

**DIAGNÓSTICO Y MEJORAMIENTO DE LA SITUACIÓN DE LOS PROGRAMAS
DE ATENCIÓN A HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS DE LA ESE HOSPITAL SAN
RAFAEL DE YOLOBÓ EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2013.**

**NAFFER ARLEY MONTOYA GIRALDO
DAVID ALEJANDRO PALACIO GALEANO
JEAN CARLO VANEGAS RODRÍGUEZ
JUAN DAVID VÁSQUEZ VELÁSQUEZ**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
MEDELLÍN
2013**

**DIAGNÓSTICO Y MEJORAMIENTO DE LA SITUACIÓN DE LOS PROGRAMAS
DE ATENCIÓN A HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS DE LA ESE HOSPITAL SAN
RAFAEL DE YOLOBÓ EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2013.**

**NAFFER ARLEY MONTOYA GIRALDO
DAVID ALEJANDRO PALACIO GALEANO
JEAN CARLO VANEGAS RODRÍGUEZ
JUAN DAVID VÁSQUEZ VELÁSQUEZ**

**Asesor
RUBÉN DARÍO RESTREPO**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
MEDELLÍN
2013**

Nota de aceptación

Jurado

Jurado

Jurado

Medellín, Noviembre de 2013

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	8
RESUMEN	10
1. JUSTIFICACIÓN	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
3. OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GENERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
4. MARCO TEÓRICO.....	18
4.1 MARCO NORMATIVO	18
4.1.1 Ley 10 de 1990.....	18
4.1.2 Ley 100 de 1993.....	18
4.1.3 Ley 715 de 2001.....	18
4.1.4 Ley 1122 de 2007.....	18
4.1.5 Decreto 1011 de 2006.....	18
4.1.6 Decreto 3039 de 2007.....	18
4.1.7 Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud.....	19
4.1.8 Resolución 3384 de 2000 del Ministerio de Salud.....	19
4.1.9 Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección Social.....	19
4.1.10 Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social.....	19
4.1.11 Acuerdo 117 del consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.....	19
4.1.12 Ley 1438 de 2011.....	20
4.1.13 Resolución 1441 de 2013.....	20
4.2 BASES TEÓRICAS	20
4.2.1 El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.....	20
4.2.1.1 Principios y fundamentos:.....	20
4.2.1.2 Antecedentes:	22
4.2.1.3 Regímenes Contributivo y Subsidiado:	23

4.2.2 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema general de seguridad social en Salud ó SOGCS. El SOGCS.....	25
4.2.3 Plan Decenal de Salud Pública.....	28
4.2.4 Promoción de la Salud.....	31
4.3 GENERALIDADES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBÓ.....	33
4.3.1 Reseña Histórica.....	33
4.3.2 Plataforma estratégica.....	34
4.3.2.1 Misión:.....	34
4.3.2.2 Visión:.....	34
4.3.2.3 Ubicación geográfica:.....	34
4.3.2.4 Resumen de los servicios que ofrece la ESE San Rafael:.....	35
4.4 SITUACIÓN DE SALUD MUNICIPIO DE YOLOMBÓ.....	36
4.4.1 Mortalidad por Infarto Agudo al Miocardio.	36
4.4.2 Morbilidad.	37
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	40
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	40
5.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	40
5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	40
5.4 TÉCNICAS DE AUDITORIA.....	41
5.5 TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	41
6. RESULTADOS.....	43
6.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS AUDITORIA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES HIPERTENSOS.....	43
6.2 DIABETES MELLITUS	47
6.2.1 Análisis de resultados Auditoria Historia Clínica de Pacientes Diabetes.	47
7. CONCLUSIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
WEBGRAFÍA.....	61
ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Clasificación de componentes evaluados en Historias Clínicas de Pacientes Hipertensos.	43
Tabla 2. Clasificación de componentes evaluados en Historias Clínicas de Pacientes Diabéticos.	48

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Clasificación de componentes evaluados según Porcentaje de Cumplimiento evaluado.....	46
Gráfica 2. Clasificación de componentes evaluados según Porcentaje de Cumplimiento evaluado.....	50

INTRODUCCIÓN

Se ha determinado que la forma más efectiva para impactar en la situación de salud de la población en general, es a través de acciones de promoción de la salud y de la calidad de vida y de la prevención del riesgo de enfermar. Es así como las Empresas Sociales del Estado, como otras empresas de carácter privado, se ven obligadas dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema de General de Seguridad Social de Salud de Colombia, a ofrecer estos servicios con calidad pero a la vez con racionalidad de los recursos, a fin de disminuir considerablemente el riesgo, viabilizando el sistema y mejorando considerablemente la calidad de vida de los usuarios.

En este orden de ideas, se plantea realizar un diagnóstico de la situación de calidad del servicio de Promoción y Prevención de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael .Yolombó-, enfocados en los programas de Hipertensión y Diabetes, dentro del cual se pretende determinar el cumplimiento de las guías de Promoción Y Prevención en dichos programas a través de la implementación de auditorías.

La metodología de la investigación realizada es de naturaleza cuantitativa con un nivel descriptivo y un modelo analítico retrospectivo, en el que la población total es el número Historias clínicas de pacientes atendidos durante el primer trimestre de 2013 en los programas de Hipertensión Y diabetes en la E.S.E. Hospital San Rafael .Yolombó- a la cual se le aplicó un muestreo aleatorio simple obteniendo una muestra representativa para la aplicación del instrumento de evaluación elaborado. Una vez al obtener los datos se agruparon y se clasificaron para proceder a la tabulación de los mismos, luego se procesaron estadísticamente y se presentaron en tablas y gráficas a fin de realizar una adecuada interpretación y análisis de los resultados.

Se espera que con los resultados de este trabajo la E.S.E. Hospital San Rafael . Yolombó tenga una herramienta de control de calidad de la atención en dichos programas e implemente acciones preventivas, coyunturales y de seguimiento a fin de la mejora continua del servicio de Promoción y Prevención.

RESUMEN

La realización de un diagnóstico de la situación del servicio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la ESE Hospital San Rafael de Yolombó, en el primer trimestre del año 2013, permite definir una línea base para realizar evaluación sistemática del cumplimiento de las guías de atención de Hipertensión Y diabetes Mellitus del Ministerio de Salud en el servicio de Promoción y Prevención; determinar la calidad de la prestación del servicio de salud a través de una auditoria de las historias clínicas y la proporción de pacientes hipertensos y diabéticos controlados en el periodo propuesto en el proyecto.

Los hallazgos se expresan tanto en aspectos positivos como negativos de cada uno de los objetivos planteados relacionados con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del servicio de promoción y prevención; con las actividades de planeación, evaluación y mejoramiento; con respecto a la calidad de la prestación del servicio se logra especificar resultados en los programas de atención a pacientes hipertensos y diabéticos.

Por último se presentan las conclusiones y recomendaciones, de una manera respetuosa, del estado actual del servicio de promoción y prevención, específicamente en lo referente a la atención de pacientes hipertensos y diabéticos, a fin de actuar como insumo para la toma de decisiones por parte de la institución que lleven al mejoramiento continuo y mejoramiento de la calidad de vida de sus usuarios.

1. JUSTIFICACIÓN

La normatividad vigente en salud en Colombia, ha tratado de reorganizar los modelos de atención de salud, de tal forma que se fortalezcan las intervenciones de promoción y prevención impartidas a los usuarios a través de los diferentes regímenes de salud existentes en el país. Por consenso mundial, se ha determinado que la forma más efectiva para impactar en la situación de salud de la población en general, es a través de acciones de promoción de la salud y de la calidad de vida y de prevención del riesgo de enfermar, arrojando un balance de costo . beneficio bastante positivo y disminuyendo considerablemente los esfuerzos económico a los que se han tenido que incurrir por la carencia de dichas intervenciones.

