

**PROPUESTA PARA LA REORIENTACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE  
SERVICIOS DE SALUD DE LA SEDE PRADO DE LA IPS UNIVERSITARIA, EN  
EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD,  
MEDELLÍN, 2015.**

**HAROLD GIOVANNI HOYOS MONTILLA**

**ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
GRUPO INVESTIGACION: OBSERVATORIO DE LA SALUD PUBLICA  
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SITUACIÓN DE SALUD  
MEDELLÍN  
JUNIO, 2015**

**PROPUESTA PARA LA REORIENTACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE  
SERVICIOS DE SALUD DE LA SEDE PRADO DE LA IPS UNIVERSITARIA, EN  
EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD,  
MEDELLÍN, 2015.**

**HAROLD GIOVANNI HOYOS MONTILLA**

**Trabajo de grado para optar el título de: Magister en Administración en Salud**

**Asesor  
MD, M.Sc. RUBEN DARIO RESTREPO AVENDAÑO**

**ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
GRUPO INVESTIGACION: OBSERVATORIO DE LA SALUD PUBLICA  
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SITUACIÓN DE SALUD  
MEDELLÍN  
JUNIO, 2015**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
1 RESUMEN / ABSTRAC.....	8
2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	10
2.1 Institución Prestadora de Servicios de Salud %PS UNIVERSITARIA+.....	10
2.2 Programa de Salud de la Universidad de Antioquia: SALUDA .....	14
2.3 Planteamiento del Problema .....	18
2.4 Justificación de la Propuesta .....	21
2.5 Pregunta de Investigación .....	23
3 MARCO TEÓRICO.....	24
3.1 Atención Primaria en Salud (A.P.S).....	24
3.1.1 Antecedentes .....	24
3.1.2 Atención Primaria en Salud y su desarrollo en Colombia.....	26
3.1.3 Modelo de prestación de Servicios de Salud en el marco de la Atención Primaria en Salud ò .....	32
3.1.4 Equipos multidisciplinarios: .....	36
3.1.5 Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad .....	37
3.1.6 Cultura de autocuidado .....	39
4 OBJETIVOS .....	41
4.1 Objetivo General .....	41
4.2 Objetivos Específicos.....	41
5 METODOLOGÍA.....	42
5.1 Enfoque metodológico .....	42
5.2 Población de referencia .....	46
6 RESULTADOS .....	47
6.1 Características de morbilidad de la población afiliada al Programa de Salud que consulto por medicina general y medicina interna en 2013 en la sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA .....	47
6.1.1 Pirámide poblacional, principales causa de consulta por medicina general, medicina interna y distribución de la enfermedad crónica en la población del Programa de Salud. ....	47
6.1.2 Frecuencia de consultas ambulatorias del paciente con diagnóstico de hipertensión arterial.....	53
6.1.3 Frecuencia de consultas ambulatorias del paciente con diagnóstico de dislipidemia.....	54

6.1.4	Frecuencia de consultas ambulatorias del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus.....	56
6.2	Marco de la atención del equipo de Atención Primaria para la atención del riesgo cardiovascular.....	58
6.2.1	Flujos de información y configuración del equipo de atención primariaõ .....	58
6.2.2	Información de costos para la atención del equipo de atención primaria. ....	63
6.3	Características del equipo de atención en salud en la Sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA .....	73
6.4	Propuesta de indicadores para la medición de la implementación de los procesos formulados .....	77
6.4.1	Objetivos para el manejo del Riesgo Cardiovascular del equipo de APSõ õ .....	81
6.4.2	Metas a corto (12 meses) y largo plazo (60 meses) para el manejo del Riesgo Cardiovascular del equipo de APS.....	82
7	CONCLUSIONES.....	83
8	DISCUSIÓN .....	85
9	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	86

