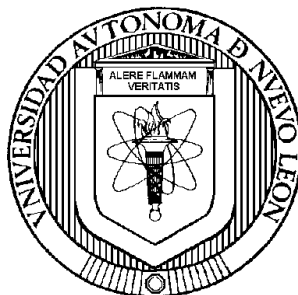


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



USO DE ACCIONES DE DETECCIÓN Y ACCESO POR
POBLACIÓN DE CENTROS DE SALUD
Y COMUNITARIOS PRIVADOS

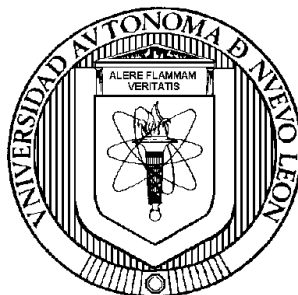
Por

LIC. FRANCISCA PÉREZ CAMACHO

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Administración de Servicios

DICIEMBRE, 2007

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



USO DE ACCIONES DE DETECCIÓN Y ACCESO POR
POBLACIÓN DE CENTROS DE SALUD
Y COMUNITARIOS PRIVADOS

Por

LIC. FRANCISCA PÉREZ CAMACHO

Director de Tesis

MC. MARÍA EUGENIA GARZA ELIZONDO

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Administración de Servicios

DICIEMBRE, 2007

USO DE ACCIONES DE DETECCIÓN Y ACCESO POR
POBLACIÓN DE CENTROS DE SALUD
Y COMUNITARIOS PRIVADOS

Aprobación de Tesis

MC. María Eugenia Garza Elizondo
Director de Tesis

MC. María Eugenia Garza Elizondo
Presidente

MA. Leticia Vázquez Arreola
Secretario

ME. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Vocal

MSP. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Grupo Christus Muguerza y a la Universidad de Monterrey por otorgarme la beca para realizar mis estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería y así mismo lograr mi superación profesional.

A la MC. María Eugenia Garza Elizondo por su apoyo, comprensión, paciencia, por la dedicación y profesionalismo que me brindó durante mi formación.

A la MMC. Sara Silvia Ayala Atrián, por el apoyo y facilidades proporcionadas durante el tiempo de estudio.

A los directivos de las instituciones donde realicé la investigación, por darme su confianza.

A los alumnos de la generación 2004-2008 de la carrera de Bachillerato con Enfermería General, por su apoyo y participación.

Al personal docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por el apoyo y participación en mi formación.

A mis amigas Mirella Guarneros Alanís y Nancy Leyva Monsivais, por su apoyo, confianza, compañía y por compartir los mejores y difíciles momentos.

Dedicatoria

A Dios por darme la vida, su amor, por la fuerza, salud y sabiduría otorgada para la realización de mis metas.

A mi esposo por su cariño, amor y comprensión en los momentos difíciles y sobre todo por su apoyo y aliento para mi superación. Por estar siempre conmigo.

A mis hijos quienes fueron la fuerza y energía para poder continuar y ser un ejemplo para ellos. Los quiero mucho.

A mi familia por su gran apoyo en las buenas y en las malas y quienes me han impulsado a salir adelante y no dejarme vencer. Todo mi amor y mi apoyo siempre.

A mis hermanos donde quiera que se encuentren estoy segura que hubiera contado con su apoyo incondicional. Los extraño.

Tabla de Contenido

| Contenido | Página |
|---|--------|
| Capítulo I | |
| Introducción | 1 |
| Marco Conceptual | 4 |
| Estudios Relacionados | 5 |
| Definición de Términos | 9 |
| Objetivos | 10 |
| Capítulo II | |
| Metodología | 11 |
| Diseño del Estudio | 11 |
| Población de Estudio, Muestra y Muestreo | 11 |
| Procedimientos de Recolección de la Información | 12 |
| Instrumento de Recolección de la Información | 13 |
| Estrategias para el Análisis de Datos | 14 |
| Consideraciones Éticas del Estudio | 14 |
| Capítulo III | |
| Resultados | 16 |
| Características de la Población | 16 |
| Estadística Descriptiva | 17 |
| Capítulo IV | |
| Discusión | 28 |
| Conclusiones | 31 |

| Contenido | Página |
|--|--------|
| Recomendaciones | 31 |
| Referencias | 33 |
| Apéndices | 37 |
| A. Carta de Autorización del Centro de Salud y Desarrollo (CESADE) San Pedro Garza García y la Cima | 38 |
| B. Carta de Autorización de las Clínicas Comunitarias Adelaida Lafón de Muguerza en Fomerrey #35 y #109 | 39 |
| C. Programa de Capacitación para Encuestadores | 40 |
| D. Cédula de Uso y Acceso de Acciones de Detección | 42 |
| E. Carta de Consentimiento Informado | 49 |

Lista de Tablas

| Tabla | | Página |
|-------|--|--------|
| 1 | Sexo, estado civil, ocupación y escolaridad de la comunidad de los centros de salud y comunitarios privados | 17 |
| 2 | Daño a la salud y el antecedente familiar con alguna patología crónico degenerativa como la DM, HTA, CAMA y CACU | 18 |
| 3 | Servicio médico e institución de salud | 19 |
| 4 | Uso de acciones de detección general y por unidad | 20 |
| 5 | Lugar donde se realizaron las acciones de detección | 22 |
| 6 | Uso de acciones de detección según grupo de edad | 22 |
| 7 | Uso de acciones de detección según sexo y estado civil | 23 |
| 8 | Uso de acciones de detección según ocupación y escolaridad | 24 |
| 9 | Uso de acciones de detección por factores epidemilógicos: daño a la salud | 25 |
| 10 | Uso de acciones de detección por factores epidemilógicos: antecedente familiar | 26 |
| 11 | Motivos por los que no asisten a los centros de salud y comunitarios privados por unidad | 27 |

Lista de Figuras

| Figura | Página |
|--|--------|
| 1 Acceso a acciones de detección de la población de dos centros de salud y comunitarios privados | 21 |

RESUMEN

Lic. Francisca Pérez Camacho
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Diciembre 2007

Título del Estudio: USO DE ACCIONES DE DETECCIÓN Y ACCESO POR
POBLACIÓN DE CENTROS DE SALUD Y COMUNITARIOS
PRIVADOS.

Número de páginas: 51

Candidato para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería
con Énfasis en Administración de
Servicios

Área de Estudio: Administración de Servicios

Propósito y Método del Estudio: El propósito fue determinar el uso y acceso de acciones de detección por población de centros de salud y comunitarios privados. El estudio fue epidemiológico de tipo descriptivo, se encuestaron a 1397 personas de 25 años y más. El muestreo fue probabilístico por conglomerados y su selección fue al azar simple. Se les cuestionó acerca del uso de detección de diabetes mellitus (DDM), hipertensión arterial (DHTA), de cáncer mamaria (DCAMA) y cérvico uterino (DCACU) en el año anterior. Así como el acceso a las acciones de detección. El análisis consistió en frecuencias simples estratificadas por variables sociodemográficas y epidemiológicas.

Contribuciones y Conclusiones: La DDM fue usada por el 52% de la población, mientras que el 52.6% utilizó la DHTA. Las detecciones de la mujer fueron empleadas por el 34.7% y 38.7% para DCAMA y DCACU respectivamente. Se observó poco uso por daño a la salud. Las mujeres y el grupo de edad productiva usaron más las detecciones. Las personas no asisten a los centros de salud y comunitarios por no conocerlos o preferir otra institución. Se necesitan estudios con búsqueda intencionada de factores para la no adherencia preventiva y continuar con la promoción en la población de los programas preventivos enfocándose principalmente en estos factores. Además, estrategias para mejorar el acceso en los centros de salud y comunitarios privados.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Lic. Francisca Pérez Camacho

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería
con Énfasis en Administración de Servicios

Tesis: USO DE ACCIONES DE DETECCIÓN Y ACCESO POR POBLACIÓN
DE CENTROS DE SALUD Y COMUNITARIOS PRIVADOS

Área de estudio: Administración de Servicios

Biografía: Lic. Francisca Pérez Camacho, nacida en Monterrey, Nuevo León el día 16 de septiembre de 1969, hija del Sr. Antonio Pérez Castañeda y de la Sra. Gracia Camacho Morales.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con grado de Licenciada en Enfermería en el año de 1990. Becaria del Grupo Christus Muguerza y de la Universidad de Monterrey, para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Nuevo León, durante el período del 2005-2007.

Experiencia Profesional: Enfermera General en el Hospital José A. Muguerza de 1991 a 2002, maestra coordinadora en la Escuela de Enfermería Muguerza del 2002 al 2004 y desde el 2004 maestra de enfermería de tiempo completo en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Monterrey Campus Christus Muguerza.

e-mail: francis_lch@hotmail.com

Apéndice E

Carta de Consentimiento Informado

Título del estudio: Uso de acciones de detección y acceso por población de centros de salud y comunitarios privados

Introducción y Propósito

Se me ha solicitado participar en un estudio de investigación titulado “Uso de acciones de detección y acceso por población de centros de salud y comunitarios privados”.

Se me ha explicado que el propósito del estudio es determinar la cantidad y el número de veces que utilizan las detecciones de las enfermedades crónico degenerativas como la DM, HTA, CAMA Y CACU. Este estudio proporcionará información acerca del uso y acceso a las acciones de detección, lo cual beneficiará en la implementación de programas de salud necesarios para brindar una mejor calidad de atención.

Procedimientos

Comprendo que fui seleccionada para formar parte de la investigación sobre el uso de detecciones y que seremos 1397 personas a las cuales se nos aplicará un cuestionario de preguntas, estarán relacionadas con datos sociodemográficos, epidemiológicos y el uso y acceso a las acciones de detección, se me ha explicado que el tiempo promedio para contestar es de 8 a 10 minutos. Entiendo que la entrevista será realizada en mi domicilio, en el horario en el que yo tenga tiempo para contestar.