Para el desarrollo del proyecto se toman como referencias para el análisis de su atención las siguientes patologías:

Hipertensión Arterial: considerada una de las enfermedades más frecuentes en la comunidad y como el principal factor de riesgo en la enfermedad coronaria, de comportamiento asintomático lo que indica que en su mayor parte la población puede desconocer de su padecimiento, además que constituye el factor de riesgo más importante en el anciano para la prevalencia de accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares.

Las personas con hipertensión tienen de dos a cuatro veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria (EC), así mismo la reducción de 5-6 mm. Hg en la presión arterial disminuye de 20 -25% el riesgo de EC. Sin embargo cuando aumenta en 7.5 mm Hg la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), y el control de la presión arterial

disminuye en 30-50% la incidencia de ACV.¹

EL DANE reportó alrededor del 26% de las defunciones totales para el año 2001 distribuidas en enfermedad hipertensiva, isquemia coronaria, falla cardíaca (ICC) y ECV. De acuerdo con el informe del Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud, de mayo de 1997, las enfermedades cardiovasculares (EC, HTA, ECV y enfermedad reumática del corazón) se situaron en los primeros lugares de mortalidad; para 1990 correspondieron al 28% de todas las muertes.²

La decisión de un paciente sobre iniciar el tratamiento de la presión arterial dependerá no solo de sus valores, del riesgo cardiovascular y de posibles lesiones de órganos diana sino de la información brindada desde los organismos de salud, de los procesos de captación y educación a pacientes y de la capacidad de estos para informar sobre la importancia del iniciación del tratamiento, su control regular y la adherencia a las recomendaciones brindadas por el personal de salud.

Diabetes: en nuestro país su mortalidad ha tenido un comportamiento ascendente en los últimos años, en ese sentido, la atención ambulatoria del paciente diabético adquiere un valor determinante en este propósito. Se presenta como *Diabetes Mellitus Insulinodependiente (DMID)* usualmente en personas jóvenes, entre los 15 y los 20 años y *Diabetes Mellitus No Insulinodependiente (DMNID)* habitualmente comienza en la edad media, después de los 40 años; Con frecuencia, el diagnóstico se realiza en un individuo asintomático al que se le detectan cifras de glicemia elevadas en un examen corriente de laboratorio.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Diabetes Mellitus (DM) es el tercer problema de salud pública más importante en el mundo. Globalmente en 1995 la población de diabéticos adultos en el mundo era de 135

¹ Guía de atención de la hipertensión arterial. Tomado de: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>

² *Ibíd.* Pág. 164.

millones y se incrementará a 300 millones en el año 2025 con un aumento del 120%, del cual los países desarrollados aportaran el 40% y los países en vías de desarrollo el 170%, de manera que el 80% de los diabéticos del mundo vivirán en países en vías de desarrollo en el primer cuarto del siglo veintiuno.³

La Federación Internacional de Diabetes (IDF) afirma que, en el contexto mundial, cada año 3.2 millones de muertes son atribuidas a la diabetes, lo cual representa una de cada 20 muertes, 8.700 muertes cada día, seis muertes cada minuto, y por lo menos, una de cada diez muertes en adultos de 35 a 64 años de edad. En los países desarrollados la mayoría de las personas con diabetes se encuentra por encima de la edad de jubilación, mientras que en los países en vía de desarrollo los afectados con más frecuencia son las personas entre los 35 y los 64 años. La situación es preocupante si se tiene en cuenta que su frecuencia se ha venido aumentando debido no solo al crecimiento y al envejecimiento de la población sino a la tendencia hacia el sobrepeso y la obesidad y la adopción de hábitos alimenticios poco saludables y estilos de vida sedentarios.⁴

La Hipertensión y la Diabetes Mellitus frecuentemente están asociadas, aumentando así su efecto su efecto negativo sobre el sistema cardiovascular. La prevalencia ajustada para la edad de la hipertensión en la población adulta general en diferentes países de Latinoamérica varía entre el 26% y 42%. En las poblaciones diabéticas, la prevalencia de hipertensión es 1,5 veces a 3 veces mayor que en no diabéticos de la misma franja etaria. En la diabetes tipo 2, la hipertensión puede ya estar presente en el momento del diagnóstico o inclusive puede preceder a la hiperglicemia evidente.⁵

³ Guía de atención de la Diabetes Mellitus tipo 2. Tomado de: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf>. Pág. 373.

⁴ *Ibíd.*

⁵ Artículo de internet. Guías latinoamericanas de hipertensión arterial. Revista chilena de cardiología. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-85602010000100012&script=sci_arttext

La obligación de la institución prestadora de servicios de salud es la búsqueda del logro de las metas terapéuticas establecidas para su población a través de la identificación y diferenciación de su población objeto y los planes individuales de tratamiento farmacológico y estilos de vida, por lo que se requiere de la intervención profesional sostenida para que los pacientes e individuos de alto riesgo modifiquen sus estilos de vida, incrementen su actividad física, elijan dietas adecuadas y abandonen factores de riesgo asociados.

Todos estos valores e intervenciones deben diligenciarse en la Historia clínica del paciente tras cada atención y son de vital importancia para el logro de los objetivos del tratamiento.

Con esta investigación se pretende poner a disposición de los directivos de la E.S.E. Hospital San Rafael . Yolombó- elementos de juicio suficientes para que, de una manera objetiva, identifiquen puntualmente cuales son las debilidades y fortalezas presentadas en el servicio de Promoción y Prevención, de manera que la empresa implemente planes de acción que conlleven al mejoramiento de los estándares de calidad y cumplimiento, pretendiendo disminuir la presencia de eventos adversos y propendiendo por el mejoramiento del estado de salud y la calidad de vida de la población del Municipio de Yolombó, a fin de promover condiciones y estilos de vida saludables, prevenir y superar los riesgos para la salud, y recuperar o minimizar el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Toda institución de salud tiene como objetivo principal el mejoramiento, tratamiento sistemático y cura de las patologías de la población atendida, es por ello que nos proponemos realizar un diagnóstico de la atención que se le da a estas dentro de una institución como lo es la *E.S.E Hospital San Rafael -Yolombó-* referente de la región nordeste del departamento de Antioquia.

Las enfermedades crónicas son el principal obstáculo en la calidad de vida y su buena atención repercute de manera positiva en el control de dichas patologías, el mejoramiento de la salud física y mental de los pacientes que la padecen y de sus familiares, además de las consecuencias positivas que infiere el control de los procesos de Promoción & Prevención dentro de una institución pública en la gestión de sus recursos.

Los objetivos generales de la atención integral a los pacientes con estas enfermedades pueden resumirse en:

- Eliminar o controlar los síntomas de la enfermedad.
- Prevenir y tratar complicaciones agudas y crónicas.
- Promover un apropiado autocuidado a través de la educación.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas.

Para alcanzar estos objetivos, es preciso desarrollar un trabajo integral por un equipo multidisciplinario en el que resulta decisiva la participación del servicio médico y de enfermería. De allí surge la inquietud por realizar un estudio sobre la calidad de la atención que nos permita entregar un diagnóstico el cual sirva como punto de partida para su control y permita generar herramientas de evaluación acordes al nivel de la institución.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar los programas de atención a pacientes Hipertensos y Diabéticos con el fin de diseñar y formular estrategias de mejoramiento de registro, captura, seguimiento y control de los programas ofrecidos en la E.S.E Hospital San Rafael de Yolombó, durante el primer trimestre del año 2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las actividades de planeación, evaluación y mejoramiento llevadas a cabo en el servicio de Promoción y Prevención, para la atención de pacientes hipertensos y diabéticos.
- Evaluar y calificar la adherencia a las Guías de Atención de enfermedades de Salud Pública adoptadas y/o adaptadas en el servicio de Promoción y Prevención de la E.S.E. Hospital San Rafael . Yolombó-, durante la atención de paciente Hipertensos y Diabéticos con el fin de verificar el cumplimiento de estándares establecidos en la Resolución 412 del 2000 del Ministerio de Salud en sus *Guías De Promoción De La Salud Y Prevención De Enfermedades En La Salud Pública* en sus numerales 13 *Guía de atención de la Hipertensión Arterial* y 17 *Guía de atención de la Diabetes Mellitus Tipo 2*
- Determinar el grado de adherencia por parte de los usuarios a las citas de control y seguimiento a la patología por la cual esté asistiendo a dichas citas.
- Presentar informe con hallazgos a las directivas de la institución con el fin de tomar medidas conducentes al mejoramiento de los procesos evaluados.