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Aporte a los indicadores de salud por el desarrollo de modelos de servicios básicos.....	22
Tabla 2. Principales causas de consulta en Medicina General de la Sede Prado de la IPS UNIVERSITRIA para los pacientes del PSU en el año 2013.....	49
Tabla 3. Principales causas de consulta en Medicina Interna de la Sede Prado de la IPS UNIVERSITRIA para los pacientes del PSU en el año 2013.....	50
Tabla 4. Distribución de pacientes con enfermedades crónicas del PSU, según sexo 2013 .....	50
Tabla 5. Distribución de la participación de los pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas en los programas del Adulto Activo y de Riesgo Cardiovascular en el 2013 .....	52
Tabla 6. Frecuencia de Uso de los pacientes hipertensos del PSU, para las consultas de Medicina General, Enfermería, Nutrición, Prioritaria Medicina General y Medicina Interna 2013.....	54
Tabla 7. Frecuencia de uso de los pacientes dislipidemico del PSU, para las consultas de Medicina General, Enfermería, Nutrición, Prioritaria Medicina General y Medicina Interna 2013.....	56
Tabla 8. Frecuencia de uso de los pacientes diabéticos del PSU, para las consultas de Medicina General, Enfermería, Nutrición, Prioritaria Medicina General y Medicina Interna 2013.....	57
Tabla 9. Frecuencia estimada de actividades por año para la realización del seguimiento y control del paciente hipertenso en el programa de Riesgo Cardiovascular IPS UNIVERSITARIA.....	65
Tabla 10. Total de atenciones estimadas por año según tipo de Riesgo Cardiovascular para los pacientes con diagnóstico de Hipertensión .....	65
Tabla 11. Frecuencia estimada de actividades por año para la realización del seguimiento y control del paciente diabético en el programa de Riesgo Cardiovascular IPS UNIVERSITARIA.....	66

Tabla 12. Total de atenciones estimadas por año según tipo de Riesgo Cardiovascular para los pacientes con diagnóstico de diabetes.....	66
Tabla 13. Frecuencia estimada de actividades por año para la realización del seguimiento y control del paciente dislipidémico en el programa de Riesgo Cardiovascular IPS UNIVERSITARIA.....	67
Tabla 14. Total de atenciones estimadas por año según tipo de Riesgo Cardiovascular para los pacientes con diagnóstico de dislipidemia.....	67
Tabla 15. Frecuencia estimada de actividades por año para la realización de las actividades de detección temprana y protección específica para la población del PSU que no tiene diagnóstico de enfermedades crónicas.....	68
Tabla 16. Total de atenciones estimadas por año para la realización de las actividades de detección temprana y protección específica para la población del PSU que no tiene diagnóstico de enfermedades crónicas.....	69
Tabla 17. Total de actividades año y número de profesionales requeridos para la atención de pacientes con enfermedades crónicas y la atención de las actividades de detección temprana y protección específica IPS UNIVERSITARIA.....	70
Tabla 18. Costo anual de recurso humano, laboratorio clínico y ayudas diagnósticas requerido para la atención de pacientes con enfermedades crónicas y la atención de las actividades de detección temprana y protección específica IPS UNIVERSITARIA .....	71
Tabla 19. Costo anual de recurso requerido para la atención de pacientes con enfermedades crónicas y la atención de las actividades de detección temprana y protección específica IPS UNIVERSITARIA .....	72

## **LISTA DE GRÁFICAS**

Gráfica 1. Factores diferenciadores "IPS UNIVERSITARIA" .....	14
Gráfica 2. Organizaciones que realizan actividades de bienestar en torno a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la comunidad universitaria de la Universidad de Antioquia .....	17

Gráfica 3. Pirámide de atención por nivel de complejidad. Usuarios del Programa de Salud 2013.....	19
Gráfica 4. Principales especialidades médicas utilizadas por los Usuarios del Programa de Salud en la IPS UNIVERSITARIA en el año 2013.....	20
Gráfica 5. Pirámide poblacional de los usuarios afiliados al PSU asignados a la IPS UNIVERSITARIA 2013.....	48
Gráfica 6. Equipo de APS de los servicios ambulatorios y su relación con los servicios de salud de diferentes niveles de complejidad.....	59
Gráfica 7. Enfoque de los planes de interacción elaborados por el Equipo de Atención Primaria para la atención del riesgo cardiovascular Sede Prado.....	60
Gráfica 8. Articulación Interinstitucional entre la prestación de servicios de la IPS UNIVERSITARIA, la Universidad de Antioquia y el Programa de Salud %SALUDA+ .....	62
Gráfica 9. Equipo de Atención Primaria IPS UNIVERSITARIA .....	73
Gráfica 10. Flujo de información entre el equipo de Atención Primaria, y la representación de la Universidad de Antioquia y SALUDA.....	77

