

CARACTERIZACIÓN USUARIOS DE COOSALUD EPS-S ANTIOQUIA:
ESTRATEGIA MANEJO SOCIAL DEL RIESGO JUNIO 2009.

Investigador: ALEJANDRO ARBELAEZ CEBALLOS
Asesora: LILIANA MONTOYA.

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN PROMOCION Y COMUNICACIÓN

OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
SITUACIÓN EN SALUD

MEDELLIN.

NOVIEMBRE 3 de 2010.

CARACTERIZACIÓN USUARIOS DE COOSALUD EPS-S ANTIOQUIA:
ESTRATEGIA MANEJO SOCIAL DEL RIESGO JUNIO 2009.

Investigador: ALEJANDRO ARBELAEZ CEBALLOS
Asesora: LILIANA MONTOYA.

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN PROMOCION Y COMUNICACIÓN

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TITULO DE PROMOCION Y
COMUNICACIÓN EN SALUD+

MEDELLIN.

NOVIEMBRE 3 de 2010.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	5
PALABARAS CLAVES	5
ABSTRACT	6
KEY WORDS	6
1. FORMULACION DEL PROBLEMA.	7
1.1. Planteamiento del problema.	7
1.2. Justificación.	7
1.3. Pregunta de la investigación.....	7
2. MARCO TEORICO.....	8
2.1 Diagnostico de la caracterización del riesgo en salud de Coosalud EPS-S en Antioquia.	10
3. OBJETIVOS	15
3.1. Objetivos Generales.	15
3.2. Objetivos Específicos.....	15
4. DISEÑO METODOLOGICO PRELIMINAR	16
5. DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA COOSALUD CELEBRA LA VIDA..	17
5.1 Programas de la estrategia para el manejo social del riesgo.....	17
5.2 Implementación.	17
5.3 Generalidades de Antioquia.....	18
5.4 Generalidades de la priorización para la implementación de los programas a partir del diagnostico y estudio de costos de aseguramiento.	20
5.5 Software de los programas mujer segura y mas que corazón.	22
5.6 Capacitaciones.	23
6. TAMIZAJE Y DEFINICION DEL PERSONAL A CONTRATAR PARA LA APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS DISEÑADAS PARA EL BARRIDO.	24
6.1 Herramienta de la encuesta para la caracterización del riesgo de los afiliados.....	26
6.2 Resultados del barrido.	28
6.3 Duración barrido Coosalud celebra la vida Antioquia.	32

6.4 Encuesta más que corazón.	32
6.5. Encuesta mujer segura	37
7. INTERVENCION MÉDICA OFRECIDA POR LA IPS SALUD FAMILIAR OPERADOR DE LA ESTRATEGIA COOSALUD CELEBRA LA VIDA.	39
7.1. Programa riesgo cardiovascular.	39
7.2 Distribución de pacientes por sexo y edad.	40
7.3. Distribución de pacientes según grupos RCV.....	41
7.4. Distribución de pacientes según índice filtración glomerular.	42
7.5. Distribución índice masa corporal.....	44
7.6. Reporte lípidos.....	45
7.7. Reporte tensión arterial.....	47
8. ESTADÍSTICAS PROGRAMA MUJER SEGURA	48
8.1 Pacientes por grupo de edades.	48
8.2 Enfermedades de transmisión sexual.....	49
8.3. Planificación familiar.	50
8.4. Número de embarazos reportados.	52
BIBLIOGRAFIA	54

RESUMEN

Esta tesis se fundamenta en el riesgo que genera la falta de oportunidades para un adecuado diagnóstico de las enfermedades prevalentes en la población general, consecuencia del escaso seguimiento y control de los pacientes, lo cual ha llevado a un incremento de la morbi-mortalidad secundaria con UCI maternas, neonatales y UCI en adultos, producto de complicaciones relacionadas a enfermedades como hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus. Dentro del proceso de investigación se pretende hacer explícitos los acercamientos a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para lograr reducir costos socioeconómicos, implementando estrategias que buscan gestionar el riesgo y reducir las siniestralidades relacionadas a las patologías antes mencionadas.

PALABRAS CLAVES

Manejo social y gestión del Riesgo, Prevención de la enfermedad, Programas de promoción en salud.

ABSTRACT

In this thesis is based in the lack of opportunities of diagnosis medical date and diseases ´s control with a high prevalence in the populations producing a high social impact and problems in the economy. These kind of problems is due to decrease of attention of risk in a good control such as Hypertesion, diabetes mellitus, dyslipemia. These people have a lack of family planification, and prenatal control, producing a consequence of increase incidence in intensive care unit (ICU) and complication. and induced demand for programs of prevention and health promotion for the achievement in reducing socioeconomic costs.

KEY WORDS

Social management, risk, disease prevention, health promotion programs.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA.

1.1. Planteamiento del problema.

Sobre-costos sociales y económicos generados por falta de oportunidad en el diagnóstico, inadecuado seguimiento y control a los pacientes, lo que ha conllevado a gran morbi-mortalidad relacionada con hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Dislipidemia.

Además se denota escasa adherencia a programas de planificación familiar, y control prenatal, de la red prestadora de servicios de salud. Lo que ha aumentado el número de UCI neonatales, UCI materna y mortalidad en ambos grupos, consecuencia de un creciente número de embarazos no planeados, por la pobre conciencia entre nuestra población, de hacer uso adecuado de los diferentes métodos anticonceptivos.

1.2. Justificación.

Coosalud EPS-S ha visto la necesidad de mejorar la demanda inducida e inclusión de los usuarios, a los diferentes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, luego de hallar una creciente siniestralidad y subdiagnóstico en enfermedades gestionables desde el sistema de salud en nuestro país.

1.3. Pregunta de la investigación.

¿Cuáles son las características de los usuarios de Coosalud EPS-S Antioquia, a quienes se debe realizar demanda inducida a los diferentes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para la estrategia Coosalud celebra la vida?

2. MARCO TEORICO

En la línea política sobre protección de la salud en Colombia, el Plan Nacional de Salud Pública establece la responsabilidad de aseguradores y prestadores en desarrollar la red para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral con énfasis en las afecciones maternas, y perinatales. Por medio de estrategias que acompañen políticas en: empoderamiento poblacional y trabajo comunitario. Y como punto de partida se debe conocer los riesgos en salud a fin de abordarlos de manera causal y no quedarse solo en el enfoque asistencial a las enfermedades, de los usuarios que buscan los servicios de salud.

Además en la ley 1122 del 2007 se constituyen políticas que buscan ofrecer una salud integral a la población dirigiendo acciones a los grupos familiares e individuos que conforman la comunidad, y dando cumplimiento en este aspecto las EPS de régimen subsidiado deben también dar cabida a diversas estrategias que le permitan acceder a la población afiliada de un modo mas oportuno.

En el trabajo de grado, nos ocuparemos del departamento de Antioquia que está localizado en la zona noroccidental del país. El departamento se encuentra dividido en 9 subregiones; Bajo cauca, Magdalena medio, Nordeste, Norte, Occidente, Oriente, Suroeste, Uraba y Valle de Aburra. Dentro de estas se asientan 125 municipios. Coosalud EPSS tiene afiliados en 29 municipios de Antioquia.

Es así como Coosalud EPS-S ha visto como un modo de ofertar servicios de salud a la población más vulnerable por medio de promotores de salud, que colaboran en la articulación de los servicios de salud ofrecidos en la red prestadora, realizando demanda inducida, y capacitando a los usuarios en hábitos de vida saludable, promoviendo el auto cuidado en la población, liderando y dirigiendo grupos focales, dentro de la población.

La propuesta elaborada por la empresa Coosalud, ve a todos los ciudadanos como susceptibles, pero se prioriza a los más vulnerables, que por lo general son los más pobres. Así con un enfoque de gestión del manejo social del riesgo, ofrece a las familias herramientas que sirvan como factores protectores en caso de aparecer el riesgo de enfermar; estas herramientas no evitan el evento o siniestro de enfermar en todos los casos, pero sí aminoran los daños en los futuros pacientes del sistema de salud Colombiano.

Generar una caja de herramientas para la promoción de la salud, logra favorecer el desarrollo humano integral a partir de la participación social, la organización comunitaria y la gestión de alianzas intersectoriales entre la EPS y otros organismos responsables de la salud de los usuarios.

Asumir una posición proactiva que supere la simple referencia a la norma, pensando en el bienestar de las familias, teniendo en cuenta las particularidades del nivel local, la adecuada implementación de la estrategia busca la prevención, mitigación y superación de los riesgos que afectan a los usuarios, realizando ingentes esfuerzos por mejorar la prevención de la enfermedad, es decir actuar antes que la enfermedad aparezca (1, 2).

El éxito de la propuesta, donde la comunidad es el principal protagonista desde su participación, requiere estabilidad, apoyo permanente por el equipo básico de salud que le ofrecerá asistencia y acompañamiento a la población objeto de la estrategia Coosalud celebra la vida.

Para efectos de estandarización en el caso del uso de algunos términos en los diferentes documentos, estableceremos los conceptos aceptados por la protección social en su versión colombiana:

Equidad: El uso más adecuado es el que está relacionado con la “igualdad” de los resultados (como ingresos, consumo o patrimonio) y con un sentido de “justicia”. En el documento el término está más cercano al uso tradicional del

término “igualdad”. En este sentido, y de acuerdo con Amartya Sen, deberíamos pensar en la equidad en términos de una lista de comprobación, y usar los resultados para “identificar las muestras evidentes de injusticia” (3). A esto se llega al considerar que hay diversas variables involucradas en la ponderación de la equidad, y la falta de funciones adecuadas para evaluar todas esas variables implica que no es posible agregarlas en una única medida escalar (4).

Vulnerabilidad: Se ha considerado como “la probabilidad de resultar perjudicado por sucesos inesperados o como la susceptibilidad a impactos exógenos trascendiendo la perspectiva tradicional de la pobreza” (5), la vulnerabilidad es la probabilidad de ser afectado por un riesgo de cualquier naturaleza y, en este sentido, está vinculada con la capacidad de enfrentarlo. La vulnerabilidad puede originarse en condiciones permanentes, como la ancianidad, la discapacidad o la pobreza estructural; o deberse a condiciones transitorias, como la dependencia durante la niñez, el desplazamiento forzoso o la caída drástica de ingresos por crisis económica (6).

2.1 Diagnostico de la caracterización del riesgo en salud de Coosalud EPS-S en Antioquia.

Coosalud como EPS de régimen subsidiado, atiende la salud de usuarios clasificados según la encuesta del Sisbén en los niveles 1 y 2 en quienes pretendemos implementar un modelo de atención incluyente, en el que toda la familia se beneficie. A partir de este modelo buscamos concientizar a los usuarios, de sus derechos y responsabilidades.

Datos suministrados por la base de datos Eureka, software de la empresa Coosalud EPS-S, que contiene información pertinente a toda la población asegurada por Coosalud EPS-S, logro determinar cómo se observa en las tablas 1 y 2. La necesidad de mejorar la captación de los usuarios hacia los diferentes programas de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad,

en la población asegurada de los municipios de Antioquia. Programas que se ofrecen dentro de la red prestadora de los servicios de salud, como son Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) y Empresas Sociales del Estado, en adelante (ESEs).