Riesgos

Se me ha explicado que en este estudio no habrá riesgos, ya que no se realizará ninguna intervención, solamente se aplicará una encuesta que no incluye datos personales, ni de índole económico, sexual o de reproducción.

Beneficios

Se me ha explicado que no recibiré beneficio directo, que el beneficio del estudio será para implementar los programas de salud en los centros de salud y comunitarios de instituciones privadas y a la persona participante será que, en caso de no contar con acciones de detección se le recomendará su realización ya sea en los centros participantes o el de su preferencia.

Participación Voluntaria/Abandono

Se me ha informado que mi participación en el estudio es del todo voluntaria y que en cualquier momento, aún después de haberla iniciado puedo decidir no contestar alguna pregunta o rehusarme por completo a contestar el cuestionario.

Preguntas

Se me ha explicado que puedo recibir respuesta a cualquier duda que surja durante la entrevista y a los resultados de la investigación para la cual la Lic. Francisca Pérez Camacho a través de una llamada telefónica al número 10524643.

Confidencialidad

Se me ha informado que ninguna de mis respuestas podrán ser identificadas, ya que no se puede relacionar a la persona que contesta la encuesta con la información obtenida.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Lic. Francisca Pérez Camacho me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio incluyendo los beneficios y riesgos de mi participación, así como de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del participante

Fecha

Firma y nombre del investigador

Fecha

Firma y nombre del primer testigo

Fecha

Firma y nombre del segundo testigo

Fecha

Capítulo I

Introducción

El perfil de salud en México, ha presentado profundas transformaciones condicionadas por cambios en la estructura de la población, estilos de vida y estatus socioeconómico. En las últimas décadas, las principales causas de mortalidad, encabezadas por las enfermedades transmisibles fueron sustituidas de manera paulatina por padecimientos no transmisibles y otros problemas como las enfermedades crónico degenerativas, entre las que se pueden mencionar la Diabetes Mellitus (DM), la Hipertensión Arterial (HTA), el Cáncer Cérvico Uterino(CACU) y el Cáncer de Mama (CAMA). Enfermedades que hoy en día se consideran un problema de salud pública (Secretaría de Salud [SS], 2001).

Aunada a la alta incidencia y prevalencia de éstas enfermedades los costos de atención se han incrementado considerablemente. Se ha reportado que para la atención del CAMA se requiere aproximadamente de 300 dólares en instituciones públicas, mientras que en las privadas se triplica. El costo anual calculado para un paciente con DM es de 613 dólares, mientras que para un paciente con HTA es de 622 dólares (Rodríguez, 2002; Arredondo, Zúñiga & Parada, 2005).

La detección oportuna de estas enfermedades permite en el mejor de los casos, que las personas puedan tener mayor control sobre su propia salud y al mismo tiempo mejorarla. La detección incluye acciones orientadas a promover la salud, prevenir, controlar y detectar oportunamente los riesgos de cada una de estas enfermedades. El Sector Salud Mexicano (SSM) ha implementado una serie de estrategias en el ámbito nacional, encaminadas a mejorar los niveles de bienestar de la población ante la presencia de factores de riesgo. El principal propósito de estas estrategias es que la población conozca y demande las acciones de detección que se le ofrecen en las instituciones de salud y participe en forma corresponsable en el cuidado de su salud.

En las acciones de detección se invita a las personas con edad de 25 años y más a efectuárselas con la frecuencia recomendada en cada uno de los programas, como lo establecen las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) para la Prevención, Tratamiento y Control de la DM, HTA, CAMA y CACU (SS, 1994a; SS, 1994b; SS, 1999; SS, 2002).

Sin embargo, el uso de acciones para la detección de las enfermedades crónicas degenerativas por la población mexicana se encuentra por debajo de lo mencionado en Estados Unidos, donde se reporta el uso de la detección de hipertensión arterial (DHTA) fue en un 85.0%; mientras que la detección oportuna de cáncer cérvico uterino (DCACU) y la detección oportuna de cáncer mamario (DCAMA) fue empleada por un 71.7% y 63.3% respectivamente. En México, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) informó que el año anterior a ésta, la población mayor de 20 años de edad se realizó la detección de diabetes mellitus (DDM) y DHTA en un 28.1% y 32.0% respectivamente. Mientras que la DCACU fue efectuada por un 40.0% y la DCAMA fue menos del 10.0% de las mujeres del mismo grupo de edad (Gilliland, Mahler, Hunt & Davis, 1999; Valdespino et al., 2002).

El uso de los servicios de salud, o en este caso de acciones de detección es una conducta dinámica de la población, en ello interviene su capacidad de interpretación, por lo que se han descrito diferentes modelos que lo explican. Arredondo y Meléndez (1992) mencionan que existen modelos psicosociales, sociales, económicos y el epidemiológico. Este último, identifica las necesidades de salud de la población y algunos factores de riesgo que intervienen en la utilización de las acciones de detección.

Este concepto se ha empleado para evaluar el sistema hospitalario, además en las Encuestas Nacionales de Salud en México; también ha sido utilizado en poblaciones como adultos mayores y con Alzheimer. En el caso de acciones de detección se ha usado en diferentes poblaciones tanto en ámbito internacional como nacional; por lo que su empleo se considera pertinente. Se sabe, que el acceso facilita el uso de las acciones de detección; existen reportes de que contar con seguridad social y mayor nivel de estudios

incrementa la posibilidad de usar servicios preventivos. Por lo que los resultados obtenidos de este estudio serán importantes para la disciplina de enfermería, ya que permitirá efectuar una reorganización de los servicios preventivos e implementar programas de salud, identificando los programas subutilizados y mostrar mayor interés en ellos (Abraído-Lanza, Chao & Gammon, 2004; Borges-Yáñez & Gómez-Dántes, 1998; Douglass & Visconti, 1998; Garza, Villarreal, Salinas & Nuñez, 2004, Hernández-Ávila et al., 2002; Lew et al., 2003; Mejía, Sánchez & Tamayo, 2007; Valdespino et al., 2002).

En Monterrey, a partir del año 1986 la Universidad de Monterrey emprende los servicios de atención primaria en dos Centros de Salud y Desarrollo (CESADE); y para el 2001 se inician actividades de atención primaria en dos clínicas comunitarias del Grupo Christus Muguerza, con el objetivo de brindar atención médica y educativa a la comunidad; en ambos casos con un costo mínimo de recuperación para las acciones de detección que realizan. Tratando con ello, prevenir y controlar las enfermedades crónico degenerativas. Sin embargo, se ha observado en estos centros comunitarios poca utilización de las acciones de detección, sin que hasta el momento se haya medido el uso en la comunidad, así como las unidades de preferencia para efectuárselas, el acceso a estas y los motivos que tiene la población para no acudir a los centros de salud y comunitarios privados.

Por lo que los directivos de los centros comunitarios privados, solicitaron la realización de este proyecto ya que la información que se obtenga será esencial para el personal de enfermería, así como para el equipo multidisciplinario involucrado en la atención de la salud, que al tener conocimiento del uso de acciones de detección por la población, se puedan implementar en estos centros de atención los programas preventivos acorde al SSM.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta ¿Cuál es el uso de acciones de detección y acceso de la población a los centros de salud y comunitarios privados y cuáles son los motivos por los que la población no asiste a estas instituciones privadas?

Marco Conceptual

El presente estudio se basa en el concepto de utilización de los servicios de salud, con un enfoque epidemiológico propuesto por Dever (1991). En éste enfoque se estudian las necesidades de salud de la población entendidas como “cualquier alteración en la salud y el bienestar” que requiere de servicios y recursos para su atención. De esta manera los daños o riesgos a la salud constituyen necesidades que motivan ó inducen a la población a utilizar los servicios una vez que son manifestados. Por lo que el uso de servicios es una interacción entre consumidores y profesionales de la salud, determinada por varios factores.

Además, el uso de las acciones de detección también dependerá de la exposición de esa población a los factores de riesgo, a los cambios en dichos factores y a los cambios en el significado social de la enfermedad. En la utilización de los servicios influyen factores socioculturales, organizativos, así como relativos al consumidor y a los profesionales de la salud. Dentro de los factores relativos al consumidor se encuentran los factores sociodemográficos en los que se incluyen la edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación; además, los factores epidemiológicos (daño o riesgo a la salud), que incluyen la presencia o haber tenido alguna enfermedad crónico degenerativa como la DM, HTA, CACU y CAMA, así como el antecedente de algún familiar directo con alguna de estas enfermedades, estos factores se tomarán en cuenta para la realización del estudio.

De esta forma, el análisis epidemiológico parte de la identificación de necesidades como un riesgo (antecedente familiar) y daño de la salud (presencia de enfermedades crónico degenerativas); además, plantea indicadores que determinan el uso de los servicios de salud. Los conceptos epidemiológicos en la administración de los

servicios proporcionan información que se constituye en base para la toma de decisiones. Así la utilización de servicios puede ser medido por la cantidad de la población que hace uso en este caso, de las acciones de detección; además, por el número de veces que acude a solicitar las acciones de detección evaluando tasas por categorías de enfermedad o cualquiera de las variables sociodemográficas y epidemiológicas involucradas en el estudio (Dever, 1991).

Se incorpora además, el concepto de acceso que se refiere a las características que facilitan o dificultan el uso de un servicio. Por una parte, están las características de la población como capacidad de pago, afiliación en algún seguro médico, actitudes y percepciones respecto a los servicios médicos y aspectos socioculturales. Mientras que por otro lado se encuentran las características del sistema de prestación, donde se incluye la distribución y organización de recursos humanos y de los servicios; además de la ubicación de éstos en lo que se refiere a la distancia y tiempo de trayecto (Aday & Andersen, 1992; Dever, 1991).