### **LISTA DE CUADROS**

Cuadro 1. Aspectos de la atención que distinguen la atención sanitaria convencional de la atención primaria centrada en la persona .....	33
Cuadro 2. Propuesta de indicadores para el seguimiento de las actividades del equipo de APS en la IPS UNIVERSITARIA .....	79

### **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Equipo de salud y sus funciones IPS UNIVERSITARIA .....	76
---	----

## 1 RESUMEN / ABSTRAC

Este trabajo está dirigido a formular una propuesta para la implementación de estrategias de Atención Primaria en Salud (APS) en los procesos de prestación de servicios de la sede Prado de la IPS UNIVERSIARIA. La reorientación de las actividades de prestación de servicios de salud que aquí se propone, hace énfasis en procesos estructurales y funcionales dentro de los cuales sobresalen la organización de un equipo de APS. El enfoque de trabajo del equipo, es acorde a las características de morbilidad de la población asignada, la identificación y articulación de otros actores que promuevan y fortalezcan el trabajo del equipo de APS, la estimación de los costos y de las actividades que se deben desarrollar en el marco del manejo del riesgo cardiovascular y los indicadores de medición entorno a los resultados en salud. Toda la estructura y los procesos requieren de una herramienta que permita la sistematización de los datos, los cuales son fundamentales en la definición del plan de trabajo del equipo.

En la conformación del equipo de APS para la sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA, se deben asignar profesionales que se encarguen del proceso de atención con competencias en el control y seguimiento de los pacientes con riesgos y diagnóstico de enfermedades crónicas (Diabetes, Hipertensión, Dislipidemias) pues estas son de mayor prevalencia en la población asignada a esta institución, además debe contar con un grupo de profesionales que lideren la definición de las directrices, monitorización de metas y seguimiento a resultados.

La formulación de la propuesta ha permitido avanzar en el fortalecimiento de los procesos de la sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA. Se organizó un grupo inicial conformado por Medico general, Enfermera, Psicóloga, Nutricionista que se encargan de la atención de una población asignada. Se definió la metodología para el trabajo del grupo con articulación de los médicos internistas, de las actividades de promoción de la salud que ofrece Enfamilia y el recurso humano con el que cuenta la sección de medicina aplicada a la actividad física y al deporte de la facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

**Palabras clave:** *Servicios de salud, Clasificación Internacional de la Atención Primaria, recursos humanos en salud, enfermedad crónica, indicadores de servicios.*

## **ABSTRACT**

This work is aimed at formulating a proposal for the implementation of strategies for primary health care (PHC) in the process of providing services based on the IPS UNIVERSITARIA. The reorientation of the activities of providing health services is proposed here, emphasizes structural and functional processes within the organization which project a team of APS. The team work approach is consistent with the characteristics of morbidity of the assigned population, identification and articulation of other actors that promote and strengthen the team work of APS, estimation of costs and activities to be developed under the management of cardiovascular risk and environment indicators to measure health outcomes. The whole structure and processes require a tool to systematize data, which are fundamental in defining the work plan of the team.

In shaping the PHC team to the headquarters of the IPS UNIVERSITARIA, professionals should be assigned to take charge of the care process with competence in the control and monitoring of patients with risk and diagnosis of chronic diseases (diabetes, hypertension, dyslipidemia) as these they are most prevalent in the population assigned to this institution, and must have a group of professionals who lead the development of guidelines, monitoring goals and monitoring results.

The wording of the proposal has enabled progress in strengthening processes based on the IPS UNIVERSITARIA. An initial group consisting of general practitioner, nurse, psychologist, nutritionist in charge of care for an assigned population organized. The methodology for the group's work was defined as joint general practitioners, the activities of health promotion that Enfamilia and human resource that has medical section applied to physical activity and sport provides faculty of Medicine, University of Antioquia.

**Keywords:** *Health Services, primary health care, health manpower, Chronic Disease, healthcare quality indicator.*

## **2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **2.1 Institución Prestadora de Servicios de Salud ÍPS UNIVERSITARIAÍ**

#### **Antecedentes Institucionales**

El documento Modelo Hospital Universitario. IPS UNIVERSITARIA, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, el cual fue facilitado para la consulta por la Gerencia de Planeación de la IPS, permitió obtener la siguiente información (1).

