDICADORES	RESULTADO ESPERADO
<p>NUTRIFITNESS CAR</p>	<p>Implementar un vehículo como un consultorio móvil.</p>	<p>Adecuar un carro modelo Van, para visitas a clientes, llamativo e impactante.</p> <p>Organizar paradas estratégicas con el NUTRIFITNESS CAR para visualización como valla publicitaria en movimiento.</p> <p>Cada jefe de departamento asistirá a las paradas del carro como acercamiento a la población y medio de retroalimentación anotando en casos especiales y motivando a vincularse al programa de NUTRIFITNESS.</p> <p>Estas paradas se harán en sectores estratégicos de la ciudad como glorietas, mercados, salidas de universidades, colegios, hospitales</p> <p>También deberá el carro pasearse por el centro de la ciudad originando mayor visualización por área geográfica.</p>	<p>Kilometraje del vehículo Vs Volumen de pacientes atendidos.</p> <p>Relación de inversión del carro con rentabilidad del negocio.</p>	<p>Atender con calidad y cumplimiento a los usuarios en los domicilios. Generar un impacto publicitario. Afiliar nuevos usuarios.</p>

Tabla 14. Planeación Estratégica Nutrifitness

META	ESTRATEGIA	ACCIONES	INDICADORES	RESULTADO ESPERADO
Prestar servicios domiciliarios de nutrición y Fisioterapia	Brindar un servicio domiciliario con calidad y eficiencia.	Informar al usuario los servicios incluidos dentro del paquete de servicio. Prestación personalizada del servicio.	Número de sesiones realizadas en Nutrición y en Fisioterapia. .	Satisfacción del usuario.
Contratar una empresa publicitaria	Realizar un proceso de selección de empresas publicitarias	Buscar empresas publicitarias Solicitar una propuesta publicitaria de NUTRIFITNESS Escoger la propuesta más atractiva y viable	Buscar el incremento de los usuarios en nuestra base de datos	Impacto Publicitario que atraiga clientes potenciales
Contratar una asesoría empresarial para la empresa	Realizar un proceso de selección de asesoría empresarial	Buscar asesores empresariales Solicitar una asesoría empresarial para NUTRIFITNESS Escoger la propuesta más atractiva y viable	Modificaciones en plan estratégico y el impacto en el accionar de la empresa	Impacto financiero que permita la sostenibilidad y garantiza la calidad del servicio

6. METODOLOGÍA

6.1 MARCO METODOLÓGICO

6.1.1 Tipo de Estudio

Este es un estudio **DESCRIPTIVO DE MERCADO de corte transversal**, al que se le realizara un análisis estadístico de tipo cuantitativo con medidas de tendencia central con base en la realización de una encuesta de preferencias en Servicio Domiciliario de Nutrición y Terapia Física, a los usuarios del Servicio de Cardiología del Centro Médico para el Corazón de la Clínica Los Rosales, los usuarios de Servicios de Terapia Física de PROFISIO y a los usuarios de los Servicios de Radiólogos Asociados en la Clínica Los Rosales de la ciudad de Pereira. Sin distinción de edad, sexo, estrato socioeconómico, motivo de consulta ni tipo de terapia, con el fin de obtener información respecto a las necesidades del mercado y disposición a pagar este servicio.

6.1.2 Instituciones Objeto de Investigación

Teniendo en cuenta que los pacientes con problemas cardiovasculares, enfermedades crónicas y patologías osteomusculares son la población blanco, se quiere llegar a concluir que estos pacientes **SI** están dispuestos a acceder al servicio de Nutrición y Terapia Física domiciliaria particular, ó que en su defecto **NO** es viable el servicio. Por lo tanto se decidió hacer el estudio con población de tres IPS de la ciudad de Pereira.

El Centro Médico para el Corazón concentra pacientes de patologías cardiovasculares de la ciudad de Pereira y sus alrededores, es un centro que funciona en la Clínica Los Rosales y que la mayor cantidad de los pacientes atendidos no son hospitalizados sino enviados de varias EPS contributivo y subsidiado además de los particulares. Atienden tres cardiólogos con su respectiva consulta de control, prevención, atención de hospitalizados y las ayudas como son Holter, Prueba de Esfuerzo, Ecocardiograma y Electrocardiograma. La mayoría de los pacientes son adultos entre 25 y 75 años, pero también se dedica uno o dos días al mes a la atención pediátrica. Las principales patologías son: arritmia, insuficiencia

cardiaca, HTA, DM, infarto, control pre y post quirúrgico de enfermedades cardíacas entre otras. Otro motivo por el cual fue escogido este centro es porque sus directivos permitieron realizar la encuesta sin limitaciones.

PROFISIO es una IPS del sector privado que atiende pacientes con lesiones osteomusculares y su principal objeto social es la Terapia Física y Rehabilitación de estos pacientes. Tiene dos sedes, una en el centro y la otra en el Hospital San Jorge de la ciudad de Pereira donde atienden 6 fisioterapeutas dentro de la institución y domiciliarmente. Los pacientes que atiende provienen mayormente de la ciudad de Pereira, las principales patologías son rehabilitación por lesiones o fracturas, reacondicionamiento físico, lumbalgia, artralgia, cervicalgia, epicondilitis, y otras patologías de tipo inflamatorio. Los adultos son la mayor parte de los pacientes atendidos sin restringir la atención a pacientes pediátricos. Esta IPS fue seleccionada entre otras cosas porque una de sus socias hace parte de este grupo de trabajo y esto permitió libertad a la hora de hacer la encuesta.

La sala de espera de **Radiólogos Asociados de la Clínica Los Rosales** fue seleccionada por dos razones para hacer parte del estudio. La primera porque representa una población con morbilidades de todo tipo no solo centralizadas en el aspecto cardiovascular como lo es el Centro médico para el corazón, ni en lo fisiátrico como lo es PROFISIO. Esta mirada más abierta a todo tipo de patologías permitirá un punto intermedio y más global de la necesidad del servicio para las patologías o para toda la población. La segunda razón por la cual se incorpora esta institución al estudio es porque sus directivos permitieron las facilidades para hacer la encuesta. Esta empresa Radiólogos Asociados abrió sus puertas para hacer el estudio.

6.1.3 Población Objeto

La población objeto corresponde a los pacientes que se atienden en las tres IPS seleccionadas para el estudio, que vivan en la ciudad de Pereira y que acepten la realización de la encuesta. No existe criterio de edad, sexo, estrato socioeconómico, tipo de patología ni tipo de seguridad en salud para ser parte del estudio. El marco temporal corresponde desde junio 16 a Julio 11 del 2009, cubriendo de esta manera 4 semanas de la encuesta, en horarios matutinos y vespertinos en cada IPS.

6.1.3.1 Criterios de Ingreso

Pacientes en sala de espera de estas tres IPS, residentes en la ciudad de Pereira y que acepten realizar la encuesta sin distinción de edad, sexo, estrato socioeconómico ni motivo de consulta.

6.1.3.2 Criterios de Exclusión

Pacientes que no residan en Pereira y/o que no acepten la realización de la encuesta.

6.2 MARCO MUESTRAL

6.2.1 Universo (N)

El universo corresponde al número total de pacientes atendidos en las tres IPS seleccionadas, agendados diariamente, debidamente ordenados por serial y que se atendieron en el espacio comprendido entre el 16 de Junio y el 11 de Julio del 2009. (Ver tabla 13). El total de pacientes atendidos en ese lapso de tiempo y en estas IPS seleccionadas fue de 3576 pacientes, lo cual constituye el Universo Muestral.

Tabla 13. Pacientes del 16 de Junio al 11 de Julio del 2009 en las tres IPS encuestadas

IPS	PACIENTES DIARIOS (PROMEDIO)	PACIENTES SEMANALES	PACIENTES MENSUALES
CENTRO MÉDICO PARA EL CORAZÓN	27	141	565
PROFISIO	60	238	952
RADIÓLOGOS ASOCIADOS CLIN. LOS ROSALES	98	515	2059
TOTALES	185	894	3576

Fuente. Datos propios

6.2.2 Muestreo

Se diseñó un muestreo de tipo aleatorio estratificado. Donde el Universo o población (N) son 3576 pacientes en un mes, considerado como población finita con un 95% de confianza y un 10% de error permisible. (Ver figura 3.)

Figura 3. Formula muestreo Población conocida

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Tamaño Muestral 263 </div> $n = Z_{\alpha}^2 \frac{N \cdot p \cdot q}{i^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$	z 1,96 (a=0,05) 2,58 (a=0,01)
	1,96
	p (frecuencia esperada del parámetro)
	0,5
	i (error que se prevé cometer)
	0,1
	Población
	3576

n	Tamaño Muestral
N	Tamaño de la población, número total de historias.
Z	Valor correspondiente a la distribución de Gauss 1,96 para $\alpha = 0,05$ y 2,58 para $\alpha = 0,01$.
P	Prevalencia esperada del parámetro a evaluar. En caso de desconocerse, aplicar la opción más desfavorable ($p=0,5$), que hace mayor el tamaño Muestral.
Q	1-p (Si $p=30\%$, $q=70\%$)
I	Error que se prevé cometer. Por ejemplo, para un error del 10%, introduciremos en la fórmula el valor 0,1. Así, con un error del 10%, si el parámetro estimado resulta del 80%, tendríamos una seguridad del 95% (para $\alpha = 0,05$) de que el parámetro real se sitúa entre el 70% y el 90%. Vemos, por tanto, que la amplitud total del intervalo es el doble del error que introducimos en la fórmula.

Fuente. Fórmula para el cálculo de la muestra con población conocida.

La muestra obtenida luego de llevar a cabo el serial completo de los pacientes que se atienden en esas IPS en este lapso de tiempo, y teniendo en cuenta la anterior fórmula, fue de 263 pacientes a encuestar, repartidos en estas tres IPS. Para la obtención de la muestra (n), los datos y resultados estadísticos se recibió asesoría, que nos permitió recoger datos representativos de la población total del estudio. (Ver anexo 1)

6.2.3 Sistema de Aleatoriedad

Teniendo como base la agenda en cada una de las IPS seleccionadas se estableció un sistema de serial y unidad de muestreo de la siguiente manera: serial o número del paciente en el orden de atención y la unidad de muestreo corresponde a la fecha, consultorio de atención y horario de la cita. La fecha corresponde al día hábil en el cual va a ser atendido el paciente, el consultorio de atención para cada IPS fueron especificados con sus respectivas siglas o identificados por letras ejemplo: consultorio A corresponde en Centro Médico para el Corazón a consulta de cardiología y la hora se determino por la hora en que el paciente ha sido citado.

Con este serial y unidad de muestreo totalmente descritos para cada uno de los pacientes de las IPS seleccionadas y por el lapso de tiempo determinado para la realización de la encuesta que fue del 16 de junio al 11 de julio del 2009 con el fin de completar cuatro semanas exactas; se procedió a realizar una tabla de números aleatorios correspondientes al número de muestras que para cada IPS se había determinado con anterioridad. Para efectos de repetición de los números aleatorios se decidió ampliar los números en cada tabla aleatoria con el fin de reemplazar los repetidos en el momento de efectuar la encuesta. Ejemplo de serial y unidad de muestreo:

Serial	U. muestreo	IPS
659	03-07-09-Bs3-2:00pm	PROF
289	30-06-09-A-10:00am	CMC
44	30-06-09-B-10:30am	RAD

Cada serial por ende tiene una única unidad de muestreo, de tal manera que el número aleatorio de cada tabla de muestreo corresponde con el número de serial del paciente seleccionado para contestar la encuesta y este a su vez corresponde con una unidad de muestreo que determina la fecha, el consultorio y la hora de atención de este paciente. Con este sistema aleatorio se puede determinar con anterioridad el número de pacientes a entrevistar y la hora para facilitar al encuestador la preparación del formulario. (Ver anexos 2, 3 y 4)

6.2.4 Sistema de Encuestado

Se designaron dos personas (encuestadoras), previamente entrenadas para la realización de la encuesta, en el sitio indicado a los usuarios que aceptaron, que no estuvieron dentro de los criterios de exclusión y siguiendo un patrón aleatorio simple de selección de los participantes anteriormente explicado. Anterior a la encuesta se realizó una prueba piloto de dos días con serial, unidad de muestreo y número aleatorio para los pacientes señalados. Del resultado de esta prueba piloto se determinaron algunos cambios al formulario de la encuesta.

6.2.4.1 Instrumento de Encuesta

Se diseñó un instrumento con preguntas cerradas de selección múltiple (Ver anexo 5). Se tuvo en cuenta tres aspectos: la caracterización socio-demográfica de la población, el interés por el servicio domiciliario particular y la disposición a pagar o acceder a ciertos servicios en las áreas de Nutrición y Terapia Física.

La encuesta se realizó durante un mes, del 16 de Junio al 11 de julio del 2009 completando 4 semanas y obteniendo resultados de los pacientes de un mes de atención en estas IPS.

6.2.4.2 Definición de Variables

Tabla 14. Definición de Variables

OBJETIVO				
1. Caracterización socio demográfica de los demandantes del servicio de Nutrición y Terapia Física	Estrato:_____	Discreto	Estrato socioeconómico	I _____ II _____ III _____ IV _____ V _____ VI _____
	Edad	Continua	Edad actual en años	Edad actual en años _____
	Sexo	Nominal	Sexo	Femenino _____ masculino _____
	Actividad económica	Nominal	1.Cuál de las siguientes actividades económicas.	Trab. Dependiente _____ Trab. Independiente _____ Desempleado _____ Estudiante _____ Otro _____ N/s o n/r _____
	Nivel educativo	Ordinal	2. En cuál de los siguientes niveles de educación se encasilla	Primaria _____ Bachiller _____ Profesional _____ Especialista _____ Tecnólogo _____ Ninguno _____ N/s o n/r _____
	tipo de seguridad en salud	Nominal	3.Cuál es su seguridad en salud	Contributivo _____ Subsidiado _____ SISBEN _____ Particular _____ Cual IPS o EPS _____ N/s o n/r _____
	Necesidad del servicio domiciliario de nutrición y Terapia Física	Discreto	4. Motivo de consulta	¿Cuál es su motivo de consulta ó su diagnóstico actual? _____
Discreto		5. ¿Le interesa o le han recomendado la consulta de Nutrición?	Si _____ No _____	
Discreto		6. ¿Le interesa o le han recomendado la consulta de Fisioterapia?	Si _____ No _____	
2. Cuantificar la población demandante que estaría dispuesta a acceder al servicio de atención domiciliaria de Nutrición y Terapia Física	Nutrición	Discreto	7. ¿Estaría dispuesto a pagar un servicio domiciliario de Nutrición y Dietética?	Si _____ No _____
	Fisioterapia	Discreto	8. ¿Estaría dispuesto a pagar un servicio domiciliario de Terapia Física?	Si _____ No _____
3. Identificar las características de los servicios de Nutrición y terapia Física a domicilio a los cuales accedería la población	Preferencias del servicio de Nutrición y Fisioterapia	Discreto	9. ¿De los siguientes aspectos cuales le gustaría obtener en la consulta con el Nutricionista?	Consulta de Nutrición y Dietética _____ Horario de las comidas _____ Forma de preparación de los alimentos _____ Taller de preparación de alimentos _____ Lista de alimentos para usted _____ Historia nutricional suya _____ Tabla de crecimiento de sus niños _____ Ejemplos de cantidades de alimentos _____ Ninguna de las anteriores _____ Todas las anteriores _____ Otras cuales _____
		Discreto	10. ¿De los siguientes aspectos cuales le gustaría obtener en la consulta con el Fisioterapeuta?	Terapia física individualizada _____ Horario de los ejercicios _____ Forma de realizar el ejercicio _____ Taller de rutina de ejercicios _____ Indicaciones y contraindicaciones _____ Lista de implementos necesarios _____ Historia física suya _____ Lineamientos de acondit. físico _____ Ninguna de las anteriores _____ Todas las anteriores _____ Otras cuales _____

Fuente. Datos propios

6.2.4.3 Ruta de la Encuesta

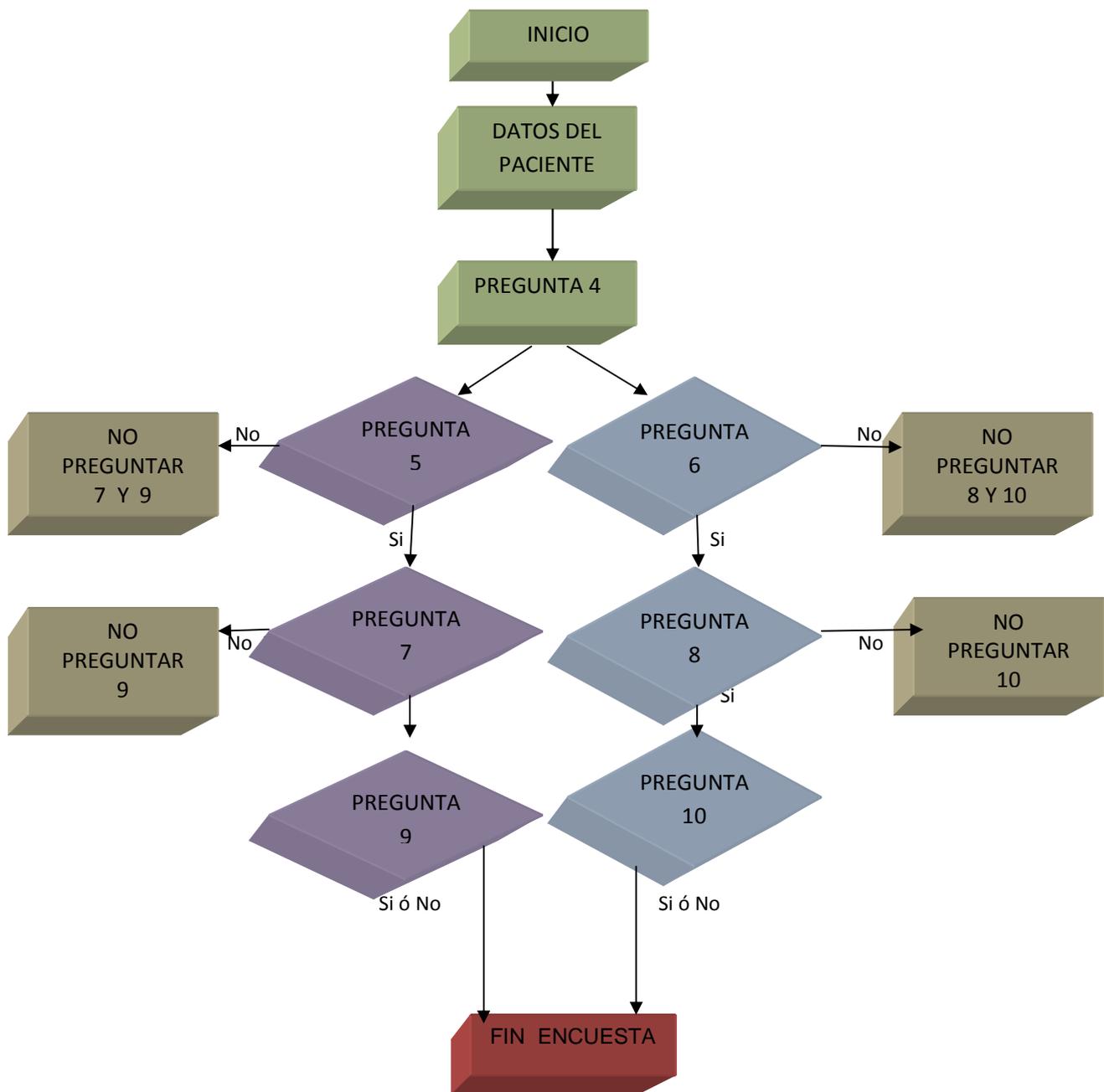


Figura 4. Ruta de la encuesta

6.2.4.4 Recolección de la Información

El paciente debidamente escogido aleatoriamente, se abordó por una de las dos encuestadoras, siendo una (AV) en el Centro Médico para el Corazón y sala de espera de Radiólogos Asociados de la clínica Los Rosales y otra (LC) para PROFISIO. La razón por la cual en los dos primeros centros se escogió una sola persona se debió a la cercanía puesto que las dos IPS comparten el mismo edificio y era más práctico contratar una sola persona que dos y dividirles el trabajo.

