

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL

# Los usuarios con osteoartritis de rodilla, UNISALUD, Colombia: una mirada desde la epidemiología crítica

*Diana Camargo Rojas y Beatriz Mena Bejarano*

---

### Introducción

Las condiciones del proceso salud – enfermedad de los individuos y las colectividades han sido abordadas principalmente desde las ciencias naturales con un enfoque positivista que busca entender el comportamiento de las condiciones de salud aplicando el rigor del método científico, reconociendo los factores causales y las relaciones que se dan entre variables medibles y observables. Sin embargo, esta mirada reduccionista desconoce la composición de la realidad social, la historia, la cultura, la política y la economía, determinantes sociales que influyen en la salud y en la calidad de vida de los individuos y de los grupos sociales.

Para comprender cómo se ha llegado al concepto actual del proceso salud – enfermedad, es fundamental dar cuenta de los cambios que dicho concepto ha presentado en la historia. Inició en el paleolítico y el neolítico con una concepción

mágico religiosa que considera la enfermedad como un castigo de los Dioses o de los espíritus, a grandes rasgos y desde la mirada eurocentrista dominante, se puede decir que luego se dio paso en a la teoría de los humores, del ambientalismo hipocrático y a la teoría miasmática y del contagio, entre los siglos XV y XVIII. A mediados del XIX se le otorgó importancia a las condiciones sociales de las poblaciones y su relación con las enfermedades, lo cual abrió el camino en Alemania y en Francia a la medicina social (Martínez y cols, 1998). Sin embargo, a finales del siglo XIX, con los descubrimientos científicos en Francia de Pasteur y en Alemania de Koch, comenzó el auge de la investigación científica y de la teoría de los gérmenes.

De esta forma, se dio inicio en el siglo XX a la teoría unicausal y la tríada epidemiológica (con bases ecológicas) para entender las formas de contagio en las enfermedades infecciosas y a la causa de las mismas. A finales del siglo XX, con la aparición de otras enfermedades que no podían ser explicadas desde la unicausalidad, aparece el modelo de la multicausalidad (Lalonde, 1974), el cual considera factores genéticos y biológicos, factores psicosociales, estilos de vida y servicios de salud, para entender el comportamiento de las enfermedades crónicas.

Esta mirada que algunos autores consideraron reduccionista, por quedarse en factores y en observaciones medibles que no permiten comprender la complejidad de las condiciones de salud de las poblaciones, no reconoce a la salud como un constructo social que cambia entre

---

Una versión preliminar de este trabajo fue presentada en el XI Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva “ALAMES, 25 años. La salud en la agenda política y social de América Latina”, ALAMES, Bogotá, Colombia, 17-21 de noviembre, 2009.

**Diana Camargo Rojas.** Fisioterapeuta. Magíster en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia; docente e investigadora de la Corporación Universitaria Iberoamericana; docente de la Universidad de Rosario; miembro del Grupo de Investigación Promoción de la Salud y Actividad Física, Universidad Nacional de Colombia. Correo-e: [dacamargor@gmail.com](mailto:dacamargor@gmail.com)

**Beatriz Mena Bejarano.** Fisioterapeuta, Magíster en Discapacidad e Inclusión Social; especialista en ejercicio físico para la salud. Profesora asociada, Departamento de Movimiento Corporal Humano y sus Desórdenes, Universidad Nacional de Colombia; miembro del Grupo de Investigación Promoción de la Salud y Actividad Física, Universidad Nacional de Colombia. Correo-e: [bmenab@bt.unal.edu.co](mailto:bmenab@bt.unal.edu.co)

grupos, etnias y culturas, que se modifica por aspectos políticos y económicos propios de cada momento de la historia y que es comprendido y experimentado por cada sujeto de acuerdo a su historia de vida y su contexto.

De esta forma, en 1970 se da paso a la comprensión de la salud y la enfermedad como parte de un proceso: un continuum que forma parte de la trayectoria vital (Hernández, 2007<sup>1</sup>) En este año también se formula la epidemiología crítica, como un nuevo paradigma que busca comprender la situación de salud de los individuos y del colectivo, considerando las condiciones individuales propias de la genética y de los aspectos biológicos y psicológicos, las condiciones particulares conformadas por los modos de vida, las redes y grupos de apoyo y, por último, las condiciones generales, denominadas estructurales, que comprenden la organización política, las formas de producción y reproducción social. Esta mirada dejó a un lado el positivismo radical y dio paso a un realismo dialéctico (Breilh, 2007)

Es importante aclarar que los cambios en el concepto del proceso salud- enfermedad que se han dado en la historia, ocurren por momentos políticos, sociales, económicos y por las condiciones mismas de salud de las poblaciones propias de cada época. Es así como observamos en América Latina nuevas situaciones y condiciones que afectan la salud de los individuos, como son los cambios en la dinámica demográfica y epidemiológica. Varios trabajos previos han examinado ya estos patrones de transición (Frenk, Bobadilla y Lozano, 1996) y existen también nuevas proyecciones sobre el peso de la enfermedad (Murray y Lozano, 1996). De esta forma nos encontramos con las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales generan una alta carga de la enfermedad, siendo evidente en los años de vida perdidos por discapacidad o por muerte prematura.

En general, la carga global de enfermedad es consecuencia de la brecha que generan las

discapacidades y muertes prematuras en relación con la esperanza de vida máxima lograda en el mundo: cerca de ochenta años (Londoño, consultado en el 2008).

En Colombia, la carga global de enfermedad que soporta, expresada en Años de Vida Sana Perdidos (AVISAp), asciende a cerca de 150 por cada 1000 personas (Londoño, consultado en el 2008).