En 1993, con la llegada de la Ley 100, la Universidad de Antioquia proyecta la creación de una Entidad Promotora de Salud (EPS) propia como entidad adaptada y paralelamente una IPS que incluyera atención básica y de especialistas en los niveles 1 y 2, entidad que hoy se conoce como IPS UNIVERSITARIA+ de la Universidad de Antioquia.

El 4 de diciembre de 1998 entra en operación la IPS UNIVERSITARIA como corporación mixta sin ánimo de lucro, en cabeza del doctor Jaime Restrepo Cuartas, rector de la Universidad y presidente de la Junta Directiva, y el doctor Iván José Ángel Bernal como director de la IPS UNIVERSITARIA.

Desde entonces, la IPS UNIVERSITARIA se comprometió con el cumplimiento de sus objetivos empresariales en beneficio de la institución, la universidad y la sociedad, orientados a convertirse en la mejor opción prestadora de servicios de salud para el SGSS de Colombia, comercializar los bienes y servicios que en salud generan las dependencias académicas de la Universidad de Antioquia, prestar servicios de salud a sus usuarios y convertirse en el principal campo de práctica del Alma Máter.

El reto para la IPS UNIVERSITARIA comenzó, desde su constitución, durante los cuales la clave del trabajo exitoso ha sido la cooperación, tanto de la Universidad de Antioquia como el sector privado, la comunidad y cada uno de los integrantes que hoy ponen en práctica el Respeto, la Responsabilidad, la Coherencia, el Servicios y la Amabilidad, valores que enmarcan la institución.

#### **Servicios de Salud de la IPS UNIVERSITARIA**

El componente de prestación de servicios de salud en la IPS UNIVERSITARIA se organiza con Unidades Estratégicas de Negocios alrededor de los portafolios de servicios que se oferten, resultante del análisis permanente de las necesidades del medio, expresadas por las diferentes entidades que solicitan estos servicios, pero a la vez como respuesta también a las necesidades que los programas de docencia le marquen, con el propósito de cumplir con su función de apoyo al desarrollo de la misión de la Universidad de Antioquia. Cada Unidad Estratégica

tiene un coordinador y un equipo primario de trabajo encargado de los procesos de mejoramiento de ésta. La distribución de las Unidades se realiza acorde a la complejidad de las actividades que realiza. Los servicios ambulatorios de baja y algunos de mediana complejidad se ubican principalmente en la sede Prado, otros en la sede Universitaria y sede SIU. Los servicios de alta complejidad en la sede Clínica León XIII.

La composición funcional de la prestación de servicios de salud está organizada en las siguientes unidades estratégicas de negocios

1. Unidad de Consulta Externa:

Es la unidad responsable de la organización y la prestación de los servicios de consulta médica general, especializada, subespecializada, consulta de psicología, fonoaudiología, enfermería, audiología, nutrición y dietética.

Los servicios se prestan principalmente en la sede Prado, que agrupa la mayor parte de los servicios ambulatorios de baja y mediana complejidad.

Esta unidad también es la responsable de la organización y prestación de las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, conforme a las Resoluciones 412 y 3384 de 2000, 3442 de 2006 y 0769 y 1973 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social, ajustados a los lineamientos del ente territorial.

2. Unidad de ayudas diagnósticas y complementación terapéutica:

Es la unidad responsable de la organización y la prestación de los servicios: exámenes de laboratorio clínico, aplicación de hemoderivados, ayudas diagnósticas en imagenología, gastroenterología, cardiología, endoscopias, neurología, fisiatría, hemodinamia y tomografías, entre otras. También se incluyen los servicios de terapia y rehabilitación (terapia física, terapia ocupacional, rehabilitación cardíaca, fototerapia, rehabilitación pulmonar). Los servicios se distribuyen entre la sede Prado y la sede Clínica León XIII

3. Unidad de Cirugía.

Es la unidad responsable de la organización y la prestación de los servicios de Cirugía en las diferentes especialidades y se cuenta con 13 quirófanos habilitados en la sede Clínica León XIII y 3 quirófanos habilitados en la sede Prado

4. Unidades de cuidados intensivos e intermedios adultos:

Es la unidad encargada en la prestación del servicio del paciente crítico y en cuidados especiales.