Esta es la pequeña introducción que el encuestador da al encuestado al iniciar la entrevista:

Buenos días (tardes), Mi nombre es (Nombre del encuestador) y trabajo para un grupo de estudio de la universidad **TECNOLOGICA DE PEREIRA**, el cual está investigando la población que tenga interés y disposición de acceder a un servicio domiciliario de Terapia Física y Nutrición. De antemano le agradezco toda su colaboración, ¿podría tomar cinco minutos de su tiempo respondiendo algunas preguntas generales? Esta información solo será usada con fines estadísticos y no se individualizarán sus respuestas.

El encuestador tiene de antemano el listado del serial con su respectivo número aleatorio lo cual le facilita saber a qué hora llega el paciente y poderlo abordar. Las encuestas se recogen al término de cada semana por lo cual se revisan y las dudosas con algún tipo de error se reenvían para su corrección. También se toman en cuenta las observaciones que entregaban los encuestadores en el momento de la recolección de la encuesta.

La encuesta se realizó a los participantes que aceptaron, por lo tanto si había quien no aceptara, se dejaría ese número de serial y se pasaría al siguiente. La primera parte de la encuesta determinaba la descripción socio demográfica y de morbilidad del encuestado, la segunda parte determinaba el interés y la posibilidad de acceder al servicio domiciliario; si la respuesta era negativa se terminaba la encuesta, si la posibilidad de acceso era afirmativa se podía continuar la encuesta en el tercer punto donde el participante escogía los servicios de Nutrición y Fisioterapia de su agrado, necesidad o aquellos a los que quisiera acceder. La duración de la encuesta fue de aproximadamente 10 minutos por cada participante.

6.3 TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.3.1 Instructivo

Se diseño un instructivo para el consolidado de los datos teniendo en cuenta las variables y su correcta nomenclatura. Esta es una parte del instructivo:

INSTRUCTIVO PARA EL CONSOLIDADO DE DATOS				
Objetivo	Pregunta	Nomenclatura	Variables	Nomenclatura variables
Encabezado	Serial	Serial	No	No
	Unidad de Muestreo	U. muestreo	día/mes/año/consul/hora/am-pm	día/mes/año/consultorio/hora/am-pm
	IPS	IPS	centro médico para el corazón PROFISIO Radiólogos Asociados	CMC PROF RAD

Este instructivo consta de: el encabezado, los objetivos y el final. Para cada uno de estos ítems se determinan las preguntas del formulario o sus contenidos, la nomenclatura, las variables y la nomenclatura para las variables, todo como quedaría descrito en la tabulación de variables y en el consolidado. (Ver anexo 6).

6.3.2 Tabulación de variables

Serial	U. muestreo	IPS	Fecha	Municipio	Barrio	Edad
No	día/mes/año/consul/hora/am-pm	CMC	día/mes/año			0-12 años
		PROF				12- 18 años
		RAD				18-25años
						25-40años
						40-55años
						55-70años
						70-85años
						mas de 85años

Se realizó una tabla de variables con su respectiva nomenclatura y sus probables respuestas, con el fin de efectuar la tabla de consolidado correctamente, resultando una tabla de 44 variables. Este es una parte de la tabla. (Ver anexo 7).

6.3.3 Consolidador de Datos

Para el diseño de la tabla de consolidador, se obtuvo ayuda profesional por parte de un ingeniero electrónico, el cual indicó la manera de estructurar la tabla para obtener rápidamente resultados a medida que se llenaba la tabla con los datos de las encuestas que cada semana se iban recogiendo. En el extremo superior derecho de la tabla consolidada se diseñó un sistema en Excel 2007 mediante el cual los datos iban siendo sumados instantáneamente, por lo cual fue muy rápido saber cómo iba este proceso, dónde había errores y obtener resultados. (Ver anexo 8).

Los datos de las encuestas fueron ingresándose uno a uno en el consolidado a medida que se recogían las respuestas en cada IPS semanalmente, de tal manera que para la quinta semana ya estaban los datos en el consolidador. Este consolidado permitió tener una idea clara del interés y la posibilidad de acceso al servicio domiciliario sin haber iniciado el análisis como tal. Así se observó que el estrato socioeconómico, el nivel educativo, el tipo de diagnóstico, la edad y el sexo si son variables que determinan la aceptación y/o rechazo del servicio en los encuestados.

Para los grupos de edad se determinó que el límite inferior del grupo corresponde a los años cumplidos exactamente por ejemplo: si el paciente tenía 40 años este hace parte del grupo de 40 a 55 años, si el paciente tiene 25 años entonces hace parte del grupo de edad de 25 a 40 años. Es decir se tomó la edad en años cumplidos

En el caso del motivo de consulta fue necesario hacer un conglomerado por especialidades médicas de tal manera que los 96 motivos de consulta se resumieron o compactaron en 13, estando esta clasificación relacionada más por el sistema donde se presenta dicha patología. En la siguiente tabla se ejemplifica como se realizó este procedimiento de compactación:

Tabla 17. Consolidado por motivos de consulta de la muestra

OBSTÉTRICAS	Am Aborto Emb. Ectópico embarazo	(amenaza de aborto) (embarazo ectópico)
GINECOLÓGICAS	Ex. Mama Fibroma Nodu. Mamario Nódulo mam	(examen de la mama) (nódulo mamario) (nódulo mamario)
ENF. RESPIRATORIAS	Amnea sueñ Asfixia Bx pulmón Enf respirat Enf. Respirat	(amnea del sueño) (biopsia de pulmón) (enfermedad respiratoria) (enfermedad respiratoria)
ENF. GENERAL	Amnesia Desancodic Desmayo Enfer gral Paresia Quiste Enf. Profes	 (des acondicionamiento físico) (enfermedad general) (enfermedad profesional)
ENF. CARDIOVASCULAR	Angina Arritmia C. Ateromas Control EC Enf cv Enf. CV. HTA Infarto Ins. Cardiac Pre infarto Taquic y dolor Taquicard. Valorar. Car preinfarto	 (enfermedad cardiovascular) (enfermedad cardiovascular) (hipertensión arterial) (insuficiencia cardiaca) (taquicardia y dolor) (taquicardia) (valoración cardiaca)
OSTEOMUSCULARES	Artralg rod Artropatía Cervicalgia Displ cadera Distrofia Dorsalgia Epicondilit Escoliosis Espondilol Hernia disc Lumbalgia tendinitis	(artralgia de rodilla) (displasia de cadera) (epicondilitis) (espondilolisis) (hernia discal)
CIRUGÍA	Biopsia Cirugía Control pqx Cx de ojos Cx obstetr Post qx Post qx Post qx Ms	 (control postquirúrgico) (cirugía de ojos) (cirugía obstétrica) (postquirúrgico) (postquirúrgico) (postquirúrgico de miembros superior)

	Pre qx Coraz Pre cirugía Remp. Rodilla	(pre quirúrgico de Corazón) (reemplazo de rodilla)
CÁNCER	Ca Ca cuello ut Ca de colon Ca mama Ca tiroides Control Ca Masa abdo nódulo	(cáncer) (cáncer de cuello de útero) (cáncer de colon) (cáncer de mama) (cáncer de tiroides) (control de cáncer) (masa abdominal)
GENITOURINARIO	Cálculos Catet. Diali Inf. Urinaria Ins. Renal Insuf. Renal	(catéter de diálisis) (infección urinaria) (insuficiencia renal) (insuficiencia renal)
DOLOR	Cefalea Cólico Dolor Dolor abdom Dolor brazo Dolor cuello Dolor MI Dolor pélvico Dolor pecho Dolor seno	(dolor abdominal) (dolor miembro inferior)
PREVENCIÓN	Chequeo prevención	
CONTROL	Control Control Control Ex. Control	(examen de control)
TRAUMA	Esguince Esguince MI Esguince MS Fx Fx cadera Fx MI Fx MS Trauma Tx MS Politx	(esguince miembro inferior) (esguince miembro superior) (fractura) (fractura cadera) (fractura miembro inferior) (fractura miembro superior) (trauma miembro superior) (poli trauma)

Fuente. Datos propios

7. RESULTADOS DE LA ENCUESTA

7.1 ÍNDICE DE TABLAS DE SALIDA

Se diseñaron 94 tablas de salida que se consideraron de vital importancia para el estudio entre univariadas, bivariadas y multivariadas, con sus respectivas formulas y teniendo en cuenta las dos vías del estudio Nutrición y Fisioterapia.

Tabla 18. Índice de tablas de información de salida

INDICE DE TABLAS DE SALIDA	
Univariada	Tabla 1. Distribución por sexo de la muestra
	Tabla 2. Distribución por estrato de la muestra
	Tabla 3. Distribución por Grupos de edades de la muestra
	Tabla 4. Distribución por ocupación de la muestra
	Tabla 5. Distribución por otra ocupación de la muestra
	Tabla 6. Distribución por Nivel educativo de la muestra
	Tabla 7. Distribución por tipo de Seguridad Social en Salud de la muestra
	Tabla 8. Distribución por tipo de IPS o EPS de la muestra
	Tabla 9. Distribución por Motivo de Consulta actual de la muestra
	Tabla 10. Distribución por Necesidad del Servicio de Nutrición de la muestra
	Tabla 11. Distribución por Necesidad del Servicio de Fisioterapia de la muestra
	Tabla 12. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de nutrición de la muestra
	Tabla 13. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de Fisioterapia de la muestra
	Tabla 14. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de consulta de nutrición
	Tabla 15. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de horario de comidas
	Tabla 16. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de forma de preparación de alimentos
	Tabla 17. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de taller de alimentos
	Tabla 18. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de lista de alimentos individual
	Tabla 19. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de historia nutricional individual
	Tabla 20. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de tabla de crecimiento infantil
	Tabla 21. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de ejemplos de cantidades de alimentos
	Tabla 22. Distribución por disposición a pagar ningún servicio domiciliario de nutrición
	Tabla 23. Distribución por disposición a pagar todos los servicios domiciliarios de nutrición
	Tabla 24. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de terapia física individual
	Tabla 25. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de horario de ejercicios
	Tabla 26. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de forma de hacer ejercicio
	Tabla 27. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de taller de terapia física
	Tabla 28. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de indicaciones de terapia física
	Tabla 29. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de lista de implementos

	<p>Tabla 30. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de historia de terapia física individual</p> <p>Tabla 31. Distribución por disposición a pagar el servicio domiciliario de lineamientos para terapia física</p> <p>Tabla 32. Distribución por disposición a pagar ningún servicio domiciliario de fisioterapia</p> <p>Tabla 33. Distribución por disposición a pagar todos los servicios domiciliarios de fisioterapia</p>
Bivariada Nutrición	<p>Tabla 34. Necesidad del servicio de Nutrición por grupo de edad</p> <p>Tabla 35. Necesidad del servicio de Nutrición por sexo</p> <p>Tabla 36. Necesidad del servicio de Nutrición por Ocupación</p> <p>Tabla 37. Necesidad del servicio de Nutrición por otras Ocupaciones</p> <p>Tabla 38. Necesidad del servicio de Nutrición por Estrato Socioeconómico</p> <p>Tabla 39. Necesidad del servicio de Nutrición por Nivel educativo</p> <p>Tabla 40. Necesidad del servicio de Nutrición por tipo de seguridad social en salud</p> <p>Tabla 41. Necesidad del servicio de Nutrición por tipo de IPS o EPS</p> <p>Tabla 42. Necesidad del servicio de Nutrición por motivo de consulta actual</p> <p>Tabla 43. Disposición a pagar el servicio de Nutrición por grupo de edad</p> <p>Tabla 44. Disposición a pagar el servicio de Nutrición por sexo</p> <p>Tabla 45. Disposición a pagar el servicio de Nutrición por Ocupación</p> <p>Tabla 46. Disposición a pagar el servicio de Nutrición por otras Ocupaciones</p> <p>Tabla 47. Disposición a pagar el servicio de Nutrición por Estrato Socioeconómico</p> <p>Tabla 48. Disposición a pagar el servicio de Nutrición por Nivel educativo</p> <p>Tabla 49. Disposición a pagar el servicio de Nutrición por tipo de seguridad social en salud</p> <p>Tabla 50. Disposición a pagar el servicio de Nutrición por tipo de IPS o EPS</p> <p>Tabla 51. Disposición a pagar el servicio de Nutrición por motivo de consulta actual</p> <p>Tabla 52. preferencia por consulta con el Nutricionista Dietista en su domicilio</p> <p>Tabla 53. Preferencia por Horario de las comidas en su domicilio</p> <p>Tabla 54. Preferencia por Forma de preparación de los alimentos en su domicilio</p> <p>Tabla 55. Preferencia por Taller de Preparación de los alimentos en su domicilio</p> <p>Tabla 56. preferencia por Lista de alimentos individualizada en su domicilio</p> <p>Tabla 57. Preferencia por Historia Nutricional individualizada en su domicilio</p> <p>Tabla 58. Preferencia por Tabla de crecimiento para sus niños en su domicilio</p> <p>Tabla 59. preferencia por ejemplos de cantidades de alimentos en su domicilio</p> <p>Tabla 60. Preferencia por ninguna de las anteriores en su domicilio</p> <p>Tabla 61. Preferencia por todas las anteriores en su domicilio</p>
Bivariada Fisioterapia	<p>Tabla 62. Necesidad del servicio de Fisioterapia por grupo de edad</p> <p>Tabla 63. Necesidad del servicio de Fisioterapia por sexo</p> <p>Tabla 64. Necesidad del servicio de Fisioterapia por ocupación</p> <p>Tabla 65. Necesidad del servicio de Fisioterapia por otras ocupaciones</p> <p>Tabla 66. Necesidad del servicio de Fisioterapia por Estrato Socioeconómico</p> <p>Tabla 67. Necesidad del servicio de Fisioterapia por Nivel educativo</p> <p>Tabla 68. Necesidad del servicio de Fisioterapia por Tipo de Seguridad social en Salud</p> <p>Tabla 69. Necesidad del servicio de Fisioterapia por Tipo de IPS o EPS</p> <p>Tabla 70. Necesidad del servicio de fisioterapia por Motivo de Consulta Actual</p> <p>Tabla 71. Disposición a pagar el servicio de Fisioterapia por grupo de edad</p>

	<p>Tabla 72. Disposición a pagar el servicio de Fisioterapia por sexo</p> <p>Tabla 73. Disposición a pagar el servicio de Fisioterapia por ocupación</p> <p>Tabla 74. Disposición a pagar el servicio de Fisioterapia por otras ocupaciones</p> <p>Tabla 75. Disposición a pagar el servicio de Fisioterapia por Estrato Socioeconómico</p> <p>Tabla 76. Disposición a pagar el servicio de Fisioterapia por Nivel educativo</p> <p>Tabla 77. Disposición a pagar el servicio de Fisioterapia por Tipo de Seguridad social en Salud</p> <p>Tabla 78. Disposición a pagar el servicio de Fisioterapia por Tipo de IPS o EPS</p> <p>Tabla 79. Disposición a pagar el servicio de fisioterapia por Motivo de Consulta Actual</p> <p>Tabla 80. Preferencia por Terapia Física en su domicilio</p> <p>Tabla 81. Preferencia por Horario de los ejercicios en su domicilio</p> <p>Tabla 82. Preferencia forma de realizar los ejercicios en su domicilio</p> <p>Tabla 83. Preferencia por Taller de rutina de ejercicios en su domicilio</p> <p>Tabla 84. Preferencia por Indicaciones y contraindicaciones de ejercicios en su domicilio</p> <p>Tabla 85. Preferencia por Lista de implementos necesarios para hacer ejercicios en su domicilio</p> <p>Tabla 86. Preferencia por Historia física suya en su domicilio</p> <p>Tabla 87. Preferencia por lineamientos de acondicionamiento físico en su domicilio</p> <p>Tabla 88. Preferencia por Ninguna de las anteriores en su domicilio</p> <p>Tabla 89. Preferencia por Todas las anteriores en su domicilio</p>
Multivariada de Nutrición y Fisioterapia	<p>Tabla 90. Preferencias de los servicios de Nutrición</p> <p>Tabla 91. Preferencias de los servicios de Fisioterapia</p>

Fuente. Datos propios

7.2 TABLAS DINÁMICAS

Con los resultados del consolidador de datos y utilizando las tablas dinámicas se determinó el cruce de datos que se requería para complementar las tablas de salida que se diseñaron. Estas tablas dinámicas determinaban el número de personas para cada variable y así al transportar estos datos a las tablas de salida se podían determinar porcentajes como resultado del cruce de variables. (Ver anexo 9). Para cada tabla de salida se creó una tabla dinámica, por lo tanto se crearon dinámicas univariadas, bivariadas de Nutrición y de fisioterapia y multivariadas de Nutrición y fisioterapia. Este es un ejemplo de tabla dinámica univariada que relaciona el tipo de seguridad social en salud de la población encuestada.

Cuenta de Tipo SSS	
Tipo SSS	Total
Contributivo	227
Subsidiado	19
SISBEN	9
Particular	7
Reg. Especial	1
Total general	263

7.3 TABLAS UNIVARIADAS

Cada tabla univariada correspondía a la distribución de una variable con respecto al total de los datos de la muestra del estudio (Ver anexo 10). Este es un ejemplo de una tabla univariada:

SEXO	Frec	%
Hombres	107	41%
Mujeres	156	59%
TOTAL	263	100%

7.4 TABLAS BIVARIADAS

Cada tabla bivariada correspondía al cruce de las variables necesidad del servicio o disposición a pagar con respecto a las demás variables del estudio, especialmente las de tipo socio demográfico y de morbilidad (ver anexo 11).