- Proponer estrategias y planes de mejoramiento para garantizar y mantener la seguridad en los usuarios de acuerdo a los resultados obtenidos de la evaluación de Historias Clínicas durante la atención de pacientes Hipertensos y Diabéticos.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO NORMATIVO

4.1.1 Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.⁶

4.1.2 Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de Seguridad social Integral y se dictan otras disposiciones.⁷

4.1.3 Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.⁸

4.1.4 Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.⁹

4.1.5 Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del sistema General de Seguridad Social en Salud.¹⁰

4.1.6 Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007 . 2010; en espera de ser aprobado por Decreto el Plan Decenal de Salud Pública.¹¹

⁶ Presidencia de la Republica de Colombia. Ley 10 de 1990. 10, ene 10,1990.

⁷ Presidencia de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. 100, dic 23,1993

⁸ Presidencia de la Republica de Colombia. Ley 715 de 2001. Dic 21, 2001.

⁹ Presidencia de la Republica de Colombia. Ley 1122 de 2007. Ene 9, 2007.

¹⁰ Presidencia de la Republica de Colombia. Decreto 1011 de 2006. Abr 3, 2006.

¹¹ Presidencia de la Republica de Colombia. Decreto 3039 de 2007. Ago 10, 2007.

4.1.7 Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.¹²

4.1.8 Resolución 3384 de 2000 del Ministerio de Salud. Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000.¹³

4.1.9 Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección Social. Por la cual se establecen condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.¹⁴

4.1.10 Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.¹⁵

4.1.11 Acuerdo 117 del consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.¹⁶

¹² Presidencia de la Republica de Colombia. Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud. Feb 25, 2000.

¹³ Presidencia de la Republica de Colombia. Resolución 3384 de 2000 del Ministerio de Salud. Feb 25, 2000.

¹⁴ Presidencia de la República de Colombia. Resolución 1043. Abr 3, 2006.

¹⁵ Presidencia de la República de Colombia. Resolución. May 8, 2006.

¹⁶ Presidencia de la Republica de Colombia. Acuerdo 117 del consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Dic. 29,1998.

4.1.12 Ley 1438 de 2011. Por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.¹⁷

4.1.13 Resolución 1441 de 2013. Por el cual se definen los procesos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.¹⁸

4.2 BASES TEÓRICAS

4.2.1 El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinado a garantizar a toda la población Colombiana, el servicio público esencial de salud. La afiliación a este sistema es obligatoria para todos los habitantes del territorio nacional.¹⁹

4.2.1.1 Principios y fundamentos:

“ Equidad. Proveer servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independiente de su capacidad de pago.

“ Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y al Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.

¹⁷ Presidencia de la Republica de Colombia. Ley 1438 de 2011. Ene 19, 2011

¹⁸ Presidencia de la Republica de Colombia. Resolución 1441 de May 6, 2013

¹⁹ Presidencia de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Dic 23, 1993

“ Protección integral. Brindar atención integral en salud a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

“ Libre escogencia. Permitir la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurar a los usuarios libertad en la escogencia entre las EPS y las IPS, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios.

“ Cobertura universal. Garantizar la prestación de los servicios de salud a toda la población, a través de los diferentes regímenes establecidos: Contributivo o Subsidiado.

“ Cobertura familiar. Extender la prestación de los servicios de salud a todos los miembros del Grupo Familiar (Cotizantes o Beneficiarios), según cumplan con las condiciones establecidas para tal fin.

“ Descentralización administrativa. La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.

“ Participación social. Estimular la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

“ Concertación. Propiciar la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y emplear como mecanismo formal para ello a los Consejos Nacional, departamentales, distritales y municipales de Seguridad Social en Salud.

“ Calidad. Establecer mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.²⁰

4.2.1.2 Antecedentes: Colombia inició en Diciembre de 1993 un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura en salud de todos sus ciudadanos. En esa fecha fue expedida la Ley 100, que pretende transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema abierto, capaz de auto sostenerse, basado en la relación de recursos desde su entorno, caracterizado por su capacidad de modificación constante de su estado original por la acción retroalimentadora del ambiente, adaptándose de acuerdo a sus exigencias (homeostasis); fundamentado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

El viejo Sistema tuvo un gran desarrollo entre 1975 y 1984, con el crecimiento de hospitales, centros de salud y funcionarios del sector, pero la crisis fiscal de ese último año redujo los aportes para la salud del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos y su cobertura efectiva quedó frenada indefinidamente en el 27% de la población.

²⁰ Ibíd. Dic 23, 1993

Por otra parte, un 15% de la población tuvo en el mismo periodo cobertura por parte del Instituto de Seguros Sociales, una de las más bajas de Latinoamérica, básicamente limitada a la fuerza laboral, un 5% por otros servicios de seguridad social para funcionarios públicos y sus familias (total 20%), y un 10% de los colombianos podían financiar su salud privadamente. El resto (15%), se consideraba sin accesibilidad a servicios de salud aceptables.

4.2.1.3 Regímenes Contributivo y Subsidiado: se denominan subsistemas las partes que conforma un sistema. Cada subsistema tiene su propia vida, pero permite que el sistema sea un todo y produce una serie de variables para establecer el estado del sistema. La Reforma parte de dividir el SGSSS en dos subsistemas definidos como regímenes: el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio.

El Régimen Contributivo, basado en el esquema del viejo Instituto de los Seguros Sociales para trabajadores del sector privado, se modificó con cuatro medidas fundamentales:

- ~ Aumentar los aportes para la Seguridad Social en Salud del 6 al 12.5% del salario del trabajador, para cubrir al cónyuge y los hijos.
- ~ Acabar con el monopolio del Instituto de Seguros Sociales en la administración del seguro obligatorio de salud, abriendo la posibilidad de competir a empresas privadas con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas e incluso a otras empresas públicas o mixtas. Fueron denominadas con el eufemismo de Entidades Promotoras de Salud (EPS).
- ~ Determinación de un valor único promedio del seguro obligatorio anual (unidad de capitación/UPC), resultante de reunir todos los aportes y dividirlos por el

número de beneficiarios. Creación de una cuenta de compensación en un Fondo Especial que recibe mensualmente los aportes provenientes del 12% de las nóminas y reconoce a cada administradora 1/12 del valor de la UPC por cada beneficiario mes.

“ Creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, organismo de concertación entre el Gobierno, las administradoras del seguro obligatorio, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los gremios y los trabajadores, máximo organismo rector del Sistema, buscando el equilibrio del mismo.

El Régimen Subsidiado es más ambicioso aún, para lograr asegurar al menos a un tercio de la población colombiana en la primera década. Se basa igualmente en cuatro puntos:

“ Consecución de nuevos recursos para su financiamiento.

“ Transición de los viejos recursos de la oferta a la demanda. Paulatinamente se deben convertir la gran mayoría de los recursos públicos que financian los hospitales en seguros adquiridos para la población pobre. Los hospitales deberán ser eficientes y competitivos, convertidos en Empresas Sociales del Estado para lograr sus ingresos por la venta de servicios a las diversas administradoras del Régimen Subsidiado y Contributivo.

“ Los recursos del Fondo de Solidaridad en la nación, los recursos del financiamiento de los Hospitales en los departamentos y los recursos municipales deben sumarse para lograr el aseguramiento de toda la población pobre.

“ La cobertura en servicios del seguro Subsidiado se plantea con gradualidad, debiendo ser igual a la del Contributivo.