En lo referente a las acciones de detección en el país, las NOM establecen que para la DCAMA se recomienda en mujeres, la autoexploración mamaria mensual, la exploración clínica anual de los 25 a 69 años y una mastografía bienal entre 50 y 69 años. Para la DCACU se debe realizar el papanicolaou cada tres años entre los 25 y 65 años, después de 2 años consecutivos con resultado normal, para mujeres mayores de 65 años sin antecedentes de papanicolaou se recomienda anual por dos años, si en ambas tomas el resultado es negativo ya no es necesaria la detección. En la DDM en personas de 30 a 45 años sin sobrepeso e hipertensión se recomienda cada 3 años, sin estos antecedentes se realizará anualmente y en mayores de 45 años es anual y para la DHTA se recomienda con frecuencia anual a partir de los 30 años (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2002a; IMSS, 2002b; IMSS, 2002c; SS, 1994a; SS, 1994b; SS, 1999; SS, 2002).

Estudios Relacionados

En este apartado se presenta la evidencia encontrada respecto al uso de las acciones de detección, el acceso a las acciones de detección y los motivos por los cuales la población no acude a las instituciones de salud a realizarse las detecciones, se muestran seis reportes de estudios a nivel internacional y tres estudios realizados en México.

Lew et al. (2003) realizaron un estudio en el condado de Alameda, California a 339 mujeres coreano-americanas con edad de 18 años y más, mediante una encuesta telefónica. El propósito fue analizar el uso de las detecciones en mujeres que se atendían con médico coreano. Con respecto a las variables sociodemográficas el 21% correspondió a la edad de 65 años, contaba con preparatoria y estaban casados un 48% y 76% respectivamente. El uso de las detecciones fueron estudiadas mediante el uso del examen físico de las mamas, mastografía, papanicolaou y la toma de presión arterial, los resultados que se encontraron fue que la toma de presión arterial fue realizada por un 86%, el examen físico de mama un 39%, la mamografía en un 57% y el papanicolaou un 56%.

Otro estudio efectuado en un área rural de Washington, estimó el uso de la DCACU. La muestra fue de 385 mujeres blancas no hispanas y 152 mujeres hispanas con alto nivel de adaptación al lugar y 230 con bajo nivel de adaptación. Fueron entrevistadas en persona acerca del uso del papanicolaou alguna vez y en los últimos tres años. Encontraron que un 98.2% y 75.3% de las mujeres blancas no hispanas usaron la DCACU alguna vez en su vida y en los últimos tres años respectivamente. Mientras que el 83.9% y 81.7% de las mujeres hispanas de baja adaptación al país se la realizaron en las mismas frecuencias. Para las mujeres hispanas con alta adaptación al país el uso fue de 94.1% y 88.2% respectivamente (Coronado, Thompson, Koepsell, Schwartz & McLerran, 2004).

En España, se realizó un estudio con el fin de conocer los niveles de cumplimiento de las actividades de detecciones en 224 centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas (PAPPS), la muestra estuvo constituida por 17,248 personas de 20 años y más, que tuvieran al menos una visita al centro. Respecto a la DHTA se la realizó el 43%; en la DCAMA un 6.6% se realizó la exploración física de mamas, mientras que 12.3% usó la mastografía y la DCACU fue efectuada por el 20.1% (Subias et al., 2001).

En Monterrey se realizó un estudio a través de encuestas aplicadas a 254 personas con edad de 25 años y más, que usaron alguna acción de detección en el último año, con el objetivo de determinar la utilización de la DDM, DHTA, DCACU y DCAMA. En relación a las variables epidemiológicas encontraron que un 37.0% mencionó tener un antecedente familiar directo con DM y un 39.0% con antecedente de HTA; las mujeres reconocieron contar con antecedente de cáncer cérvico uterino y cáncer mamario en un 1.8% y 3.0%, respectivamente, con respecto al uso de las detecciones un 37.0% se realizó la DDM y un 44.5% la DHTA, en las detecciones propias de la mujer un 34.3% correspondió a la DCACU y un 29.5% a la DCAMA. En las personas de 65 años y más se presentó mayor uso de detecciones 55.0%, 55.0%, 51.0% y 49.0% respectivamente. Mientras que los hombres usaron más la DDM con un 39.0% y las mujeres la DHTA con un 43.0% (Garza, Villarreal, Salinas & Nuñez; 2004).

Vázquez (2004), realizó un estudio descriptivo con la finalidad de determinar el uso de acciones de detección por la población de Ciudad Victoria, encuestó a 303 personas con edad de 25 años y más. El 69.8% correspondió al sexo femenino, mientras que un 80.5% era casada o vivía en unión libre. El 34% contaba con primaria o ninguna escolaridad, fueron empleados y dedicados al hogar, 41.8% y el 41.2% respectivamente. El uso de acciones de detección fue evaluado para la DCAMA, DCACU, DDM y DHTA. Encontrando que la DDM fue utilizada por el 41.2%, la DHTA por un 73.3%, mientras que en las detecciones propias de la mujer correspondió un 57.7% para la

DCACU y el 46.8% para la DCAMA. Los resultados estratificados mostraron que el grupo de menores de 65 años presentaron mayor uso de DHTA (96.3%) y para el caso de mujeres de esta edad fue mayor el uso de la DCACU (58.9%) y DCAMA (45.9%); mientras que el grupo de personas con edad de 65 años y más usaron más la DDM (62.7%). Las mujeres usan más la DDM y DHTA (42.3% y 77.0% respectivamente).

En Colombia se realizó un estudio con el objetivo de analizar la equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, así como sus principales determinantes. Se reportó que las personas no acuden al médico por falta de dinero (41.6%), considerar que la enfermedad es leve (36.9%), además un 21.5% señaló la distancia lejana del centro de atención, trámites excesivos para la cita, había consultado antes y no encontrar solución al problema y desconfianza en los médicos (Mejía, Sánchez & Tamayo; 2007).

Palomar et al. (1996) estudiaron la accesibilidad geográfica a los servicios de atención primaria a través de un estudio observacional, donde participaron 354 entidades de la Región de Murcia. Para cada una de las entidades se estableció el tiempo máximo invertido (crona) en desplazarse a los servicios asistenciales de atención primaria tomando como referencia el punto geográfico más alejado en llegar a estos servicios, utilizando los medios de transporte; a pie, en automóvil y en autobús. Como resultados encontraron que el 98.44% de la población emplea menos de 30 minutos en acceder a los centros de atención primaria y en relación a los medios de transporte 61% se traslada a pie, 38% en automóvil y un 1% en autobús.

En Estados Unidos se realizó un estudio sobre la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica para los adultos mayores, a través de los sistemas de seguros médicos (pago por cuota o servicios médicos prepagados). Los datos provienen de una encuesta nacional representativa que incluye un total de 858 latinoamericanos, 970 afroamericanos y 8622 euroamericanos. Encontraron respecto a la accesibilidad que los adultos mayores tardan menos de 30 minutos para llegar al centro de atención en los dos tipos de sistemas médicos (Wallace & Enriquez-Haass, 2001).

Villarreal et al. (2000) realizaron un estudio en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la zona metropolitana del estado de Nuevo León con el objetivo de evaluar la accesibilidad en los servicios de salud de 19 unidades de primer nivel de atención y de cinco hospitales generales de zona, encontrando como resultado que las personas se tardan 29.46 minutos en llegar a la atención primaria.

Así, los reportes del uso de acciones de detección para las enfermedades crónico degenerativas en este caso la DDM, DHTA, DCACU Y DCAMA, muestran que existen variaciones sobre el uso de cada una de ellas. En relación a la DDM varió de 37.0% a 41.2%, la DHTA de 43.0% a 86.0%, para las detecciones propias de la mujer de 20.1% a 57.0% en DCACU y de 12.3% a 88.2% para la DCAMA, en las diferentes poblaciones reportadas. Las personas de 65 años y más presentaron mayor uso de detecciones en los estudios reportados en el país. Mientras que los estudios relacionados al acceso y a los motivos por los que la población no acude a la atención médica nos muestran, que el tiempo que tardan en llegar al centro de atención es de menos de 30 minutos, un 61% realiza su traslado a pie y uno de los principales motivos por los que no acuden es la falta de dinero.

Definición de Términos

A continuación se presentan los términos principales que se emplearon en este estudio.

Uso de acciones de detecciones: Es el número de veces que acuden las personas a la realización de acciones de detección y el otorgamiento de éstas por parte de las instituciones de salud. Medido de acuerdo al tipo de detecciones, como DDM, DHTA, DCACU y DCAMA.

Factores sociodemográficos: Se refiere a las características que están presentes en la población: Sexo, corresponde al género que pertenece el participante en términos de hombre y mujer. Edad, es el número de años cumplidos referidos por el participante.

Ocupación, es la actividad laboral que desempeña la persona ya sea o no remunerada.

Estado civil, condición de cada persona en relación a tener o no pareja. Escolaridad, es el grado de educación formal cursado por el participante.

Factores epidemiológicos: Se refiere a la presencia de algún daño a la salud, además de tener el antecedente familiar directo hasta un segundo grado con DM, HTA, CACU y CAMA (estas últimas en el caso de mujeres).

Acceso: son factores o motivos por los que las personas asisten o no a solicitar un servicio (en este caso, acciones de detección). Medido desde la percepción de la persona por costo, condición de aseguramiento, trayecto, tiempo de trayecto, tiempo de espera.

Objetivos

Determinar el uso de acciones de detección y acceso por la población de las comunidades de los centros de salud y comunitarios privados.

Determinar el uso de acciones de detección por factores sociodemográficos y epidemiológicos.