7.4.1 Tablas Bivariadas de Nutrición

Ejemplo de tabla bivariada de Nutrición en cuanto a necesidad del servicio:

EADAES	SI		NO	
	Frec	%	Frec	%
0-12 AÑOS	2	1%	2	2%
12-18 AÑOS	4	3%	5	4%
18-25 AÑOS	5	3%	14	12%
25-40 AÑOS	33	23%	29	24%
40-55 AÑOS	30	21%	29	24%
55-70 AÑOS	50	35%	26	22%
70-85 AÑOS	18	13%	15	13%
MAS DE 85 AÑOS	1	1%		0%
TOTAL	143	100%	120	100%

Ejemplo de tabla bivariada de Nutrición en cuanto a disposición a pagar el servicio:

OCUPACIÓN	SI		NO	
	Frec	%	Frec	%
T. DEPENDIENTE	45	50%	26	28%
T.INDEPENDIENTE	27	30%	29	32%
ESTUDIANTE	9	10%	12	13%
DESEMPLEADO	9	10%	25	27%
TOTAL	90	100%	92	100%

7.4.2 Tablas Bivariadas de Fisioterapia

Ejemplo de tabla bivariada de Fisioterapia en cuanto a necesidad del servicio:

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	SI		NO	
	Frec	%	Frec	%
I	17	10%	12	13%
II	41	25%	38	40%
III	38	23%	32	33%
IV	54	32%	9	9%
V	16	10%	4	4%
VI	1	1%	1	1%
NS/NR		0%		0%
TOTAL	167	100%	96	100%

Ejemplo de tabla bivariada de Fisioterapia en cuanto a disposición a pagar el servicio:

NIVEL EDUCATIVO	SI		NO	
	Frec	%	Frec	%
PRIMARIA	27	18%	47	41%
BACHILLER	63	42%	47	41%
PROFESIONAL	43	29%	7	6%
ESPECIALISTA	4	3%		0%
TECNÓLOGO	3	2%	1	1%
NINGUNO	3	2%	11	10%
NS/NR	6	4%	1	1%
TOTAL	149	100%	114	100%

7.5 TABLAS MULTIVARIADAS

Cada tabla multivariada correspondía al cruce de las variables necesidades del servicio o disposición a pagar con respecto a las demás variables del estudio, especialmente las de tipo socio demográfico y de morbilidad y con respecto a cada tipo de servicio citado para Nutrición y fisioterapia (ver anexo tablas 12).

7.5.1 Tablas Multivariadas de Nutrición

Ejemplo de tabla multivariada de Nutrición en cuanto a preferencias de cada servicio de Nutrición seleccionado en la encuesta:

preferencias	SI		NO		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Consulta Nutrición	100	75%	34	25%	134	100%
Horario comidas	89	66%	45	34%	134	100%
Forma preparación	93	69%	41	31%	134	100%
Taller alimentos	91	68%	43	32%	134	100%
lista de alimentos	93	69%	41	31%	134	100%
Historia nutricional	68	51%	66	49%	134	100%
Tablas de Crecimiento	62	46%	72	54%	134	100%
Ejemplo Cantidades	71	53%	63	47%	134	100%
NINGUNA	5	4%	129	96%	134	100%
TODAS	48	36%	86	64%	134	100

7.5.2 Tablas Multivariadas de Fisioterapia

Ejemplo de tabla multivariada de Fisioterapia en cuanto a preferencias de cada servicio de Fisioterapia seleccionado en la encuesta:

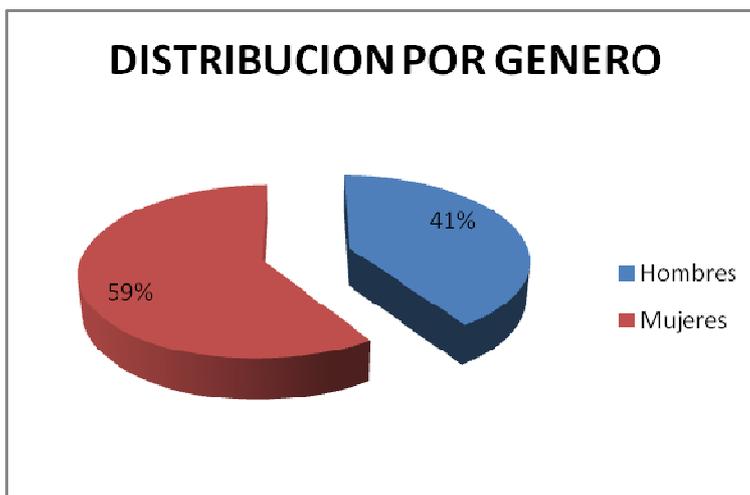
Preferencias	SI		NO		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Terapia Física	131	88%	18	12%	149	100%
Horario ejercicio	98	66%	51	34%	149	100%
Forma ejercicio	128	86%	21	14%	149	100%
Taller terapia Física	107	72%	42	28%	149	100%
Indicaciones	108	72%	41	28%	149	100%
Implementos	77	52%	72	48%	149	100%
Historia Terapia Física	71	48%	78	52%	149	100%
lineamientos	92	62%	57	38%	149	100%
NINGUNA	4	3%	145	97%	149	100%
TODAS	55	37%	94	63%	149	100%

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

8.1 ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO

8.1.1 Distribución por Género

Gráfica 9. Distribución por género de la muestra



La mayor proporción de participantes corresponde al género femenino con un rango de diferencia del 18 puntos porcentuales entre uno y otro, pudiendo afirmar que **por cada 10 participantes del estudio 6 son mujeres y 4 son hombres.** (Ver anexo 9 y 10)

8.1.2 Distribución por Estrato Socioeconómico

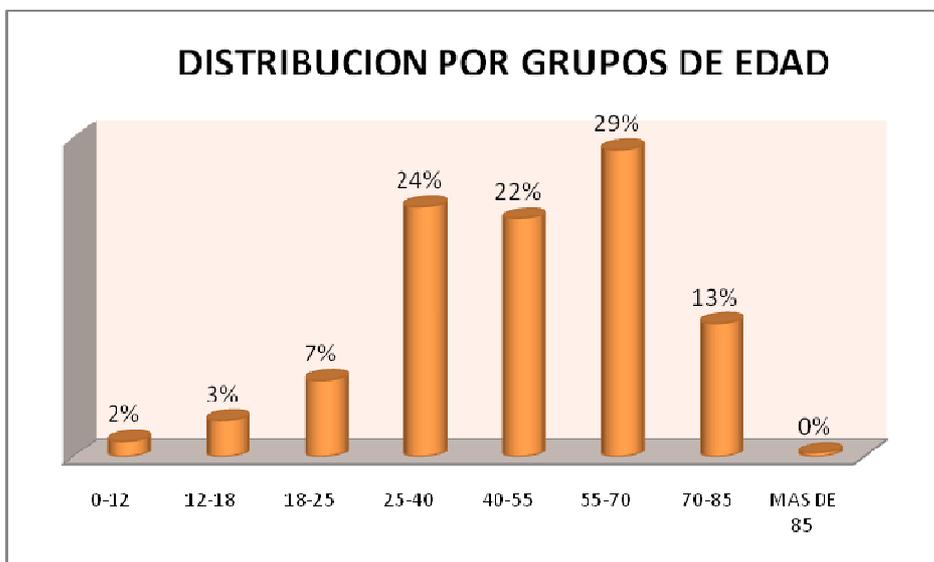
Gráfica 10. Distribución por estrato socioeconómico de la muestra



El estrato socioeconómico predominante es el II, seguido del III, el IV, el I, el V y finalmente el VI. Observando un rango de 29 puntos porcentuales entre el estrato II y el VI. Lo cual **ubica el estudio con participantes de clase socioeconómica media y baja principalmente**. La causa por la cual el estrato más alto sea tan reducido en la muestra se puede deber a varios motivos, posiblemente uno de ellos sea el hecho de que este segmento de la población poco acude a los hospitales, por cuanto cuentan con servicios médicos a domicilio o visitan centros especializados particulares y no llegan a estos servicios. (Ver anexo 9 y 10)

8.1.3 Distribución por Grupos de Edad

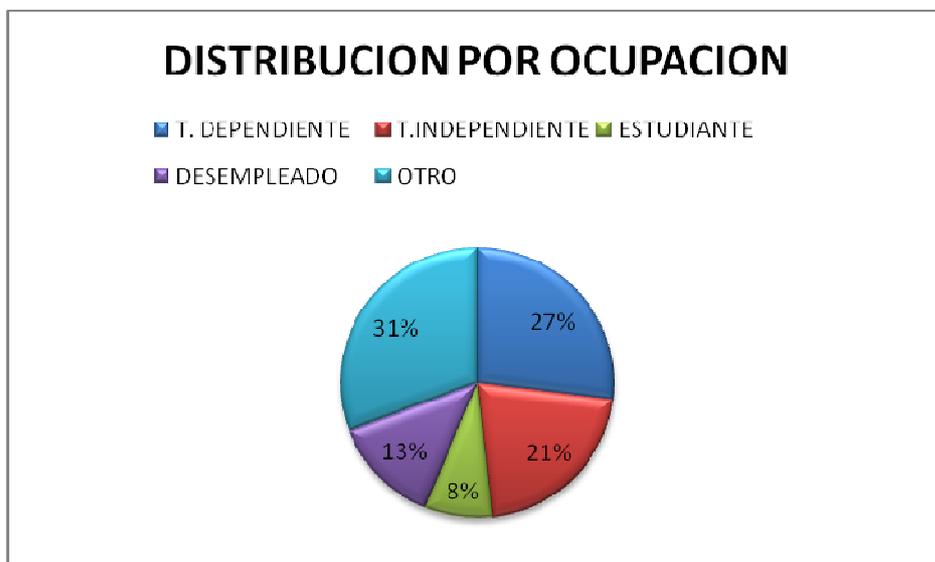
Gráfica 11. Distribución por grupos de edad de la muestra



El grupo de edad que predomina en la muestra es el de 55 a 70 años. Muy importante es destacar que las franjas de 25 a 40 años y la de 40 a 55 años, corresponden a las edades más productivas de un país y son estas las que ocupan los siguientes dos lugares de la muestra. Si se suma los grupos mayores de 55 años y los menores de 18 años da un 47% (baja producción), contra un 53% de la suma de las edades entre 18 y 55 años (alta producción). **La proporción resultante es de 5 a 5 entre edades productivas y no productivas, esto orienta más hacia la posibilidad de pago de los servicios que hacia la sola necesidad de estos.** (Ver anexo 9 y 10)

8.1.4 Distribución por Ocupación Laboral

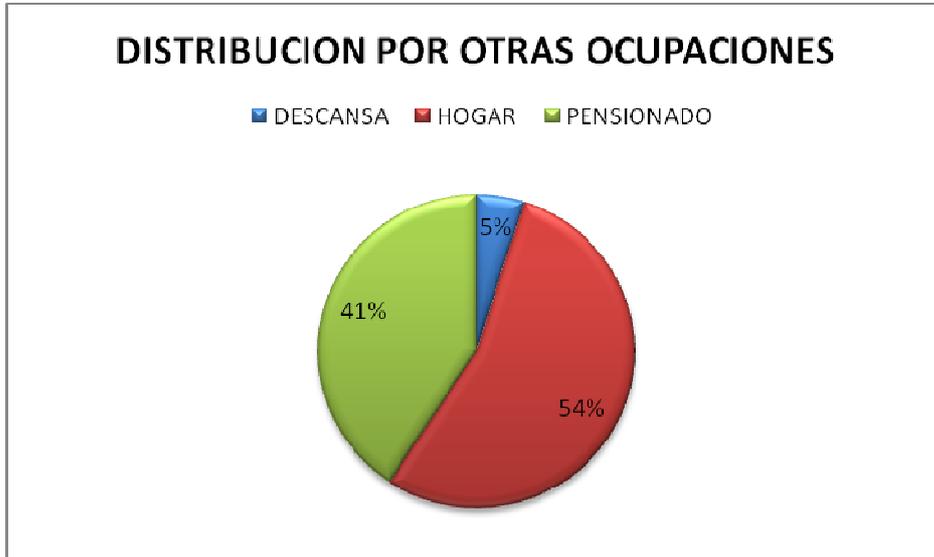
Gráfica 12. Distribución por ocupación de la muestra



El mayor rubro lo determinan las otras ocupaciones, pero teniendo en cuenta la ocupación laboral de la muestra se encontró que la mayor proporción son los trabajadores dependientes con un 27%, los trabajadores independientes en segundo lugar con un 21%. La población que no devenga sueldo o que está desempleada 13% y los estudiantes 8%.(Ver anexo 9 y 10)

8.1.5 Distribución por otras Ocupaciones Laborales

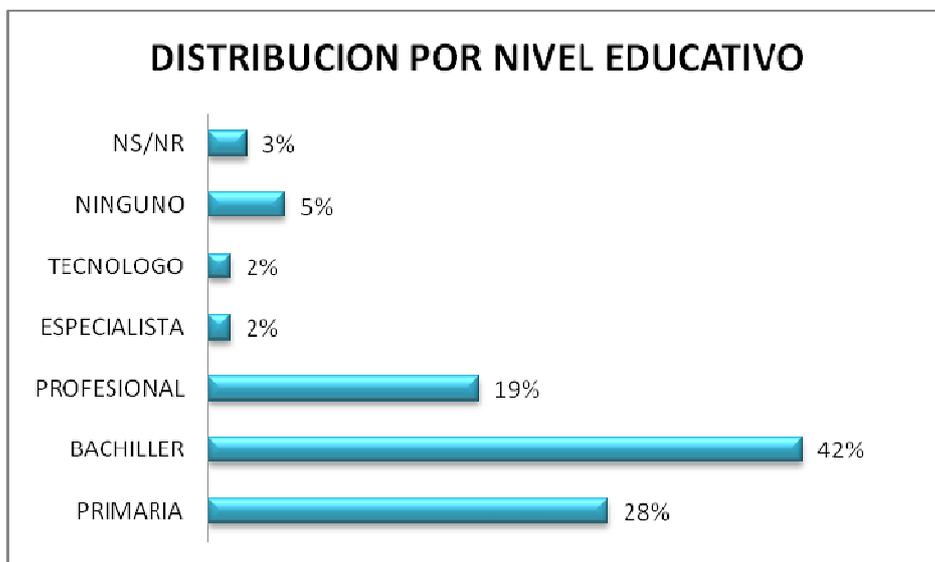
Gráfica 13. Distribución por otras ocupaciones laborales de la muestra



Pero al revisar las otras ocupaciones laborales de la muestra se encontró que el 31% está determinado por perfiles laborales que no devengan sueldo o que su fuente de ingresos es pequeña (pensión). Si se suma el 31% de otras ocupaciones (nada o poco ingreso económico) mas el 21% que corresponde a desempleados más estudiantes (no tienen ingresos económicos), **se puede analizar que el 52% de las muestra tiene poco poder adquisitivo y solo el 48% de esta muestra si esta en posibilidades de adquirir servicios o comprarlos, de lo cual se desprende una relación 5 a 5.** (Ver anexo 9 y 10)

8.1.6 Distribución por Nivel Educativo

Gráfica 15. Distribución por nivel educativo de la muestra



En cuanto al nivel educativo de la muestra se encontró que la mayor proporción la tienen los bachilleres seguidos de los de nivel primario, profesionales, ninguno, NS/NR, tecnólogo y finalmente los especialistas. Dando la idea que **la mayoría de los entrevistados están en formación académica todavía o que son de nivel medio en cuanto a su educación formal.** (Ver anexo 9 y 10)

8.1.7 Distribución por Tipo de Seguridad Social en Salud

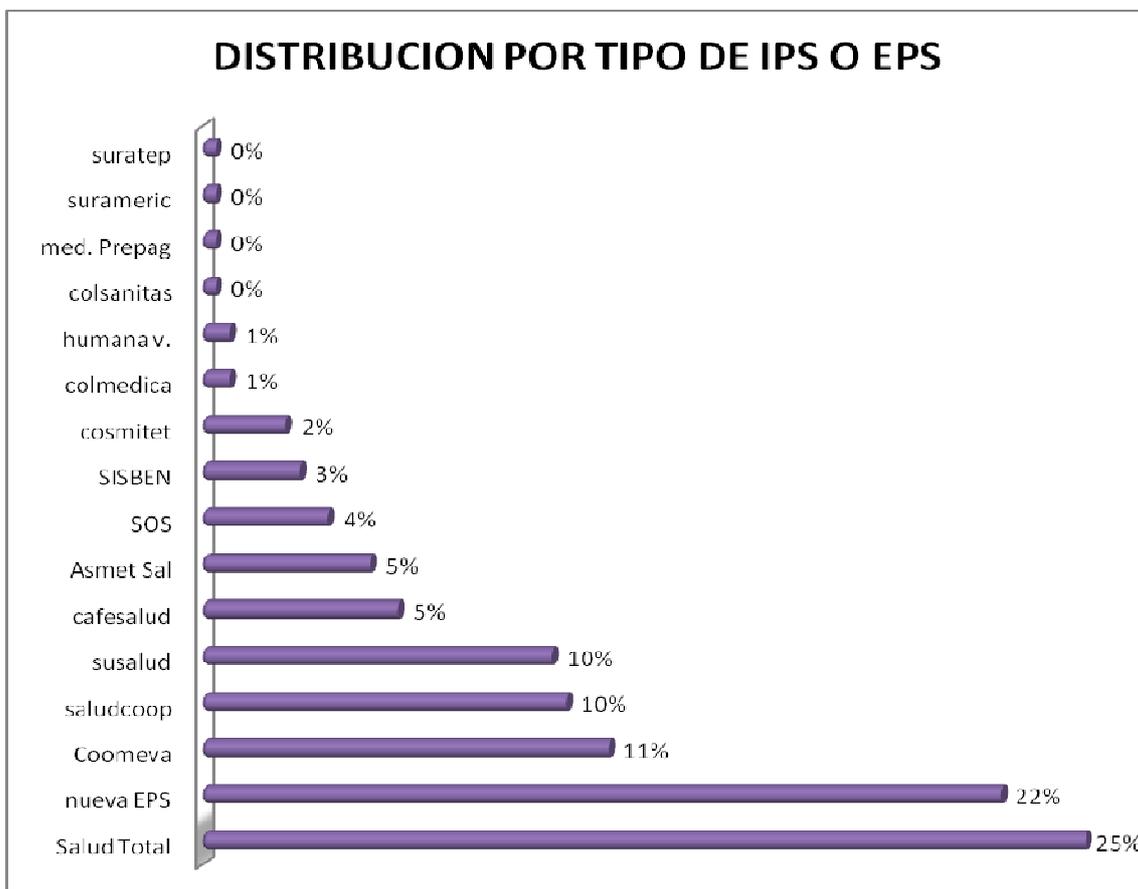
Gráfica 16. Distribución por tipo de seguridad social en salud de la muestra



