

1-1-2013

Análisis del cumplimiento de la resolución 412 de 2000 en las eps (Compensar, Saludcoop y Coomeva)

Mario Moreno Mosquera
Universidad de La Salle

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/optometria>

Citación recomendada

Moreno Mosquera. M. (2013). Análisis del cumplimiento de la resolución 412 de 2000 en las eps (Compensar, Saludcoop y Coomeva). Retrieved from <https://ciencia.lasalle.edu.co/optometria/183>

This Trabajo de grado - Pregrado is brought to you for free and open access by the Facultad de Ciencias de la Salud at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Optometría by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

**ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 412 DE 2000 EN LAS
EPS (COMPENSAR, SALUDCOOP Y COOMEVA)**

CARLOS MARIO MORENO MOSQUERA

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD OPTOMETRÍA
BOGOTA D.C.
2013**

**ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 412 DE 2000 EN LAS
EPS (COMPENSAR, SALUDCOOP Y COOMEVA)**

CARLOS MARIO MORENO MOSQUERA

TRABAJO DE GRADO

Dra. CLAUDIA XIOMARA AMAYA

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

FACULTAD OPTOMETRÍA

BOGOTA D.C.

2013

Nota de aceptación

FIRMA DE LOS JURADOS:

Bogotá 31 marzo de 2014

AGRADECIMIENTOS

A Dios a mi madre y hermano, porque gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de la vida, fruto del inmenso amor y confianza que en mi se depositó y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales que constituyen el legado más grande que pudiera recibir y por lo cual les viviré eternamente agradecido con cariño y respeto.

Quiero agradecer a otra persona que es muy especial para mi vida y a la que me llena también día a día y me enseña lo que es amar y ser amado esa es mi esposa Katia Lorena Murillo, quien con su apoyo y colaboración también hizo que este trabajo de grado saliera adelante, quiero que sepas que eres una de las dos personas más importantes en mi vida.

Agradezco a Eva Elvira Gómez Rengifo que siempre me dio su apoyo incondicional.

Agradezco el apoyo de la doctora Claudia Xiomara Amaya, quien creyó en mi para que este proyecto se realizara.

CONTENIDO

Pág.

.INTRODUCCION.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....7

1.1. Descripción del problema

1.2. Delimitación del problema

Pregunta del problema de investigación

2. OBJETIVOS.....10

2.1. Objetivo General 11

2.2. Objetivos Específicos 11

3. JUSTIFICACIÓN.....12

4. MARCO TEÓRICO..... 13

4.1 Promoción de la Salud

4.2. Prevención de la Enfermedad.....

4.2.3.Promoción y Prevención en Colombia.....

5.MARCO CONCEPTUAL..... 15

6. MARCO METODOLÓGICO.....23

8. CAPITULO I IDENTIFICAR LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y
PREVENCION CONTEMPLADOS EN LA RESOLUCION 412 DEL 2000 34

8.1 Los programas de prevencion de la Resolucion 412 de 2000

8...2La prevención de enfermedades según la resolucion 412 del 2000

8.2.1. Programas de Promoción y Prevención COMPENSAR

8.2.2.	Programas de Protección Específica	
8.2.3.	Programas de Detección Temprana.....	
8.2.4	Programas de Promoción y Prevención SALUDCOOP.....	
8.2.5.	Programas de Protección Específica	
8.2.6.	Programas de Detección Temprana.....	
8.2.7	Programas de Promoción y Prevención COOMEVA.....	
8.2.8.	Programas de Protección Específica	
8.2.9	Programas de Detección Temprana.....	
0.....	54	
9...1.	Evaluación de los programas de la resolución 412 del 2000, en relación con la prevención de enfermedades.	
9.2	Evaluación del cumplimiento de la Resolución 412 de 200	
10.	CONCLUSIONES.....	60
11.	BIBLIOGRAFÍA	63
12..	CIBERGRAFIA	66

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como propósito realizar una investigación acerca de la normatividad sobre promoción y prevención de enfermedades, consagrada en la Constitución Política de Colombia de 1991, en donde la salud se convierte en un derecho y en un servicio público a cargo del Estado; para lograrlo se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, prevención, protección y recuperación por medio del aseguramiento universal.

En desarrollo de estos postulados constitucionales se expide la Ley 100 de 1993 que en su artículo 152 define su objeto, el cual consiste en regular el servicio público esencial de salud y crea las condiciones de acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el Plan Obligatorio de Salud, POS y en el Plan de Atención Básica, PAB. (Minsalud. <http://www.es.scribd.com/doc/3288792>).

Sin embargo separa la prestación de los servicios de salud en paquetes que desintegran y causan dificultades para llevar a cabo la atención integral de cada persona. La atención individual se sustenta en el POS, el cual incluye entre otros servicios de Promoción y Prevención; son de responsabilidad de las EPS, ARS y Entidades Adaptadas para el caso de los afiliados y de los Municipios para el caso de los vinculados. El PAB complementa las acciones del POS y las acciones de saneamiento ambiental en lo correspondiente a información, educación y fomento de la salud; estos servicios estarán a cargo del Estado, y son de obligatorio cumplimiento, gratuitos y de cubrimiento universal.

En la ejecución de la ley en mención, la mayoría de esfuerzos se han orientado hacia la salud individual pero ha dejado rezagado la salud pública, sin la cual es difícil acceder a la plenitud de la salud individual.

Como se puede evidenciar en el trabajo en Colombia se ha legislado sobre la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, el aseguramiento universal y el énfasis en Promoción y Prevención son planteamientos que rigen la mayoría de los Sistemas de Salud del mundo. Sin embargo hoy en nuestro país el desarrollo de ellas es incipiente debido a la falta de concreción en las políticas de salud y a la limitada ejecución de las mismas, la falta de control por parte del gobierno y los organismos de control, la desinformación de la mayoría de los ciudadanos sobre los deberes y derechos en salud, contemplados en el Acuerdo 117 y la Resolución 412 del 2000, son evidentes.

La Resolución 412 del 2000 establece 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. (Minsalud.<http://www.es.scribd.com/doc/38466365>).

En el Capítulo I se identifican los programas contemplados en la Resolución 412 de 2000 y los ofrecidos por las EPS (Compensar, SaludCoop, y Coomeva) a los afiliados del régimen subsidiado, régimen Contributivo y los planes Complementarios).

Para el capítulo II se evalúan las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad de obligatorio cumplimiento contemplada en la Resolución 412 del 2000, por parte de las empresas prestadoras de servicios de salud; las EPS (Compensar, Coomeva y Salud Coop).

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Descripción del problema

En el año 2000 el Ministerio de Salud, en cumplimiento de la Carta de Ottawa de 1986, documento de la Organización Mundial de la Salud, OMS, que recoge las cinco áreas de acción prioritarias donde se apoyan las

estrategias básicas para la promoción de la salud; y la Declaración de Yakarta de 1997, documento de la Organización Mundial de la Salud, OMS, que identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI. Expidió de la Resolución 412 de febrero 25, “ 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 detención temprana y la atención de enfermedades en Salud Pública.

La cual desde su promulgación en el año 2000, evidencio un grave problema a la hora de la aplicación en primera medida por parte del Ministerio de Salud que en ese momento no contaba con los ajustes y desarrollos del Sistema Integral de Información en Salud que garantizará la implementación y registro de las actividades mencionadas en la resolución; y en segunda medida las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y las Administradoras de Régimen Contributivo y Subsidiado requerían un periodo mayor para la realización de los ajustes que les permitieran la implementación de la Resolución N° 412 de febrero 25 de 2000. Además no estaba perfeccionado el Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Aseguradoras frente a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública; lo cual conllevó a que el propio Ministerio de Salud modificara la fecha de entrada en vigencia de la Resolución N° 412 de febrero 25 de 2000. Hasta tanto entraran en vigencia las normas técnicas y guías de atención adaptadas en la mencionada resolución; continuaba aplicándose la Resolución N° 3997 de 1996 y las disposiciones establecidas en la circular conjunta del Ministerio de Salud-Súper Intendencia Nacional de Salud Número 018-074 de 1998.

Situación que se convirtió en un problema para el Sistema Nacional de Salud, en donde muchas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), al

igual que las Administradoras de Régimen Contributivo y Subsidiado, algunas de estas en algunas regiones del país, en manos de Gobernadores, Alcaldes y políticos corruptos no cumplieran con lo preceptuado en la Resolución N° 412 de febrero 25 de 2000, y a los dineros se les diera otra destinación diferente a lo que establece la Resolución N° 412 de febrero 25 de 2000.

1.2 Delimitación del problema.

El problema de la investigación por la magnitud del tema se limita a la identificación, análisis y la evaluación del cumplimiento de la Resolución 412 de febrero 25 de 2000 en las EPS (Compensar, SaludCoop, Coomeva).

Teniendo en cuenta los argumentos expuestos se plantea la pregunta del problema de investigación.

¿Cuál ha sido el impacto en la población colombiana en cuanto al cumplimiento de la Resolución 412 del 2000, en la Promoción y Prevención de Enfermedades por parte de las Empresas Promotoras de Salud, EPS. (Compensar, Salud Coop, y Coomeva).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Investigar acerca del cumplimiento de las normas contenidas en la Resolución N° 412 de febrero 25 del 2000 en lo que respecta a la prestación de los servicios de promoción y prevención de enfermedades, en las Empresas Promotoras de Salud (Compensar, SaludCoop, Coomeva)

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1. Identificar los programas sobre Promoción y Prevención de enfermedades, contemplados en la Resolución N° 412 de febrero 25 del 2000 en las Empresas Promotoras de Salud. (Compensar, SaludCoop, Coomeva)

2.2.2. Evaluar las actividades Promoción y Prevención de la enfermedad de obligatorio cumplimiento de la Resolución N° 412 del 25 de febrero del año 2000, por parte de las Empresas Promotoras de Salud.(Compensar, Salud Coop, y Coomeva).