Tabla 1. Mujeres en edad fértil (MEF) que emplean algún método de planificación familiar versus población a captar para el programa, por municipio.

Municipio	Mujeres en edad fértil	Con método PF	Objeto
El Bagre	7247	1397	5850
Caucasia	3894	475	3419
Nechi	3068	459	2609
Taraza	5429	590	4839
Caceres	1503	124	1379
Zaragoza	4166	533	3633
Frontino	3468	562	2906
Dabeiba	2719	639	2080
Santa fe	1848	254	1594
Uramita	1038	196	842
Peque	561	79	482
Támesis	2311	534	1777
Jericó	1548	239	1309
Santa Bárbara	994	176	818
C. Bolívar	543	27	516
P. Rico	543	174	369
Carmen de A.	985	253	732
Amaga	1941	243	1698
Hispania	747	242	505
Abejorral	1370	361	1009
Armenia	649	174	475
Yarumal	860	175	685

Municipio	Mujeres en edad fértil	Con método PF	Objeto
Valdivia	2744	290	2454
Angostura	1848	239	1609
Briseño	1006	126	880
Yolombo	1749	1279	470
Anori	1616	1243	373
Amalfi	2422	1806	616
Segovia	2457	2311	146
Remedios	1780	1261	519
TOTAL ANT	63054	16461	46593

En Antioquia para junio de 2009, Coosalud EPS-S cuenta con 84657 mujeres en edad reproductiva, luego de realizar ampliación de cobertura en el mes de abril y mayo del año 2009, lo que significa que la población objeto a captar para el programa de planificación familiar, de mujer segura supera a 68196 usuarias, de quienes desconocemos si utilizan algún método anticonceptivo, además se debe garantizar la continuidad de la contracepción de las usuarias captadas en los programas de planificación familiar ofrecido por la red prestadora en servicios de primer nivel.

Tabla 2. Usuarios de Coosalud EPS-S, adscritos a programas de Hipertensión (HTA) y/o Diabetes (DM) en las ESEs los diferentes municipios de Antioquia.

Municipio	HTA	DBT	AMBOS
El Bagre	276	40	307
Caucasia	270	50	98
Cáceres	64	10	28
Nechi	136	11	69
Taraza	258	8	111
Zaragoza	170	3	78
Dabeiba	217	100	98

Municipio	HTA	DBT	AMBOS
Frontino	245	29	104
Uramita	73	13	40
Santafe	200	63	71
Peque	9	2	30
Támesis	390	70	101
Jericó	300	30	72
Santa Barbará	198	224	70
Ciudad Bolívar	120	25	34
P. Rico	140	7	20
Amaga	288	51	105
Hispania	151	27	65
Abejorral	401	70	90
Armenia	101	88	15
Yarumal	99	6	27
Valdivia	101	11	25
Angostura	350	68	53
Briceño	98	13	12
Amalfi	300	34	60
Anori	202	25	40
Remedios	43	10	0
Segovia	79	21	0
Remedios	43	10	0
TOTAL	5322	1119	1823

La tabla 2 hace referencia a un total de 8264 usuarios captados por los programas de control a hipertensión y diabetes mellitus, estos operan en las diferentes IPS y ESEs de los municipios de Antioquia, donde Coosalud tiene influencia. Las patologías citadas se relacionan con riesgo cardiovascular, y según la tasa de prevalencia de HTA y DM a nivel mundial, reconocemos un evidente subdiagnostico en la población afiliada, en estas patologías. Considerando que se estima que al menos 10% de la población general tiene riesgo cardiovascular, según estudios llevados a cabo en países

industrializados, algunos reportes de estudios locales en Colombia hablan de prevalencia del riesgo cardiovascular de hasta el 17%; y en base a contar con más de 240.000 afiliados en Antioquia encontramos un sub-diagnostico de al menos 15736 usuarios, que aun no han sido captados en ningún programa dentro de la red prestadora de servicios de salud de primer nivel de complejidad, para la atención y control de su riesgo cardiovascular.

En la última ampliación de cobertura, realizada el mes de abril, Coosalud pasó a tener un total de 77727 usuarios mayores de 35 años de edad. Población a quienes se les debe realizar una clasificación del riesgo cardiovascular de manera prioritaria, para conocer el estado actual y real de salud de la población en este grupo etario, aumentando la demanda oportuna a los servicios de salud para el control de las patologías señaladas, disminuyendo el riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares, propias del inadecuado control y seguimiento en la población que padece hipertensión, diabetes y/o dislipidemia.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos Generales.

Caracterizar a los usuarios de Coosalud EPS-S Antioquia para realizar demanda inducida a los diferentes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que hacen parte de la estrategia Coosalud Celebra la vida, logrando un manejo social al riesgo, disminuyendo el impacto social, y económico secundario a enfermedades como HTA, DM, dislipidemias, cáncer de seno y cérvix, mejorando la adherencia a programas específicos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

3.2. Objetivos Específicos.

Describir la herramienta de la encuesta o barrido, instrumento para la recolección de datos, con el que se realiza en Antioquia la caracterización, para llevar a cabo la demanda inducida, de los usuarios de Coosalud a la estrategia Coosalud celebra la vida, a partir de los factores de riesgo encontrados en los resultados, luego de tabular las encuestas realizadas, que serán la prueba de tamización.

Enseñar los resultados finales de la caracterización, para mejorar el seguimiento de nuestra población objeto, disminuyendo la morbi-mortalidad y desenlaces desfavorables, ocasionados por patologías prevenibles, mediante la intervención oportuna de los riesgos, por la vulnerabilidad ocasionada por patologías como Hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemias, o por estados propios del ciclo vital la edad reproductiva y el estado de gravidez.

4. DISEÑO METODOLOGICO PRELIMINAR

El enfoque metodológico de la investigación es un enfoque cuantitativo.

Se realizó un barrido por medio de una encuesta, la población de referencia que se investigó, son usuarios de Coosalud Antioquia, quienes conformaban la población objeto de los programas, más que corazón, dirigido a la población adulta mayor de 40 años y mujeres mayores de 13 años de edad para el programa mujer segura. Ambos programas, Mujer Segura y Mas que Corazón están contenidos en la estrategia Coosalud celebra la vida.

5. DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA COOSALUD CELEBRA LA VIDA

El programa COOSALUD CELEBRA LA VIDA, surge a partir de un análisis que llevó a concluir que los casos que ingresaron a UCI neonatal y UCI adultos pueden ser intervenidos mediante la implementación de programas en el primer nivel de complejidad.

Una estrategia integrada para el manejo social del riesgo, partiendo del precepto de costo beneficio no solo para la empresa sino para los núcleos familiares y para la sociedad misma, es mucho mejor realizar inversiones y enfatizar en intervenciones primarias en los primeros niveles de complejidad, con lo cual se evitan o se mitigan algunos siniestros que son totalmente gestionables.

5.1 Programas de la estrategia para el manejo social del riesgo.

Mujer segura: Incluye a todas las mujeres en edad fértil y se hace a través de los programas de Planificación familiar, y Detección temprana de alteraciones del embarazo.

Mas que corazón: Programa orientado a hipertensos, diabéticos, dislipidémicos, pre renales, renales, y otros riesgos cardiovasculares.

5.2 Implementación.

El programa se inició en Antioquia y se extenderá al resto del país, siguiendo por los departamentos de Bolívar, Atlántico, Santander y Valle.

Para la adecuada implementación de la estrategia se requieren las siguientes fases:

1. Diagnóstico y estudio de costos para determinar municipios a implementar la estrategia.

2. Contratos y convenios con ESE o IPS de primer nivel.
3. Dotación de consultorios, infraestructura, contrato del recurso humano, instalación de software.
4. Capacitación recurso humano.
5. Tamizaje: Encuesta Mujer Segura y Más que Corazón; Demanda inducida a los programas; control prenatal, planificación familiar, dislipidemia, hipertensión y diabetes.
6. Intervención, atención clínica, aplicación de guías y protocolos; seguimiento al afiliado de riesgo.
7. Análisis de Información, Monitoreo de metas.
8. Impacto

5.3 Generalidades de Antioquia.

Entre las EPS subsidiadas que están compartiendo el aseguramiento de los pobladores de los 29 municipios de Antioquia en los que hace presencia Coosalud EPS-S, el 55% del total de población subsidiada pertenece a esta empresa aseguradora, teniendo mayor representatividad en los municipios de Valdivia, Támesis, Amagá, Jericó, Hispania, El Bagre, Tarazá, Frontino, Zaragoza, Frontino, Nechí, Uramita y Angostura.

Tabla 3. Porcentaje de Población Subsidiada afiliada a Coosalud.

Municipio	Población Dane	Población subsidiada	Afiliados Coosalud	% Subsidiados
El bagre	46.769	34.606	30.044	87
Taraza	34.751	30.432	21.858	72
Caucasia	92.139	49.951	15.383	31
Zaragoza	27.708	19.042	13.923	73
Frontino	19.287	16.063	13.874	86
Nechí	21.771	15.234	12.427	82
Dabeiba	23.931	15.092	11.670	77
Valdivia	18.153	10.100	11.573	115

Municipio	Población Dane	Población subsidiada	Afiliaos Coosalud	% Subsidiados
Támesis	16.039	9.989	10.245	103
Amaga	27.709	8.870	9.287	105
Angostura	12.294	10.282	7.824	76
Santa Fe	23.190	15.096	7.738	51
Amalfi	20.826	14.679	7.196	49
Segovia	36.132	22.808	7.072	31
Jericó	12.672	6.661	6.895	104
Cáceres	30.511	21.769	6.481	30
Abejorral	20.022	13.024	6.034	46
Anori	15.407	12.321	5.330	43
Remedios	23.966	15.114	5.051	33
Yolombo	20.775	16.062	5.026	31
Uramita	8.309	5.467	4.454	81
Santa Barbará	23.318	13.885	4.390	32
Briceño	8.789	7.402	4.023	54
Yarumal	42.387	25.449	3.296	13
Hispania	4.838	2.945	3.120	106
Armenia	4.975	3.592	2.693	75
Peque	9.889	5.135	2.614	51
Bolívar	28.139	16.749	2.583	15
Pueblo rico	8.034	5.706	2.264	40
Total Departamento	5.835.008	443.525	244.368	55

5.4 Generalidades de la priorización para la implementación de los programas a partir del diagnóstico y estudio de costos de aseguramiento.

La sucursal Antioquia de Coosalud realizó un análisis del comportamiento del costo por municipio durante el año 2008, con el fin de determinar durante este periodo el número de casos atendidos mediante la Red prestadora en los servicios de UCI neonatal, UCI pediátrica y UCI adultos, analizando caso a caso la condición que generó el siniestro y determinando por cada caso si hubiera sido posible evitarlo o por lo menos mitigar la consecuencia del mismo, mediante intervenciones de atención primaria en salud desarrolladas en el primer nivel de complejidad, en los municipios donde residen estos usuarios.

