

**FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
PREVENTIVOS POR ADULTOS CON DISCAPACIDAD MOTORA DE LA
LOCALIDAD 2 DE LA CIUDAD DE CARTAGENA. 2015**

CO-INVESTIGADORAS

**MADELAINE CABRERA MENDOZA
TANIA ESCOBAR GELIZ
KYARA HERRERA PAMPLONA
LADYS JIMÉNEZ FRANCO**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ENFERMERA**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
IRMA YOLANDA CASTILLO ÁVILA**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTAGENA
2015**

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	3
LISTA DE ANEXOS	4
RESUMEN.....	5
INTRODUCCION.....	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2. OBJETIVOS	12
2.2 Específicos	12
3. MARCO TEÓRICO.....	13
3.1 Evolución del concepto de discapacidad.....	13
3.2 Discapacidad	13
3.2.1 Discapacidad motora.....	14
3.3 Utilización de los Servicios de Salud.....	14
3.4. Factores asociados a la utilización de servicios sanitario por adultos con discapacidad	17
3.5. Normatividad para atención en salud a personas con discapacidad.....	18
3.6. Normatividad vigente para la prestación de servicios de promoción y prevención.	19
3.7. Normograma actualizado de discapacidad 2010.....	19
3.8. Marco legal nacional	20
4. METODOLOGÍA	21
4.1. Tipo de estudio:.....	21
4.2. Población de referencia	21
4.3. Criterios de inclusión:	21
4.4. Criterios de exclusión:	21
4.5. Tamaño de la muestra:	21
4.6. Muestreo:	21
4.7. Instrumentos de medición	22
4.8. Recolección	23
4.9. Procesamiento y análisis de la información	23
5. Consideraciones éticas	24
6.RESULTADOS	¡Error! Marcador no definido.
10. BIBLIOGRAFIA	39

LISTA DE TABLAS

1. Tabla 1. Factores predisponentes de personas con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.	55
2. Tabla 2. Factores capacitantes de personas con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.	56
3. Tabla 3. Satisfacción con los servicios de atención primaria en adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad Cartagena.....	57
4. Tabla 4. Necesidades de salud en adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad Cartagena.....	58
5. Tabla 5. Frecuencia de utilización de servicios de salud preventivos por los adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.....	59
6. Tabla 6. Necesidades de salud en hombres adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad Cartagena.....	59
7. Tabla 7. Necesidades de salud en mujeres adultas con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad Cartagena.....	60
8. Tabla 8. Factores asociados a la asistencia a consulta médica en el último año por los adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.....	62
9. Tabla 9. Factores asociados a la inscripción de los programas de PyP por los adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.....	63
10. Tabla 10. Factores asociados a la asistencia a las consultas de control prenatal de mujeres adultas con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.....	64
11. Tabla 11. Factores asociados a la realización de la citología vaginal en mujeres adultas con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.....	65
12. Tabla 12. Factores asociados a la realización de la mamografía en mujeres adultas con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.....	66
13. Tabla 13. Factores asociados a la realización del examen de próstata en hombres adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.....	67

LISTA DE ANEXOS

1. Anexos 1. Formato de encuesta para hombres.....	45
2. Anexos 2. Formato de encuesta para mujeres.....	49
3. Anexos 3. Consentimiento informado.....	54
4. Anexos 4. Tablas.....	55

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la utilización de los servicios de salud preventivos en adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.

Metodología: Estudio analítico de corte transversal. Con 316 adultos con discapacidad motora. Muestreo aleatorio estratificado, mediante afijación proporcional se escogió la muestra de cada estrato. Se aplicó un instrumento que incluyó una ficha sociodemográfica, ficha de uso, APGAR familiar, apoyo social Duck 11 y escala de satisfacción con los servicios sanitarios. La información obtenida se procesó en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, se analizó en el programa estadístico SPSS versión 17.

Resultados: De los adultos participantes, el 64,5% (204) son hombres, con un promedio de edad 48 años, el 52,2% (165) asiste al médico de 1-2 veces al año, el 67,4% (213) ha tenido una consulta para el cuidado de su salud en los últimos 6 meses; 61,5% (131) lo hizo por rutina y solo un 9,3 % (6) asisten por estar inscritos a un programa de promoción y prevención. Los factores asociados a la utilización de los servicios de salud preventivos en adultos con discapacidad motora son: ser hombre (**OR**=0,443; **I.C. 95%**= 0,221- 0,887), tener un trabajo (**OR**= 0,244; **I.C. 95%**= 0,072-0,823), tener una familia normo funcional (**OR**= 0,298), tener un apoyo social normal (**OR**=2,722; **I.C. 95%**= 1,461- 5,071) y estar satisfecho con la señalización del lugar donde recibe atención médica (**OR**= 2,249; **I.C. 95%**= 1,038- 4,873).

Conclusiones: El uso de los servicios de salud preventivos por parte adultos con discapacidad motora está influido por factores predisponentes como el sexo, factores capacitantes como el trabajo, la funcionalidad familiar, el apoyo social, y la satisfacción con los servicios. Las necesidades de salud reales y percibidas, no impactan de forma significativa en la utilización de los servicios preventivos, por parte de este grupo.

Palabras claves: Salud pública, personas con discapacidad, salud de la persona con discapacidad, servicios de salud, utilización (**Fuente: DeCS**).

INTRODUCCION

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento **(1)**.

La discapacidad es un problema de salud pública preocupante debido al incremento que ha tenido su prevalencia en los últimos años. Recientemente han ocurrido cambios en la conceptualización de la discapacidad y se han fortalecido las políticas públicas a nivel internacional y nacional que promueven la inclusión de este grupo poblacional. Sin embargo, las personas con discapacidad física continúan experimentando barreras que dificultan su inclusión y participación en la sociedad. Los principales factores limitantes de la participación son aquellos de orden físico, político, personal y social los cuales limitan la inclusión de estas personas en escenarios relacionados con la práctica de actividad física y recreación, con las actividades laborales y con el acceso a servicios de salud y de educación **(2)**.

Las personas que presentan algún tipo de discapacidad sin distinción de clase social, raza, cultura, género, edad y condición económica, pertenecientes a un grupo familiar o solas, demandan de la sociedad el derecho a una vida en igualdad de condiciones. Esto se traduciría en el acceso equitativo a los servicios de salud, educativos, ocupacionales y recreativos, así como el ejercicio de sus derechos civiles y de otro tipo, para tener una vida digna y de buena calidad, además de participar plenamente en la sociedad y contribuir al desarrollo socioeconómico de su comunidad **(3)**.

Sin embargo en todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades exacerban en las comunidades menos favorecidas **(1)**.

Hay pruebas crecientes de que las personas con discapacidad tienen peores niveles de salud que la población general. Dependiendo del grupo y el contexto, las personas con discapacidad pueden experimentar mayor vulnerabilidad a enfermedades secundarias prevenibles, comorbilidades y trastornos relacionados con la edad **(1)**.

En Colombia existen servicios de salud preventivos disponibles para toda la población y estos deben ser garantizados a todos los ciudadanos. Sin embargo las Personas con Discapacidad (PcD) a pesar de tener una mayor demanda de asistencia sanitaria que quienes no padecen discapacidad y mayores necesidades de salud son quienes menos utilizan estos servicios, lo cual se traduce en un mayor riesgo para el padecimiento de enfermedades fácilmente prevenibles **(4)**.

Actualmente en Cartagena no se han encontrado estudios que evidencien la relación existente entre la utilización de los servicios de salud preventivos y los factores asociados a este. Lo expuesto anteriormente demuestra lo pertinente de realizar esta investigación que busca determinar estos factores.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La discapacidad constituye una condición que afecta numerosos aspectos de la vida del ser humano, existen diferentes tipos, dentro de los cuales está la discapacidad motora. La discapacidad motora, es la dificultad que presenta una persona para el manejo y control de su cuerpo y que por sus características requiere diversas adecuaciones para desenvolverse. Se considera una persona con discapacidad motora cuando por causas físicas, musculares, nerviosas o cerebrales ve afectada su habilidad en el control y manejo del movimiento, equilibrio, coordinación y postura de las diversas partes del cuerpo (5).

La discapacidad es un problema de salud pública, se estima que a nivel mundial cerca de mil millones de personas viven en esta condición. Se prevé que en un futuro la discapacidad será motivo de preocupación aún mayor, pues las cifras de prevalencia están en aumento (2). Lo anterior se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas que pueden generar discapacidad tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (1).

En Colombia se identifican las alteraciones de movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas como las afecciones fisiológicas más frecuentes; con un 22% en 2005 y un 30.8 % en 2011 (6). Según el registro de localización y caracterización de la población con discapacidad del distrito de Cartagena, hasta el 31 de agosto de 2013 se registran 5210 personas con discapacidad motora lo que corresponde a un 46,8 % de la población total con discapacidad (7).

Así mismo, en la ciudad se observa que solo el 72,7% de las personas con discapacidad están afiliadas al Sistema de Salud, por lo que se deduce que una de cada tres personas, se encuentra excluida de los servicios de salud y por tanto, este grupo presenta una mayor vulnerabilidad respecto al total de la población (8, 7). El 96,6% de la población con discapacidad de la base de datos del SISBEN se encuentra en los niveles 1 y 2. Es elevado el porcentaje en nivel 1, correspondiente al 65,47%, lo que además muestra la crítica situación socioeconómica de este grupo poblacional (9).

Las personas con discapacidad tienen una mayor demanda de asistencia sanitaria que quienes no padecen discapacidad, y también tienen más necesidades insatisfechas en esta esfera. Las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades sólo raras veces tienen como destinatarias a las personas con discapacidad. Por ejemplo, la detección del cáncer mamario y cervico-uterino se practica con menos frecuencia en las mujeres con discapacidad. Los adolescentes y adultos con discapacidades quedan excluidos más a menudo de los programas de educación sexual (4).

Según algunos autores existen dificultades de accesibilidad a los servicios dirigidos a las mujeres (ginecología, obstetricia, planificación familiar) y el instrumento utilizado en las consultas ginecológicas (camillas, equipamiento para la realización de las

exploraciones, mamografías), no tiene en cuenta que la usuaria puede ser una mujer en silla de ruedas **(10)**.

Un estudio sobre la situación de las mujeres con discapacidad en Europa, promovido por la comisión Europea, muestra que las mujeres con discapacidad se enfrentan a numerosas barreras relacionadas con su salud reproductiva, su sexualidad y su maternidad. Las principales barreras encontradas provienen, por una parte, de las actitudes negativas de la sociedad, y por otra, de la falta de accesibilidad y la limitada capacidad de los servicios, así como la falta de profesionales capacitados. **(10)**

Se evidencia que en las personas con discapacidad existe un mayor índice de analfabetismo y un menor nivel de logro en educación secundaria o superior, del mismo modo, presentan un índice de inactividad más alto, esto se relaciona, entre otros factores con el aspecto físico, ya que se convierte en un factor de exclusión en el mercado de trabajo y en la sociedad en general, además, tienen menos acceso a los servicios de salud. **(11)**

En Colombia la situación de personas con discapacidad, muestra que a pesar de la extensa normatividad y las actividades desarrolladas para promover la inclusión de estas personas, aún se encuentran barreras (físicas, sociales, económicas) que les impiden participar en igualdad de condiciones en la vida familiar, social, comunitaria, y les restringe la oportunidad para disfrutar plenamente de sus derechos en salud **(12)**.

Aunque las políticas de inclusión social están orientadas a permitir o facilitar el acceso y uso de espacios a las personas con discapacidad, el acceso real es limitado. En general, el 48,5% de las personas perciben barreras físicas para transitar en la vía pública; el 34,4% enfrenta barreras para el uso del transporte público, tienen grandes dificultades para su movilidad para asistir incluso a los servicios de salud, tanto preventivos como de rehabilitación; el 14,2% percibe barreras en las entidades de salud, lo cual a su vez restringe el acceso a los servicios de salud en general **(13)**.

En España existe evidencia de la equidad en el uso de los servicios sanitarios de la población adulta. Sin embargo, la equidad en el acceso a los servicios socio-sanitarios por parte de la población discapacitada ha recibido menor atención en la literatura, a pesar de que estos individuos son los mayores consumidores de servicios sanitarios y los que, además, posiblemente encuentran más dificultades en el acceso a ellos. Por otro lado, hay un especial interés en el análisis de las posibles barreras al acceso de prestaciones socio-sanitarias por parte de la población discapacitada a medida que envejece, ya que la edad es un factor determinante en la aparición de la discapacidad **(14)**.

Corresponde al Estado asegurar que las entidades públicas y privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público solucionen los asuntos relacionados con la accesibilidad para todos. Es necesario, por la complejidad e importancia que la accesibilidad representa para las personas con discapacidad, involucrar a los diferentes sectores responsables de la misma: construcción, educación,

cultura, recreación y deporte, entre otros, para que actúen de forma coordinada en la accesibilidad, dando soluciones efectivas a la población en situación de discapacidad **(15)**.

En cuanto a la utilización de los servicios preventivos que se ofrecen a toda la población en lo que concierne a las Personas con discapacidad motora actualmente no se encontraron datos estadísticos en la ciudad, que permitan saber la accesibilidad de estas a los programas preventivos disponibles. En este sentido, este grupo poblacional está teniendo necesidades de salud, a las cuales el sistema no da una adecuada respuesta y no brinda acciones que permitan responder a sus requerimientos **(16)**.

Algunos autores han descrito que el uso de los servicios preventivos en salud por parte de los adultos con discapacidad esta asociados con factores predisponentes como: tener una edad entre 60-64 años, estar casado, bajo estrato socioeconómico, bajo nivel educativo **(1)**, con factores capacitantes como: bajos ingresos económicos, la no afiliación al sistema de salud **(1)**, y los factores relacionados con las necesidades de salud como: el estigma social, la dificultad para trasladarse, los inadecuados espacios físicos, la falta de información, la poca capacitación del personal **(17)**. Calidad, calidez e integralidad de la atención y problemas arquitectónicos de los centros asistenciales **(2)**.

Diferentes autores identifican el factor económico como una barrera no sólo para la inclusión social de las personas con discapacidad sino también para el acceso de éstas a los servicios de salud. Según el proyecto de política pública de discapacidad del municipio de Liborina-Antioquia el 80% de la población con discapacidad no cuenta con los recursos económicos para acceder a servicios de atención y rehabilitación en salud **(18)**.

A través de esta investigación se determinaron los factores asociados a la utilización de servicios de salud preventivos por parte de las personas con discapacidad motora, lo cual permitió obtener información actualizada sobre la accesibilidad de esta población a este grupo de servicios, de tal forma que su análisis permitió a las autoridades de salud, implementar acciones encaminadas a garantizar la equidad en el acceso a la atención en salud preventiva **(2)**.

La prestación de servicios de salud a las personas con discapacidad, además de ser un servicio social, es un derecho humano fundamental, es importante tener en cuenta que para garantizar el acceso y utilización de estos se requiere que los bienes, servicios y oportunidades de salud sean adecuados para toda la población sin importar sus condiciones físicas, y para esto se hace necesario conocer los factores que hacen que estas personas no utilicen los servicios de salud disponibles **(7)**. En Cartagena, según las unidades comuneras de gobierno (UCG) 4, 5 y 6 pertenecientes a la Localidad de la Virgen y Turística es donde hay mayor concentración de personas con discapacidad, especialmente en la 6, la cual según la base de datos del SISBEN representa el 13,76%, y pertenecen en su gran mayoría a nivel 1 y 2 **(9)**.