3. JUSTIFICACIÓN

Se realiza esta investigación por qué se quiere conocer si las EPS (Coomeva, Compensar y Salud Coop), desde el año 2000, en que se promulgo la Resolución Número 412 de febrero 25, le dieron cumplimiento a lo preceptuado en la mencionada resolución para hacer aportes tendientes a la solución del problema.

Justificación Legal.

.La Ley 100 de 1993 crea el Sistema de Seguridad Social Integral que establece dentro del Plan Obligatorio de Salud POS, las actividades de Promoción de la Salud y la 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 por parte de las Empresas Promotoras de Salud EPS y las Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. 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, los sectores sociales y productivos” con el fin de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad mayores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales de los individuos y colectividades. (Minsalud. [http: www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCIÓN N°/203997/20 DE/201996.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCIÓN_Nº/203997/20_DE/201996.pdf)).

Y la Prevención de la Enfermedad como “El conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgos 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.

(Minsalud. [http:// minsalud. gov.co/ Normatividad/RESOLUCIÓN N°/ 203997/20 DE/201996.pdf](http://minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCIÓN_Nº/203997/20_DE/201996.pdf)).

En diciembre del año 2000, el Ministerio de Salud promulga la Resolución N° 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 de las enfermedades de interés en salud pública. (Minsalud. <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Res412-doc.html>).

Además el análisis de la resolución en mención permite hacer analogías con la legislación del orden internacional como es el caso de la Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, en la que se instituye que está tiene que ver con el bienestar de la población y que, para conseguirla se requiere de ciertas condiciones de vida, con son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el empleo formal, la renta, la justicia social, la equidad y un ecosistema estable, se puede evidenciar que son precisamente estas condiciones de las que carecen la mayoría de los colombianos. En ese sentido la Promoción de la Salud en el marco de la Carta de Ottawa se convierte en una utopía que es responsabilidad del Estado y sus instituciones cumplir con las condiciones de vida en la Promoción de la Salud, prescritas en la carta en mención.

El análisis de la resolución 412, es importante para entender y comprender el problema en Colombia con respecto a la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades contempladas en la Constitución Política de 1991, en el marco de los DDHH, en el campo de la economía en donde la salud por el modelo económico neoliberal deja de ser un derecho y se convierte en un servicio público y en el campo del sector salud en donde las EPS, las ARS y la Entidades Adaptadas; violan sistemáticamente la normatividad en mención y en donde la mayoría de los afiliados desconocen sus deberes y derechos con respecto a la Promoción y la Prevención.

Las tres EPS que se escogieron para la evaluación de los programa y las actividades de promoción y prevención de enfermedades, tienen visiones y misiones diferentes, en el caso de Coomeva y Salud Coop, están ligadas al sector de la economía solidaria con una diferencia; la primera nace del sector de los profesionales de la salud y la segunda su actividad se ha centrado más en la economía de mercado que en el sector cooperativo incumpliendo con la misión para la cual fue creada. La tercera que es Compensar esta ligada a la compañía de

Jesús, y su actividad también está en el sector de la economía de mercado lo que le ha permitido situarse en el Rankin de las mejores EPS de Colombia.

Esta diferencia entre las tres EPS seleccionadas permiten poder hacer una mejor análisis de la Resolución 412, ya que las tres a la hora de aplicar la normatividad de la resolución en referencia con la investigación se evidencian las falencias que tienen las dos primeras en cuanto al cumplimiento de la resolución, en el tema de la Promoción y la Prevención

4. MARCO TEÓRICO

El sustento teórico y epistemológico de la investigación estará orientado desde autores como Henry E. Sigerist(1945), quien fuera el primer salubrista en utilizar el concepto de promoción de la salud. Definió que las cuatro tareas básicas de la medicina eran la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación de las secuelas, significando que tales áreas de trabajo no solo son tareas de la medicina, si no de la buena salud pública.(Cfr. Henry Sigerist,1946).

La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones laborales, educación, cultura física y medios para la recreación. Como se puede evidenciar para la consecución de este objetivo, es necesario coordinar los esfuerzos de grandes grupos tales como : El Estado, los Trabajadores, los Educadores y los Médicos.

Otros de los enfoques teóricos es el enfoque Lalonde (1974), como una de las primeras consecuencias políticas prácticas de la promoción de la salud, el cuál se basó en las ideas de Sigerist y en los desarrollos teóricos de Thomas Mc Keown, herencia ambos del paradigma médico social. (Cfr. Marc Lalonde, 1974).

Este último autor planteaba que las mayores influencias para el cambio de la salud en Inglaterra y Gales, provenían, en orden de importancia de la reducción del tamaño de la familia, el incremento de la disponibilidad de alimentos, de un medio ambiente más saludable y por último de las medidas preventivas y terapéuticas específicas.(Cfr. Thomas Mc Keown,1976).

El informe Lalonde, identificó, sobre la base de las ideas anteriores, lo que se denominó como el campo de la salud, en cuanto grandes determinantes: ambiente, estilo de vida, biología humana y organización de los servicios de salud.

Ello aunque constituyó un avance en relación con la visión médico centrista de la salud enfermedad humana, derivó en algunos casos en culpabilizar a la víctima con su propia salud, al poner un énfasis primordial en los estilos de vida individuales, sobre todo por la lectura que se hizo de los estilos individuales de vida en los Estados Unidos. Hay que resaltar a pesar de las críticas que se hacen al informe Lalonde, reconocerle que la salud es un proceso social complejo que trasciende a los servicios de salud, y que ello debe tener expresiones políticas concretas en el accionar de los ministerios de salud y de otros actores gubernamentales y sociales.

Otro referente teórico importante es la Conferencia Internacional de Ottawa sobre Promoción de la Salud, en 1986. En ella se suscribió la conocida Carta de Ottawa que planteó que la promoción de la salud proporciona a la gente los medios necesarios para mejorar su salud adquirir mayor control sobre ella. Así mismo se plantean una serie de prerrequisitos para la salud tales como la paz, la educación, la vivienda, los ingresos de la población, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad en el acceso a los beneficios del desarrollo. (Carta de Ottawa. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottaw.htm>).

De esta conferencia hay que resaltar los planteamientos centrales para la implementación de la Promoción de la Salud, como son: la formulación de políticas públicas saludables, la creación de ambientes físicos, sociales y culturales favorables, el fortalecimiento de las acciones comunitarias y de la participación social en las

decisiones y las acciones de promoción de la salud, el desarrollo de aptitudes personales para tomar decisiones saludables y soportar presiones negativas para la salud y la reorientación de los servicios de salud para hacer mayor énfasis en la promoción.

Otro de los hitos importantes en el contexto latinoamericano lo constituyó la Declaración de Santa Fé de Bogotá, que trató de acomodar el discurso de la promoción de la salud a las realidades de Latinoamérica y el Caribe, el continente más desigual e inequitativo del mundo. De la reunión celebrada en 1992 en Bogotá, en donde se hizo una declaración pública acerca de las inequidades en salud, como desigualdades innecesarias, evitables e injustas, y se planteó la necesidad de movilizar los esfuerzos gubernamentales, y sociales, hacia la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas saludables que permitieran eliminar o disminuir las inequidades en salud, a la vez que facilitarán un mayor acceso a las oportunidades de vida y al control ciudadano sobre la salud y sobre la gestión de las instituciones responsables de las políticas públicas intersectoriales. (Carta de Bogotá. <http://www.scribd.com/doc/120875253>).

Como consecuencia de los desarrollos teóricos anteriores se concibe a la salud pública como una práctica social intersectorial que propende a lograr un desarrollo humano sostenible, en el cual la salud sea vista como un eje o médula del desarrollo y que sólo es alcanzable si se vislumbra dentro de un pacto social negociado y concertado entre actores gubernamentales, y no gubernamentales, entre el Estado y la Sociedad Civil organizada.

5. MARCO CONCEPTUAL

Los conceptos desarrollados por la Organización Mundial de la Salud OMS, sobre promoción y prevención de enfermedades son los siguientes

Salud: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia.

Estado de salud: Descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud.

Salud pública: La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad, esta varía a través de la historia y diversas culturas.

La OMS dice que es la ciencia y el arte de organizar y dirigir esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad. El objetivo de esta es mejorar el nivel de vida de la población así como el control y la erradicación de enfermedades y los responsables son: Médicos, enfermeras, odontólogos, optómetras, psicólogos. Es una ciencia de carácter multidisciplinario, ya que utiliza los conocimientos de otras ramas del conocimiento como las ciencias biológicas, conductuales, sanitarias y sociales. Es uno de los pilares en la formación de todo profesional de la salud.

(OMS. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html>).

La salud pública tiene como función mejorar la salud de las poblaciones mediante un conjunto de acciones que deben ser realizadas con fines concretos. Eje: vigilancia, seguimiento, control, evaluación, análisis, fortalecimiento, desarrollo, garantía y mejoramiento de la salud.