Determinar los factores de acceso por los que la población de las comunidades de los centros de salud y comunitarios privados no asiste a éstos a realizarse sus acciones de detección.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se presenta la estrategia metodológica para la realización de este estudio. Se muestra el diseño, población de estudio, muestra y muestreo. Además se menciona el procedimiento que se realizó para la recolección de la información y el instrumento de recolección de datos, al igual que las estrategias para el análisis de datos y las consideraciones éticas.

Diseño de Estudio

Se realizó un estudio epidemiológico de tipo descriptivo, ya que en éste, solo se revisa la ocurrencia del fenómeno que se estudia (Dever, 1991). Para este estudio se revisó la cantidad de la población que usó acciones de detección y el número de veces que acude a utilizarlas, todo esto durante el año anterior; así como el acceso a estos centros y las causas de no solicitar las acciones en los centros privados estudiados.

Población de Estudio, Muestra y Muestreo

La población que se estudió en esta investigación son personas de ambos sexos de 25 años y más, habitantes de las comunidades de influencia de los centros de salud de la Universidad de Monterrey ubicados en el Municipio de San Pedro Garza García y de las clínicas comunitarias Adelaida Lafón de Muguerza en Fomerrey #35 y #109 en Monterrey, Nuevo León.

El tamaño de la muestra ($n = 1397$) se calculó con base al supuesto de que un 44% de la población usó la acción de detección de la HTA en el último año, se calculó mediante la fórmula para estimar una proporción en una población finita con los siguientes parámetros: $N = 41,042$ habitantes de 25 años y más en las comunidades de

influencia de los centros de salud y comunitarios de instituciones privadas y un error esperado del 5% (INEGI, 2001).

El muestreo fue probabilístico por conglomerados, la distribución de la muestra se realizó proporcional a la población de 25 años y más, registrada en el último censo de población de las comunidades de influencia. De los dos centros de salud y dos clínicas comunitarias se seleccionaron dos áreas de geoestadística básica (AGEB), de cada uno de éstos se eligió al azar con la técnica de sorteo 15 manzanas, posteriormente se seleccionaron al azar simple con la misma técnica los domicilios a participar, ya en el domicilio si existiera más de una persona de 25 años o más se seleccionó al azar simple mediante sorteo la que participó. En el caso de que no hubiese una persona a participar se seleccionó al azar otro domicilio.

Procedimientos de Recolección de la Información

Se contó con la autorización de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León, además de la autorización de los Centros de Salud y Desarrollo (CESADE) San Pedro y la CIMA, a sí como de las Clínicas Adelaida Lafón de Mugerza en Fomerrey #35 y #109 (Apéndices A y B).

Antes de iniciar la recolección de datos, el autor principal capacitó a 26 alumnos del séptimo semestre de Bachillerato con Enfermería General, Generación 2004-2008 que realizaron sus prácticas comunitarias en las instituciones de interés para este estudio, a través de un programa de instrucción dirigido por la autora principal (Apéndice C).

Al localizar en el domicilio a la persona para participar en el estudio y antes de aplicarle el cuestionario, el encuestador se identificó con la persona, le brindó una explicación clara del propósito del estudio y solicitó su autorización a través de la firma de la Carta de Consentimiento Informado, asegurándole que dicha información otorgada sería confidencial y si decidían retirarse o no participar, no afectaría el estudio.

Para el trabajo de campo se les proporcionó hojas de máquina, lápices y tablas, para realizar el croquis del área de interés para el estudio. Los alumnos portaron su uniforme comunitario así como el gafete de identificación. Los datos se recolectaron en diferentes días y horarios para encontrar en sus domicilios a los diferentes grupos de personas.

Instrumento de Recolección de la Información

Se elaboró la Cédula de Uso y Acceso de Acciones de Detección (CUAD) que incluye cinco reactivos correspondientes a las variables sociodemográficas en el cual se preguntó: la edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad. También se incluyeron para los factores epidemiológicos, dos preguntas con respuestas dicotómicas (si, no): la presencia de algún daño a la salud en este caso las enfermedades crónico degenerativas como la DM, HTA, CAMA Y CACU y el antecedente familiar de alguna de estas enfermedades.

Para valorar el uso de acciones de detección para los programas de DDM, DHTA, DCAMA, DCACU se preguntó para cada uno de ellos si durante el último año se realizó cada una de estas acciones con respuestas dicotómicas (si, no); además se preguntó acerca del lugar donde se realizó la detección, si cuenta con servicios médicos y en caso de respuesta afirmativa: el nombre de la institución del sector salud a la que pertenece.

Mientras que para medir el acceso a las acciones de detección, se cuestionó acerca del tiempo de trayecto (minutos), el costo de las detecciones (pesos), tipo de transporte (particular, urbano o taxi). En tanto al trato en la atención, recursos humanos, equipo y material y área física suficiente para la atención de las detecciones, se evaluaron con una escala de lickert (muy poco, poco, regular, mucho y muchísimo). Estos reactivos se utilizaron tanto para el lugar de su preferencia para realización de las detecciones o para los centros de salud y comunitarios; en el caso de que no usaran los centros privados, se preguntó el por qué (Apéndice D).

Estrategias para el Análisis de Datos

Con la información que se obtuvo se elaboró una base de datos con el programa (Statistical Package for the Social Science), SPSS versión 10.0 para Windows. Para cumplir con los tres objetivos se utilizó estadística descriptiva donde se obtuvieron frecuencias, proporciones, promedios y desviaciones estándares, esta estadística permitió conocer las características de los participantes del estudio, el análisis estratificado por variables sociodemográficas y epidemiológicas así como el uso y acceso a las acciones de detección.

Consideraciones Éticas del Estudio

El presente estudio se realizó con lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de la Salud en Materia de Investigación (SS,1987). Donde se establece que este tipo de investigación es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general.

De acuerdo al Artículo 13, el cual establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar, por lo que en la cédula de identificación no se registró el nombre de la persona, respetando además su derecho de participación en el estudio.

Con relación al Capítulo I, Artículo 17, fracción I, en donde se considera al tipo de riesgo que implica el estudio, éste se consideró sin riesgo ya que no se realizó ninguna intervención, solamente se aplicó una encuesta que no incluye datos personales ni de índole económico, sexual o de reproducción. Para el logro del principio de la beneficencia la aportación de este estudio a la persona participante fue, que en caso de no

contar con acciones de detección se le recomendó su realización ya sea en los centros participantes o el de su preferencia.

Con respecto a los Artículos 20 y 21 se solicitó por escrito el consentimiento informado, en el cual las personas a participar en la investigación autorizaron la aplicación de encuestas, previa explicación de los objetivos de la misma, informándoles que tendrán la libertad de suspender su colaboración en cualquier momento, al igual se les explicó que el cuestionario no incluye su nombre y que se mantendrá la confidencialidad de la información obtenida.

Con relación al Artículo 22, fracción I a V el investigador principal ha elaborado por escrito el formato del consentimiento informado (Apéndice E).

De acuerdo al Título Sexto, y lo dispuesto en el Artículo 113, este trabajo fue dirigido por una investigadora profesional de la salud con formación académica y experiencia adecuada para el desarrollo del mismo.

Para dar cumplimiento al Artículo 115 y 120, este proyecto se desarrolló de acuerdo a un protocolo establecido, fué aprobado por la FAEN de la Universidad de Nuevo León y autorizado por los directivos de las instituciones de salud donde se llevó acabo la investigación.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados del estudio, se describe la estadística descriptiva para los factores sociodemográficos y epidemiológicos, para el uso y acceso a las acciones de detección; igualmente para los motivos por los que la población estudiada no asiste a realizarse las acciones de detección.

Características de la Población

La edad promedio de la población fue de 44.1 ± 14.6 años, en el CESADE fue de 45.42 ± 14.99 años, mientras que para la población de las Clínicas Lafón fue de 42.84 ± 14.14 años. En la tabla 1 se observa que predominó el sexo femenino con 79.3%, ser casado con un 69.3%, el hogar como ocupación principal con un 67.9% y que predominó la escolaridad de primaria.

Estadística Descriptiva

Tabla 1

Sexo, estado civil, ocupación y escolaridad de la comunidad de los centros de salud y comunitarios privados

| Variable | <i>f</i> | % | Variable | <i>f</i> | % |
|--------------|----------|------|-----------------------|----------|------|
| Sexo | | | Ocupación | | |
| Hombre | 289 | 20.7 | Hogar | 949 | 67.9 |
| Mujer | 1108 | 79.3 | Empleado | 183 | 13.1 |
| | | | Estudiante | 21 | 1.5 |
| | | | Obrero | 67 | 4.8 |
| | | | Pensionado o jubilado | 51 | 3.7 |
| | | | Otro | 126 | 9.0 |
| Estado Civil | | | Escolaridad | | |
| Casado | 968 | 69.3 | Ninguna | 130 | 9.3 |
| Unión libre | 119 | 8.5 | Primaria | 575 | 41.2 |
| Soltero | 165 | 11.8 | Secundaria | 450 | 32.2 |
| Viudo | 100 | 7.2 | Preparatoria | 64 | 4.6 |
| Divorciado | 45 | 3.2 | Técnico | 109 | 7.8 |
| | | | Profesional | 69 | 4.9 |

Fuente: CUAD

n = 1397

La tabla 2 muestra que el 15.5% y el 19.8% padecen DM e HTA respectivamente, en relación a las enfermedades propias de la mujer al 1.0% le han

diagnosticado CAMA y al 1.9% CACU. En lo referente al antecedente familiar un 43.2% de los participantes, mencionaron tener algún familiar con DM.