Ante esta situación, las intervenciones basadas en la bacteriología, microbiología, teorías causales y multicausales son insuficientes para llevar a cabo acciones de promoción y prevención. Los determinantes de la salud y los diferentes dominios en los que se desarrolla el proceso salud – enfermedad comienzan a ser primordiales con el fin de dar una mirada holística a las condiciones de salud y permitir un diálogo entre los saberes científico y popular que permita integrar a los sujetos dentro de las evaluaciones y diagnósticos que de las condiciones de salud y calidad de vida se hacen.

### **Objetivo**

Este estudio pretende identificar y describir los determinantes sociales de la salud de la osteoartritis. Se trata de una condición crónica que afecta la funcionalidad y autonomía de las personas que la presentan.

La selección de los casos incluidos en el estudio se realizó entre los usuarios de UNISALUD<sup>2</sup> con diagnóstico de osteoartritis de rodilla beneficiarios y cotizantes, con diagnóstico médico de gonartrosis, según el CIE- 10, que se encuentra en la base de datos oficialmente suministrada.

Se indagó desde su propia experiencia de vida los determinantes que afectaban su participación en la sociedad, la realización de las actividades de la vida diaria y el desarrollo de su proyecto de vida.

---

<sup>1</sup> Es parte de una presentación de Diplomado en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, SDS - Corporación Grupo Guillermo Fergusson, 2007, Bogotá.

<sup>2</sup> UNISALUD es la Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia

## Metodología

Es un estudio descriptivo - exploratorio que hizo uso de instrumentos de recolección de datos cualitativos y cuantitativos.

### Muestra

Considerando que contamos en UNISALUD con una población de 1,200 usuarios con artrosis generalizada y de éstos 600 tienen diagnóstico de gonartrosis, se determinó como población los 600 usuarios. Sin embargo por factibilidad del estudio se decidió la selección de una muestra representativa estadísticamente, con un intervalo de confianza del 95% y un error admisible de 0,05. Como resultado, se obtuvo un valor de tamaño de la muestra de 250 usuarios, que fueron seleccionados aleatoriamente.

### Plan de actividades

Inicialmente, se aplicaron cuestionarios que incluyeron preguntas cerradas, utilizando instrumentos estandarizados, interpretación de familiograma (McGoldrick, 1985) y ecomapa (Mejía, 1991) y preguntas abiertas acerca de condición psicológica y su experiencia con UNISALUD, así como su EPS (Entidad Promotora de Salud), por medio de una entrevista personal (Hernández, 2008). Posteriormente, se realizó la revisión documental de las historias clínicas de estos usuarios, previa autorización de los mismos.

Asimismo, se organizó un grupo focal con los usuarios y las usuarias con el fin de contrastar la información obtenida en relación a su red de apoyo de salud, UNISALUD. Posteriormente se realizó la revisión documental de los programas y servicios que ofrece UNISALUD para las personas con enfermedades crónicas.

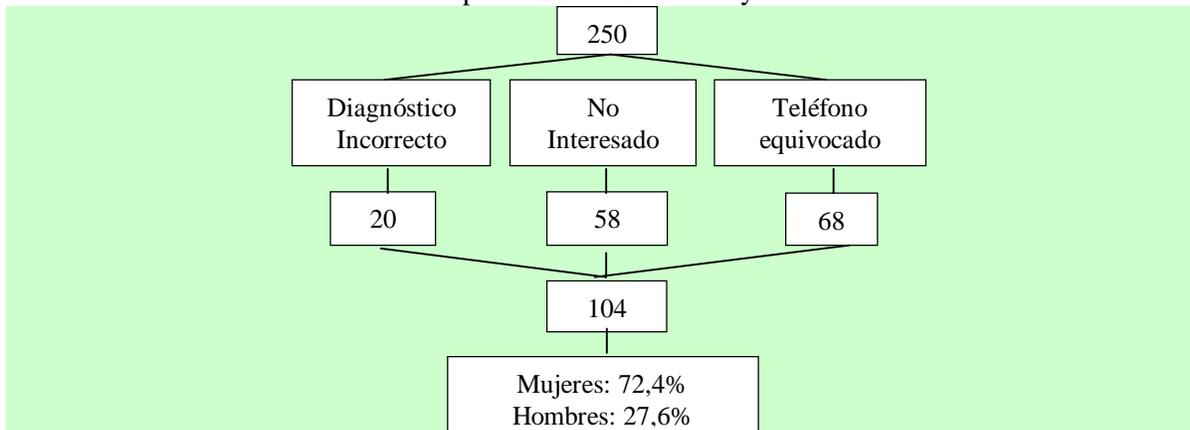
### Análisis de datos

Para el proceso de sistematización los datos obtenidos de los cuestionarios, familiogramas ecomapas y preguntas abiertas, así como de la revisión de las historias clínicas, son analizados en Software estadístico que permita hacer una descripción de las variables consideradas, así como la determinación de perfiles con el *software* denominado SAS.

Para la información recolectada en las preguntas abiertas se llevó a cabo la categorización de los datos, describiendo el comportamiento de las categorías deductivas y la aparición de categorías emergentes. Se elaboró la matriz y diagramas de relaciones (Bonilla, 1997; Hernández, 2008). Por último, considerando el esquema de perfil epidemiológico de la epidemiología crítica se utilizaron los diagramas y herramientas propuestas, con el fin de realizar el respectivo análisis de las dimensiones determinantes singulares, particulares y generales en la osteoartrosis de rodilla.

**Diagrama I**

Resultados de proceso de alistamiento y convocatoria



Fuente: elaboración propia, 2009.

## Resultados

Al realizar la convocatoria y llevar a cabo el alistamiento de los casos, se conformó una muestra final de 104 usuarios y usuarias, con las características generales consignadas en la Tabla No. 1.