En su *Artículo 48* la seguridad social y la salud como derechos colectivos y en el *Artículo 49* plantea: *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a*

cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.”

Definición y principios básicos.

La promoción de la salud es el proceso de capacitar a la gente para aumentar el control de su salud y así mejorarla. Representa una estrategia mediadora entre la población y su entorno, que sintetiza la elección personal y la responsabilidad social en la creación de un futuro más sano.(OMS. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Ottawa.html>.)

La salud no se contempla como un objetivo en sí misma, sino como un recurso para la vida cotidiana, como una manera de vivir, además el Estado debe garantizarle a las personas ese derecho a través del acceso a la información y a la formación.

Según la OMS en su definición sobre promoción dice La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejore sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable y para mantenerse sanos.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se dedica a evaluar las formas de favorecer una mejor salud en la población. De acuerdo a la definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 es que la promoción de la salud "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mejor manejo sobre la misma". Se formaron áreas de acción tales como son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud. (OMS. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Ottawa.html>.)

Desde esta definición se puede evidenciar que son las personas, en una sociedad quienes tienen la responsabilidad de ejercer los controles necesarios para mejorar su salud, a través de la medicina preventiva; con el acompañamiento de las EPS, mediante campañas de promoción de enfermedades, sobre todo en sociedades como las nuestras donde una inmensa mayoría de la población no tiene acceso a la información.

La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas como la epidemiología, la medicina, la sociología, la psicología, la comunicación y la pedagogía. Además utiliza no sólo herramientas pedagógicas o comunicativas, sino también la abogacía y las intervenciones estructurales.

Según la OMS en su definición sobre prevención de enfermedades, dice Abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (OMS. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Ottawa.html>.)

La prevención se centra en desarrollar técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad, lo cual implica realizar acciones anticipatorias frente a participaciones indeseables con el fin de promover el bienestar y reducir el riesgo de enfermedad para disminuir el sufrimiento humano esta se divide en:

Prevención primaria: Dirigida a impedir o retardar la aparición de la enfermedad por procedimientos específicos. Tiene por objeto la disminución de los factores de riesgos y el aumento de los factores de protección promoción y fomento de la salud y protección específica. Eje: campañas de salud; educación vacunación, con el fin de evitar las enfermedades. (Cfr. Rocha, 1992),

La Prevención Primaria, comprende además la Promoción y Protección de la Salud y debe estar destinada a la población en general de un lugar, y no a grupos ni individuos en particular. Se caracteriza por la participación comunitaria.

En la Prevención Primaria, hay que realizar una serie de actividades dirigidas a los sujetos con el fin de reducir el riesgo de un evento de enfermedad.

Prevención secundaria: Se dirige a detener el proceso patológico lo antes posible después de su aparición. Las técnicas esenciales son aquí el seguimiento y la vigilancia de prácticas de alto riesgo y la educación sanitaria sistemática y específica. Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Eje: capacitación, exámenes de laboratorio, Dx, tratamiento. (OMS. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html>).

Es el diagnóstico y tratamiento de patologías físicas, psíquicas y sociales donde se trata de evitar la muerte o la pérdida total de las estructuras en algunos de estos aspectos. En ese sentido debe producir la curación o el mejoramiento de las patologías y evitar o disminuir las secuelas. Esta destinada a grupos de riesgos y a personas en forma individual ; y se caracteriza por el diagnóstico precoz y su tratamiento oportuno.

En la Prevención Secundaria, es muy importante tener en cuenta la detección temprana, oportuna y efectiva de la enfermedad, para reducir su duración.

Prevención terciaria: Consiste básicamente en la rehabilitación, de hecho se halla integrada a la asistencia médica y forma parte del tratamiento.

La OMS define la prevención terciaria como todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población reducida al mínimo de las invalideces funcionales consecutivas a la enfermedad.(OMS. <http://www.salud.gob.mx/unidades7cdi/documentos/Ottawa.html>.)

5.1. Promoción de la Salud

Es una estrategia global, social y política definida en la primera conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud llevada a cabo 1986 en Ottawa, Canadá donde se definió la

Promoción como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. En esta primera conferencia se estableció una estrategia de acción mundial, se enfatizaron las condiciones requeridas y los factores que condicionan la salud como son: paz, vivienda, alimentación, educación, ingresos, ecosistemas estables, justicia social y equidad (OMS. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html>.)

De acuerdo a la carta de Ottawa, la Promoción de la Salud consiste en: *“Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”*.

De igual manera, plantea 5 componentes para llevar a cabo dicha estrategia. (Establecer una política pública saludable: la salud es fundamental en la elaboración de programas políticos.

1. Crear entornos que apoyen la salud: es fundamental la protección entre las comunidades y el medio natural.
2. Fortalecer la acción comunitaria para la salud: proceso de movilización por medio de la cual la comunidad se organiza y capacita, asume conciencia de su papel de agente y sujeto de autodesarrollo y junto con la administración local y las instituciones identifica, prepara, ejecuta y evalúa proyectos de y para su desarrollo
3. Desarrollar las habilidades personales: la Promoción de la Salud favorece el desarrollo personal y social en la medida en que proporcione educación para la salud e información y perfeccione las aptitudes indispensables para afrontar las diferentes etapas de la vida.
4. Reorientar los servicios sanitarios: “La responsabilidad de la misma la comparten individuos, colectivos, profesionales de la salud, instituciones de salud y gobiernos”. (OMS. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html>.)

Los elementos de Promoción aportados por diferentes reuniones mundiales de salud, fueron retomados por la Carta de Ottawa la cual los estructura como una estrategia que incluye la

vida (aspecto social, político, ambiental, cultural y económico) y la salud, constituyéndose de esta forma en la directriz mundial para la atención en salud.

En América Latina estas estrategias de Promoción fueron impulsadas por la OMS en 1991, concebida como “La suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. (OMS/OPS. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html>.)

La 48 Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud “*Nuevos Actores para una Nueva Era*” es realizada en Yakarta, Indonesia en 1997, reconociendo a la Promoción de la Salud como una inversión social valiosa y a la salud como un derecho humano básico.(Cfr. OPS. 1997)

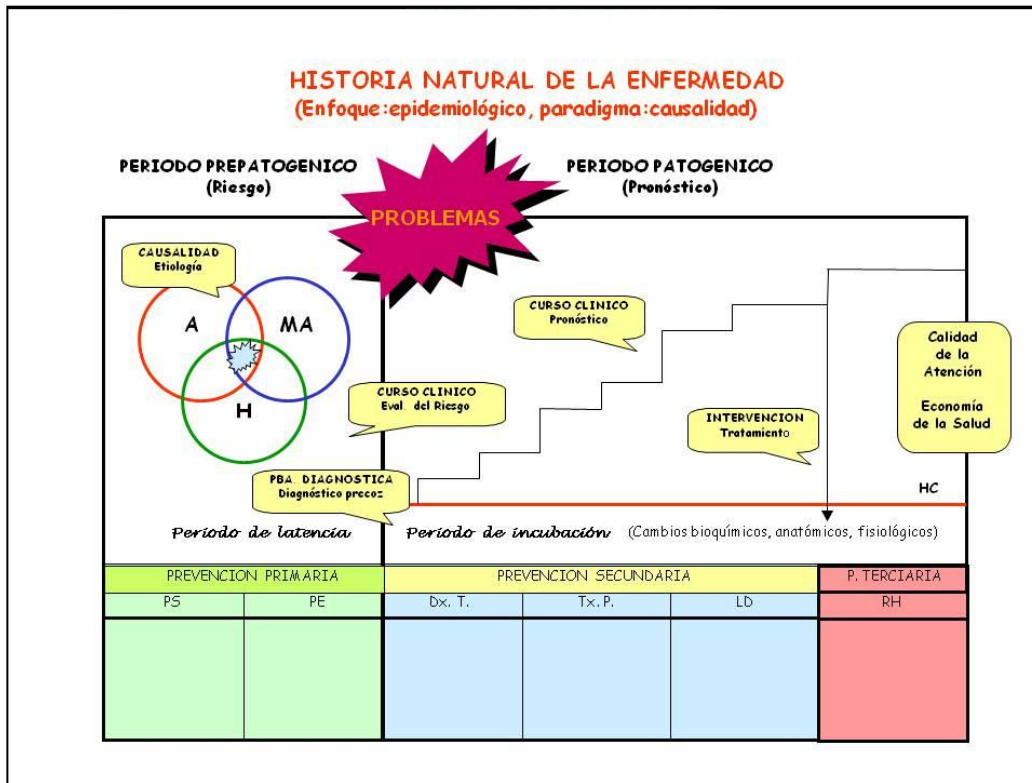
La Promoción de la Salud fomenta estilos de vida saludables dirigiendo sus esfuerzos a los individuos en su vida cotidiana, promoviendo el bienestar tanto de los individuos sanos y enfermos.

5.2. Prevención de la Enfermedad

La Prevención de enfermedades es un conjunto de medidas destinadas a evitar la aparición de la enfermedad, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Son acciones que normalmente emanan del sector sanitario, y que consideran a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo. Incluye la estrategia de enfoque de riesgo ya que apunta a trabajar con poblaciones de riesgo. (OMS. <http://www.salud.gob.mx7unidades/cdi/documentos/Ottawa.html>).

Al hablar de prevención necesariamente hay que retomar la historia natural de la enfermedad.

