

**EVALUACION DE LOS ASPECTOS TECNICOS Y LEGALES DE LOS
PROGRAMAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE UNA IPS Y UNA EPS
EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER 2009**

**ANA MARIA CARRASQUILLA CARDENAS
MILDRETH MEJIA RUEDA
DIANA MUÑOZ SANTRICH**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES - UNAB
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA
2010**

**EVALUACION DE LOS ASPECTOS TECNICOS Y LEGALES DE LOS
PROGRAMAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE UNA IPS Y UNA EPS
EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER 2009**

**ANA MARIA CARRASQUILLA CARDENAS
MILDRETH MEJIA RUEDA
DIANA MUÑOZ SANTRICH**

**Proyecto de Grado presentado como requisito
para optar el Título de Auditor Médico**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES - UNAB
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA
2010**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bucaramanga, Mayo de 2010

DEDICATORIA

A nuestros familiares, amigos y docentes quienes nos animaron y guiaron para alcanzar esta meta académica que nos abre nuevos horizontes de ámbito profesional y laboral.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestros agradecimientos:

A nuestro director enviamos una inmensa gratitud, quien por su apoyo y orientación nos orientó en el desarrollo de esta tesis.

A todas aquellas personas que de una u otra forma, con sus palabras de aliento y apoyo incondicional me ayudaron a culminar este Trabajo de Grado.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
	15
INTRODUCCIÓN	
1. MARCO TEORICO	17
1.1 ANTECEDENTES	17
1.2 BASES TEORICAS	25
1.2.1 Cambios Que Llevan El Tema De La Calidad Médica A Un Primer Plano	30
1.2.2 La Evolución Del Pensamiento Ético-Profesional	30
1.2.3. Cuestionamiento Sobre La Cientificidad Y Eficacia De La Medicina	32
1.3 EXIGENCIAS TÉCNICO-LEGALES DE LOS PROGRAMAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR	32
2. INFORMACIÓN GENERAL DE LAS DOS ENTIDADES ANALIZADAS	34
2.1 EPS A	34
2.1.1. Visión	34
2.1.2. Misión	34
2.1.3. Política De Calidad	34
2.1.4. Códigos De Buen Gobierno Y Ética	35
2.1.5. Valores Corporativos	35
2.2. IPS A	38
2.2.1. Misión	38

	Pág.
2.2.2. Visión	38
3.OBJETIVOS	40
3.1. OBJETIVO GENERAL	40
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
4. JUSTIFICACIÓN	41
5. AUDITORIA GENERAL PARA LOS ASPECTOS TECNICOS Y LEGALES DEL PROGRAMA DE RIESGO VASCULAR PARA LAS ENTIDADES ANALIZADAS	42
5.1 ANALISIS DE LA IPS A	42
5.2. METODOLOGÍA ADOPTADA POR LA I.P.S. A.	43
5.2.1. Alineamiento con la Resolución 473 de 2008	45
5.3 DIAGNÓSTICO DE GESTIÓN / COMPONENTE DIRECTIVO Y ESTRATÉGICO	46
5.3.1. Perspectiva Financiera	46
5.3.2. Perspectiva De Usuarios Y Mercado	48
5.3.3. Sistemas de Información, Control y Gestión	49
5.4. DIAGNÓSTICO DE GESTIÓN / COMPONENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	50
5.4.1. Perspectiva De Procesos Asistenciales	50
5.5. DIAGNÓSTICO DE GESTIÓN / COMPONENTE ADMINISTRATIVO	56
5.5.1. Gestión del Talento Humano	56
5.5.2. Perspectiva De Procesos De Apoyo	57
5.6. ANALISIS EPS A	58
5.7. EJEMPLO DE UN PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR	60
5.7.1Cronograma visitas de Enfermería	60

	Pág.
5.7.1.1. Visita Inicial	60
5.7.1.2. Segunda Visita	60
5.7.1.3. Tercera Visita	60
5.7.2. Actividades Grupales	61
5.7.3. Cronograma de las visitas médicas	61
5.7.3.1. Visita Inicial	61
5.7.3.2. Visita Anual	61
6. PLAN DE MEJORA PARA LAS ENTIDADES ANALIZADAS	62
6.1 PLAN DE MEJORA EPS A	62
6.2 PLAN DE MEJORA IPS A	65
7. CONCLUSIONES	67
8. RECOMENDACIONES	69
BIBLIOGRAFIA	71
ANEXOS	73

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01. Descripción De La Situación Financiera - IPS A - A 31 De Diciembre 2009	47
Tabla 02. Descripción De La Situación De Usuarios Y Mercado	48
Tabla 03. Descripción De La Situación De Sistemas De Información, Control Y Gestión	49
Tabla 04. Descripción De La Situación De La Calidad En Servicios	50
Tabla 05. Gestión Del Talento Humano	56
Tabla 06. Perspectiva De Procesos De Apoyo	57
Tabla 07. DOFA General EPS A	58
Tabla 08. Plan De Mejoramiento EPS A	62
Tabla 09. Plan De Mejoramiento IPS A	65

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 01. Mapa Conceptual Exigencias Técnico Legales Programa Riesgo Cardiovascular	33
Gráfica 02. Organigrama EPS	37
Gráfica 03. Organigrama IPS A	39

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 01. Administración Por Políticas IPS A	44
Figura 02. Metodología Para El Diseño Del Plan De Gestión IPS A	44
Figura 03. Alineamiento De Los Servicios De Salud Según La Resolución 0473 De 2008	46

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Resolución Número 412 De Febrero 25 De 2000	74
Anexo B. Guía De Atención De La Hipertensión Arterial (Hace parte de la Resolución Número 00412 De 2000)	84
Anexo C. Lista De Verificación Para La Evolución Técnica Y Legal Del Programa De Riesgo Cardiovascular En EPS	102
Anexo D. Lista De Verificación Para La Evaluación Técnica Y Legal Del Programa De Riesgo Cardiovascular En IPS	

TITULO: Evaluación De Los Aspectos Técnicos Y Legales De Los Programas De Riesgo Cardiovascular De Una IPS Y Una EPS En El Departamento De Santander 2009

AUTOR (AS): Ana Maria Carrasquilla Cárdenas, Mildreth Mejia Rueda, Diana Muñoz Santrich^{Ψ*}

PALABRAS CLAVES: Auditoria en Salud, Requerimientos, IPS, EPS, Régimen de Salud, Aspectos Administrativos, Apoyo Financiero, Procedimientos, Aspectos Médicos, Proceso Legal.

DESCRIPCIÓN O CONTENIDO:

Los procesos de auditoria son sumamente importantes ya que permiten verificar el cumplimiento de requerimientos de diversa índole en empresas y en otras entidades. Estos procesos conllevan a encontrar posibilidades de mejora ya sea de tipo administrativa, financiera, de procedimientos, médica, entre otras.

En primer término se mostró un marco teórico general donde se expusieron temas sobre auditoria médica, así como los aspectos técnicos y legales sobre los programas de riesgo cardiovascular. Una vez superada esta etapa, se procedió a dar a conocer información general sobre dos entidades de salud, a saber, una EPS y una IPS. En esta información se mostró la misión, visión, valores corporativos y principales servicios de dichas entidades de salud.

Ya en otra etapa, se realiza una auditoria a los aspectos técnicos, legales y organizacionales de las dos entidades, empleando para esto, una lista de chequeo así como un diagnóstico y análisis DOFA.

Ahora bien, una vez analizados los aspectos anteriores, se planteó un plan de mejora para cada una de dichas organizaciones con el fin de optimizar su funcionamiento para así mejorar la calidad de la atención a los usuarios.

* Facultad De Medicina. Instituto De Ciencias De La Salud CES - UNAB

TITLE: Evaluation of the technical and legal aspects of the cardiovascular risk of an IPS programs and an EPS in the Department of Santander 2009

AUTHOR (AS): Ana Maria Carrasquilla Cárdenas, Mildreth Mejia Rueda, Diana Muñoz Santrich ^{Σ*}

KEY WORDS: Audit in health requirements, IPS, EPS, health system, administrative aspects, financial support, procedures, medical aspects, legal process.

DESCRIPTION OR CONTENT:

Audit processes are extremely important because they enable compliance with requirements of various kinds in companies and other entities. These processes lead to find room for improvement either type administrative, financial, procedures, medical, among others.

First was a general theoretical framework where exposed audit medical topics, as well as the technical and legal aspects about cardiovascular risk programs. Once this stage, they proceeded to give general information on health, namely an EPS and an IPS two entities. This information showed the mission, vision, corporate values and main such institutions of health services.

In another stage is an audit to the technical, legal and organizational aspects of the two entities, using for this purpose, a list of check as well as diagnosis and DOFA analysis.

Now, once analysed the previous aspects, raised an improvement for each of these organizations plan for best operation to improve the quality of care to users.

* School of medicine. Institute of science of the CES - UNAB health

INTRODUCCIÓN

Los procesos de auditoria son sumamente importantes ya que permiten verificar el cumplimiento de requerimientos de diversa índole en empresas y en otras entidades. Estos procesos conllevan a encontrar posibilidades de mejora ya sea de tipo administrativa, financiera, de procedimientos, médica, entre otras.

Ahora bien, ya para el caso de procedimientos médicos, se torna el tema en vital ya que están inmersos los seres humanos como usuarios de los servicios de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, este trabajo de grado se basa en la verificación de cumplimiento y descripción de aspectos de índole legal y técnico en dos entidades de salud, a saber, una EPS y una IPS. Este trabajo de grado se llevará a cabo así:

En primer término, se dará a conocer un marco teórico general donde se muestra la temática que se abordará en la tesis. En este se presentan términos relacionados con los procesos de auditoria y también con la salud y el riesgo cardiovascular.

Posteriormente se muestra información general acerca de una IPS y una EPS, esto con el fin de contar con un contexto y un marco de referencia para realizar un proceso de auditoria en los aspectos técnicos y legales de programas de riesgo cardiovascular, el cual toma como referencia una normatividad emitida por el gobierno nacional por medio de su ministerio de protección social.

Como tercera fase, se llevará a cabo una verificación mediante el diligenciamiento de una lista de verificación o chequeo para la EPS y la IPS.

Posteriormente se plantea un plan de mejora, teniendo en cuenta la auditoria realizada. Cabe anotar en este punto que los resultados de la auditoria se conocen como hallazgos y sirven de base para plasmar un plan de mejora, el cual debe llevar acciones correctivas y preventivas.

Finalmente, se mostrarán las conclusiones y recomendaciones en el marco de la tesis de grado que se realiza.

1. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES

Legales. Para tocar los tópicos concernientes a los Programas de Riesgo Cardiovascular, se recopila parte del marco conceptual y legal de tan amplia temática.

Constitución Política de Colombia. “Constitución Política de Colombia. De acuerdo a la Constitución Política de Colombia, en su artículo 47, es el Estado el responsable de fomentar políticas encaminadas a la previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, se dirigirá la atención especializada que requieran.”

El artículo 48 continúa indicando que la Seguridad Social es un servicio público que el Estado es responsable de facilitar siempre bajo su dirección, es decir, lo concerniente a su dirección, coordinación y control, entre otras responsabilidades, siempre sujetos a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. De igual forma se hace alusión a que se debe garantizar a todos los habitantes el derecho a la seguridad social como irrenunciable, es decir bajo ninguna circunstancia se podrá justificar la no prestación de algún tipo de atención y/o servicio contemplado dentro de la misma, materia de la multiplicidad jurisprudencial y legal actual.

Otra obligación imputable al Estado es su asociación estratégica con los particulares necesarios para garantizar la cobertura de la Seguridad Social, en la prestación de servicios acordes a las exigencias contempladas por la ley. En cuanto a los recursos asignados a las instituciones de la Seguridad Social presten una cobertura oportuna, no se podrán utilizar para fines diferentes a ella.

El artículo 49, hace una consideración preponderante al afirmar que la atención en salud son servicios públicos a cargo del Estado, destacando el amplio sentido de accesibilidad no condicionada, y destaca entre estos: la promoción, protección y recuperación de la salud. El presente artículo al igual que el número 48 visto anteriormente, reafirma la responsabilidad del Estado de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

El establecimiento de políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y el ejercicio de su vigilancia y control, son otros atributos asignados al Estado, como la determinación de las competencias transferibles a la nación, entidades territoriales y los particulares, junto con los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los lineamientos para la prestación de servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.”La ley determinara los aspectos concernientes a la atención básica como gratuita y obligatoria para todos los habitantes. De igual forma el Estado hace responsable junto consigo mismo, a toda persona, en cuanto al cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Ley 100 de 1993. El Estado y sus legisladores siendo congruentes con lo referente a Seguridad Social contemplado dentro de la Constitución Política de Colombia, continúan la línea de la responsabilidad del estado frente al servicio, recursos y control de terceros, entre otros, tal como reza en su artículo 1: “El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. “

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.”

Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública. Al Gobierno Nacional, le corresponde definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública. El Plan Nacional de Salud Pública en algunos de sus apartes incluye:

Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores. De igual forma, Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones en otros sectores definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Planes de Desarrollo Territorial.

Por lo tanto se deberá formular y aprobar el Plan de Salud Territorial a cargo de las direcciones territoriales de salud, comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales. Los anteriores planes se formularán en coherencia con los perfiles de salud territorial. Además, se adoptará el sistema de evaluación de resultados para realizar los correctivos pertinentes y así cumplir con las metas definidas para el cuatrienio.