### *Características generales de la población*

Tabla No 1  
Características socio demográficas de los y las usuarias con osteoartrosis de rodilla

<b>VARIABLES</b>		
<b>CICLO</b>	Frecuencia	Porcentaje (%)
Adulto	35	33,7
Persona mayor	69	66,3
<b>GÉNERO</b>		
Femenino	79	75,9
Masculino	25	31,6
<b>RAZA</b>		
Blanca	60	57,7
Amarilla	32	30,8
Negra	12	11,5
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
Primaria	24	23,1
Bachillerato	28	26,9
Técnico-tecnológico	14	13,5
Universitario	14	13,5
Posgrado	24	23,1
<b>ESTRATO</b>		
2	15	14,4
3	43	41,3
4	37	35,6
5	9	8,7

Fuente: elaboración propia, 2009.

Se observa que el 66,3% de las y los usuarios pertenecen a la etapa del ciclo vital persona mayor, esto se ha demostrado en estudios longitudinales en los cuales se revela que la progresión y la incidencia de la osteoartrosis aumenta con la edad (Untura y col, 2007). Sin embargo, se evidencia que el porcentaje restante se encuentra en la etapa del ciclo vital adulto, ubicándose un 33,7% en el rango de adulto maduro y adulto joven; este porcentaje responde a la presencia de enfermedades crónicas en edades tempranas, asociada a la exposición a factores de riesgo relacionados con la ocupación y traumas a repetición, que se derivan de la adopción de estilos de vida no saludables dentro de patrones de trabajo y modos de vida propios de la comunidad de la Universidad Nacional de Colombia.

En relación al nivel educativo, encontramos un número importante de con un máximo alcanzado de bachillerato (26,9%); de éstos el 35,71% se dedicaban a labores tales como técnicos y auxiliares de servicios generales y el 28,57% a acciones administrativas. Sin embargo, el mayor porcentaje de usuarios que se dedicaban a labores relacionadas con servicios generales y técnicos, tenían un nivel educativo máximo alcanzado, primaria. En estas ocupaciones se observa una alta exposición al mantenimiento de posturas como posiciones sedentes o bipedestación, así como la sobrecarga articular derivada de movimientos a repetición, como subir y bajar escaleras y cargar objetos pesados. En relación al nivel educativo posgradual se encuentra que el 95,8% se dedicaba a la docencia y el porcentaje restante a labores relacionadas con el arte. Los y las docentes se encontraban expuestos al mantenimiento de posturas y movimiento repetitivos en miembros inferiores, como posición sedente y bipedestación, así como subir y bajar escaleras, factores que influyen en la presentación de sobrecarga y proceso degenerativos en miembros inferiores.

Por otro lado, como variable socioeconómica encontramos que el 76,9% de la población se encontraba en los estratos 3 y 4. De aquí es importante considerar que las garantías laborales en la universidad para sus trabajadores favorece el nivel de ingresos y las condiciones de vida de los

mismos. Así mismo no observamos percentiles altos en los estratos 2 y 5, lo que permite ver las condiciones de equidad entre los usuarios de UNISALUD, que participaron en el estudio.

### **Dominios: epidemiología crítica**

Siendo el propósito de estudio abordar las ECNT (Enfermedad Crónica no Transmisible) teniendo en cuenta que la epidemiología crítica plantea otra manera de ver las realidades frente al proceso salud – enfermedad, considerando que tanto lo biológico como lo social se superponen para entender las condiciones y relaciones que se dan en la salud de los individuos y los colectivos, se hace necesario comprender cuál es el comportamiento y las relaciones que se dan en los dominios propuestos por Breilh: singular, particular y general, que se relacionan de manera jerárquica y permiten ver a la salud desde su génesis hasta su reproducción. (Breilh, 2003)

### **Determinantes estructurales: dominio general**

Dentro de este dominio se incluye la lógica social de los principios de reproducción social, las formas de poder y los paradigmas económicos, políticos y culturales en los cuales se mueve la sociedad. De esta manera, se dio inicio a la comprensión de los determinantes generales que influyen en el proceso salud – enfermedad, de los usuarios de UNISALUD que presentan osteoartritis de rodilla. Como uno de los determinantes estructurales que afectan la salud del colectivo afiliado a UNISALUD es la dinámica de la entidad como una EPS (Entidad Promotora de Salud) del régimen especial, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, reconociendo sus particularidades dentro del sistema, las cuales favorecen la garantía de universalidad, integralidad y equidad en la prestación de los servicios de salud a sus usuarios y usuarias.

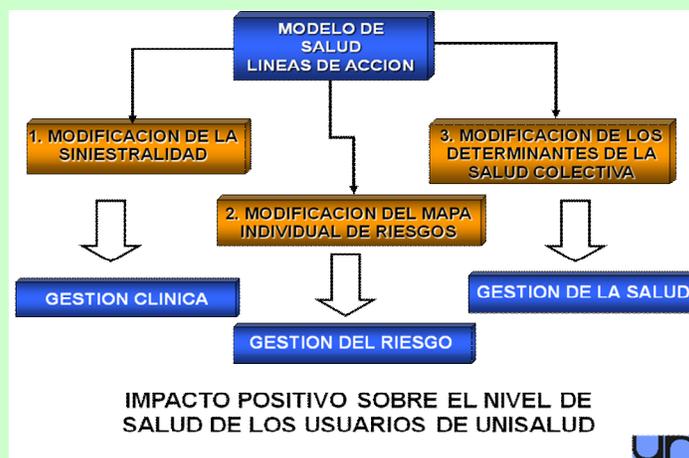
Teniendo en cuenta cómo se dio a lo largo de los años la conformación de UNISALUD como Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia, se evidencia que frente a la garantía del derecho a la salud y el bienestar, se ha logrado mantener la organización autónoma y propia de