Se evidencia que la distribución de la población según su seguridad social en salud se encuentra en un 86% en el Régimen Contributivo, siguiéndole en un 7% el Régimen Subsidiado y en tercer lugar el SISBEN. Lo cual **ubica este estudio en un marco predominantemente de tipo CONTRIBUTIVO**. Al observar el porcentaje de particulares participantes de este estudio, se encontró un pequeño aporte de apenas el 3%. De acuerdo al estudio de Simulación por sistemas donde se evidencio una participación de apenas el 3% de particulares, se puede decir que **este estudio de mercado encontró igual proporción y que la tendencia de los particulares a acceder a estos servicios de salud del Régimen Contributivo, está en este 3%**. (Ver anexo 9 y 10)

8.1.8 Distribución por Tipo de IPS o EPS

Gráfica 17. Distribución por tipo de IPS o EPS de la muestra



Respecto a la distribución por tipo de IPS, se observa en la población encuestada que en primer lugar con un 25% se encuentra la EPS Salud Total, en segundo lugar se encuentra la Nueva EPS con 22%, siguiendo en un 11% Coomeva y en un 10% Saludcoop y Susalud. **Las IPS de Medicina prepagada aparecen en el último lugar con menos del 1%, esto es correspondiente al porcentaje pequeño de pacientes particulares e igualmente al estrato alto o VI.** Se entiende que el mayor convenio que tiene la Clínica Los Rosales de Pereira es con la EPS SALUD TOTAL, por lo cual teniendo en cuenta que dos partes de la muestra se efectuaron en esta clínica es también lógica y razonable la mayor proporción de participantes que pertenecen a esta EPS, sin que de alguna manera de este resultado se puedan hacer juicios de satisfacción de los usuarios a estas entidades. (Ver anexo 9 y 10)

8.1.9 Distribución por Motivo de Consulta

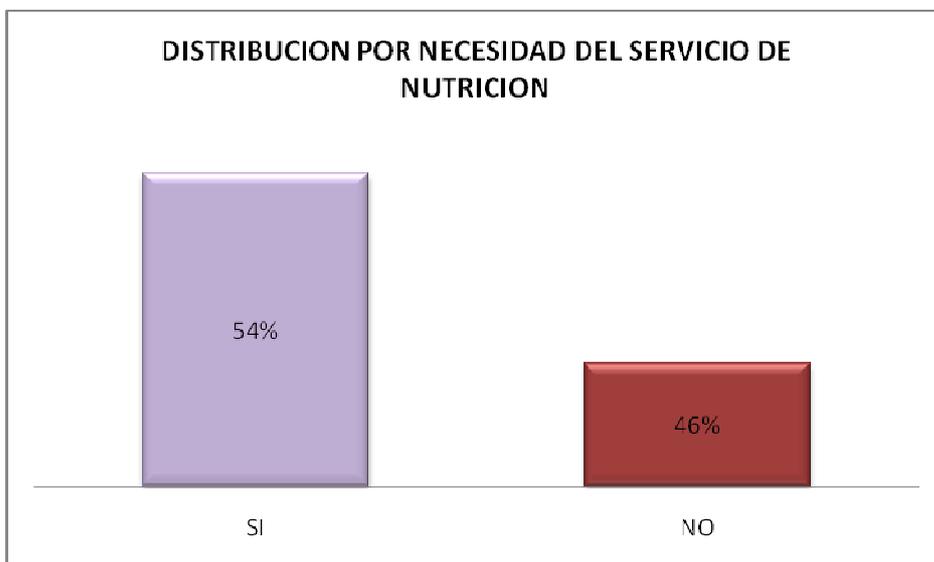
Gráfica 18. Distribucion por motivo de consulta de la muestra



Se observa que el mayor Motivo de consulta con el 21% de la población encuestada es enfermedades cardiovasculares, siguiéndole con una diferencia de un punto los traumas con 20% y en el tercer lugar las enfermedades osteomusculares y los dolores con un 14%. Para el análisis de este estudio es muy relevante haber encontrado que **las primeras tres causas o motivos de consulta se relacionan con las patologías que el Servicio Domiciliario pretende atender. Siendo la suma de cardiovasculares, osteomusculares, trauma y dolor el 69% de la muestra y evidenciando que los resultados de preferencia, necesidad y disposición a pagar se enmarcan en estas patologías.** (Ver anexo 9 y 10)

8.1.10 Distribución por Necesidad del Servicio de Nutrición

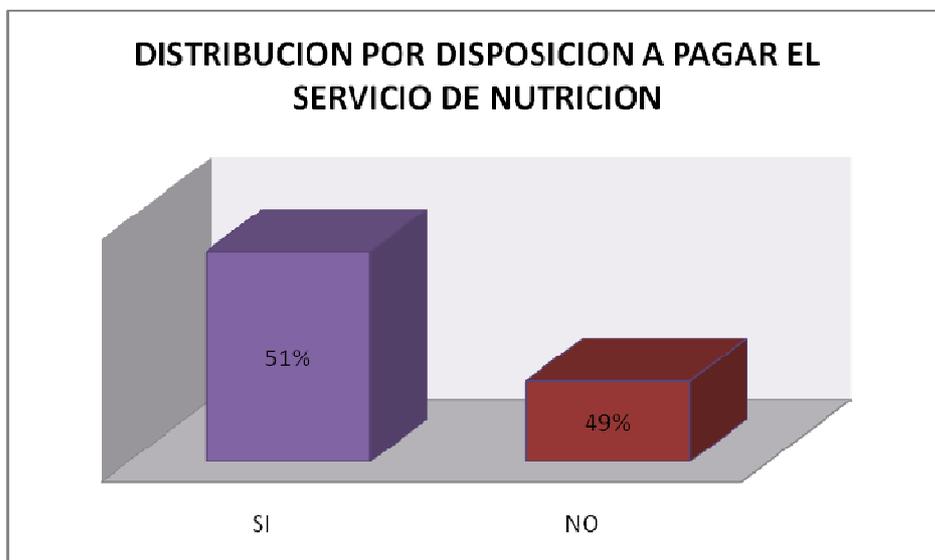
Gráfica 19. Distribución por necesidad del servicio de Nutrición de la muestra



La mayoría de los encuestados, el 54% coincide en aceptar que ha tenido necesidad del servicio de Nutrición, contrastando con un 46% que lo rechazan. La relación 6 a 4 se repite como en la relación de género femenino contra masculino, en la relación por grupos de edad productivos contra no productivos. **Teniendo en cuenta que en la muestra el 41% visitan el servicio de salud por motivos cardiovasculares y osteomusculares, que son las principales patologías con necesidad del servicio de Nutrición, se podría evidenciar una necesidad mayor a lo esperado por patologías de la muestra ya que el 54% del total tiene necesidad de este servicio.** (Ver anexo 9 y 10)

8.1.11 Distribución por Disposición a pagar el Servicio de Nutrición

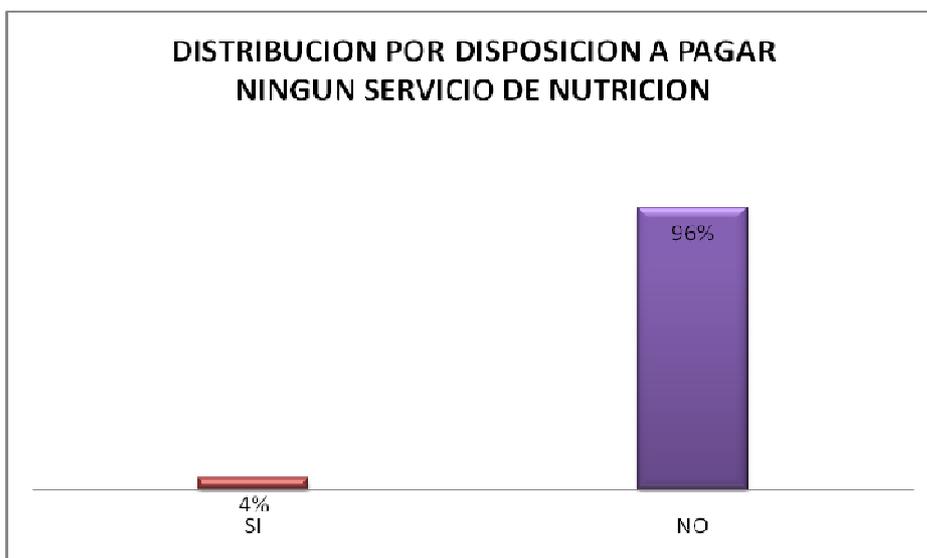
Gráfica 20. Distribución por disposición a pagar el servicio de Nutrición de la muestra



La disposición a pagar el Servicio de Nutrición es positiva en la mayoría de los encuestados con un 51%, contra los que no la tienen con un 49%, resultando la relación 5 a 5, que coincide con la relación de poder adquisitivo contra ausencia de poder adquisitivo de la muestra. **También es importante destacar que contrastando con el motivo de consulta, el resultado es alentador puesto que el 41% de los encuestados presentan motivos de consulta con implicación directa en Nutrición pero sin embargo el 51% de estos estaría dispuesto a pagar por el Servicio de Nutrición.** (Ver anexo 9 y 10)

8.1.12 Distribución por Disposición a pagar “NINGUN” Servicio de Nutrición

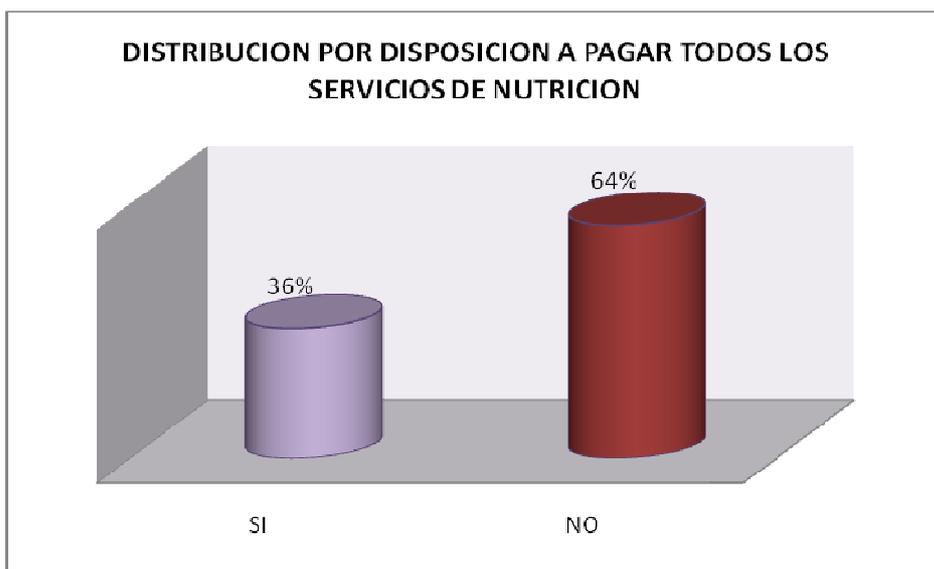
Gráfica 21. Distribución por disposición a pagar ningún servicio de Nutrición de la muestra



Al analizar los datos se encontró que de los encuestados que aceptaron estar dispuestos a pagar el Servicio de Nutrición, solo un 4% no está dispuesto a pagar algún servicio de Nutrición y el otro **96% está dispuesto a pagar alguno, varios o incluso todos los servicios** de Nutrición indicados en la encuesta. Este resultado es optimista por cuanto la demanda se proyecta amplia en este aspecto. Este resultado es interesante puesto que a pesar de que **el estudio se enmarcó en estrato socioeconómico medio, nivel medio de poder adquisitivo, medio de nivel educativo y la mayoría de los encuestados pertenecen al régimen contributivo donde tienen garantizados los servicios de salud; el resultado menos esperado es que en cuanto a preferencias solamente el 4% no está dispuesto a pagar por Servicios de Nutrición.** (Ver anexo 9 y 10)

8.1.13 Distribución por Disposición a pagar “TODOS” los servicios de Nutrición

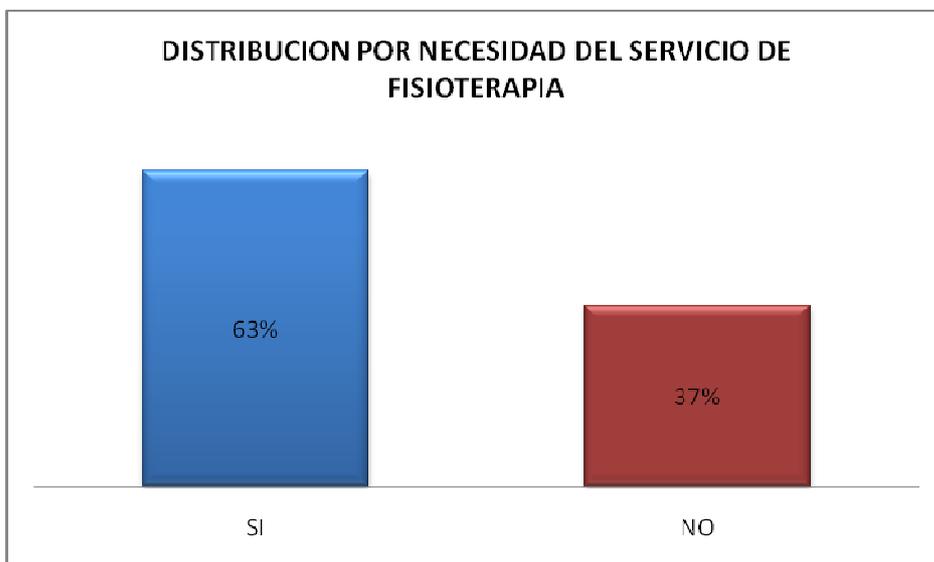
Gráfica 22. Distribución por disposición a pagar todos los servicios de Nutrición de la muestra



El **36%** de los que aceptaron estar dispuestos a pagar por el servicio de nutrición, **desean obtener todos los servicios de nutrición** enlistados en la encuesta. Dando como resultado que el otro **60%** tiene **segmentada su demanda** de estos servicios de nutrición y **el 4% restante no quiere adquirir servicio alguno** de Nutrición. Cuando se refiere a demanda segmentada, se indica que es un porcentaje de la población que está dispuesta a pagar por uno u otro servicio de los enlistados, no todos. Es decir que su necesidad es puntual, o requiere consulta o prefiere un taller de alimentos o necesita indicaciones de cantidades de alimentos etc., incluso es probable dentro esta demanda que requiera dos o tres servicios o uno solo. (Ver anexo 9 y 10)

8.1.14 Distribución por Necesidad del Servicio de Fisioterapia

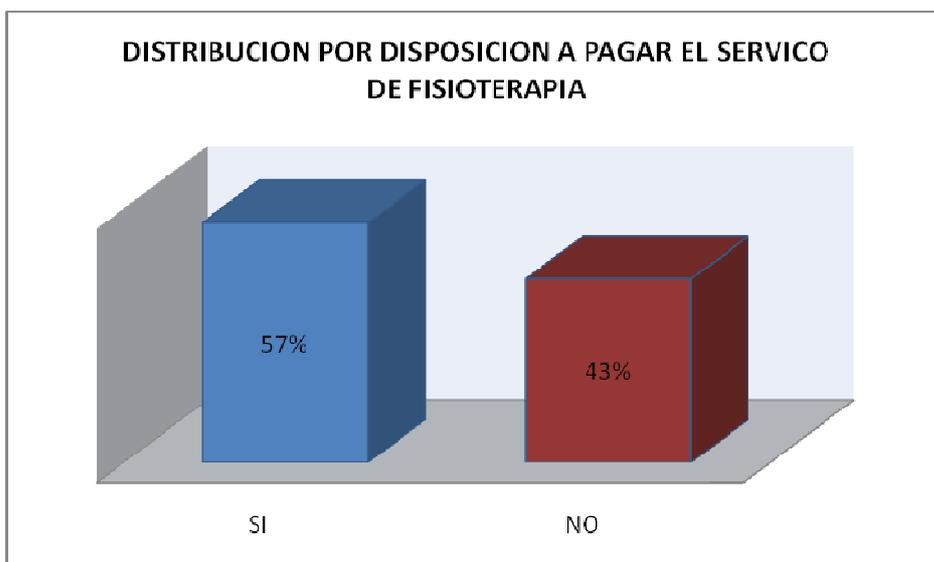
Gráfica 23. Distribución por necesidad del servicio de fisioterapia de la muestra



Se observa que el 63% de la población encuestada en las tres IPS SI tienen la necesidad del servicio de Terapia Física. Es una relación 6 a 4, que coincide con la relación de edad productiva contra no productiva, la de género y la de necesidad del servicio de Nutrición. Teniendo en cuenta que **las dos principales causas de consulta en fisioterapia son patologías osteomusculares y trauma, en la muestra suman 34%, se puede afirmar que la necesidad del servicio de fisioterapia es más alta de lo esperado para la muestra, puesto que casi duplica esta proporción.** (Ver anexo 9 y 10)

8.1.15 Distribución por Disposición a pagar el Servicio de Fisioterapia

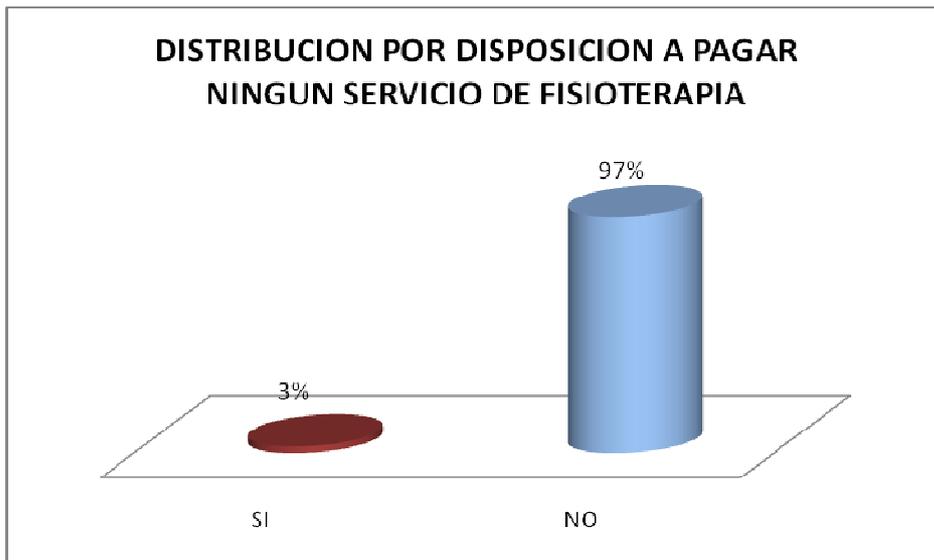
Gráfica 24. Distribución por disposición a pagar el servicio de fisioterapia de la muestra