Figura 1 Historia Natural de la Enfermedad - HNE



De acuerdo a la *Figura 1* la Prevención está relacionada con las teorías de las causas de la enfermedad, definida como: "La aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria) curarla (prevención secundaria) y devolverle las capacidades perdidas (prevención terciaria)".

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo a las etapas de la Historia Natural de la Enfermedad (HNE) se distinguen tres niveles de prevención:

- Prevención primaria (PP): es "el conjunto de actividades dirigidas a reducir el riesgo de sufrir enfermedad mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia"

- **Prevención secundaria (PS):** comprende el conjunto de acciones destinadas a la detección precoz de la enfermedad antes que la misma de síntomas, o sea que se aplican en la etapa subclínica del período pre patogénico de la Historia Natural de la Enfermedad.
- **Prevención terciaria (PT):** se define como el conjunto de acciones de rehabilitación y de reinserción social, destinadas a favorecer la recuperación de las capacidades de los individuos enfermos, o sea que se aplican en la etapa Clínica del período patogénico de la Historia Natural de la Enfermedad. Su objetivo es reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida. Incluye el tratamiento oportuno, medidas de rehabilitación y de reinserción social.

5.3. Promoción y Prevención en Colombia

Como se mencionó anteriormente Colombia desarrollo el movimiento de la promoción y prevención primeramente con la Constitución Política de 1991, la Ley 100 de 1993 y a partir de esta se da origen al Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Este acuerdo enfatiza la responsabilidad de las EPS y otras entidades de salud, en la administración del riesgo en salud individual de sus afiliados en procura de la disminución de ocurrencia de eventos prevenibles o de enfermedades sin atención, igualmente establece que las instituciones deben inducir la demanda de estos servicios, ya que no existe espontaneidad de los afiliados en la solicitud de estos servicios.

Con base en el Acuerdo 117, la Resolución 412 de 2000 retoma las actividades, procedimiento e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y adopta las normas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, las cuales se mencionan a continuación:

Protección específica

- Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI.
- Atención preventiva en salud bucal.
- Atención del parto.
- Atención al recién nacido.
- Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

Detección temprana

- Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años).
- Alteraciones del desarrollo del joven (10 a 24 años).
- Alteraciones del embarazo.
- Alteraciones del adulto mayor de 45 años.
- Cáncer de cuello uterino.
- Cáncer de seno.
- Alteraciones de la agudeza visual.

Enfermedades de interés en salud pública (21 patologías)

- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedades de alta prevalencia.
- Enfermedades de alta transmisibilidad.
- Enfermedades de poder epidémico.

Modelos.

Prevención:

Primaria: medicina preventiva

Secundaria: clínico, salud pública.

Terciaria: clínico.

Promoción.

Ecológico: sistemas múltiples.

Socio-ambiental.

Socio-cultural.

Socio-político fundamentalmente.

Tipos de intervención.

Prevención.

Primaria: funcionarios salud y comunitarios.

Secundaria: funcionarios servicios de salud, clínicos.

Terciarios: clínicos, agentes comunitarios de rehabilitación.

Promoción.

Líderes políticos y comunitarios.

Actores de diversos sectores, grupos, etc.

Educadores.

Medios de comunicación.

Legisladores.

Rol de interventores.

Prevención.

Primaria: movilización, organización de la comunidad, informar, educar, ejecutar.

Secundaria: programar metas, cobertura de servicios de tamizaje

Terciaria: Tratar enfermos, rehabilitar.

EPS

Las EPS son entidades que forman parte de SGSSS, cuya función es prestar los servicios de aseguramiento en salud que se encuentran definidos en el POS, por los cuales reciben como contraprestaciones un valor denominado unidad de pago por capitación por cada uno de sus usuarios de acuerdo a su perfil epidemiológico y edad, definido por la CRES; de igual forma, prestan los servicios que son denominados NO POS, por los cuales tienen derecho de recobro ante el FOSYGA, estos dos ingresos conforman el precio de aseguramiento en salud. (Cfr. Ministerio de Salud.1993)

Por otra parte en las EPS actúan los dos regímenes de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud: el régimen contributivo y el régimen subsidiado. Algunas EPS tienen autorización para actuar en los dos regímenes citados.

- **El régimen contributivo** en el país fue creado por medio de la Ley 100 de 1993 del Congreso de Colombia, como: un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia

entre éste y su empleador. En el sistema de salud colombiano (ver sistema de salud en Colombia), las personas con capacidad de pago deben estar afiliadas a una EPS y pagar periódicamente por el servicio de salud que estas presten. Las personas son atendidas por personal médico en instituciones prestadores de salud (IPS), que son los centros asistenciales, y estos hacen los cobros de sus servicios brindados a las EPS. (Cfr. Ministerio de Salud.2012)

- **El régimen subsidiado** es aquel en que se encuentran las personas sin capacidad de cotizar al Sistema por lo cual el Estado les proporciona los medios para su afiliación mediante los subsidios a la demanda.

Tipos de EPS

Públicas y privadas.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

La estrategia metodológica seleccionada para abordar esta investigación es cualitativa, pero veamos primero que es la investigación cualitativa,.

La investigación cualitativa es un tipo de investigación que ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo acerca de que las personas piensan y cuáles son sus sentimientos. La investigación cualitativa es de índole interpretativa en vez de descriptiva y es realizada con grupos pequeños de personas que generalmente no son seleccionadas sobre la base de la probabilidad la cual hace referencia a la investigación cuantitativa que es complementaria de la investigación cualitativa.

De acuerdo con el planteamiento anterior se entiende por investigación cualitativa los estudios que proporcionan una descripción verbal o explicación del fenómeno estudiado.

La perspectiva de la investigación es interpretativa y como lo indica su nombre ella pretende la comprensión y explicación de situaciones dentro de contextos sociales y culturales en que se interactúan .

El enfoque de la investigación desde la perspectiva interpretativa que se seleccionó para la investigación, por ser el más pertinente, es el método de análisis de textos, el cual es un enfoque metodológico de investigación de tipo cualitativo que implica, no solamente describir, sino interpretar y teorizar.

7. CAPITULO I. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO EN SALUD PÚBLICA POR PARTE DE LAS EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD –COMPENSAR-COOMEVA Y SALUD COOP .

La identificación de los programas de Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedad en Salud Pública de obligatorio cumplimiento en tres EPS del país, Compensar, SaludCoop y Coomeva, según el Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social, y de la Resolución 412 del 25 de febrero del 2000 sobre actividades, procedimientos, intervenciones de Promoción y Prevención de Enfermedad; del Ministerio de Salud, son importantes para la investigación ya que permiten poder saber si las EPS, en mención han venido cumpliendo con lo estipulado en la resolución en mención o por el contrario han incumplido con la norma lo cuál sería una falta gravísima no solo con el sistema de salud del país si no los derechos humanos de los afiliados; como es el derechos a la vida.

Programas de Promoción y Prevención COMPENSAR

El enfoque del modelo de atención está basado en la gestión de riesgos en salud, y en esta gestión es fundamental su autocuidado, por esto, en los programas de Promoción y Prevención se encuentran aquellas acciones y procedimientos integrales, orientados a fortalecer y desarrollar habilidades para mantener y mejorar la salud del afiliado y la de su familia. (Compensar. [http. // compensar.com/salud7programas.aspx.](http://compensar.com/salud7programas.aspx))

Como se puede evidenciar los programas de Compensar EPS, para la Promoción y Prevención de Enfermedades, se encuentran en el marco de lo preceptuado en el Acuerdo 117 de 1998 y lo contemplado en la Resolución N° 412 de 2000.

Por su naturaleza, estos programas son una responsabilidad compartida entre las personas, las familias, las empresas, las Entidades Promotoras de Salud EPS y las Instituciones prestadoras de salud IPS. (Compensar. [http: www. Compensar.com/2013](http://www.Compensar.com/2013))

7.1. Programas de Protección Específica

Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI

Compensar tiene a disposición de sus afiliados en los puntos de vacunación de cada una de sus unidades de servicio, la aplicación de las vacunas contempladas en el Programa Ampliado de Inmunización PAI para la prevención de enfermedades inmuno prevenibles en niños hasta los 5 años de edad, gestantes, mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y adultos de acuerdo a la edad y riesgo. (Compensar, <http://www.compensar.com>, 2013)

Atención preventiva en salud bucal

Posteriormente en cada uno de los programas de protección específica quiero realizar la identificación de cómo cada una de las EPS maneja los diferentes programas, hacer una descripción. Con imágenes?

La atención preventiva en salud oral constituye un conjunto de actividades, encaminadas a mantener la salud bucal y disminuir la presencia de las principales patologías en la población.

Dentro de las actividades están:

- Control y remoción de placa bacteriana: en población mayor de dos años 2 veces en el año y en adultos mayores de 20 años una vez al año.
- Aplicación de flúor: población de 5 a 19 años de edad.
- Aplicación de sellantes: población de 3 a 15 años.
- Detartraje supragingival (control mecánico de placa): población mayor de 12 años.
- Actividades preventivas dirigidas madres gestantes.
- La actividad preventiva en niños menores de 15 años, comprende Detartraje (eliminación de cálculos, en mayores de 12 años según el riesgo), profilaxis, aplicación de sellantes (en niños de 3 a 15 años según la necesidad) y aplicación de flúor (en niños de 5 a 19 años 2 veces en el año). (Compensar, <http://www.compensar.com>, 2013)

Atención del parto

Compensar EPS pensando en la salud de nuestras futuras mamás, ha diseñado estos fascículos educativos para ellas y sus familias, en donde encontrarán información sobre los cuidados generales que ellas deben tener durante el embarazo, para garantizar la salud tanto de la mamá como de su futuro bebé. (Compensar, <http://www.compensar.com>, 2013)

¡Conoce y practica todas estas recomendaciones!