UNISALUD, antes Caja de Previsión Social, a partir del pronunciamiento de las entidades públicas ante la Corte Constitucional con la declaración del Decreto 404 de 1996. Asimismo, se ha logrado mantener *parte* de los servicios ofrecidos a sus afiliados y beneficiarios, con las Convenciones de Trabajo llevadas a cabo entre la Universidad Nacional de Colombia y el Sindicato de Trabajadores. De esta manera, observamos cómo la posibilidad de la universidad pública frente al desarrollo de la democracia y la participación de los actores involucrados como actores políticos, ha permitido desarrollar la exigibilidad de derechos. No obstante, el sistema de UNISALUD ha estado permeado por la búsqueda de la costo-efectividad y la eficiencia, sumergiéndose en sistemas de salud influenciados por modelos de libre mercado, en los cuales la preocupación está en el rendimiento y sostenibilidad, y no en la salud y calidad de vida de los sujetos.

Esto se evidencia en las afirmaciones dadas por los usuarios y las usuarias en donde encontramos que el 27,88% presenta inconformidad con el servicio de la droguería, por la demora en la entrega y la disponibilidad de los medicamentos, así como por la lista de medicamentos que se encuentran en el POS (Plan Obligatorio de Salud) los cuales en su mayoría son genéricos. Por otro lado, el 9,6% presentó inconvenientes con la prestación del servicio de medicina, por la poca calidad y calidez de los profesionales de la salud, un 11,53% no está satisfecho con la oportunidad de las citas y un 5,7% no está de acuerdo con el aumento del costo de los bonos. Estos porcentajes reflejan los cambios que paulatinamente se están dando en UNISALUD frente a la prestación de los servicios, buscando acciones eficientes que disminuyan los costos de las intervenciones.

Los cambios que presenta UNISALUD se dan también en su modelo de salud. Es por esto que en la búsqueda del bienestar y la salud de sus usuarios así como de la sostenibilidad del sistema, plantea un modelo de salud en el 2006 que se inscribe en la función de rectoría del Sistema de Salud con el propósito de alcanzar los objetivos definidos por la Organización Mundial de la Salud, sin aumentar el volumen de recursos consumidos (mejorar el

Diagrama No II  
Modelo de salud. UNISALUD



Fuente: Grosso, revisado 2009. tomado de [www.unisalud.unal.edu.co/pages/publico/Modelo.jsp](http://www.unisalud.unal.edu.co/pages/publico/Modelo.jsp)

desempeño). En el micro-sistema de UNISALUD el ente rector (Gerencia Nacional) formula un modelo para fijar las reglas que modulen el comportamiento de los diversos actores, definan la inversión y el entrenamiento, maximicen la distribución de recursos y orienten la prestación de los servicios (Grosso, revisado 2009).

Este modelo involucra enfoques prioritarios de la salud pública tales como la promoción, prevención y la prestación de servicios asistenciales, de esta manera, consideraríamos que UNISALUD se ha transformado desde enfoques asistencialistas con la Caja de Previsión Social hacia paradigmas del riesgo y de prevención, con el desarrollo paralelo de la promoción de la salud, la cual continúa siendo considerada como educación en salud. Sin embargo, la posibilidad de posicionar políticamente las necesidades de sus afiliados y beneficiarios, en la línea “gestión de la salud” sigue presentando limitantes y deficiencias, observándose un mayor desarrollo en la gestión del riesgo y en la gestión clínica, basados en el logro de sistemas eficientes y eficaces, que responda a las funciones de los sistemas de salud.

En relación a los programas de promoción y prevención que principalmente apoyan la línea de

gestión de riesgo, los usuarios y las usuarias afirman: “... UNISALUD promueve procesos de educación, pero le falta divulgación e información...” (Grupo Focal OA, 2009), lo que conlleva a la poca participación de los usuarios y usuarias a los programas.

*Nos damos por enterados o por desatendidos, no escuchamos la emisora. La desinformación dependen muchas veces de nosotros, pero en ocasiones de UNISALUD por lo que proponemos es un centro de información, para aumentar la interacción (Grupo Focal OA, 2009).*

UNISALUD ofrece programas en todas las etapas del ciclo vital, realizan procesos de educación en salud. En persona mayor hacen énfasis en actividades de interacción, como talleres de autocuidado y el CLUB DIA, espacio que se ofrecen como una red de apoyo fuerte para los que asisten a los programas (UNISAUD, 2009)

No obstante la participación no es total ya que no todos los usuarios y todas las usuarias conocen los programas o no pueden asistir por diferentes factores. Estos programas continúan dentro de la línea del riesgo, sin trascender hacia la promoción

más allá de la educación, buscan la prevención de enfermedades y cambios de estilos de vida capacitando a los sujetos, generando en ellos adherencia a los programas y aumentando las relaciones de dependencia con UNISALUD. Esta relación disminuye la capacidad de autocontrol de los sujetos frente a su estado de salud y disminuye la autonomía y empoderamiento de los mismos.

De esta manera, se visualiza claramente una acción preventiva que involucra el enfoque de prevención primaria con acciones de fomento de salud, estilos de vida saludables y disminución de factores de riesgo. No se afectan los determinantes del dominio particular que afectan la salud de las personas, como son la familia y sus redes de apoyo, se afecta principalmente las conductas, prácticas y conocimientos de los individuos, ofreciendo sensibilización y manejo de las patologías, servicios que no son aprovechados por los usuarios, en su mayoría por falta de tiempo y de información. Al respecto, los usuarios afirman: “... las familias no son tenidas en cuenta en los tratamientos...” (Grupo Focal OA, 2009).