Dentro de la población es evidente que Hay disposición para pagar por el servicio de Terapia Física y se encuentra en un 57%, se puede analizar que aún cuando la mayoría de los encuestados pertenecen al Régimen Contributivo donde tienen garantizado este servicio, puede existir inconformismo y tienen disposición para pagarlo. La relación 5 a 5, coincide con la relación de poder adquisitivo contra ausencia de poder adquisitivo y con la de disposición a pagar o no el servicio de Nutrición de la muestra. **También es importante destacar que contrastando con el motivo de consulta, el resultado es alentador puesto que el 34% de los encuestados presentan motivos de consulta con implicación directa en Fisioterapia pero sin embargo el 57% de estos estaría dispuesto a pagar por el Servicio de Fisioterapia.** (Ver anexo 9 y 10)

8.1.16 Distribución por Disposición a pagar “NINGÚN” servicio de Fisioterapia

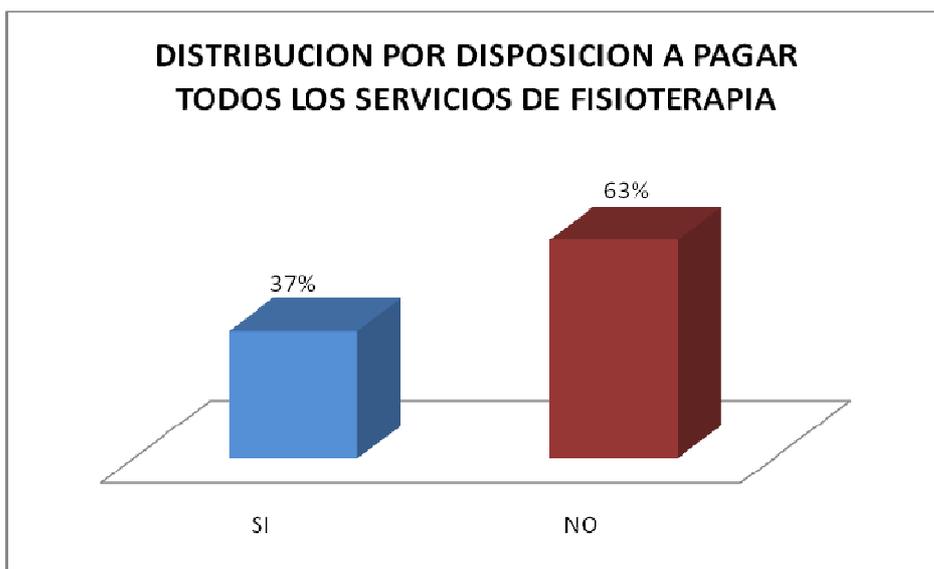
Gráfica 25. Distribución por disposición a pagar ningún servicio de fisioterapia de la muestra



Se observa que del 57% de los encuestados con disposición a pagar el servicio de Fisioterapia, solamente el **3% no se encuentra dispuesta a pagar algún servicio de Terapia Física a diferencia del 97% que evidencia interes y disposición a pagar por todos, algún o varios de los servicios de Fisioterapia**. Este resultado es optimista por cuanto la demanda se proyecta amplia en este aspecto. A pesar de que **el estudio se enmarco en estrato socioeconómico medio, nivel medio de poder adquisitivo, medio de nivel educativo y la mayoría de los encuestados pertenecen al régimen contributivo donde tienen garantizados los servicios de salud; el resultado menos esperado es que en cuanto a preferencias solamente el 3% no está dispuesto a pagar por Servicios de Fisioterapia.** (Ver anexo 9 y 10)

8.1.17 Distribución por Disposición a pagar “TODOS” los Servicios de Fisioterapia

Gráfica 26. Distribución por disposición a pagar todos los servicios de fisioterapia de la muestra

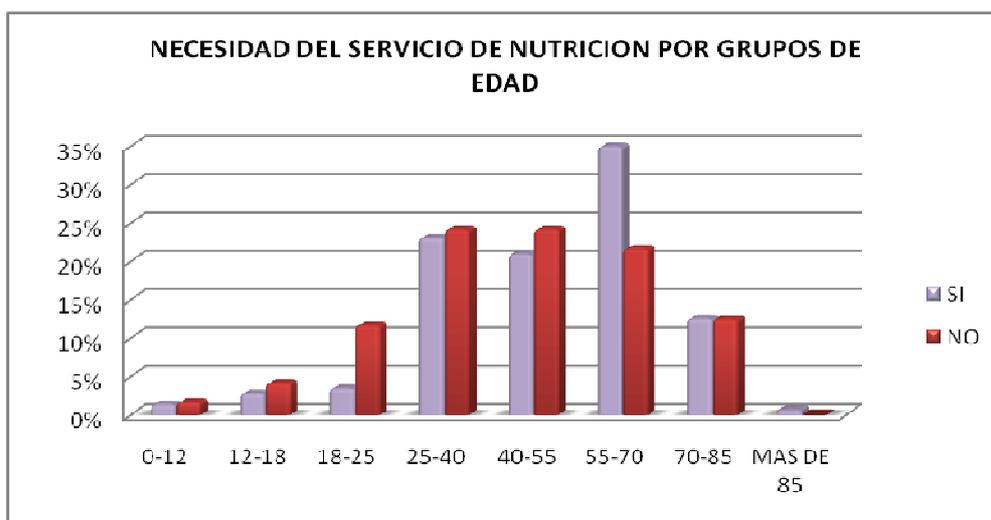


El **37%** de los que aceptaron estar dispuestos a pagar por el servicio de Fisioterapia, **desean obtener todos los servicios de** Fisioterapia enlistados en la encuesta. Dando como resultado que el otro **63% tiene segmentada su demanda** de estos servicios de Fisioterapia y **el 3% restante no quiere adquirir servicio alguno** de Fisioterapia. Cuando se refiere a demanda segmentada, se indica que es un porcentaje de la población que está dispuesta a pagar por uno u otro servicio de los enlistados, no todos. Es decir que su necesidad es puntual, o requiere Terapia Física o prefiere un taller de acondicionamiento físico o necesita indicaciones de maneras de realizar el ejercicio etc., incluso es probable dentro esta demanda que requiera dos o tres servicios o uno solo. (Ver anexo 9 y 10)

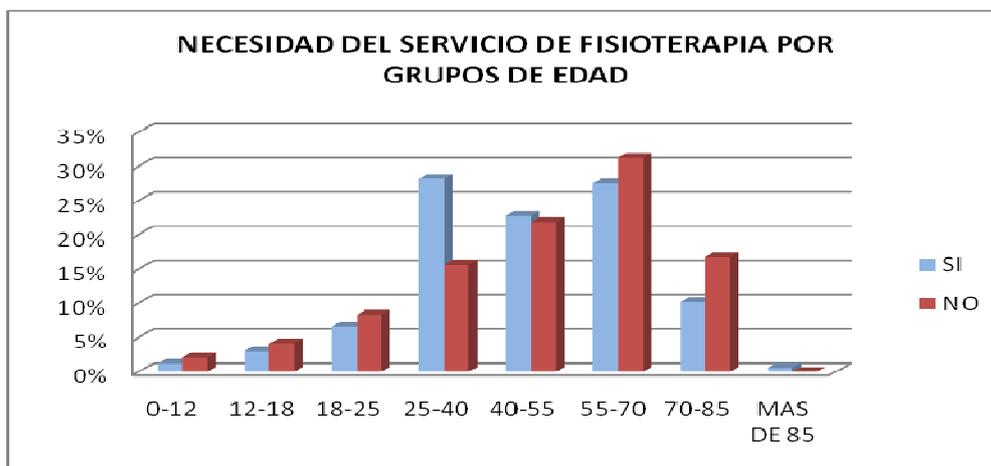
8.2 ANÁLISIS DE TABLAS BIVARIADAS

.2.1 Necesidad del servicio de Nutrición y Fisioterapia por Grupos de Edad

Gráfica 27. Necesidad del servicio de Nutrición por grupos de edad de la muestra



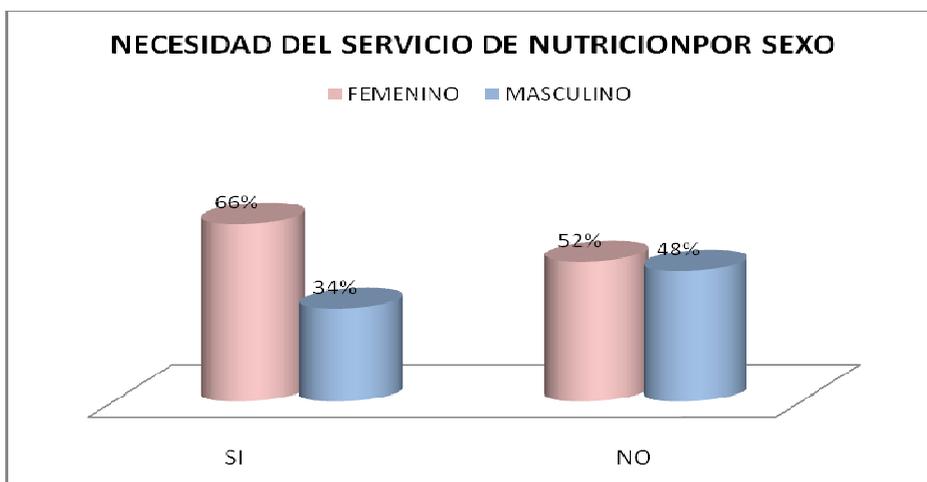
Gráfica 28. Necesidad del servicio de Fisioterapia por grupos de edad de la muestra



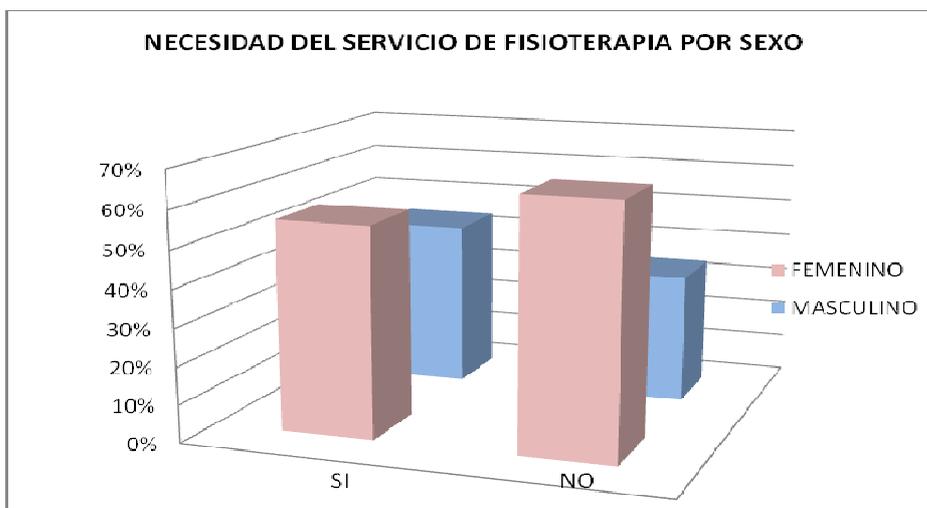
El primer lugar de la necesidad de los servicios de Nutrición se encuentra en las edades de 55 a 70 años, esto puede deberse a que en la edad de adulto mayor predominan las patologías crónico degenerativas; **mientras que para Fisioterapia se ubica en la edad productiva entre 25 y 40 años** indicando que la necesidad de rehabilitar se hace mas prioritaria. (Ver anexo 9 y 11)

8.2.2 Necesidad del servicio de Nutrición y Fisioterapia por Sexo

Gráfica 29. Necesidad del servicio de Nutrición por sexo de la muestra



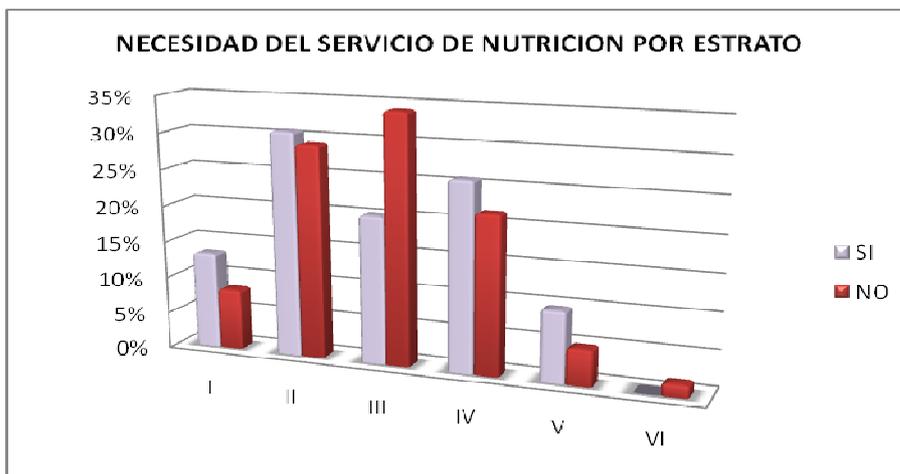
Gráfica 30. Necesidad del servicio de Fisioterapia por sexo de la muestra



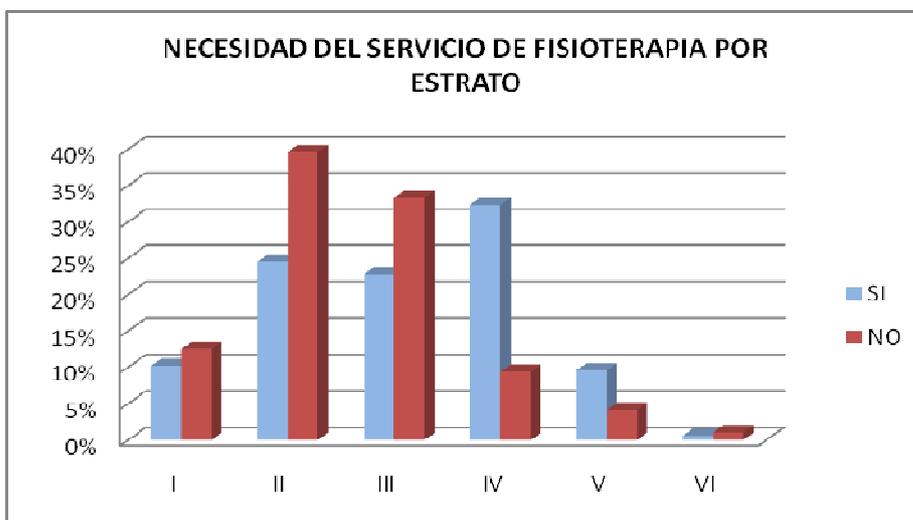
Respecto a **la necesidad del servicio de Nutrición es mayor en el sexo femenino**, probablemente por la preocupación que genera las enfermedades como obesidad y diabetes, pero en **Fisioterapia se evidencia que la necesidad del servicio es mayor en el sexo masculino**, posiblemente por mayor susceptibilidad a los accidentes o a padecer problemas osteomusculares y el miedo a la incapacidad. (Ver anexo 9 y 11)

8.2.3 Necesidad del Servicio de Nutrición y Fisioterapia por Estrato Socioeconómico

Gráfica 31. Necesidad del servicio de Nutrición por estrato socioeconómico de la muestra



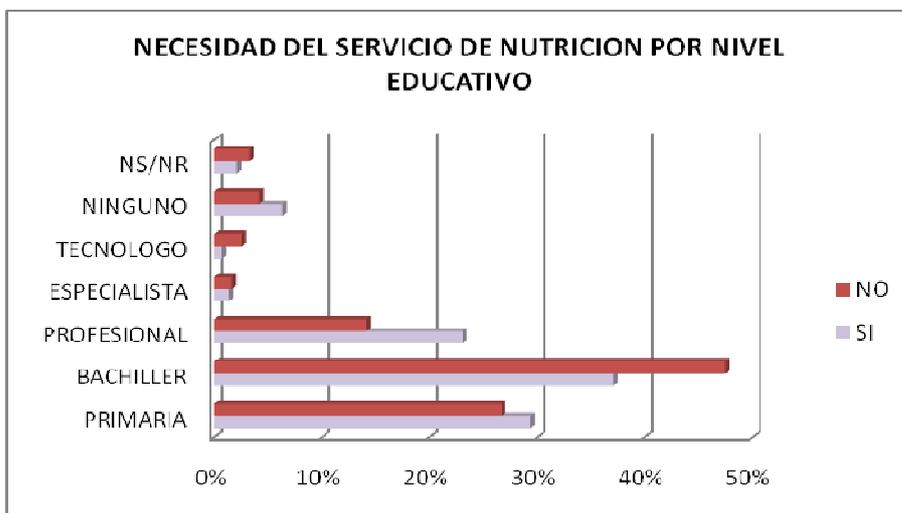
Gráfica 32. Necesidad del servicio de Fisioterapia por estrato socioeconómico de la muestra



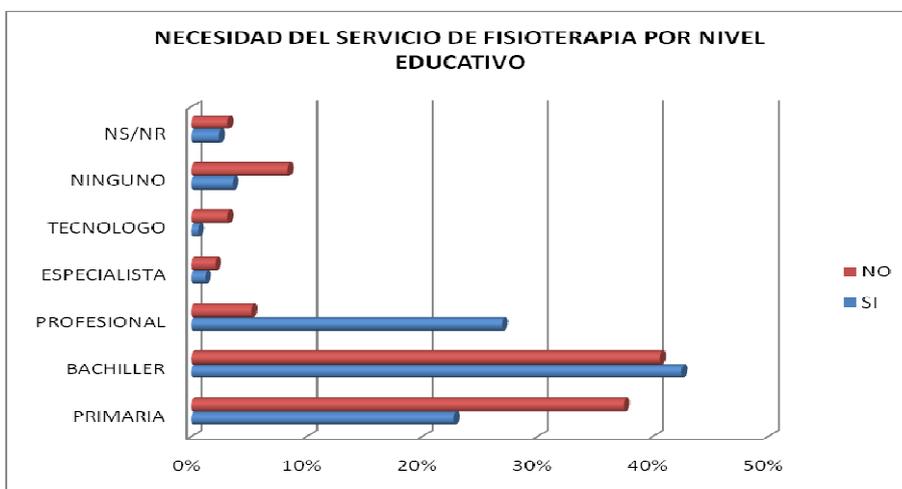
En la muestra se evidencia que en **los estratos II, III y IV se presenta la mayor necesidad del servicio de Nutrición y de Fisioterapia**, cambiando solo el orden del primer lugar que para Nutrición es el estrato II, y para Fisioterapia es el IV. Quizas el estrato II además de las patologías crónicas, también se enfrentan a agudas como la Desnutrición infantil siendo esta una razón para ser más necesario en este estrato el servicio de Nutrición. (Ver anexo 9 y 11)

8.2.4 Necesidad del Servicio de Nutrición y Fisioterapia por Nivel Educativo

Gráfica 33. Necesidad del servicio de nutrición por nivel educativo de la muestra