5. Unidad de Hospitalización:

Es la unidad encargada en la atención del paciente hospitalizado, se cuenta con 650 camas para la hospitalización de alta complejidad, se destaca la hospitalización cardiovascular, cirugía infantil, gineco oncología, medicina interna, otorrinolaringología, urología, pediatría, vascular, entre otros.

6. Unidad de urgencias adultos e infantil:

Es la unidad encargada de la atención del paciente urgente, esta unidad tiene adjunto las unidades de cuidado intermedio. El servicio se presta en la Clínica León XIII

7. Unidad de Atención Farmacéutica.

Es la unidad responsable de seleccionar, adquirir, recepcionar, almacenar, distribuir y administrar los medicamentos y el material médico quirúrgico necesarios para una dispensación conforme a normas técnicas, administrativas y financieras para poder garantizar una terapia farmacológica racional en términos de oportunidad y seguridad.

8. Área de referencia y contrarreferencia

Funciona centralizado en la Central de Referencia y contrarreferencia CRIPS, que funciona las 24 horas todos los días. Está centralizada en la sede Prado.

### **Plataforma Estratégica IPS UNIVERSITARIA**

En el documento ~~%~~Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la IPS UNIVERSITARIA+ aprobado por la subdirección de Salud en su versión no. 1 de Junio de 2013 (1), se describe la plataforma estratégica de la IPS, en la cual ya están incluidos en el modelo de atención los enfoques de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que permite que la propuesta que en este trabajo se formule para la reorientación de la prestación entorno al fortalecimiento del equipo de atención primaria, tenga cabida en la institución. A continuación se resaltan apartes de la plataforma donde se describen conceptos propios de la APS

*Política de prestación de servicios de salud:* La ~~%~~IPS UNIVERSITARIA+ está comprometida con la calidad, seguridad y humanización para la prestación de servicios de salud en todos los niveles de atención; mejorando condiciones de salud en las dimensiones biológica, psicológica y social, con enfoque de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y apoyo de la docencia e investigación para el logro de mejores resultados.

Principios rectores para la prestación de servicios de salud:

- a) **Centrado en el usuario y su familia:** El usuario y su familia son el principal grupo de interés, sobre quienes se diseñan procesos asistenciales, administrativos y de apoyo interdisciplinarios para lograr mejores resultados en salud, satisfacción y fidelización.
- b) **Humanización de la atención:** Respeto a la privacidad, dignidad y a los derechos y deberes de los usuarios y sus familias
- c) **Seguridad clínica.** Control de los factores de riesgo mediante la promoción de las acciones seguras y prevención de las inseguras, para evitar la afectación a pacientes, familiares o colaboradores.
- d) **Tecnología adecuada:** Proceso racional de adquisición y utilización de tecnología acorde a las necesidades de los usuarios, la Institución y el sistema en general.
- e) **Uso racional de recursos:** Las actividades asistenciales se planean para el logro de los resultados esperados, con optimización de recursos y actuaciones transparentes.
- f) **Mejoramiento continuo:** Los procesos de mejora son sostenibles en el tiempo, con evidencia de resultados centrados en el paciente y característico de la cultura organizacional.

En la Gráfica 1 se presentan los factores diferenciadores que promueve la IPS UNIVERSITARIA para la prestación de servicios de salud, en los cuales se destaca el enfoque en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Gráfica 1. Factores diferenciadores "IPS UNIVERSITARIA"



Fuente: Modelo de Prestación de Servicios de Salud IPS UNIVERSITARIA+. Oficina de Planeación IPS UNIVERSITARIA, Versión: 1, Junio de 2013. Aprobado por León Jairo Montaña, Subdirector de Salud.

La actualización del modelo de prestación de servicios que actualmente está realizando la IPS UNIVERSITARIA impulsado desde la gerencia de planeación y la coordinación de calidad, incluye en su plataforma estratégica el enfoque en Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad en todos los niveles de atención. Desde la Sede Prado se puede impulsar el enfoque adoptando lineamientos de APS en la prestación de servicios, para incrementar la capacidad resolutiva e incrementar los resultados en la población asignada.