Este grupo poblacional posee relevancia social, debido a que las personas con discapacidad física y sus familias ocupan un lugar dentro de la sociedad y por tanto se hace necesario conocer qué tanto utilizaban los servicios de salud preventivos que ofrece el gobierno a la población general. Es por esto que permitió identificar las necesidades que tiene esta población para poder ofrecerles las herramientas necesarias que les permitan superar los problemas y obstáculos que a diario se les presentan (15).

La presente investigación le sirvió a la facultad de enfermería como una base teórica para posteriores investigaciones relacionadas con el tema, para contar con información que permita generar y desarrollar propuestas de atención e investigación, encaminadas a mejorar la calidad de vida de esta población mediante la creación de estrategias que cubran la gran demanda de necesidades en salud que poseen (2).

Teniendo en cuenta lo anterior el estudio y análisis de los factores asociados a la utilización de los servicios de salud preventivos en la población adulta con discapacidad motora se hace imprescindible debido a que permite fortalecer el rol que cumple enfermería en los programas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de toda la población, para impulsar estrategias que potencialicen la utilización de estos servicios por parte de las personas con discapacidad adaptándolos a las rasgos propios de este grupo poblacional, logrando una atención integral disminuyendo así la morbimortalidad en esta población. En Cartagena no se han encontrado estudios que aporten información sobre factores asociados a la utilización de servicios de salud preventivos en adultos con discapacidad motora (2).

Por todo lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a la utilización de los servicios de salud preventivos por adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena?

2. OBJETIVOS

2.1 General

Determinar los factores asociados a la utilización de los servicios de salud preventivos en adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.

2.2 Específicos

- Describir factores predisponentes asociados a la utilización de servicios de salud preventivos en personas con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad Cartagena.
- Describir factores capacitantes asociados a la utilización de servicios de salud preventivos en personas con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad Cartagena.
- Identificar las necesidades de salud en adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad Cartagena.
- Describir la frecuencia de utilización de servicios de salud preventivos por los adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.
- Estimar la asociación estadística entre los factores estudiados y la y utilización de servicios preventivos.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Evolución del concepto de discapacidad

El concepto de discapacidad ha sufrido en los últimos años una serie de revisiones, fruto de la movilización de los derechos humanos en el mundo y de las reflexiones y discusiones técnicas que han avanzado de conceptualizaciones y clasificaciones netamente médicas a otras más funcionales, basadas en las competencias más que en el déficit o la ausencia (9).

Inicialmente la discapacidad fue entendida como “una característica o atributo de la persona, que es causada directamente por una enfermedad, trauma o condición de salud...” (Modelo médico-biológico); luego, se postuló que “la discapacidad no es la consecuencia de los déficits existentes en la persona, sino la resultante de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales, muchas de las cuales están motivadas por factores ambientales” (modelo social). Finalmente, por medio de un proceso de integración de los modelos anteriores surgió el modelo biopsicosocial, el cual retomó los modelos anteriores y explicó la discapacidad, como “una consecuencia de las interacciones entre los distintos factores biológicos y las fuerzas sociales” (2).

Estos nuevos conceptos permitieron la evolución de una visión de impedimento a la de capacidades funcionales, de acciones de caridad a propuestas con enfoque de derechos humanos, de concebir a las personas con discapacidad como objetos de política a considerarlos como sujetos y agentes sociales contribuyentes en la construcción de la sociedad (9).

3.2 Discapacidad

Una persona con discapacidad es aquella que tiene limitaciones o deficiencias en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud, o de barreras físicas, ambientales, culturales, sociales y del entorno cotidiano (19).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud -OMS, utiliza un enfoque “biopsicosocial”, y define la discapacidad, desde el punto de vista relacional, como el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales (físicas, intelectuales o mentales) de la persona y del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona. La CIF Incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Denotando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y la de los factores contextuales individuales (factores ambientales y personales) (OMS, 2002) (20).

3.2.1 Discapacidad motora

La discapacidad motora puede entenderse como la dificultad que presenta una persona en el manejo y control de su cuerpo y que por sus características requiere de la implementación de diversas adecuaciones para que pueda desenvolverse en los diversos contextos en los que participa. Se considera una persona con Discapacidad Motora cuando por diversas causas (físico-muscular, nervios motores y cerebro) ve afectada su habilidad en el control y manejo del movimiento, equilibrio, coordinación y postura de las diversas partes del cuerpo (21).

Otros autores la definen como el conjunto de alteraciones o deficiencias orgánicas del aparato motor o de su funcionamiento que afectan el sistema óseo, articulaciones, nervios y/o músculos. Las personas con esta afección presentan una clara desventaja en su aparato locomotor, determinada por limitaciones posturales, desplazamiento, coordinación y manipulación, pudiendo integrar dos o más de estas. Algunas veces va acompañada de otras alteraciones sensoriales, perceptivas y del lenguaje y en un porcentaje alto tienen conservada su capacidad intelectual (22).

Esta afección puede aparecer en el periodo prenatal, antes del nacimiento (Por causas como las malformaciones congénitas, mielomeningocele, luxación congénita de cadera, etc) o en el periodo postnatal, después del nacimiento (Por causas como miopatías, como la distrofia muscular progresiva de Duchenne o la distrofia escapular, afecciones cráneo-cefálicas, traumatismos cráneo-encefálicos-vertebrales, tumores, etc) (23).

3.3 Utilización de los Servicios de Salud

Según la CIF, el servicio de salud se define como, “los servicios y programas en el ámbito local, comunitario, regional, estatal o nacional, destinados a proporcionar intervenciones a los individuos para su bienestar físico, psicológico y social, incluyendo a aquellas personas que proporcionan estos servicios (19).

La utilización de los servicios de salud por parte de los diferentes grupos sociales, ha sido y es objeto de debate en muchos países. Existen evidencias suficientes que muestran que el proceso de la utilización se encuentra diferenciado socialmente, y es explicado en buena parte por la existencia de desigualdades sociales en salud (24).

Según el modelo clásico propuesto por Andersen la utilización de servicios de salud está relacionada con varios factores, entre ellos se encuentran la predisposición y necesidad de utilizarlos y las condiciones que facilitan su uso (24).

En el modelo se relacionan tres tipos de factores para dar explicaciones a los patrones de utilización de los servicios de salud basados en la predisposición para utilizar los

servicios (factores predisponentes), capacidad para obtenerlos (factores facilitadores) y nivel de enfermedad (factores de necesidad).

Existen factores que influyen en la utilización de los servicios de salud y los reúne en tres grupos, que son: **(13)**

Factores predisponentes: Incluyen características sociodemográficas entre las que podemos citar la edad, el sexo, la educación, ocupación, clase social y actividad laboral. En la edad los grupos etáreos extremos usan más servicios, lo que es congruente con el incremento en morbilidad y mortalidad de este grupo de población. El sexo femenino es el que mayormente utiliza los servicios dado los episodios no mórbidos de salud en edad reproductiva. El mayor nivel de escolaridad se asocia a mayor conocimiento de la disponibilidad de servicios de atención y beneficios en el estado de salud. La ocupación se asocia a mayor utilización según los perfiles de morbilidad, y accidentes laborales. La utilización según clase social se asocia al nivel de ingreso y los programas preferenciales dirigidos a poblaciones socioeconómicamente deprimidas **(25)**.

Factores capacitantes: se refieren a condiciones que garantizan la disponibilidad y acceso a servicios de salud. Entre los que se incluyen características individuales de nivel de ingreso o tipo de seguro, características poblacionales de disponibilidad y accesibilidad de servicios, tipo de seguro médico en individuos con seguro, financieramente más capaces de adquirir servicios sin erogar directamente ninguna cantidad y nivel de ingreso asociado a la superación o no de los obstáculos financieros **(25)**.

- Factores Capacitantes Familiares.

Engloba a todos los aspectos que tienen que ver con la condición socioeconómica, dividiéndolos en: Recursos familiares: ingreso, ahorro, seguros, etc. y Recursos comunitarios: servicios disponibles, fuerza de trabajo en salud, etc **(13)**.

La organización mundial de la salud considera que la salud familiar es un hecho que determina y está determinado por su capacidad e funcionamiento efectivo como unidad biopsicosocial en el contexto de una cultura y una sociedad. De este modo, la salud familiar describe su funcionamiento como unidad para fomentar la salud y el bienestar de sus miembros, se relaciona con la satisfacción de las necesidades de estos, las interacciones entre el individuo, la familia y la sociedad, la solución a problemas o la capacidad para afrontar y adaptarse a situaciones de crisis. El funcionamiento familiar se orientara a satisfacer las necesidades de los miembros durante la transición entre las diferentes etapas de su desarrollo, a la realización de las rutinas familiares, al mantenimiento de un entorno seguro y protector, a adaptarse a los cambios en el ciclo vital familiar **(26)**.

Uno de los instrumentos existentes en la actualidad que nos permite evaluar el funcionamiento familiar e el Apgar familiar, el cual con base en las dimensiones adaptación, participación, crecimiento, afecto, y sus recursos, divide a las familias en funcionales y disfuncionales. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa de que los

miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar (27).

La función o disfunción de la familia se expresa por la forma en que este grupo es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro (14).

- Factores Capacitantes Sociales

Otra condición que garantizan la disponibilidad y acceso a servicios de salud es el apoyo social que perciba el individuo, el cual es entendido como la existencia o disponibilidad de personas en quienes podemos confiar, que nos cuidan, valoran y quieren, formando parte de una red de obligaciones mutuas y facilitando el enfrentamiento durante las crisis y la adaptación al cambio (28).

El Apoyo social percibido entendido como la valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros (Gómez, Pérez y Vila, 2001), ha demostrado ser más importante y tener más impacto sobre la salud y el bienestar. Este es conceptualizado en términos cognitivos como la percepción de que se es amado y estimado por los demás, supone una percepción que promueve la salud, alivia el impacto de las enfermedades crónicas, afecta benéficamente a la salud integral del paciente, facilita la integración social, fomenta el bienestar psicológico, y disminuye la susceptibilidad a la enfermedad promoviendo conductas saludables. (29), este apoyo se ve reflejado en algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan, como son: recibir visitas de amigos y familiares, consejos útiles cuando ocurre algún acontecimiento importante, tener la posibilidad de hablar con alguien de los problemas, recibir ayuda cuando ese está enfermo y en asuntos relacionados con la casa, elogios y reconocimientos cuando se hace bien un trabajo, personas que se preocupan de lo que sucede, recibir amor y afecto, entre otras acciones (30) que pueden ser evaluadas mediante el cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11, el cual evalúa el apoyo social funcional o cualitativo percibido, y tiene la ventaja de ser multidimensional y destacar por su sencillez y brevedad. Evalúa el apoyo confidencial (Posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el apoyo afectivo (Demostraciones de amor, cariño y empatía) (31).

Necesidades de salud: Entendida como “cualquier alteración en la salud y bienestar” que requiere de servicios y recursos para su atención. Engloban todos los factores asociados al proceso salud- enfermedad y en este sentido la necesidad vista desde dos perspectivas:

Necesidad percibida por el paciente, en función del número de las de incapacidad o de la autopercepción del estado general de salud.

Necesidad evaluada por el personal de salud en función de sus conocimientos (13).

Los factores de necesidad representan una de las causas más inmediatas del uso de los servicios, varía en función de los factores predisponentes (25).

En Colombia, el tema del acceso a los servicios de salud ha sido abordado por algunos autores; sin embargo, las investigaciones se han centrado especialmente en la población en general. Las principales barreras relacionadas con los servicios en salud son la falta de calidad, calidez e integralidad de la atención en salud, la pobre cobertura de los servicios de salud, la creencia de que la rehabilitación es un proceso costoso para el asegurador, la falta de inclusión de las ayudas técnicas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y las barreras arquitectónicas de los centros que prestan servicios de salud (1).

3.4. Factores asociados a la utilización de servicios sanitario por adultos con discapacidad

Las personas con discapacidad tropiezan con una gran variedad de obstáculos cuando buscan asistencia sanitaria, entre ellos los siguientes:

Costos prohibitivos: La asequibilidad de los servicios de salud y el transporte son dos de los motivos principales por los que las personas con discapacidad no reciben los cuidados que necesitan en los países de ingresos bajos: un 32% o 33% de las personas sin discapacidad no pueden costearse la asistencia sanitaria, por comparación con un 51% a un 53% de las personas con discapacidad (4).

Oferta limitada de servicios: La falta de servicios apropiados para las personas con discapacidad es una barrera importante que impide el acceso a la asistencia sanitaria. Por ejemplo, investigaciones realizadas en los estados de Uttar Pradesh y Tamil Nadu, en la India, revelaron que, después del costo, la falta de servicios fue la segunda barrera en importancia para el uso de los establecimientos sanitarios (4).

Las personas con discapacidad son particularmente vulnerables a las deficiencias que prestan los servicios tales como la atención en salud, la rehabilitación y la asistencia y apoyo. Según datos de cuatro países de África meridional, sólo el 26-55% de las personas recibía la rehabilitación médica que necesitaba; el 17-37% recibía los dispositivos auxiliares que necesita; el 5-23% recibía la formación profesional que necesitaba, el 5-24% recibirá los servicios de bienestar social que necesitaba (1).

Obstáculos físicos : El acceso desigual a los edificios (hospitales, centros de salud), el equipo médico inaccesible, la mala señalización, las puertas estrechas, las escaleras interiores, los baños inadecuados y las zonas de estacionamiento inaccesibles crean obstáculos para usar los establecimientos de asistencia sanitaria. Por ejemplo, es frecuente que las mujeres que tienen dificultades para moverse no tengan acceso al tamizaje del cáncer cervico-uterino o mamario porque las mesas de exploración no se ajustan verticalmente y el equipo de mamografía sólo puede funcionar con la mujer de pie (4).

Aptitudes y conocimientos inadecuados del personal: Las personas con discapacidad notifican con una frecuencia dos veces mayor que el personal sanitario carece de las aptitudes para atender sus necesidades; con una frecuencia cuatro veces mayor, que son

mal tratados por dicho personal; y con una frecuencia tres veces mayor, que se les niega la asistencia. Discapacidad y salud (4).

3.5. Normatividad para atención en salud a personas con discapacidad

Los gobiernos pueden mejorar la salud de las personas con discapacidad si mejoran el acceso a servicios de asistencia sanitaria de buena calidad, asequibles y que utilicen de manera óptima los recursos. Habida cuenta de que varios factores entorpecen el acceso a dicha asistencia, hacen falta reformas en todos los componentes del sistema de asistencia sanitaria que interactúan (4).

En Colombia, el tema del acceso a los servicios de salud ha sido abordado por algunos autores; sin embargo, las investigaciones se han centrado especialmente en la población en general. Específicamente en el tema de discapacidad Carrasquilla y colaboradores, en el 2009, manifestaron que las principales barreras relacionadas con los servicios en salud son la falta de calidad, calidez e integralidad de la atención en salud, la pobre cobertura de los servicios de salud, la creencia de que la rehabilitación es un proceso costoso para el asegurador, la falta de inclusión de las ayudas técnicas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y las barreras arquitectónicas de los centros que prestan servicios de salud. (2).

El aseguramiento adoptado por la Ley 100, reconoce al afiliado el derecho a ser atendido mediante un paquete de servicios cuando lo requiera. Sin embargo, en la práctica, la población enfrenta múltiples barreras de tipo geográfico, normativo, administrativo, cultural y de oferta para acceder a los servicios (32).