¡Espera próximamente la publicación de dos nuevos fascículos!

Atención integral gestante



Cuidados Nutricionales



Cuidados en Salud Oral



El nacimiento esta cerca



Lactancia Materna



7.2. Atención al recién nacido

Es el conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después de nacido, con el propósito de lograr disminuir el riesgo de enfermedad del recién nacido, apoyando el proceso de adaptación a la vida extra-uterina, mediante la detección, prevención y control de los problemas en forma temprana, con el fin de lograr un recién nacido sano y reducir así múltiples consecuencias en la salud infantil.

Estas actividades y procedimientos deben ser garantizadas por las instituciones de la red que prestan el servicio de atención del parto y/o cesárea y la atención del recién nacido, las cuales deben tener capacidad resolutoria y un equipo de salud capacitado que garantice la atención humanizada y de calidad para lograr un recién nacido sano.

Las actividades a realizar en el recién nacido son:

- Toma de la muestra de sangre del cordón umbilical para el tamizaje de hipotiroidismo congénito (hormona estimulante del tiroides TSH neonatal).
- Administración intramuscular de vitamina K.
- Realización examen para hemoclasificación (grupo sanguíneo y RH).
- Realización de profilaxis oftálmica para prevención de infecciones.
- Alojamiento junto con la madre y apoyo a la lactancia materna exclusiva a libre demanda.
- Inicio del esquema de vacunación con aplicación de las siguientes vacunas: BCG (dosis única, protege contra la tuberculosis) y anti hepatitis B (requiere continuar con el esquema para proteger contra la hepatitis B).
- Educación a la madre sobre: nutrición, detección de signos de alarma o complicaciones por las que debe consultar a una institución de salud y cuidados con el recién nacido.

· Consulta de control del recién nacido: esta consulta tiene por objeto, consolidar la Adaptación neonatal inmediata, debe ser realizada por médico a las 72 horas del nacimiento e incluye actividades como: examen físico completo y evaluación de conductas y cuidados maternos del recién nacido y dar las indicaciones pertinentes. (Compensar, <http://www.compensar.com>, 2013)

7.3. Atención en planificación familiar a hombres y mujeres

Consiste en un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres, dentro de los cuales se encuentra la información, educación y asesoría en anticoncepción, incluyendo a través de la consulta, la formulación de métodos anticonceptivos hormonales en presentación oral, inyectable e implante subdérmico, así como la aplicación de dispositivo intrauterino (DIU) y remisión para cirugía en caso de elección de métodos anticonceptivos definitivos (ligadura de trompas o vasectomía). La prescripción de los métodos anticonceptivos, se rige por lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud POS del régimen contributivo. Esta consulta involucra asesoría en salud sexual y reproductiva, derechos y deberes sexuales.

Las adolescentes y jóvenes entre 14 y 18 años, en el ejercicio de su autonomía en desarrollo, podrán tomar decisiones sobre métodos de planificación familiar no definitivos acorde con lo establecido en la normatividad vigente.

La consulta, medicamentos y procedimientos cubiertos dentro del Programa de Planificación Familiar, no generan ningún costo para nuestros afiliados. (Compensar, <http://www.compensar.com>, 2013)

[Sexualidad Responsable](#)

[Métodos Anticonceptivos](#)

[Violencia de género](#)



Otros (videos educativos).

Por mí, yo decido, pensar como hombre.

Empieza sin presiones.

Decide sin presiones.

Realizarse como mujer va más allá de ser mama.

En pareja, la decisión es de los dos.

VIH/SIDA.

7.4. Programas de Detección Temprana y Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)

Plaza sésamo- frutas (video)

Dentro de los beneficios y ventajas de este programa se encuentran:

- Evaluar el estado de salud y los factores de riesgo que puedan alterar el proceso de crecimiento y desarrollo del niño.
- Realizar examen físico general, valoración de peso, talla, perí - metros y estado nutricional.
- Evaluar el proceso de crecimiento y desarrollo del menor de 10 años en forma integral.
- Educar a la familia o cuidador del menor, con base en la edad del niño sobre los hallazgos de la consulta.

- Orientar sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente.
- Valorar el progreso del niño en las conductas: motora, auditiva, del lenguaje, personal y social.
- Realizar actividades de educación grupal y consejería en nutrición, puericultura, estimulación de acuerdo con la edad del niño. (Compensar, Manual de Usuario, 2012)

7.5. Alteraciones del desarrollo del joven (10 a 24 años)

Este programa le permite al joven:

- Recibir orientación en temas relacionados con: sexualidad, violencia, depresión, suicidio, trastornos de la alimentación, adicciones y actividad física.
- Fomentar el auto cuidado, acorde con la detección de riesgos individuales teniendo en cuenta la valoración de la historia familiar y médica.
- Realizar examen físico general, talla, peso, toma de tensión arterial y educación para el auto examen de seno y testículos.
- Prescripción de exámenes de laboratorio de acuerdo con los hallazgos y riesgos detectados por el médico durante la consulta. Para las mujeres adolescentes entre 10 y 13 años, prescripción de examen de laboratorio (hemoglobina y hematocrito).

Detección de cáncer de cuello uterino a mujeres con vida sexual activa, se recomienda toma de citología un año después del inicio de las relaciones. (Compensar, Manual de Usuario, 2013)

7.6. Alteraciones del embarazo

Es un programa de atención y acompañamiento integral a la gestante y a su grupo familiar; razón por la cual es fundamental que ante la sospecha de embarazo, solicitar la cita médica para confirmación del mismo y en caso de embarazo confirmado, solicitar el ingreso al Programa de Atención Integral a la Gestante. Los beneficios de este programa son:

- Evaluación del estado de salud y factores de riesgo y definición del plan de controles prenatales así:
- Información y educación sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma.
- Examen físico completo por sistemas.
- Consulta de nutrición y obstetricia.
- Asesoría para la toma de la prueba de VIH.
- Valoración de talla, peso, tensión arterial y altura uterina.
- Vacunación y remisión a odontología.
- Remisión para exámenes de laboratorio que sean necesarios de acuerdo a valoración, criterio médico y coberturas del Plan Obligatorio de Salud.
- Toma de serología.
- Remisión a curso psicoprofiláctico (curso de preparación para la maternidad y paternidad responsable).
- Atención del parto y consulta de control post parto.
- Remisión para consulta de planificación familiar. (Compensar, Manual de Usuario Plan Obligatorio de Salud (POS), 2013)

7.7. Alteraciones del adulto mayor de 45 años

Esta es una consulta que hace parte de un programa como norma nacional para los adultos mayores de 45 años; sin embargo recomendamos que desde los 30 años nuestros afiliados lean esta información y usen la calculadora de índice de masa corporal para que al llegar a los 45 años ya tengamos adoptados hábitos de vida saludable que mantengan la salud y nos protejan de ciertas enfermedades, el enfoque de estas intervenciones se basa en la detección temprana de alteraciones y enfermedades del adulto, se realizan en personas a partir de los 45 años con una periodicidad de cada 5 años. Si usted tiene 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 y 80 años, no olvide solicitar su cita con este fin.

Dentro de las patologías que se exploran en la consulta de detección temprana de las alteraciones del adulto mayor de 45 años se encuentran:

- Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, enfermedad cerebro vascular, enfermedad coronaria y enfermedad vascular periférica.
 - Enfermedades del metabolismo: obesidad, dislipidemias, diabetes y osteoporosis.
 - Enfermedades neoplásicas: cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, cáncer de próstata, cáncer gástrico, de colón y recto.
 - Enfermedades crónicas del pulmón: bronquitis, enfisema, asma y tuberculosis.
 - Enfermedades musculo esqueléticas osteoarticulares: artritis y osteoartritis.
 - Enfermedades neurológicas: accidentes cerebrovasculares, isquemia cerebral transitoria.
- (Compensar, <http://www.compensar.com>, 2013)

7.8. Programas de Promoción y Prevención para la Mujer-Salud Compensar.

Programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino.

La toma de la citología cérvico uterina debe realizarse en el esquema 1-1-3; esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año para disminuir el número de casos que no se detectaron con la primera, si esta segunda citología es normal, se debe programar otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo.

En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-3. Se puede recomendar la toma más frecuente de acuerdo a las condiciones particulares de cada mujer, sus resultados anteriores o el comportamiento del cáncer de cuello uterino en su localidad.

¿Cómo puedo prevenir el cáncer de cuello uterino?

- Vacunarse contra el virus del papiloma humano, esta lo protege de contraer cáncer de cuello uterino, de vagina y de vulva. Esta vacuna se recomienda para niñas de 11 y 12 años además se puede administrar en niñas a partir de los 9 años de edad.
- Visitar al médico de forma periódica (lo recomendado es cada año) para hacerse la prueba de citología cervicouterina que puede descubrir cambios celulares pre cancerosos.
- Reclamar el resultado en la fecha establecida, sin falta y preguntar al médico si el resultado de la citología no es normal.
- No fumar.
- Usar preservativos durante sus relaciones sexuales.
- Tener una pareja sexual estable. (Compensar, <http://www.compensar.com>, 2012)

Cáncer de seno

- Realizar examen manual de seno y educar para auto examen de seno.
- Realizar remisión al examen de mamografía bilateral de tamizaje para mujeres desde los 50 años con periodicidad cada dos (2) años. (Compensar, <http://www.compensar.com>, 2012)

7.9. Alteraciones de la agudeza visual

El propósito de este programa es detectar tempranamente alteraciones de la agudeza visual, para lo cual se realiza la medición de la agudeza visual a las personas en edades de 4, 11, 16 y 45 años y consulta de salud visual para el adulto mayor, a los afiliados a partir de los 55 años con periodicidad cada 5 años. (Compensar, Manual de Usuario Plan Obligatorio en Salud (POS), 2013).