## 2.2 Programa de Salud de la Universidad de Antioquia: SALUDA

En la Ley 100 de 1993 que reglamenta el sistema general en seguridad social en territorio colombiano (2) existe una población que se encuentra exceptuada a su reglamentación por el hecho de la especificidad de sus labores (art. 279), esta población incluye:

- Los miembros de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.
- Los civiles del Ministerio de defensa y la Policía vinculados antes de la vigencia de la ley 100 de 1993
- Afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio
- Los servidores públicos de ECOPETROL y los pensionados de la misma.

e) *Régimen especial de las Universidades Públicas que se acogieron a la Ley 647 de 2001.*

g) Miembros no remunerados de las Corporaciones públicas.

h) Empresas en concordato preventivo y obligatorio al empezar a regir la ley 100 y que hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones

El programa de Salud de la Universidad de Antioquia %SALUDA+, soporta su operación gracias a la vigencia de la Ley 647 de 2001 (3) que otorgó a las Universidades públicas el carácter de régimen especial, recibiendo autorización para crear sus Sistemas de Salud Universitarios y, de esta forma, organizar y administrar su propia seguridad social; la Ley 647 fue incorporada a la Universidad de Antioquia según Acuerdo Superior 197 (4) , esta ley, describe el sistema propio de seguridad social en salud el cual se rige por las siguientes reglas básicas:

a) **Organización, dirección y funcionamiento:** Será organizado por la Universidad como una dependencia especializada de la misma, con la estructura de dirección y funcionamiento que igualmente se establezca para el efecto. Sin embargo, las universidades podrán abstenerse de organizarlo, para que sus servidores administrativos y docentes y sus pensionados o jubilados elijan libremente su afiliación a las entidades promotoras de salud previstas por la Ley 100 de 1993;

b) **Administración y financiamiento:** El sistema se administrará por la propia Universidad que lo organice y se financiará con las cotizaciones que se establezcan en los términos y dentro de los límites máximos previstos en el inciso 1° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993. El sistema podrá prestar directamente servicios de salud y/o contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud;

c) **Afiliados:** Únicamente podrá tener como afiliados a los miembros del personal académico, a los empleados y trabajadores, y a los pensionados y jubilados de la respectiva Universidad. Se garantizará el principio de libre afiliación y la afiliación se considerará equivalente para los fines del tránsito del sistema general de la Ley 100 de 1993 al sistema propio de las universidades o viceversa, sin que sean permitidas afiliaciones simultáneas;

d) **Beneficiarios y plan de beneficios:** Se tendrán en cuenta los contenidos esenciales previstos en el Capítulo III de la Ley 100 de 1993;

e) **Aporte de solidaridad:** Los sistemas efectuarán el aporte de solidaridad de que trata el artículo 204 de la Ley 100 de 1993.

## **Plataforma Estratégica Programa de Salud Í SALUDAÍ**

La plataforma estratégica del Programa de Salud de la Universidad de Antioquia (5) describe principalmente el compromiso en la administración y la prestación de servicios de la Seguridad Social en Salud a su población afiliada, en ella, ya están incluidos como lineamientos orientadores para su funcionamiento conceptos de APS, lo que permite que la propuesta que en este trabajo se formule para la reorientación de la prestación entorno al fortalecimiento del equipo de atención en la sede Prado de la IPS, tenga cabida en SALUDA. A continuación se resaltan apartes de la plataforma donde se describen conceptos propios de la APS.

Misión: Somos una Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) del Sistema Universitario de Seguridad Social que busca mejorar la calidad de vida de los empleados vinculados, jubilados y pensionados de la Universidad de Antioquia y su grupo familiar, a través de un Modelo de Atención Primaria en Salud que garantice el fomento, la protección, la recuperación y el mantenimiento de la salud, de nuestros afiliados en todo el territorio nacional. Contamos con un equipo humano capacitado y comprometido con la calidad y la eficiencia en la prestación del servicio, en un ambiente fundamentado en el respeto, la responsabilidad, la honradez y la lealtad

Visión: En el 2015 seremos reconocidos a nivel local y nacional como la mejor EAPB del Sistema Universitario de Salud, por el impacto en la calidad de vida de su población afiliada, a través de la integración de su Programa de Salud Familiar (APS) con la red de prestadores y las actividades de promoción y prevención.

Objetivos organizacionales: Promover la afiliación entre los empleados activos de la Universidad que se encuentran afiliados a otras EPS.