En su concepción, el Sistema de Seguridad Social en Salud busca un sinergismo entre ambos regímenes, de tal forma que el contributivo realizara un aporte

significativo al subsidiado, a fin de tener un mayor impacto en la calidad de los procesos de la atención en salud.²¹

4.2.2 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema general de seguridad social en Salud Ë SOGCS. El SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Las acciones que desarrolla el SOGCS se orientan a mejorar de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Las características que debe cumplir el SOGCS para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención en Salud son:

“ Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

“ Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

“ Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por

²¹ Informe sobre el desarrollo mundial 1.993. Invertir en salud, Indicadores del desarrollo mundial. Washington D.C. 1.993.

minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

“ Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

“ Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.²²

Así mismo el SOGCS tiene los siguientes componentes:

“ El Sistema Único de Habilitación: Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.²³

“ La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud: Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

²² Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1011. Abr 3, 2006.

²³ Presidencia de la República de Colombia. Resolución 1043. Abr 3, 2006.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.²⁴

“ El Sistema Único de Acreditación: Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.²⁵

“ El Sistema de Información para la Calidad: Sistema que tiene como objetivo estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

- Monitorear. Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.

²⁴ Presidencia de la República de Colombia. Resolución 1043. Abr 3,2006.

²⁵ Presidencia de la República de Colombia. Resolución 1445 May 8, 2006.

- Orientar. Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
- Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
- Estimular. Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.²⁶

4.2.3 Plan Decenal de Salud Pública.

Base legal: Resolución 1841 de 2013, por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 . 2021; este plan es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 y busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de los mayores desafíos del PDSP es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

El PDSP asume un abordaje de enfoques múltiples: salud como derecho, determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional.

²⁶ Presidencia de la República de Colombia. Resolución 1446. May 8, 2006.

Cuenta con tres líneas operativas:

- Línea de promoción de la salud: Reúne las acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios, necesarios para los individuos, familias y la sociedad en su conjunto, logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en ese territorio.
- Línea de gestión del riesgo en salud: Reúne las acciones que sobre una población específica con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.
- Línea de gestión de la salud pública: Reúne las acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud, en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia y administración y fiscalización de recursos.

EL PDSP con el fin de lograr la equidad en salud y el desarrollo humano de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.

Dimensiones Prioritarias

- Salud Ambiental

- Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles
- Convivencia Social y Salud Mental
- Seguridad Alimentaria y Nutricional
- Derechos y Sexualidad
- Vida Saludable Libre de Enfermedades Transmisibles
- Salud Pública en Emergencias y Desastres
- Salud y Ámbito Laboral

Dimensiones Transversales

- Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables
- Gestión para el Fortalecimiento Institucional y de los Servicios de Salud

Frente al PDSP, todos los actores del sistema tienen una serie de responsabilidades, a continuación enumeramos las correspondientes a Instituciones Prestadoras de Salud IPS:

- “ Adoptar y aplicar las políticas y normas establecidas para el cumplimiento de los contenidos del PDSP.
- “ Participar en la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud en el marco del PDSP.
- “ Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.
- “ Fortalecer e implementar los procesos, herramientas e instrumentos para mejorar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.
- “ Coordinar con las EPS o entidades que hagan sus veces, el municipio y el departamento, la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia Atención Primaria en Salud, bajo los lineamientos operativos que para este efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
- “ Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación.

“ Realizar acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos diagnósticos, y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso que sean de su competencia.

“ Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas de los resultados en salud, de acuerdo a la normatividad vigente.²⁷

4.2.4 Promoción de la Salud. 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. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Principios básicos para la Promoción de la Salud según la Organización Mundial de la Salud - OMS:

“ Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.

“ Se centra en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.

²⁷ Presidencia de la Republica de Colombia. Resolución 1841. May 28, 2013.

“ Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.

“ Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.

“ Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud

Las áreas de acción establecidas en la Carta de Ottawa:

“ Construir políticas públicas saludables. La salud debe formar parte de los temas y de la agenda política. Los sectores involucrados en la generación de políticas, deben estar conscientes de las implicaciones a la salud de sus decisiones. Para ello el activismo social es crucial.

“ Crear ambientes que favorezcan la salud. Los medios ambientes físicos y sociales influyen en la salud. Pueden influir directamente -como cuando hay químicos nocivos en el ambiente- o bien indirectamente, como cuando promueven ciertos hábitos de alimentación.

“ Reforzar la acción comunitaria. La participación activa de la comunidad se puede dar en la definición de prioridades, de programas de acción, la toma de decisiones y la ejecución de los programas de promoción. Sin esta acción comunitaria, se puede caer en programas asistencialistas, que no son promoción de la salud.

“ Desarrollar habilidades personales. Mediante el aprendizaje, el desarrollo de aptitudes y conductas en la población, también se puede realizar promoción de la salud. Estas actividades se pueden realizar a través de ciertos canales, como las escuelas, los lugares de trabajo y la familia.

“ Reorientar los servicios de salud. Existía o existe un énfasis en la atención médica curativa, la atención secundaria y terciaria de la salud. Esto se puede ver en los presupuestos, en la distribución del personal y en otros indicadores. Es necesario que los servicios y los sistemas de salud se reorienten hacia atención promotora de la salud y a la atención primaria.²⁸

4.3 GENERALIDADES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBÓ

4.3.1 Reseña Histórica. El Hospital San Rafael de Yolombó tuvo su origen a partir de la conformación de una junta cívica el 14 de Abril de 1914 por voluntad de particulares, el 5 de Abril de 1918 se le otorgó la personería jurídica en el mandato presidencial del Doctor José Vicente Concha y su Ministro de Gobierno Miguel Abadía Méndez.

La dirección del Hospital estuvo a cargo de las Hermanas Religiosas de la Presentación y las ciervas del Santísimo desde 1948 hasta 1960, obteniéndose la personería jurídica de la Gobernación de Antioquia mediante la Resolución 119 de 1963.

La Junta Directiva del Hospital celebró contrato de integración de los servicios de salud con la Dirección Seccional de Salud de Antioquia el 14 de Agosto de 1969 en el Mandato Gubernamental del Doctor Rodrigo Echavarría.

²⁸ Organización Mundial de la Salud, Carta de Ottawa, conferencia sobre la promoción de la salud. Ottawa, nov 21, 1986

En el año 1980 se inicia la construcción actual del Hospital, el terreno fue donado por la administración municipal y un aporte de 10 millones de pesos otorgados por la Federación de Cafeteros, terminando con aportes del IDEA y del Fondo Nacional Hospitalario, comenzando sus labores en el sector suburbano del reposo el 12 de Diciembre de 1983 y creado como establecimiento público, a partir del 01 de abril de 1984 mediante acuerdo N° 049 del Concejo Municipal.

Según acuerdo emanado del Concejo N° 088 del 17 de Noviembre de 1994, el Hospital San Rafael de Yolombó es transformado en Empresa Social del Estado del orden Municipal, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y rentabilidad, tanto social como económica.²⁹

Hoy es un orgullo contar con un equipo humano excelente, capaz de afrontar los retos presentes en la prestación de servicios de salud de una manera integral, eficaz y eficiente, con una adecuada tecnología que permite brindar a nuestros usuarios una mejor calidad de vida presente y futura.

4.3.2 Plataforma estratégica.

4.3.2.1 Misión: brindar servicios de salud de primer y segundo nivel de atención, con responsabilidad social, sostenibilidad económica y criterios de calidad, para contribuir al bienestar de la comunidad del Nordeste Antioqueño.

4.3.2.2 Visión: en el año 2015 seremos una ESE Hospital sólida, humana y preferida por su excelencia.

4.3.2.3 Ubicación geográfica: la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael Yolombó, es una Institución de Segundo Nivel de Complejidad, que en

²⁹ E.S.E. Hospital San Rafael .Yolombó. Recuperado a partir de http://www.esyolombo.gov.co/Nuestra_Institucion/Nuestra_institucion.html

cumplimiento de su misión presta servicios de primer y segundo nivel a toda la región del Nordeste Antioqueño conformada por los municipios de: Amalfi, Anorí, Cisneros, Remedios, San Roque, Santo Domingo, Segovia, Vegachí y Yalí. De igual manera se atienden usuarios de la región Norte (Carolina, Gómez plata y Guadalupe) y del Magdalena Medio (Puerto Berrio, Puerto Nare y Puerto Triunfo).