Por tanto, el Ministerio de la Protección Social previa consulta a expertos y concertación con los actores del sector salud, formula el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, cuyo propósito es definir la política pública en salud que

garantice las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud”.¹

Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

Prestadores de Servicios de Salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del decreto 1011 de 2006 se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

¹ CALA, Carlos y HERNANDEZ, Liliana.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 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”.²

Decreto 1011 de 2006. A continuación con las definiciones planteadas, se retomara la definición para “calidad de la atención de salud”, donde reza:

*Calidad de la atención de Salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.*³

En la definición presentada en el Decreto, en cuanto a “calidad de la atención en salud”, se subraya de manera categórica y como elemento imprescindible, la forma accesible y equitativa al momento de la prestación de los servicios de salud a que los usuarios tienen derecho. Inicialmente, se evidencia la necesidad de que tales servicios de salud sean oportunos y que cuenten con todos los requerimientos técnicos pertinentes, sin desconocer las condiciones de salud inmediatas del usuario al momento de la solicitud y, los diferentes costos generados para las partes. Siendo así de gran relevancia materializar el equilibrio de la triada: beneficios, riesgos y costos.

² <http://www.minproteccionsocial.gov.co>

³ Decreto 1011 de Abril de 2006. 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.

Lo anterior, sin olvidar la competencia profesional, tema que se podría involucrar al hacer mención de “...*un nivel profesional optimo...*”, personalizándolo al profesional propiamente dicho. Es decir, el prestante del servicio es garante de dar respuesta a las solicitudes recibidas, siempre desde la noción de un nivel profesional idóneo. Para este momento, se trasciende de la articulación de todo el conjunto de procesos desarrollados por los prestadores de servicios de salud, que es a lo que muy probablemente se refiere tal definición, y que en ultimas sería el ideal superior o fin de la norma.

Al porqué se habla de ideal superior o fin de la norma, sencillamente, es por la relación directamente proporcional que se genera al momento de lograr articular exitosamente todos los procesos - con su respectivo funcionamiento – de los prestadores de servicios y la satisfacción del usuario. Ahora bien, esta última permite inferir el fin real de la norma. Por lo tanto, la satisfacción del usuario puede ser entendida desde las necesidades y/o expectativas, que en definitiva serian las responsables de lo que la definición menciona como la adhesión del usuario.

Cabe aclarar, que dentro del Decreto 1011 de 2006, se menciona como responsables del normal funcionamiento del Sistema a: Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Entidades Departamentales - Distritales de Salud y Entidades Municipales de Salud.

De igual forma, en el artículo 6 del anterior decreto, se contempla una definición en cuanto al Sistema Único de Habilitación, el cual es comprendido como una colectividad 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.⁴

A este nivel, se inmiscuye dentro de la normatividad la auditoria para el mejoramiento de la calidad de salud. Cuya definición conocida es: mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

En cuanto a la auditoria en su artículo 32, continúa: “Los programas de auditoria 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”.

La Auditoria 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.

- 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.⁵

En el artículo 33 menciona los niveles de operación de la auditoria, los cuales constan de autocontrol, auditoria interna y externa. De igual forma, en el artículo

⁴ Decreto 1011 de Abril de 2006. 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.

⁵ Título IV, Decreto 1011 de 2006.

34, se hace alusión a las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales. En cuanto a la responsabilidad en el ejercicio de la auditoría, artículo 40, contempla que la auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.⁶

La Resolución 1043 de 2006. En su artículo 5, plantea la necesidad del diligenciamiento del formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Donde, a través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención exigida en los Anexos Técnicos 1 y 2, que hacen parte integral de la presente Resolución.

En su artículo 9 se plantea: “...*programación anual de visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención, con base en las prioridades establecidas en el anexo técnico N° 2...*”

Continuando con el anexo técnico No. 2, se tiene: *De igual manera, el presente manual pretende garantizar la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, según los lineamientos de auditoría expedidos por el Ministerio de la Protección Social, como herramienta de gestión de la calidad que promueva, evalúe y mejore la atención de salud en armonía con los demás componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.*⁷

⁶ <http://74.125.47.132/search?q=cache:NsJnsnuHqREJ:www2.valledelcauca.gov.co>

⁷ www2.valledelcauca.gov.co

1.2 BASES TEORICAS

A continuación se presenta una detallada y minuciosa revisión teórica respecto a los Programas de Riesgo Cardiovascular, lo cual permitirá una visión clara, organizada y practica de lo concerniente a los diferentes aspectos implícitos dentro de la temática, como ya se ha mencionado desde su carácter técnico – científico.

A pesar del indudable progreso en conocimiento de etiopatogenia, fisiopatología, historia natural, diagnóstico y manejo de la enfermedad aterotrombótica cardio-cerebro-vascular, las posibilidades de detección precoz y enfoque terapéutico oportunos parecerían ser cada vez más infructuosas. Son alarmantes los índices de prevalencia de afectación coronaria, carótida, cerebral, aórtica y vascular periférica como fenómenos críticos de catástrofes inducidas por la agregación patológica de múltiples factores condicionantes, que genéricamente rotulamos como factores de riesgo cardiovascular.

Infortunadamente, las políticas de prevención y promoción de la salud en las instancias naturales gubernamentales y del sector privado, son precarias cuando no inexistentes. Los recursos que, por definición y por ley, deben destinarse a este propósito, sufren los recortes infames que los manejadores de turno quieran aplicarles, invocando ajustes presupuestales o un histórico déficit fiscal. Esto configura la ausencia de una política de Estado que propugne por ofertar a sus ciudadanos, estándares de vida digna y saludable en los aspectos mínimos de una condición teóricamente humana: agua potable, nutrición básica, vacunación temprana, saneamiento ambiental con erradicación de plagas endémicas, espacio físico decorosamente habitable, oportunidad laboral de salario mínimo o de economía informal, educación elemental obligatoria.

Si esto no ocurre con lo fundamental, mucho menos podemos esperar que suceda con lo medianamente especializado o de alta complejidad. Las patologías consideradas como catastróficas y de alto costo, comparten el dudoso beneficio de generar pequeñas batallas contra un Estado improvidente, mediante el recurso constitucional de las tutelas que amparan el derecho de todo ciudadano a la salud y a la vida. Este mecanismo de virulenta pugnacidad, estimulado por las mismas IPS y EPS que se niegan, en principio, a remitir sus pacientes al estudio diagnóstico específico o al médico especialista competente, genera en el maltrecho engranaje del sistema nacional de salud una injusta y malsana condición de maltrato dual en el binomio médico-paciente y una incompetente, cuando no negligente, prestación del servicio. Este caso puede ocurrir debido al incumplimiento de la normatividad técnica y legal establecida para los programas de riesgo cardiovascular.

Nuestra información epidemiológica autóctona es muy limitada e, infortunadamente, carecemos de una estructurada y confiable base de datos sobre la real situación de nuestra patología cardio-cerebro-vascular; esto, a su vez, nos impide conocer qué impacto podríamos ejercer sobre aspectos de prevención esencial, primaria y secundaria, de marcadores y factores de riesgo, y el desarrollo futuro de enfermedad aterotrombótica, amén de condicionar y limitar la adopción de guías de manejo.

El papel de las sociedades científicas, para este propósito, debe concentrarse en la generación del conocimiento y en la implementación de un documento político fundamentado en ensayos clínicos propios, que no se limite a reciclar información de otras latitudes; su viabilidad económica debe garantizarse por aportes provenientes del Ministerio de Protección Social y del Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología (Colciencias), de la industria farmacéutica, de alimentos y de equipos médicos. Aquí desempeñaría un papel preponderante la Fundación Colombiana del Corazón, hija de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía

Cardiovascular, dada su particular función como catalizadora de los fenómenos de prevención a través de educación en ejercicio cardiosaludable, nutrición y control de peso, eliminación del tabaquismo y otras adicciones, etc., creando grupos multidisciplinarios de estudio de nuestra realidad poblacional en las patologías que nos competen, y definiendo puntos de corte específicos para los parámetros usuales: ej., perímetro abdominal, glicemia basal, niveles de lípidos, etc.

Esta estrategia de lógica elemental nos permitirá decidir cuándo y cómo intervenir, articulando guías de manejo con las prioridades en atención médica primaria de los municipios o de las unidades de atención en salud. Para esto debemos contar con un modelo de historia clínica básica epidemiológica que incluya, además de los datos demográficos obvios, los registros elementales de todo ser humano (tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, peso, talla, perímetro abdominal, glicemia basal, perfil lipídico mínimo, estatus de tabaquismo, presencia o no de dolor).

Y para lograr documentos confiables debe establecerse una metodología sencilla y práctica en la obtención de la información, unificando conceptos y criterios que faciliten la aplicación de las guías.

Podría contemplarse, además, la posibilidad de comprometer las instituciones cardiológicas más representativas del país, en su condición de centros de referencia para patologías específicas, en la recepción de la información. Ésta podría, igualmente, incluir datos de los que no disponemos hasta ahora y que nos han obligado siempre a remitirnos a las cifras norteamericanas o de la Unión Europea; cuál es el monto de los costos primarios y secundarios en atención de salud cardiovascular, cuál es el costo atribuible a la enfermedad cardio-cerebro-reno-vascular directamente relacionada al tabaco por consumo activo o pasivo, o a el cuarteto siniestro de hipertensión-dislipidemia-diabetes-obesidad.

Obviamente, este análisis epidemiológico de una patología social crónica, que ha gravitado en el entorno de un modelo socio-económico fracasado, debe generar un compromiso gubernamental en la adopción de medidas responsables de salud pública, en un modelo inteligente que defina políticas de intervención; cuáles mecanismos se deben implementar, cómo eliminar lo ineficiente, cómo sustituir lo inoperante, cómo optimizar el recurso disponible, cómo modificar lo que admita variables de recuperación.

Todos los centros de atención médica primaria y especializada deberán adaptar y adoptar las guías de manejo para su acreditación y certificación correspondientes. La racionalización de su uso universal conducirá, de manera indefectible, a la generación de documentos de alto contenido científico, filosófico, socioeconómico y político, que redunden en beneficios tangibles para la salud física y mental de nuestras comunidades.

Las enfermedades cardiovasculares aún ocupan un primer lugar como causa de morbi-mortalidad en países desarrollados. Para 1996 se estimó en 16 millones el total de individuos fallecidos por enfermedades cardio-cerebro-vasculares, explicando un 30% del total de muertes por todas las causas en el mundo entero.

Los esfuerzos de la comunidad médica internacional, sociedades científicas y organizaciones gubernamentales y privadas de salud, orientados a la identificación y detección precoz de los factores mayores de riesgo, a través de estudios poblacionales y estrategias de control efectivo, mediante educación a la comunidad y manejo individualizado de pacientes de alto riesgo, de alguna manera han contribuido a lograr un descenso significativo de dichas tasas de morbi-mortalidad cardiovascular hasta en un 50% en países como Australia, Canadá, Francia y Estados Unidos, de un 60% en Japón y de un 25% en otros países de la Unión Europea.

Los costos directos de salud, sumados a los costos atribuibles a incapacidad laboral, trauma familiar y social, se elevan a cifras astronómicas del orden de los 60 billones de dólares por año en sólo Estados Unidos. Muchas de esas muertes se hubieran podido evitar, o al menos posponer, si en una simple consulta médica de «chequeo cardiovascular» se propusiera y programara una revisión sistemática de marcadores o factores de riesgo cardiovascular, mediante la elaboración correcta de una historia clínica y la realización de algunos exámenes de laboratorio en una muestra de sangre en ayunas.

Al hablar de riesgo cardiovascular invocamos un concepto clínico y, al referirnos a factores de riesgo cardiovascular, implicamos una relación estadística dentro de un contexto epidemiológico. Dichos factores incluyen todas aquellas condiciones anormales que, de una u otra forma, inciden en la génesis y apocalipsis final de las catástrofes vasculares. Son variables patológicas que se correlacionan de forma estadística con la ocurrencia de una enfermedad subsecuente, sin que necesariamente exista relación de causalidad. Y su peso relativo variará en términos de relevancia para propósitos de planeación en salud pública o por su impacto en la patogénesis de la enfermedad aterotrombótica en el continuo cardio-cerebro-vascular, pudiéndose identificar factores iniciadores, promotores, potenciadores y precipitadores de los eventos clínicos agudos.

Finalmente, los conceptos de prevención primaria y secundaria deben ser los que normen, orienten y dirijan nuestra práctica médica diaria. Hacemos prevención primaria al investigar, detectar y manejar oportuna y eficazmente uno o más de los marcadores o factores de riesgo que amenazan la salud cardio-cerebro-vascular de cualquier individuo, para impedir o retrasar su evolución a situaciones de daño orgánico. Y hacemos prevención secundaria inteligente cuando promovemos, en el individuo víctima de daño orgánico establecido, la regresión, estabilización o normalización de sus múltiples factores agresores. Resulta

altamente gratificante y costo-efectivo incentivar con entusiasmo todo lo que signifique PREVENCIÓN.

Y prevención oportuna surge cuando se inicia un programa consistente, coherente y continuado de educación precoz en valores y beneficios de nutrición saludable, ejercicio cardiosaludable y eliminación de adicciones, desde las más temprana infancia y desde el hogar y la escuela primaria.⁸

1.2.1 Cambios Que Llevan El Tema De La Calidad Médica A Un Primer Plano

Se pueden mencionar numerosos hechos que promovieron el protagonismo de los temas de calidad pero se van a referir ahora a los más destacables. Esos factores se refieren a circunstancias que transcurren desde lo general y abarcativo hasta lo particular y sectorial.