Las variables que se tuvieron en cuenta para determinar los municipios a implementar el programa fueron:

1. Suficiencia de la UPC incluyendo costos NO POS-S discriminado de la siguiente manera:
 - a. Porcentaje de suficiencia de la UPC mayor al 92%, incluyendo costo no POS-S
 - b. Porcentaje de suficiencia de la UPC entre el 78% y 91%
 - c. porcentaje de suficiencia de la UPC menor al 77%

2. Porcentaje de participación en la población total de la sucursal de COOSALUD:
 - a. Porcentaje de participación mayor al 4%
 - b. Porcentaje de participación entre el 2% y el 3,9%
 - c. Porcentaje de participación menor al 1.9%

3. Dentro de una subregión, municipios con suficiencia de la UPC mayor al 78% y porcentaje de participación mayor al 4%.

4. Municipios con suficiencia de la UPC superior al 78% y participación entre el 2 y el 3,9%

5. Municipios que no se encuentran en ninguna de las anteriores clasificaciones, y posteriormente se analizará la implementación de los programas en estos municipios

Tabla 4. Suficiencia y participación por municipios Antioquia.

Municipio	Suficiencia %	Part. Municipio %	Prt. Coosalud
Bolívar	128	14.22	1.04
Amalfi	112	47.13	2.95
Valdivia	103	100	4.78
Yarumal	103	11.65	1.35
Antioquia	103	49.77	3.23
Angostura	99	71.52	3.27
Armenia	98	74.23	1.3
Remedios	97	30.58	2.05
Abejorral	97	42.45	2.57
Amaga	97	68.61	3.78
Caucasia	95	27.32	6.12
Jericó	95	93.97	2.91
Segovia	94	30	2.93
Uramita	92	79.21	1.85
Támesis	89	100	4.30
Zaragoza	89	71.96	5.82
Yolombo	89	31.13	2.11
Santa Barbara	88	30.34	1.83
Frontino	85	72.5	5.82
Taraza	81	68.78	9.06
Dabeiba	79	72.83	4.77
Anori	79	42.87	2.23
El Bagre	78	76.53	11.24
Pueblo Rico	75	35.59	0.95

Municipio	Suficiencia %	Part. Municipio %	Prt. Coosalud
Hispania	72	100	1.28
Peque	72	47.7	1.09
Briceño	71	54.18	1.69
Nechi	70	60.45	5.21

De acuerdo al estudio, los municipios a intervenir se dividieron en tres fases de implementación, según la priorización para llevar a cabo la implementación de la estrategia para el manejo social del riesgo implementado por Coosalud EPS-S en la agencia Antioquia.

Primera zona: comprende los municipios de Caucasia, El Bagre, Zaragoza, Cáceres, Nechí, Taraza, Valdivia y el Bagre.

Segunda zona; Abejorral, Frontino, Amaga, Amalfi, Dabeiba, Támesis y Segovia.

Tercera zona; Anori, Angostura, Armenia, Briceño, Hispania, Jericó, Peque, Pueblo rico, Remedios, Santa Bárbara, Uramita y Yolombó, Santa Fe de Antioquia, Yarumal y Ciudad Bolívar.

5.5 Software de los programas mujer segura y mas que corazón.

Coosalud EPSS aportó una herramienta tecnológica consistente en el software para el control prenatal, desarrollado por la empresa Simbiótica. En él, se trabaja en ambiente Web o en línea, el ejemplo se aprecia en la Grafica 1, y la totalidad del Software puede ser consultado en la dirección internet, (WWW.coosaludess/prenatal).

Y para el componente Más que Corazón se está trabajando con el software de Pfizer, Salud Administrada-PSA. Los resultados de la información recolectada tras las atenciones medicas, pueden ser consultados en la página de internet (www.salud-administrada.com) este Software es alimentado por la tabulación de las Historias clínicas desarrolladas por los médicos, encargados de la

valoración de la población objeto de la estrategia, tales historias clínicas son digitadas en plataforma Off-Line, instalada en el computador de cada uno de los profesionales, quienes se conectan a internet y realizan sincronización diaria de la información, para la alimentación de una gran base de datos, y cuyos resultados pueden ser seguidos por personal debidamente autorizado, con clave de acceso ofrecida por Neurosistemas, empresa encargada del desarrollo del Software.

Grafico 1. Software control prenatal. Empresa Simbiótica

IDENTIFICACIÓN

Sistema para el Control Prenatal de Alto Riesgo

Historial Clínico Materno Perinatal

Datos Básicos

Nombre:	Apellido:	CC/PT:
Estado Civil:	Nivel Educativo:	Edad:
Nivel Socioeconómico:	Zona procedencia:	Fecha:
Teléfono:	Dirección:	Edad gestac. act. semanas:
Etnia:	Código Postal:	Talla cm:
Peso al iniciar el embarazo (kg):	Ciudad/Departamento:	IMC:
Procedencia:	FUP (g/dl/mm/aaa):	Num. compañeros sexuales:
FUP (g/dl/mm/aaa):		HPP (g/dl/mm/aaa):

Guardar Cambios

5.6 Capacitaciones.

Las capacitaciones que se han realizado para el desarrollo de Coosalud Celebra la Vida, se llevaron a cabo en las fechas relacionadas en el siguiente cuadro.

Tabla 5. Cronograma capacitaciones.

Fechas	Municipio sede capacitación	Municipio participantes
29 y 30 de abril	Caucasia	Caucasia, Cáceres, Taraza, Bagre, Nechi y Zaragoza
20 y 21 abril	Medellín	Armenia, Abejorral, Amalfi, Anori, Yolombo, Briceño, Angostura, Amaga y Yarumal
23 y 24 abril	Santa fe de Antioquia	Santa fe de Antioquia, Uramita, Peque, frontino y Dabeiba
27 y 28 de abril	Ciudad Bolívar	Hispania, Támesis, Jericó y Pueblo Rico

La ultima capacitación ha facilitado la ejecución de los programas Coosalud Celebra la Vida se llevo a cabo el día 04-05-2010 en el Municipio de Caucaasia con la participación de médicos, enfermeras, auxiliares y promotores de salud.

6. TAMIZAJE Y DEFINICION DEL PERSONAL A CONTRATAR PARA LA APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS DISEÑADAS PARA EL BARRIDO.

Inicialmente se realizo el estudio con el propósito de definir el numero de promotores a contratar por municipio, teniendo en cuenta el número de afiliados de Coosalud por hogar para el área urbana y rural según los software al servicio de Coosalud EPS-S de Eureka y Sirfam.

En promedio encontramos que contamos con alrededor de 3 usuarios afiliados a Coosalud EPS-S por cada hogar y considerando que: la cantidad de minutos a laborar por promotor diariamente son 480 min; una visita en el área urbana debe tomar alrededor de 25 minutos, para la aplicación de las encuestas y desplazarse hasta la siguiente vivienda, se calculó además, que en el área rural el tiempo a emplear en el mismo trabajo es alrededor de 35 minutos por

visita, entendiendo que la dispersión entre las viviendas es mayor. Así fue como se establecieron metas a cumplir por parte del personal encargado de la aplicación de las encuestas, quedando que para el área urbana, cada promotor debe realizar 19 visitas diarias y en área rural el número de visitas a ejecutar es de 13 y en promedio cada mes deben realizar 420 visitas casco urbano de los municipios y 300 visitas a rea rural. Metas que se han venido ajustando de acuerdo a las particularidades de cada región.

Para este trabajo se dispuso para la estrategia de visitar casa por casa, primero barrer la zona urbana. Durante el barrido se llevo a cabo la contratación de 160 promotores de salud o auxiliares de enfermería, bajo la modalidad de prestación de servicios, algunos de ellos fueron vinculados a la organización, para continuar con el barrido y realizar seguimiento a los usuarios beneficiados por el programa. En los diferentes municipios los colaboradores fueron distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 7. Promotores contratados Barrido Antioquia.

MUNICIPIO	No PROMOTORES
ABEJORRAL	4
AMAGA	8
AMALFI	5
ANGOSTURA	5
ANORI	4
ARMENIA	2
BRICEÑO	1
CACERES	4
CAUCASIA	9
DABEIBA	7
EL BAGRE	21
FRONTINO	10

MUNICIPIO	No PROMOTORES
HISPANIA	3
JERICO	6
NECHI	7
PEQUE	3
PUEBLO RICO	2
REMEDIOS	3
STA BARBARA.	3
SEGOVIA	4
TAMESIS	8
TARAZA	12
URAMITA	4
VALDIVIA	8
YARUMAL	2
YOLOMBO	6
ZARAGOZA	9
TOTAL	160

6.1 Herramienta de la encuesta para la caracterización del riesgo de los afiliados.

Los promotores aplicaron un instrumento para cada grupo objeto, para las mujeres en edad fértil la encuesta Mujer Segura y para las personas mayores de 40 años la encuesta más que Corazón. (Gráfico 2)

Esta encuesta cuenta con el respectivo instructivo, y las personas encargadas en aplicarlas sobre la población objeto, afiliados a coosalud, fueron debidamente entrenados para el adecuado diligenciamiento, en el transcurso de capacitaciones y proceso de inducción del personal contratado.

Grafico 2. Encuesta Mujer Segura y Más que Corazón

 Mujer Segura 										
IDENTIFICACIÓN										
NOMBRES:		CARNET:								
DI:	DIRECCIÓN:	CIUDAD:								
FECHA NACIMIENTO(M/D/A)	EDAD:	MUNICIPIO:								
FECHA DILIGENCIAMIENTO (M/D/A)	TELÉFONO:	BARRIO:								
II. ANTECEDENTES PERSONALES										
PRESION ALTA <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>			SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
SI	NO									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
III. ANTECEDENTES GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS										
GESTACION <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	CESAREAS <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	MORTINATOS <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
PARTOS <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	ABORTOS <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
CICLOS REGULARES <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLANIFICACION FAMILIAR <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SI	NO									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
SI	NO									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
CITOLOGIA ULTIMO AÑO: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTA EMBARAZADA? <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
SI	NO									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
FUM: (D/M/A)										
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
IV. SEGUIMIENTO										
TENSION ARTERIAL										
SISTOLICA		DIASTOLICA								
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
V. CITA PROGRAMADA										
SI NO										
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

 Mas que Corazón 										
IDENTIFICACIÓN										
NOMBRES:		CARNET:								
DI:	DIRECCIÓN:	CIUDAD:								
FECHA NACIMIENTO(M/D/A)	EDAD:	MUNICIPIO:								
FECHA DILIGENCIAMIENTO (M/D/A)	TELÉFONO:	BARRIO:								
II. ANTECEDENTES PERSONALES										
PRESION ALTA <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SI	NO									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
SI	NO									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
DIABETES <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	SOBREPESO <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
TABAQUISMO <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	FATIGA FACIL <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
INGESTA DE ALCOHOL <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	INGESTA FRECUENTE DE CIGARROS <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
INFARTO CARDIACO <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	SALECIDO FRECUENTE DE NOCHE <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
III. SEGUIMIENTO										
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL	CIFRA TENSIONAL									
	SISTOLICA	DIASTOLICA								
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL: MUJER > 80 CM (SOBREPESO) HOMBRE > 90 CM (SOBREPESO)										
IV. CITA PROGRAMADA										
SI NO										
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

La encuesta de mujer segura fue remplazada en Febrero de 2010, por un nuevo formato que contiene además, información relacionada al método de planificación familiar utilizado por las usuarias que planifican.