Tabla 2

Daño a la salud y el antecedente familiar con alguna patología crónico degenerativa como la DM, HTA, CAMA y CACU

| Variable | DM | | HTA | | CAMA | | CACU | |
|-------------------------------|----------|-------|----------|-------|----------|------|----------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Presencia de alguna patología | | | | | | | | |
| Si | 216 | 15.5 | 276 | 19.8 | 14 | 1.0 | 26 | 1.9 |
| No | 1181 | 84.5 | 1121 | 80.2 | 1094 | 78.3 | 1082 | 77.4 |
| No aplica | ----- | ----- | ----- | ----- | 289 | 20.7 | 289 | 20.7 |
| Antecedente familiar | | | | | | | | |
| Sí | 603 | 43.2 | 411 | 29.4 | 33 | 2.4 | 27 | 1.9 |
| No | 794 | 56.8 | 986 | 70.6 | 1364 | 97.6 | 1370 | 98.1 |

Fuente: CUAD

n = 1397

En la tabla 3 se observa que el 64% de los participantes cuenta con servicio médico, mientras que el 67.0% es derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Tabla 3

Servicio médico e institución de salud

| Variable | <i>f</i> | % |
|-----------------|----------|------|
| Servicio Médico | | |
| Si | 761 | 64.0 |
| No | 428 | 36.0 |
| Institución | | |
| SS | 90 | 9.1 |
| IMSS | 659 | 67.0 |
| ISSSTE | 37 | 3.8 |
| PARTICULAR | 198 | 20.1 |

Fuente: CUAD

n = 1397

Para cumplir con el objetivo 1, en la tabla 4 se muestra que DHTA fue usada por un 52.6% del total de la población, mientras que en las detecciones propias de la mujer el 38.7% de ellas usó la DOC. Con respecto a la población del CESADE el 65.1% usó más la DHTA y la DCACU con el 65.1% y 46.1% respectivamente. Mientras que en las Clínicas Lafón se usó con mayor porcentaje las detecciones de DM e HTA.

Tabla 4

Uso de acciones de detección general y por unidad

| Detección | UNIDAD | | | | | |
|-----------|----------|------|----------|------|----------------|------|
| | General | | CESADE | | Clínicas Lafón | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| DM | | | | | | |
| Si | 727 | 52.0 | 446 | 62.7 | 281 | 41.0 |
| No | 670 | 48.0 | 265 | 37.3 | 405 | 59.0 |
| HTA | | | | | | |
| Si | 735 | 52.6 | 463 | 65.1 | 272 | 39.7 |
| No | 662 | 47.4 | 248 | 34.9 | 414 | 60.3 |
| CAMA | | | | | | |
| Si | 485 | 34.7 | 301 | 42.3 | 184 | 26.8 |
| No | 623 | 44.6 | 262 | 36.8 | 361 | 52.6 |
| No aplica | 289 | 20.7 | 148 | 20.8 | 141 | 20.6 |
| CACU | | | | | | |
| Si | 541 | 38.7 | 328 | 46.1 | 213 | 31.0 |
| No | 567 | 40.6 | 235 | 33.1 | 332 | 48.4 |
| No aplica | 289 | 20.7 | 148 | 20.8 | 141 | 20.6 |

Fuente: CUAD

 $n = 1397$

En lo que respecta al acceso de las acciones de detección la población reportó una mediana de 15 minutos para llegar a la unidad donde se efectuaría su detección, considerándolo como regular. El 21.5% de la población pagó entre \$20 y \$800 pesos por

sus acciones de detección, considerándolo como regular. El resto de los aspectos de acceso indagados se muestran en la figura 1.

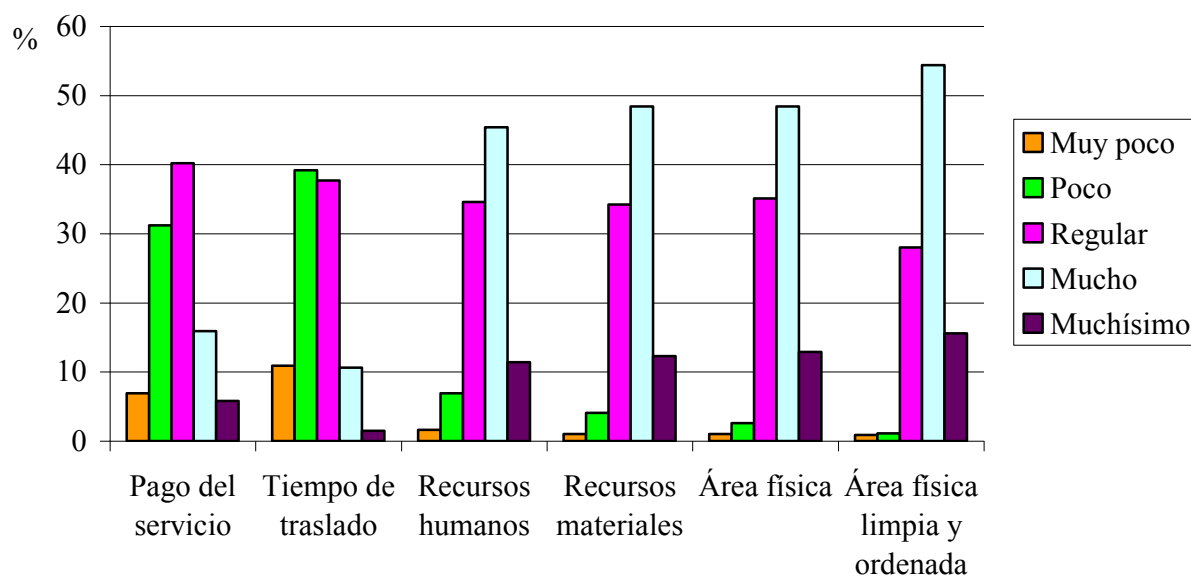


Figura 1. Acceso a acciones de detección de la población de dos centros de salud y comunitarios privados.

La tabla 5 muestra el lugar donde la comunidad de los centros de salud y comunitarios privados realizó sus acciones de detección predominando con un 49.9% el IMSS.

Tabla 5

Lugar donde se realizaron las acciones de detección

| Institución | <i>f</i> | % |
|---------------|----------|------|
| SSA | 142 | 14.6 |
| IMSS | 485 | 49.9 |
| ISSSTE | 29 | 3.0 |
| CESADE | 25 | 2.6 |
| CLÍNICA LAFÓN | 23 | 2.4 |
| PARTICULAR | 134 | 13.8 |
| OTRO | 133 | 13.7 |

Fuente: CUAD

n = 971

Para cumplir con el objetivo dos, en la tabla 6 se observa que el grupo de 25 a 64 años usan más las detecciones de DM e HTA con un 87.7% y 84.9% respectivamente. Mientras que para las detecciones propias de la mujer este mismo grupo usa más la DCACU en un 90.8%.

Tabla 6

Uso de acciones de detección según grupo de edad

| Edad | <i>n_i</i> | DDM | | DHTA | | DCAMA | | DCACU | |
|----------|----------------------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|
| | | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 25 – 64 | 1242 | 616 | 84.7 | 624 | 84.9 | 434 | 89.5 | 491 | 90.8 |
| 65 y más | 155 | 111 | 15.3 | 111 | 15.1 | 51 | 10.5 | 50 | 9.2 |

Fuente: CUAD

n = 1397

Al analizar por sexo, en la tabla 7 se puede observar que las mujeres son quienes usan más las acciones de detección de DM, HTA, CAMA y CACU con el 81.1%, 79.9%, 100% y 100% respectivamente. Mientras que los casados se realizan más las acciones de detección de DM e HTA así como las detecciones propias de la mujer.

Tabla 7

Uso de acciones de detección según sexo y estado civil

| Variable | n_i | DM | | DHTA | | DCAMA | | DCACU | |
|---------------------|-------|-----|------|------|------|-------|------|-------|------|
| | | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Sexo | | | | | | | | | |
| Hombres | 289 | 138 | 19.0 | 148 | 20.1 | ---- | --- | ---- | -- |
| Mujeres | 1108 | 589 | 81.0 | 587 | 79.9 | 483 | 100 | 539 | 100 |
| Estado Civil | | | | | | | | | |
| Casado | 968 | 526 | 72.3 | 527 | 71.7 | 360 | 74.2 | 402 | 74.3 |
| Unión libre | 119 | 59 | 8.1 | 58 | 7.9 | 40 | 8.2 | 48 | 8.9 |
| Soltero | 165 | 55 | 7.6 | 62 | 8.4 | 32 | 6.6 | 31 | 5.7 |
| Viudo | 100 | 68 | 9.4 | 69 | 9.4 | 41 | 8.5 | 46 | 8.5 |
| Divorciado | 45 | 19 | 2.6 | 19 | 2.6 | 12 | 2.5 | 14 | 2.6 |

Fuente: CUAD

$n = 1397$

La tabla 8 muestra que las personas que se dedican al hogar usan más las acciones de detección que el resto de las ocupaciones de los. Respecto a la escolaridad el grupo que corresponde a primaria utilizan en mayor proporción la DDM y DHTA y en las detecciones propias de la mujer para el mismo grupo de escolaridad el porcentaje fue similar para la DCAM y la DCACU con un 43.1% y 43.3% respectivamente.