1.2.2 La Evolución Del Pensamiento Ético-Profesional

Si bien la calidad está referida a la índole de la atención médica, ésta se desenvuelve en un medio social donde funcionan normas éticas, principios morales que regulan la actividad. Por lo tanto los cambios de valores que la sociedad acepte o apruebe influyen en los atributos cualitativos que debe tener el cuidado médico. De ahí la importancia que tiene el reconocimiento de las tendencias que se observan en el contexto societario. Por ejemplo, se puede detectar que se ha producido una transformación acerca de las responsabilidades profesionales y la forma de llevarlas a la práctica. Este cambio está sustentado en nuevos encuadres filosóficos expresados con toda claridad por Karl Popper, uno de los filósofos más importante del siglo pasado. Decía en una conferencia sobre

⁸ Revista Colombiana de Cardiología

"Tolerancia y responsabilidad intelectual" dictada en 1982 en la Universidad de Viena: "Quisiera presentarles algunas proposiciones para una nueva ética profesional, proposiciones que están estrechamente unidas a la idea de tolerancia y de honradez intelectual. Ambas, la vieja y la nueva ética profesional están basadas en las ideas de verdad, de racionalidad y responsabilidad intelectual. Pero la vieja ética estaba fundada sobre la idea del saber personal y del saber seguro y, por lo tanto en la idea de autoridad, mientras que la nueva ética está fundada sobre la idea del saber objetivo y del saber inseguro. La vieja ética que describo prohibía cometer errores. Pero es imposible evitar todo error o incluso tan solo todo error evitable" (Popper, 1983)⁹.

El resultado de este pensamiento es que los profesionales y la sociedad son más tolerantes y aceptan mejor la posibilidad del error, aunque su ocultamiento o negación sería el mayor pecado intelectual. Esa postura modifica la posición ético-profesional y reforma la ética-práctica. Al aceptar la falibilidad del accionar profesional se favorece la sinceridad, la tolerancia, la autocrítica y sobre todo la aceptación de la crítica de los otros. Sin duda el mejor conocimiento de las equivocaciones beneficia el acercamiento o la aproximación a la verdad, pero desde una perspectiva más real y concreta. De este pensamiento actual deducimos un objetivo que favorece el mejoramiento de la calidad: *la necesidad de comprometerse con la autocrítica y de tolerar la crítica de los otros.*

Por supuesto que estos errores, principalmente en el campo de la actividad médica, no están referidos a los punibles por leyes y reglamentos sino a los considerados probables por las dimensiones humanas del quehacer.

⁹ FERNANDEZ B. Néliida. CALIDAD DE LA ATENCION MÉDICA En Fascículo N° 1, Programa de Educación a Distancia. "Nuevas formas de organización y financiación de la Salud". 1983.

1.2.3 Cuestionamiento Sobre La Cientificidad Y Eficacia De La Medicina

Desde hace bastante tiempo se habla y escribe sobre la crisis de la medicina, situación que se relaciona con algunas de las ideas comentadas previamente. Desde el momento en que el saber científico es conjetural e inseguro, las llamadas verdades científicas se vuelven cuestionables y entran en crisis si no se contextualizan dentro de nuevos campos epistemológicos.

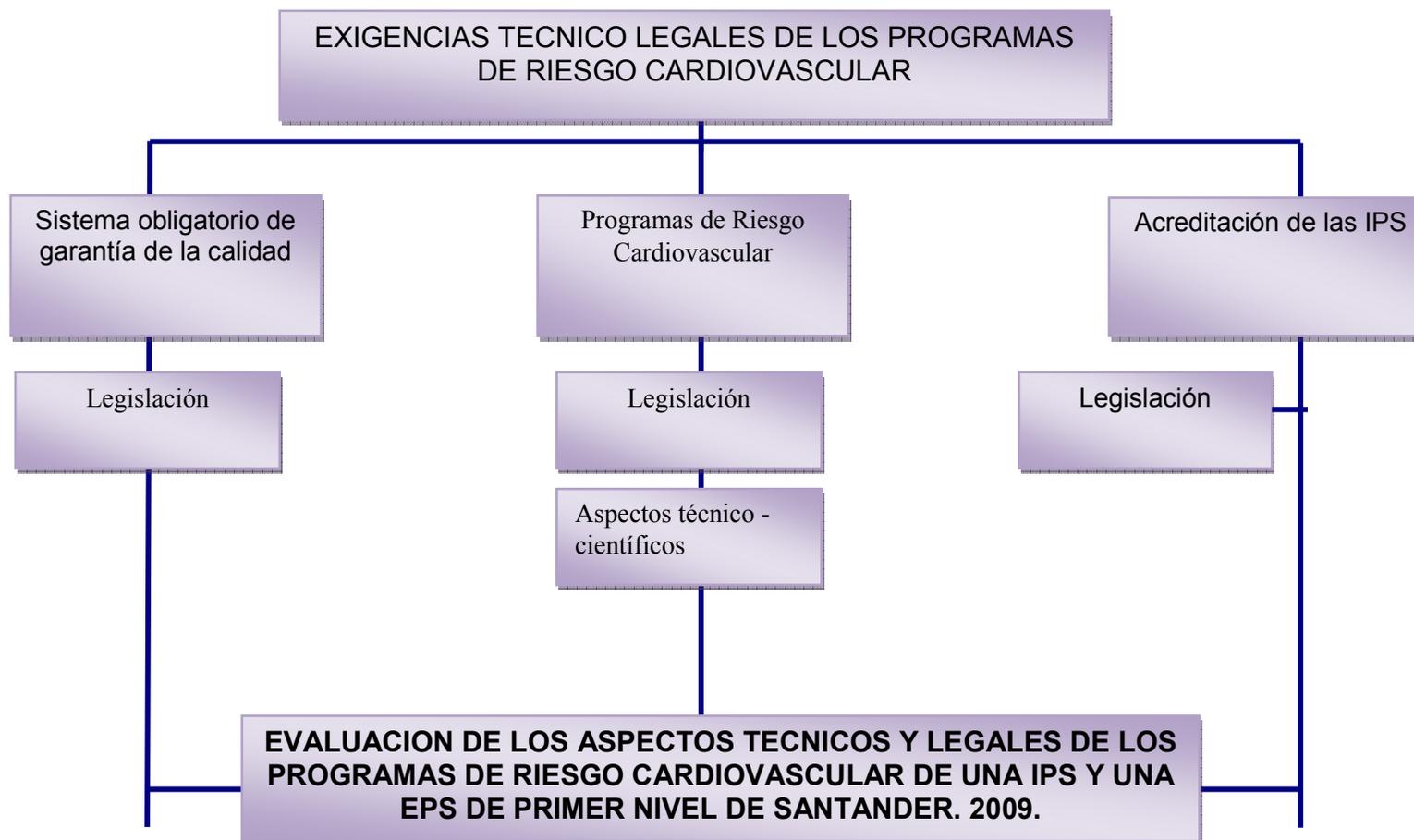
Einstein mostró que la teoría de la gravitación de Newton, lo mismo que la propia, eran saberes conjeturales y tan sólo una aproximación a la verdad. La medicina, precisamente, es un saber inseguro. Es revisable, porque se basa en conjeturas comprobables. ¿Por qué entonces nos preocupa tanto su cuestionamiento? Forma parte de la concepción contemporánea que desacraliza lo científico para acercarse con la mayor humildad posible dentro del campo imperfecto de las relaciones interhumanas.

Pero como decía Foucault (1974) se debe separar la idea de la científicidad de la medicina y la positividad de sus efectos o sea entre conocimiento y eficacia. Esta última es uno de los atributos de la calidad de la atención y la podríamos definir como: *"la capacidad de la ciencia y la tecnología para conseguir mejoras de salud cuando son usadas bajo las circunstancias más favorables"* (Donabedian, 1993).

1.3 EXIGENCIAS TÉCNICO-LEGALES DE LOS PROGRAMAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Estas exigencias se muestran la siguiente gráfica:

GRÁFICA 1.
MAPA CONCEPTUAL EXIGENCIAS TECNICO LEGALES PROGRAMA RIESGO CARDIOVASCULAR



Fuente: ANA MARIA CARRASQUILLA CARDENAS, MILDRETH MEJIA RUEDA, DIANA MUÑOZ SANTRICH (Autoras Tesis)

2. INFORMACIÓN GENERAL DE LAS DOS ENTIDADES ANALIZADAS¹⁰

Anterior a todo proceso de auditoria es sumamente importante conocer el área o empresa en la que se llevará a cabo dicho proceso. Debido a esto, a continuación se muestran los aspectos generales de una EPS y una IPS.

2.1 EPS A¹¹

2.1.1. Visión

En el año 2011, EPS A, será reconocida por la comunidad como una de las dos primeras EPS tanto por sus niveles de calidad en los servicios, como en el número de usuarios asegurados; acreditada y con responsabilidad social empresarial, en las regiones donde hace presencia.

2.1.2. Misión

Brindamos servicios de salud con calidad total.

2.1.3. Política De Calidad

En EPS A nos comprometemos a:

Garantizar y mejorar permanentemente los niveles de calidad en cada uno de los procesos del aseguramiento y prestación de los servicios de salud, en busca de los más altos estándares de satisfacción de las personas afiliadas a la EPS-S, sus

¹⁰ Se mantiene en reserva el nombre de las dos entidades a analizar debido a solicitud expresa de las mismas.

¹¹ Página web de la EPS

familias, colaboradores, proveedores, accionistas y comunidad en general orientando el desarrollo profesional de los integrantes de la EPS A con enfoque en el mejoramiento de las competencias para obtener el mejor desempeño del talento humano. Además propenderemos por la innovación y la creatividad en cada una de las fases de la cadena de servicio, así como por el uso racional de los recursos disponibles.

2.1.4. Códigos De Buen Gobierno Y Ética

El Código de Buen Gobierno constituye herramienta fundamental para establecer los principios y las pautas que deben regir el actuar de una entidad

Un Código de Ética y Conducta es aquel Documento de referencia para gestionar la ética en el día a día de la entidad. Está conformado por los Principios, Valores y Directrices que en coherencia con el Código de Buen Gobierno, todo directivo y/o empleado de la Entidad debe observar en el ejercicio de su función administrativa.

2.1.5. Valores Corporativos

-Compromiso

Entrega, dedicación y convencimiento, siempre presentes en nuestras acciones, para el cumplimiento de los objetivos personales e institucionales.

- Ética

Nuestros principios morales nos conducen al buen comportamiento, orientándonos hacia el logro de una armonía individual y social.

- Responsabilidad

Cumplimos eficientemente con los compromisos adquiridos y asumimos positivamente las consecuencias de nuestros actos.

- Excelencia

Nos esforzamos permanentemente por satisfacer las expectativas de nuestros usuarios, buscando siempre ser los mejores del mercado en cuanto a recursos humanos, procesos, tecnología y estructura, con enfoque hacia el servicio.

-Respeto

Valoramos a las personas como a nosotros mismos, entendiendo que nuestra libertad llega hasta donde inicia la de los demás.

- Innovación

Imprimimos creatividad e imaginación en nuestro trabajo con dinamismo y conocimiento, teniendo mente abierta hacia un nuevo horizonte.

- Equidad

Buscamos continuamente prestar nuestros servicios de salud, enmarcados dentro de la normatividad vigente reconociendo los derechos, deberes y necesidades individuales de nuestros usuarios, teniendo en cuenta su participación activa.

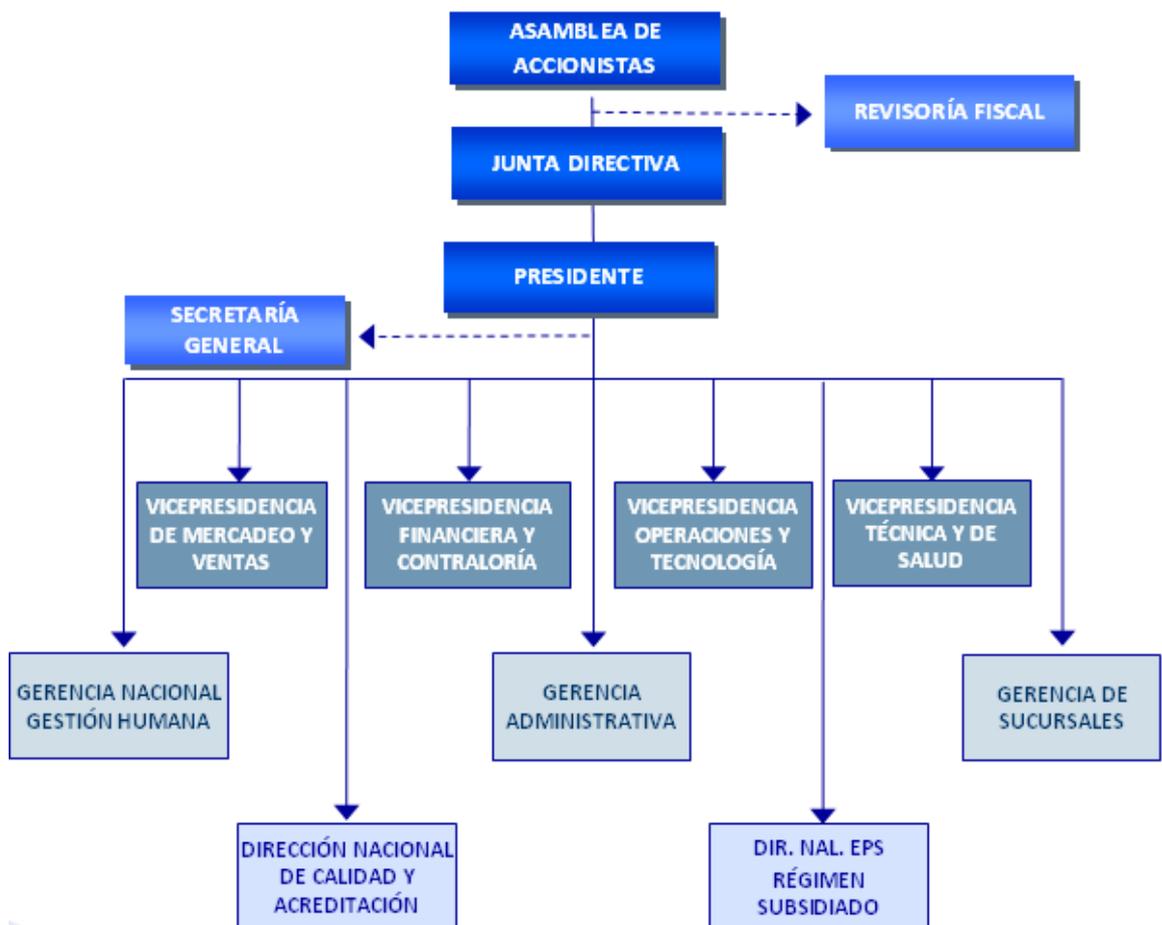
- Liderazgo

Nos caracterizamos por contar con un equipo de trabajo altamente comprometido en el desarrollo de su potencial, que orienta sus esfuerzos en la consecución de los objetivos organizacionales a través de la innovación, competitividad, motivación y conocimiento, generando valor agregado al bienestar y calidad de vida de los colombianos.