7.10. Programas de Comunidades Vulnerables-Educación Compensar.

- Jardines sociales (extractos 1 y 2) SDI-ICBF.
- Lunes de gambetas.

7.11. Programas de Vacunación-Salud Compensar.

- Plan de Inmunizaciones.
- Súper Vac y UltraVac.

7.12. Programas de Formación.

- Baile, Baloncesto, Buceo, Fútbol, Karate, Natación, Patinaje, Tenis, Tenis de mesa, Squash, yoga.

7.13. Programas de Salud Promoción y Prevención en Salud para Adultos.

- Calculadora de índice de masa corporal (IMC).
- Sobre peso u obesidad.
- Disminuyendo el riesgo de infarto.
- Examen de riesgo de la diabetes.

7.14. Programa para el Adulto Mayor Pensionado 60 + Vital.

- Recreación.
- Educación y Turismo.
- Salud.

8. Programas de Promoción y Prevención SALUDCOOP

A SaludCoop no sólo le interesa tratar sus enfermedades, sino prevenirlas. Por esto, ha diseñado unos programas para la familia, programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, a los cuales podrá acceder sin costo en su IPS de I Nivel. (SaludCoop, <http://www.saludcoop.coop>, 2010)

Los programas a disposición de las familias afiliadas a la EPS son

8.1 Programas para Niños y Niñas de 0 -10 años.

Programa ampliado de Inmunizaciones (vacunación).

Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI

EDAD	VACUNA
Recién nacido	Anti hepatitis B Vacuna oral de Poliovirus Antituberculosa – BCG
Dos meses	Vacuna oral de Poliovirus Pentavalente: Difteria-tosferina-tétanos (DPT), Haemophilus Influenza tipo b y Hepatitis B
Cuatro meses	Vacuna oral de Poliovirus Pentavalente: Difteria-tosferina-tétanos (DPT), Haemophilus Influenza tipo b y Hepatitis B
Seis meses	Vacuna oral de Poliovirus Pentavalente: Difteria-tosferina-tétanos (DPT), Haemophilus Influenza tipo b y Hepatitis B
1 año	Triple Viral (SRP) Antiamarílica
18 meses	Primer Refuerzo de Polio Primer refuerzo de DPT
5 años	Segundo Refuerzo de Polio y DPT Refuerzo Triple Viral (SRP)

8.2. Programa para los jóvenes.

- Programas de atención de alteraciones del joven.
- Para los jóvenes de 10 a 29 años se realiza una consulta médica con el fin de detectar e intervenir tempranamente problemas de salud en este grupo.

8.3. Programa para la pareja.

- *Programa de planificación familia.*
- *Consejería y seguimiento en planificación familiar.*
- *Métodos hormonales (orales, inyectables) Dispositivo intrauterino (DIU).*
- *Esterilización Masculina y femenina.*

8.4. Programa para las mujeres.

- *Detección temprana de cáncer de cuello uterino.*
- *Detección temprana de cáncer de seno*

8.5. Programa para las mujeres gestantes

- *Valoración mensual por médico y enfermera para el seguimiento de la gestación.*
- *Clasificación del riesgo en todas las consultas.*
- *Solicitud de exámenes.*
- *Formulación de sulfato ferroso y ácido fólico.*
- *Aplicación de vacuna toxoide tetánico diftérico.*
- *Educación en factores de riesgo, medidas preventivas.*

8.6. Programa para adultos.

- *Detección de alteraciones del adulto.*
- *Una consulta médica cada cinco años, a partir de los 45 para el control de los factores de riesgo de enfermedades como: cardiovasculares, del metabolismo, musculoesqueleticas y cáncer entre otras.*

8.7. Programa para toda la familia.

- *Programa de salud oral.*
- *Programa de salud visual.*

Atención en planificación familiar a hombres y mujeres

Consejería y seguimiento en planificación familiar

Métodos hormonales incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), Dispositivo Intrauterino (DIU), inserción del implante subdérmico, anticoncepción de emergencia, esterilización femenina y masculina. (SaludCoop, <http://www.saludcoop.coop>, 2010)

8.8. Programas de Detección Temprana

Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)

Este es un programa donde los niños y niñas menores de diez años, son atendidos por el médico o la enfermera, para evaluar su crecimiento y desarrollo. (SaludCoop, <http://www.saludcoop.coop>, 2010)

Primer mes de nacido	Una consulta
Durante el primer año de vida	Una consulta cada tres meses
De 1 a 2 años	Una consulta cada cuatro meses
De 2 a 7 años	Una consulta cada seis meses
De 8 a 9 años	Una consulta al año

8.9. Alteraciones de la agudeza visual

Examen para detectar problemas de agudeza visual a nuestros afiliados en diferentes edades 4, 11, 16 y 45 años y se practica un examen oftalmológico a personas de 55, 65, 70, 75 y 80 años. (SaludCoop, <http://www.saludcoop.coop>, 2010)

9. Programas de Promoción y Prevención COOMEVA

Ayuda a los usuarios de Coomeva a identificar los factores de riesgo y tener consciencia de sus hábitos de vida, fomenta el autocuidado, ayuda a que tengan un detallado conocimiento sobre los determinantes de algunas enfermedades, a tener idea clara de cuales son los factores protectores a posibles patologías, como: ejercicio moderado, sexualidad sana y responsabilidad. (Coomeva.<http://coomeva.com.co/publicaciones.php?id=9663>)

9.1. Programa de salud infantil.

COOMEVA EPS: a través de este programa promueve la salud física, mental, emocional y social de los niños de cero (0) a diez (10) años de edad, detectando oportunamente las alteraciones en su proceso de crecimiento, desarrollo e inteligencia emocional. (Coomeva. <http://www.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=9663>).

7.2. Programas de Protección Específica

Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI

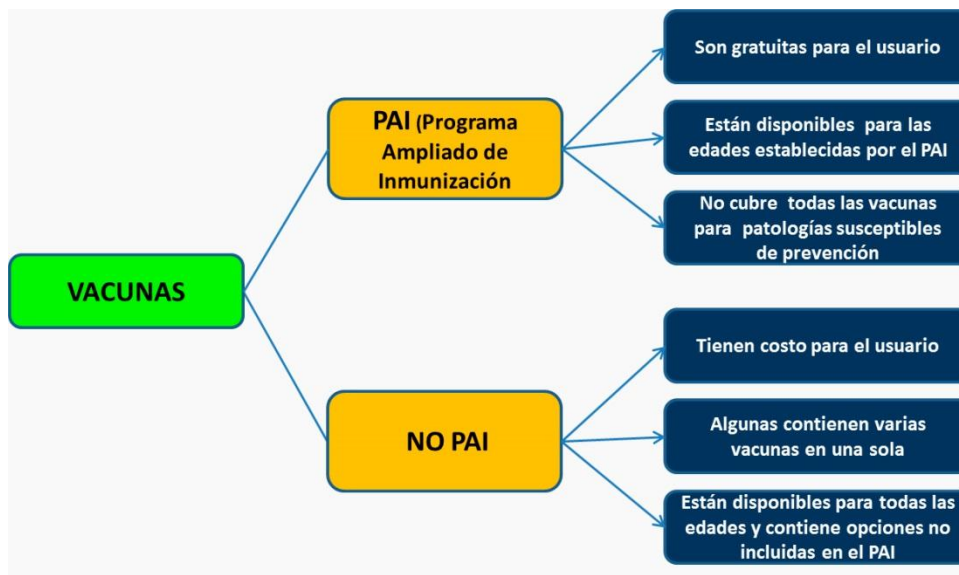


Figura Numero 1

Fuente: Coomeva.2010

9.3. Atención en planificación familiar a hombres y mujeres

Todas las mujeres en edad productiva tienen derecho a la consulta de primera vez. A la de control una vez al año y al reabastecimiento de acuerdo al método elegido, de forma libre e informada, con enfoque de género. Los hombres tienen derecho a una consulta de primera vez y a una de control una vez al año.

Tiene derecho a la información sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y el VIH y SIDA y al tratamiento en caso de tener la enfermedad. (Coomeva.<http://www.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=9663>)

9.4. Programas de Detección Temprana

Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)

Coomeva EPS cuenta con el programa de salud infantil; para identificar los factores de riesgo de los niños afiliados, contribuye a desarrollar las potencialidades, vigilar el crecimiento y desarrollo de los niños garantizar la aplicación de vacunas a todos los niños menores de 5 años. (Coomeva, Manual Del Usuario, 2012)

Alteraciones del desarrollo del joven (10 a 24 años)

Los jóvenes deben participar en programas por lo menos 1 vez al año para la valoración de sus riesgos, vigilancia del crecimiento y desarrollo, y consejería en sexualidad sana y responsable, detección temprana de riesgo cardiovascular. (Coomeva.<http://www.comeva.com.co/publicacion.php?ido=9663>).