De esta forma, observamos que el desarrollo de las habilidades y capacidades en los sujetos, como un eje estratégico de la promoción de la salud, para lograr autonomía y autocontrol sobre la salud, sigue siendo una tarea difícil dentro de un contexto paternalista que le ha brindado todo a los sujetos. Esto nos llevaría a pensar: ¿El paternalismo permitiría el desarrollo de la autonomía? ¿Será que no es necesario que las personas sean autónomas? ¿Es posible que nos estemos afrontando a una forma de dominación?

Es precisamente esta ideología paternalista, dominante y asistencialista la que conlleva a formas claras de relación entre los usuarios y las usuarias, con UNISALUD, como su Entidad Promotora de Salud, definiendo modos de actuar e interactuar entre las políticas e ideologías de una entidad, marcada por una historia, y la salud real y observable de sujetos con características propias y definidas. De esta manera, encontramos que en cuanto a su participación activa en UNISALUD los usuarios y las usuarias con osteoartritis, manifiestan:

*No participamos activamente, no tenemos un espacio para participar, para comentar cómo van las cosas, No nos tienen en cuenta. Sólo llenamos una encuesta. Los cambios no los explican y no dan información* (Grupo Focal usuarios Unisalud, 2009)

Esto permite confirmar la inercia que han mantenido los usuarios, como lo afirmaba un estudio realizado sobre la percepción de la calidad de los servicios de salud (Ardila, 2006), por la cual los usuarios y las usuarias actúan por imitación, van por las buenas y no generan conflictos, porque a pesar de no estar de acuerdo con su poca participación en UNISALUD, consideran que es uno de los “... mejores servicios de salud existente en el país...” (Grupo Focal usuarios Unisalud, 2009).

#### **Determinantes intermedios: dominio particular**

En este dominio nos encontramos con los patrones de trabajo, dinámicas grupales, patrones de consumo y los modos de vida de las personas en este caso cotizantes y beneficiarios de UNISALUD. Asimismo, se evidencian los roles, la posición de los sujetos y las interacciones que se dan en los diferentes ámbitos.

En relación al trabajo, el 73,1% de los usuarios no trabajan en la actualidad, en su mayoría son pensionados o pensionadas y amas de casa. El 10,6% se dedican en la actualidad a ocupaciones técnicas o auxiliares de servicios generales y 9,6% son docentes. Se evidencia que parte del porcentaje de usuarios que actualmente trabajan como técnicos, docentes y auxiliares de servicios generales, son jóvenes y presentan sintomatología de osteoartritis de manera temprana.

En el trabajo u ocupación actual el 82,7% de los y las usuarias no mantiene posturas, realizan actividades constantemente, lo cual los mantienen activos. Los usuarios y las usuarias cuentan con **redes de apoyo** tales como la familia, grupos de ejercicios y grupos de socialización que les permite mantenerse en interacción con otros, evitando el sedentarismo y favoreciendo la aceptación de su

estado de salud, en un 81,73% de la población estudiada.

### La familia: unidad básica de la sociedad

La familia, como determinante de la salud, interactúa con la enfermedad, la percepción del dolor y la funcionalidad, generando procesos de reproducción y de manifestación que son particulares para un contexto y para unas condiciones propias de las vidas de los sujetos. Es así como encontramos la importancia del apgar familiar (Alegre y cols, 2006) el cual valora el apoyo que recibe el usuario y la usuaria de su núcleo familiar. De esta manera, encontramos frente al apgar familiar que el 55,8% de los usuarios y de las usuarias presenta un buen funcionamiento familiar con apoyo e interacción constante entre los miembros del grupo familiar. El 26% presenta una disfunción leve y el 18,2% presenta disfunción moderada y severa. En esta población no se encontró una relación fuerte entre el dolor y el apoyo familiar, evidenciándose una mayor relación con la funcionalidad, es por esto que observamos:

En esta Tabla No 2 evidenciamos cómo la mayoría de las personas que tienen un buen funcionamiento familiar presentan poca dificultad para realizar actividades de la vida diaria, en comparación con aquellas que tienen disfunción leve y “bastante dificultad” para la realización de ciertas tareas. No obstante, los niveles de dolor en reposo y durante las actividades son altos, encontrando el 74% de la población con dolor moderado (4 a 7 en escala numérica) y severo (> de 7), lo cual puede estar dado por la presencia de umbrales bajos como consecuencia de relaciones fuerte y de dependencia con sus redes de apoyo, las cuales son consideradas para la mayoría de la como fundamentales para su salud y calidad de vida.

### Redes de apoyo

Como se ha evidenciado en diferentes estudios, las redes sociales se convierten en un determinante fundamental en el manejo de dolor y la limitación funcional en las personas con enfermedades

**Tabla No 2.**

Relaciones entre el funcionamiento familiar y la funcionalidad en los usuarios con Osteoartritis de Rodilla.

Funcionamiento WOMAC APGAR FAMILIAR	Bastante Dificultad	Mucha Dificultad	Ninguna Dificultad	Poca Dificultad
Buen Funcionamiento	16 <sup>(1)</sup> 27,59 <sup>(2)</sup> 26,19 <sup>(3)</sup>	5 8,62 33,33	9 15,52 69,23	28 48,28 63,64
Disfunción Leve	9 33,33 28,13	5 18,52 33,33	2 7,41 15,38	11 40,74 25
Disfunción Moderada	6 50 18,75	2 16,67 13,33	2 16,67 15,38	2 16,67 4,56
Disfunción Severa	1 14,29 3,13	3 42,86 20	0 0 0	3 42,86 6,82

Fuente: elaboración propia, 2009. (1) frecuencia; (2) porcentaje fila; (3) porcentaje de columna

crónicas. Dentro de las redes de apoyo contamos con la familia y su composición como un factor influyente en la calidad de vida y la salud de las personas mayores y en los individuos con ECNT (Enfermedad Crónica no Transmisible) De esta manera, el 51,9% de los y las usuarias con osteoartritis reportan siete o más redes de apoyo y el 39,4% entre 4 y 6, dentro de éstas encontramos acceso a grupos de ejercicio, grupos de amigos, la familia como la principal red de apoyo, la iglesia y UNISALUD como Red de apoyo fuerte, frente al acceso a los servicios de salud.