- a) Difundir los derechos y deberes entre los usuarios
- b) Garantizar el acceso a la red de prestadores de servicios.
- c) Contribuir al mejoramiento de la salud y la calidad de vida
- d) Promover los hábitos saludables de la población afiliada.
- e) Mejorar la gestión del riesgo en salud y la gestión de recursos.

### **Plan de beneficios ampliado de Í SALUDAÍ y actividades de promoción de la Salud.**

Además de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, todos los afiliados a SALUDA tienen un Plan de beneficios ampliado el cual incluye entre otras cosas las actividades orientadas desde la estrategia %Enfamilia+

La estrategia de Atención Primaria en Salud que Saluda ofrece a todos sus afiliados se enmarca en Enfamilia, con el objetivo de contribuir al mejoramiento de su salud y calidad de vida, para ello cuenta con los siguientes escenarios de interacción:

Grupos de apoyo: Enfamilia cuenta con aproximadamente 23 grupos interdisciplinarios que se dividen en 5 componentes:

Orientación familiar: Cuenta con grupos dirigidos al fortalecimiento de las dimensiones comunicativas, afectivas y relacionales que favorecen la dinámica familiar.

Entornos saludables: Grupos orientados a la promoción de prácticas amigables con el medio ambiente a través de la construcción de huertas caseras.

Actividad física para la salud: Grupos orientados a la realización de actividad física y la sana alimentación para la promoción de hábitos saludables.

Arte y lúdica para la salud: Grupos dirigidos a personas que desean desarrollar capacidades artísticas y el sano aprovechamiento del tiempo libre.

Cuidados de la salud: Grupos que favorecen el aprendizaje del autocuidado y el cuidado del otro para controlar adecuadamente las enfermedades crónicas prevalentes.

Gráfica 2. Organizaciones que realizan actividades de bienestar en torno a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la comunidad universitaria de la Universidad de Antioquia



Fuente: Elaboración del autor 2014.

En la Gráfica 2, de manera esquemática se presenta las instituciones que realizan actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la comunidad Universitaria, en la cual se incluye a la población afiliada a SALUDA. En la definición de la propuesta de este trabajo se describe la relevancia en la articulación de las actividades que realiza cada una de las organizaciones, con el objetivo de hacer sinergia de las mismas y garantizar eficiencia en los costos.

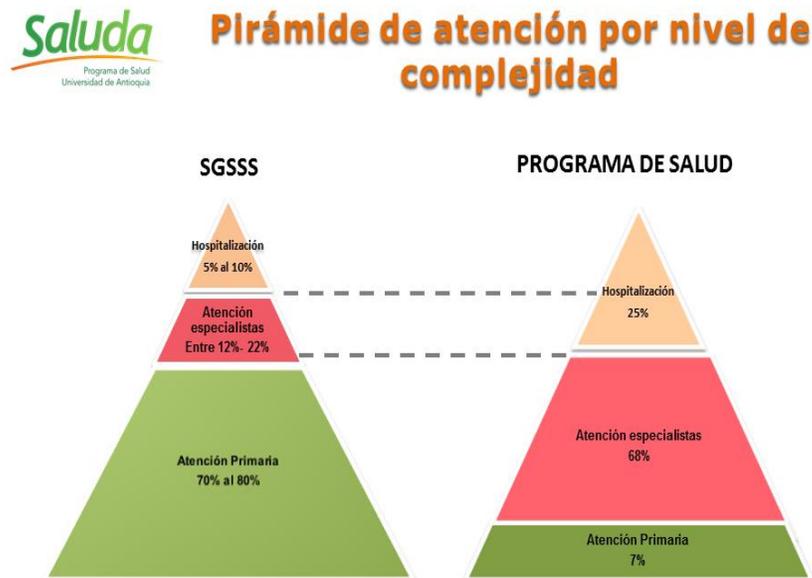
### **2.3 Planteamiento del Problema**

La Institución Prestadora de Servicios (IPS) de la Universidad de Antioquia %IPS UNIVERSITARIA+, desde sus orígenes ha sido la entidad responsable de la prestación de servicios de salud a la población afiliada al PROGRAMA DE SALUD (PSU) de ésta Universidad en todos los niveles de atención.