- Amabilidad

Nos comprometemos a superar las expectativas de nuestros usuarios, ofreciendo un servicio cálido y humano, que garantice el buen trato y evidencie nuestro interés hacia sus necesidades.

**GRÁFICA 2.
ORGANIGRAMA EPS**



Fuente: EPS A

2.2. IPS A

2.2.1. Misión

Somos la Empresa Social del Estado Hospital A, Institución que presta los servicios de salud de primer nivel, para toda la comunidad del área de influencia, de conformidad con los lineamientos establecidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cumplidores de los principios de eficiencia, eficacia, oportunidad, accesibilidad y calidad, en la prestación del servicio, contando con equipos y recurso humano debidamente capacitado y con un profundo sentido humano.

2.2.2. Visión

Para el año 2012 seremos una Institución moderna, dotada con la infraestructura y la tecnología adecuada para nuestro nivel de complejidad, con procesos viables y con un talento humano competente y comprometido en fortalecer el desarrollo social de nuestra comunidad; buscando óptimos resultados en términos de productividad, competitividad, rentabilidad económica y social en el desarrollo empresarial hospitalario y sobretodo, propiciando un mejoramiento sustancial en la calidad de vida de nuestros usuarios.

GRÁFICA 3
ORGANIGRAMA IPS A



Fuente: IPS A

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar los aspectos técnicos y legales de los programas de Riesgo Cardiovascular de una IPS y una EPS.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la existencia del Programa de Riesgo Cardiovascular en la IPS y la EPS objeto de estudio en este proyecto.
2. Describir los aspectos técnicos y legales de los Programas de Riesgo Cardiovascular para la EPS y la IPS.
3. Determinar el grado de cumplimiento legal y técnico de los programas de Riesgo Cardiovascular de la IPS y de la EPS.
4. Determinar acciones de mejora para la retroalimentación de los Programas de Riesgo Cardiovascular en la IPS y en la EPS.

4. JUSTIFICACIÓN

Como se ha venido tratando de demostrar, el derecho a la salud es un derecho fundamental contemplado dentro de los direccionamientos políticos aplicables a todo ciudadano de nacionalidad Colombiana y/o extranjero que cumpliendo con una serie de certificaciones se haya hecho acreedor a tal condición. Esto, se puede observar en algunos apartes extractados de la Constitución Política Colombiana, en su Art. 48, cuando reza: *“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social”*.

Por lo tanto, la presente investigación busca direccionar de manera preventiva, es decir proactivamente, acciones tendientes a mitigar el impacto negativo que pudiera surgir entre la díada establecida por la relación Institución Prestadora de Salud y paciente. De igual forma, ante los hallazgos de aspectos negativos para tal relación, se busca fomentar la ejecución de acciones correctivas efectivas, que en principio comprometan a la Institución en su permanencia y rentabilidad en el mercado, al igual que no se afecte la vulnerabilidad del derecho al cuidado integral de la salud a que tiene total acceso el paciente.

5. AUDITORIA GENERAL PARA LOS ASPECTOS TECNICOS Y LEGALES DEL PROGRAMA DE RIESGO VASCULAR PARA LAS ENTIDADES ANALIZADAS

El proceso de auditoria consiste en analizar si la EPS e IPS cumplen que los requerimientos más importantes en términos legales y técnicos. Esta auditoria se lleva a cabo mediante una lista de verificación o lista de chequeo. **Ver ANEXO C y ANEXO D.**

Adicional como apoyo en el estudio de auditoria, se elaboró el siguiente diagnóstico:

5.1 ANALISIS DE LA IPS A

De acuerdo con las disposiciones establecidas por el Ministerio de Protección Social, mediante el Decreto 357 de 2008, la Resolución 473 de 2008 y sus anexos técnicos, la Gerencia de la IPS A, ha diseñado su plan de gestión para el período primero de agosto 2008 a 31 de Marzo de 2012 el cual se encuentra alineado con los objetivos e iniciativas estratégicas de su Plan de Desarrollo Institucional.

La formulación del Plan de Gestión, permitió establecer la carta de navegación de la entidad, mediante la identificación de aquellas prioridades vitales para el desarrollo institucional, las cuales tienen un impacto directo sobre el usuario, los procesos, el personal, la infraestructura y las principales variables económicas y financieras.

Los beneficios que trajo consigo el diseño del plan de gestión, le permitieron a IPS A:

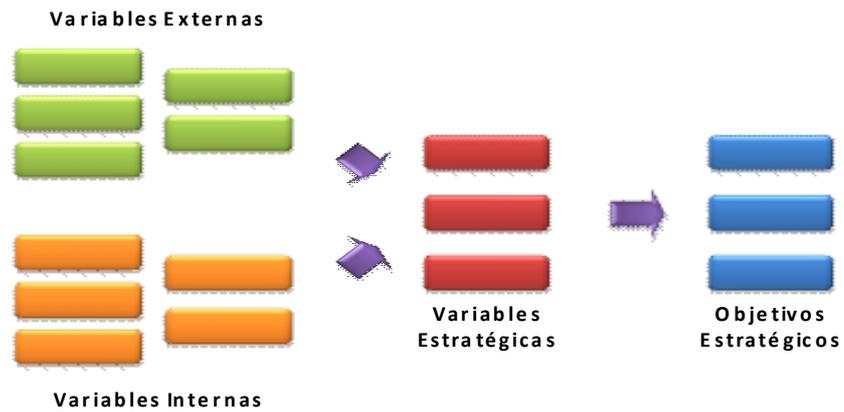
1. Reconocer los principales retos y oportunidades del entorno; así como alinear la organización con los cambios externos.
2. Identificar las fortalezas y debilidades en los ámbitos de gestión Directiva y Estratégica; ámbito de prestación de servicios de salud y actividades de gestión administrativa.
3. Seleccionar los retos estratégicos sobre los cuales orientar los esfuerzos institucionales y
4. Modernizar a la institución en el diseño de planes operacionales, definición de responsables y asignación de recursos y estimación de tiempos para su efectivo cumplimiento.

Los Planes de Desarrollo y de Gestión diseñados, lograron crear los mecanismos de carácter administrativo y organizacional para la buena gestión y manejo de los recursos humanos, técnicos, físicos y financieros de la Entidad, proyectándolos en una gestión de largo plazo que coadyuvan a la institución a lograr su sostenibilidad, crecimiento y orientación social.

5.2. METODOLOGÍA ADOPTADA POR LA I.P.S. A.

La metodología adoptada por la IPS A consistió en un proceso de recopilación de datos financieros, procesos y desarrollo organizacional que permitió definir los objetivos estratégicos de la institución, las metas anuales y formular la plataforma estratégica que permitirá alcanzar el logro de la Visión institucional, por medio del cumplimiento de su misión básica. En el proceso de formulación del plan de gestión la institución tomó como base metodologías modernas de gestión tales como: la Administración por Políticas. La administración por Políticas apoya a la Alta Dirección en la identificación de las pocas estrategias vitales y en la especificación de los sistemas claves que requieren ser mejorados para lograr los objetivos estratégicos.

**FIGURA 1.
ADMINISTRACIÓN POR POLÍTICAS IPS A**



Fuente: IPS A

**FIGURA 2.
METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO DEL PLAN DE GESTIÓN IPS A**



Fuente: IPS A

5.2.1. Alineamiento con la Resolución 473 de 2008

La Gerencia atendiendo lo previsto en la Resolución 473 de 2008 alineó los resultados obtenidos con los ámbitos de gestión establecidos, a saber:

1. Gestión directiva y estratégica. Son las derivadas de la función diferencial de la dirección y gerencia, se caracterizan porque a través de ellas se operacionaliza y se ejecuta directamente la misión institucional.

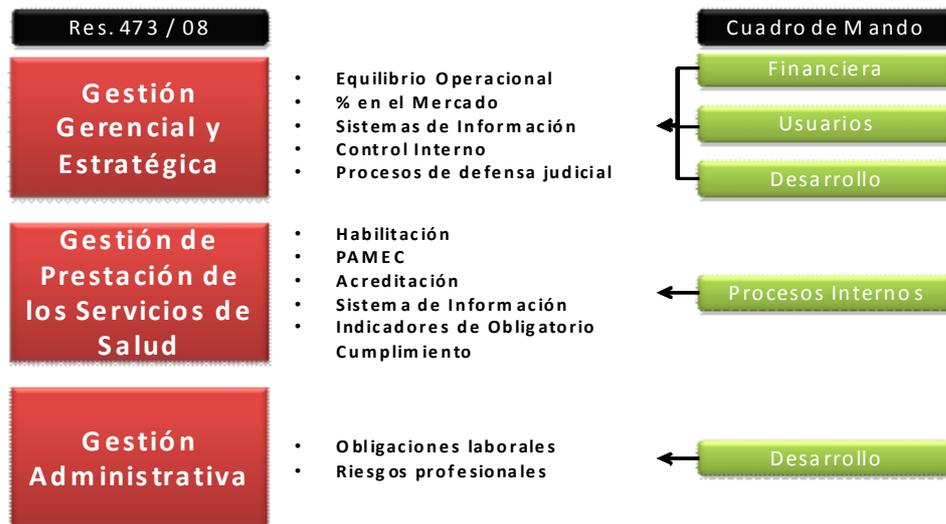
Se materializan con el seguimiento al desarrollo estratégico de la entidad, el análisis financiero, operacional y presupuestal de la misma y con el seguimiento al comportamiento en el mercado de la prestación de servicios de salud, la aplicación del Sistema de Control Interno y la garantía de una adecuada unidad de intereses de la entidad. La gestión directiva y estratégica se encuentra alineada con las perspectivas Financiera, de Usuarios y Mercado y de Desarrollo.

2. Prestación de Servicios de Salud. Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutive de cada entidad.

Se materializan con el seguimiento a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud con enfoque en seguridad al paciente y con el desarrollo, en lo pertinente, de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. La Prestación de los servicios de salud se encuentra alineada con la perspectiva de procesos.

3. Gestión Administrativa. Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud. La Gestión Administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo.

FIGURA 3
ALINEAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LA RESOLUCIÓN
0473 DE 2008



Fuente: IPS A

5.3 DIAGNÓSTICO DE GESTIÓN / COMPONENTE DIRECTIVO Y ESTRATÉGICO

5.3.1. Perspectiva Financiera

El análisis de los indicadores financieros es valioso para mostrar la situación económica de la institución, los cuales se caracterizan por ser fácilmente medibles y proporcionan información valiosa sobre el desempeño de la estrategia en el pasado inmediato. A diciembre 31 de 2009, la IPS A presenta las siguientes fortalezas y debilidades:

TABLA 1
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN FINANCIERA - IPS A - A 31 DE DICIEMBRE
2009

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Aportes a seguridad social se encuentran al día. • Pagos correspondientes a salarios se encuentran al día. • Pago de contratistas 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un sistema de costos hospitalarios, como herramienta para la toma efectiva de decisiones orientadas a maximizar los excedentes financieros y racionalizar los gastos. • Con relación a los recaudos bancarios, se observa cifras de consignaciones por identificar y no existen convenios de recaudos suscritos con entidades bancarias. • La falta de apoyo por parte del Estado en relación con las EPS, hace que no haya flujo de recursos. • Demora en la facturación para ser registrada en contabilidad.

5.3.2. Perspectiva De Usuarios Y Mercado

Identifica las características de la población atendida por la institución y su nivel de satisfacción frente a los servicios prestados. De igual forma, analiza las diferentes variables que son importantes para el usuario tales como la calidad, la oportunidad, el acceso, la pertinencia, la imagen institucional, las relaciones y el trato proporcionado por los funcionarios de la E.S.E.