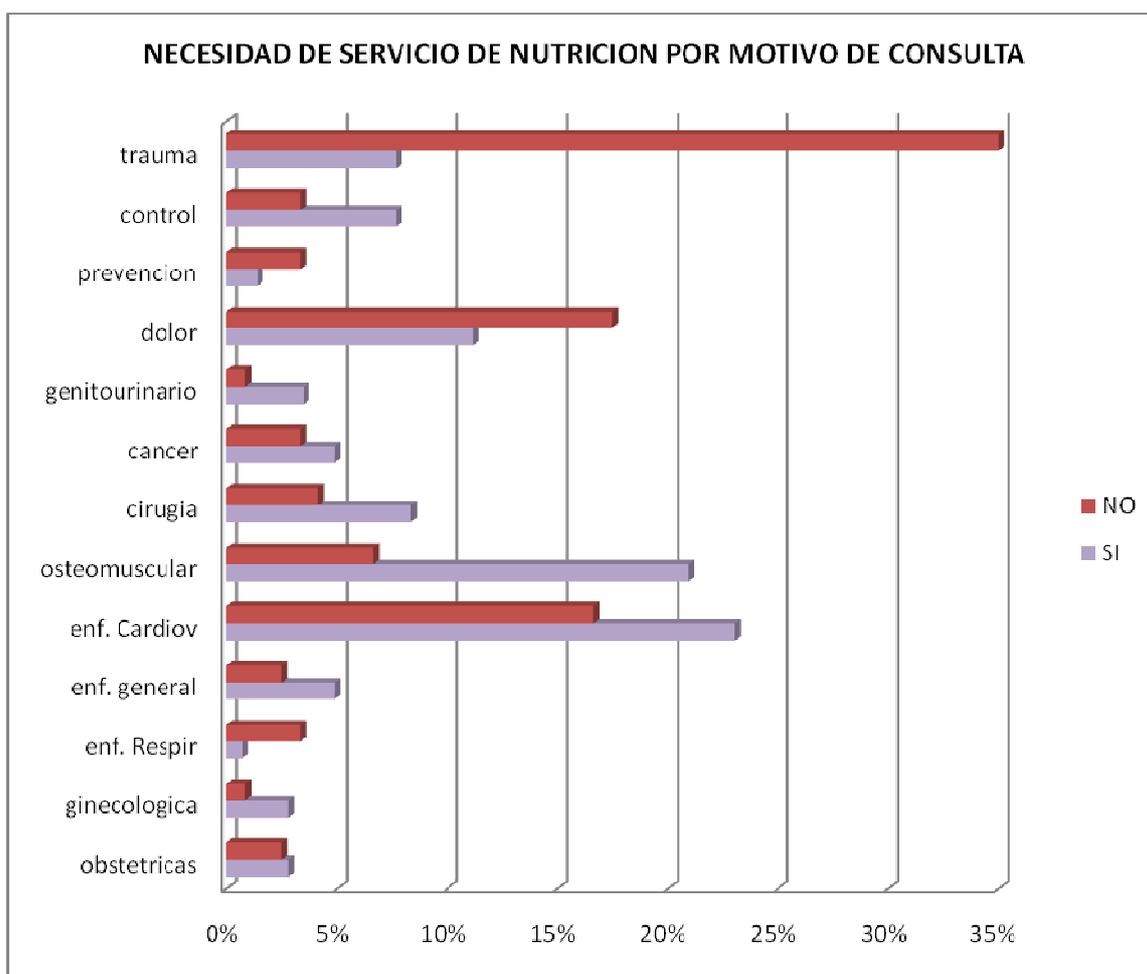
Gráfica 34. Necesidad del servicio de fisioterapia por nivel educativo de la muestra



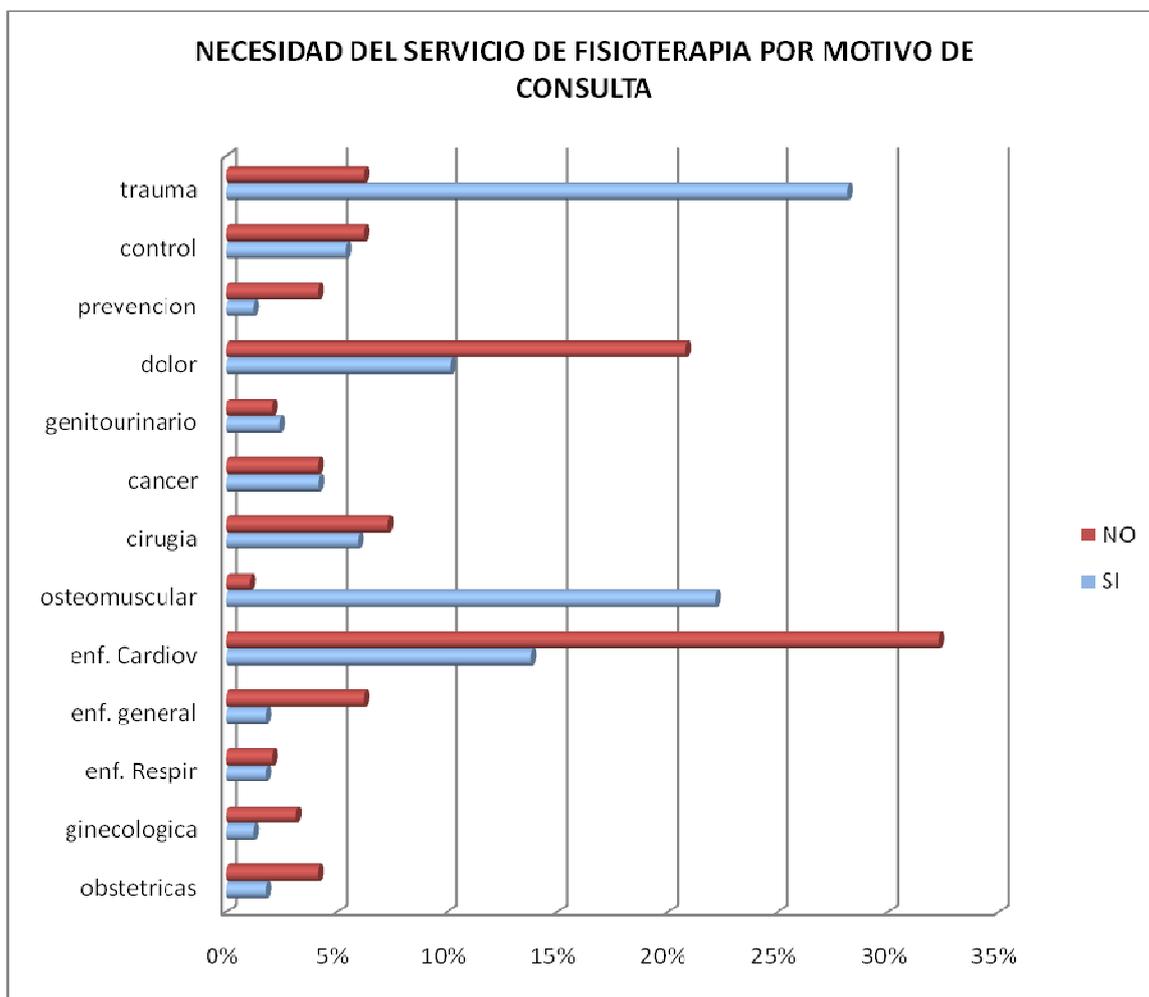
La necesidad del servicio de Nutrición de Fisioterapia se comporta de manera parecida, siendo en los dos común encontrar que **los profesionales fueron los que menos negativa dieron a los servicios, es decir casi toda esta franja contesto que si necesita los servicios tanto de Nutrición como de Fisioterapia**. Para los dos servicios los bachilleres fueron el rubro mas alto de respuesta positiva. (Ver anexo 9 y 11)

8.2.5 Necesidad del Servicio de Nutrición y Fisioterapia por Motivo de Consulta

Gráfica 35. Necesidad del servicio de Nutrición por Motivo de Consulta de la muestra



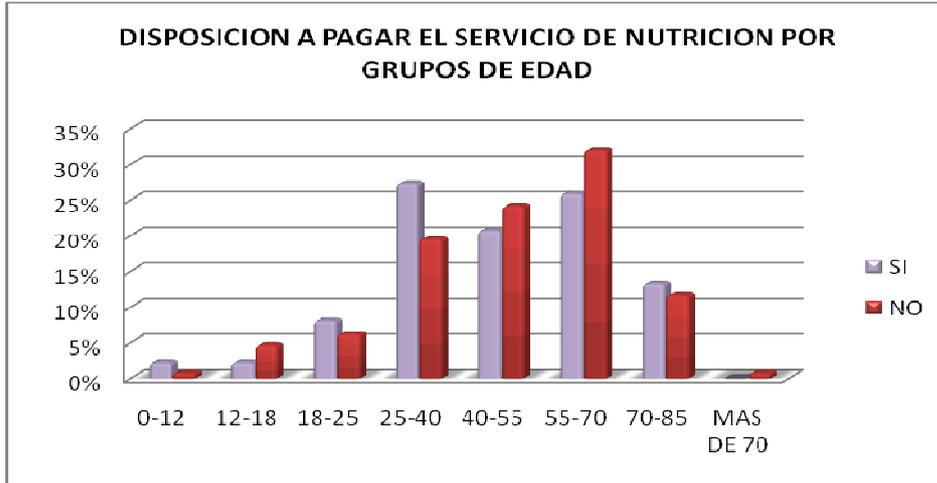
Gráfica 36. Necesidad del servicio de fisioterapia por motivos de consulta de la muestra



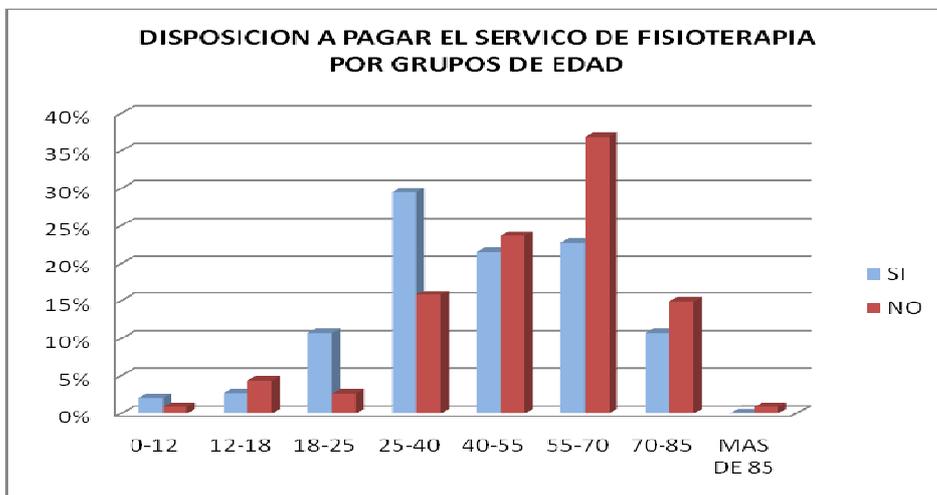
En cuanto a la necesidad del Servicio de **Nutricion se aprecia que son las enfermedades cardiovasculares y osteomusculares** las que obtienen los primeros lugares por mucha diferencia con los demas motivos de consulta, la razon resulta lógica puesto que son estas patologias donde mas se requiere el tratamiento y control de Nutrición. Para los servicios de **Fisioterapia tambien es lógico encontrar que son los traumas y las patologias osteomusculares las que tienen los mayores lugares**, puesto que para el tratamiento y la rehabilitacion de estos pacientes es indispensable la Terapia Física. (Ver anexo 9 y 11)

8.2.6 Disposición a pagar el Servicio de Nutrición y Fisioterapia por grupos de edad

Gráfica 37. Disposición a pagar el servicio de nutrición por grupos de edad de la muestra



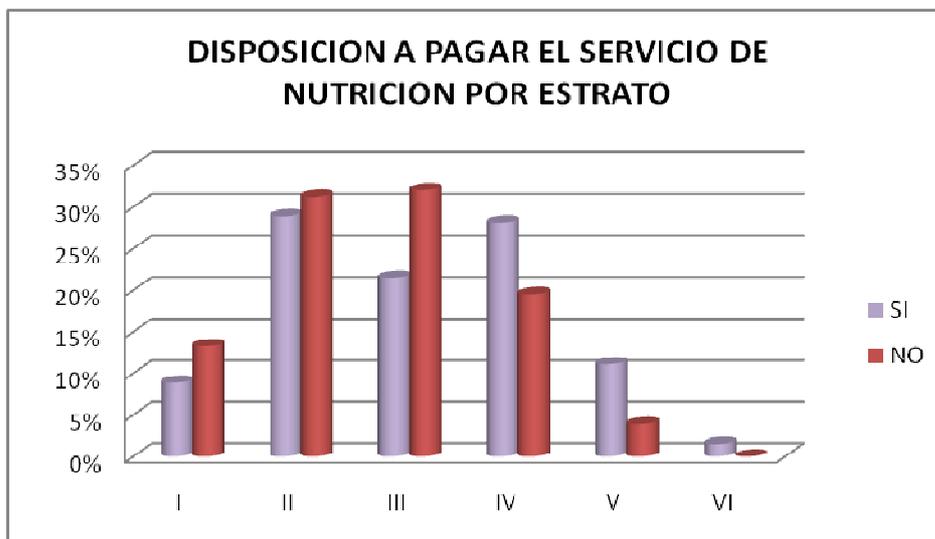
Gráfica 38. Disposición a pagar el servicio de fisioterapia por grupos de edad de la muestra



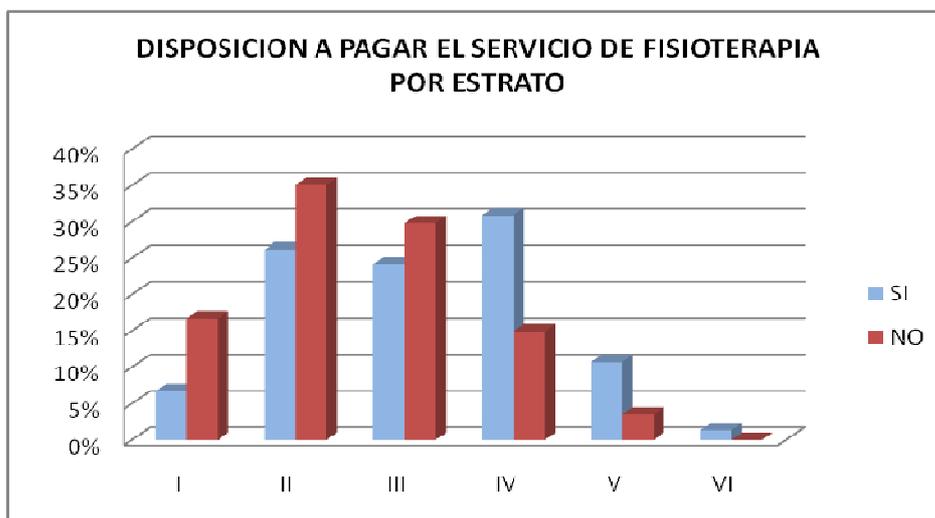
Para la Disposición a pagar los servicios tanto de Nutrición como de Fisioterapia, es la franja de 25 a 70 años quienes están en los primeros lugares, lógicamente **todo se relaciona con el poder adquisitivo por lo tanto en primer lugar están los del grupo de edad de 25 a 40 años, coincidiendo para los dos servicios.** (Ver anexo 9 y 11)

8.2.7 Disposición a pagar el Servicio de Nutrición y Fisioterapia por Estrato Socioeconómico

Gráfica 39. Disposición a pagar el servicio de Nutrición por Estrato socioeconómico de la muestra



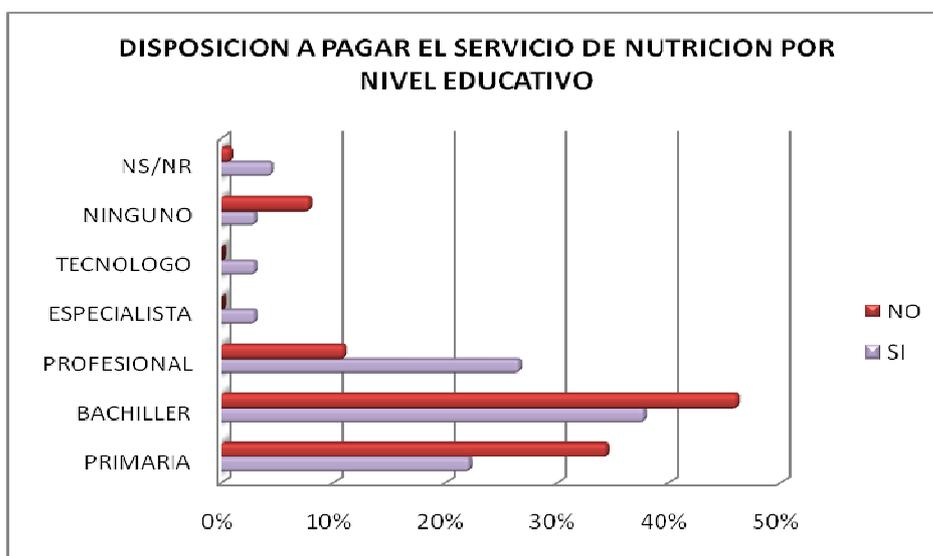
Gráfica 40. Disposición a pagar el servicio de Fisioterapia por Estrato socioeconómico de la muestra



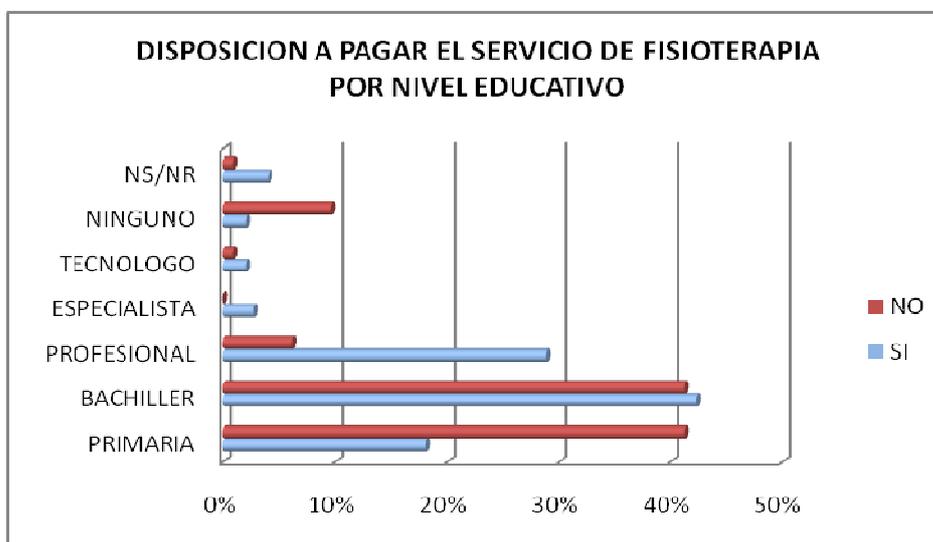
El estrato IV estaría dispuesto a pagar para los dos servicios el de Nutrición y el de Fisioterapia, siguiéndole el estrato II y el III. Al observar los estratos individualmente, se ve que son los estratos VI, V y IV los que mayormente contestaron si a la disposición a pagar el servicio tanto de Nutrición como de Fisioterapia. (Ver anexo 9 y 11)