Tabla 8

Uso de acciones de detección según ocupación y escolaridad

| Variable | n_i | DDM | | DHTA | | DCAMA | | DCACU | |
|-----------------------|-------|-----|------|------|------|-------|------|-------|------|
| | | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Ocupación | | | | | | | | | |
| Hogar | 949 | 505 | 69.5 | 511 | 69.5 | 417 | 86.0 | 464 | 85.8 |
| Empleado | 183 | 83 | 11.4 | 83 | 11.3 | 40 | 8.2 | 44 | 8.1 |
| Estudiante | 21 | 5 | 0.7 | 4 | 0.5 | --- | --- | --- | --- |
| Obrero | 67 | 30 | 4.1 | 29 | 4.0 | 7 | 1.4 | 8 | 1.5 |
| Pensionado o jubilado | 51 | 40 | 5.5 | 40 | 5.4 | 2 | 0.4 | 3 | 0.6 |
| Otro | 126 | 64 | 8.8 | 68 | 9.3 | 19 | 4.0 | 22 | 4.0 |
| Escolaridad | | | | | | | | | |
| Ninguna | 130 | 76 | 10.5 | 76 | 10.3 | 45 | 9.3 | 44 | 8.1 |
| Primaria | 575 | 312 | 42.9 | 312 | 42.4 | 210 | 43.3 | 233 | 43.1 |
| Secundaria | 450 | 212 | 29.2 | 216 | 29.4 | 155 | 32.0 | 178 | 32.9 |
| Preparatoria | 64 | 35 | 4.8 | 34 | 4.6 | 22 | 4.5 | 21 | 3.9 |
| Técnico | 109 | 57 | 7.8 | 63 | 8.6 | 37 | 7.6 | 46 | 8.5 |
| Profesional | 69 | 35 | 4.8 | 34 | 4.7 | 16 | 3.3 | 19 | 3.5 |

Fuente: CUAD

 $n = 1397$

Al analizar por factores epidemiológicos, en la tabla 9 se observa el uso de acciones de detección por la población que le han o no diagnosticado alguna de las enfermedades crónico degenerativas como la DM, HTA, CAMA y CACU. Se muestra que la comunidad que padece DM usa más la DHTA, con respecto a los que le han diagnosticado HTA usan más la DDM, mientras que las mujeres con CAMA utilizan las

acciones de DCACU en un 2% y las que padecen CACU se realizan en un 3.3% la DCAMA.

Tabla 9

Uso de acciones de detección por factores epidemiológicos (daño a la salud)

| Enfermedad crónica degenerativa | n_i | DDM | | DHTA | | DCAMA | | DCACU | |
|------------------------------------|-------|------|------|------|------|-------|------|-------|------|
| | | f | % | f | % | f | % | f | % |
| DM | | | | | | | | | |
| Si | 216 | ---- | ---- | 151 | 20.5 | 84 | 17.3 | 84 | 15.5 |
| No | 1181 | 547 | 75.2 | 584 | 79.5 | 401 | 82.7 | 457 | 84.5 |
| HTA | | | | | | | | | |
| Si | 276 | 189 | 26.0 | ---- | ---- | 105 | 21.6 | 114 | 21.1 |
| No | 1121 | 538 | 74.0 | 511 | 69.5 | 308 | 78.4 | 427 | 78.9 |
| CAMA | | | | | | | | | |
| Si | 14 | 11 | 1.5 | 11 | 1.5 | ---- | ---- | 10 | 2.0 |
| No | 1094 | 578 | 52.8 | 576 | 78.4 | 472 | 97.3 | 529 | 98.0 |
| No aplica | 289 | 138 | 19.0 | 148 | 20.1 | ---- | ---- | ---- | ---- |
| CACU | | | | | | | | | |
| Si | 26 | 15 | 2.0 | 16 | 2.2 | 15 | 3.3 | ---- | ---- |
| No | 1082 | 574 | 79.0 | 571 | 77.7 | 468 | 96.7 | 521 | 96.5 |
| No aplica | 289 | 138 | 19.0 | 148 | 20.1 | ---- | ---- | ---- | ---- |

Fuente: CUAD

$n = 1397$

La tabla 10 muestra que las personas que tienen el antecedente familiar de DM se realizan la DDM en un 48.6%, los participantes con algún familiar con HTA usan la DHTA el 34.1%, la población que tiene familiar con CAMA se realiza la DCAMA en un

2.9% y las personas con el antecedente familiar de CACU utilizan la DCACU en un 3.3%.

Tabla 10

Uso de acciones de detección por factores epidemiológicos (antecedente familiar)

| Antecedente Familiar | n_i | DDM | | DHTA | | DCAMA | | DCACU | |
|----------------------|-------|------|------|------|------|-------|------|-------|------|
| | | f | % | f | % | f | % | f | % |
| DM | | | | | | | | | |
| Si | 603 | 353 | 48.6 | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- |
| No | 794 | 374 | 51.4 | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- |
| HTA | | | | | | | | | |
| Si | 411 | ---- | ---- | 251 | 34.1 | ---- | ---- | ---- | ---- |
| No | 986 | ---- | ---- | 484 | 65.9 | ---- | ---- | ---- | ---- |
| CAMA | | | | | | | | | |
| Si | 33 | ---- | ---- | ---- | ---- | 14 | 2.9 | ---- | ---- |
| No | 64 | ---- | ---- | ---- | ---- | 471 | 97.1 | ---- | ---- |
| CACU | | | | | | | | | |
| Si | 27 | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | 18 | 3.3 |
| No | 1370 | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | 532 | 96.7 |

Fuente: CUAD

$n = 1397$

Para cumplir con el objetivo tres, en la tabla 11 se muestran los motivos por los cuales los participantes no asisten a los centros salud y comunitarios privados, con respecto a la comunidad del CESADE los motivos corresponden a que su población prefiere recibir atención en otra institución y mencionan que no lo conocen un 37% y 36.6% respectivamente y en relación a la Clínica Lafón los motivos que más

predominaron fueron que los participantes prefieren asistir a otra institución con un 35.1% y a que es más caro que otras instituciones de salud el 28.7%.

Tabla 11

Motivos por los que no asisten a los centros de salud y comunitarios privados por unidad

| Motivos | UNIDAD | | | |
|--|----------|-------|----------------|-------|
| | CESADE | | Clínicas Lafón | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| No lo conoce | 178 | 36.6 | 30 | 7.7 |
| Preferencia por otra institución | 180 | 37.0 | 137 | 35.1 |
| Es más caro | 1 | 0.2 | 112 | 28.7 |
| No cree necesario chequearse | 36 | 7.4 | 26 | 6.7 |
| Distancia lejana | 23 | 4.7 | ----- | ----- |
| Miedo | 13 | 2.7 | 9 | 2.3 |
| Tiempo | 24 | 4.9 | 5 | 1.3 |
| No se ha sentido mal | 20 | 4.1 | 39 | 10.0 |
| No sabía que se realizaban las detecciones | 11 | 2.2 | 3 | 0.8 |
| Cuestión económica | 1 | 0.2 | 12 | 3.1 |
| Depósito económico | ----- | ----- | 17 | 4.3 |

Fuente: CUAD

n = 1397

Capítulo IV

Discusión

Los resultados encontrados permitieron conocer cuales acciones de detección son más utilizadas por la población de los centros de salud y comunitarios privados, así como también los motivos por los cuales no asisten a estos centros a recibir atención primaria.

Se sabe que en Nuevo León más de la mitad de la población cuenta con seguridad social, mientras que el resto recibe atención asistencial como de salud pública en instituciones privadas y de asistencia social. La situación es similar a la que se observó en la población estudiada ya que casi la mayoría contó con seguridad social. Se encontró que la mayoría de las personas encuestadas efectuaron sus acciones de detección en instituciones de seguridad social, este caso pudiera ser explicado debido a que los programas de prevención como el de DM, HTA, CAMA y CACU son considerados como prioritarios en el Sector Salud.

La DDM fue realizada por la mitad de la población estudiada, cantidad poco mayor a lo reportado en la Zona Metropolitana de Monterrey donde la población la utilizó en un 37.0%. Diferencia que puede ser explicada por el incremento de promoción para acciones de prevención en el Sector Salud Mexicano. Además, conocida es la relevancia de los beneficios de esta detección, ya que el identificar oportunamente una enfermedad crónica degenerativa como es la DM, tratarla oportunamente y adecuadamente retarda la aparición de sus complicaciones (Garza et al., 2004; Secretaría de Salud, 2001).

Un alto porcentaje de los participantes se realizó la DHTA, la situación es similar a lo que se reportó en España, pero menor a lo encontrado en California donde ocho de cada 10 mujeres coreano-americanas refirieron haberse realizado la toma de presión arterial. La promoción de uso de esta detección es de gran relevancia, se conoce

que la hipertensión se presenta con una prevalencia de riesgo para enfermedades cardiovasculares de 30.05% en mayores de 20 años, situación que propicia la búsqueda de personas con factores de riesgo (Lew et al., 2003; Secretaría de Salud, 2001; Subias et al., 2001).

En las detecciones propias de la mujer, se encontró que tres de cada diez mujeres se las efectuaron, similar a lo encontrado en Monterrey pero menor a lo reportado en literatura internacional. Esta situación es de llamar la atención, ya que a pesar de la gran promoción de acciones preventivas en el país se sigue observando subutilización de éstas. Es conocido que hay barreras para que las mujeres no se realicen las detecciones como baja escolaridad, percepción de dolor al momento de la detección, no contar con seguridad social, no conocer suficiente acerca de la detección y temor al resultado. Situación que deberá ser estudiada posteriormente ya que no fue el objetivo del estudio (Coronado, Thompson, Koepsell, Schwartz & McLerran, 2004; Garza et al., 2004; Hoyo, Yarnall, Sugg-Skinner, Moorman, Sellers & Reid, 2005; Lew et al., 2003; Subias et al., 2001).

En México se ha incrementado la esperanza de vida, en el año 2000 el 5% de la población era de 65 años o más, este grupo utiliza los servicios de salud cuatro veces más que el resto de la población. En el estudio se observó que el grupo de 24 a 64 años fue el que más usó las acciones de detección, situación que pudiera ser debido a que es el grupo de edad productiva y en éste, se han realizado por parte de las instituciones de seguridad social incremento de acciones de fomento a la salud de los trabajadores. Se observó que las mujeres usan más las acciones de detección similar a lo reportado en Tamaulipas. Esto pudiera ser resultado de mayor incorporación de la mujer a las fuerzas laborales, además se sabe que éstas utilizan más los servicios de salud (Secretaría de Salud, 2001; Vázquez, 2004).