A nivel Municipal garantiza servicios de salud básicos y especializados a la población urbana y rural (esta última repartida en 83 veredas) con un total de 21.000 habitantes y un total en el área de influencia de 186.000 habitantes. Siendo por tanto la ESE Hospital San Rafael de Yolombó la única opción de la región en servicios de salud especializados, que evita a los usuarios desplazamientos costosos a la ciudad de Medellín.

4.3.2.4 Resumen de los servicios que ofrece la ESE San Rafael: con 52 camas disponibles el Hospital presta servicios clínicos especializados ambulatorios, hospitalarios, quirúrgicos y urgencias 24 horas.

Servicios que ofrece la ESE: Consulta Médica General y especializada, Hospitalización, Urgencias, Odontología, Promoción y Prevención, Farmacia, Laboratorio, imagenología, Higiene oral, Optometría, Psicología, Nutrición, Fisioterapia, y Vacunación.

Servicios 24 horas: Especialidades en Cirugía General, Gineco-obstetricia, Oftalmología, Medicina Interna, Pediatría y Anestesiología

4.4 SITUACIÓN DE SALUD MUNICIPIO DE YOLOMBÓ

4.4.1 Mortalidad por Infarto Agudo al Miocardio.

SUBREGION / MUNICIPIO	AÑO									
	2008		2009		2010		2011		2012	
	casos	Tasa x cienmil hbtes.								
TOTAL DEPARTAMENTO	4040	68,3	3772	63,0	4058	66,9	4075	66,3	4030	64,8
NORDESTE	133	75,6	107	60,3	137	76,6	147	81,5	124	68,2
Amalfi	12	57,2	12	56,8	13	61,0	6	28,0	17	78,6
Anorí	6	38,4	2	12,6	5	31,2	5	30,8	8	48,6
Cisneros	18	189,4	18	190,7	20	213,3	19	204,0	12	129,8
Remedios	22	89,5	12	47,6	16	61,9	17	64,1	26	95,7
San Roque	16	90,1	14	79,4	15	85,8	25	144,1	20	116,2
Santo Domingo	7	62,4	8	72,1	7	63,7	8	73,6	10	92,9
Segovia	28	76,4	18	48,4	35	93,0	36	94,4	13	33,6
Vegachí	7	65,4	5	47,5	5	48,4	13	128,1	6	60,2
Yalí	4	50,9	3	37,9	7	87,8	2	24,9	4	49,4
Yolombó	13	61,5	15	69,6	14	63,8	16	71,7	8	35,2

Fuente: DANE 2011-2012 Información Preliminar
 Procesa: Secretaria Seccional de Salud de Antioquia

En la mortalidad por infarto agudo al miocardio, el municipio de Yolombó presenta una variación favorable interanual 2011-2012 del 50%, con una tasa de 35,2 X 100.000 habitantes. Con una participación del 6,45% en la región Nordeste y del 0,19% en el departamento de Antioquia y presenta la segunda mejor tasa de la región (35,2) después del municipio de Segovia (33,6).

4.4.2 Morbilidad.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA Y URGENCIAS, SEGÚN REGIÓN, EDAD, ZONA Y SEXO. ANTIOQUIA 2010

REGIÓN	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO	TOTAL	ZONA		SEXO	
			Urbana	Rural	Masculino	Femenino
18 a 44 años						
	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	5.112	4.179	933	1.761	3.351
	CEFALEA	4.547	3.437	1.110	1.341	3.206
	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	4.482	2.867	1.615	1.055	3.427
	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	3.692	2.687	1.005	1.970	1.722
	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	3.672	2.264	1.408	632	3.040
	CARIES DE LA DENTINA	3.460	1.994	1.466	1.190	2.270
	FIEBRE NO ESPECIFICADA	2.809	2.139	670	1.577	1.232
	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	1.952	1.258	694	507	1.445
	DOLOR EN ARTICULACIÓN	1.854	1.376	478	895	959
	OTROS SÍNTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	1.775	1.391	384	611	1.164
	OTROS	101.333	64.969	36.364	29.736	71.597
	TOTAL	134.688	88.561	46.127	41.275	93.413
45 a 64 años						
	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	19.218	12.576	6.642	5.412	13.806
	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	2.181	1.400	781	956	1.225
	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	1.757	1.415	342	740	1.017
	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	1.467	881	586	395	1.072
	CEFALEA	1.451	1.040	411	384	1.067
	DOLOR EN ARTICULACIÓN	1.310	878	432	427	883

GASTRITIS NO ESPECIFICADA	1.204	790	414	360	844
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	871	555	316	257	614
CARIES DE LA DENTINA	866	544	322	306	560
OTROS SÍNTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	807	650	157	262	545
OTROS	39.203	25.953	13.250	14.856	24.347
TOTAL	70.335	46.682	23.653	24.355	45.980
65 y mas años					
HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	16.470	11.038	5.432	6.649	9.821
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA NO ESPECIFICADA	1.152	684	468	629	523
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	758	522	236	280	478
OTROS DOLORRES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	702	495	207	301	401
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	685	423	262	300	385
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	655	465	190	231	424
DOLOR EN ARTICULACIÓN	541	314	227	186	355
GASTRITIS NO ESPECIFICADA	502	323	179	201	301
CEFALEA	370	247	123	144	226
OTROS SÍNTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	349	262	87	151	198
OTROS	17.646	11.502	6.144	8.178	9.468
TOTAL	39.830	26.275	13.555	17.250	22.580
TOTAL GENERAL NORDESTE	351.540	230.749	120.791	133.126	218.414
TOTAL SIN DATO	57	56	1	21	36
	8.685.74	7.263.16	1.422.57		
TOTAL DEPARTAMENTO	0	8	2	3.111.630	5.574.074

Fuente: Base de datos RIPS, grupo sistemas. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia 2010

Se observa como en la morbilidad por grupo de edades la de hipertensión arterial aparece en las 5 primeras causas; siendo la primera en los grupos de edades de 45 a 64 años y de 65 años en adelante.

Para el grupo de edad entre 18 y 44 años la hipertensión ocupa el tercer puesto con 4482 consultas para el año 2012; para el grupo de edad de 45 a 64 años, la hipertensión aparece en primer lugar con 19.218 consultas y para el grupo de edad de 65 años en adelante en primer lugar con 16.470 consultas.

Para la Diabetes Mellitus, en el grupo de edad de 18 a 44 años no aparece entre las primeras causas de consulta. Para el grupo de edad de 45 a 64 años, la diabetes mellitus participa con un total de 871 consultas en el 8° puesto. Para el grupo de edad de 65 años en adelante, aparece con 655 consultas en el 6° lugar.

Es evidente entonces que para la región del nordeste antioqueño, la prevalencia de hipertensión arterial es muy superior a la de diabetes mellitus; sin embargo, ambas enfermedades si se presentan sin ser diagnosticadas presentan complicaciones de alto costo para el sistema.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación que más se ajusta es el tipo de estudio de naturaleza cuantitativa.

5.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de la investigación es descriptivo con un modelo analítico retrospectivo.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se solicitan las bases de datos que contienen los pacientes atendidos durante el periodo de tiempo determinado para el proyecto, las cuales son proporcionadas por el área de estadística de la institución. Ver anexo 1 y 2.

Se obtienen los siguientes datos Generales:

Atención de la población de Pacientes Hipertensos:

- Total de la población atendida: 1183
- Población Masculina: 370
- Población Femenina: 813

Atención de la población de Pacientes Diabéticos:

- Total de la población atendida: 297
- Población Masculina: 64
- Población Femenina: 233

Se consideró como el universo a la población total atendida en ambos programas a la cual se le realiza un Muestreo Aleatorio Simple con el Software Epidat con un error máximo aceptable del 5% y un nivel de confianza del 95% lo cual arroja los siguientes tamaños muestrales:

- **Población Hipertensos: 290**
- **Población Diabéticos: 168**

Se definen además por este mismo Software los números de las Historias clínicas para su revisión. Ver a anexos 3, 4, 5, y 6.