8.2.8 Disposición a pagar el Servicio de Nutrición y Fisioterapia por Nivel Educativo

Gráfica 41. Disposición a pagar el servicio de Nutrición por Nivel Educativo de la muestra



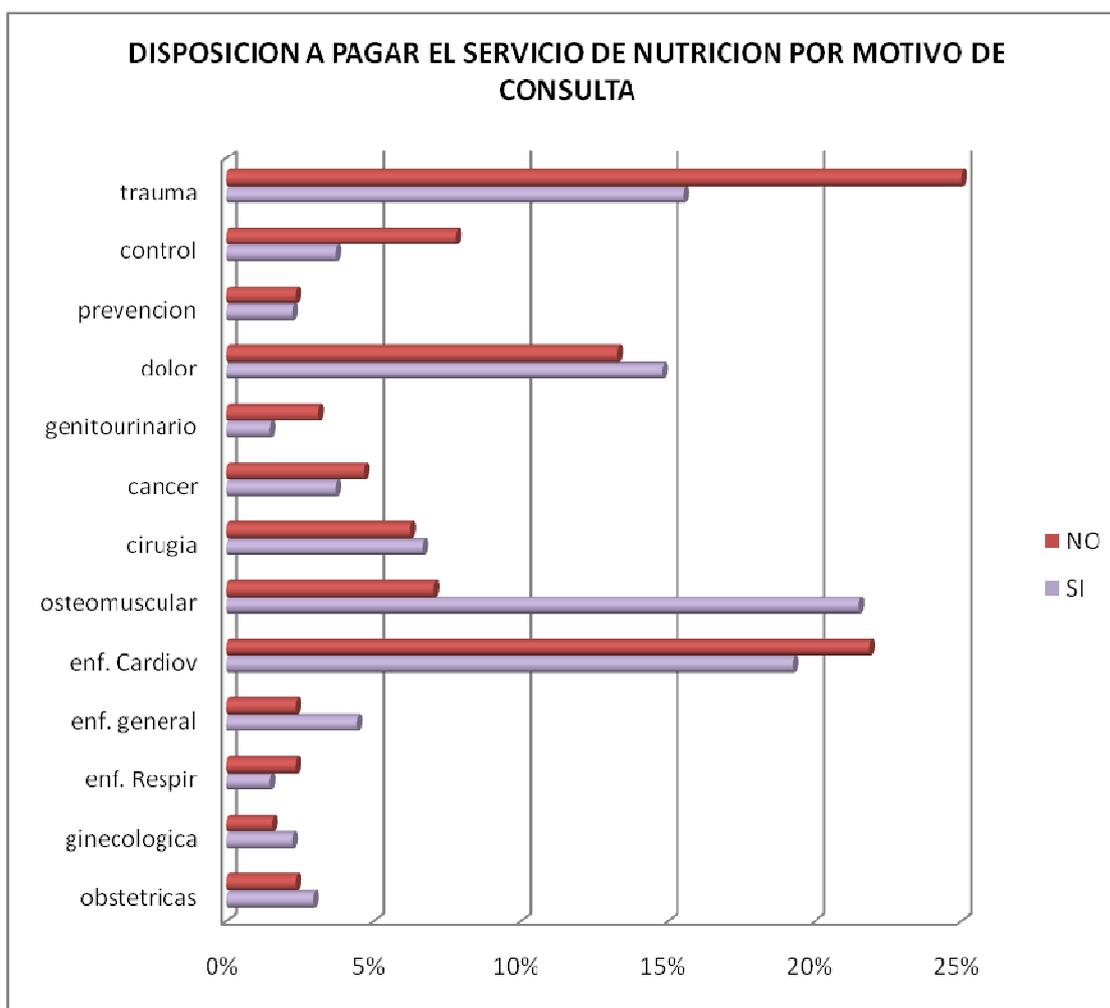
Gráfica 42. Disposición a pagar el servicio de Fisioterapia por Nivel Educativo de la muestra



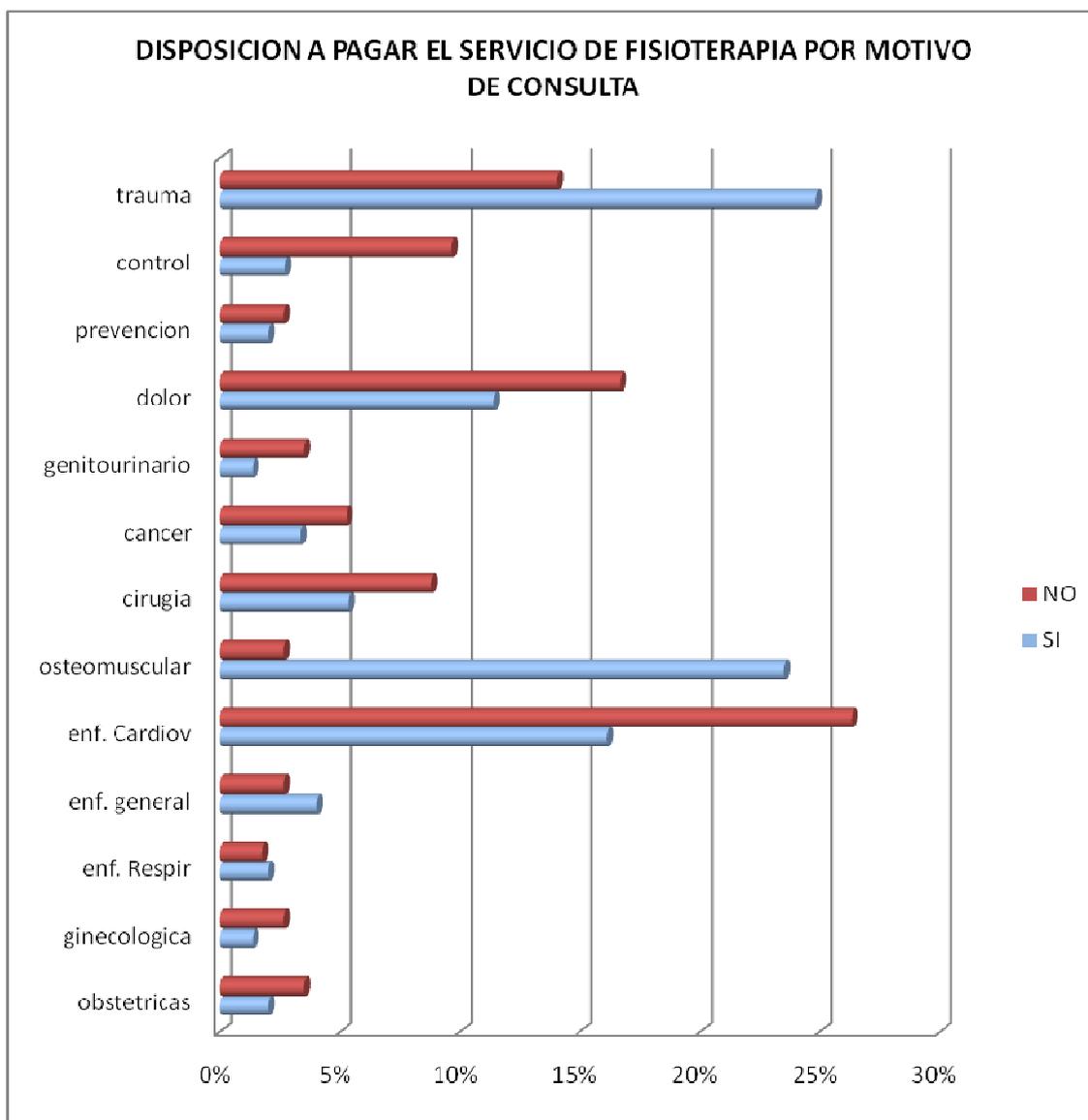
En orden descendente están los bachilleres seguidos de los profesionales para la disposición a pagar los servicios tanto de Nutrición como de Fisioterapia. Pero al observarlos individualmente, **son los profesionales los que mayormente están dispuestos a pagar los servicios tanto de Nutrición como de Fisioterapia, en una relación SI contra NO de 3 a 1 aproximadamente.** (Ver anexo 9 y 11)

8.2.9 Disposición a pagar el Servicio de Nutrición y Fisioterapia por Motivo de Consulta

Gráfica 43. Disposición a pagar el servicio de Nutricion por Motivo de Consulta de la muestra



Gráfica 44. Disposición a pagar el servicio de Fisioterapia por motivo de consulta de la muestra

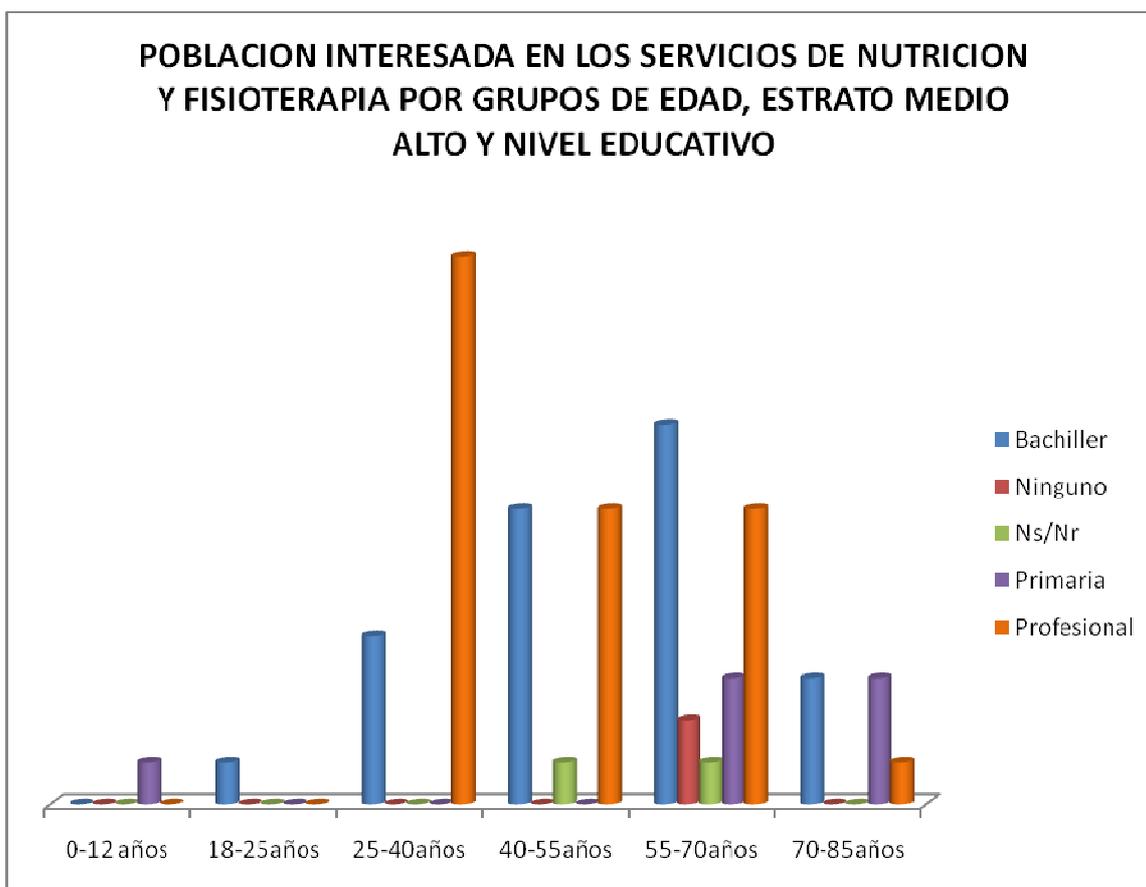


Para el servicio de **Nutrición** el la mayor disposición a pagar se encuentra en **enfermedades osteomusculares, cardiovasculares y trauma**, para el servicio de **Fisioterapia** el primer lugar es **trauma seguido de enfermedades osteomusculares y cardiovasculares**. Esto orienta la atención de estos servicios hacia los pacientes aquejados por estas patologías, sin dejar de lado las otras pero encontrando en estas un nicho de posibilidades del mercado. (Ver anexo 9 y 11)

8.3 ANÁLISIS DE TABLAS MULTIVARIADAS DE NUTRICIÓN Y FISIOTERAPIA

8.3.1 Población interesada en los Servicios de Nutrición y Fisioterapia por Grupo de Edad, Nivel Educativo y Estrato medio alto.

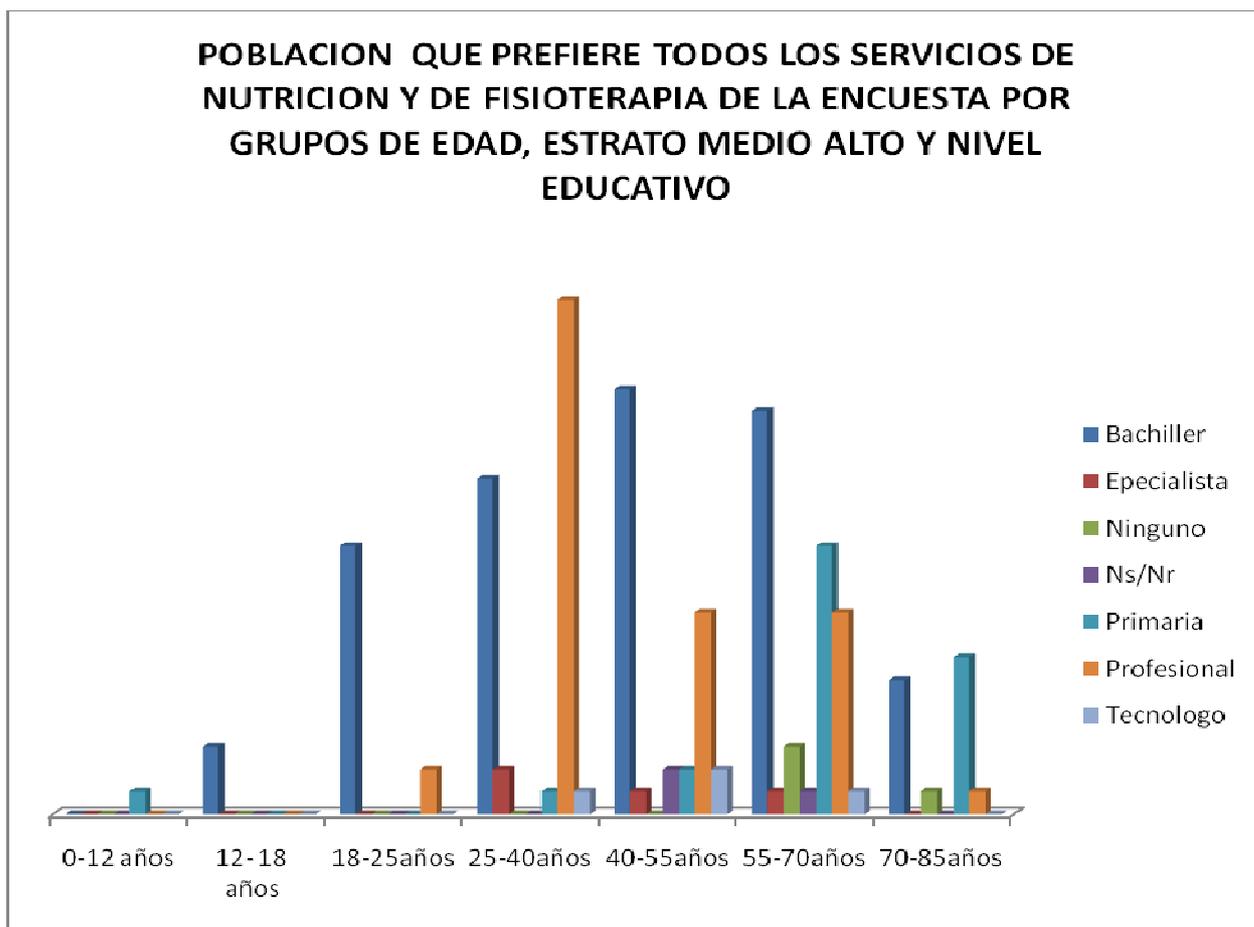
Gráfica 45. Población que esta interesada en los servicios de Nutrición y Fisioterapia de la muestra por Grupo de Edad, Nivel Educativo y Estrato medio alto.