Alteraciones del embarazo

Toda gestante debe ingresar al programa de salud perinatal tan pronto tenga conocimiento de su embarazo. En lo posible, debe hacerlo durante los 3 primeros meses, inscribirse al programa y continuar en controles cada mes, para estar atenta a los signos y síntomas de alarma. Realizarse los exámenes de laboratorio, las ayudas diagnósticas, seguir las recomendaciones de los profesionales de las IPS.

Para consultar oportunamente al programa o por urgencias de acuerdo con la necesidad. Igualmente, debe participar activamente y con compromiso en el curso educación materna y saludable que tiene como objetivo ofrecer la mejor atención a nuestras gestantes buscando los mejores resultados en salud para ella y los niños.

Cáncer de cuello uterino

Todas la mujeres mayores de 25 años o menores con vida sexual activa debe realizarse la citología una vez al año y de acuerdo con los resultados dar continuidad al diagnóstico y tratamiento. Igualmente, todas las mujeres deben recibir educación sobre agentes de riesgo y factores protectores. (Coomeva.<http://www.comeva.com.co/publicaciones.php?ido=9663>)

Cáncer de seno

Todas las mujeres mayores de 18 años deben recibir educación sobre el auto examen de mama, agente de riesgos y factores protectores. La mujer mayor de 50 años, con agentes de

riesgos debe realizarse la mamografía y dar continuidad de la atención, según los resultados encontrados. (Cooimeva.<http://www.cooimeva.com.co/publicaciones.php?ido=9663>))

Alteraciones de la agudeza visual

Se debe valorar la agudeza visual de los niños; a los 4 años, en los adolescentes de 11 y 16 años, en personas adultas de 45 y 50 años, y para adultos mayores después de cada 5 años, para poder identificar tempranamente factores de riesgo.(Cooimeva.<http://www.cooimeva.com.co/publicaciones.php?ido=9663>).

9.5. Programa salud cardiovascular.

COOMEVA EPS: A través de este programa desarrolla acciones de detección temprana, educación y promoción de comportamientos saludables a través de estrategias de corresponsabilidad que permitan incorporar en los afiliados una actitud de auto cuidado de los factores de riesgos y de las intervenciones de tratamiento y control.(Cooimeva. <http://www.cooimeva.com.co/publicaciones.php?ido=9663>)

- Consulta por primera vez en adultos mayores de 45 años de edad.
- Educación.
- Consejería y consulta en salud sexual y reproductiva.

9.6. Programa maternidad segura y saludable.

COOMEVA EPS: A través de este programa identifica e interviene tempranamente con el equipo de salud a la mujer y su familia, identificando los riesgos relacionados con el embarazo, parto y puerperio. Se realiza la planificación intervención y control de los mismos, a fin de lograr una gestación saludable que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo. (Cooimeva. <http://www.cooimeva.com.co/publicaciones.php?ido=9663>).

10. CAPITULO II. EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO POR PARTE DE EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EPS-COMPENSAR -SALUD COOP Y COOMEVA. RESOLUCIÓN N° 412 DE 2000.

La evaluación de los programas de Promoción y Prevención de la Enfermedad, por parte de las EPS, Compensar, SaludCoop y Coomeva, se realiza de acuerdo con lo previsto en la Resolución 412 de 2000, y en los programas de Promoción y Prevención de cada una de las EPS en mención; que se describen en el capítulo anterior. En ese sentido los criterios tenidos en cuenta para realizar el proceso de evaluación está relacionado con el número de programas tanto de Promoción como de Prevención, donde se determinan los niveles de calidad, suficiencia y cobertura mínimos aceptables incluidos en las correspondientes Normas Técnicas y las Guías de atención Integral.

Es importante aclarar que no se encontró información en ninguna de las tres EPS que se seleccionaron para la evaluación, sobre los indicadores de gestión de las actividades desarrolladas por las EPS, en relación con los programas de Promoción y Prevención; por eso la evaluación se delimita a la evaluación de los programas como aparece en los documentos oficiales de las EPS.

10.1. Evaluación de los Programas de la EPS- Compensar.

Los programas de Promoción y prevención de la Enfermedad de la EPS Compensar, tiene un enfoque basado en la gestión del riesgo en salud, los cuales no requieren remisión, y los servicios se solicitan sin orden médica; además no tienen ningún costo para los afiliados a los diferentes regímenes.

Tiene un total de catorce programas de Promoción y Prevención cada uno con diferentes actividades como lo ordena de la legislación en mención sobre este tipo de programas; la información que se tiene del programa sobre crecimiento de las actividades de Promoción y Prevención son del 2008, y muestran un crecimiento del 30%, con respecto al año anterior es decir el 2007, haciendo un

análisis prospectivo sobre el mismo al 2013, el crecimiento es de más del 40% , teniendo muy en cuenta el crecimiento demográfico de la población en los últimos cinco años y el aumento de los afiliados en el régimen subsidiado; población con mayor cobertura en los Programas de Promoción y Prevención.

Hay que resaltar además las alianzas intersectorial que tiene la EPS Compensar, como se evidencia en el capítulo anterior con la Secretaria de Integración Social de Bogotá, (SDISD) y con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en la oferta de servicios en Programas de Promoción Y Prevención de Enfermedad, sobre todo para extractos 1 y 2 , del régimen subsidiado, sobre todo en programas de Auto Cuidado de la Salud para Futuras mamás, programas de Promoción y Prevención para la gestante, Programas de Promoción y Prevención en Salud para Niños, Programa de Atención al recién Nacido, El Programa de Comunidades Vulnerables Educación Compensar, entre la Secretaria de Integración Distrital y Bienestar familiar; el cual contempla entre sus actividades los jardines sociales para extractos 1 y 2, y la actividad de lunes de gambetas.

Se puede afirmar que los programas de Compensar EPS, en Promoción y Prevención de Enfermedad es coherente con la Resolución 412 de 2000, hacen evaluación de la calidad de los servicios de salud que ofrecen, para el fortalecimiento de nuevos programas; lo cual se ve reflejado en el ranking que se lleva en Colombia de las mejores EPS; en donde ocupa un lugar destacado.

Hay que resaltar también que la calidad de la información y los servicios que ofrecen a los afiliados sobre los programas de Promoción y Prevención de Enfermedad, es muy didáctica, como se puede evidenciar en las publicaciones, que son accesible a todos sus afiliados.

Una de las debilidades de los programa es que no registra cifras ni porcentajes de las personas afiliadas a los diferentes regímenes, o sea los régimen contributivo y el subsidiado.

10.2. Evaluación de los Programa de la EPS Salud Coop.

Los programa de Prevención y Promoción de Enfermedad de la EPS Salud Coop, como se puede evidenciar no cumple con las cuatro guías de atención, ni con el artículo [3] Norma técnica, de la Resolución 412 de 2000, es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo-efectivos de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específicas y de detección temprana establecidas en el acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (Minsalud. <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Res412-do.htm>).

Tiene siete programas de Promoción y Prevención de Enfermedad, en algunos las actividades no están completas como lo estipula la norma, las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específicas. las de detección temprana y algunos elementos de las guías, como por ejemplo atención de la lepra, leishmaniasis, tuberculosis, entre otros no se cumplen y además son muy limitados; lo cual afecta a los afiliados sobre todo a los régimen subsidiado que son los más perjudicados en estos casos.

No hay información del porcentaje de cobertura de la población, sobre todo en los servicios que se prestan en promoción y prevención en los diferentes programas, no se evidencia ni la inter institucionalización ni la inter sectorialidad de los programas a través de convenios o alianzas públicas o privadas, que permitan una mayor oferta de programas sobre todo a la población del régimen subsidiado.

Carencia de un sistema de evaluación y de indicadores para los diferentes programas y actividades, como lo exige la resolución 412 de 2012, no hay indicadores sobre los servicios de salud que presta la EPS a sus afiliados, no existe información sobre los índices de fortalecimiento de la gestión la EPS, como está estipulado en la Resolución 3384 de diciembre 29 de 2000, del Ministerio de Salud.

Los programa tiene muchas debilidades en cuanto al cumplimiento de la Resolución 412 de 2000, y a el Acuerdo 117 de 1998, el cual responde en forma parcial y limitada a la legislación en mención; no se ha logrado la coordinación intersectorial y la participación comunitaria como se puede ver en el programa.

Salud Coop por ser la EPS más grande en Colombia y con el mayor número de afiliados debería cumplir con la totalidad de programas, actividades y guías de procedimientos para la atención de sus afiliados, tanto en los programas de Promoción como en los Atención de Enfermedad.

Los sistemas de información sobre los programas de Promoción y Prevención, para los afiliados son bastante deficientes sobre todo en las estrategias de comunicación, pesquisa, por ejemplo no hay información sobre los derechos y deberes de los afiliados, sobre el porcentaje de población del régimen subsidiado con carencia a los servicios que presta la EPS en los programas sobre todo en atención primaria, secundaria y terciaria.

Por último hay que resaltar que los programa de Promoción y Prevención de Enfermedad de la EPS Salud Coop, no tiene un enfoque metodológico, ni unos indicadores que les permita poder evaluar la calidad de los mismos en los siete programas que ofrece a sus afiliados sobre todo en cada una de las actividades de Promoción primaria, secundaria y terciaria; al igual que la Prevención primaria, secundaria y terciaria. Incumplimiento que se ve reflejado en el programa de vacunación, que no cumple con el esquema colombiano que tiene catorce vacunas que previenen a las personas de padecer 19 enfermedades.