6.2 Resultados del barrido.

Se realizaron: En total 62156 encuestas, 31617 de la encuesta Más que Corazón y 30539 encuestas de Mujer Segura. En esta primera etapa se focalizó el trabajo en la zona urbana y algunas zonas rurales de Amaga, Angostura, Anorí, Armenia, Hispania, Jericó, Peque, Pueblo Rico, Támesis, Uramita y Valdivia. Pero en general hace falta gran parte de la zona rural. Para la finalización de la labor se gestionaron los recursos económicos para garantizar el traslado de los promotores a las zonas rurales de Antioquia.

Con respecto a la encuesta Más que Corazón, el porcentaje de captación de la zona urbana fue del 91% (31617/34874). Y de la encuesta Mujer Segura fue del 82% (30539/37413)

Lo que indica que el proceso para retomar la caracterización propuesta de ahora en adelante debe centrarse en el área rural, donde en los meses de junio y julio no se pudo avanzar por limitantes de orden económico, que impidió en muchos casos acceder de modo oportuno a las veredas, y corregimientos, y especialmente en la Subregión del Bajo Cauca donde la situación de orden público, limitó aun más los desplazamientos a las áreas rurales.

Tabla 8. Población objeto encuesta Más que Corazón, hombres y mujeres mayores de 40 años Antioquia, por municipio.

Municipios	Población mayor a 40 años			Encuesta realizadas mas que corazón	Captación Zona Urbana %
	Urbana	Rural	Total		
Abejorral	1.351	795	2.146	562	71
Amaga	1.214	1.968	3.182	2.254	100
Amalfi	1.051	846	1.897	825	98
Angostura	1.733	398	2.131	705	100
Anori	797	321	1.118	748	100
Armenia	781	267	1.048	340	100
Briceño	616	229	845	174	76
Caceres	467	864	1.331	488	56
Caucasia	439	4.076	4.515	3.096	74
Dabeiba	1.966	1.271	3.237	695	55
El Bagre	1.902	5.612	7.514	4.752	85
Frontino	2.197	1.751	3.948	1.715	98
Hispania	470	568	1.038	726	100
Jerico	1.551	1.128	2.679	1.630	100
Nechi	1.499	2.091	3.590	1.340	64
Peque	641	81	722	515	100
Pueblo Rico	552	206	258	211	100
Remedios	595	769	1.364	454	59
Santa Barbara	875	551	1.426	453	82
Segovia	119	1.645	1.764	871	53
Támesis	2.284	1.541	3.825	2.799	100
Taraza	2.252	3.069	5.321	2.234	73
Uramita	965	302	1.267	413	100

Valdivia	1.787	1.116	2.903	1.449	100
Yarumal	257	695	952	284	41
Yolombo	970	602	1.572	547	91
Zaragoza	1.414	2.112	3.526	1.407	67
Total	30.745	34.874	65.619	31.617	91

Tabla 9. Población objeto encuesta Mujer segura, mujeres entre 12 y 49 años. Antioquia, por municipio.

Municipios	Población MEF			Encuesta realizadas Mujer segura	Captación Zona Urbana %
	Urbana	Rural	Total		
Abejorral	534	994	1.528	330	62
Amaga	1.836	1.109	2.945	2.443	100
Amalfi	937	1.157	2.094	909	97
Angostura	412	1.917	2.329	955	100
Anori	391	1.067	1.458	882	100
Armenia	198	565	763	220	100
Briceño	347	759	1.106	235	68
Caceres	1.311	613	1.924	646	49
Caucasia	4.164	384	4.548	2.368	57
Dabeiba	1.204	2.142	3.346	688	57
El Bagre	6.341	1.954	8.295	4.884	77
Frontino	1.880	2.224	4.104	1.572	84
Hispania	463	406	869	610	100
Jerico	851	1.176	2.027	1.209	100
Nechi	2.217	1.391	3.608	614	28
Peque	77	585	662	326	100
Pueblo Rico	136	481	617	268	100
Remedios	895	602	1.497	485	54

Santa Barbara	437	792	1.229	415	95
Segovia	1.941	129	2.070	933	48
Támesis	1.135	1.655	2.790	2.535	100
Taraza	4.049	2.388	6.437	2.370	59
Uramita	280	899	1.179	349	100
Valdivia	1.315	2.055	3.370	1.831	100
Yarumal	797	259	1.056	272	34
Yolombo	556	910	1.466	602	100
Zaragoza	2.709	1.563	4.272	1.593	59
Total	37.413	30.176	67.589	30.539	82

A corte de Octubre de 2009, se habían digitado en total 53934 encuestas, 48% de Mujer Segura y 52% de Más que Corazón. Al igual que existen 398 encuestas que no se lograron registrar en el SW por inconsistencias a la hora del diligenciamiento, o porque eran de usuarios no activos.

Es preciso manifestar también que aunque inicialmente los agentes comunitarios nos reportaron 62156 encuestas, en la actualidad en nuestro archivo físico reposan 56546 encuestas, por consiguiente hay un déficit del 18% de las encuestas, que corresponden a un total de 11220 encuestas, que aparecen en blanco, pero que al reverso de la hoja poseen información relacionada a usuarios que residen en los municipios del área de influencia, pero que tienen otros rangos etareos, diferentes a la población objeto de nuestra estrategia. Información que sería de gran utilidad para la georeferenciación, de la población de Coosalud Antioquia.

Este informe consolida la información de tamizaje e intervención de los pacientes con riesgo cardiovascular, planificación familiar, control prenatal, prevención de Ca Cérvix y de Ca de mama, de los programas Más que Corazón y Mujer Segura del Departamento de Antioquia.

Tabla 10. Encuestas físicas Vs Encuestas no digitadas

Días de Barrido	Encuestas físicas				
		Encuestas digitadas	Mas que corazón	Mujer segura	Encuestas no digitadas
60	56.546	53.934	52%	48%	2.214

Tabla 11. Población pendiente por encuestar.

Encuestados		Pendientes por encuestar	
62156		71050	
Mujer segura	Mas que corazón	Mujer segura	Mas que corazón
30539	31617	37048	34002
45%	48%	54%	52%

6.3 Duración barrido Coosalud celebra la vida Antioquia.

El barrido se realizó desde el 15 de Junio hasta el 15 de agosto de 2009, fecha en que se suspendió la actividad. En Junio del año 2010 se reinició el programa con el propósito de finalizar la captación de la totalidad de la población objeto, en esta ocasión los encuestadores cubren el área rural.

6.4 Encuesta más que corazón.

La mayoría de las encuestas digitadas (70%) corresponde a las zonas prioritarias para la intervención del riesgo; Caucasia, Cáceres, El Bagre, Nechí, Tarazá y Zaragoza) Hay un 2% de encuestas que no corresponde a municipios designados a Coosalud como es el caso de Argelia, Medellín entre otros. Se trata de encuestas aplicadas a personas inactivas en la base de datos de la EPS-S Coosalud.

Tabla 12. Encuestas digitadas en Septiembre de 2009, de los afiliados a Coosalud Antioquia en el Programa Más que corazón.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	El Bagre	3023	13,1	13,1
	Tamesis	2074	9,0	22,1
	Frontino	2067	9,0	31,0
	Caucasia	2065	8,9	40,0
	Taraza	1621	7,0	47,0
	Valdivia	1288	5,6	52,6
	Dabeiba	1200	5,2	57,8
	Amaga	1090	4,7	62,5
	Zaragoza	864	3,7	66,2
	Jerico	832	3,6	69,8
	Abejorral	759	3,3	73,1
	Nechi	717	3,1	76,2
	Angostura	665	2,9	79,1
	Uramita	604	2,6	81,7
	Yarumal	554	2,4	84,1
	Caceres	522	2,3	86,4
	Santa Barbara	506	2,2	88,6
	Segovia	461	2,0	90,6
	Remedios	445	1,9	92,5
	Armenia	413	1,8	94,3
	Amalfi	369	1,6	95,9
	Peque	287	1,2	97,1
	Briceño	219	,9	98,1
	Pueblorrico	204	,9	99,0
	Yolombo	147	,6	99,6
	Anori	75	,3	99,9
	Nari	3	,0	99,9
	San Vicente	2	,0	99,9
	Carolina	2	,0	100,0
	Fredonia	2	,0	100,0
	Jard	2	,0	100,0
	Argelia	2	,0	100,0
	Copacabana	1	,0	100,0
	Don Mat	1	,0	100,0
	Sopetran	1	,0	100,0
	Peñol	1	,0	100,0
	Medellin	1	,0	100,0
	Total	23089	100,0	

De las personas encuestadas, se encontró en total 6648 hipertensos que corresponden al (28%) de los encuestados y son el 10% del total de la población objeto, 1470 (6,4%) de los encuestados son diabéticos y 901 personas con los dos diagnósticos.

Tabla 13. Porcentaje de Personas con antecedente personal de HTA y DM. Antioquia.

Municipio	Población	Hipertensos	Porcentaje Hipertensos (%)	Diabéticos	Porcentaje de diabéticos (%)	Hipertensos y diabéticos
Abejorral	2146	254	12	47	2	32
Amaga	3182	412	13	91	3	59
Amalfi	1897	120	6	30	2	21
Angostura	2131	185	9	44	2	19
Anori	1118	21	2	5	0	4
Armenia	1048	174	17	39	4	33
Briceño	845	55	7	25	3	14
Caceres	1331	108	8	29	2	20
Caucasia	4515	536	12	90	2	54
Dabeiba	3237	290	9	69	2	42
El Bagre	7514	670	9	105	1	56
Frontino	3948	659	17	148	4	96
Jerico	2679	248	9	32	1	25
Nechi	3590	249	7	60	2	30
Peque	722	58	8	17	2	9
Pueblorrico	758	48	6	5	1	3
Remedios	1364	126	9	27	2	20
Santa Barbara	1426	196	14	28	2	23
Segovia	1764	142	8	32	2	16
Tamesis	3825	852	22	240	6	150
Taraza	5321	429	8	128	2	73
Uramita	1267	94	7	21	2	6
Valdivia	2903	352	12	76	3	48
Yarumal	952	104	11	24	3	18
Yolombo	1572	23	1	12	1	3
Zaragoza	3526	240	7	45	1	26
Otros	NA	3	—	1	—	1
Total	64581	6648	10	1470	2	901

Las poblaciones con mayor prevalencia y/o incidencia de hipertensos son: Támesis, Armenia, Abejorral, Santa Bárbara, Amaga y Frontino.

Con respecto a diabéticos, las poblaciones con mayor prevalencia son Támesis, Armenia y Frontino.

Ahora bien, hay un grupo al que hay que hacer un seguimiento especial; y es a las 901 personas que tienen los dos diagnósticos, que corresponde al 1,3% de las poblaciones encuestadas, pero que tienen mayor riesgo de complicación, porque son más susceptibles a infartos y a Enfermedad Renal Crónica en menor tiempo.

Pero también son de especial cuidado los hipertensos con factores de riesgo asociados como: antecedentes de infarto, de enfermedad cerebro vascular, ingesta de alcohol, sobrepeso y tabaquismo.

De los hipertensos encuestados 22,7% (1515/6648) tienen el factor de riesgo de tabaquismo. Los municipios donde hay más proporción de hipertensos con este factor de riesgo son: Armenia (114/174), Amaga (119/412), Anorí (9/21), Briceño (17/55) el resto de municipios se encuentran en un promedio de 20 al 25%.