Se ratifica que dentro de la población encuestada **se evidencia el interés en los Servicios domiciliarios de Nutrición y Fisioterapia**. Con especial atención en la edad productiva, nivel profesional de educación y ubicados en un estrato medio alto. (Ver anexo 9 y 12)

8.3.2 Población que prefiere todos los Servicios de Nutrición y Fisioterapia por Grupo de Edad, Nivel Educativo y Estrato medio alto

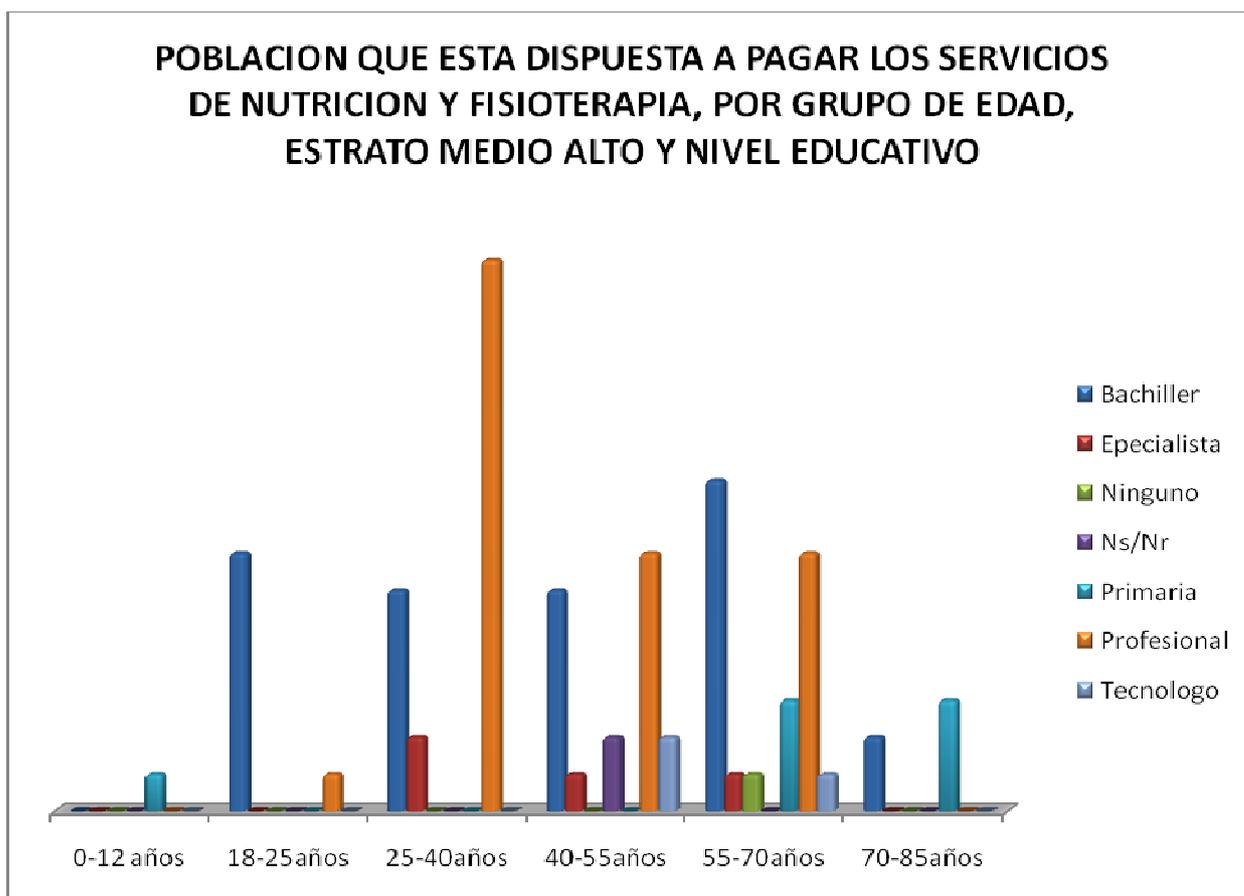
Gráfica 47. Población que prefiere todos los servicios de Nutrición y Fisioterapia seleccionados en la encuesta por Grupo de Edad, Nivel Educativo y Estrato medio alto



La población con interés en obtener todos los servicios domiciliario de Nutrición y Fisioterapia son las personas profesionales de 25 a 40 años. Las personas bachilleres de 18 a 70 años mostraron ser el segundo segmento interesado en estos servicios, y si teniendo en cuenta que esta muestra se ubico en su mayoría en un nivel medio de educación formal (bachillerato), se refleja que estas personas con menos nivel educativo que los profesionales pero tambien con poder adquisitivo son un importante rubro a tener en cuenta en el momento de crear el mercado para estos servicios. (Ver anexo 9 y 12)

8.3.3 Población dispuesta a pagar los Servicios de Nutrición y Fisioterapia por Grupo de Edad, Nivel Educativo y Estrato medio alto.

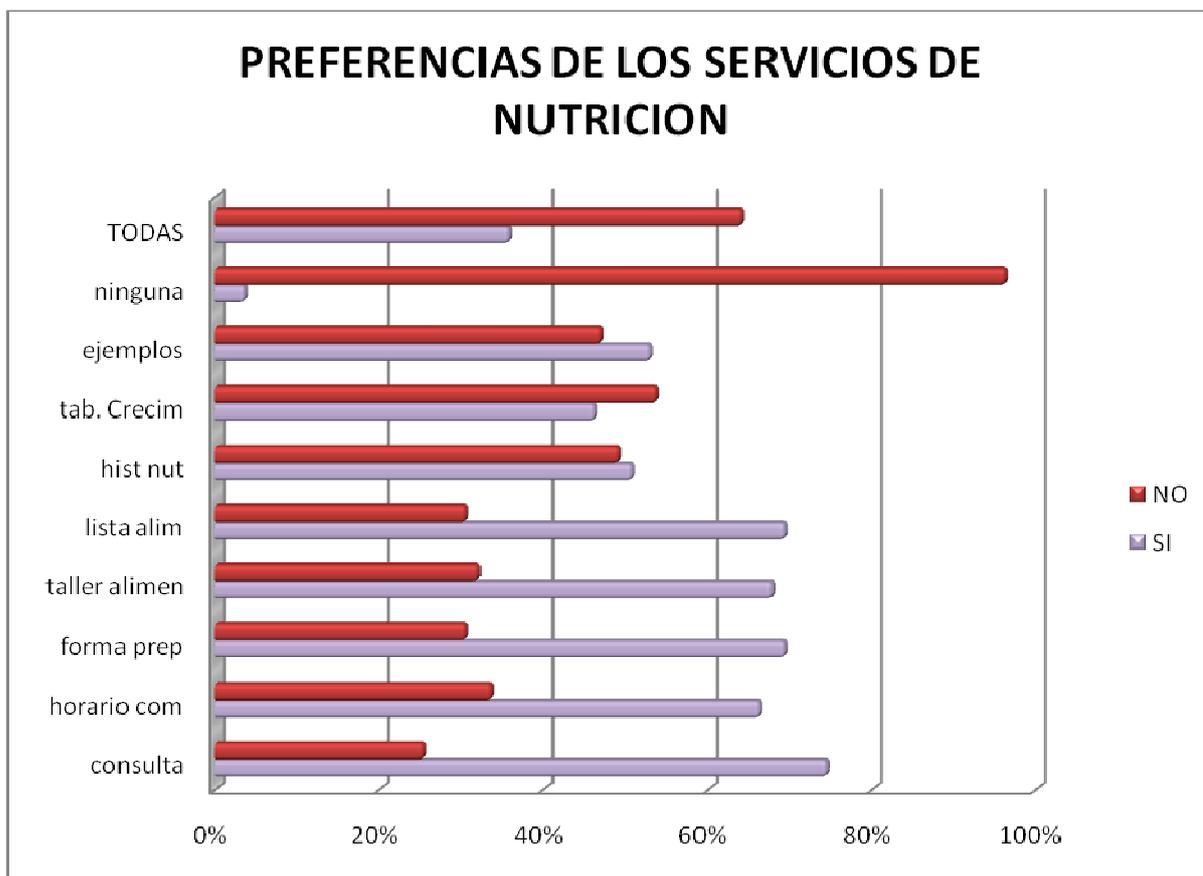
Gráfica 48. Población que esta dispuesta a pagar el servicio de nutrición y Fisioterapia de la muestra por Grupo de Edad, Nivel Educativo y Estrato medio alto.



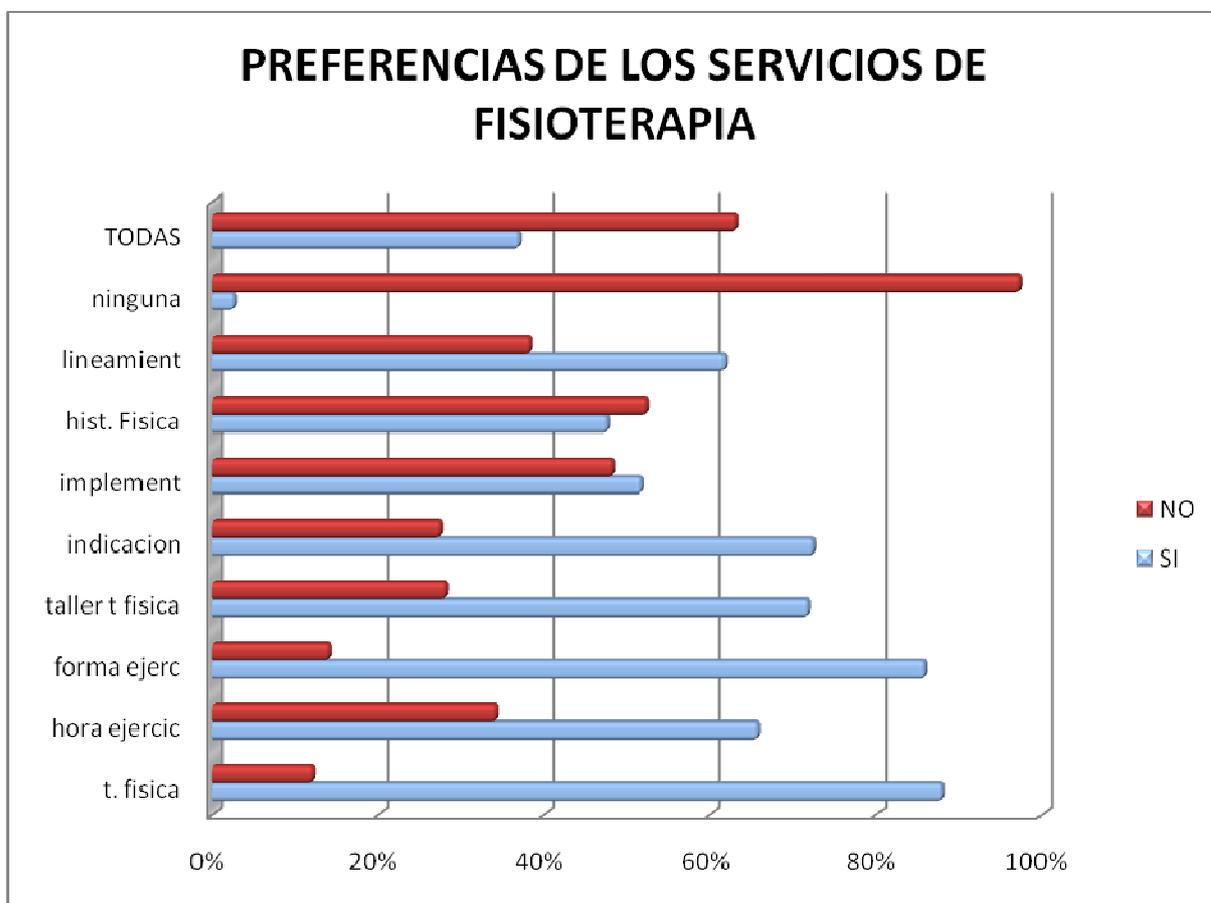
Dentro de la muestra se observa que la población en edad productiva, profesionales y de estrato medio alto se encuentran dispuestos a pagar por los servicios de Nutrición y Fisioterapia. Sin dejar de lado el segmento de nivel bachillerato quienes muestran una gran disposición a pagar estos servicios. Por su puesto este resultado se relaciona con el poder adquisitivo y capacidad productiva de estos sectores, pero también con la información que poseen en cuanto a los beneficios de esta propuesta de salud. (Ver anexo 9 y 12)

8.3.4 Preferencias de los Servicios de Nutrición y Fisioterapia

Gráfica 49. Preferencias de los servicios de Nutrición seleccionados en la encuesta



Gráfica 50. Preferencias de los servicios de Fisioterapia seleccionados en la encuesta



Es común para los servicios de Nutrición y Fisioterapia el mayor interés por la consulta o terapia a domicilio. Los demás servicios también obtuvieron aceptación de los encuestados, para Nutrición la forma de preparar los alimentos y la lista de los alimentos que son necesarios para una adecuada alimentación y en Fisioterapia las indicaciones de cómo realizar el ejercicio y acondicionamiento físico. (Ver anexo 9 y 12)

9. CONCLUSIONES

- El estudio se enmarco en una población donde la mayor proporción de participantes corresponde al género femenino (6/4), El estrato socioeconómico ubica el estudio en un estrato medio y bajo, la relación de edades productivas contra no productivas es de 5 a 5, idéntico al encontrado por poder adquisitivo contra ningún poder adquisitivo, dejando al estudio en niveles medios de disposición a pagar los servicios.
- En cuanto a la seguridad en Salud se encontró que el estudio se desarrollo en el Régimen Contributivo en el cual los pacientes tienen acceso tanto el servicio de Fisioterapia como el de Nutrición. A pesar de este hallazgo, los participantes en el 63% tienen la necesidad del servicio de Fisioterapia y en el 54% del servicio de Nutrición. Aun mas, el 51% está dispuesto a pagar por el servicio de Nutrición y el 57% están dispuestos a pagar por el servicio de Fisioterapia.
- Se Evidenció que las edades productivas requieren mayoritariamente los servicios de Fisioterapia y más específicamente en el segmento Masculino, probablemente debido a la la necesidad de una recuperacion rapida y eficaz para la oportuna reinsersion laboral.
- En el segmento Femenino y en edades productivas es notoria la necesidad del servicio de Nutrición, posiblemente por ser este segmento quien se encarga de la vigilancia y seguridad alimentaria del hogar, y su preocupación radica en mantener la familia saludable.
- A pesar de que el estudio se ubicó mayormente en el régimen de salud Contributivo; sorprende el hallazgo de la alta necesidad y disposición a pagar por estos servicios. Pero contrasta con las deficiencias encontradas en la última Encuesta Nacional de Salud, donde los pacientes con necesidades de atención en Nutrición y Terapia Física no son cubiertos en su totalidad por estos servicios, dejando en despoblado un segmento importante de pacientes

con enfermedades de tipo osteomusculares, cardiovasculares y traumatismos con limitaciones para el óptimo desarrollo de su tratamiento.

- Este estudio identifica el segmento de la población o nicho de mercado que necesita y está dispuesto a adquirir el servicio domiciliario de Nutrición y Terapia Física de los usuarios de estas tres IPS de Pereira, siendo estos los profesionales y bachilleres de estrato III al VI, en edad productiva, con patologías de tipo osteomusculares, cardiovasculares y traumatismos, del Régimen Contributivo, y que además describen sus preferencias específicas acerca de estos servicios de salud.

10. RECOMENDACIONES

- Realizar un estudio de costos o factibilidad del proyecto de **NUTRIFITNESS Consultoría a Domicilio** para la ciudad de Pereira con énfasis en los segmentos de población anteriormente señalados, con el fin de visualizar el mercado real y la posible rentabilidad en el desarrollo de la empresa.
- Dar inicio a las actividades laborales de **NUTRIFITNESS Consultoría a Domicilio** en la ciudad de Pereira, ya que se observa necesidad y disposición a pagar los servicios de Nutrición y Terapia Física especialmente en los segmentos de población anteriormente mencionados.
- Diseñar un Portafolio de Servicios para la Empresa **NUTRIFITNESS Consultoría a Domicilio**, con el fin de iniciar el proceso de mercadeo y búsqueda de clientes, teniendo en cuenta los resultados del anterior estudio de mercado.
- Solicitar a la **Universidad Tecnológica** y a la **Cámara de Comercio de Pereira, asesoría** en temas de emprendimiento empresarial, mercadeo y disponibilidad de recursos para llevar a cabo este proyecto productivo de manera adecuada, puesto que este apoyo institucional es muy importante para lograrlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Velandia, Freddy; Ardon, Nelson; y cols. Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia / Satisfaction, opportunity and reason of not use the medical care in Colombia. Rev. Gerencia y Políticas en salud;1(1):116-139, nov. 2001. Es.
- (2) Gonzalez, Victor; Valdivieso, Bernardo; Ruiz, Vicente. Hospitalización a domicilio. Rev. Medicina Clínica. 118(17); 659:64. Barcelona 2002
- (3) Mayorga, Carlos. Tendencias de la mortalidad y sus determinantes como parte de la transición epidemiológica en Colombia. Rev. Gerencia y Políticas en Salud. Vol. 3, núm. 007: 62-76, Dic. 2007. Es. Bogotá Col.
- (4) Conferencia Enfermedades en Colombia. Carlos A. Agudelo C., Instituto de Salud en el Trópico, Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. 2000
- (5) Terréz-Speziale, Arturo. Evaluación de tres estudios internacionales para comparar el impacto del tratamiento intensificado vs el manejo convencional en pacientes con diabetes Mellitus tipo 1 y 2. Diabetes Hoy para el médico y profesional de la salud. Vol. IV, No 1 mar-Abr. 2003
- (6) Ramírez-Hoffman, Henry. Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable Rev. Colombia Médica; 33: 3-5 2002.
- (7) Ahroni, JH. Home Health Care Serv Q. A description of the health needs of elderly home care patients with chronic illness. 1989;10(3-4):77-92.
- (8) Tsisis P, Bains J. Management of complex chronic disease: facing the challenges in the Canadian health-care system. Health Serv Manage Res. 2008 Nov; 21(4):228-35.
- (9) Vincent C, Deaudelin I, et all. Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations. BMC Geriatr. 2007 Aug 13; 7:20.
- (10) Sorbye LW, Schroll M, et all. Unintended weight loss in the elderly living at home: the aged in Home Care Project (AdHOC). Nutr Health Aging. 2008 Jan; 12(1):10-6.
- (11) Frick KD, Burton LC, et all. Substitutive Hospital at Home for older persons: effects on costs. Am J Manag Care. 2009 Jan;15 (1):49-56.
- (12) Suriano, B. Análisis de costos del Programa de Atención Domiciliaria en el paciente Crónico (ADEC). Rev. Enfermería IMSS. 11(2):71-76. México 2003.

(13) www.dane.gov.co.

(14) www.secretariadesaludmunicipal.gov.co

(15) www.secretariasaluddepartamental.gov.co

(16) Alvarez, G., Restrepo L.E. CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA Y COMO CONSUMIDOR DE LOS HABITANTES DE LA BASE . Scientia et Technica Año XIV, No 40, Dic. 2008. Universidad Tecnológica de Pereira. ISSN 0122-1701.

(17) ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007. RESULTADOS POR DEPARTAMENTO: RISARALDA

<http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18359DocumentNo9112.PDF>

(18) Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)

(19) Aracil, J. DINAMICA DE SISTEMAS. Monografías ISDEFE 1995. www.isdefe.es.

(20) Garcia, J M. TEORIA Y EJERCICIOS PRACTICOS DE DINAMICA DE SISTEMAS. Barcelona (España). 1a ed. Oct. 2003.

(21) Serna M, Castañeda D. HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA EN PEREIRA Y ÁREA METROPOLITANA. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA. CENTRO DE POSTGRADOS. ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD. 2009.

(22) www.minproteccion-social.gov.co

(23) López, F. QUÉ ES LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y LA INTRODUCCIÓN A SU GESTIÓN. Rev. Enfermería global, #3 Nov 2003.

(24) Pérez-Castejón J. M. LA VALORACIÓN GERIÁTRICA HOY: ATENCIÓN DOMICILIARIA. Rev. Rev. Mult. Gerontol 2005; 15(1):16-22

(25) Aranzana, A. PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. Disponible en línea en: <http://www.scmfic.org/scmfic/atach/CAST-programaATDOM.pdf>

(26) Agudelo, J. GARANTÍA DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN SALUD. Presentación en el congreso Home Care. Bogotá. Octubre 2002.

(27) Espinosa J, y Cols. MODELOS DE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. Disponible en línea en: <http://www.semfyec.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyec/docum015.html>

(28) Garberi I. REFLEXIONES TRAS DIEZ AÑOS DE ACTIVIDAD EN UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO. Rev. Mult. Gerontol. 2003;.13.(2):114-116

ANEXOS