Las proporciones del uso de acciones de detección en los encuestados en este estudio se encuentran por debajo de lo reportado en la literatura internacional, por lo que

es pertinente señalar que en esta investigación se indagó solo acerca de la realización de las detecciones en el año anterior y no del uso correcto de las acciones de detección de las enfermedades crónico degenerativas, situación que pudiera explicar la baja utilización de las detecciones. Es necesario mencionar que en el estudio no se llevó a cabo alguna revisión de expedientes clínicos ó alguna papelería donde se registren las acciones de detección efectuadas a las personas; la información se obtuvo directamente al entrevistar al participante; esto se deberá tomar en cuenta ya que podría influir el que se le olvidara a la persona o también no saber que acciones de detección se ha realizado.

Las personas que reportaron tener alguna patología crónica y degenerativa se realizaron en menor proporción cualquiera de las detecciones, esto es preocupante ya que reconocen tener un daño a la salud pero no se realizan acciones de prevención para otras enfermedades. Se sabe que en estas personas el personal de salud debe poner mayor interés preventivo.

Si bien, el uso de acciones de detección por parte de la población es un evento que puede ser reportado con los informes de actividades de las unidades de salud, es importante destacar que este proyecto se realizó en población abierta. Situación que toma especial interés ya que incluyó dos AGEB de cada uno de los centros de salud y comunitarios privados. En cuanto al acceso de las acciones de detección se reportó que la población tarda en llegar a la institución de salud donde se realiza sus acciones de detección 15 minutos, similar a lo reportado por Palomar et al. (1996), pero poco menor a lo que se menciona en la última Encuesta Nacional de Salud donde informa de 23.1 minutos a las unidades. Las personas que cubrieron un pago por la acción de detección lo reportaron de \$50.00 pesos (Valdespino et al., 2002).

Los motivos predominantes por los que la población no acude a los centros comunitarios privados en sus localidades fueron el no conocerlos y la preferencia por otra institución. Se sabe que las personas realizan su propia evaluación de los servicios y deciden a donde asistir; además aunque el costo no fue uno de los motivos sobresalientes

se sabe que estas acciones son gratuitas en las instituciones de asistencia y seguridad social por lo que pueden asistir a estas para su realización. Por lo que en estos centros se deberán de promover estrategias enfocadas a disminuir los costos de las acciones de detección y hacer mayor promoción en la comunidad para que la población las identifique y use.

Estudios como este apoyan de gran manera las políticas de salud en el país, ayudando a localizar focos de alerta en los diferentes programas preventivos en donde se tengan que implementar estrategias como la búsqueda intencionada de personas enfatizando en los estilos de vida saludable y cambios de conducta, tratando de reducir así el daño y logrando con ello la salud de la población.

Conclusiones

El uso de detecciones varió de un 34 a un 52%, las utilizan más: la población en edad productiva, las mujeres, los casados y con escolaridad de primaria y secundaria.

Existe subutilización en las personas con daño a la salud.

Los problemas de acceso se presentaron principalmente por tiempo de trayecto y pago de las acciones de detección.

Los motivos por los que la población no asiste a los centros comunitarios privados son principalmente el desconocimiento y la preferencia por otra institución.

Recomendaciones

Realizar estudios con búsqueda intencionada de factores para la no adherencia preventiva. Con ello, continuar con la promoción en la población de los programas preventivos enfocándose principalmente en estos factores.

Efectuar proyectos de investigación sobre la evaluación de los diferentes programas de salud.

Realizar estudios de investigación encaminados al uso de acciones de detección en los diferentes grupos de edad, específicamente los de riesgo.

Efectuar estudios de acceso que contemplen todos los aspectos que pueden afectar el uso de acciones de detecciones.

Referencias

- Abraído-Lanza A, Chao M, Gammon M. (2004) Breast and cervical cancer screening among latinas and non-latina whites. *Pan American Journal of Public Health* 94: 1393-1398.
- Aday LA, Andersen R. (1992). Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. En: White K, Frenk J, Ordoñez C, Pagannini JM, Starfield B, editores. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Organización Panamericana de la Salud. P 604 – 613.
- Arredondo, A. & Meléndez, V. (1992). Modelos Explicativos sobre la utilización de los Servicios de Salud: Revisión y Análisis. *Salud Pública de México*, 34: 36-49.
- Arredondo, A., Zúñiga, A. & Parada I. (2005). Health care costs and financial consequences of epidemiological changes in chronic diseases in Latin America: evidence from Mexico. *Public Health* 119: 711–720.
- Borges-Yáñez, S. A. & Gómez-Dántes, H. (1998). Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública de México*, 40(1), 13-14.
- Coronado, G., Thompson, B., Koepsell, T., Schwartz, S. & McLerran, D. (2000). Use of Pap test among Hispanics and non-Hispanic whites in a rural setting. *Preventive Medicine* 38: 713-722.
- Dever, A. (1991). *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Douglass, C. & Visconti, Ch. (1998). Factors influencing the use of adult day care by individuals with Alzheimer's Disease a multivariate examination of the California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Center Program. *Home Health Care Services Quarterly*, 17(2), 53-69.

- Garza, E. M., Villarreal, R.E., Salinas, M. A. & Núñez, R.G. (2004). Prácticas Preventivas de los habitantes mayores de 25 años en Monterrey y su zona Metropolitana. *Revista Española Salud Pública* 78: 95-105.
- Gilliland, F., Mahler, R., Hunt, C. & Davis, S. (1999). Preventive health care among American Indians in New México. *Preventive Medicine* 28: 194-202.
- Hernández-Ávila., Rodríguez, M., Rodríguez, N., Santos, R., Morales, E., Sepúlveda-Amor, J. (2002). Cobertura geográfica del sistema mexicano de salud y análisis espacial de la utilización de hospitales generales de la Secretaría de Salud 1998. *Salud Pública de México* 44: 519-532
- Hoyo, C., Yarnall, K., Sugg-Skinner, C., Moorman, P., Sellers, D. & Reid, L. (2005). Pain predictors non-adherence to pap smear screening among middle-aged African American women. *Preventive Medicine* 41: 439-445.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2002a). Programas Integrados de Salud. Salud de la mujer de 20 a 59 años. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2002b). Programas Integrados de Salud. Salud de los hombres de 20 a 59 años. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2002c). Programas Integrados de salud. Salud de los adultos mayores de 59 años. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. (2001). XII Censo Nacional de población y vivienda, Nuevo León. México: Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática.
- Lew, A., Moskowitz, J., Ngo, L., Wismer, B., Wong, J., Ahn, Y., et al. (2003). Effect of provider status on preventive screening among Korean-American women in Alameda Country, California. *Preventive Medicine* 36: 141-149.
- Mejía, M.A., Sánchez, G.A. & Tamayo R.J. (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia Colombia. *Revista de Salud Pública*: 9 (001), 26-38.

- Montero, R. E. (2004). Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. *Población y Salud en Mesoamérica*, 1 artículo 6. Recuperado el 06 de octubre de 2006, de <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
- Palomar, R.J., Más, C.A., Parra, H.P. & Rodríguez, M. (1996). Accesibilidad a los dispositivos sanitarios de la región de Murcia. *Atención Primaria*:17, 507-511.
- Rodríguez, C. (2002). Cáncer de Mama. Recuperado el 06 de octubre de 2006, de: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/>
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la *Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado el 07 de octubre de 2006, de: <http://www.salud.gob.mx>
- Secretaría de Salud. (1994a). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para prevención, tratamiento y control de la diabetes. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (1994b). Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (1999). Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2002). Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. México: Secretaría de Salud.
- Wallace, S. & Enriquez V. (2001). Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. *Revista Panamericana de Salud Pública*:10, 18-28.
- Subias, P., Bauzá, K., Casanovas, E., García, J., Iglesias, R., Jiménez, J., et al. (2001). Evaluación del PAPPS. *Atención Primaria*, 28 (supl): 15-21.

- Valdespino, J., Olaiz, G., López, M., Mendoza, L., Palma, O., Velásquez, O., et al. (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2000*. Tomo I. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Vázquez, T. M. (2004). *Uso de Acciones Preventivas por la población de Ciudad Victoria Tamaulipas*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Villarreal, R.E., González, R.J., Salinas, M. A., Garza, E. M., Núñez, R.G., Uribe, M.M. (2000). Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. *Atención Primaria* 25: 475-478.

Apéndices

Apéndice A

*Carta de Autorización Centro de Salud y Desarrollo (CESADE) San Pedro Garza
García y la Cima*



Monterrey, Nuevo León, Agosto 2007

A QUIEN CORRESPONDA:

Por este conducto me permito presentar a la LIC. FRANCISCA PÉREZ CAMACHO egresada de la Lic. en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año de 1990, actualmente Maestra de tiempo completo de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Monterrey Campus Christus Muguerza Conchita. La Lic. Pérez es alumna del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León y a través de esa Institución Educativa se ha solicitado a estos Centros de Salud la realización del Estudio Titulado “USO DE ACCIONES DE DETECCIÓN Y ACCESO POR POBLACIÓN DE CENTROS DE SALUD Y COMUNITARIOS PRIVADOS” para lo cual se requiere de la participación de las personas en la comunidad para efectuarles una encuesta y en el entendido que el uso de la información es exclusivamente para propósitos de investigación y que no tiene implicaciones éticas que obstaculicen el desarrollo de dicha investigación y procurando en todo momento la discreción y confidencialidad.

Mucho agradeceré su apoyo para la Investigación de la población de las comunidades de estos Centros de Salud y Desarrollo.