La ley 100 de 1993 que crea el Sistema de Seguridad Social Integral establece dentro del Plan Obligatorio de Salud POS, las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad; las cuales fueron inicialmente reglamentadas en la resolución 3997 del 30 de octubre de 1996, esta determino las acciones que son de obligatorio cumplimiento para las EPS empresas promotoras de salud y las ARS administradoras del régimen subsidiado. Las cuales debían utilizar estrategias para la atención individual, familiar o grupal, así mismo en ella se definió la promoción de la salud como: “la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el fin de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales de los individuos y las colectividades” y la prevención de la enfermedad como “ el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables de la salud” (33).

En diciembre de 2000 el Ministerio de Salud promulga la Resolución 412 por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el

desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública (33).

3.6. Normatividad vigente para la prestación de servicios de promoción y prevención

Mediante la Resolución 0412 del 2000 se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida (Encaminadas a informar y educar a la población afiliada) para el desarrollo de las acciones de protección específica (Tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad) y detección temprana (Permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte) y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades (34).

En esta resolución se incluye un conjunto de programas de detección temprana, encaminadas a identificar de manera oportuna y efectiva enfermedades, facilitando su diagnóstico precoz, su tratamiento oportuno, y a reduciendo su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte, estos son: Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años); Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años); Detección temprana de las alteraciones del embarazo; Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años); Detección temprana del cáncer de cuello uterino; Detección temprana del cáncer de seno; Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual, todos estos disponibles para ser brindados a la población en general sin importar sus condiciones (34).

3.7. Normograma actualizado de discapacidad 2010

Las personas con discapacidad están expuestas a situaciones de discriminación y exclusión social que les impide ejercitar sus derechos y libertades al igual que el resto, haciéndoles difícil participar plenamente en las actividades ordinarias de las sociedades en que viven. En las 2 últimas décadas el enfoque hacia las personas con discapacidad ha cambiado, dejando atrás el enfoque médico, asistencial o caritativo para comenzar a ser vistas como sujetos portadores de derechos (35).

Para garantizar que esta población acceda a los derechos con los que cuenta dentro de la población se han establecido una serie de normas y programas (36).

3.8. Marco legal nacional

En Colombia existen normas que buscan garantizar la integración social, el bienestar, la atención e igualdad de las personas con discapacidad, dentro de estas se destaca la Ley 361 de 1997 mediante la cual se establecen mecanismos de integración de las personas con limitación y se reconocen sus derechos fundamentales, y su total integración social y a las personas con limitaciones severas y profundas la asistencia y protección necesarias **(37)** ; la ley 1151 de 2007 en la cual se aprueba el Plan de Desarrollo 2006-2010, se le da continuidad al proceso de registro nacional de la población con discapacidad en aras de tener mayor inclusión de esta población **(38)**, y la ley Estatutaria 1618 del 27 Febrero 2013 que busca garantizar y asegurar el ejercicio de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión y eliminando toda forma de discriminación **(39)**.

Tomando como punto de partida el área de los servicios de salud, existen normas que buscan garantizar la salud como un derecho inalienable que poseen todos los habitantes del territorio nacional con la mayor equidad posible y sin ningún tipo de discriminación, entre estas se encuentra la Ley 100 de 1993 mediante la cual se crea el sistema de seguridad social integral, con el que se busca garantizar derechos irrenunciables con el fin de obtener una calidad de vida acorde a la dignidad humana y brindar beneficios especiales a las personas con discapacidad **(40)** y la Resolución 3165 de 1996 mediante la cual se adoptan lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías **(30)**.

Además existen normas que buscan garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad a todos los espacios públicos existentes en el territorio, dentro de estas se encuentra el Decreto 1538 de 2005 mediante el cual se establecen condiciones para garantizar la accesibilidad al espacio público y a la vivienda **(41)**.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio:

Se realizó un estudio analítico de corte con diseño transversal para determinar los factores asociados a la utilización de los servicios de salud preventivos en adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.

4.2. Población de referencia:

Adultos con discapacidad motora que para el año 2014 suman **1.661** en la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.

4.3. Criterios de inclusión:

Mayores de 18 años con discapacidad motora que residan en la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena y que acepten realizar la encuesta.

4.4. Criterios de exclusión:

Mayores de 18 años con diagnóstico de enfermedad mental.

4.5. Tamaño de la muestra:

En la presente investigación participaron un total de 316 personas adultas con discapacidad motora, obtenidas a través de la fórmula de población infinita $n = Z^2 \cdot (P \cdot Q) / e^2$.

Dónde:

Z=Nivel de confianza: 95%= 1,96

P= Proporción esperada del evento: 32% 0,32

Q= Complemento de P de 68% 0,68

e= Margen de error de 5% 0,05

Ajustando el tamaño de la muestra al porcentaje de pérdidas con la fórmula:

$$n_0 = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Dónde:

n₀= Tamaño de la muestra ajustada

n= Muestra calculada

N= Población total

4.6. Muestreo:

Se utilizó un muestreo de tipo aleatorio estratificado, cada estrato estuvo representado por cada uno de los barrios (28) y corregimientos (6) de la localidad, los cuales se colocaron en una lista y al azar se seleccionaran 14 de estos. La muestra fue tomada de la localidad 2: de la virgen y turística ciudad de Cartagena, mediante afijación proporcional, de acuerdo al tamaño de la población en cada estrato. En cada barrio seleccionado se realizaron visitas hasta completar la muestra de cada estrato. Se trabajó con esta localidad debido a que según el mapa de discapacidad aquí es donde se encuentra la mayor parte población con discapacidad motora.

CUADRO 1. Barrios de la localidad 2: de la virgen y turística para la búsqueda de personas con discapacidad motora. 2014.

Localidad	Numero de Barrios a Seleccionar	Barrios seleccionados	Total de adultos con discapacidad motora	%	Muestra por barrio
De La virgen y Turística	14	El Pozón	247	19%	60
		Villa Estrella	32	3%	10
		Los Alpes	18	1%	4
		Nuevo Porvenir	13	1%	4
		Gaviotas	30	2%	6
		La esperanza	140	11%	35
		Chiquinquirá	26	2%	6
		Republica Del Líbano	67	5%	15
		Olaya Herrera	449	34%	107
		Corregimiento De La boquilla	17	1%	4
		13 De Junio	38	3%	9
		La María	85	7%	22
		Las Palmeras	36	3%	9
		La Candelaria	96	8%	25
TOTAL	14		1293	100%	316

Fuente: Planeación Distrital 2013.

4.7. Instrumentos de medición

Para la realización de esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos, especificando los servicios para hombres y mujeres (ver anexo 1 y 2)

Ficha sociodemográfica: a través de la cual se buscó conocer los datos de identificación de cada una de las personas encuestadas.

Ficha de uso: Se utilizó para determinar la accesibilidad de los adultos con discapacidad motora a los servicios de salud preventivos. Se elaboraron dos formatos basados en la encuesta nacional de demografía y salud 2010. Se seleccionaron algunas preguntas del cuestionario individual de citología y mamografía para aplicar a las mujeres y del de adulto mayor para ser aplicado a los hombres.

Cuestionario Apgar familiar Se trata de un cuestionario que puede ser autoadministrado o heteroadministrado y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes: Normofuncional: 7 - 10 puntos, Disfuncional leve: 0 - 2, Disfuncional grave: 3 - 6 (**42**), tiene una fiabilidad de 0.79 (**26**).

Cuestionario Duck-11 Se trata de un cuestionario auto administrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1-5). El rango de puntuación oscila

entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo (**43**), con un alfa de Cronbach de 0,90 (**31**).

Escala para medir satisfacción de los servicios sanitarios: por medio de esta escala se midió la satisfacción de los servicios sanitarios, esta escala fue propuesta por Jesús Varela Mallou Y Antonio Rial Boubeta; es una escala breve y de fácil aplicación, consta de 11 ítems que evalúa el personal sanitario (4 ítems), personal de apoyo (2 ítems), condiciones físicas (3 ítems) y el acceso al servicio (2 ítems) y tiene una fiabilidad de 0.82 (**44**).

4.8. Recolección

La información se recogió por medio de una encuesta auto-administrada que incluye una ficha sociodemográfica, una ficha de uso, el cuestionario APGAR familiar, el cuestionario de apoyo social Duck 11, y la escala para medir la satisfacción con los servicios sanitarios desarrollada por Varela y cols, esta fue entregada a los 318 adultos con discapacidad motora de la ciudad de Cartagena previamente seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, junto con el consentimiento informado. (Ver anexo3)

Se fue casa a casa en cada uno de los barrios previamente seleccionados y se aplicó la encuesta en los domicilios donde habían adultos que hacían parte de la muestra, se les dio a conocer el objetivo del trabajo informándoles que será anónimo y confidencial, y posteriormente si manifestaban su deseo voluntario de participar, se le entregaba la encuesta junto con el consentimiento para su diligenciamiento, una investigadora estuvo con la persona para resolver cualquier inquietud con respecto al cuestionario, dando un tiempo prudente de 15-20 minutos para la resolución del mismo.

4.9. Procesamiento y análisis de la información

La información obtenida a partir del instrumento se procesó en una hoja de cálculos del programa Microsoft Excel Windows 7.0, fue analizada estadísticamente mediante tablas de frecuencia y representaciones gráficas con porcentajes obtenidas con este mismo programa, en las cuales se expuso ordenadamente la información recogida en la muestra. Además se calcularon OR para estimar la asociación entre los factores de estudio y la utilización de los servicios de salud preventivos, utilizando el programa estadístico SPSSS versión 17.

El plan de análisis se centró en las variables dependientes, consulta médica en el último año e inscripción a un programa de P y P para la población en su totalidad, para el caso de las mujeres en particular se centró en la realización del control prenatal, de la citología vaginal y la mamografía, y para el caso de los hombres la

realización del examen de próstata. Entendiendo a todos estos como servicios preventivos. Las variables independientes se categorizaron así:

Factores predisponentes:

- Procedencia: Urbana - Rural
- Estado civil: Con pareja – Sin pareja
- Nivel educativo: Inferior a la básica secundaria – Superior a la básica secundaria
- Seguridad social: Contributivo – Subsidiado y sin afiliación
- Ocupación: Empleado –Desempleado

Factores capacitantes:

- Empleo: Si –No
- Nivel de ingresos: Menos de un salario mínimo -Más de un salario mínimo
- Pensión: Si –No
- Afiliación: Si –No
- Percepción de la funcionalidad de la familia: Normofuncional -Disfuncional
- Apoyo social percibido: normal – bajo
- Satisfacción con el personal sanitario: Satisfecho –Insatisfecho
- Satisfacción con el personal de apoyo (repcionista, servicios generales, etc): Satisfecho –Insatisfecho
- Satisfacción con las condiciones físicas: Satisfecho –Insatisfecho
- Satisfacción con el acceso a los servicios: Satisfecho –Insatisfecho

Necesidades de salud:

- Como percibe su estado de salud en general: Bueno - Malo
- A observado cambios en su estado de salud en los últimos 6 meses: Si –No
- Padece alguna enfermedad crónica además de la discapacidad: Si –No

5. Consideraciones éticas

Desde el punto de vista de la ética en investigación, este proyecto se fundamenta en varias normas utilizadas a nivel nacional e internacional. La primera es la Declaración de Helsinki que tiene como énfasis mostrar que el propósito de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.

La segunda es la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud; por la cual se establece las normas científicas, éticas y administrativas para la investigación en salud, la cual en su artículo 10 permite clasificar a esta investigación como; una investigación sin riesgo, ya que los instrumentos de medición empleados no implican

ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de la población masculina que participará en el estudio. Por lo tanto no varía el estado de salud de los adultos mayores que participaran en el proyecto.

Así mismo, el proyecto se ampara en los siguientes principios bioéticos:

La **autonomía**, que corresponde al derecho que tiene cada persona de decidir sobre su vida, por lo tanto los adultos mayores podrán elegir por su propia voluntad si desean participar o no en el proyecto de investigación.

El principio de **no maleficencia** que obliga moralmente al investigador de un proyecto a buscar los menores riesgos posibles para los sujetos de experimentación.

El principio de **beneficencia** persigue maximizar los beneficios y minimizar los daños, por tanto los hombres participantes de la investigación deben conocer los riesgos y los beneficios que se logran con su participación en el estudio. Finalmente, se contará con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena.

6. RESULTADOS

6.1. Factores predisponentes presentes en los adultos con discapacidad motora participantes.

De la muestra total de personas con discapacidad motora participantes en el estudio (316) el 64,5% (204) son hombres, con un promedio de edad de 48 años, proceden del área urbana el 72,5% (229) de estos, y el 82,6% (261) están clasificados en el estrato socioeconómico 1. Con relación al estado civil el 43,1% (136) de ellos tienen pareja, seguidos por un 42,1% (133) que permanecen solteros y el 14,8% (47) viven sin pareja (Ver Tabla 1).

En cuanto a la escolaridad el 25,3% (80) de los participantes realizaron el bachillerato completo, seguido por el 21,5% (68) con bachillerato incompleto. Llama la atención que el 10,1% (32) de los participantes son analfabetas y que el 24,1% (76) solo cursaron la primaria (Ver Tabla 1).

Con relación a la ocupación del total de mujeres encuestadas solo el 4,5% (5) se encuentra empleada y un 52,7% (59) se dedican a las actividades del hogar, en el caso de los hombres solo el 12,7% (26) se encuentra empleado y el 38,2% (78) se encuentra desempleado. De acuerdo al tipo de familia predominó la familia extensa modificada en un 27,2% (86), seguido de la nuclear en un 26,6% (84) (Ver Tabla 1).

6.2. Factores capacitantes presentes en los adultos con discapacidad motora participantes.

Al preguntarles a las personas participantes del estudio acerca de la actividad laboral como condición que favorece o no la utilización de los servicios, el 58,5% (185) respondió que no trabajan y solo el 10,1% (32) recibe algún tipo de pensión. Del total de los participantes el 41,8% (132) tienen ingresos inferiores al salario mínimo legal vigente (SMLV) en su familia, solo un 15,1% (48) tienen ingresos superiores a un SMLV y el 56% (177) no tiene ingresos personales. Con relación a la afiliación al sistema de seguridad social, el 79,1% (250) se encuentra afiliado al régimen subsidiado. En lo que se refiere a la funcionalidad familiar el 63,0% (199) de los individuos considera que su familia es normofuncional, sin embargo el 37% (117) de todos los participantes tiene disfuncionalidad familiar. En cuanto al apoyo social el 39,9% (126) considero tener un apoyo social bajo (Ver Tabla 2).

Del total de las personas participantes respondieron estar insatisfechos con las siguientes características: el 35,8% (113) con el tiempo que le dedica el médico, el 40,8 % (129) con la solución que el medico/enfermera le da, el 43,4 % (137) con el interés del médico en explicarle la dolencia, el 43% (136) con la información sobre el tratamiento, el 37,3% (118) con el trato recibido por el personal, el 38% (120) con la disposición del personal para ayudar, el 63,9% (202) con la comodidad y amplitud de la sala de espera, el 60,8% (192) con las instalaciones del centro y el 63% (199) con la señalización (Ver Tabla 3).

El 51,2% (162) de los participantes manifestó demorar más de 30 minutos desde el momento en que llega a solicitar la atención médica hasta ser atendido, el 68% (215) respondió que la ubicación del centro de salud se encontraba lejos y muy lejos, el 51,6% (163) utiliza como medio de transporte la moto taxi y la buseta; Llama la atención que el 19,6% (62) se dirigen al centro de salud caminando o en silla de ruedas y que un 9% (3) lo hacen en bicicleta, para la asignación de citas el 79,1% (250) indicó que demoraba entre 4 y más de 7 días (Ver Tabla 3).