5.4 TÉCNICAS DE AUDITORIA

Para el presenta trabajo de investigación se utilizaron técnicas de auditoria como: La observación estructurada a través de la aplicación de listas de verificación y la entrevista.

Se diseñaron diferentes instrumentos de evaluación para determinar la calidad y el cumplimiento las Guías en la prestación del servicio de Promoción y Prevención en los programas de atención a pacientes Hipertensos Y Diabéticos.

5.5 TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se procede a realizar la revisión individual de las Historias Clínicas seleccionadas en el muestreo a las cuales se les aplica la lista de verificación definida en el ***ÍInstrumento De Calificación De Componentes De Atención En Historia Clínica*** Ver anexo 7.

Una vez realizada la calificación se procesaron estadísticamente y se presentaron en tablas obteniendo valores de resultados como:

- Promedio de calificación por componente evaluado
- Porcentaje de cumplimiento contra referente máximo de calificación
- Calificación de cada componente evaluado según porcentaje de cumplimiento

6. RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS AUDITORIA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES HIPERTENSOS

Luego de procesados y analizados los datos a la auditoria de las Historias Clínicas de los pacientes Hipertensos de la ese hospital san Rafael de Yolombó. Ver anexo 12.

Se obtiene la siguiente tabla de resultados clasificada de acuerdo a su porcentaje de cumplimiento según los parámetros definidos.

Tabla 1. Clasificación de componentes evaluados en Historias Clínicas de Pacientes Hipertensos.

Ponderación	Excelente 90 - 100%	Promedio	% Cumplimiento
0,05	Motivo De Consulta (enfermedad actual)	4,83	96,69
0,05	Diagnóstico	4,61	92,14
	Buena 80 - 89%	Promedio	% Cumplimiento
0,03	Signos Vitales	4,37	87,45
0,04	Firma Y Sello	4,21	84,21
0,05	Fórmula Médica	4,02	80,48
0,05	Antecedentes Personales	4,00	80,07
	Aceptable 70 - 79%	Promedio	% Cumplimiento
0,05	Identificación	3,87	77,38
0,03	Abdomen	3,69	73,79
0,03	Aspecto General	3,61	72,28
	No aceptable 0 - 69%	Promedio	% Cumplimiento
0,03	Cardiopulmonar y Tórax	3,40	68,00
0,05	Recomendaciones (signos de alarma)	3,32	66,48
0,03	Extremidades	3,29	65,86
0,05	Antecedentes Quirúrgicos	3,17	63,45
0,05	Paraclínicos Ambulatorios	3,17	63,45

0,05	Revisión Por Sistemas	3,08	61,66
0,05	Antecedentes Tóxico Alérgicos	3,06	61,10
0,03	Cuello	2,59	51,72
0,03	Cabeza	2,56	51,17
0,03	Neurológico	2,41	48,28
0,03	Vascular Y Osteomuscular	2,37	47,31
0,05	Antecedentes Familiares	2,28	45,52
0,04	Legibilidad	1,92	38,34
0,02	Genitourinario	1,50	30,07
0,03	Piel Y Anexos	1,50	29,93
0,05	Antecedentes Ginecoobstétricos	1,22	24,41

Se le asigna una ponderación definida por el equipo auditor teniendo en cuenta el impacto que tiene cada ítem dentro de la evaluación por parte del médico al paciente Hipertenso. Se considera para ello que cada uno de los componentes analizados son de gran importancia y de análisis obligatorio en la atención al paciente sin embargo se le asigna un valor con un mayor o menor peso sobre el registro total de la Historia clínica, esto con el fin de priorizar actividades de mejora.

Según los datos obtenidos los ítems que requieren mayor intervención son:

Mayor Ponderación

Recomendaciones (signos de alarma)

Antecedentes Quirúrgicos

Paraclínicos Ambulatorios

Revisión Por Sistemas

Antecedentes Tóxico Alérgicos

Antecedentes Familiares

Antecedentes Ginecoobstétricos

Ponderación Media

Legibilidad

Examen Cardiopulmonar y Tórax

Examen De Extremidades

Examen De Cuello

Examen De Cabeza

Examen Neurológico

Examen Vascular Y Osteomuscular

Examen De Piel Y Anexos

Menor Ponderación

Examen Genitourinario

Estadísticas consolidadas

Componente de mejor calificación promedio en su evaluación:

Nombre	Promedio	% Cumplimiento
Motivo De Consulta (enfermedad actual)	4,83	96,69

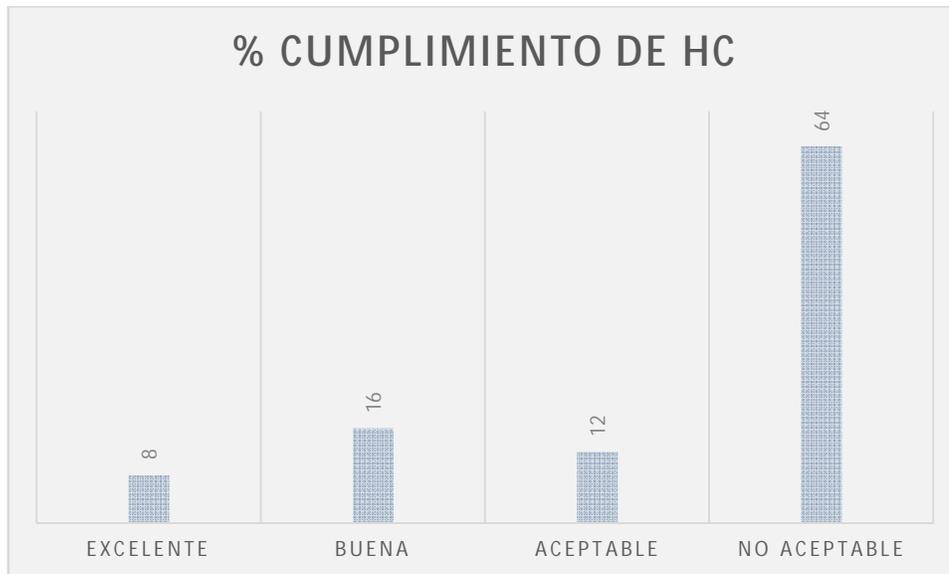
Componente de menor calificación promedio en su evaluación:

Nombre	Promedio	% Cumplimiento
Antecedentes Ginecoobstetricos	1,22	24,41

Cantidad y Porcentaje de cumplimiento de Componentes según calificación final

Calificación	Cantidad De Componentes	Porcentaje %
Excelente	2	8
Buena	4	16
Aceptable	3	12
No aceptable	16	64

Gráfica 1. Clasificación de componentes evaluados según Porcentaje de Cumplimiento evaluado.



Sumatoria entre los componentes calificados como excelentes y buenos: **24%**

Sumatoria entre los componentes calificados como Aceptable y No aceptable: **76%**

Promedio y Desviación estándar por criterio de calificación final:

Excelente	
Promedio	4,72
Desviación estándar	0,16092775
Buena	
Promedio	4,15
Desviación estándar	0,17359081
Aceptable	
Promedio	3,72
Desviación estándar	0,13
No aceptable	
Promedio	2,55
Desviación estándar	0,715585622

Adherencia de los pacientes al tratamiento.

Se obtiene un total de pacientes controlados de 280 contra un total de paciente no controlados de 10 sobre la muestra, lo que representa:

Pacientes Controlados: 96.55%

Pacientes no controlados: 3.45%

Evaluación por personal asistencial.

Se obtiene un total de pacientes atendidos por personal médico de 211 contra un total de pacientes atendidos por personal de enfermería de 79, lo que representa:

Atención por Medico: 72.76%

Atención por Enfermería: 27.24%

Implementación de Formato Nuevo de Atención de historia Clínica.