Los principales resultados obtenidos como fruto del diagnóstico se resumen a continuación:

TABLA 2
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE USUARIOS Y MERCADO

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none">• Cobertura del 90% de la población.• Aumento en las coberturas del régimen subsidiado, contributivo y régimen especiales.• Atención al 90% de los regímenes subsidiado y la población vinculada.	<ul style="list-style-type: none">• Disminución del número de vinculados a cargo del ente territorial.• Estructura de la imagen corporativa sin definición ni socialización.• Falta de una encuesta estructurada que permita la evaluación real de los indicadores de satisfacción del usuario en referencia a la prestación con calidad de los diferentes servicios.

5.3.3. Sistemas de Información, Control y Gestión

El diseño de sistemas de información, control y gestión se orienta al fortalecimiento y mejoramiento de procesos, procedimientos, entre otros elementos de apoyo; siendo un importante apoyo a la toma de decisiones gerenciales.

TABLA 3
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN,
CONTROL Y GESTIÓN

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none">• La entidad da respuesta a todos los procesos de tipo judicial, así como a los requerimientos de las diferentes entidades dentro de los términos legales.• Entrega oportuna de informes a los entes de control.	<ul style="list-style-type: none">• No se ha implementado el MECI.• No existe software y hardware específicos y necesarios para cumplir con los objetivos misionales.• Falta de capacitación en sistemas.• No existe Reglamento interno de trabajo.• No existe Manual de Contratación.• No existe el Estatuto Interno de la Institución.• No se tienen diseñados e implementados los indicadores de gestión por proceso.• Se requiere mejorar el acceso a Internet (banda ancha) Compartel.• Se requiere ajustar de acuerdo a la normatividad el archivo de historias clínicas.

5.4. DIAGNÓSTICO DE GESTIÓN / COMPONENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

5.4.1. Perspectiva De Procesos Asistenciales

Cada uno de los sectores económicos cuenta con un conjunto único de procesos para generar valor frente a sus clientes o usuarios, los cuales se relacionan de manera indirecta con los resultados financieros. En las instituciones de salud, la creación de valor agregado se da mediante la prestación básica de servicios de salud de acuerdo a su nivel de complejidad. Es así como en la E.S.E. se han identificado puntos fuertes y oportunidades de mejora en cada uno de los servicios.

TABLA 4.
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA CALIDAD EN SERVICIOS

Servicios Asistenciales	Fortalezas	Debilidades
CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none">• Talento humano Idóneo y comprometido.• Oportunidad en la atención.• Equipos acordes.• Equipos e insumos necesarios.	<ul style="list-style-type: none">• Falta educar a la comunidad en lo referente a la racionalización en el uso del servicio.• Falta mobiliario de oficina y algunos equipos.• Ausencia de sistematización para el manejo de datos.

		<ul style="list-style-type: none"> • Falta de Socialización al personal de los protocolos para su implementación. • Registros incompletos en la historia clínica. • Las instalaciones físicas no cumplen con los requisitos de habilitación.
ODONTOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Personal Idóneo y comprometido. • Oportunidad en atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos faltantes en equipos. • Unidades odontológicas en regulares condiciones. • Falta un software • Las instalaciones físicas NO cumplen con los requisitos de habilitación. • Elementos e instrumental de trabajo en regular estado.

		<ul style="list-style-type: none"> • Archivo de historias no ajustado a la norma actual.
FARMACIA	<ul style="list-style-type: none"> • Personal Idóneo y comprometido. • Oportunidad en atención y suministro de medicamentos. • Servicios de calidad. • Disponibilidad permanente de insumos. • Cumplimos con los estándares exigidos para habilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existen manuales de procesos y procedimientos.
LABORATORIO CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> • Personal Idóneo y comprometido. • Servicios de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las instalaciones físicas no cumplen con los requisitos de habilitación. • No existen manuales de procesos y procedimientos. • Faltan equipos modernos para el análisis de muestras.

<p style="text-align: center;">TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Referencia y Contrarreferencia implementado. • Se encuentra equipado cumpliendo parámetros establecidos por la norma. • Disponibilidad del servicio las 24 horas. • Acompañamiento de personal médico o paramédico. • Personal con preparación que cumple con las exigencias para la habilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulancias en Regular estado. • Equipos de comunicación no funcionan.
<p style="text-align: center;">URGENCIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de personal las 24 horas. • Personal Idóneo. • Equipos y suministros acordes al nivel de complejidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos de los equipos ya han cumplido con su vida útil y es necesario reemplazarlos. • Equipos de comunicación no funcionan.

		<ul style="list-style-type: none"> • Se debe socializar los protocolos para el manejo de urgencias con todo el equipo. • No existen manuales de procesos y procedimientos. • No se cuenta con manual de procesos y procedimientos, así como guías de atención de las causas de morbilidad. • Se debe adecuar la infraestructura física.
<p>PROMOCION Y PREVENCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de los programas por parte de los empleados. • Historia Clínica ajustada para cada programa. • Trabajo en equipo 	<ul style="list-style-type: none"> • Bases de datos desactualizadas. • Matrices de programación por programas muy elevados y no corresponden a la población real del municipio.

		<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento deficiente a la población inasistente a los programas. • No existen manuales de procesos y procedimientos. • Infraestructura física inadecuada para la atención.
SALA DE OBSERVACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Personal idóneo y comprometido. • Capacidad para atender a los usuarios con excelente calidad y buen trato. 	Instalaciones no cumplen con lo exigido en la habilitación.

5.5. DIAGNÓSTICO DE GESTIÓN / COMPONENTE ADMINISTRATIVO

5.5.1. Gestión del Talento Humano

El contar con un equipo humano competente, satisfecho, motivado y que logre satisfacer sus necesidades económicas por medio del trabajo es un componente que influye directamente sobre la calidad de los servicios prestados, aumentando la productividad y contando con un adecuado trato y orientación al cliente

En la institución la situación actual frente al talento humano se exhibe en la tabla No. 5.

TABLA 5
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none">• Conocimiento del personal que labora en las dependencias.• Continuidad.• Estabilidad laboral.• La entidad cuenta con afiliación de todos los empleados a la ARP respectiva.	<ul style="list-style-type: none">• Falta de personal de apoyo.• Las hojas de vida de los funcionarios se encuentran desactualizadas.• No existe un plan de capacitación para funcionarios.• No existen los protocolos de riesgo laboral.• Falta implementación de software.• No existe análisis de la carga prestacional, que en algunos casos no cumple con la normatividad.

5.5.2. Perspectiva De Procesos De Apoyo

Para contar con un adecuado funcionamiento de los servicios asistenciales para así satisfacer a los clientes, se deben gestionar procesos orientados al adecuado soporte sobre la infraestructura, planta y equipos; así como desarrollar de manera efectiva la gestión logística relacionada con compras y mantenimiento.

TABLA 6
PERSPECTIVA DE PROCESOS DE APOYO

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none">• Se cuenta con proveedores que cumplen con los requisitos de ley y ofrecen productos de excelente calidad y a bajos precios.• Ambiente laboral cómodo.• Entrega oportuna de informes a los entes de control.• Existencias en los depósitos, de productos farmacéuticos y material necesario para la prestación de servicios de salud es la adecuada para las necesidades de los diferentes servicios de la Institución.	<ul style="list-style-type: none">• Falta conformar el comité de compras.• No se lleva una hoja de vida por cada equipo biomédico.• No se cuenta con oficinas confortables• El área de urgencias no cumple con la infraestructura física.• Falta de algunos equipos biomédicos en algunas áreas (Dotación incompleta).

<ul style="list-style-type: none"> • Existen algunos equipos biomédicos que se encuentran en buen estado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de capacitación al recurso humano que opera los equipos en el manejo u operación de los mismos. • Falta mejorar el mantenimiento de equipos biomédicos y de la parte administrativa, según la necesidad.
--	---

5.6. ANALISIS EPS A

TABLA 7
DOFA GENERAL EPS A

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
<p>EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ESTAN EL PROGRAMA ES MENOR QUE EL PORCENTAJE DE POBLACION REALMENTE AFECTADA POR DIABETES O HIPERTENSION ARTERIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MEJORA DE LA COBERTURA, DESDE EL MOMENTO DE LA AFILIACION. ✓ ATENCION DOMICILIARIA A POBLACION VULNERABLE ✓ TAMIZAJES DE HIPERTENSION Y DIABETES A TODA LA POBLACION VULNERABLE EN FORMA PERIODICA.

FORTALEZAS	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ GUIAS DE MANEJO MEDICO DE FACIL CONSULTA(INTRANET) ✓ MEDICOS SOLO DEDICADOS A LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION ✓ FACIL ACCESO A CITAS DE CONTROL ✓ AUXILIAR DE DEMANDA INDUCIDA EXCLUSIVO PARA LOS PROGRAMAS, HACE SEGUMIENTO A LAS AGENDAS MEDICAS ✓ APOYO DE MEDICO INTERNISTA ✓ MANEJO MULTIDISCIPLINARIO ✓ AMPLIA COBERTURA DE HORARIOS ✓ ATENCION EN TODOS LOS MUNICIPIOS DEL AREA METROPOLITANA 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ FALTA DE ATENCION DOMICILIARIA EN ESTOS PROGRAMAS

5.7. EJEMPLO DE UN PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR ¹²

5.7.1 Cronograma visitas de Enfermería

5.7.1.1. Visita Inicial

- Registro CV¹³ y cumplimiento terapéutico. Consejos sobre tabaco, dieta, ejercicio y explicar los FRCV¹⁴.
- Realizar el test de Framingham y registrar alerta de RCV alto (si >20%).
- Realizar el patrón de percepción de la salud.
- *Pactar objetivos en función de la prioridad del paciente.*

5.7.1.2. Segunda Visita

- Complimentar hoja de registro C.V.
- Realizar Patrón Nutricional-Metabólico, Detectar errores y transgresiones dietéticas.
- Alimentación: dieta cardiosaludable

5.7.1.3. Tercera Visita

- Complimentar hoja de registro C.V. Reforzar cumplimiento de la dieta, incidiendo en los errores detectados.
- Realizar Patrón Actividad-Ejercicio.
- Fomentar el ejercicio físico, entregar podómetros.
- Intervención Tabaco: test de Fragëstrom y de Richmond. Dar consejo mínimo y derivar al médico para recibir medidas farmacológicas.

¹² Tomado de: <http://www.ehrlica.org/im/pdf/8spprograma.pdf>

¹³ Curriculum Vitae (Hoja de Vida)

¹⁴ Factores de Riesgo CardioVascular)

5.7.2. Actividades Grupales

4 sesiones, en grupos de 20 personas de características similares, con parte teórica y práctica:

1- Prevención de los FRCV. Como realizar autocontroles.

2- Alimentación Cardiosaludable. Confección de una dieta.

3- Ejercicio Físico. Explicar podómetro.

4- Estrategias básicas para la prevención y el manejo del estrés.

El paciente se auto controlará y solicitará consulta a demanda de enfermería ante cualquier duda o modificación de sus circunstancias.

6.7.3. Cronograma de las visitas médicas

5.7.3.1. Visita Inicial: Cumplimentar la historia. Reforzar cumplimiento terapéutico: medicación, dieta, ejercicio físico y abandono tabaco.

5.7.3.2. Visita Anual: Revisión según algoritmos, en diabéticos será cada 6 meses.

Visita Programada y a Demanda: Según criterios de derivación del programa.

6. PLAN DE MEJORA PARA LAS ENTIDADES ANALIZADAS

Teniendo en cuenta la lista de verificación diligenciada para la IPS y la EPS así como su matriz DOFA, se muestran a continuación un plan de mejora, en el cual se dan a conocer las medidas correctivas y preventivas con el ánimo de mejorar tanto la eficacia como eficiencia de los programas de riesgo cardiovascular en las entidades analizadas.

Este plan de mejora se plantea en la siguiente tabla:

6.1 PLAN DE MEJORA EPS A

TABLA 8
PLAN DE MEJORAMIENTO EPS A

Aspecto analizado	Mejora sugerida
Programa riesgo cardiovascular	<ul style="list-style-type: none">- Capacitación a los asesores sobre el contenido del programa para incentivar al recién afiliado. - Además si algún paciente llegara a presentar riesgos de enfermedad cardiovascular, deberá ser remitido inmediatamente al Programa, donde será tratado de manera integral por un grupo médico interdisciplinario, el cual trabajará para disminuir los riesgos y controlar los síntomas que esté presentando.