6.3. Necesidades de salud presentes en los adultos con discapacidad motora participantes.

Del total de las personas encuestadas, 59,8% (189) adquirió la discapacidad como resultado de una enfermedad adquirida, de estos el 63,5% (120) se deben a secuelas de poliomielitis, siendo esta la principal causa seguida de los accidentes con el 31,3% (99). Con relación al estado de salud en general el 54,8% (173) considera no tener un estado de salud bueno y un 31,6% (100) padece alguna enfermedad crónica, por otra parte el 64,9% (205) ha notado cambios en su estado de salud en los últimos 6 meses (Ver Tabla 4).

6.4. Frecuencia de utilización de servicios de salud preventivos por adultos con discapacidad motora participantes.

Del total de personas de la muestra estudiada, el 27,5% (87) no ha asistido a una consulta para el cuidado de su salud en el último año, siendo la principal razón por la que no asisten la falta de tiempo con el 35,6% (31), seguido de caso leve en un 22,9% (20). En cuanto a la realización del examen de agudeza visual en los últimos 12 meses el 75,3% (238) no se lo ha realizado y no han asistido a citas odontológicas en los últimos 6 meses el 76,6% (242) de los participantes (Ver Tabla 4).

El 52,2% (165) asiste al médico con una frecuencia de 1-2 veces al año, el 67,4% (213) ha tenido una consulta para el cuidado de su salud en los últimos 6 meses y el motivo de consulta fue por revisión de rutina en un 61,5% (131). Llama la atención que solo un 15,2% (48) se encuentre inscrito a un programa de promoción y prevención, cabe destacar que de todos los inscritos a un programa de promoción y prevención solo el 9,3 % (6) cumple con las citas del programa (Ver Tabla 5).

Del total de hombres participantes en el estudio (204) el 84,3% (172) de ellos manifestó saber que es el examen de próstata, el 16,7% (22) se lo ha realizado, solo un 4,5% (1) no reclamó los resultados, y otro 4,5% (1) obtuvo resultados anormales (Ver Tabla 6).

Del total de mujeres participantes en el estudio (112) el 31,5% (35) no asistió al control prenatal. Es importante resaltar que el 88,4% (99) respondió que no usa ningún método de planificación familiar, el 90,2% (101) ha oído hablar de la citología vaginal, el 74,1% (83) se la ha realizado, de ellas el 89,2% (74) obtuvo resultados normales. Se observa que el 44,6% (37) de estas se la realizó hace más de

tres años, el 26,5% (22) se la ha hecho una sola vez, y el 37,8% (31) manifiesta que la razón por la cual no se ha realizado una nueva citología fue no sentirse enferma seguido de pereza/ descuido en un 20,7% (17) (Ver Tabla 7).

Al preguntarles a las mujeres participantes del estudio acerca del autoexamen de mama el 21,4% (24) no sabe que es, el 49,1% (55) no se lo ha realizado, y de las que se lo han realizado (57) solo el 19,3% (11) se lo realiza con una frecuencia mensual (Ver Tabla 7).

El 77,7% (87) de las mujeres participantes en el estudio han escuchado hablar de la mamografía, cabe resaltar que de ellas solo el 25,8% (23) se la han realizado, de ellas el 4,4% (1) obtuvo resultados anormales y solo una no reclamo los resultados (Ver Tabla 7).

6.5. Asociación estadística entre los factores estudiados y la utilización de servicios de salud preventivos.

6.5.1. Factores asociados a la asistencia a consulta médica en el último año entre los participantes.

Ser hombre aumenta la probabilidad de asistir a una consulta médica al año (**OR**=0,443; **I.C. 95%**= 0,221- 0,887), tener un apoyo social normal aumenta 2,7 la probabilidad de asistir a una consulta médica en el último año (**OR**=2,722; **I.C. 95%**= 1,461- 5,071). Así mismo aquellas personas que están satisfechas con la señalización del lugar donde reciben la atención tienen 2,2 veces más probabilidades de asistir a una consulta médica al año que quienes no están satisfechos (**OR**=2,249; **I.C. 95%**= 1,038- 4,873). (Ver Tabla 8).

6.5.2. Factores asociados a la inscripción a programas de promoción y prevención entre los participantes.

Ser hombre reduce la probabilidad de inscribirse a algún programa de promoción y prevención (**OR**=0,302; **I.C. 95%**= 0,139- 0,657), del mismo modo aquellas personas que tienen un empleo tienen menos probabilidad de inscribirse a algún programa de promoción y prevención (**OR**=0,244; **I.C. 95%**= 0,072- 0,823). Así mismo quienes tengan una familia normofuncional tendrán menor probabilidad de inscribirse a algún programa de promoción y prevención que quienes tengan algún tipo de disfunción familiar (**OR**=0,298; **I.C. 95%**= 0,135- 0,656) (Ver Tabla 9).

6.5.3. Factores asociados a la asistencia a las consultas de control prenatal entre las mujeres participantes.

En las mujeres con discapacidad motora que han tenido una cesaría la probabilidad de asistir al control prenatal aumenta hasta 82,9 veces más que en aquellas que no han sido intervenidas (**OR**=82,934; **I.C. 95%**= 2,123- 3240,214). Así mismo,

aquellas que han tenido abortos, tienen 25 veces más probabilidades de asistir al control prenatal que las que refieren nunca haber abortado (**OR**=25,230; **I.C. 95%**= 1,561- 407,880). Estas asociaciones son estadísticamente significativas. (Ver Tabla 10).

6.5.4. Factores asociados a la realización de la citología vaginal entre las mujeres participantes.

En las mujeres con discapacidad motora que tienen pareja la probabilidad de realizarse la citología vaginal aumenta hasta 10,7 veces más que en quienes no tienen pareja (**OR**=10,798; **I.C. 95%**= 2,038- 57,200). Las mujeres que viven con más de 4 personas (**OR**=0,160; **I.C. 95%**= 0,033- 0,769) y quienes tienen una familia normofuncional (**OR**=0,121; **I.C. 95%**= 0,021- 0,679) también tienen menor probabilidad de realizarse una citología vaginal. Del mismo modo aquellas que tienen un apoyo social normal tienen 6,4 veces más probabilidad de realizarse una citología vaginal que quienes tienen un apoyo social bajo (**OR**=6,465; **I.C. 95%**= 1,416- 29,512) y a su vez aquellas que tienen cerca el centro de salud también tienen 9,3 veces más probabilidad de realizarse la citología vaginal que quienes lo tienen lejos de su hogar (**OR**=9,396; **I.C. 95%**= 1,192- 74,087) (Ver Tabla 11).

6.5.5. Factores asociados a la realización de la mamografía entre las mujeres participantes.

En las mujeres con discapacidad motora tener pareja (**OR**= 0,036; **I.C. 95%** = 0,004 - 0,363), haber realizado estudios superiores a la secundaria (**OR**= 0,022; **I.C. 95%** = 0,001 - 0,001), vivir con más de 4 personas (**OR**= 0,063; **I.C. 95%**= 0,007 - 0,596) y estar satisfecho con el tiempo que le dedica su médico durante las consultas médicas (**OR**= 0,044; **I.C. 95%**= 0,000 - 0,374), reduce la probabilidad de realizarse la mamografía. Así mismo, estar satisfecho con la disposición del personal para ayudarlo aumenta 162,8 veces la probabilidad de realizarse la mamografía (**OR**= 162,897; **I.C. 95%**= 2,226 - 11920,279) y aquellas mujeres que refieren estar satisfechas con la comodidad y amplitud de la sala de espera tienen 21,2 más probabilidad de realizarse la mamografía que quienes no lo estén (**OR**= 21,212; **I.C. 95%**= 1,288 - 349,226) (Ver Tabla 12).

6.5.6. Factores asociados a la realización del examen de próstata entre los hombres participantes.

En los hombres estar satisfecho con las instalaciones y equipamiento del centro de salud aumenta 8,5 veces la posibilidad de realizarse el examen de próstata (**OR**= 8,560; **I.C. 95%**1,118-65,530) (Ver Tabla 13).

7. DISCUSIÓN

La utilización de los servicios de salud preventivos por adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la ciudad de Cartagena, está mediada por factores predisponentes, capacitantes y necesidades de salud que se relacionan entre sí y explican el poco uso de estos servicios.

La mayor parte de las personas con discapacidad motora, son hombres con un 64,5% (204) resultados que se relacionan con la información encontrada en las bases de datos del Sisben donde la proporción de la población con discapacidad del sexo masculino supera la de la población femenina y con los de González y colaboradores (45), en un estudio realizado en Chile y contando con una muestra de 42 pacientes con discapacidad motora, de los cuales el 57% son de sexo masculino; a la vez estos se diferencian de los encontrados por Cardona Arango y colaboradores (11) en su estudio realizado en Medellín y contando con una muestra de 140.000 personas con algún tipo de limitación, de las cuales el 53,2% son mujeres; Desde edades muy tempranas los hombres tienen mayor probabilidad de verse involucrados en accidentes tanto de tipo laboral como de tránsito, esto se relaciona estrechamente con los oficios y/o profesiones a las que estos se dedican, las cuales los mantienen expuestos a situaciones que puedan resultar finalmente en una discapacidad. Sin embargo, teniendo en cuenta que en el país el sexo femenino es más predominante (50.8%) que el masculino (49.2%) también puede resultar elevado el porcentaje de mujeres con algún tipo de limitación en particular (46, 47,48).

La edad promedio del presente estudio fue de 48 años muy similar a lo encontrado en el estudio de Cardona Arango y colaboradores (11) en donde la edad promedio fue de 46 años, y Kroll T y colaboradores (49), en un estudio realizado en EE.UU, en grupos focales de adultos con discapacidad física, en donde la edad promedio correspondió a 46 años, teniendo en cuenta que dentro de las principales causas de discapacidad se encuentran los accidentes, y gran parte de estos se presentan en los ambientes laborales, la edad de esta población es aun productiva, lo cual indica que hay una alta probabilidad de haber adquirido la discapacidad motriz en el lugar de trabajo (50).

Además en el presente estudio se encontró que el 43,1% (136) de los participantes tiene pareja, situación diferente a la encontrada en la política pública de discapacidad del distrito de Cartagena: “Claves para la participación con inclusión social 2010-2015” (9), donde el 60,18% son solteros, y en el estudio de Cardona Arango y colaboradores (11) donde predominó el estado civil soltero con el 50,5%, luego los casados o en unión libre con un 30,5%. A lo largo de la edad adulta las personas atraviesan por numerosos cambios en su vida personal, familiar, y laboral, es a esta edad que se establecen las relaciones íntimas y afectivas que marcaran la toma de decisiones para que estas permanezcan solteras o decidan tener pareja, generalmente en esta etapa de la vida las personas se casan, tienen hijos, trabajan, etc, por esto se puede decir que uno de los acontecimientos vitales que ocurren durante esta etapa es la necesidad de tener una organización familiar, sin dejar de lado las situaciones

sociales que surgen a partir de la unión con otra persona. Por esta razón al utilizar en nuestro estudio población adulta predomino la proporción de personas casadas y en unión libre; sin embargo en la política pública de discapacidad del distrito de Cartagena: “Claves para la participación con inclusión social 2010-2015” (9), y en el estudio de Cardona Arango y colaboradores (11), la población objeto incluyo personas con discapacidad de todas las edades lo que marca la diferencia entre los resultados (51).

En cuanto al nivel educativo se encontró que el 10,1% (32) de los participantes son analfabetas, el 24,1% (76) solo cursaron la primaria, el 41,8% (132) tiene ingresos mensuales inferiores a un SMLV y el 82,6% (261) están clasificados en el estrato 1, resultados similares a los encontrados en la política pública de discapacidad del distrito de Cartagena: “Claves para la participación con inclusión social 2010-2015” (9), donde el 45,87% de personas identificadas con discapacidad carece de nivel de escolaridad, el ingreso promedio mensual alcanza la suma de \$178.183 m/c, y el 96,6% de la población con discapacidad de la base de datos del SISBEN se encuentra en los niveles 1 y 2. Solo el 41,5% (131) de los participantes del estudio trabajan, resultados similares a los encontrados en el estudio de Hurtado Floyd y colaboradores (15) donde el 53% estaba activo laboralmente y diferente a los de política pública de discapacidad del distrito de Cartagena: “Claves para la participación con inclusión social 2010-2015” (9) donde el 14,22% trabaja. El bajo nivel educativo incide directamente en sus posibilidades laborales y se ve reflejado en el mínimo ingreso que están recibiendo las personas que actualmente tienen algún tipo de vinculación laboral, sea por estar empleados en alguna empresa o por hacerlo de manera independiente, dedicándose a algún tipo de actividad que pueda ser remunerada, todo lo anterior se traduce en el círculo de pobreza y vulnerabilidad al cual se encuentra expuesta esta población, que en su gran mayoría reciben menos de un SMLV y son excluidas en materia de trabajo, educación y participación social (8).

Con respecto a la causa de la discapacidad se encontró que el 59,8% (189) de las personas encuestadas adquirió la discapacidad como resultado de una enfermedad adquirida, de los cuales el 63,5% (120) son por secuela de poliomielitis, resultados diferentes a los encontrados en el estudio de Kroll T y colaboradores (49) donde se encontró como principal causa de la condición de discapacidad la lesión de medula espinal. La poliomielitis es una enfermedad infecciosa que ataca el sistema nervioso y es capaz de destruir células nerviosas encargadas del control de los músculos, provocando que los músculos afectados no cumplan su función y como consecuencia quien la padezca presenta una atrofia muscular que se traducirá en una discapacidad motriz, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que hay 12 millones de personas en todo el mundo con algún grado de discapacidad causada por la poliomielitis; sin embargo vale la pena aclarar que existen otras condiciones que pueden provocar que las personas adquieran una discapacidad, dentro de ellas se encuentran las lesiones medulares las cuales en su mayoría son consecuencia de traumatismos causados por accidentes de toda índole, que pueden traer consigo la pérdida parcial o total del control motor y la sensibilidad en las extremidades de quienes las sufren (52,53,54).

Con relación a la afiliación al sistema de seguridad social, el 79,1 % (250) se encuentra afiliados al régimen subsidiado, y el 72,4% (229) ha asistido a una consulta para el cuidado de su salud en los últimos 12 meses, situación muy parecida a la encontrada en el estudio de Gómez y colaboradores (8), donde el 72,5% son personas afiliadas al régimen subsidiado y el 72,6% ha asistido a los servicios de atención general en salud en el último año; el régimen subsidiado en salud se constituye como un mecanismo a través del cual la población de escasos recursos accede a los servicios de salud, por esta razón teniendo en cuenta que el nivel socioeconómico se relaciona de manera directa con el régimen en salud de las personas y recordando que gran parte de la población con discapacidad motora pertenece a estratos socioeconómicos bajos es casi seguro que la mayoría de esta población pertenezca al régimen subsidiado de salud (55).

Además con relación al estado de salud en general el 54,8% (173) considera no tener un estado de salud bueno, resultado similar al encontrado en el estudio de Cardona Arango y colaboradores (11), donde el 55,9% percibe su salud como mala y regular, el estado de salud de las personas está definido por el bienestar que perciben estas en los diferentes ámbitos de la vida (Mental, social, físico), las personas con discapacidad de cualquier tipo se ven sometidas a múltiples cambios biopsicosociales, que de una u otra forma inciden negativamente en su estado de salud, es por eso que estos individuos en múltiples ocasiones consideran no poder gozar la plenitud que se quiere en su salud (56).