10.3. Evaluación de los Programas de la EPS Coomeva.

El propósito de los programas de Promoción y Prevención de Coomeva EPS, es ofrecer servicios integrales que potencialicen la salud de sus afiliados y sus familiares, que promuevan ellos una vida sana, feliz, placentera y productiva. Por su naturaleza estos programas son una responsabilidad compartida entre las personas, las familias, las organizaciones las IPS y la EPS.

Con el objetivo de mejorar y mantener la salud y la calidad de vida de sus afiliados, Coomeva EPS, ha desarrollado los programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de acuerdo con sus requerimientos en cada una de las etapas de su ciclo vital: niños, adolescente, mujer, hombre y adulto. (Coomeva.<http://coomeva.co/publicaciones.php?ido=9663>).

Los programas de Coomeva EPS, como se puede evidenciar en el capítulo anterior solo tienen seis programas de Promoción Y Prevención de Enfermedad, es decir que no se está cumpliendo con lo preceptuado en la Resolución 412 de 2000, ni con lo contemplado en el Acuerdo 117 de 1998. En ese sentido tampoco se estaría cumpliendo con los propósitos de los programas reseñados en los párrafos anteriores, donde se habla de mejorar la calidad de vida de sus afiliados, en el cual se informa de ofrecer unos servicios integrales, y en donde también se hace énfasis en la responsabilidad compartida, principios que no se cumplen en este caso por parte de la EPS; cuando está violando la normatividad en mención; además es un problema de la ética de lo público, siendo además una EPS, que nace del sector de la salud específicamente de los médicos en el departamento del Valle.

Hay que resaltar la fortaleza de algunos programas en los cuales las actividades contempladas en las normas técnicas y en las guías de procedimientos si se cumplen de acuerdo a la legislación en mención, como es el caso de los programas de vacunación en salud preventiva; que cumple con el esquema colombiano de vacunas, al igual que los programas de promoción y prevención en salud infantil que cumple con las dieciséis actividades, lo mismo el de jóvenes saludables, el saludables que tiene

diecisiete actividades; el de salud cardiovascular dieciséis actividades, y el maternidad segura con catorce actividades.

Las debilidades de estos programas está en la falta de indicadores, tanto para los programas como para las actividades lo cual le permita a la EPS, poder hacerle seguimiento a los mismos, disponer de una información veraz para tanto para la Superintendencia Nacional de salud, como para el Ministerio de Salud y los afiliados, teniendo muy en cuenta que es una EPS, de cobertura a nivel nacional y una de las que mayor afiliados tiene en Colombia.

En los informes no se evidencia además las tasa de cobertura de afiliados en el régimen subsidiado ni el régimen contributivo debido entre otras razones hay que no información estadística que permita dar cuenta de la calidad de los programas que se ofrecen, no se evidencia tampoco la participación comunitaria como lo exige la normatividad en mención; además de ser una entidad del sector de la economía solidaria en el país; al igual que la falta de información sobre los índices de fortalecimiento de la gestión de la EPS y la ARS, como lo estipula la Resolución 3384 de diciembre 29 de 2000.

Y por último el incumplimiento de casi la mitad de los programas previstos en la Resolución N ° 412 de 2000, del Acuerdo 117 de 1998, de la Resolución 3384 de 2000, dejan evidencia el grave problema que esto representa para los afiliados a la hora de acceder a los programas de Promoción y Prevención de Enfermedad, en donde la Promoción de la Salud se relaciona directamente con la garantía de los derechos humanos y además guarda estrecha relación con el concepto de Protección Social, que en su más amplia acepción se encamina a garantizar los derechos humanos individuales y colectivos.

11. CONCLUSIONES

De las evaluaciones hechas a los programas sobre Promoción y Prevención de Enfermedad de las EPS Compensar, Salud Coop y Coomeva; contemplados en la Resolución 412 de 2000, se puede concluir dando respuesta a la pregunta del problema de investigación que la única EPS que cumple con la totalidad de los programas sobre Promoción y Prevención de Enfermedad, de obligatorio cumplimiento en Salud Pública es la EPS Compensar, con catorce programas y sus respectivas guías técnicas y procedimientos; el impacto en la población colombiana no es muy grande debido a que Compensar, es una EPS con una cobertura de servicios muy limitada.

La EPS Salud Coop, como se puede evidenciar que de los catorce programas contemplados en la normatividad solo cumple con siete, es decir la mitad de los cuales en la evaluación hecha a los programas que se ofrecen a los afiliados no se cumplen todas las actividades previstas en la norma técnica y en las guías de procedimientos, al ser la EPS, que tiene el mayor número de afiliados en el país y con una cobertura a nivel nacional; debería cumplir con lo preceptuado en la Resolución N° 412 de 2000, para que los afiliados y sus familias tengan acceso a la promoción y prevención primaria, secundaria y terciaria, de enfermedad; a los procedimientos e interacciones integrales, orientados a que los afiliados, mejoren sus condiciones de vida para vivir y disfrutar de una vida saludable y para mantenerse sanos, sobre todo en un país como Colombia tan desigual e inequitativo con una gran población en el régimen subsidiado.

El solo hecho de no cumplir con la totalidad de los programas de Promoción y Prevención previstos en la Resolución N° 412 de 2000 como se puede evidenciar en la evaluación hecha a los programas ofrecidos por Salud Coop EPS, tiene un impacto negativo en la población colombiana y en sus afiliados al no garantizarles el disfrute pleno de sus derechos y al disfrute de una vida plena y saludable.

La EPS Coomeva, de los catorce programas sobre Promoción y Prevención de Enfermedad de obligatorio cumplimiento en Salud solo ofrece seis a su afiliados, hay que resaltar que de los seis todos cumplen con la norma técnica documento “mediante el cual se establecen las actividades de procedimientos e instrucciones costo-efectivos de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica de detección temprana establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad en Salud”. (Coomeva. [http. //www. Coomeva.com.co/publicaciones.php?ido=9663](http://www.Coomeva.com.co/publicaciones.php?ido=9663)).

El impacto de la Resolución N° 412 de 2000, para los afiliados a Coomeva EPS, es negativo, porque no se les ofrece la totalidad de los programas a los cuales tienen derecho, además para la población colombiana también el impacto es bastante negativo debido entre otras razones a que Coomeva, siendo una EPS, que nace del sector médico debería ser ejemplo del sector de la salud a la hora de cumplir con los programas de Promoción y Prevención de Enfermedad contemplados en la resolución en mención; otras de las razones es que Coomeva EPS, tiene cobertura nacional y el incumplimiento de estos programas afecta a miles de afiliados en el territorio nacional sobre a poblaciones de personas del régimen subsidiado.

BIBLIOGRAFÍA

Constitución Política de Colombia (1991) [En Línea] Bogota: Imprenta Nacional. Ministerio del Interior. Disponible en <http://www.mininterior.gov.co/>

Compensar EPS Salud. Manual del Usuario Plan Obligatorio de Salud (POS). En POS de la Salud para Usted y su Grupo Familiar. Disponible en <http://www.compensar.com/salud/documents/ManualdelUsuario.pdf>

Coomeva EPS S.A. La Prioridad a tu Salud. Guía del Usuario. Carta de Derecho y Deberes de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Carta de Desempeño Coomeva EPS S.A. Disponible en www.usuarioseps.info/guiausuarios.htm

Ley 100 (1993) [En línea] Bogota: Imprenta Nacional. Ministerio de Salud. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>

Lalonde M. (1974). “A New Perspective on the Health of Canadians. O Hawa”: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. Disponible en <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Nutbeam D. (1986) Health Promotion Glossary (original Health Promotion Glossary). In: Health Promotion Journal 1.1, 113-127. Disponible en www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/.../docs/glosario.pdf

Ministerio de la Protección Social. (s.f.). *Guías de Prevención de la Salud y Prevención de Enfermedades en la Salud Pública. Guía 5: Guía para la detección temprana de alteraciones visuales y patologías oculares.* Disponible en <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias05.pdf>

OMS. (1948). “Carta Magna Constitucional”. Ginebra. Disponible en <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>

OMS. (1986) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html>

OMS. (1986). “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”. Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa. Disponible en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

OMS. (1997). “Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el siglo XXI.” Ginebra. Disponible en http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf

OMS. (1998) Salud para todos. Glosario de términos - adaptación. Ginebra. Disponible en www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/.../docs/glosario.pdf

Primary Health Care.(1978) Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR.WHO, Geneva. Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>

Resolución 412 (2000, 25 de Febrero). [En Línea]. Bogotá. 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. Ministerio de Salud. Disponible en www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/r0412_00.pdf

SaludCoop EPS. Carta de Derecho de los Afiliados y Pacientes. Disponible en www.saludcoop.coop/.../20130321-Manual-Usuario-SaludCoop.pdf

Terris M. (1980) “La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social.” Siglo XX. [En línea] México: Editores, S.A. Disponible en www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Jorge2.pdf

Torres Carrillo, Alfonso. (1998). Aprender a investigar en comunidad I. [En Línea] Bogotá: Ediciones Arfin. Disponible en <http://biblioteca.cinep.org.co:10080/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=19705>

Vértice. Equipo. (2010). Salud Pública y comunitaria. Disponible en http://books.google.com.co/books?id=AILTXIldrPEC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false