	<p>- Además si algún paciente llegara a presentar riesgos de enfermedad cardiovascular, deberá ser remitido inmediatamente al Programa, donde será tratado de manera integral por un grupo médico interdisciplinario, el cual trabajará para disminuir los riesgos y controlar los síntomas que esté presentando.</p> <p>-Se debe brindar apoyo y educación a los adultos con enfermedades de riesgo cardiovascular y sus familias; y así estas personas adquieran habilidades en su propio cuidado, en colaboración con su familia para prevenir o aplazar las complicaciones y los eventos cardiovasculares que se generan de estas enfermedades para mejorar su calidad de vida.</p> <p>- Analizar y tener en cuenta que Con los Planes de Atención Complementaria (PAC), los pacientes acceden a la atención médica de forma fácil y oportuna a través de amplias coberturas, calidad, profesionalismo médico, eficiencia y agilidad en la atención, con tarifas a bajo costo.</p>
--	--

<p>Programa de atención a usuarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de atención de pacientes con discapacidad para desplazarse a los centros de atención. - Información de los pacientes frente a la posibilidad de participar en los Programas de Promoción y Prevención, conociendo las causas de estas enfermedades y recibiendo orientación médica especializada que les ayude a adoptar estilos de vida que los mantendrá saludables, les ayudará a prevenir futuras enfermedades y aumentará su calidad de vida. - Analizar y poner en práctica que los afiliados y sus familias deben recibir atención en salud de manera integral en prevención, educación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y, suministro de medicamentos; los Programas de Promoción, Educación y Prevención ayudan a mantener la buena salud de las familias accediendo de forma gratuita y según el perfil a los programas de salud preventivos, promoviendo estilos de vida saludables. - El modelo de prestación de servicios de la E.P.S. debe estar diseñado para satisfacer las necesidades del afiliado, disminuir trámites administrativos innecesarios y facilitar el acceso a los servicios por parte de los afiliados. - Involucrar a todos los afiliados y sus empleados en la participación activamente en los programas de promoción, educación y prevención.
--	---

6.2 PLAN DE MEJORA IPS A

TABLA 9
PLAN DE MEJORAMIENTO IPS A

ASPECTO ANALIZADO	MEJORA SUGERIDA
Atención a los usuarios	<ul style="list-style-type: none">• Auditoria de adherencia a guías• Comité médico mensual de revisión de casos• Plan de atención domiciliaria• Acceso a citas de medicina interna• tener un contacto más directo con el paciente para resolver dudas, plantear sugerencias y resolver inquietudes sobre todo lo relacionado con la prestación de servicios de salud en la I.P.S.• Ofrecer al paciente un trato digno y amable, respetando sus creencias y costumbres.• Escuchar, analizar y reconocer necesidades y dar respuesta, cuando el paciente lo requiera a partir de la exposición de sus inquietudes, sugerencias o quejas.

Programa Riesgo Cardiovascular

- Concienciar a las personas acerca de los principales factores de riesgo cardiovascular.
- Generar e incentivar hábitos saludables en la población con el fin que disminuyan sus factores de riesgo cardiovascular.
- Evaluación de los factores de riesgo cardiovascular y el cálculo del riesgo de enfermedad coronaria.
- Diseño del plan de intervención individual farmacológico y no farmacológico.
- Actividades educativas para la promoción de la salud.
- Prescripción, seguimiento y control del ejercicio.
- Programas grupales de ejercicio dirigido.
- Actividades para la prevención y tratamiento del tabaquismo.
- Atención nutricional.
- Atención psicológica.
- Atención en fisioterapia.
- Atención en terapia respiratoria.

7. CONCLUSIONES

- La auditoria médica es un proceso que se ha definido como un proceso de mejora de la calidad que busca mejorar la atención al paciente y los resultados a través de revisión sistemática de la atención a los criterios explícitos y la implementación del cambio. En este sentido, el componente clave de la auditoria médica es que el desempeño es revisado (o auditado) para asegurar que lo que debe hacerse se está haciendo.
- Un programa de riesgo cardiovascular supone un cambio de estrategia en relación a otros programas de papel que muchas veces son llevados a cabo, ya que se marcan los objetivos en función de las prioridades del paciente, poniendo al individuo en situación activa.
- En cuanto a la implementación de programas de riesgo cardiovascular, la toma de decisiones es compartida. Hay que asumir pactos terapéuticos. Se acuerda de forma abierta los compromisos adquiridos en función de la información que el profesional ofrece y las preferencias que el paciente decide asumir.
- Se entiende al paciente como "decisor razonado", es decir, el que finalmente decide con la información que se le suministra. Se promueven actividades grupales para reforzar la información dada en cada visita, intentando modificar aptitudes, conocimientos y comportamientos.
- Las dos entidades analizadas están en proceso de Acreditación.
- Un programa de riesgo cardiovascular supone un cambio de estrategia en relación a otros programas de papel, ya que se marcan los objetivos en

función de las prioridades del paciente, poniendo al individuo en situación activa.

- En cuanto a la implementación de programas de riesgo cardiovascular, la toma de decisiones es compartida. Hay que asumir pactos terapéuticos. Se acuerda de forma abierta los compromisos adquiridos en función de la información que el profesional ofrece y las preferencias que el paciente decide asumir.
- Las entidades de salud objeto del estudio se han concientizado de la importancia de estos programas lo cual ha hecho que se invierta económicamente.

8. RECOMENDACIONES

- Se sugiere un curso de formación en factores de riesgo cardiovascular enfocado a pacientes, usuarios y personal de la EPS y la IPS con el fin de disminuir dichos factores.
- Realizar seguimiento periódico al programa de riesgo cardiovascular en cada una de las entidades de salud analizadas.
- Un sistema de indicadores es clave para controlar y mejorar el programa de riesgo cardiovascular.
- Es necesario generar un proceso de evaluación interna, describiendo inicialmente todos los procesos que maneja la E.P.S y la I.P.S., respectivamente frente a la Legislación del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, describiéndose el proceso de acreditación y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Salud en Colombia, diferenciando la prestación y el costo de los servicios de salud del antiguo sistema y el actual Sistema de Seguridad Social en Salud para los usuarios respectivamente.
- Se debe tener en cuenta que es necesario realizar un análisis detallado de las inconsistencias de tanto internas como externas se están presentando tanto en la E.P.S, como en la I.P.S, buscando modificaciones tanto en procedimientos, personal, políticas, estructurales y legales que reivindiquen el servicio que se ofrece y permitan ampliar la cobertura.
- Sería importante que tanto E.P.S, como I.P.S., manejaran referencialmente el perfil demográfico y epidemiológico de la población usuaria que atienden,

así se contribuirá a valorar la calidad de la prestación de los servicios que se prestan.

- Es importante que dentro de las políticas y acciones que se implementen en la I.P.S. A y E.P.S. A, se tenga en cuenta que el tener derecho a la salud no significa que solamente se tiene derecho a una atención oportuna y apropiada para la prevención y curación de la enfermedad. El derecho a la salud se materializa con las acciones desarrolladas, en su conjunto por el Estado con el fin de que la población cuente con:

- Alimentación sana y nutrición adecuada
- Vivienda adecuada
- Agua limpia y potable
- Condiciones sanitarias adecuadas
- Condiciones de trabajo seguras y sanas
- Un medio ambiente sano
- Relaciones sin discriminación, explotación o maltrato
- Educación e información en salud
- Oportunidades de participación comunitaria

BIBLIOGRAFIA

CALA, Carlos y HERNANDEZ, Liliana. Factores asociados al abandono del programa de control prenatal en las gestantes captadas en el ESE Hospital Integrado San Juan de Cimitarra, Santander. 2008. p. 13 – 17.

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16614DocumentNo5136.PDF>. Consultado: 02-08-2009.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 (03, Abril, 2006). 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. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2006. p. 1 – 17.

<http://74.125.47.132/search?q=cache:NsJnsnuHqREJ:www2.valledelcauca.gov.co/SIISVC/documentos/ligarcia%2520453960/Taller%2520Nacional%2520Difusion%2520de%2520las%2520nuevas%2520normas%2520del%2520sistema%2520obligatorio%2520de%2520garant%2520de%2520calidad/28%2520JUNIO/PA MEC.ppt+resumen+resolucion+1043&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=co>. Consultado: 15-01-2009. Consultado: 02- 01- 2010

FERNANDEZ B. Nelida, Informe Calidad De La Atención Médica. En Fascículo N° 1, Programa de Educación a Distancia. “Nuevas formas de organización y financiación de la Salud” 1989

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1043 (03, Abril, 2006). 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. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2006. p. 1 – 8.

<http://www.ehrca.org/im/pdf/8spprograma.pdf>

ANEXOS

ANEXO A

RESOLUCIÓN NÚMERO 412 DE Febrero 25 de 2000

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

EL MINISTRO DE SALUD

En uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993 y

CONSIDERANDO

Que al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y para las Direcciones Seccionales, distritales y locales de Salud.

Que las Administradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado tienen la obligatoriedad de prestar todos los planes de beneficios a su población, incentivando las acciones de Promoción y Prevención.

Que de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en Salud Pública.

Que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben realizar las acciones conducentes a reducir el riesgo de enfermar y morir por causas

evitables, alcanzar mejoría en los niveles de salud y garantizar la salud colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública del país.

RESUELVE:

CAPITULO I.

ASPECTOS GENERALES

ARTICULO 1. OBJETO. Mediante la presente resolución se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades.

ARTICULO 2. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones de la presente resolución se aplicarán a todas las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

ARTICULO 3. NORMA TECNICA. Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo – efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y de detección temprana establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Igualmente determinan las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

PARAGRAFO. PARAGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, no podrán dejar de efectuar las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas.

Tampoco podrán disminuir la frecuencia anual, ni involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.

ARTICULO 4. GUIA DE ATENCION. Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

Las guías de atención relacionadas con tuberculosis, lepra, leishmaniasis y malaria contienen elementos normativos de obligatorio cumplimiento.

ARTICULO 5. DEMANDA INDUCIDA. Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán elaborar e implementar estrategias que le garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección

específica y detección temprana así como la atención de enfermedades de interés en salud pública.

ARTICULO 6. PROTECCIÓN ESPECÍFICA. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

ARTICULO 7. DETECCION TEMPRANA. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

CAPITULO II.

NORMAS TECNICAS

ARTICULO 8. PROTECCION ESPECÍFICA. Adóptanse las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación:

- a. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- b. Atención Preventiva en Salud Bucal
- c. Atención del Parto
- d. Atención al Recién Nacido
- e. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

PARAGRAFO. PARAGRAFO. Los contenidos de las normas técnicas de protección específica serán actualizados periódicamente, de acuerdo con los

cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

ARTICULO 9. DETECCION TEMPRANA. Adóptanse las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, enunciadas a continuación:

- a. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años)
- b. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)
- c. Detección temprana de las alteraciones del embarazo
- d. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años)
- e. Detección temprana del cáncer de cuello uterino
- f. Detección temprana del cáncer de seno
- g. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual

PARAGRAFO. PARAGRAFO. Los contenidos de las normas técnicas de detección temprana serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país y el desarrollo científico y la normatividad vigente.

CAPITULO II.

GUIAS DE ATENCION PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA

ARTICULO 10. GUIAS DE ATENCION DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA. Adóptanse las guías de atención contenidas en el anexo técnico 2-200 que forma parte integrante de la presente resolución, para las

enfermedades de interés en Salud Pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud:

- a. Bajo peso al nacer
- b. Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórico y obesidad)
- c. Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años)
Alta: Otitis media, Faringitis estreptococcica, laringotraqueitis.
Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.
- d. Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera
- e. Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar
- f. Meningitis Meningocóccica
- g. Asma Bronquial
- h. Síndrome convulsivo
- i. Fiebre reumática
- j. Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas.
- k. Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica, Sífilis, VIH/SIDA)
- l. Hipertensión arterial
- m. Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo
- n. Menor y Mujer Maltratados
- o. Diabetes Juvenil y del Adulto
- p. Lesiones preneoplasicas de cuello uterino
- q. Lepra
- r. Malaria
- s. Dengue
- t. Leishmaniasis cutánea y visceral
- u. Fiebre Amarilla

PARAGRAFO. PARAGRAFO. Los contenidos de las guías de atención serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

CAPITULO IV

OFERTA DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE DEMANDA INDUCIDA Y OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

ARTICULO 11. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar en el municipio de residencia del afiliado, la prestación de la totalidad de las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en las normas técnicas de obligatorio cumplimiento y en las guías de atención, a través de la red prestadora de servicios que cumpla los requisitos esenciales para la prestación de los mismos.

PARAGRAFO. PARAGRAFO. En el evento en que la red de prestadores de servicios de salud del municipio de residencia del afiliado, no pueda prestar la totalidad de los servicios establecidos en las normas técnicas y guías de atención, las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben asumir los gastos del desplazamiento a que hubiere lugar para la prestación de los mismos.

ARTICULO 12. LISTADO DE PRESTADORES DE SERVICIOS. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben entregar al momento de la afiliación, el listado de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios con su dirección y teléfono, indicando las diferentes actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que las mismas prestan.

ARTICULO 13. COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS. De conformidad con lo establecido en el Acuerdo 30 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, no podrán aplicarse copagos ni cuotas moderadoras a las actividades,

procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención a que se refiere la presente resolución.

ARTICULO 14. CAMBIO DE REGIMEN Y TRASLADOS ENTRE ENTIDADES.

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, cuando por cualquier motivo un afiliado cambie de un régimen a otro o cuando se produzca el traslado de Entidad Promotora de Salud, Entidad Adaptada o Administradora del Régimen Subsidiado. Para tal efecto la respectiva Entidad deberá proporcionar a aquella a la cual se traslade, la totalidad de la información relacionada con las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar.

ARTICULO 15. VIGILANCIA Y CONTROL. El Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, y las Direcciones Territoriales de Salud ejercerán las funciones de vigilancia y control de conformidad con las normas vigentes y lo establecido en el artículo 18º del Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 16. PROGRAMACION, SEGUIMIENTO Y MONITOREO PERMANENTE.

Para la programación de actividades, el seguimiento y el fortalecimiento y perfeccionamiento de la gestión de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado, en relación con las acciones de protección específica, detección precoz y atención de enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se adoptan la metodología única contenida en el "Anexo Técnico 3-2000 de Programación", en el "Anexo 4-2000 de Indicadores de Gestión" y los lineamientos establecidos en el "Anexo Técnico 5-2000 Sistema de

Fortalecimiento de Gestión de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado frente a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública” los cuales forman parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO 17. REQUERIMIENTOS PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA Y OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO. Las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas, deberán radicar ante la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces, el informe de gestión trimestral, dentro de los quince días calendario siguientes al vencimiento del respectivo trimestre, en forma impresa y en medio magnético, de acuerdo con el “Anexo Técnico 6-2000 Especificaciones para la Transferencia de Datos sobre ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública”.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado, deberán radicar ante las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud trimestralmente un informe de gestión correspondiente al trimestre y para cada uno de los contratos existentes, de acuerdo con los criterios técnicos anexos a esta resolución en el anexo “Anexo Técnico para la Transferencia de Datos sobre Ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública”.