Esto quiere decir que aproximadamente el 20% de los hipertensos, tienen riesgo de presentar un cuadro de UCI cerebro o cardiovascular si no se controla este factor de riesgo asociado y gestionable, ya que la HTA es un factor de riesgo no modificable.

Tabla 14. Personas hipertensas con factor de riesgo Tabaquismo-Antioquia 2009.

Factor de Riesgo		Tabaquismo		Total
		No	Si	
Presión Alta	No	11.863	4.548	16.441
	Si	5.133	1.515	6.648
Total		16.996	6.093	23.089

Otro grupo de personas que tiene riesgo de UCI cardio o cerebrovascular y por lo tanto están clasificadas en alto riesgo, son los hipertensos con antecedente de infarto agudo del miocardio previo, por lo que es un grupo prioritario para estar en el programa de intervención. Esto corresponde a un 8% (529/6648).

Tabla 15. Personas hipertensas con factor de riesgo Tabaquismo-Antioquia 2009.

Factor de Riesgo		Infarto Cardíaco		Total
		No	Si	
Presión Alta	No	16.053	388	16.441
	Si	6.119	529	6.648
Total		22.172	917	23.089

Hay que realizar un especial seguimiento a los hipertensos con antecedente de infarto agudo del miocardio de las municipios de Peque (9/58), Taraza (54/429), Santa Bárbara (23/196) y Támesis (98/852) donde la prevalencia supera el 10% de hipertensos hallados con este factor de riesgo.

En cuanto a las personas con diagnóstico de diabetes y factores de riesgo asociados, se encuentra que el 24% (348/1470) de ellos tienen factor de riesgo tabaquismo, el 11% (156/1470) tiene antecedentes de infarto agudo de miocardio, 64% (943/1470) presentan sobrepeso y 12% (173/1470) enfermedad cerebro vascular, lo que indica que hay entre un 25% de diabéticos con riesgo de complicación y un 64% de los diabéticos a quienes hay que intervenir estilos de vida con el fin de controlar el peso.

De las 901 personas con hipertensión y diabetes el 22% (203/901) son fumadores, el 12,2% (110/901) tienen antecedente de infarto agudo de miocardio. El 66,5% (600/901) registran antecedente de sobrepeso, el 15% (135/901) tienen antecedente de enfermedad cerebro vascular.

6.5. Encuesta mujer segura

A corte de septiembre de 2009 se encontraban digitadas 21222 encuestas de mujeres entre los 12 y 49 años de edad, población objeto del programa denominado, mujer segura. En las encuestas de Mujer Segura digitadas, hay 950 mujeres embarazadas, lo que corresponde al 4,4% (950/21222) de MEF encuestadas y al 1.4% (951/67589) del total de MEF afiliadas a Coosalud Antioquia.

De la población total de mujeres en edad fértil (MEF), los municipios con mayor proporción de gestantes son: Valdivia, Támesis, Frontino, Cáceres, El Bagre y Taraza.

Tabla16. Mujeres embarazadas en Antioquia afiliadas a Coosalud EPS-S. Septiembre – 2009

Municipios	Gestantes	Porcentaje Gestantes
Abejorral	15	0.98
Amaga	28	0.95
Amalfi	18	0.86
Angostura	18	0.77
Anori	3	0.21
Armenia	10	1.31
Briceño	13	1.18
Caceres	38	1.98
Caucasia	69	1.52
Dabeiba	56	1.67
El Bagre	153	1.84
Frontino	76	1.85
Jericó	13	0.64
Nechi	49	1.36
Peque	6	0.91

Pueblo Rico	10	1.62
Remedios	18	1.20
Santa Barbara	20	1.63
Segovia	28	1.35
Támesis	49	1.76
Taraza	119	1.85
Uramita	15	1.27
Valdivia	70	2.08
Yarumal	5	0.47
Yolombo	5	0.34
Zaragoza	46	1.08
Total	950	1.41

Del total de mujeres en edad fértil digitadas 8716 mujeres se encuentran planificando (16,3%). De manera que deben direccionarse a programas de Planificación Familiar el 83.7% restante, indicándole las bondades de adherirse a la utilización de cualquier método de planificación familiar. El formato de la nueva encuesta indaga sobre la predilección de los contraceptivos en nuestra población.

De las mujeres encuestadas el 53% (11289/21222) no tienen citología en el último año. Cifra alta, si se considera que la citología es una prueba tamiz que ayuda al diagnóstico temprano de cáncer de Cérvix. Lo anterior evidencia una pobre cultura de auto cuidado en nuestras afiliadas, en cuanto a la realización de esta prueba tamiz, por lo tanto estamos en la obligación de instaurar programas promoción de la protección específica para alcanzar la sensibilización y educación esperada por la población asegurada.

Con respecto a la variable de tensión arterial sistólica mayor de 120 mm Hg y tensión arterial diastólica mayor de 80 mm Hg de las mujeres encuestadas hay un 13,2% (2822/21222) con tensión sistólica mayor de 120 mm Hg y un 7% (1504/21222) con tensión diastólica mayor de 80 mm Hg; lo que orienta a MEF

con algún riesgo de hipertensión inducida por el embarazo o (SHAE) o HTA, ellas deben ser objeto de la clasificación del riesgo cardiovascular ofrecido en el programa Mas que Corazón.

7. INTERVENCION MÉDICA OFRECIDA POR LA IPS SALUD FAMILIAR OPERADOR DE LA ESTRATEGIA COOSALUD CELEBRA LA VIDA.

Esta institución se encarga de ofrecer servicios de primer nivel de complejidad, cumpliendo labores para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en actividades relacionadas con detección de alteraciones del adulto, incluyendo a la población mayor de 40 años, independientemente si pertenecen a los grupos etareos de los quinquenios o no, a velar por el control de las gestantes adscritas al programa de control de alteraciones del embarazo, sin dejar de lado el seguimiento de las Mujeres en edad fértil, objeto de los programas de Planificación familiar, y detección temprana de cáncer de cérvix y mama. Las actividades antes mencionadas vienen siendo ejecutadas en los 6 municipios de Bajo Cauca desde noviembre de 2009, y desde febrero de 2010 se han comenzado labores en otros municipios de Antioquia. Llegando a los resultados enunciados a continuación.

7.1. Programa riesgo cardiovascular.

Para abril de 2010, en la región de Antioquia, tenemos 5918 afiliados ingresados a la historia clínica de Salud-administrada. 3972 que representa el 67% son mujeres y 1946 que representa el 33% son hombres. Casi la totalidad de los asegurados que acudieron a la interconsulta médica provienen del Bajo Cauca Antioqueño, lugar donde se comenzaron las labores e implementación de la Estrategia Coosalud Celebra la vida, luego de superar numerosas dificultades de orden de contratación que ahora permitirán realizar los paraclínicos pertinentes para la clasificación de nuestra población objeto. La incidencia de un mayor número de personas de sexo femenino en nuestra clasificación, obedece según hipótesis planteada por el personal de apoyo en la elaboración de las encuestas, a que son ellas quienes invierten mas tiempo en

cuidados de la salud, y a que muchos varones se encuentran realizando alguna labor extradomiciliaria, en el momento de la aplicación de las encuestas

7.2 Distribución de pacientes por sexo y edad.

De las personas atendidas la mayor proporción porcentual fueron mujeres y de ellas el rango de edad con mayor numero de consultantes son las del grupo etareo de 51-74 años de edad, que representan el 54.5% de las mujeres clasificadas en su riesgo cardiovascular, y en los hombres prevalece los usuarios con rango de edad entre en mismo grupo etareo

Grafico 3. Personas atendidas programa Cardiovascular

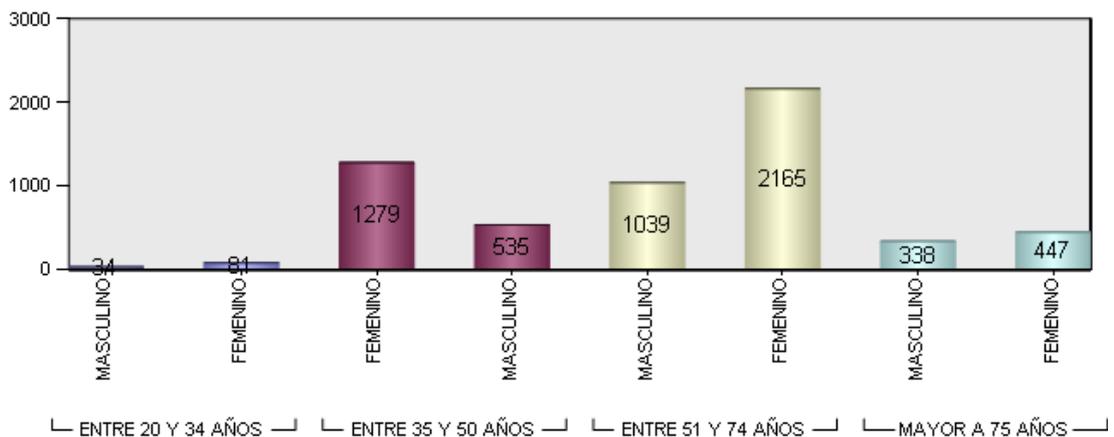


Tabla 17. Distribución porcentual por género y grupo de edad.

Rango Edades años	Masculino		Femenino		Total	%
	N. Pacientes	%	N. Pacientes	%		
20 a 34	34	1.7	81	2.0	115	1.9
35 a 50	535	27.5	1.279	32.2	1.814	30.7
51 a 74	1.039	53.4	2.165	54.5	3.204	54.1
Mayor de 75	338	17.4	447	11.3	785	13.3
Total	1.946	100	3.972	100	5.918	100
Distribución por genero	33 %		67 %			

7.3. Distribución de pacientes según grupos RCV.

El programa mide el Riesgo Cardiovascular Global (RCG) por medio de una herramienta llamada las tablas de Framingham que permite saber que tan probable es que una persona tenga un evento cardiovascular desde ahora hasta dentro de 10 años (7).

El RCG da la posibilidad de agrupar los pacientes de acuerdo al riesgo de presentar algún evento cardiovascular así: Riesgo bajo o Riesgo Latente 49%, Riesgo Intermedio 18%, y Riesgo Alto 33%. Lamentablemente un 29.5% de los usuarios atendidos acudieron sin la totalidad de los paraclínicos, razón por la cual fueron citados nuevamente para finalizar la labor de clasificación del riesgo cardiovascular.

Gráfico 4. Distribución del riesgo cardiovascular en Alto, Medio y Bajo.