La institución E.S.E. hospital san Rafael .Yolombó- cuenta con un formato especializado para la atención de pacientes el cual fue implementado por el Área de Calidad de la institución desde el año 2012 del cual se encuentra que su adherencia por parte del personal asistencial es la siguiente:

Para la auditoría realizada a los pacientes Hipertensos se tienen los siguientes resultados:

Formato nuevo 220 Historias para un 75.86 %

Formato Anterior: 70 para un 24.14%

6.2 DIABETES MELLITUS

6.2.1 Análisis de resultados Auditoria Historia Clínica de Pacientes Diabetes.

Luego de procesados y analizados los datos a la auditoria de las Historias Clínicas de los pacientes Diabéticos de la ese hospital san Rafael de Yolombó. Ver anexo 12.

Se obtiene la siguiente tabla de resultados clasificada de acuerdo a su porcentaje de cumplimiento según los parámetros definidos.

Tabla 2. Clasificación de componentes evaluados en Historias Clínicas de Pacientes Diabéticos.

Ponderación	Excelente 90 - 100%	Promedio	
		Promedio	% Cumplimiento
0,05	Motivo De Consulta (enfermedad actual)	4,85	97,02
0,05	Diagnóstico	4,85	96,90
0,03	Aspecto General	4,80	95,95
0,05	Identificación	4,64	92,74
0,03	Signos Vitales	4,62	92,38
0,04	Firma Y Sello	4,61	92,14
0,05	Fórmula Médica	4,60	91,90
	Buena 80 - 89%	Promedio	% Cumplimiento
0,05	Antecedentes Personales	4,32	86,43
0,05	Recomendaciones (signos de alarma)	4,31	86,19
0,04	Legibilidad	4,30	86,07
0,05	Paraclínicos Ambulatorios	4,07	81,43
	Aceptable 70 - 79%	Promedio	% Cumplimiento
0,03	Abdomen	3,83	76,67
0,03	Neurológico	3,82	76,43
0,05	Revisión Por Sistemas	3,81	76,19
0,03	Cardiopulmonar y Tórax	3,65	73,10
0,03	Vascular Y Osteomuscular	3,57	71,43
0,03	Extremidades	3,57	71,31
	No aceptable 0 - 69%	Promedio	% Cumplimiento
0,05	Antecedentes Quirúrgicos	2,93	58,57
0,05	Antecedentes Tóxico Alérgicos	2,83	56,67
0,03	Cabeza	2,63	52,50
0,03	Piel Y Anexos	2,39	47,86
0,05	Antecedentes Ginecoobstétricos	2,35	46,90
0,05	Antecedentes Familiares	2,28	45,60
0,02	Genitourinario	2,15	43,10
0,03	Cuello	2,13	42,26

Se le asigna una ponderación definida por el equipo auditor teniendo en cuenta el impacto que tiene cada ítem dentro de la evaluación por parte del médico al paciente Diabético. Se considera para ello que cada uno de los componentes analizados son de gran importancia y de análisis obligatorio en la atención al paciente sin embargo se le asigna un valor con un mayor o menor peso sobre el registro total de la Historia clínica, esto con el fin de priorizar actividades de mejora.

Según los datos obtenidos los ítems que requieren mayor intervención son:

Mayor Ponderación

- Antecedentes Quirúrgicos:
- Antecedentes Toxico Alérgicos:
- Antecedentes Ginecobstetricos
- Antecedentes familiares

Ponderación Media

- Cabeza
- Piel y anexos
- Cuello

Menor Ponderación

- Genitourinario

Estadísticas consolidadas: Componente de mejor calificación promedio en su evaluación:

Nombre	Promedio	% Cumplimiento
Motivo De Consulta (enfermedad actual)	4,85	97,02

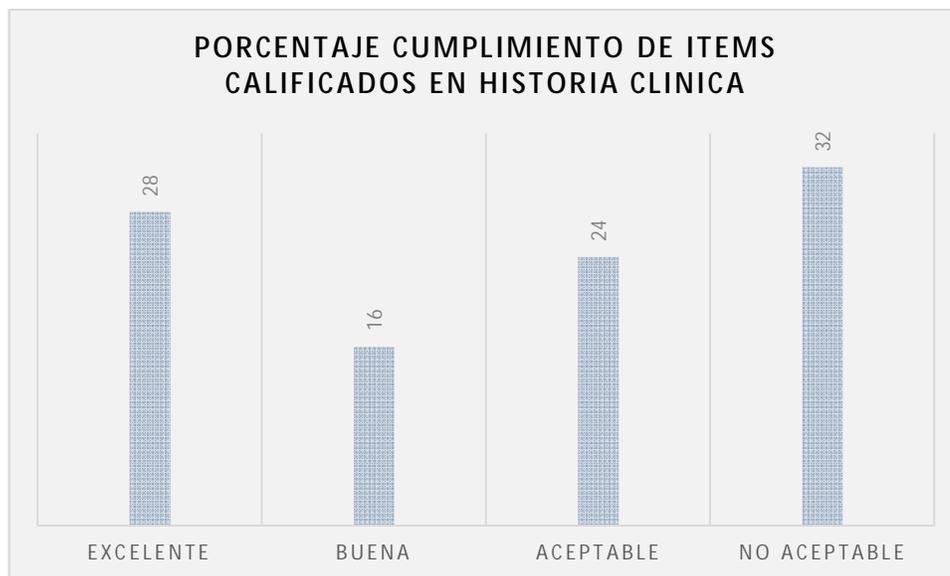
Componente de menor calificación en su evaluación:

Nombre	Promedio	% Cumplimiento
Cuello	2,13	42,26

-Cantidad y Porcentaje de cumplimiento de Componentes según calificación final

Calificación	Cantidad de Componentes	Porcentaje %
Excelente	7	28
Buena	4	16
Aceptable	6	24
No aceptable	8	32

Gráfica 2. Clasificación de componentes evaluados según Porcentaje de Cumplimiento evaluado.



Sumatoria entre los componentes calificados como excelentes y buenos: **44%**

Sumatoria entre los componentes calificados como Aceptable y No aceptable: **56%**

Promedio y Desviación estándar por criterio de calificación final:

Excelente	
Promedio	4,71
Desviación Estándar	0,117772365
Buena	
Promedio	4,25
Desviación Estándar	0,120269032
Aceptable	
Promedio	3,71
Desviación Estándar	0,13
No aceptable	
Promedio	2,46
Desviación Estándar	0,302658949

Adherencia de los pacientes al tratamiento:

Se obtiene un total de pacientes controlados de 135 contra un total de paciente no controlados de 33 sobre la muestra, lo que representa:

Pacientes Controlados: 80.36%

Pacientes no controlados: 19.64%

Evaluación por personal asistencial.

Se obtiene un total de pacientes atendidos por personal médico de 126 contra un total de pacientes atendidos por personal de enfermería de 42, lo que representa:

Atención por Medico: 75%

Atención por Enfermería: 25%

Implementación de Formato Nuevo de Atención de historia Clínica.

La institución E.S.E. hospital san Rafael .Yolombó- cuenta con un formato especializado para la atención de pacientes el cual fue implementado por el Área

de Calidad de la institución desde el año 2012 del cual se encuentra que su adherencia por parte del personal asistencial es la siguiente:

Para la auditoría realizada a los pacientes diabéticos se tienen los siguientes resultados:

Formato nuevo 67 Historias para un 39.88 %

Formato Anterior: 101 para un 60.12%

Análisis Auditoría Historias Clínicas Pacientes Hipertensos. Después de obtener y analizar los resultados obtenidos de la auditoría realizada a las historias clínicas de pacientes con hipertensión se observó que en un alto porcentaje se encuentran los ítems que se calificaron como *Aceptables* y *No Aceptables* lo que nos indica una deficiencia por parte del personal médico y de enfermería en el llenado de Historias clínicas, se está obviando información importante del estado actual del usuario que pueden ayudar a evitar complicaciones futuras y si los medicamentos suministrados en el control han sido los adecuados.

La legibilidad es un ítem muy importante porque la historia clínica la pueden revisar varios profesionales y debe ser claro lo aquí consignado para brindar una atención con calidad y seguridad.