PARAGRAFO.- Semestralmente las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud remitirán a la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud un informe sobre la gestión de las ARS DE su departamento, presentando para cada una y por cada contrato el estado de los indicadores establecidos en el “Anexo de Indicadores de Gestión”.

ARTICULO 18. CONTROL DE LA INFORMACION. Con el objeto de garantizar la calidad de la información suministrada tanto para la programación como para la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud desarrollará un sistema de control sobre la información recepcionada. Dicho proceso se realizará trimestralmente de acuerdo con los cortes de evaluación.

Cuando se comprueben fallas en la información, la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces, dará aviso a la Superintendencia Nacional de Salud para que se establezcan los correctivos o sanciones pertinentes.

ARTICULO 19. ASISTENCIA TECNICA. Una vez adoptadas las normas técnicas y guías de atención, el Ministerio de Salud adelantará la correspondiente fase de inducción a las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, con el objeto de fortalecer la gestión de dichas entidades y de garantizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución.

ARTICULO 20. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. Esta Resolución rige tres (3) meses después, contados a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial la Resolución 3997 de 1996, la cual continuará aplicándose mientras entra en vigencia la presente resolución.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los 25 de Febrero de 2000

EL MINISTRO DE SALUD

VIRGILIO GALVIS RAMIREZ

ANEXO B

Guía De Atención De La Hipertensión Arterial

(Hace parte de la RESOLUCION NUMERO 00412 DE 2000)

TABLA DE CONTENIDO

1. JUSTIFICACIÓN

2. OBJETIVO

3. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

3.1 DEFINICION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

3.2 DESCRIPCION CLINICA

3.3 COMPLICACIONES

3.4 FACTORES DE RIESGO

4. POBLACION OBJETO

5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

5.1 DIAGNÓSTICO

5.1.1 Toma de la presión arterial

5.1.1.1 Adecuada técnica en la medición de la tensión arterial:

5.1.2 Clasificación por grados de presión arterial en adultos

5.2 TRATAMIENTO

5.2.1 Tratamiento no farmacológico

5.2.2 Tratamiento farmacológico

5.2.3 Respuesta inadecuada al tratamiento hipertensivo

6. FLUJOGRAMA

7. BIBLIOGRAFÍA

1. JUSTIFICACIÓN

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) afecta aproximadamente al 20% de la población adulta de la mayoría de los países, es la primera causa de morbilidad y motiva el mayor número de consultas dentro de las afecciones del aparato circulatorio.

La Hipertensión Arterial es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardiocerebrovascular, y a menudo se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos tales como dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, Diabetes Mellitus e inactividad física (sedentarismo).

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.

Según los datos de mortalidad del DANE en 1995 la enfermedad hipertensiva ocupó el 9° lugar aportando el 3.05% de total de las defunciones por todas las causas, y según el Sistema de Información del Ministerio de Salud, la enfermedad hipertensiva fue la octava causa de morbilidad en consulta externa en 1997 en el total de la población, siendo la primera causa para a población de 45 -59 años con el 10.97% de los casos, y para la población de 60 y más años con el 14.8% de los casos de consulta.

Controlar la Hipertensión Arterial significa controlar el riesgo de Enfermedad Coronaria, Accidente Cerebrovascular, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta, con énfasis en la calidad de la misma, y sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto de los colombianos, lo que permitirá acercarnos en este campo a los países desarrollados.

El control de la Hipertensión es sin embargo un proceso complejo y multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención primaria, la detección temprana y un tratamiento adecuado y oportuno que prevenga la aparición de complicaciones. La detección temprana se fundamenta en la posibilidad de la población de acceder a la toma de presión arterial, a la intervención no farmacológica de los factores de riesgo, y farmacología de la Hipertensión Arterial, que según los grandes estudios han demostrado un mayor beneficio en la reducción de accidentes cerebrovasculares, y cardiopatías coronarias.

2. OBJETIVO

Detectar tempranamente la hipertensión arterial, brindar el tratamiento adecuado y minimizar las complicaciones, secuelas y muerte.

3. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

3.1 DEFINICION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión arterial se define como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg.

Cuando la presión arterial sistólica (PAS) es igual o mayor a 160 mmHg, generalmente en personas mayores de 60 años, se considera hipertensión sistólica y es un factor de riesgo para enfermedad cardiocerebrovascular.

3.2 DESCRIPCION CLINICA

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomática, que después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos.

En ocasiones se dificulta el diagnóstico, aunque pueden presentarse algunos síntomas que son muy inespecíficos tales como: cefalea, epistaxis, tinitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, fatiga fácil.

La hipertensión arterial va acompañada de alteraciones funcionales¹. Algunos de los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en la hipertensión arterial son²:

- Cambios estructurales en el sistema cardiovascular
- Disfunción endotelial.
- El sistema nervioso simpático.
- Sistema renina-angiotensina.
- Mecanismos renales.

3.3 COMPLICACIONES

La presión arterial y el deterioro de órganos debe evaluarse por separado, puesto que puede encontrarse presiones muy elevadas sin lesión de órganos, y por el contrario la lesión de órganos puede darse con una moderada elevación de la presión arterial. (Ver Cuadro No. 1 y 2)

CUADRO No. 1 COMPLICACIONES SEGUN LESION DE ORGANO BLANCO

Cuadro 2. COMPLICACIONES SEGUN ESTADO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

Fuente: Informe de un comité de Expertos de OMS sobre Hipertensión Arterial y 1993 guidelines for management of mild hypertension.

3.4 FACTORES DE RIESGO

Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la hipertensión arterial, estos han sido clasificados de acuerdo a su posibilidad de intervención, en factores de riesgo modificables y no modificables para facilitar su identificación e intervención. Los factores de riesgo no modificables son inherentes al individuo (sexo, raza, edad, herencia), y los factores de riesgo modificables pueden ser evitados, disminuidos o eliminados. Cuadro No. 3.

CUADRO 3 FACTORES DE RIESGO PARA HIPERTENSION ARTERIAL

FACTOR DE RIESGO RELACION CAUSAL

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

EDAD Las personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica⁴. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo⁵.

SEXO La hipertensión y el accidente cerebrovascular hemorrágico es más frecuente en mujeres menopáusicas. La enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular de tipo arteriosclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino.

ORIGEN ÉTNICO La hipertensión arterial se presenta de manera más frecuente y agresiva en la raza negra.

HERENCIA La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta 2^a grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, definitivamente influye en la presencia de enfermedad cardiovascular⁷.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

FACTORES COMPORTAMENTALES

TABAQUISMO El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo. El tabaco es responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer HTA⁹.

FACTOR DE RIESGO RELACION CAUSAL

ALCOHOL El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg, y la PAD en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total¹⁰.

SEDENTARISMO La vida sedentaria aumenta de la masa muscular(sobrepeso), aumenta el colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión¹¹.

NUTRICIONALES Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial¹². El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL¹³.

PSICOLOGICOS El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado al
Y SOCIALES estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia, verbalización y movimientos rápidos).

FACTORES BIOLOGICOS

OBESIDAD El exceso de peso, está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer hipertensión arterial, al igual que un IMC > de 27. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mmHg y la PAD de 1-3 mmHg. La circunferencia abdominal de 85 cm. en mujeres y de 9.8 cm. en hombres está asociada a mayor riesgo de Hipertensión, y a dislipidemia,etc¹⁴.

DISLIPIDEMIAS El estudio de Framingham demostró que el aumento de los lípidos conduce a enfermedad coronaria e hipertensión.

DIABETES MELLITUS La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de Hipertensión. El trastorno del metabolismo conlleva a un cambio en el manejo de los lípidos además del daño vascular que produce la enfermedad.

4. POBLACION OBJETO

Población con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado.

5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

5.1 DIAGNÓSTICO

5.1.1 Toma de la presión arterial

La toma de la presión arterial es el método utilizado para la detección temprana de la hipertensión arterial en los diferentes grupos de población.

El esquema para la toma de presión arterial planteado es el sugerido por el Sexto Comité Conjunto Nacional (JNC VI), basado en las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón, la Sociedad Americana de Hipertensión y la Organización Panamericana de la Salud.

5.1.1.1 Adecuada técnica en la medición de la tensión arterial:

- La persona debe estar sentada en una silla con su espalda apoyada, sus antebrazos apoyados y sus brazos a nivel del corazón.

- No haber fumado o ingerido cafeína durante los 30 minutos previos a la medición.
- La medición debe hacerse después de cinco minutos de reposo.
- El tamaño del brazalete debe ocupar el 80% de la longitud total del brazo.
- Preferiblemente con un esfigomanómetro de mercurio, o manómetro anaeroide recientemente calibrado o medidor electrónico validado.
- Deben promediarse dos o más mediciones tomadas en forma separada, con un intervalo de dos minutos.
- Si las dos primeras mediciones difieren por más de 5 mmHg, se deben obtener y promediar mediciones adicionales.

Para la toma de la tensión arterial se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Perfecto funcionamiento del equipo utilizado.
- Personal médico y de enfermería capacitado y entrenado.
- Capacidad para identificar el significado de los datos obtenidos en la toma.

No siempre la toma de presión arterial en el consultorio es la más objetiva, por eso en ocasiones se deben considerar las cifras tomadas en la casa o hacer mediciones ambulatorias por 24 horas, cuyo uso se limita a ciertas situaciones especiales para descartar:

- Hipertensión de consultorio o bata blanca.
- Hipertensión episódica.

- Síntomas de hipotensión asociados con medicamentos o disfunción autonómica.
- Síndrome de síncope del seno carotídeo.
- Síndrome de marcapaso.
- Evaluación de resistencia a la droga.

5.1.2 Clasificación por grados de presión arterial en adultos

Teniendo en cuenta los resultados de la toma de presión arterial, se clasifica el grado de presión arterial. Ver cuadro 4.

CUADRO NO. 4 CATEGORÍAS DE CLASIFICACIÓN POR GRADOS DE PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS

Fuente: I consenso nacional de hipertensión arterial, siguiendo las recomendaciones del Sexto Comité Nacional Conjunto Nacional (JNC VI) y la sociedad británica de hipertensión¹⁵.

El médico, la enfermera o la auxiliar de enfermería deben informar a la persona acerca del resultado de la toma de presión arterial, orientar y dar educación sobre estilos de vida saludable, y darle una nueva cita, con el fin de mantener la adhesión y continuidad en los controles de presión arterial.

- Presión Arterial Óptima o Normal. En caso de personas con presión arterial óptima o normal, sin factores de riesgo asociados, se hacen los registros correspondientes, se da educación en estilos de vida saludable y se cita para un nuevo control en cinco años. Flujograma 1.

· Presión Arterial Normal con factores de riesgo y Presión Arterial Normal Alta. Las personas con presión arterial normal con factor de riesgo y normal alta sin factores de riesgo se citan a control en dos años y con presión normal alta con factores de riesgo, se citan a control en un año, en ambos casos se da educación en estilos de vida saludable y se intervienen los factores de riesgo en forma individualizada, con el profesional correspondiente (nutricionista, psicólogo, médico, etc.).

Flujograma 1

· Hipertensión Arterial Estado 1, 2 y 3. Como en los anteriores casos las personas con hipertensión estado 1, 2 y 3, el médico realiza el control de TA confirmatorio, incluyendo anamnesis, examen físico completo y en caso necesario solicita los laboratorios de rutina. Todas las personas deben recibir educación en estilos de vida saludables y en caso de tener factores de riesgo se deben intervenir en forma individualizada. CUADRO No. 5

CUADRO No. 5. DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA VALORACION MÉDICA

Los datos obtenidos en el interrogatorio y en el examen físico pueden ser suficientes para realizar el diagnóstico definitivo, sin embargo algunos exámenes de laboratorio solicitados en la consulta médica inicial, pueden aportar información adicional acerca del impacto de la hipertensión arterial en lesión de órganos blancos y definir además factores de riesgo cardiovascular asociados.

CUADRO No. 6. EXÁMENES BÁSICOS PARA EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL

Fuente: Modificado del I Consenso Nacional para el Diagnóstico y Manejo de la HTA

- Individualizado en cada paciente y de acuerdo a criterio médico.
- 1 Factores de riesgo tales como: Obeso, Sedentario, Fuma, Antecedentes
- F.R.: Factor de riesgo LOB: Lesión de Órgano blanco

Otros exámenes son opcionales y dependen del criterio médico: Rayos X de tórax, ecocardiograma, microalbuminuria, Na y Ca séricos, ácido úrico, hemoglobina glicosilada.

La valoración completa debe orientar la clasificación del grado de hipertensión arterial, identificar los factores de riesgo asociados, el riesgo cardiovascular total, la lesión de órgano blanco, implementar la terapia individual, y determinar la respuesta al tratamiento instaurado.

5.2 TRATAMIENTO

Una vez establecido el diagnóstico definitivo de hipertensión arterial, el tratamiento de elección puede ser no farmacológico o farmacológico de acuerdo al estado de la hipertensión y los factores de riesgo asociados.