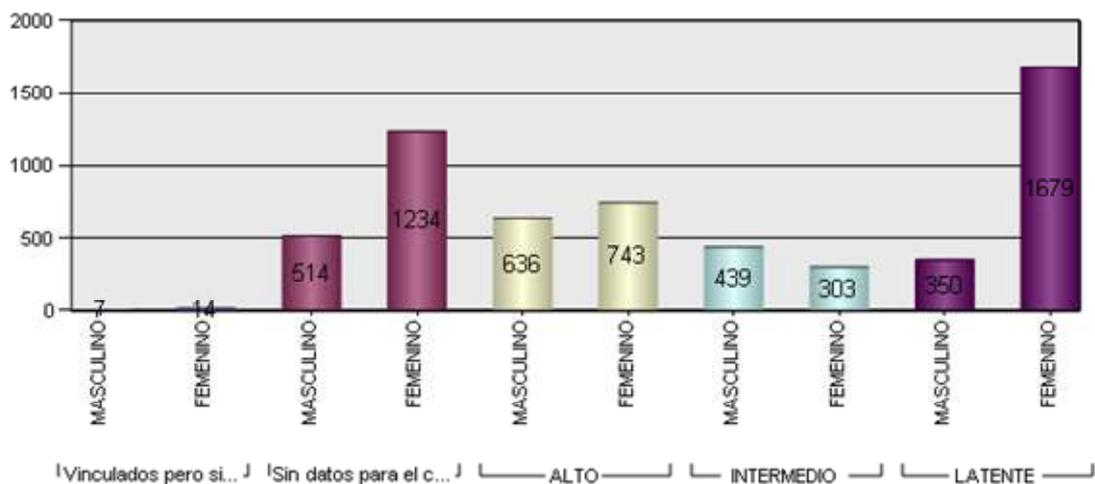


Tabla 15. Distribucion del RCV por genero.

Grupos de RCV	Masculina		Femenino		Total	%
	Nro. Pac	%	Nro. Pac	%		
Vinculados pero sin información clínica	7	0.4	14	0.4	21	0.4
Sin datos para el calculo	514	26.4	1,234	31.1	1.748	29.5
ALTO 33%	636	32.7	743	18.7	1.379	23.3
INTERMEDIO 18%	439	22.6	303	7.6	742	12.5
LATENTE 49%	350	18.0	1.679	42.3	2.029	34.3
TOTAL	1,946	100	3.973	100	5.919	100

7.4. Distribución de pacientes según índice filtración glomerular.

En la consulta, a las personas con riesgo cardiovascular se les aplicó la formula de Cockcroft-Gault; el cual es un método rápido, confiable, sencillo y económico para medir en forma indirecta la Tasa de Filtración Glomerular (8).

La Tasa de Filtración Glomerular (TFG) permite medir la función renal a nivel del glomérulo y es un marcador de daño renal. Cuando se encuentra entre 30-59 y 15-29 mL/min/1.73m², se habla de Enfermedad Renal Crónica estadio 3 y estadio 4 que corresponde a disminución moderada y severa de la función renal. El estadio 5 es la falla renal definida como TFG menor de 15 mL/min/1.73m² o la necesidad de terapia de sustitución o reemplazo (diálisis o trasplante)(9).

De los afiliados atendidos en el programa hay un 17.3% (1026/5918) que se encuentran en estadio 3; pacientes potenciales a falla renal permanente, pero con una buena intervención se puede intervenir la progresión a disminuciones más severas de la TFG.

Y lamentablemente hemos hallado un 30.2% de los usuarios clasificados (1790/5918) con falla permanente o estadio V, a quienes se les viene programando de modo urgente, valoración por nefrología y medicina interna, en un intento por disminuir su estadificación clínica llevándolos a estadio IV, antes de proceder con terapias de remplazo renal y/o hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Grafico 5. Tasa de filtración Glomerular

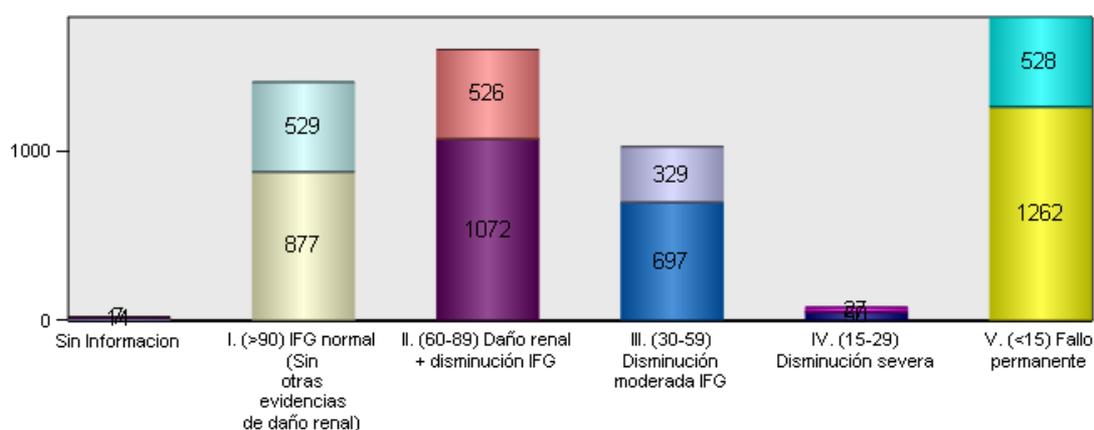


Tabla 16. Tasa Filtración Glomerular población atendida en el programa Cardiovascular Más que Corazón.

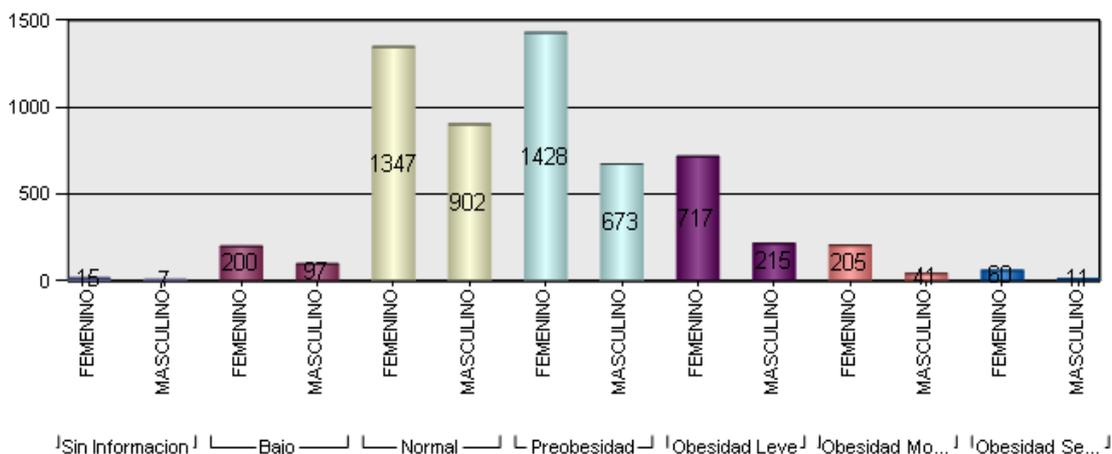
Rango de la variable	Femenino		Masculino		Total	%
	N. Pac	%	N. Pac	%		
Sin Información	14	0.4	7	0.4	21	0.4
I. (>90) IFG normal (Sin otras evidencias de daño renal)	877	22.1	529	27.2	1.406	23.8
II. (60-89) Daño renal + disminución IFG	1.072	27.0	526	27.0	1.598	27
III. (30-59) Disminución moderada IFG	697	17.5	329	16.9	1.026	17.3
IV. (15-29) Disminución severa	50	1.3	27	1.4	77	1.3

V. (<15) Fallo permanente	1,262	31.8	528	27.1	1.790	30.2
Total	3,972	100	1.946	100	5.918	100

7.5. Distribución índice masa corporal.

Con respecto al Índice de Masa Corporal (IMC) de los afiliados atendidos por los médicos del programa, el 35.5% (2101/5918) se encuentran en pre obesidad; IMC entre 25 y 30 kg/m². y un 21% (1249/5918) en obesidad, factor de riesgo que se debe controlar para bajar el riesgo cardiovascular de estas personas de padecer complicaciones de orden cardio o cerebrovascular asociadas a este factor de riesgo adicional.

Gráfica 6. Índice de Masa Corporal Afiliados atendidos programa cardiovascular.



Así que la Aseguradora debe orientar programas de hábitos alimentarios saludables e incentivar la práctica deportiva, en todos los usuarios pero con especial interés por pre-obesidad u obesidad, según el índice de masa corporal entre 25-30 o mayor de 30, respectivamente.

Tabla 17. Índice Masa Corporal Afiliados atendidos en el programa Cardiovascular.

Rango de edades	Femenino		Masculino		Total	%
	N. Pac	%	N. Pac	%		
Sin Información	15	0.4	7	0.4	22	0.4
Bajo	200	5.0	97	5.0	297	5
Normal	1.347	33.9	902	46.4	2.249	38
Pre-obesidad	1.428	36.0	673	34.6	2,101	35.5
Obesidad Leve	717	18.1	215	11.0	932	15.7
Obesidad Moderada	205	5.2	41	2.1	246	4.2
Obesidad Severa	60	1.5	11	0.6	71	1.2
Total	3.972	100	1.946	100	5.918	100

7.6. Reporte lípidos

La tabla 18 muestra los grupos de riesgo de los afiliados atendidos que se encuentran en metas con respecto al perfil lipídico. Teniendo en cuenta que niveles elevados de LDL están directamente relacionados con eventos cardiovasculares agudos, es importante observar que de los pacientes atendidos clasificados de alto riesgo ninguno cumple metas con respecto al LDL.

En promedio se evidencio dislipidemia en el 43% de la población clasificada en su riesgo cardiovascular, con estos usuarios estamos adelantando capacitaciones orientadas por los agentes comunitarios o promotores, tendientes a mejorar los hábitos de vida, con dieta baja en grasa, y rutinas de ejercicio aeróbico matutino, durante periodos de tiempo de 40 minutos cada día, estas medidas según medicina basada en la evidencia favorecen la disminución de los valores de Colesterol Total, HDL, LDL y Trigliceridos, evitando complicaciones de etiología cardiovascular.

Luego de realizar perfil lipídico en 4150 personas, el 55% presentaron resultados de colesterol total mayor a 200 mg/dl, el 41% tienen LDL superior a 160 mg/dl, 35% con valores de Colesterol HDL menor a 40, y Triglicéridos superior a 200 mg/dl en un 40% de los pacientes estudiados. Promediando encontramos que el 43% de las personas intervenidas en el riesgo cardiovascular presentan dislipidemia relacionada, lo que sin duda favorece la creación de la placa aterosclerótica en coronarias y otras arterias, incrementando el riesgo de padecer enfermedades de etiología vascular.

Grafico 7. Personas con perfil lipídico en metas.