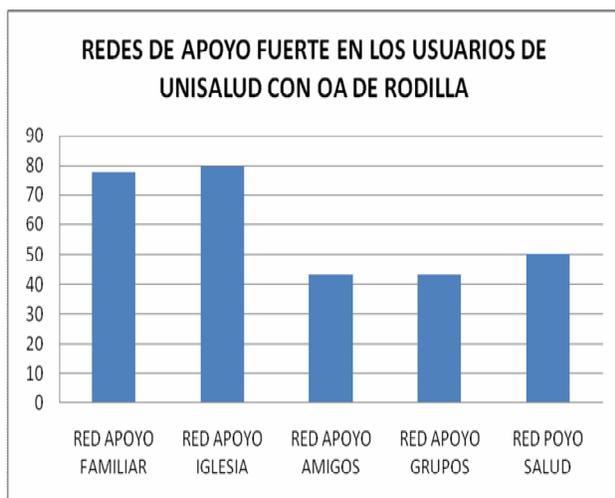
En cuanto a las redes de apoyo con relaciones fuertes se evidencia que el 77,88% de la población cuenta con la familia como su principal red de de apoyo, le sigue la Iglesia (79,8%) y UNISALUD (52%) como la entidad encargada de la prestación

de servicios de salud. Por otro lado, las redes de apoyo conformadas por amigos y grupos son fuertes (43,26%). Estas relaciones confirman la satisfacción de los usuarios con la prestación de los servicios de UNISALUD y con su aceptación frente a su condición de salud, impactando su calidad de vida.

En el porcentaje restante se observa que un 21% de la población presenta relaciones débiles con redes de apoyo como grupos y amigos, respectivamente, un 16% considera que su relación con UNISALUD también es débil debido a situaciones particulares que generaron inconvenientes en las relaciones entre usuarios y EPS (Empresa Promotora de Salud).

### Grafico No1

Porcentaje de usuarios por Red de apoyo con relaciones fuertes



Fuente: elaboración propia, 2009

### Determinantes proximales: dominio singular

La distribución demográfica, el tipo de enfermedades y su naturaleza y la carga de enfermedad, hace de la población de UNISALUD un tanto particular en el contexto latinoamericano promedio, guardando similitudes con países de ALTOS ingresos o latinoamericanos con baja mortalidad. Combinando los factores de riesgo líderes en los reportes de la literatura y los de

UNISALUD, se estima en teoría que entre el 22% y el 58% de la carga de la enfermedad en DALYs, podría ser atribuida entre otros factores de riesgo específico: hipertensión arterial, consumo de sustancias, tabaquismo, sobrepeso, colesterol elevado, escasa ingesta de frutas y verduras e inactividad física (UNISALUD, 2008)

En relación a las enfermedades crónicas no transmisibles, encontramos que estilos de vida saludables, como el ejercicio, es propio de los usuarios de UNISALUD, que cuentan con redes de apoyo y posibilidades de acceso, favoreciendo prácticas de autocuidado. De esta forma, encontramos que el 40,4% de la población estudiada tiene un riesgo bajo de sufrir enfermedades cardiovasculares, lo cual se asocia con el hábito de fumar, el cual no es frecuente en los usuarios y las usuarias con osteoartritis de rodilla mayores de 60 años; el 36,5% presenta un riesgo mínimo y el 23,1% restante uno moderado. Dentro del riesgo moderado se encuentra la población adulta que presenta osteoartritis y que actualmente trabaja, estando expuesta al sedentarismo y estilos de vida no saludables. Ante esto es fundamental revisar los programas de promoción y prevención ofrecidos por UNISALUD para el adulto, dada la prevalencia de factores de riesgo en esta etapa del ciclo vital, lo que aumenta la probabilidad de presentar enfermedades crónicas no transmisibles.

### Discusión

A partir de la recolección de datos se evidencia cómo ante una enfermedad crónica no transmisible, como la osteoartritis, las redes de apoyo (familia – amigos) y el sistema de salud, en este caso UNISALUD como EPS del régimen especial, influye favorablemente en la funcionalidad de las personas que presentan la enfermedad, dada la aceptación del estado de salud de los usuarios y las usuarias, lo cual contribuye a la adopción de estilos de vida saludables. Sin embargo, las estrategias de promoción de salud y de educación en salud propuestas por UNISALUD no plantean un enfoque familiar con afectación de determinantes particulares e intermedios, no logran el desarrollo de la autonomía y el empoderamiento de los

sujetos, dado el paternalismo presente en la relación generada con los usuarios. Esto, a su vez, influye en la percepción del dolor en los sujetos, la cual es alta, a pesar de las redes de apoyo con las cuales cuentan, debido a las relaciones de dependencia generadas entre los usuarios y sus redes de apoyo.

Es importante resaltar que la participación en la toma de decisiones, como cambios y transformaciones que se dan en UNISALUD, es poca, encontrando usuarios que prefieren relaciones de imitación, “de ir por la buenas” y de no generar quejas o reclamos, debido a la satisfacción que presentan con la EPS, calificada por ellos como la mejor del país.

En conclusión, encontramos una población que cuenta con amplias redes de apoyo, favoreciendo su funcionalidad y su aceptación frente a su condición de salud, así como la adopción de estilos de vida saludables. Sin embargo, es una población dependiente, que no participa activamente y espera la prestación de servicios que resuelvan sus problemas de salud. La familia continúa siendo un determinante de la funcionalidad y el desarrollo pleno del proyecto de vida de los sujetos, la población estudiada cuenta con condiciones socioeconómicas, educativas y de interacción social que contrarrestan el efecto de las disfunciones familiares presentes.