ATENTAMENTE

Lic. Javier García Y Justicia
Coordinador Área de Desarrollo Comunitario de la Universidad de Monterrey
Centro para la Solidaridad y la Filantropía

Lic. Armando Ávila Medina
CESADE

Dra. Lucila H. Martínez Espinosa
Coordinadora del Área Médica

Apéndice B

Carta de Autorización de las Clínicas Adelaida Lafón de Muguerza en Fomerrey #35 y #109



Monterrey, Nuevo León, Agosto de 2007

A QUIEN CORRESPONDA:

Por este conducto me permito presentar a la LIC. FRANCISCA PÉREZ CAMACHO egresada de la Lic. en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año de 1990, actualmente Maestra de tiempo completo de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Monterrey Campus Christus Muguerza Conchita. La Lic. Pérez es alumna del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León y a través de esa Institución Educativa se ha solicitado a estas Clínicas Comunitarias la realización del Estudio Titulado “USO DE ACCIONES DE DETECCIÓN Y ACCESO POR POBLACIÓN DE CENTROS DE SALUD Y COMUNITARIOS PRIVADOS” para lo cual se requiere de la participación de personas en la comunidad, para efectuarles una encuesta; en el entendido que el uso de la información es exclusivamente para propósitos de investigación y que no tiene implicaciones éticas que obstaculicen el desarrollo de dicha investigación y procurando en todo momento la discreción y confidencialidad.

Mucho agradeceré su apoyo para la Investigación de la población de las comunidades de estas Clínicas Comunitarias.

ATENTAMENTE

Dra. Marcela Granados Shiroma
Director Administrativo de las Clínicas Adelaida Lafón de Muguerza

Enf. Laura Duarte Nava
Jefe de Enfermería de las Clínicas Adelaida Lafón de Muguerza

Apéndice C

Programa de Capacitación para Encuestadores

Investigación: Uso de acciones de detección y acceso por población de centros de salud y comunitarios privados

Carrera: Bachillerato con Enfermería General

Semestre: 7°

Generación: 2004-2008

Objetivo: El alumno aplicará los conocimientos adquiridos en el curso de capacitación para la recolección de datos a través del instrumento que se empleó para la investigación.

Duración de la capacitación: tres horas

| TIEMPO | ACTIVIDAD A REALIZAR |
|------------|---|
| 05 minutos | Información del título de la investigación, así como el objetivo de la misma |
| 30 minutos | Mostrarles el diseño del instrumento y explicar el contenido |
| 15 minutos | Información sobre los lugares dónde se llevará acabo la investigación y otorgarles la dirección de cada centro de salud ó clínica comunitaria |
| 5 minutos | Explicar que realizarán un recorrido de las comunidades de influencia de los centros de salud y clínicas comunitarias |
| 40 minutos | Asignación de los AGEB y distribución de las manzanas por alumno |
| 20 minutos | Explicación de la realización del croquis de las manzanas asignadas |
| 5 minutos | Información sobre recabar el número total de viviendas y de las personas a participar en el estudio |

| TIEMPO | ACTIVIDAD A REALIZAR |
|------------|---|
| 5 minutos | Explicación sobre la selección de la vivienda indicada para aplicar la entrevista |
| 15 minutos | Información de las instrucciones para la aplicación del instrumento, acudir al domicilio seleccionado saludando amablemente y explicar el objetivo del estudio |
| 20 minutos | Explicar el procedimiento de la selección de la persona indicada para participar en el estudio, si se encontrase más de una persona con los requisitos necesarios, se seleccionará al azar simple a una de ellas para colaborar en el estudio. Una vez seleccionada a la persona indicada se le solicitará la autorización para la participación en el estudio y se procederá a la aplicación del cuestionario a través de una entrevista directa |
| 15 minutos | Explicación sobre algunas dificultades en la selección de la persona indicada para el estudio. Si la persona seleccionada se rehúsa a participar y en el domicilio hubiera más personas, de éstas se selecciona otra. Si ninguna persona quiere participar en el estudio, se acudirá al domicilio seleccionado también al azar simple. |
| 5 minutos | Información acerca de cómo será la despedida al término de la entrevista, esta será amablemente y se agradecerá la participación en el estudio. |

Apéndice D

Cédula de Uso y Acceso de Acciones de Detección

FOLIO: _____

FECHA: _____

INSTRUCCIONES: Presentarse amablemente e indicar en el cuadro lateral el código (número correspondiente)

| | | |
|--|---|--|
| I. Datos de Identificación | | |
| Edad: _____ años | Sexo: 1. Hombre 2. Mujer <input type="checkbox"/> | |
| Estado civil: <input type="checkbox"/> 1. Casado 2. Unión libre 3. Soltero 4. Viudo 5. Divorciado | Ocupación: <input type="checkbox"/> 1. Hogar 2. Empleado 3. Estudiante 4. Obrero 5. Pensionado ó jubilado 6. Otro | Escolaridad: <input type="checkbox"/> 1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Técnico 6. Profesional |

II. Factores Epidemiológicos

Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades:

Diabetes Mellitus:

1. Si
2. No

Hipertensión Arterial:

1. Si
2. No

Cáncer de Mama:

1. Si
2. No
3. No aplica

Cáncer Cérvico Uterino:

1. Si
2. No
3. No aplica

Tiene algún familiar con alguna de estas enfermedades

Diabetes Mellitus:

1. Si
2. No

Hipertensión Arterial:

1. Si
2. No

Cáncer de Mama:

1. Si
2. No

Cáncer Cérvico Uterino:

1. Si
2. No

¿Quién de sus familiares padece las enfermedades anteriormente mencionadas:

1. Papá

3. Hijo (a)

5. Abuelo (a)

2. Mamá

4. Hermano (a)

6. No aplica

III. Uso de Acciones de Detección

¿Durante el año anterior utilizó alguna detección?

Diabetes Mellitus:

1. Si

2. No

Hipertensión Arterial:

1. Si

2. No

Cáncer de Mama:

1. Si

2. No

3. No aplica

Cáncer Cérvico Uterino:

1. Si

2. No

3. No aplica

IV. Servicios de Salud

En qué lugar se realizó la detección:

1. SS

2. IMSS

3. ISSSTE

4. CESADE

5. CLÍNICA LAFÓN

6. PARTICULAR

7. OTRO

¿Cuenta con algún servicio médico?

1. Si

2. No

De cuál de las instituciones es derechohabiente:

1. SS

2. IMSS

3. ISSSTE

4. PARTICULAR

V. Acceso a los Servicios de Salud

1. ¿Cuánto tarda en llegar a la unidad donde se hizo sus acciones de detección? _____ minutos

2. Pagó usted por ellas

1. Si

2. No

3. ¿Cuánto?

4. ¿Cómo se le hace lo que pagó por las detecciones?

1. Muy poco

2. Poco

3. Regular

4. Mucho

5. Muchísimo

5. Utilizó transporte para llegar a donde le realizaron las detecciones:

1. Si

2. No

6. ¿Cuántos camiones tuvo que tomar?

1. Ninguno 2. Uno 3. Dos

7. ¿Qué tipo de transporte usó?

1. Particular 2. Urbano 3. Taxi

8. ¿Cómo se le hace lo que se tardó?

1. Muy poco 2. Poco 3. Regular 4. Mucho 5. Muchísimo

9. Cuando llegó a la unidad donde le hicieron sus detecciones, ¿Cómo lo trataron?

1. Muy mal 2. Mal 3. Regular 4. Bien 5. Excelente

10. Regresaría al mismo lugar para realizarse sus detecciones

1. Si 2. No

11. Cuando fue había personal suficiente para que le hicieran sus detecciones

1. Muy poco 2. Poco 3. Regular 4. Mucho 5. Muchísimo

12. Cuando fue había material suficiente para que le hicieran sus detecciones

1. Muy poco 2. Poco 3. Regular 4. Mucho 5. Muchísimo

13. Cuando fue había área física suficiente para que le hicieran sus detecciones

1. Muy poco 2. Poco 3. Regular 4. Mucho 5. Muchísimo

14. Cuando fue el área física estaba limpia y ordenada

1. Muy poco 2. Poco 3. Regular 4. Mucho 5. Muchísimo

VI. Acceso a los Centros de Salud y Clínicas Comunitarias Privadas

1. Conoce usted el centro de salud (CESADE) ó clínica comunitaria (Lafón) de la colonia

1. Si 2. No 3. No aplica

2. Acude a él a realizarse sus detecciones

1. Si (pase a la siguiente pregunta) 2. No (pase a la pregunta 13)

3. Cuánto pagó

4. Cómo se le hizo

1. Muy poco 2. Poco 3. Regular 4. Mucho 5. Muchísimo

5. ¿Cuánto tarda en llegar? _____ minutos

6. ¿Cómo se le hace lo que se tardó?

1. Muy poco 2. Poco 3. Regular 4. Mucho 5. Muchísimo

7. Cuando llegó al centro de salud o clínica comunitaria donde le hicieron sus detecciones, ¿Cómo lo trataron?

1. Muy mal 2. Mal 3. Regular 4. Bien 5. Excelente

8. Regresaría al mismo lugar para realizarse sus detecciones

1. Si 2. No

9. Cuando fue había personal suficiente para que le hicieran sus detecciones

1. Muy poco

2. Poco

3. Regular

4. Mucho

5. Muchísimo

10. Cuando fue había material suficiente para que le hicieran sus detecciones

1. Muy poco

2. Poco

3. Regular

4. Mucho

5. Muchísimo

11. Cuando fue había área física suficiente para que le hicieran sus detecciones

1. Muy poco

2. Poco

3. Regular

4. Mucho

5. Muchísimo

12. Cuando fue el área física estaba limpia y ordenada

1. Muy poco

2. Poco

3. Regular

4. Mucho

5. Muchísimo

13. ¿Por qué? _____