En lo que se refiere a la realización de exámenes preventivos, las personas con discapacidad motora son más propensas a no utilizar los servicios de salud preventivos a pesar de ser quienes tienen mayor riesgo de afecciones secundarias y más comportamientos que ponen en riesgo su salud, a diferencia de la población en general (49). De los hombres el 83,3% (110) no se ha realizado el examen de próstata, resultados similares a los encontrados en el estudio de Cardona Arango y colaboradores (11) donde el 64,0% de los hombres no se ha realizado el examen de próstata. Actualmente el cáncer de próstata se constituye como la segunda causa de muerte por cáncer en hombres, es importante tener en cuenta que a pesar de lo agresiva que pueda llegar a ser esta afección en muchas ocasiones no se manifiestan síntomas, es por esto que a partir de los 40 años los hombres deben someterse al examen de próstata, una técnica que permitirá detectar a tiempo cualquier anomalía que pueda existir en la glándula prostática; sin embargo muchos hombres experimentan sentimientos de miedo a padecer una enfermedad, temor a la homosexualidad, entre otras razones que rodean su mente e impiden que estos tomen la decisión de someterse a este sencillo, rápido y no doloroso examen (57).

De las mujeres el 74,1% (83) se ha realizado la citología vaginal, y el 49,1% (57) no se ha realizado el autoexamen de seno, resultados similares a los encontrados en el estudio de Cardona Arango y colaboradores (11) donde el 50,8% se ha hecho la citología cervical y el 57,7% no se ha realizado el autoexamen de seno. Las mujeres a lo largo de los años se han caracterizado por utilizar más los servicios de salud que los hombres, debido a que se cree que estas tienen mayores razones para hacer uso de

estos, sin embargo es frecuente encontrar que un alto porcentaje de mujeres no asiste a centros de salud, hospitales o clínicas a solicitar atención, lo cual se traduce en mayores problemas de salud y en una mayor gravedad de estos por ser detectados cuando ya han avanzado. En la población general el cáncer de cuello uterino se establece como la segunda causa de muerte en mujeres, por su parte el de seno como la primera causa, dichos cánceres no conocen fronteras y son capaces de atacar a las mujeres por igual sin importar la condición en la que estas se encuentren, por esta razón es fundamental que toda mujer discapacitada o no, a partir de los 18 años se realice la citología cervical anualmente, así como se realice al autoexamen de seno cada mes con el fin último de detectar tempranamente cualquier alteración que pueda resultar en una afección maligna para la mujer, y que pueda traer consecuencias graves para la vida de la mujer (58, 59,60).

Haciendo alusión a la funcionalidad familiar el 37% (117) considera tener algún grado de disfuncionalidad en su familia, resultados similares a los encontrados en el estudio de Carrasquilla y colaboradores (61) en donde el 37,5% (64.414) de las personas con discapacidad perciben actitudes negativas de sus familias. La familia es la unidad básica de la sociedad, en ella se transmiten creencias, valores y hábitos que contribuyen a la formación de identidad de cada individuo como ser social, sin embargo el hecho de que esta sea universal no implica uniformidad en su funcionalidad, por el contrario se encuentra expuesta a diferentes factores que pueden originar disfuncionalidad. El principal apoyo para una persona con discapacidad es la familia, quien ofrece el apoyo para que sean desarrolladas habilidades y competencias personales y sociales, permitiéndole a la persona en condición de discapacidad y a todo el núcleo familiar crecer con autonomía, autoestima y seguridad. Sin embargo todas las familias experimentan cambios que generan eventos estresantes, lo cual no es una excepción para las familias de las personas con discapacidad quienes se enfrentan a diversas situaciones que se reflejan en las relaciones intrafamiliares llevando incluso a la disfunción familiar y/o disgregación de la familia. Así mismo las condiciones de vida de las personas con discapacidad afectan a quienes conviven con ellas, generando mayores factores de riesgo en el núcleo familiar (mala alimentación, altos niveles de desatención en salud, escaso acceso a los servicios públicos, hacinamiento, dificultades en saneamiento básico, etc.), de igual manera a nivel familiar se ven afectadas las oportunidades laborales de toda la familia, lo cual lleva al deterioro no solo de las condiciones laborales sino también de las condiciones de salud y funcionamiento del grupo familiar (8,62).

Los factores asociados a la utilización de los servicios de salud preventivos en adultos con discapacidad motora son: ser hombre, tener un trabajo, tener una familia normo funcional, tener un apoyo social normal y estar satisfecho con la señalización del lugar donde recibe atención médica. Es un hecho conocido que el sexo femenino utiliza más los servicios de salud que el masculino, sin embargo esto no es constante para todos los grupos sociales, ya que depende de las necesidades particulares de cada sexo, de la etapa del ciclo vital en la que se encuentren, del estrato socioeconómico, del servicio demandado (63). En el caso de la funcionalidad

familiar, el hecho de que exista una dinámica familiar es un factor importante teniendo en cuenta que es la familia como subsistema social quien regula las demandas y necesidades de cada uno de los miembros de la misma, ahora bien, las disfuncionalidades familiares son capaces de generar problemas de salud en algunos o todos sus miembros, por esta razón las familias con disfuncionalidad deberían tener mayor demanda de los servicios de salud (64,65)

El apoyo social es entendido como ese conjunto de recursos materiales y humanos con que cuenta un individuo o una familia para superar una determinada crisis, este es capaz de incrementar el bienestar físico y emocional de las personas, por lo cual el hecho de tener un bajo apoyo social, conlleva a tener conductas negativas con respecto a la salud, lo que se traduce en la no utilización de los servicios de salud preventivos (66). Al referirnos a la satisfacción de las personas con los servicios de salud, hablamos también de la calidad del servicio ofrecido, y por ende del cumplimiento que este tiene con subsanar las necesidades de salud del usuario, por lo tanto, las personas que se sientan satisfechas con la prestación de servicios de salud, continuara haciendo uso de estos, mantendrá el vínculo con los prestadores de estos, cumplirá con las consultas asignadas, así como aportaran información valiosa relacionada con la prestación de un determinado, por esto es importante garantizar que los servicios de salud se brinden siempre con la mejor calidad posible (67).

En lo que se refiere a los factores asociados a la utilización de los servicios de salud preventivos por género, se encontró que se asocian en las mujeres, el estado civil, el nivel de escolaridad, el número de convivientes, el número de cesáreas y abortos, la funcionalidad familiar, el apoyo social, el nivel de satisfacción y la ubicación del centro de salud, mientras que en los hombres solo se asoció el nivel de satisfacción, resultados diferentes a los encontrados por Kung P y colaboradores (68), donde los factores que influyeron en el uso de servicios preventivos de salud fueron el sexo, edad, nivel de urbanización, sueldo mensual, el estado de los hogares de bajos ingresos, el estado de los aborígenes, enfermedad catastrófica / estado de la lesión, las enfermedades crónicas, el tipo de la discapacidad, y la gravedad de la discapacidad. Así mismo en el presente estudio tener pareja aumenta 10,7 veces la probabilidad de realizarse la citología vaginal (**OR**=10,798; **I.C. 95%**= 2,038-57,200), así como disminuye la probabilidad de realizarse la mamografía (**OR**= 0,036; **I.C. 95%** = 0,004 - 0,363), resultados similares a los encontrados por Yen y colaboradores (69), donde los que estaban casados tenían 1,11 veces la tasa de utilización (**OR** = 1,11; **IC del 95%** = 1,7 a 1,15) de los que eran solteros.

La principal fortaleza de esta investigación fue abarcar una población representativa de adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de Cartagena, lo que permite conocer la utilización de los servicios de salud preventivos aproximándose a la identificación y comprensión de algunos factores que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de hacer uso de estos.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran que las personas con discapacidad son una población difícil de intervenir, en repetidas ocasiones no desearon participar

en el estudio, manifestando ser utilizados como objeto de estudio sin que los resultados obtenidos sean socializados con ellos, ni ayuden a mejorar sus condiciones.

8. CONCLUSIONES

Una pequeña parte de las personas encuestadas se encuentra inscrita a un programa de promoción y prevención, la mayor parte de ellos en el programa de control de la hipertensión arterial y de ellos menos de la mitad asiste a las citas programadas, lo cual nos demuestra que a pesar de que estas personas tienen alta vulnerabilidad para padecer enfermedades prevenibles la utilización de estos servicios es baja por parte de esta población.

Dentro de los factores predisponentes más de la mitad de los encuestados fueron hombres, adultos maduros, del área urbana, con pareja, con baja escolaridad, de estrato económico bajo y desempleados, lo cual indica que a nivel general son personas que no cuentan con las características y condiciones adecuadas para concientizarse de la importancia que tiene utilizar los servicios de salud preventivos.

Con relación a los factores capacitantes más de la mitad de las personas encuestadas manifestaron que se encuentran sin trabajo, casi la mitad sobrevive con menos de un SMLV, lo cual nos demuestra la mala condición económica en la que vive esta población, motivo que en ocasiones a pesar de encontrarse afiliados a un régimen de salud, los lleva a dejar de utilizar servicios de salud por falta de recursos económicos. Además una alta proporción de los encuestados considero tener un apoyo social bajo lo cual a su vez repercute en la funcionalidad de cada persona y en su conjunto de cada una de esas familias.

De igual manera en lo que se refiere a las necesidades de salud de esta población se determinó que más de la mitad de los individuos no cuenta con un buen estado de salud, la tercera parte de estos individuos padece enfermedades crónicas que requieren la asistencia a algunos programas disponible para toda la población, a pesar de que manifestaron que asisten a consultas para el cuidado de su salud pocas veces es para hacer uso de un servicio de salud preventivo y la razón principal es por falta de tiempo, lo cual a su vez nos demuestra el poco interés que tiene esta población por mejorar y mantener su estado de salud. Un alto número de personas con discapacidad motora no conoce de la existencia de algunos exámenes preventivos que son gratuitos y están disponibles para toda la población en general, este se constituye como un factor que influye en que no se los realicen. Del mismo modo hay gran insatisfacción por parte de estos usuarios en cuanto a la prestación de los servicios por parte del personal de la salud.

Finalmente es importante tener en cuenta que a pesar de los riesgos no derivados de la discapacidad motora, la utilización de servicios de salud preventivos por esta población es muy baja. En general la utilización de los servicios de salud se ve influenciada por el sexo, el trabajo, la funcionalidad familiar, el apoyo social, y la satisfacción con los servicios. En las mujeres las variables, tener pareja, estudios superiores a la secundaria, vivir con más de 4 personas, haber tenido cesáreas, haber tenido abortos, tener una familia normofuncional, tener un apoyo social normal, estar

satisfecho con el tiempo que le dedica su médico, estar satisfecho con la disposición del personal para ayudarlo, estar satisfecho con las comodidad y amplitud de la sala de espera y tener cerca el centro de salud, mostraron asociarse a la utilización de servicios de salud preventivos (Control prenatal, citología vaginal y mamografía).

En los hombres la variable estar satisfecho con las instalaciones y equipamiento del centro fue la única que mostro asociación con la utilización de servicios de salud preventivos (examen de próstata).

9. RECOMENDACIONES

Los resultados encontrados en el estudio permiten proponer las siguientes recomendaciones:

- Fortalecimiento, organización y prestación adecuada de los programas de promoción y prevención por parte de las instituciones prestadoras de los servicios de salud, Teniendo en cuenta toda la normatividad actual vigente, la cual debe ser conocida y aplicada por parte de todo el personal de salud con el fin de mejorar la utilización de estos servicios por parte de las personas con discapacidad motora.
- Implementar la estrategia informar educar y comunicar (IEC) por parte del personal de salud para la difusión de información acerca de la importancia de la realización de exámenes preventivos y de detección temprana de algunas alteraciones de salud (autoexamen de seno, citología vaginal, mamografía, examen de próstata, entre otros), con el objetivo de aumentar el conocimiento y por ende la realización de estos.
- Capacitar al personal de salud sobre la importancia de brindar una atención integral con calidad y calidez que permita dar respuesta a las necesidades de quienes soliciten la atención aumentando así la satisfacción de estos y promoviendo su bienestar.
- Comunicar a la secretaria de salud sobre la necesidad de que todas las instituciones de salud cuenten con equipos e instrumentos médicos que se adapten a las condiciones propias de las personas con discapacidad motora con el fin de brindar una atención equitativa a toda la población.
- Motivar a los investigadores a que realicen nuevos estudios tanto a nivel departamental como nacional y local con el fin de conocer y comparar los factores asociados a la utilización de los servicios preventivos por parte de las personas con discapacidad motora en cada población.
- Motivar a las personas con discapacidad motora a aumentar la preocupación y el interés por su estado de salud general.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Resumen informe mundial sobre la discapacidad. OMS. Banco mundial 2011. disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf. Consultado: 05-03-14.
2. Serrano C. Ramírez C. Abril J. Ramón L. Guerra L. Clavijo N. Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. Salud UIS 2013; 45 (1): 41-51.
3. Vásquez A. La discapacidad en américa latina. Disponible en: http://publications.paho.org/spanish/PC+616_Disc_America_Latina.pdf. Consultado el 24-10-2014
4. Organización mundial de la salud. Discapacidad y salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/> Consultado: 21-02-2013.
5. Secretaria De Educación Del Estado De Veracruz. Dirección General De Educación Especial. Discapacidad Motriz. Disponible en: <http://eespecial.sev.gob.mx/difusion/motriz.php>. Consultado: 24-04-2013.
6. Ministerio De Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública.2011-2021: En Colombia la salud la construyes tu) disponible en: www.minsalud.gov.co/plandecenal/.../Plan%20Decenal-Descripcion.pdf. Consultado: 7 -03- 2014.
7. Departamento Administrativo Distrital de Salud- DADIS. Reportes del Registro de Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad del Distrito de Cartagena 2013. Disponible en: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/pau/reportes_del_rlcpd_agosto_2013.pdf
8. Gómez J. Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión en Capital Humano. (Trabajo de investigación) Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha 2010.
9. Política Pública De Discapacidad En El Distrito De Cartagena “Claves Para La Participación Con Inclusión Social” 2010-2015. Recomendada su adopción por el Consejo Distrital de Política Social de Cartagena de Indias - Junio 29 de 2010.<http://www.cartagena.gov.co/Concejo/Documentos/CARTILLADISCAPACIDAD.pdf>
10. Pérez L. Salud pública y discapacidad. Cermies 4 [en línea] 2010 [fecha de acceso 31 de marzo de 014]; 44 (28). Disponible en: <file:///C:/Users/PC/Downloads/Saludpublicaydiscapacidad.pdf>
11. Cardona D. Agudelo A. Restrepo L. Segura M. Educación, salud y empleo de población con algún tipo de limitación. Medellín, 2008. Hacia la promoción de la salud. 2012; 17: 77-91.
12. Ministerio de salud y protección social. Análisis de Situación de Salud de Poblaciones Diferenciales Relevantes Ministerio de Salud y Protección Social Dirección de Epidemiología y Demografía Grupo ASIS. Disponible en:

- <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20poblaciones%20diferenciales.pdf>. Consultado: 07-03-2014.
13. Arredondo A. Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis. *Salud pública de México* .1992; 34:36-49
 14. Hernández C. Jiménez D. Inequidad en la utilización de servicios socio sanitarios en España para las personas discapacitadas. *Gac Sanit.* 2011; 25(S):85–92. C.
 15. Hurtado M. Aguilar J. Mora A. Sandoval C. Peña C. Leon A . Identificación de las barreras del entorno que afectan la inclusión social de las personas con discapacidad motriz de miembros inferiores. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2012; 28 (2): 227-237.
 16. Díaz C. Zapata Y. Aristizábal J. Acceso A los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de cali. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia).* 2011; 10 (21): 153-175.
 17. Mogollón M. Cuerpos diferentes: Sexualidad y reproducción en mujeres con discapacidad. *Ciudadanía sexual en América Latina. Abriendo el debate.* Perú: Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004.
 18. Consejo municipal de Liborina. Proyecto de política pública de discapacidad. Liborina. 2008.
 19. Ministerio De Salud y Protección Social.Discapacidad. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx> . consultado: 22-04-2013.
 20. Organización mundial de la salud. Clasificación internacional del funcionamiento (CIF) de la organización mundial de la salud –OMS. Disponible en: www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/CIF_OMS_abreviada.pdf . Consultado :07-03-2012
 21. Dirección general de educación especial. Discapacidad motriz. Disponible en: <http://eespecial.sev.gob.mx/difusion/motriz.php>. Consultado: 24-04-2013.
 22. Díaz A. Discapacidad motora. Disponible en: <https://docs.google.com/document/d/1ulpd5tpvevwn41sfeyog8zfvpxctzxvkz9h2jhtro8/edit#>. Consultado: 22-04-2014.
 23. Bustamante J. Discapacidad motora. Disponible en: <http://dmotora.blogspot.com/>. Consultado: 01-07-2014.
 24. Molina J. Poblano O. Carrillo C. Saucedo A. Utilización de servicios de salud en México. *Salud en Tabasco.* 2006; 12 (1): 427-432.
 25. Morera M. Barber P. Hernandez K. Xirinach Y. Vargas J. Factores Relacionados con la Utilización de Servicios de Salud en Costa Rica. *Rev. Salud pública.* 2009; 11 (3): 323-335,
 26. Lima J. Lima M. Jimenez N. Dominguez I. Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepcion del estado de salud familiar. *Rev Esp Salud Pública* 2012, Vol. 86, N.º 5
 27. Forero L. Avendaño M. Duarte Z. Campo A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en

- estudiantes de básica secundaria. revista colombiana de psiquiatría.2006;1: 23-29
28. Frias M. Diaz R. Reyes I. Desarrollo y Validación de una Escala para Medir Apoyo Social en Adultos con Perspectiva de Apego. RIDEP · N° 32 · VOL. 2 · 2011
 29. Vinaccia S, Quiceno J, Fernández H, Contreras F, Bedoya M, Tobón S, Zapata M. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. Psicología y Salud, Vol. 15, Núm. 2: 207-221, julio-diciembre de 2005
 30. Colombia. Resolución 3165 de 1996. Adopta lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías. Bogotá: ministerio de salud y protección social. 1996
 31. Cuellar I. Dresch V. Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. RIDEP · N° 34 · VOL. 1 · 2012
 32. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en 6 ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Pública. 2009; 27(2):121-130.
 33. Gutierrez L. Implementación de la Resolución 412 una experiencia en la IPS Comfamiliares. Hacia promoción de la Salud; 2003 (8): 13-19.
 34. Colombia, Bogotá. Ministerio de Salud. Resolución 0412 DE 2000, Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: ministerio de salud; 2000).
 35. Discapacidad Colombia. Legislación. Disponible en: <http://discapacidadcolombia.com/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=34>. Consultado: 20-03-2014.
 36. Ministerio de protección social. Normograma actualizado de discapacidad 2010. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/PageNotFound.aspx?requestUrl=http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/NORMOGRAMA%20DISCAPACIDAD%201.pdf> consultado el 07-03-2014
 37. Colombia. congreso de la República de Colombia Ley 361. Por la cual se establecen mecanismos de integración social de la personas con limitación y se dictan otras disposiciones. Secretaría general de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Bogotá. 1997.
 38. Colombia. Congreso de la república de Colombia. Ley 1151 de 2007. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010. Bogotá: ministerio de protección social. 2007.
 39. Colombia. Ley 1618 27 febrero 2013. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Bogotá: ministerio de salud y protección social. 2013.

40. Colombia. Ley 100 De 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de salud y protección social.1993.
41. Colombia. El Presidente de la República de Colombia. Decreto 1538 de 2005. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 361 de 1997. Bogotá: 2005
42. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18 (6): 289-295.
43. Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria, 1996; 18: 153-63.
44. Varela J.Rial A. Garcia E. Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria. Psicothema.2003;15:656-661.
45. Gonzalez S. Tello J. Silva P. Luders C. Butelmann S. Fristch R. Et al. Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. Rev chil neuro-psiquiat 2012; 50 (1): 23-34.
46. Organización mundial de la salud. Lesiones causadas por el tránsito. Disponible en: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>. Consultado: 06-08-2015.
47. Paritarios. Las mujeres sufren más enfermedades laborales. Disponible en: http://www.paritarios.cl/actualidad_mujeres_enfermedades_laborales.htm . Consultado: 06-08-2015.
48. Countrymeters. Población de Colombia. Disponible en: <http://countrymeters.info/es/Colombia>. Consultado: 06-08-2015.
49. Kroll T. Jones G. Kehn M. Neri M. Barriers and strategies affecting the utilisation of primary preventive services for people with physical disabilities: a qualitative inquiry. Health and Social Care in the Community 14(4), 284–293.
50. Organización mundial de la salud. Lesiones causadas por el tránsito. Disponible en: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>. Consultado: 06-08-2015.
51. Cornachione M. Psicología del desarrollo. Argentina: editorial brujas. 2006: 3-9.
52. Organización mundial de la salud. Lesiones medulares. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs384/es/>. Consultado: 07-08-2015.
53. Rreve foundation. Efectos tardíos de la poliomielitis. Disponible en:http://www.christopherreeve.org/site/c.lqLPIXOAKnF/b.4636685/k.9BB1/Efectos_Tard237os_de_la_Poliomielitis.htm. Consultado: 07-08-2015.
54. Discapnet. Poliomielitis. Disponible en: <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Discapacidades/Desarrollo%20Motor/Poliomielitis/Paginas/cover%20poliomelitis.aspx>. Consultado: 07-08-2015.

55. Ministerio de salud. Régimen subsidiado. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>. Consultado: 06-08-2015
56. Organización mundial de la salud. ¿Cómo define la OMS la salud?. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>. Consultado: 06-08-2015.
57. RPP noticias. ¿ Por qué los hombres le tienen miedo al examen de próstata?. Disponible en: http://www.rpp.com.pe/2015-07-20--por-que-los-hombres-le-tienen-miedo-al-examen-de-prostata-noticia_818777.html. Consultado: 07-08-2015. 47
58. Levine R. Glassman A. Schneidman M. La salud de la mujer en America Latina y el Caribe. Estados unidos de America: Banco interamericano de desarrollo. 2001: 39-42.
59. Canceronline. Cáncer de mama. Disponible en: http://www.canceronline.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=54. Consultado: 06-08-2015.
60. Vanguardia. 9 mujeres mueren diariamente a causa de cáncer de cuello uterino. Disponible en: <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/253975-9-mujeres-mueren-diariamente-a-causa-de-cancer-de-cuello-uterino>. Consultado: 06-08-2015.
61. Carrasquilla G, Martínez S, Latorre M, Garcia S, Rincon C, Olaya C, Castro R, et al. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico. Fundación Saldarriaga Concha y Fundación Santa Fe de Bogotá. 2009. Disponible en: <https://mesadesplazamientoydiscapacidad.files.wordpress.com/2010/05/doc-fundac-2009.pdf>. Consultado: 06-08-2014.
62. Departamento administrativo nacional de estadística. Información estadística de la discapacidad. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/inform_estad.pdf. Consultado: 06-08-2015.
63. Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Pública 2002; 33: 5-6.
64. Gutiérrez L. funcionalidad familiar y frecuencia de asistencia a la consulta de higiene infantil. Ambulatorio tipo urbano III “Don Felipe ponte Hernández”. Cabudare. EDO. LARA [trabajo de grado]. Barquisimeto: Universidad centroccidental “Lisandro Alvarado”; 2001.
65. Mendoza R. Umberto J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad. Saúde Pública. 2001. 17(4):819-832.
66. Castro R. Campero L. Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. Rev. Saúde Pública. 1997. 31 (4) : 425-35.

67. Pérez CM, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu M del C, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008;34(4):0-0.
68. Kung P, Tsai W, Li Y. Determining factors for utilization of preventive health services among adults with disabilities in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*. 2012; 33 (1): 205–213
69. Factors associated with free adult preventive health care utilization among physically disabled people in Taiwan: nationwide population-based study. [Base de datos en línea]. Taiwán: BMC Health Services Research; 2014. Disponible en: <http://ezproxy.unicartagena.edu.co:2099/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=5e3da485-383b-40c9-973c-f0eb002e15d7%40sessionmgr4004&hid=4212>.

ANEXO 1
FORMATO DE ENCUESTA PARA HOMBRES ADULTOS CON
DISCAPACIDAD MOTORA

Encuesta N° _____ Barrio: _____ Dirección: _____		
Nombre _____		y
apellidos: _____		
a) Variables socio demográficas		
1. Edad: _____ años cumplidos.		
2. Sexo: M - F		
3. Procedencia: rural _____ urbana _____		
4. Estado civil: Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Viudo(a) _____ Divorciado(a) _____ Separado(a) _____ U. libre _____		
5. Nivel educativo: Analfabeta _____ Primaria incompleta _____ Primaria completa _____ Bach. Incompleto _____ Bach. completo _____ Técnico _____ Tecnólogo _____ Universitario _____.		
6. Seguridad social: vinculado _____ subsidiado _____ contributivo _____ especial: _____		
7. Estrato social: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____		
8. Ocupación: empleado _____ independ. _____ desempleado _____ estudiante _____		
9. Ingreso familiar mensual _____ ingreso personal si _____ no _____ cuanto _____		
10. Número de personas con las que convive: _____ Tipo de familia _____		
	Edad	Parentesco
b) Factores capacitantes		
11. Trabaja actualmente Sí _____ No _____		
12. Como trabajador está afiliado a una Administradora de Riesgos Profesionales (ARP)? Sí _____ No _____ No sabe _____		
13. Recibe alguna Pensión Sí _____ No _____		
14. Ingresos mensuales (cantidad aproximada) - _____		
15. Está afiliado o es beneficiario de una entidad del Sistema de Seguridad Social en Salud? EPS (Contributivo) _____ EPS (Subsidiado) _____ Especial _____ (Fuerzas Armadas Ecopetrol, Universidades Públicas, Magisterio) No Está Afiliado(A) _____ No Sabe _____		
C) Necesidades de salud		

16. Que enfermedad le fue diagnosticada? _____
17. Como cree que es su estado de salud en general: Excelente ____ Muy Bueno ____ Bueno ____ Regular ____ Malo ____
18. Padece alguna enfermedad crónica además de la discapacidad? Si ____ No ____
19. A observado cambios en el estado de su salud en los últimos 6 meses? Si ____ No ____
20. En los últimos 12 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud? Si ____ No ____ No Sabe ____
21.Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o recibió atención médica? Caso Leve ____ Falta De Tiempo ____ Servicio Queda Lejos ____ Transporte Muy Costoso ____ Servicio Muy Costoso ____ Servicio De Mala Calidad ____ Fue Pero No Lo Atendieron ____ No Confía En Médicos ____ Muchos Trámites ____ No Sabe Dónde Prestan El Servicio ____ Horarios De Consulta No Le Sirven ____ Demora En La Asignación De Citas ____ Demora En La Atención En El Sitio ____ No Sabía Que Tenía Derecho ____ Otra ____
22. En los últimos 12 meses se ha realizado el examen de agudeza visual: Si ____ No ____ porque ____
23. En los últimos 6 meses ha asistido a citas odontológicas: Si ____ No ____ Porque ____
24. Sabe usted que es el examen de próstata Si ____ No ____
25. Se ha realizado alguna vez el examen de próstata Si ____ No ____
26. Reclamo los resultados Si ____ No ____ Porque ____
27. Los resultados fueron: Normales ____ Anormales ____ No sabe ____
D) Utilización de servicios
28. Con qué frecuencia asiste a una consulta médica al año? 1-2 veces ____ 3-4 veces ____ más de 4 veces ____
29. En los últimos 6 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud? Si ____ No ____
30.Cuál ha sido el motivo de consulta al médico? Asistencia a un programa de P y P ____ Urgencia ____ Rutina ____
31. Está inscrito a alguno de los programas de Promoción y prevención? Si ____ No ____
32. Cuanto tiempo de afiliación tiene? _____ años o _____ meses

VALORACIÓN DEL APOYO FAMILIAR - APGAR

Por cada ítem contenido en el siguiente formato, debe seleccionar la opción que corresponda según su condición.

APGAR	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones.			
Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como tristeza, rabia, amor.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia y yo compartimos el tiempo, el dinero y el espacio.			

ENCUESTA DE APOYO SOCIAL - DUKE UNC 11

ÍTEMS	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibe visitas					
2. Recibe ayuda para realizar sus trabajos en casa					
3. Recibe elogios ante el trabajo bien hecho					
4. Cuenta con personas de que se preocupan de lo que le sucede a usted					
5. Recibe cariño y afecto.					
6. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo y/o en la casa					
7. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares.					
8. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos					

9. Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas						
10. Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida.						
11. Recibe ayuda cuando está enfermo.						

ENCUESTA DE SATISFACCION Y NECESIDAD

I. SATISFACCIÓN		
La siguiente escala evalúa la satisfacción de los usuarios con los servicios de atención primaria.		
Personal sanitario	Satisfecho (1)	Insatisfecho (0)
1. Tiempo que le dedica su médico		
2. Solución que el médico/enfermera le da		
3. Interés del médico en explicarle su dolencia		
4. Información proporcionada sobre el tratamiento		
Personal de apoyo		
5. Trato recibido por el resto de personal		
6. Disposición del personal para ayudarle		
Condiciones físicas		
7. Comodidad y amplitud de la sala de espera		
8. Instalaciones y equipamiento del centro		
9. Señalización interna del centro		

1. Tiempo de espera desde que llego al servicio hasta que recibió la atención: ____	
2. El centro de salud o clínica se encuentra ubicado:	3. Para asistir a las consultas usted debe:
1. Muy lejos _____ 2. Lejos _____ 3. Cerca _____	1. Tomar un taxi _____ 2. Tomar una moto-taxi _____ 3. Tomar una buseta _____ 4. Caminar _____
4. La asignación de citas médicas se demora? Entre 1-3 días ____ Entre 4-7 días ____ más de 7 días ____	

ANEXO 2
FORMATO DE ENCUESTA PARA MUJERES ADULTAS CON
DISCAPACIDAD MOTORA

Encuesta N° _____ Barrio: _____ Dirección: _____		
Nombre _____		y
apellidos: _____		
a) .Variables socio demográficas		
1. Edad: _____ años cumplidos.		
2. Sexo: M F		
3. Procedencia: rural _____ urbana _____		
4. Estado civil: Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Viudo(a) _____ Divorciado(a) _____ Separado(a) _____ U. libre _____		
5. Nivel educativo: Analfabeta _____ Primaria incompleta _____ Primaria completa _____ Bach. Incompleto _____ Bach. completo _____ Técnico _____ Tecnólogo _____ Universitario _____.		
6. Seguridad social: vinculado _____ subsidiado _____ contributivo _____ especial: _____		
7. Estrato social: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____		
8. Ocupación: ama de casa _____ empleada _____ independ. _____ desempleada _____ estudiante _____		
9. Ingreso familiar mensual _____ ingreso personal si _____ no _____ cuanto _____		
10. Número de personas con las que convive: _____ Tipo de familia _____		
	Edad	Parentesco
b) Factores capacitantes		
12. Trabaja actualmente Sí _____ No _____		
13. Recibe alguna Pensión Sí _____ No _____		
14. Ingresos mensuales (cantidad aproximada) - _____		
15. Está afiliado o es beneficiario de una entidad del Sistema de Seguridad Social en Salud? EPS (Contributivo) _____ EPS (Subsidiado) _____ Especial _____ (Fuerzas Armadas Ecopetrol, Universidades Públicas, Magisterio) No Está Afiliado(A) _____ No Sabe _____		
C) Necesidades de salud		
16. Que enfermedad le fue diagnosticada? _____		