Cuando se va iniciar tratamiento la persona debe ser informada ampliamente sobre la hipertensión arterial, cuales son las cifras de presión arterial que maneja, cuales son los factores de riesgo identificados, cuales son las acciones protectoras, el tratamiento, los efectos secundarios y las posibles complicaciones.

Es importante en el tratamiento de la hipertensión arterial disponer de un equipo de salud interdisciplinario (médico, personal de enfermería, nutricionista, psicólogos, etc.), capacitados y comprometidos en la educación, detección temprana y atención oportuna de la hipertensión arterial

El tratamiento de la hipertensión arterial en estados 1, 2 y 3 está determinado por el grado de presión arterial, la presencia o ausencia de lesión de órgano blanco y la presencia o ausencia de factores de riesgo, Cuadro No.7.

CUADRO No. 7. ESTRATIFICACION DE RIESGO Y TRATAMIENTO

Fuente: Consenso Nacional de Hipertensión y basado en el JNC-VI

Cuando no se logra la modificación de la presión arterial deseada mediante modificación de estilo de vida, debe iniciarse terapia farmacológica.

En el grupo de riesgo B están contenidos la mayor parte de los pacientes hipertensos. Si están presentes múltiples factores de riesgo, en este grupo se debe considerar el uso de medicamentos antihipertensivos como terapia inicial.

5.2.1 Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico esta orientado a dar educación en estilos de vida y comportamientos saludables e intervenir los factores de riesgo causan-tes de la hipertensión arterial. Cuadro 8 y Flujograma 2.

CUADRO No. 8. INTERVENCION DE LOS FACTORES DE RIESGO

IMC= Índice de masa corporal c/c=Índice cintura-cadera

Fuente: Fundación Interamericana del Corazón, Prevención Primaria de las Enfermedades Cardiovasculares: Una propuesta para América Latina. 1998.

CUADRO No. 9. MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS

5.2.2 Tratamiento farmacológico

El objetivo del tratamiento farmacológico no debe limitarse sólo al control de las cifras tensionales con metas de 140/90, sino que debe enfocarse a lograr adecuada protección de órgano blanco.

- La elección del tratamiento farmacológico debe ser individualizado y escalonado.
- Se recomienda el uso de diuréticos y betabloqueadores como fármacos de iniciación. Cuadro No.10
- En la terapia individualizada se cuenta con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina IECA, antagonistas de receptores AT1, bloqueadores de los canales de calcio, alfabloqueadores, vasodilatadores, bloqueadores centrales ganglionares. Cuadro No. 10
- El medicamento debe tener buen perfil hemodinámico, baja incidencia de efectos colaterales, proteger órgano blanco.
- Es preferible usar un solo medicamento - monoterapia - y una sola dosis - monodosis esto da comodidad y permite mayor adherencia al tratamiento y menor costo.
- Se debe Iniciar con bajas dosis de medicamento, validado y sustentado mediante investigación de moléculas, con reconocida eficacia, tolerabilidad y la dosis se modifica según la respuesta. La dosis debe ser la menor efectiva, pero teniendo cuidado de no prescribir nunca una dosis subóptima.

- En caso de inadecuado control de cifras de tensión arterial después de uno o dos meses, con buena tolerabilidad al tratamiento iniciado, se procede a aumentar la dosis del medicamento.
- En caso de no obtener control adecuado con dosis máxima se debe considerar un segundo fármaco de grupo diferente, que preferiblemente podría ser un diurético.
- Si la persona no tolera la elección se puede cambiar por medicamento de grupo farmacológico diferente.
- Si no se controla con la anterior recomendación se debe enviar al médico internista y este lo remitirá al especialista (cardiólogo, nefrólogo, neurólogo, oftalmólogo) según el compromiso de la lesión de órgano blanco.
- La persona que ha iniciado Farmacoterapia deben tener controles individualizados con médico general entrenado hasta lograr adherencia al tratamiento y una vez se establece puede iniciar controles de enfermería cada dos meses. Posterior al control médico se cita para nuevos controles médicos o de enfermería según la situación individual. Flujograma 2.

5.2.3 Respuesta inadecuada al tratamiento hipertensivo

Se considera que hay respuesta inadecuada al tratamiento de la hipertensión arterial en aquellas personas que permanecen con presión arterial mayor de 140/90 a pesar de adecuada adherencia al tratamiento, con tres medicamentos a dosis óptimas (un de ellos debe ser diurético), o en personas mayores de 60 años en quienes la presión sistólica permanece por encima de 160 a pesar tomar adecuadamente tres medicamentos en dosis máximas tolerables.

- Se deben descartar algunas circunstancias antes de declarar una respuesta inadecuada al tratamiento como: seudohipertensión, uso de manguito inadecuado, hipertensión de bata blanca, sobrecarga de volumen. Así como daño renal progresivo, exceso de sal, retención hídrica y dosis inadecuada de diurético.
- Las principales causas de inadecuada respuesta al tratamiento son: tabaquismo, persistencia de obesidad, apnea obstructiva del sueño, resistencia a la insulina, consumo de alcohol, dolor crónico, crisis de ansiedad, hiperventilación y crisis de pánico.
- Además, desempeñan un papel importante las interacciones medicamentosas como en este caso los antiinflamatorios no esteroides, esteroides, descongestionantes y simpaticomiméticos que tal vez son los medicamentos que con mayor frecuencia pueden afectar una buena respuesta al tratamiento antihipertensivo.
- Otros aspectos muy importantes para considerar son: dosis subterapéuticas, mala elección del medicamento e inadecuada terapia combinada.

6. FLUJOGRAMA

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Tratamiento de la Hipertensión M., Kaplan Norman., Texas. 1995.
2. Informe de un comité de expertos de la OMS, Control de la hipertensión arterial.OMS. Serie de Informes técnicos, Ginebra 1996.
3. Hipertensión arterial. Serie de Informes técnicos, No. 628, Ginebra, OMS, 1978.
4. Neurological Disorders, Texbookof Public Health and Preventive Medicine Cowan, LD. et al.. Nonwalk Conn: ApletonLange; 1992.

5. Chronic Disease Epidemiology and Control. American Public Health Association. Washington D.C.1993.
6. The prevalence of high blood cholesterol level among adults in the USA Sempos, et al.JAMA.1989 262: 45-52
7. Pickering G. High blood pressure. Londres, Churchill, 1968
8. Lineamientos para la prevención y control del tabaquismo OMS. 1996
9. Hipertensión en Quibdó González, J. et al.Chocó, Colombia, 1995
10. Implications of the INTERSALT study Hypertension Stamler, R,17 (Suppl. 1), 1991.
11. The primary prevention of hypertension cardiovascular risk factors Pearce KA, Furberg CD., 4, 147-153.1994.
12. Implications of the INTERSALT study. Hypertensión Stamler R., 17 (Suppl. 1). 1991
13. Diet and Health. Implications for reducing chronic disease risk Nacional Research council.. Washington, D.C.Nacional Academy Press; 1989
14. Clínicas Colombianas de Cardiología. I Consenso Nacional para el diagnóstico y manejo de la HTA. Villa de Leyva, abril 1998.
15. Clínicas Colombianas de Cardiología, I Consenso Nacional para el Diagnóstico y Manejo de la Hipertensión Arterial Sistémica. Villa de Leyva, 17 y 18 de Abril de 1998.

16. Guía para la Prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. Una propuesta para América Latina Fundación Interamericana del corazón,. Febrero 1998.

17. Sociedad colombiana de Cardiología, Clínicas Colombianas de Cardiología, I Consenso Nacional para el Diagnóstico y Manejo de la Hipertensión Arterial Sistémica, Villa de Leyva, Abril 1998.

ANEXO C

Lista De Verificación Para La Evolución Técnica Y Legal Del Programa De Riesgo Cardiovascular En EPS

SERVICIO: _____

FECHA: _____

C: CUMPLE

NC: NO CUMPLE

ETAPA	DETALLE	C	NC	OBSERVACIÓN
Aspecto técnico:	La infraestructura e instalaciones de la organización cumple con los requisitos mínimos de salubridad	x		
	La prescripción de medicamentos corresponde al diagnóstico	x		Siguiendo guías de atención publicadas en la intranet de la compañía
	El servicio prestado corresponde al nivel de complejidad que requiere la atención de la enfermedad, y el prestador de servicios corresponde al nivel de complejidad de la atención facturada	X		
	El proceso y procedimientos de atención se ejecutaron con racionalidad técnica (si no hay normas y guías de atención).	X		De acuerdo a las guías de atención medica
	El servicio prestado corresponde al diagnóstico registrado	X		
	La atención inicial de urgencias corresponde a una urgencia	X		
	La especialidad de la consulta corresponde al diagnóstico	X		

	El diagnóstico de egreso corresponde a la causa de atención hospitalaria.	X		Puede existir mas de un diagnostico en el mismo paciente y en las misma consulta
	El procedimiento diagnóstico y/o terapéutico corresponde al diagnóstico.	X		
	<p>Para la toma de la tensión arterial se deben cumplir los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Perfecto funcionamiento del equipo utilizado. · Personal médico y de enfermería capacitado y entrenado. · Capacidad para identificar el significado de los datos obtenidos en la toma. 	X		El sistema posee una alertas que se activan según los valores registrados de tensión arterial y dan un direccionamiento ,según dicho valor.
Aspecto legal:	El proceso y procedimientos de atención se ejecutaron con estricta sujeción a las normas y guías de	X		

	atención.			
	Se sigue el esquema para la toma de presión arterial planteado es el sugerido por el Sexto Comité Conjunto Nacional (JNC VI), basado en las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón, la Sociedad Americana de Hipertensión y la Organización Panamericana de la Salud.	X		
	En el tratamiento de la hipertensión arterial se dispone de un equipo de salud interdisciplinario (médico, personal de enfermería, nutricionista, psicólogos, etc.), capacitados y comprometidos en la educación, detección temprana y atención oportuna de la hipertensión arterial	x		Medico general ,medico especialista(internista,nutricionista,psicóloga)

C: CUMPLE

NC: NO CUMPLE

OBSERVACIONES:

AUDITADO POR: _____

FIRMA:

ANEXO D

Lista De Verificación Para La Evaluación Técnica Y Legal Del Programa De Riesgo Cardiovascular En IPS

SERVICIO: _____ FECHA: _____

C: CUMPLE
NC: NO CUMPLE

ETAPA	DETALLE	C	NC	OBSERVACIÓN
Aspecto técnico:	La infraestructura e instalaciones de la organización cumple con los requisitos mínimos de salubridad	x		Si cumple al 100% la infraestructura es totalmente nueva. Se invirtieron 1300 millones de pesos para que el puesto de salud pueda prestar la atención en servicios de consulta externa y actividades de promoción y prevención.
	La prescripción de medicamentos corresponde al diagnóstico	x		
	El servicio prestado corresponde al nivel de complejidad que requiere la atención de la enfermedad, y el prestador de servicios corresponde al nivel de complejidad de la atención facturada	x		Se presta servicios de primer nivel en el hospital, y en el puesto de salud todas las actividades de promoción y prevención, cuando se necesita valoración por especialista se realiza la remisión y se gestiona con cada ars correspondiente.
	El proceso y procedimientos de atención se ejecutaron con racionalidad técnica (si no hay normas y guías de atención).	x		Se trabaja con la norma técnica resolución 412 para todas las actividades de promoción y prevención

	El servicio prestado corresponde al diagnóstico registrado	x		
	La atención inicial de urgencias corresponde a una urgencia	x		Algunas veces no corresponde a urgencias es por eso que se presta el servicio de TRIAGE clasificación de las urgencias. Cuando no es urgencia se le informa al paciente y se remite al puesto de salud para consulta externa si amerita.
	La especialidad de la consulta corresponde al diagnóstico	X		
	El diagnóstico de egreso corresponde a la causa de atención hospitalaria.	X		
	El procedimiento diagnóstico y/o terapéutico corresponde al diagnóstico.	X		
	<p>Para la toma de la tensión arterial se deben cumplir los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Perfecto funcionamiento del equipo utilizado. · Personal médico y de enfermería capacitado y entrenado. · Capacidad para identificar el significado de los datos obtenidos en la toma. 	X		Los equipos son nuevos en cada consultorio médico y consultorio de promoción y prevención, los profesionales de salud como médico y enfermera jefe en cada consulta médica o de promoción y prevención son los que toman signos vitales.

	El proceso y procedimientos de atención se ejecutaron con estricta sujeción a las normas y guías de atención.	X		Se estaba cumpliendo pero no en totalidad, pero ahora debido a la nueva infraestructura, equipos y número de profesionales de la salud se debe cumplir en su totalidad como lo exige la norma.
	Se sigue el esquema para la toma de presión arterial planteado es el sugerido por el Sexto Comité Conjunto Nacional (JNC VI), basado en las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón, la Sociedad Americana de Hipertensión y la Organización Panamericana de la Salud.	X		
Aspecto legal:	En el tratamiento de la hipertensión arterial se dispone de un equipo de salud interdisciplinario (médico, personal de enfermería, nutricionista, psicólogos, etc.), capacitados y comprometidos en la educación, detección temprana y atención oportuna de la hipertensión arterial	x		El programa de riesgo cardiovascular lo maneja solo el médico de promoción y prevención, se cuenta con apoyo de nutricionista y enfermera profesional. Además se cuenta con promotoras de salud quien también realizan la demanda inducida.

C: CUMPLE
NC: NO CUMPLE
OBSERVACIONES:

AUDITADO POR: _____

FIRMA: _____