## Referencias

- Alegre, Y; Suárez M. (2006). “Fascículos CADEC Capítulo II Apgar Familiar”. *RAMPA*, 1(1):48-57. Mayor información: [www.idefiperu.org/rampa.html](http://www.idefiperu.org/rampa.html)
- Alonso, L. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa*. (1ra. Ed.). Caracas: Editorial Fundamentos.
- Breilh, J (2007). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e intercultural* ISBN 950-892-147-1 Buenos Aires: Lugar Editorial. Colección Salud Colectiva
- Universidad Nacional de Colombia (1990). “Normas que regulan el Funcionamiento de la Caja de Previsión Social”. Mayor información: [http://www.unal.edu.co/unisalud/archivos/cps/Acuerdo\\_021\\_De\\_1990\\_Del\\_CSU\\_a.pdf](http://www.unal.edu.co/unisalud/archivos/cps/Acuerdo_021_De_1990_Del_CSU_a.pdf)
- Chacón J. y cols (2004). “Effect of Knee Osteoarthritis on the Perception of Quality of Life in Venezuelan Patients”. *Arthritis & Rheumatism*. Vol. 51, No. 3, pp 377–382 *American College of Rheumatology*
- Congreso de la República. Ley 30 1992
- Congreso de la República. Ley 100 de 1993
- Congreso de la República. Ley 647 de 2001
- Corporación Grupo Guillermo Fergusson - SDS (2007). *Diplomado en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud*. Bogota.
- Dawson J. (2005) “Impact of Persistent Hip or Knee Pain on Overall Health Status in Elderly People: A Longitudinal Population Study”. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. Vol. 53, No. 3, pp 368–374. *American College of Rheumatology*
- Dequeker J, Boonen S, Aerssens J, Westhovens R. (1996) “Inverse relationship osteoarthritis-osteoporosis: what is the evidence? What are the consequences?” *Br J Rheumatol.*;35:813-8.
- Dequeker J, Mbuyi-Muamba JM. (1996) “Bone mineral density and bone turnover in spinal osteoarthritis.” *Ann Rheum Dis*;55:331.
- Gelber AC, Hochberg MC, Mead LA, Wang NY, Wigley FM, Klag MJ. “Joint injury in young adults and risk for subsequent knee and hip osteoarthritis.” *Ann Intern Med*. 2000;133:321-8.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (1985), “¿Por qué los genogramas?” (Cap. 1) & “Construcción de los genogramas” (Cap. 2) en *Genogramas en la evaluación familiar*, Ed. Gedisa, Barcelona.
- González, J (2002). “Salud y Seguridad Social: entre la solidaridad y la Equidad”. *Revista Gerencia y Políticas de la Salud*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Grosso G; Gomez A; Betancurt F (2006). “Modelos de salud : administración de planes de beneficios desde la perspectiva de la gestión del riesgo”. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina: Unidad de Servicios de Salud (UNISALUD) 176 p. Bogota
- Grosso, G. Modelo de salud. Revisado 2009: <http://www.unisalud.unal.edu.co/pages/publico/Modelo.jsp>
- Guirado, J. “Determinantes del Proceso Salud-Enfermedad.” *Escola d’Infermeria La Fe. Valencia. Salud Publica. Mayor información*

<http://s3.amazonaws.com/lcp/sociologia1/myfiles/4-Determinantes.pdf>

Gurt, A; Moragues, C; Palau, J; Rubio, C (2006). “Evidencia Científica en Artrosis. Manual de Actuación”. *Organización Médica Colegial de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Mayor información:*  
[http://www.lacondroproteccion.com/web/archivos/guia\\_s.pdf](http://www.lacondroproteccion.com/web/archivos/guia_s.pdf)

Hernández, M; Obregón, D (2002) *LA OPS Y EL ESTADO COLOMBIANO: Cien Años de Historia*. Editorial Organización Panamericana de la Salud. Mayor información: [www.col.ops-oms.org](http://www.col.ops-oms.org)

Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P (2008). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. McGraw Hill. Mexico.

Hospedales, J; Eberwine, D. (2008) “Enfermedades crónicas: Prevención y control en las Américas, Noticiero Mensual del Programa de Enfermedades Crónicas de la OPS/OMS” *Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Vol. 2, No. 3. Mayor información: www.paho.org.*

Juliá MD, Juliá C, Romeu (2002). “Artrosis, artritis y fibromialgia: utilidad de la terapia hormonal sustitutiva”. *Revista Iberoamericana de Fertilidad. Vol 19 No 3. España.* Mayor información: <http://www.editorialmedica.com/archivos/fertilidad/Fert-May-Jun02-Trabajo3.pdf>

Kellgren JK, Laurence JS (1975) “Radiological assessment of osteoarthritis”. *Ann Rheum Dis; 15: 494-501.*

Llanos, F (2004). “Conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana”. *Revista médica Herediana electrónica. Rev Med Hered v.15 n.1 Lima.*

Londoño, J. Frenk, J (1997). “Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina”. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe Documento de trabajo 353.