No se puede inferir que los espacios en blanco no aplican al paciente, así en algunos casos sea obvio, se deben registrar cada uno de las casillas allí contenidas.

Se debe concientizar al personal médico de la importancia del correcto diligenciamiento de la historia clínica tanto para beneficio del usuario como para efectos legales si se llegara a presentar puesto que es la única prueba que se tiene de la atención brindada.

Análisis Auditoría Historias Clínicas Pacientes Diabéticos. Se considera que el porcentaje de calificación entre excelente y buenos está en un porcentaje bajo por lo que se requiere mayor intervención en temas como la educación continua y la capacitación al personal asistencial, los procesos de inducción y re inducción al personal nuevo y la implementación de indicadores de control de este tipo de herramientas.

Se debe enfocar toda actividad de capacitación al riesgo y al impacto que genere la deficiencia de la información consignada en este tipo de documentos, creando conciencia del servicio el cual se está prestando y de la importancia de la información y el buen diligenciamiento de los parámetros requeridos en la Historia clínica para el tratamiento de la patología del usuario.

Se encuentran deficiencias en el registro de componentes como los que hacen parte de la evaluación integral del pacientes y son de gran importancia ya que allí se pueden observar los antecedentes del paciente, lo que influye de manera directa en la terapia farmacológica adecuada para un paciente en específico y de las recomendaciones en estilos de vida del paciente, además de dar una idea del tipo de paciente y su historial clínico.

Se encuentran deficiencias en diferentes tipos de componentes los cuales hacen parte de la evaluación física completa que se debe realizar por parte del personal asistencial, de cuya revisión se obtienen datos importantes sobre el estado físico del paciente, las complicaciones que este ha presentado y los efectos de la patología en su fisiología. Sirve de herramienta para definir el tratamiento indicado y las indicaciones médicas.

Como no se tienen registros de mediciones de adherencia de los usuarios a las citas de control y seguimiento se debe tomar esto como punto de partida para la generación de un indicador de seguimiento mensual que haga parte de las

actividades de Planeación, evaluación y mejoramiento del servicio de Promoción y prevención de los pacientes diabéticos.

Recomendaciones Generales. Se recomienda al personal asistencial encargado del diligenciamiento de la historia clínica, que se consignen cuales son el tipo de instrucciones que recibe el paciente, ya que pudo evidenciar como hallazgo adicional que se escribe: ~~%e da educación+~~o ~~%e dan recomendaciones+~~; se debe describir mejor la educación o instrucciones que el paciente debe seguir en su casa con el fin de evitar confusiones en su tratamiento y esto hace parte de la información que debe ir consignada en la historia clínica, incluir mayor énfasis en la sensibilización al personal de enfermería de la realización de una buena nota de evolución donde se haga una buena descripción del examen físico, antecedentes del paciente y signos vitales.

Se debe además consignar en la historia clínica, los resultados de los exámenes de laboratorio, esto por su importancia para futuros análisis de los pacientes en los distintos controles y dejar plasmada toda anotación pertinente a esto como que no hayan sido ordenados en la cita anterior o no son presentados por olvido del paciente.

Se tiene diseñado un formato para el diligenciamiento de las atenciones médicas bastante completo, el cual no se implementa en todos los casos, se recomienda el uso integral de este ya que debido a su diseño el permite menor omisión de información esencial, se hace igual énfasis en que durante su diligenciamiento se llenen todos los ítems o casillas del mismo y no dejar ninguno en blanco, Utilizar No Aplica o pasar una línea en la mitad para evitar malas interpretaciones en futuras auditorias y además para dar cumplimiento a la integralidad de la historia clínica que es una de las características que debe tener la historia clínica de la cual se habla en el artículo 3 de la resolución 1995 de 1999.

Se recomienda a la institución el diseño de un plan de implementación de la historia clínica electrónica ya que estas tecnologías tiene aumentan la probabilidad de un adecuado diligenciamiento y disminución de errores de digitación de la historia clínica en los programas de promoción y prevención objetos de análisis de este proyecto y además para dar cumplimiento a lo descrito en el parágrafo transitorio y artículo 113 de la ley 1438 de 2011.

7. CONCLUSIONES

- Se identifican las actividades de atención, planeación, evaluación y mejoramiento llevadas a cabo en el servicio de Promoción y Prevención, para la atención de pacientes hipertensos y diabéticos por medio de una entrevista realizada al coordinador de calidad. Ver archivo adjunto. Ver anexo 11.
- Se obtienen unos resultados de sumatoria de componentes calificados como Aceptable y No aceptable: *76% para la atención de pacientes Hipertensos y de Sumatoria entre los componentes calificados como Aceptable y No aceptable: 56% para la atención de pacientes Diabéticos.*
- Se determinan el grado de adherencia por parte de los usuarios a las citas de control y seguimiento para pacientes Hipertensos de 96.55% y para pacientes Diabéticos de 80.36%
- Se presenta informe con hallazgos a las directivas de la institución con el fin de contribuir en la gestión de estrategias conducentes al mejoramiento de los procesos de atención de pacientes Hipertensos y Diabéticos. Ver anexo 11.
- Según los resultados obtenidos de la evaluación de Historias clínicas de pacientes hipertensos y diabéticos y con el fin de garantizar y mantener la seguridad en los usuarios se generan estrategias que educación, capacitación a pacientes y personal asistencia y de captación de usuarios para la institución. Ver anexos 8, 9, y 10.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Informe sobre el desarrollo mundial 1.993. Invertir en salud, Indicadores del desarrollo mundial. Washington D.C. 1.993.
- Organización Mundial de la Salud, Carta de Ottawa, conferencia sobre la promoción de la salud. Ottawa. Noviembre 21 de 1986.
- Presidencia de la Republica de Colombia. Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007 . 2010; en espera de ser aprobado por Decreto el Plan Decenal de Salud Pública. Agosto 10 de 2007.
- Presidencia de la República de Colombia. Acuerdo 117 del consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Diciembre 29 de 1998.
- Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del sistema General de Seguridad Social en Salud. Abril 3 de 2006.
- Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1011 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Abril 3 de 2006.
- Presidencia de la República de Colombia. Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 10 de 1990.

- Presidencia de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de Seguridad social Integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993.
- Presidencia de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de Seguridad social Integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993.
- Presidencia de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de Seguridad social Integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993.
- Presidencia de la Republica de Colombia. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 9 de 2007.
- Presidencia de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011 por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 19 de 2011.
- Presidencia de la Republica de Colombia. Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Diciembre 21 de 2001.
- Presidencia de la república de Colombia. Resolución 1043, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Abril 3

de 2006.

- Presidencia de la República de Colombia. Resolución 1043, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Abril 3 de 2006.
- Presidencia de la República de Colombia. Resolución 1043, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Abril 3 de 2006.
- Presidencia de la República de Colombia. Resolución 1441 de 2013 por el cual se definen los procesos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Mayo 6 de 2013.
- Presidencia de la República de Colombia. Resolución 1445 Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Mayo 8 de 2006.
- Presidencia de la República de Colombia. Resolución 1446 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. Mayo 8 de 2006.
- Presidencia de la República de Colombia. Resolución 1446 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de

monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. Mayo 8 de 2006.

- Presidencia de la Republica de Colombia. Resolución 1841, por la cual se adopta el plan decenal de salud pública 2012-2021. Mayo 28 de 2013.
- Presidencia de la Republica de Colombia. Resolución 3384 de 2000 del Ministerio de Salud. Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000. Febrero 25 de 2000.
- Presidencia de la República de Colombia. Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Febrero 25 de 2000.

WEBGRAFÍA

Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2. Tomado de:
<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf>

Guía de atención de la hipertensión arterial. Tomado de:
<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>

Artículo de internet. Guías latinoamericanas de hipertensión arterial. Revista chilena de cardiología: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-85602010000100012&script=sci_arttext

E.S.E. Hospital San Rafael -Yolombó- [Internet]. Página web Metrosalud. [Citado 25 de Octubre de 2013]. Recuperado a partir de http://www.eseyolombo.gov.co/Nuestra_Institucion/Nuestra_institucion.html