<p>17. Como cree que es su estado de salud en general: Excelente ____ Muy Bueno ____ Bueno ____ Regular ____ Malo ____</p>
<p>18. Padece alguna enfermedad crónica además de la discapacidad? Si ____ No ____</p>
<p>19. A observado cambios en el estado de su salud en los últimos 6 meses? Si ____ No ____</p>
<p>20. En los últimos 12 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud? Si ____ No ____ No Sabe ____</p>
<p>21.Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o recibió atención médica? Caso Leve ____ Falta De Tiempo ____ Servicio Queda Lejos ____ Transporte Muy Costoso ____ Servicio Muy Costoso ____ Servicio De Mala Calidad ____ Fue Pero No Lo Atendieron ____ No Confía En Médicos ____ Muchos Trámites ____ No Sabe Dónde Prestan El Servicio ____ Horarios De Consulta No Le Sirven ____ Demora En La Asignación De Citas ____ Demora En La Atención En El Sitio ____ No Sabía Que Tenía Derecho ____ Otra ____</p>
<p>22. En los últimos 12 meses se ha realizado el examen de agudeza visual: Si ____ No ____ porque ____</p>
<p>23. En los últimos 6 meses ha asistido a citas odontológicas: Si ____ No ____ Porque ____</p>
<p>24. Durante sus embarazos asistió a las citas de control prenatal Si ____ No ____</p>
<p>25. Formula gestacional : G ____ P ____ C ____ A ____</p>
<p>26. Por qué no se hizo control del embarazo? Falta De Tiempo ____ Servicio Queda Lejos ____ Transporte Muy Costoso ____ Servicio Muy Costoso ____ Servicio De Mala Calidad ____ Fue Pero No La Atendieron ____ No Confía En Los Médicos ____ Muchos Trámites ____ No Sabe Donde Prestan El Servicio ____ Inseguridad ____ Horarios De Consulta No Le Sirven ____ Demora En La Asignación De Citas ____ Demora En La Atención En El Sitio ____ No Sabía Que Tenía Derecho ____ Esposo/Compañero No La Dejó ____ Padres No La Dejaron ____ Otro ____?</p>
<p>27. Usa actualmente un método de planificación familiar Si ____ No ____</p>
<p>28. Ud. ha oído hablar de la citología vaginal? Sí ____ Si con ayuda ____ No ____</p>
<p>29. Alguna vez se ha realizado una citológica vaginal Sí ____ No ____</p>
<p>30. En qué mes y año le hicieron la última citología vaginal Mes ____ Año ____ No sabe ____ No recuerda el mes ____</p>
<p>31. La última citología fue hace más de 3 años? Si ____ No ____ No Sabe/No Recuerda ____</p>
<p>32. Con qué frecuencia se hace Ud. la citología vaginal? Más De Una Vez Al Año ____ Cada Año ____ Cada Tres Años ____ Se La Ha Hecho Sólo Una Vez ____ Otro ____ (Especifique)</p>
<p>33. Dónde le hicieron la última citología vaginal? Hospital/Clínica/Institución/ ____ Puesto de salud ____ Consultorio Médico ____ Particular ____ Profamilia ____ Liga contra el cáncer ____ Otro ____</p>

<p>34. Cuál fue el resultado de la última citología vaginal? Normal ____ Anormal ____ No recuerda ____</p> <p>35. Cuál es la razón principal por la cual no le han hecho una (nueva) citología vaginal? Servicio Queda Lejos ____ Transporte Muy Costoso ____ Servicio Muy Costoso ____ Servicio De Mala Calidad ____ Fue Pero No La Atendieron ____ No Confía En Médicos ____ Muchos Trámites ____ No Sabe Dónde Prestan El Servicio ____ Horarios De Consulta No Le Sirven ____ Demora En La Asignación De Citas ____ Demora En La Atención En El Sitio ____ No Sabía Que Tenía Derecho EPS No La Ha Autorizado ____ No Le Explicaron Que Era Importante ____ Creé Que Puede Esperar ____ Miedo/Temor ____ Pereza/Descuido ____ Médico No Se La Ha Ordenado ____ A Su Edad Cree Que No Es Necesario ____ No Tiene Una Vida Sexual Activa ____ No Se Siente Enferma ____ Otro ____</p>
<p>36. Sabe usted qué es el autoexamen de seno? Sí ____ No ____</p> <p>37. Se ha hecho usted este autoexamen? Sí ____ No ____</p> <p>38. Con qué frecuencia se realiza usted el autoexamen de seno? Cada Mes Cada Seis Meses ____ Se Lo Ha Hecho Una Sola Vez ____ Otro ____</p> <p>39. Ud. ha oído hablar de la mamografía Si ____ No ____</p> <p>40. Alguna vez le han hecho a Ud. una mamografía Si ____ No ____</p> <p>41. Dónde le hicieron la última mamografía Hospital/Clínica/Institución/____ Puesto de salud ____ Méd. Particular ____ Profamilia ____ Liga contra el cáncer ____ Otro ____ No sabe ____</p> <p>42. La última mamografía fue pagada por la institución a la que se encuentra (encontraba) afiliada Si totalmente ____ Si, parcialmente ____ No está (estaba) afiliada ____</p> <p>43. Usted reclamó el resultado de la última mamografía Si ____ No ____</p> <p>44. Cuál fue el resultado de la mamografía? Normal ____ anormal ____ No recuerda ____</p>
<p>D) Utilización de servicios</p> <p>45. Con qué frecuencia asiste a una consulta médica al año? 1-2 veces ____ 3-4 veces ____ más de 4 veces ____</p> <p>46. En los últimos 6 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud? Si ____ No ____</p> <p>47. Cuál ha sido el motivo de consulta al médico? Asistencia a un programa de P y P ____ Urgencia ____ Rutina ____</p> <p>48. Está inscrito a alguno de los programas de Promoción y prevención? Si ____ No ____</p> <p>49. Cuanto tiempo de afiliación tiene? _____ años y/o _____ meses</p>

VALORACIÓN DEL APOYO FAMILIAR – APGAR

Por cada ítem contenido en el siguiente formato, debe seleccionar la opción que corresponda según su condición.

APGAR	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones.			
Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como tristeza, rabia, amor.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia y yo compartimos el tiempo, el dinero y el espacio.			

. ENCUESTA DE APOYO SOCIAL - DUKE UNC 11 ÍTEMS	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibe visitas					
2. Recibe ayuda para realizar sus trabajos en casa					
3. Recibe elogios ante el trabajo bien hecho					
4. Cuenta con personas de que se preocupan de lo que le sucede a usted					
5. Recibe cariño y afecto.					
6. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo y/o en la casa					
7. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares.					
8. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos					
9. Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas					

10. Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida.						
11. Recibe ayuda cuando está enfermo.						

II. SATISFACCIÓN

La siguiente escala evalúa la satisfacción de los usuarios con los servicios de atención primaria.

Personal sanitario	Satisfecho (1)	Insatisfecho (0)
1. Tiempo que le dedica su médico		
2. Solución que el médico/enfermera le da		
3. Interés del médico en explicarle su dolencia		
4. Información proporcionada sobre el tratamiento		
Personal de apoyo		
5. Trato recibido por el resto de personal		
6. Disposición del personal para ayudarle		
Condiciones físicas		
7. Comodidad y amplitud de la sala de espera		
8. Instalaciones y equipamiento del centro		
9. Señalización interna del centro		

IV ACCESIBILIDAD

1. Tiempo de espera desde que llego al servicio hasta que recibió la atención:

2. El centro de salud o clínica se encuentra ubicado:

10. Muy lejos _____

11. Lejos _____

12. Cerca _____

3. Para asistir a las consultas usted debe:

13. Tomar un taxi _____

14. Tomar una moto-taxi _____

15. Tomar una buseta _____

16. Caminar _____

4. La asignación de citas médicas se demora? Entre 1-3 días___ Entre 4-7 días ___ más de 7 días___

ANEXO 3
FORMATO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO E INFORMADO PARA
ADULTOS CON DISCAPACIDAD MOTORA DE LA CIUDAD DE
CARTAGENA

Todos los adultos con discapacidad motora diligenciarán el siguiente formato, previo a la realización de los procedimientos. Esta es una forma de aceptación legal para participar en la investigación, que usted puede libremente firmar si está de acuerdo en los siguientes aspectos:

Yo, con Cédula de Ciudadanía No. _____ con dirección _____ y Teléfono _____, actuando como adulto mayor de edad, declaro que he recibido información amplia y suficiente sobre el estudio, titulada:

“FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS EN ADULTOS CON DISCAPACIDAD MOTORA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA”. En el cual se pretende: Determinar los factores asociados a la utilización de los servicios de salud en adultos con discapacidad motora de la ciudad de Cartagena.

- Se me ha explicado que me realizarán, una encuesta asistida que indaga sobre los factores asociados a la utilización de servicios de salud preventivos.
- Soy consciente que los resultados obtenidos favorecerán a otros seres humanos; se me ha explicado que estos ayudarán a identificar los factores que perjudican o afectan el uso de servicios de salud preventivos y a crear estrategias que mejoren la calidad de atención y disminuyan las barreras de accesibilidad y cobertura de este servicio.
- Entiendo que los costos adicionales que demanda la investigación corren a cargo del investigador.
- Soy consciente de los compromisos que adquiero con el proyecto y que en todo momento seré libre de continuar o de retirarme, con la única condición de informar oportunamente mi deseo, al investigador (es).

Acepto voluntariamente participar sin más beneficios que los pactados previamente.

Firma y cédula

ANEXO 4: TABLAS

Tabla 1. Factores predisponentes de personas con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.

CARACTERISTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO		
Femenino	112	35,5
Masculino	204	64,5
PROCEDENCIA		
Urbano	229	72,5
Rural	87	27,5
ESTADO CIVIL		
Soltero(a)	133	42,1
Casado(a)	43	13,6
Viudo(a)	20	6,3
Divorciado(a)	6	1,9
Separado(a)	21	6,6
Unión libre	93	29,4
NIVEL ESCOLARIDAD		
Analfabeta	32	10,1
Primaria incompleta	47	14,9
Primaria completa	29	9,2
Bach. Incompleto	68	21,5
Bach. Completo	80	25,3
Técnico	43	13,6
Tecnólogo	9	2,8
Universitario	8	2,5
ESTRATO		
1	261	82,6
2	49	15,5
3	6	1,9
OCUPACION MUJERES		
Ama de casa	59	52,7
Empleado	5	4,5
Independiente	21	18,8
Desempleado	25	22,3
Estudiante	2	1,8
OCUPACION HOMBRES		
Empleado	26	12,7
Independiente	94	46,2
Desempleado	78	38,2
Estudiante	6	2,9
TIPO DE FAMILIA		
Persona que vive sola	4	1,3
Nuclear	84	26,6
Nuclear modificada	63	19,9

Nuclear reconstituida	19	6,0
Extensa	39	12,3
Extensa modificada	86	27,2
Padres sin hijos	11	3,5
Atípica	10	3,2

FUENTE: Resultados del estudio

Tabla 2. Factores capacitantes de personas con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.

CARACTERISTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRABAJA ACTUALMENTE		
Si	131	41,5
No	185	58,5
RECIBE ALGUNA PENSION		
Si	32	10,1
No	284	89,9
INGRESOS		
Menos del mínimo	132	41,8
Mínimo	136	43,1
Más del mínimo	48	15,1
INGRESOS PERSONALES		
Si	139	44,0
No	177	56,0
AFILIACION A SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL		
Contributivo	56	17,7
Subsidiado	250	79,1
Especial	1	0,3
No Afiliado	2	0,6
No Sabe	7	2,2
DUKE UNC 11(APOYO SOCIAL)		
Normal	190	60,1
Bajo	126	39,9
APGAR		
Normofuncional	199	63,0
Disfuncional leve	82	25,9
Disfuncional grave	35	11,1

FUENTE: Resultados del estudio

Tabla 3. Satisfacción con los servicios de atención primaria en adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad Cartagena.

CARACTERISTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TIEMPO MEDICO		
Satisfecho	203	64,2
Insatisfecho	113	35,8
SOLUCIÓN MEDICO/ENFERMERA LE DA		
Satisfecho	187	59,2
Insatisfecho	129	40,8
INTERÉS MEDICO EN EXPLICARLE LA DOLENCIA		
Satisfecho	179	56,6
Insatisfecho	137	43,4
INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO		
Satisfecho	180	57,0
Insatisfecho	136	43,0
TRATO RECIBIDO POR EL PERSONAL		
Satisfecho	198	62,7
Insatisfecho	118	37,3
DISPOSICIÓN DEL PERSONAL PARA AYUDAR		
Satisfecho	196	62,0
Insatisfecho	120	38,0
COMODIDAD Y AMPLITUD DE LA SALA DE ESPERA		
Satisfecho	114	36,1
Insatisfecho	202	63,9
INSTALACIONES DEL CENTRO		
Satisfecho	124	39,2
Insatisfecho	192	60,8
SEÑALIZACIÓN		
Satisfecho	117	37,0
Insatisfecho	199	63,0
TIEMPO DE ESPERA		
0-30 minutos	154	48,8
30-60 minutos	99	31,3
Más de 60 minutos	63	19,9
UBICACIÓN CENTRO DE SALUD		
Muy lejos	50	15,8
Lejos	165	52,2
Cerca	101	32,0
ASISTIR A LAS CONSULTAS USTED TOMA		
Tomar un taxi	88	27,8
Tomar una moto taxi	95	30,1
Tomar una buseta	68	21,5
Caminar	45	14,2
Silla de ruedas	17	5,4

Bicicleta	3	9,0
TIEMPO EN ASIGNACIÓN DE CITAS MEDICAS		
Entre 1-3 días	66	20,9
Entre 4-7 días	81	25,6
Más de 7 días	169	53,5

FUENTE: Resultados del estudio

Tabla 4. Necesidades de salud en adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad Cartagena.

CARACTERISTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA		
Accidente	99	31,3
Enfermedad congénita	9	2,9
Enfermedad hereditaria	19	6
Enfermedad adquirida	189	59,8
ESTADO DE SALUD EN GENERAL		
Excelente	15	4,7
Muy Bueno	10	3,2
Bueno	118	37,3
Regular	149	47,2
Malo	24	7,6
PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA		
Si	100	31,6
No	216	68,4
CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES		
Si	205	64,9
No	111	35,1
CONSULTA PARA EL CUIDADO DE SU SALUD EN LOS ULTIMOS 12 MESES		
Si	229	72,4
No	87	27,5
RAZON POR LA CUAL NO SOLICITO O RECIBIO ATENCION MEDICA		
Caso leve	20	22,9
Falta de tiempo	31	35,6
Servicio queda lejos	1	1,1
Transporte muy costoso	7	8,4
Servicio muy costoso	2	2,3
Servicio de mala calidad	8	9,2
Fue pero no lo atendieron	1	1,1
No confía en médicos	4	4,5
Muchos tramites	8	9,2
Otra	5	5,7
EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES		
Si	78	24,7
No	238	75,3

CITAS ODONTOLÓGICAS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES		
Si	74	23,4
No	242	76,6

FUENTE: Resultados del estudio

Tabla 5. Frecuencia de utilización de servicios de salud preventivos por los adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.

CARACTERISTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FRECUENCIA CON LA QUE ASISTE A UNA CONSULTA MEDICA AL AÑO		
1-2 veces	165	52,2
3-4 veces	95	30,5
Más de 4 veces	56	17,3
CONSULTA PARA EL CUIDADO DE SU SALUD EN LOS ULTIMOS 6 MESES		
Si	213	67,4
No	103	32,6
MOTIVO CONSULTA MEDICA		
Programa P y P	20	9,3
Urgencia	62	29,2
Rutina	131	61,5
INSCRIPCION PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION		
Si	48	15,2
No	268	84,8

FUENTE: Resultados del estudio

Tabla 6. Necesidades de salud en hombres adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad Cartagena.

CARACTERISTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SABE USTED QUE ES EL EXAMEN DE PRÓSTATA		
Si	172	84,3
No	32	15,7
SE HA REALIZADO ALGUNA VEZ EL EXAMEN DE PRÓSTATA		
Si	22	16,7
No	110	83,3
RECLAMO LOS RESULTADOS		
Si	21	95,5
No	1	4,5
RESULTADOS		
Normales	21	95,5
Anormales	1	4,5

FUENTE: Resultados del estudio

Tabla 7. Necesidades de salud en mujeres adultas con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad Cartagena.

CARACTERISTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DURANTE LOS EMBARAZOS ASISTIÓ A CONTROL PRENATAL		
No ha estado embarazada	13	11,7
Si	63	56,8
No	35	31,5
POR QUÉ NO SE HIZO CONTROL DEL EMBARAZO		
Falta de tiempo	2	5,7
Servicio queda lejos	2	5,7
No sabe dónde prestan el servicio	1	2,9
Horarios De Consulta no le Sirven	1	2,9
No Sabía Que Tenía Derecho	3	8,6
Otro	16	45,7
No sabe/ No Responde	10	28,6
USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
Si	13	11,6
No	99	88,4
HA OÍDO HABLAR DE LA CITOLOGÍA VAGINAL		
Si	101	90,2
No	11	9,8
ALGUNA VEZ SE HA REALIZADO UNA CITOLOGÍA VAGINAL		
Si	83	74,1
No	29	25,9
CUÁL FUE EL RESULTADO DE LA ÚLTIMA CITOLOGÍA VAGINAL		
Normal	74	89,2
Anormal	4	4,8
No recuerda	5	6,0
LA ULTIMA CITOLOGÍA FUE HACE MÁS DE TRES AÑOS		
Si	37	44,6
No	45	54,2
No Sabe/No Recuerda	1	1,2
FRECUENCIA DE LA CITOLOGÍA VAGINAL		
Más de una vez al año	7	8,4
Cada año	28	33,7
Cada tres años	11	13,3
Se la ha hecho una sola vez	22	26,5
Otro	13	15,7
No Sabe/No Recuerda	2	2,4
Más de una vez al año	7	8,4
RESULTADO DE LA CITOLOGÍA VAGINAL		
Normal	74	89,2
Anormal	4	4,8

No recuerda	5	6,0
CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO SE REALIZÓ LA CITOLOGÍA VAGINAL		
Servicio queda lejos	2	2,4
Transporte muy costoso	1	1,2
Servicio de mala calidad	2	2,4
No sabe dónde prestan el servicio	2	2,4
EPS no la ha autorizado	1	1,2
No le explicaron que era importante	4	4,9
Creé que puede esperar	4	4,9
Miedo/temor	3	3,7
Pereza/descuido	17	20,7
Médico no se la ha ordenado	4	4,9
A su edad cree que no es necesario	6	7,3
No se siente enferma	31	37,8
Otro	4	4,9
No sabe/no responde	1	1,2
SABE USTED QUE ES EL AUTOEXAMEN DE MAMA		
Si	88	78,6
No	24	21,4
SE HA HECHO USTED ESTE AUTOEXAMEN		
Si	57	50,9
No	55	49,1
CON QUE FRECUENCIA SE REALIZA USTED EL AUTOEXAMEN DE SENO		
Cada mes	11	19,3
Cada 6 meses	6	10,5
Se lo ha hecho una sola vez	22	38,6
Otro	18	31,6
USTED HA OÍDO HABLAR DE LA MAMOGRAFÍA		
Si	87	77,7
No	25	22,3
ALGUNA VEZ SE HA HECHO LA MAMOGRAFÍA		
Si	23	25,8
No	64	74,2
USTED RECLAMO EL RESULTADO DE LA ÚLTIMA MAMOGRAFÍA		
Si	22	95,6
No	1	4,4
CUAL FUE EL RESULTADO DE LA MAMOGRAFÍA		
Normal	22	95,6
Anormal	1	4,4

FUENTE: Resultados del estudio

FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Tabla 8. Factores asociados a la asistencia a consulta médica en el último año por los adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.

Factores predisponentes	OR	I.C. 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Ser de sexo masculino	0,443	0,221	0,887
Vivir en el área urbana	1,203	0,624	2,318
Tener pareja	1,266	0,694	2,311
Estudios superiores a la secundaria	2,085	0,899	4,834
Ser de estrato 2 en adelante	1,054	0,433	2,565
Factores capacitantes	OR	I.C. 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Tener trabajo	0,745	0,281	1,979
Tener ingreso personal	1,611	0,641	4,047
Ser del regimen contributivo	1,506	0,630	3,600
Convivir con 4 o más personas	0,884	0,483	1,619
Familia normofuncional	0,955	0,505	1,806
Tener apoyo social normal	2,722	1,461	5,071
Estar satisfecho con el tiempo que le dedica su medico	0,897	0,385	2,088
Estar satisfecho con la solución que el médico/enfermera le da	0,837	0,318	2,201
Estar satisfecho con el interés del médico en explicarle su dolencia	0,796	0,266	2,381
Estar satisfecho con la Información proporcionada sobre el tratamiento	0,673	0,258	1,756
Estar satisfecho con el trato recibido por el resto de personal	0,927	0,555	1,549
Estar satisfecho con la disposición del personal para ayudarlo	1,590	0,733	3,450
Estar satisfecho con las comodidad y amplitud de la sala de espera	1,672	0,817	3,422
Estar satisfecho con las instalaciones y equipamiento del centro	1,554	0,702	3,437
Estar satisfecho con la señalización interna del centro	2,249	1,038	4,873
Tiempo de espera desde que llego al servicio hasta que recibió la atención menor de 30 min	0,896	0,478	1,679
Tener cerca el centro de salud	1,059	0,521	2,153

FUENTE: Resultados del estudio

Tabla 9. Factores asociados a la inscripción de los programas de PyP por los adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.

Factores predisponentes	OR	I.C. 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Ser de sexo masculino	0,302	0,139	0,657
Vivir en el área urbana	1,100	0,476	2,539
Tener pareja	1,726	0,835	3,570
Estudios superiores a la secundaria	1,802	0,725	4,476
Ser de estrato 2 en adelante	0,757	0,282	2,030
Factores capacitantes	OR	I.C. 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Tener trabajo	0,244	0,072	0,823
Tener ingreso personal	1,512	0,508	4,498
Ser del regimen contributivo	2,294	0,870	6,049
Convivir con 4 o más personas	1,096	0,517	2,327
Familia normofuncional	0,298	0,135	0,656
Tener apoyo social normal	2,046	0,909	4,604
Estar satisfecho con el tiempo que le dedica su medico	1,564	0,519	4,709
Estar satisfecho con la solución que el médico/enfermera le da	0,420	0,126	1,402
Estar satisfecho con el interés del médico en explicarle su dolencia	2,963	0,806	10,887
Estar satisfecho con la Información proporcionada sobre el tratamiento	0,820	0,249	2,699
Estar satisfecho con el trato recibido por el resto de personal	0,891	0,500	1,590
Estar satisfecho con la disposición del personal para ayudarlo	1,192	0,462	3,075
Estar satisfecho con las comodidad y amplitud de la sala de espera	1,719	0,757	3,904
Estar satisfecho con las instalaciones y equipamiento del centro	1,437	0,565	3,655
Estar satisfecho con la señalización interna del centro	0,940	0,385	2,296
Tiempo de espera desde que llego al servicio hasta que recibió la atención menor de 30 min	1,041	0,480	2,262
Tener cerca el centro de salud	1,501	0,660	3,412

FUENTE: Resultados del estudio

Tabla 10. Factores asociados a la asistencia a las consultas de control prenatal de mujeres adultas con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.

Factores predisponentes	OR	I.C. 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Vivir en el área urbana	1,147	0,197	6,681
Tener pareja	4,621	0,860	24,817
Estudios superiores a la secundaria	2,449	0,218	27,519
Ser de estrato 2 en adelante	1,025	0,147	7,146
Factores capacitantes	OR	I.C. 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Tener trabajo	2,030	0,086	47,936
Tener ingreso personal	0,307	0,017	5,473
Ser del regimen contributivo	0,150	0,007	3,008
Vivir con más de 4 personas	0,236	0,047	1,174
Familia normofuncional	0,944	0,201	4,433
Tener apoyo social normal	3,970	0,657	24,010
Estar satisfecho con el tiempo que le dedica su medico	0,699	0,055	8,910
Estar satisfecho con la solución que el médico/enfermera le da	0,097	0,003	2,728
Estar satisfecho con el interés del médico en explicarle su dolencia	26,010	0,965	700,856
Estar satisfecho con la Información proporcionada sobre el tratamiento	1,561	0,177	13,809
Estar satisfecho con el trato recibido por el resto de personal	2,267	0,159	32,362
Estar satisfecho con la disposición del personal para ayudarlo	0,783	0,045	13,679
Estar satisfecho con las comodidad y amplitud de la sala de espera	0,381	0,076	1,917
Estar satisfecho con las instalaciones y equipamiento del centro	0,425	0,072	2,501
Estar satisfecho con la señalización interna del centro	1,011	0,135	7,597
Tiempo de espera desde que llego al servicio hasta que recibió la atención menor de 30 min	5,488	0,813	37,049
Tener cerca el centro de salud	0,193	0,024	1,566
Necesidades de salud	OR	I.C. 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Haber tenido más de 3 embarazos	4,653	0,193	111,966
Haber tenido más de 3 partos	0,383	0,018	8,174
Haber tenido cesària	82,934	2,123	3240,214

Haber tenido aborto	25,230	1,561	407,880
---------------------	--------	-------	---------

FUENTE: Resultados del estudio

Tabla 11. Factores asociados a la realización de la citología vaginal en mujeres adultas con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.

Factores predisponentes	OR	I.C. 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Vivir en el área urbana	0,971	0,215	4,396
Tener pareja	10,798	2,038	57,200
Estudios superiores a la secundaria	1,381	0,146	13,072
Ser de estrato 2 en adelante	1,276	0,144	11,274
Factores capacitantes	OR	I.C. 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Tener trabajo	2,103	0,068	64,766
Tener ingreso personal	6,685	0,419	106,587
Ser del regimen contributivo	1,104	0,085	14,339
Convivir con 4 o más personas	4,941	0,854	28,609
Familia normofuncional	0,121	0,021	0,679
Tener apoyo social normal	6,465	1,416	29,512
Estar satisfecho con el tiempo que le dedica su medico	0,827	0,078	8,730
Estar satisfecho con la solución que el médico/enfermera le da	0,259	0,020	3,402
Estar satisfecho con el interés del médico en explicarle su dolencia	9,147	0,623	134,274
Estar satisfecho con la Información proporcionada sobre el tratamiento	0,244	0,020	3,034
Estar satisfecho con el trato recibido por el resto de personal	1,347	0,667	2,721
Estar satisfecho con la disposición del personal para ayudarle	1,219	0,186	8,002
Estar satisfecho con las comodidad y amplitud de la sala de espera	0,572	0,129	2,534
Estar satisfecho con las instalaciones y equipamiento del centro	0,183	0,031	1,077
Estar satisfecho con la señalización interna del centro	1,691	0,219	13,068
Tiempo de espera desde que llego al servicio hasta que recibió la atención menor de 30 min	0,680	0,133	3,473
Tener cerca el centro de salud	9,396	1,192	74,087

FUENTE: Resultados del estudio

Tabla 12. Factores asociados a la realización de la mamografía en mujeres adultas con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.

Factores predisponentes	OR	I.C. 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Vivir en el área urbana	1,059	0,135	8,287
Tener pareja	0,036	0,004	0,363
Estudios superiores a la secundaria	0,022	0,001	0,809
Ser de estrato 2 en adelante	9,612	0,825	112,011
I.C. 95%			
Factores capacitantes	OR	I.C. 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Tener trabajo	1,304	0,015	112,762
Tener ingreso personal	0,283	0,007	11,480
Ser del regimen contributivo	0,119	0,003	4,352
Convivir con 4 o más personas	0,063	0,007	0,596
Familia normofuncional	1,292	0,240	6,956
Tener apoyo social normal	0,114	0,011	1,187
Estar satisfecho con el tiempo que le dedica su medico	0,044	0,000	0,374
Estar satisfecho con la solución que el médico/enfermera le da	0,384	0,003	53,755
Estar satisfecho con el interés del médico en explicarle su dolencia	2,743	0,078	95,952
Estar satisfecho con la Información proporcionada sobre el tratamiento	0,463	0,026	8,405
Estar satisfecho con el trato recibido por el resto de personal	19,271	0,455	816,114
Estar satisfecho con la disposición del personal para ayudarlo	162,897	2,226	11920,279
Estar satisfecho con las comodidad y amplitud de la sala de espera	21,212	1,288	349,226
Estar satisfecho con las instalaciones y equipamiento del centro	0,318	0,050	2,032
Estar satisfecho con la señalización interna del centro	2,255	0,246	20,655
Tiempo de espera desde que llego al servicio hasta que recibió la atención menor de 30 min	0,227	0,027	1,873
Tener cerca el centro de salud	1,640	0,201	13,408

FUENTE: Resultados del estudio

Tabla 13. Factores asociados a la realización del examen de próstata en hombres adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la virgen y turística de la ciudad de Cartagena.

Factores predisponentes	OR	I.C. 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Vivir en el área urbana	0,942	0,224	3,963
Tener pareja	2,610	0,708	9,624
Estudios superiores a la secundaria	0,185	0,022	1,584
Ser de estrato 2 en adelante	2,602	0,470	14,394
Factores capacitantes	OR	I.C. 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Tener trabajo	0,249	0,037	1,662
Tener ingreso personal	0,757	0,144	3,973
Ser del regimen contributivo	2,874	0,707	11,678
Convivir con 4 o más personas	1,549	0,320	7,504
Familia normofuncional	0,777	0,188	3,206
Tener apoyo social normal	1,740	0,457	6,628
Estar satisfecho con el tiempo que le dedica su medico	1,399	0,256	7,639
Estar satisfecho con la solución que el médico/enfermera le da	4,065	0,379	43,646
Estar satisfecho con el interés del médico en explicarle su dolencia	0,769	0,061	9,752
Estar satisfecho con la Información proporcionada sobre el tratamiento	0,447	0,053	3,787
Estar satisfecho con el trato recibido por el resto de personal	10,877	0,983	120,354
Estar satisfecho con la disposición del personal para ayudarlo	0,394	0,044	3,532
Estar satisfecho con las comodidad y amplitud de la sala de espera	0,270	0,046	1,587
Estar satisfecho con las instalaciones y equipamiento del centro	8,560	1,118	65,530
Estar satisfecho con la señalización interna del centro	0,263	0,051	1,367
Tiempo de espera desde que llego al servicio hasta que recibió la atención menor de 30 min	0,871	0,226	3,362
Tener cerca el centro de salud	0,586	0,130	2,644
Demora en la asignación de citas mayor a 7 días	1,164	0,304	4,448

FUENTE: Resultados del estudio