Londoño, J. “Prioridades para la agenda de salud Pública”. *Heraldo Médico. Federación Médica Colombiana.* Consultado en:

<http://encolombia.com/heraldo2423002prioridades.htm>  
. Revisado Diciembre 2008

Mallarino, C (2008). “Estratificación social en Bogotá: de la política pública a la dinámica de la segregación social”. *Revista Universitas humanística no.65 pp: 139-171. Bogotá - Colombia ISSN 0120-4807. Pontificia Universidad Javeriana.*

Martínez F, Antó J, Castellanos P, Gili M, Maset P, Navarro V (EDS) (1998): *Salud Pública. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana. 1-24.*

McAlindon T E, Cooper C, Kirwan J R, Dieppe P A. (1993) “Determinants of disability in osteoarthritis of the knee”. *Annals of the Rheumatic Diseases; 52:258-262.*

MEJÍA, D (1991) “Salud Familiar para América Latina”. *Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá.* Mayor Información: [www.ecomapa.sabanet.unisabana.edu.co](http://www.ecomapa.sabanet.unisabana.edu.co)

Moreno, A; López S. (2000). “Actualidades epidemiológicas. Discurso médico, salud pública y epidemiología moderna”. *Rev Fac Med UNAM Vol.43 No.6.*

Organización Mundial de la Salud (2000), “Informe sobre la salud en el mundo”. *The world health report 2000.* 1211 Ginebra, Suiza. E-mail: [whr@who.int](mailto:whr@who.int)

Orozco, J. (2006). *Caracterización del Mercado de Aseguramiento en Salud para el régimen contributivo en Colombia.* Universidad Cartagena, Colombia.

Parra S. Hernández, B, Durán, L. López, O (1999). “Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública”. *Rev. Saúde Pública vol.33 n.3 São Paulo. Scielo Public Health*

Peña, A; Fernández, J (2007). “Prevalencia y factores de riesgo de la osteoartritis”. *Reumatol Clin. 2007;3 Supl 3:S6-12*

Pinilla, J. (2007) ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Secretaria Distrital de Salud. Referente de Crónicas. “Política Pública Distrital de Prevención de Enfermedades Crónicas 2002”. SDS – Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: [www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Políticas%20de%20salud/Enfermedades%20crónicas/ecronicas.rtf](http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Políticas%20de%20salud/Enfermedades%20crónicas/ecronicas.rtf)

Presidencia de la República. (1993) Decreto 1210. Revisado 2009: [http://www.unal.edu.co/secretaria/normas/ex/D1210\\_93.pdf](http://www.unal.edu.co/secretaria/normas/ex/D1210_93.pdf)

Radrigan F. (2007). "Osteoartritis Guía Clínica. Hospital Dr. Sótero del Río P". Universidad Católica de Chile. Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública

Salamanca, A.; Crespo, C. (2007). "El diseño en la investigación cualitativa". *Nure investigación*, No 26. Consultado en: [www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/FMetodologica\\_26.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_26.pdf)

SDS, (2008). "Lineamientos Plan de Intervenciones Colectivas 2008. Ámbito IPS. Programa De Prevención, Detección Precoz y Atención Integral a Personas con Condiciones Crónicas en el Ámbito de IPS". Bogotá.

Segura del Pozo, J (2006). "Epidemiología de campo y epidemiología social". *Gac Sanit. [online]*. 2006, vol. 20, no. 2 (citado 2009-01-15), pp. 153-158. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&id=S0213-91112006000200011&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0213-91112006000200011&lng=es&nrm=iso). ISSN 0213-9111.

Sembler, C. (2006). "Estratificación social y clases sociales. Una revisión analítica de los sectores medios". *División de desarrollo Social. Publicación Naciones Unidas CEPAL. ISSN impreso 1564-4162. ISSN electrónico 1680-8983. Santiago de Chile.*

Senado de la República de Colombia. (2006). Sentencias de la Corte Constitucional. Sentencia T 1052-06. Revisado 2009: [www.fecode.edu.co/.../sentencias/.../T\\_1052\\_06\\_atencion\\_medica\\_docente\\_%20implante\\_diente.doc](http://www.fecode.edu.co/.../sentencias/.../T_1052_06_atencion_medica_docente_%20implante_diente.doc).

Sharma L. y cols (2003). "Physical Functioning Over Three Years in Knee Osteoarthritis. Role of Psychosocial, Local Mechanical, and Neuromuscular Factors". *ARTHRITIS & RHEUMATISM*. Vol. 48, No. 12, December 2003, pp 3359-3370. *American College of Rheumatology*

Slemenda C, Brandt KD, Heilman DK, Mazzuca S, Braunstein EM, Katz BP, et al. (1997) "Quadriceps weakness and osteoarthritis of the knee". *Ann Intern Med.*;127:97-104.

Slemenda C, Heilman DK, Brandt KD, Katz BP, Mazzuca SA, Braunstein EM, et al. (1998). "Reduced quadriceps strength relative to body weight: a risk factor for knee osteoarthritis in women?" *Arthritis Rheum*;41: 1951-9.

Solar, O; Irwin, A. (2005). Comisión Sobre Determinantes sociales de la salud. Documento de TRABAJO. OMS

UNISALUD. Guía del Usuario. Gerencia Nacional. 2003

Universidad Nacional de Colombia (1990). Normas que regulan el funcionamiento de la Caja de Previsión Social. Acuerdos 44 de 1989, Acuerdo 20 de 1990, Acuerdo 21 de 1990. Revisado 2009: <http://www.unisalud.unal.edu.co/pages/publico/Marco.jsp>

Universidad Nacional de Colombia (1997). Convención Colectiva de Trabajo. Revisado 2009: [http://www.unal.edu.co/unisalud/archivos/otros/Convencion\\_Colectiva\\_Del\\_Trabajo\\_Del\\_1997.pdf](http://www.unal.edu.co/unisalud/archivos/otros/Convencion_Colectiva_Del_Trabajo_Del_1997.pdf)

Universidad Nacional de Colombia UN (2008, 1997,1993). Acuerdo 103 de 1993, Acuerdo 069 de 1997, Acuerdo 024 2008. Revisados 2009: <http://www.unisalud.unal.edu.co/pages/publico/Marco.jsp>



**Medicina Social**  
Salud Para Todos