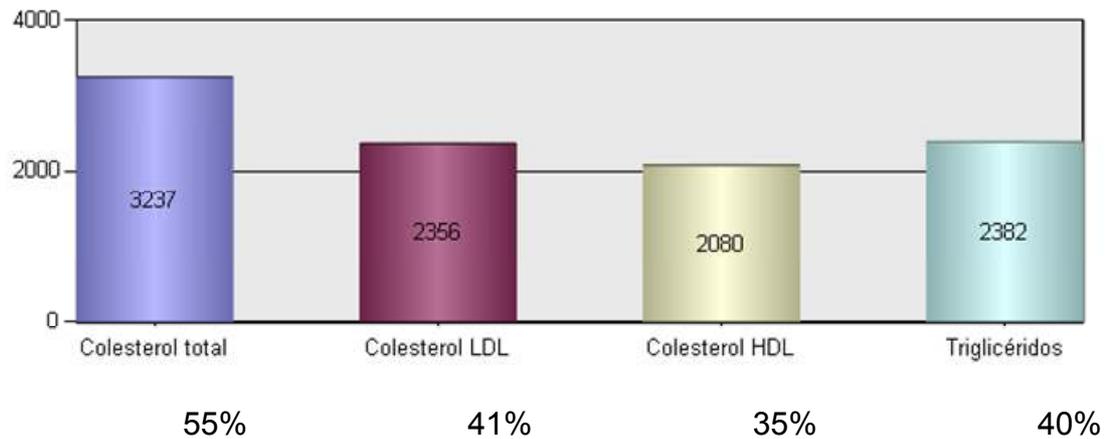


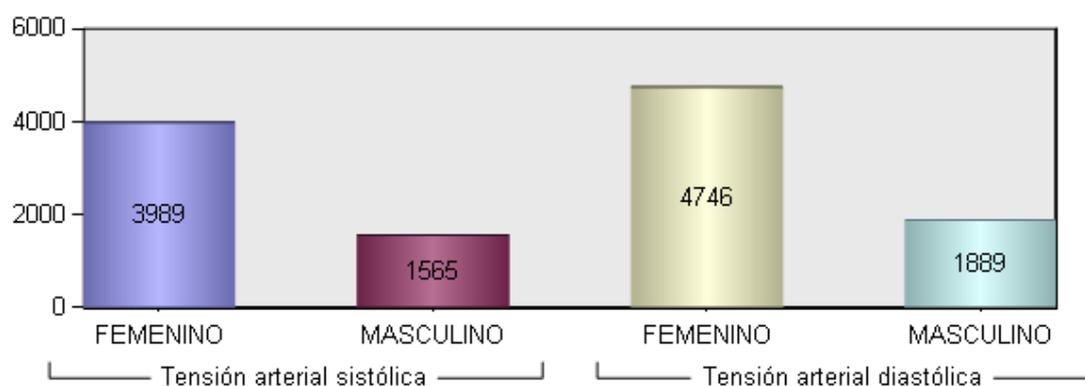
Tabla 18. Grupos de riesgo con metas en perfil lipídico.

Variable Valor	Alto		Intermedio		Latente	
	N. Pac.	%	N. Pac.	%	N. Pac.	%
Colesterol total	495	24.3	495	44.7	2.247	89.4
Colesterol LDL	14	0.7	760	70.1	1.582	63.9
Colesterol HDL	924	45.3	374	33.8	782	31.1
Triglicéridos	605	29.7	550	49.7	1.227	48.8

7.7. Reporte tensión arterial

El control de la tensión arterial sistólica y diastólica dentro de las metas también disminuye el riesgo de eventos cardiovasculares. En los afiliados atendidos las mujeres hipertensas y diabéticas son las que más tienen la tensión arterial dentro de las metas.

Grafico 8. Tensión arterial en metas. Afiliados atendidos en el programa



En promedio las mujeres en metas de la Presión Arterial llegan al 62%, versus el 25% de los hombres que fueron encontrados con cifras tensionales dentro de límites normales, lo que evidencia mejor control en el género femenino, sugiriendo una mayor adherencia al tratamiento por parte de las mujeres.

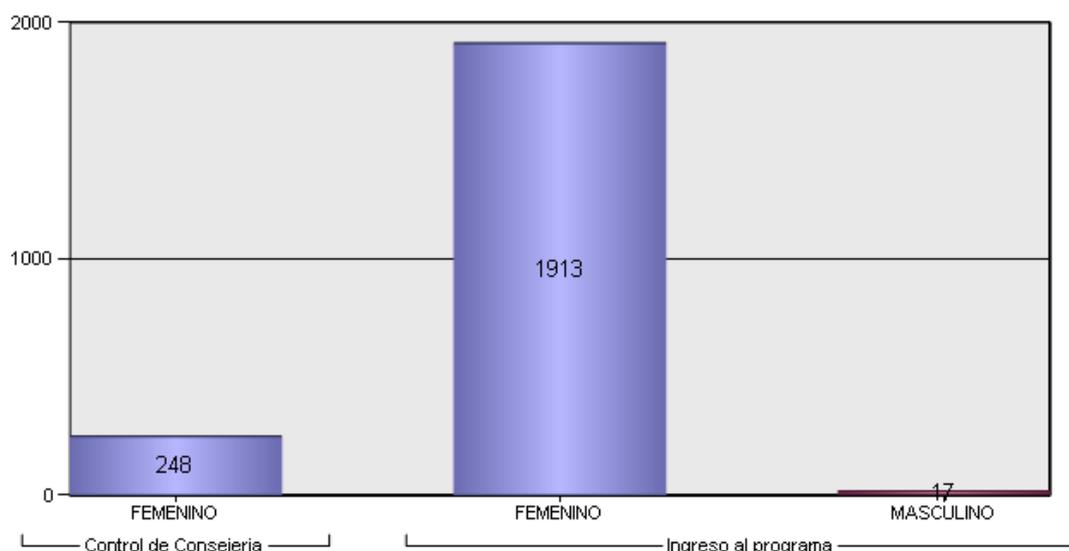
Tabla 19. Pacientes con tensión arterial en metas.

	Diabético				No Diabético			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	N. Pac.	%	N. Pac.	%	N. Pac.	%	N. Pac.	%
Tensión arterial sistólica	295	52	114	20.1	3.694	61	1.451	24
Tensión arterial diastólica	359	63.3	138	24.3	4.387	72.4	1.751	28.9

8. ESTADÍSTICAS PROGRAMA MUJER SEGURA

Ha ingresado 1930 personas al programa de planificación familiar, 99% son mujeres y solo el 1% fueron hombres, evidenciando la falta de compromiso por parte de la población masculina, que deben ser motivados para hacer parte del programa de planificación familiar, de 2178 usuarios valorados, solo el 11% quedaron solo con la consejería realizada por el medico, el 89% restante no solo ingresaron si no que continuaron o iniciaron algún protocolo de planificación familiar.

Grafico 9. Personas atendidas en el programa de Planificación Familia.

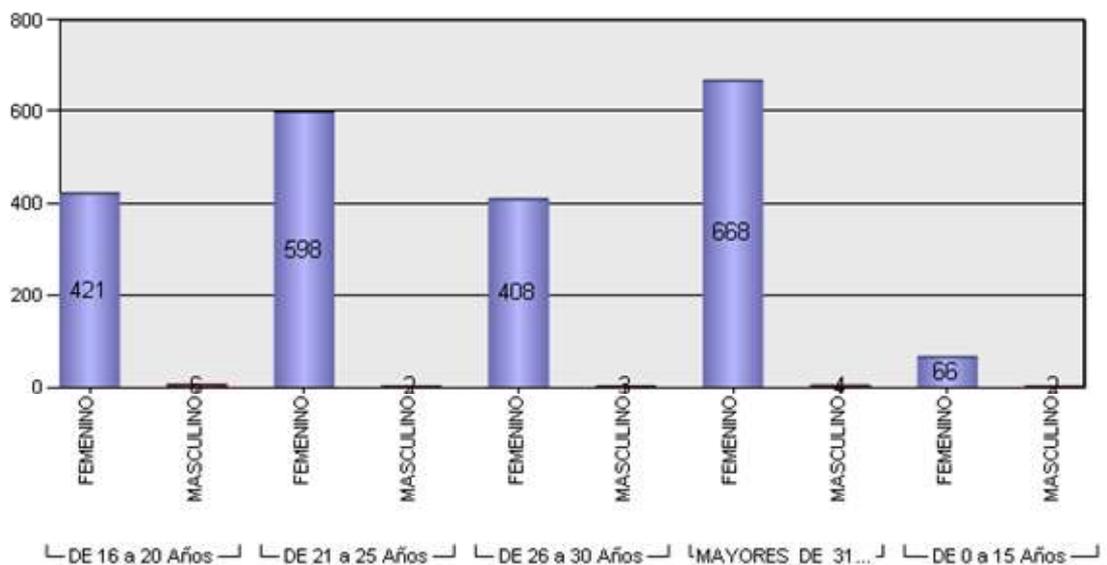


8.1 Pacientes por grupo de edades.

La mayor proporción de mujeres en edad fértil que respondieron a la demanda inducida llevada a cabo por los promotores fueron las usuarias mayores de 31 años de edad con participación del 31% del total de mujeres planificando, el siguiente grupo lo conforman con el 27% las mujeres de 21 a 25 años, y con el 19% aparecen las usuarias de los grupos etareos 26 a 30 años y 16 a 20 años, seguido por las jóvenes menores de 15 años que

representan el 3% restante. Por lo anterior debemos hacer mejores esfuerzos en comprobar la efectividad de la demanda inducida al programa Mujer segura en las menores de 15 años, dada la alta incidencia de embarazos en adolescentes cada vez menores, máxime el alto riesgo obstétrico propio de los embarazos en las mujeres mas jóvenes.

Grafico 10. Distribución de Ingreso a Mujer Segura según los diferentes grupos etareos-

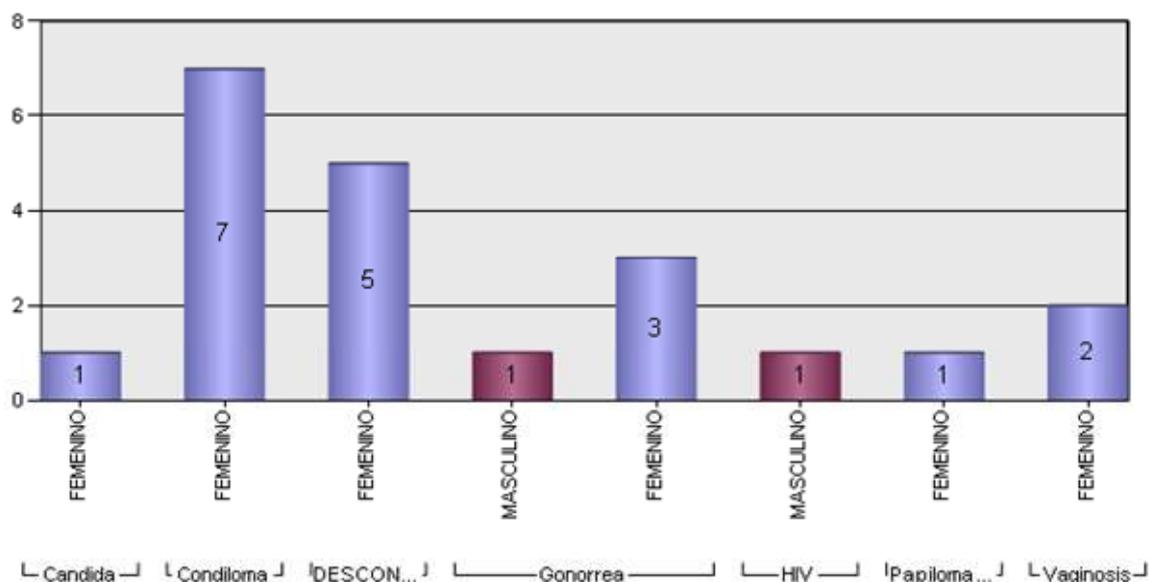


Al programa de planificación familiar abril 2010, han asistido en total 2178 personas. 17 hombres y 180 mujeres, principalmente entre los 21 y 25 años de edad, seguido de las mayores de 31 años.

8.2 Enfermedades de transmisión sexual.

Afortunadamente menos del 1% reportaron haber padecido enfermedades de transmisión sexual (ETS), los casos detectados se describen en la siguiente grafica.

Grafico 11. Casos de enfermedades de trasmisión sexual en usuarias captadas en el tamizaje o encuesta.



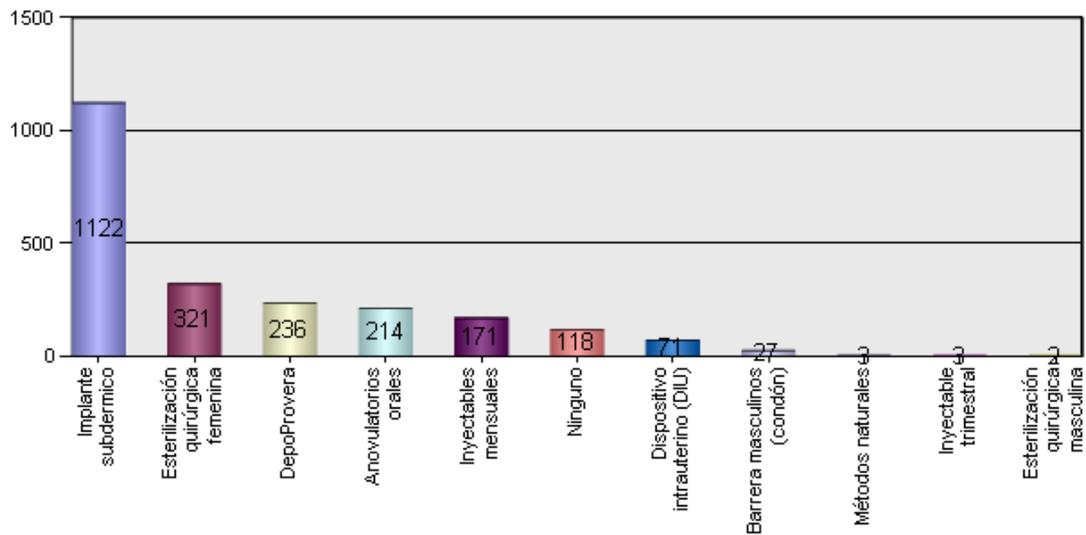
8.3. Planificación familiar.

El siguiente grafico señala los métodos de planificación familiar de elección entre las pacientes captadas, en el se puede apreciar el alto nivel de aceptación del implante subdérmico (Jadelle), entre las usuarias de Coosalud Antioquia, lo que se debe a una amplia promoción de este método de contracepción durante todo el año 2009, especialmente en los municipios de Bajo Cauca donde se implantaron más de 3000 Jadelle de los 4000 dispositivos colocados en el departamento de Antioquia durante el ultimo año.

De estas mujeres han ingresado al programa 1122 pacientes que corresponden al 49% de las usuarias atendidas. El segundo método de elección escogido por las mujeres que acudieron al programa fue la cirugía Pomeroy o Tubectomia, con el 14% de participación entre el total de métodos escogidos, en total fueron 321 mujeres, otro método de gran aceptación es la inyección trimestral, Medroxiprogesterona o Depoprovera escogido por 236 féminas, el 10%, seguido por un 9% que escogió anticonceptivos orales (ACO), el 7% planifica con inyección mensual, el 5% seguirá el método del ritmo, 3% tienen

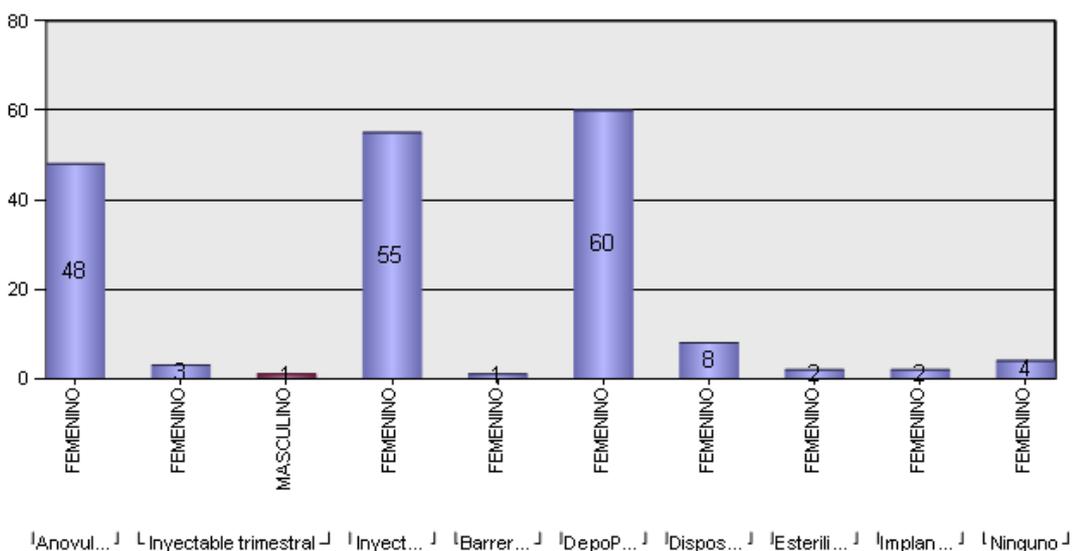
dispositivos intrauterinos en cobre o (DIU) y con porcentajes menores al 1% se encuentran otros métodos como el de barrera, esterilización masculina, entre otros métodos naturales.

Grafico 12. Métodos de planificación familiar elegido por los afiliados



El 8% cambiaron de método de contracepción, entendiendo que el 5.2% no usaba ningún método de planificación familiar antes del ingreso a programa mujer segura, así que realmente solo el 2.8% cambio la elección del método escogido.

Grafico 13. Métodos de Planificación familiar elegidos por los afiliados.



El método de menor elección es el preservativo, lo que nos incentiva aun mas a promover la utilización de esta imprescindible forma de protección, capacitando a los asegurados sobre los beneficios de usar preservativos como herramienta de protección ante ETS.

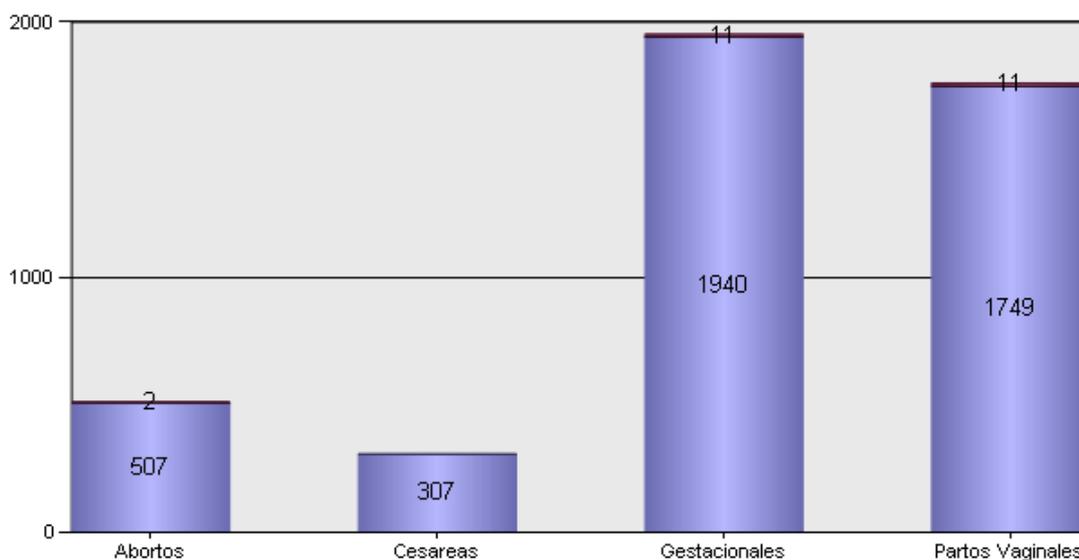
Tabla. 20. Métodos de planificación familiar elegidos por afiliados.

Métodos de planificación familiar	Total	%
Implante subdermico	1122	49.0
Esterilización quirúrgica femenina	321	14.0
DepoProvera	236	10.3
Anovulatorios orales	214	9.4
Inyectables mensuales	171	7.5
Ninguno	118	5.2
Dispositivo intrauterino (DIU)	71	3.1
Barrera masculinos (condón)	27	1.2
Métodos naturales	3	0.1
Inyectable trimestral	3	0.1
Esterilización quirúrgica masculina	2	0.1
TOTAL	2.288	100

8.4. Número de embarazos reportados.

Se reportaron en total 4527 antecedentes gestacionales, durante la elaboración de las historias clínicas, de estos embarazos terminaron en aborto el 11%, cesárea 7%, y el 82% restante llegaron a feliz término bajo la modalidad de parto vértice espontáneo vía vaginal.

Grafico 14. Antecedente de eventos relacionados a embarazos



Las usuarias embarazadas que requerían seguimiento durante la fase de implementación del programa Mujer Segura, fueron atendidas por médicos capacitados bajo los protocolos de la institución, y el respaldo de sus historias clínicas, son custodiadas en archivo de las diferentes IPS o ESEs prestadoras del servicio, entre tanto se habilita el Software para la captura de estos datos para el desarrollo del control prenatal.

Tabla 21. Finalización de embarazos según antecedente de embarazos relacionados en los Antecedentes Gineco-Obstetricos.

Reporte de Embarazos	Total	%
Abortos	509	11
Cesáreas	307	7
Gestacionales	1951	43
Partos Vaginales	1760	39
Total embarazados reportados	4527	100

BIBLIOGRAFIA

1. Convenio cooperación técnica DSSA-OPS (2008). Propuesta del modelo de gestión integrado basado en las experiencias MANA, APS y AIEPI en el marco de la Protección Social.
2. Ministerio de la Protección Social. Modelo de la gestión para la salud y el bienestar de la infancia: *Una propuesta para construir propuestas*. Colombia, 2005.
3. Holzmann R, Jorgensen S. Manejo social del riesgo: *un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá*, Washington, Banco Mundial, 2000.
4. Restrepo A. Hacia una visión del SGSSS en el marco del Sistema de la Protección Social de Colombia, serie Documentos Base para Ponencias y Catedras "Notas de Clase", Noviembre de 2007.
5. Lipton M, Ravallion M, Poverty and Policy 1995, citados en: Holzmann R. y Jorgensen S., Op Cit.
6. Holzmann, R. y Jorgensen, S., Op Cit.
7. Olimpo Mendivel Carlo. Dislipidemia Guías de práctica clínica basadas en la evidencia sobre el tamizaje, diagnóstico y tratamiento. Universidad Nacional, 2007.
- 8 Leyva JR Álvarez. Función renal en diabéticos tipo 2 determinada por fórmula de Cockcroft-Gault y depuración de creatinina Rev. Med. IMSS 2004 42(1): 5-10.
- 9 Ministerio de la Protección Social. PARS, Guía de atención y modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica, 372 .Bogota DC Colombia, 2007