Los servicios de salud de baja complejidad y parte de la mediana complejidad se prestan en la Sede Prado, donde se cuenta con el recurso necesario para garantizar la estructuración, la implementación y el funcionamiento continuo de los procesos de atención, los cuales han madurado en los últimos 10 años tal cual como lo evidencia los conceptos técnicos del Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación . ICONTEC-, la Secretaria de Salud de Medellín y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos . INVIMA- (6)(7), entre otros.

A pesar que en la Sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA se sigue trabajando en la gestión basada en procesos enmarcada en la calidad de la atención, la planeación de los procesos de atención del primer nivel puede fortalecerse, específicamente para mejorar su capacidad resolutive, pues se evidencia en el informe elaborado por el área de auditoria medica de SALUDA para la %situación actual del 2013+ (8), una disminución de la cobertura de las atenciones que se deben realizar en el marco de la atención primaria, seguido de un incremento en la demanda de los servicios de medicina especializada. En la Gráfica 3, se realiza una comparación porcentual de la distribución de las atenciones de los usuarios afiliados a SALUDA en el 2013, con la distribución de las atenciones que se proponen deben realizarse en el Sistema General de Seguridad Social. Se evidencia que los usuarios afiliados a SALUDA tienen un alto porcentaje en la consulta de servicios por medicina especializada, el cual asciende al 68% contra un 22% sugerido, con una cobertura de actividades que se realizan en el marco de la Atención Primaria que alcanza el 7% contra un 70% sugerido.

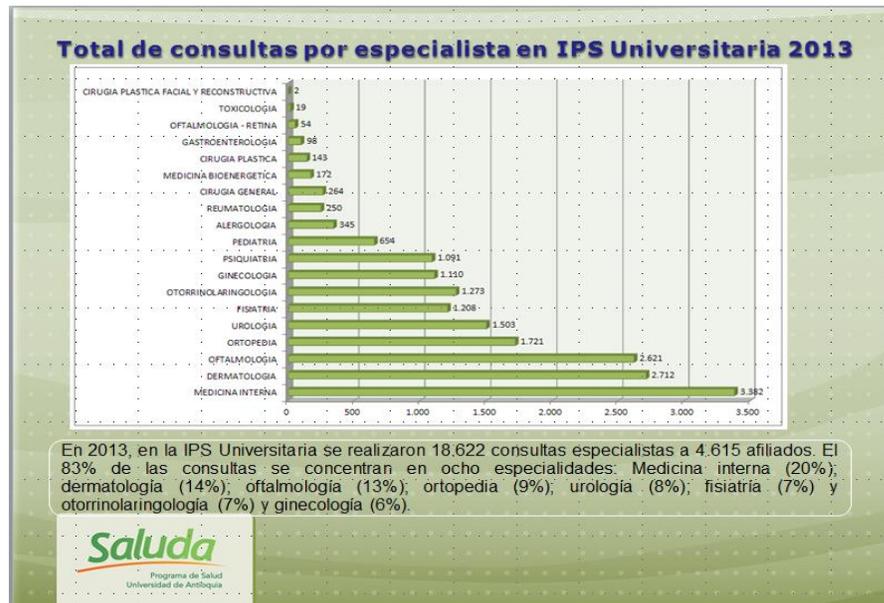
Gráfica 3. Pirámide de atención por nivel de complejidad. Usuarios del Programa de Salud 2013



Fuente: SALUDA Programa de Salud de la Universidad de Antioquia. Presentación situación actual 2013 auditoria medica.

En el mismo sentido, como se visualiza en la Gráfica 4, durante el 2013, en la IPS Universitaria se realizaron 18.622 consultas de medicina especializada a 4.615 afiliados. El 83% de las consultas se concentran en ocho especialidades: medicina interna (20%); dermatología (14%); oftalmología (13%); ortopedia (9%); urología (8%); fisioterapia (7%), otorrinolaringología (7%) y ginecología (6%). Siendo medicina interna la primera especialidad médica que utilizan los afiliados a SALUDA, refleja que la morbilidad de esta población se agrupa en el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, ello implica que este recurso deba asumir un rol determinante en el fortalecimiento de las actividades del primer nivel de atención.

Gráfica 4. Principales especialidades médicas utilizadas por los Usuarios del Programa de Salud en la IPS UNIVERSITARIA en el año 2013



Fuente: SALUDA Programa de Salud de la Universidad de Antioquia. Presentacion situacion actual 2013

Para Colombia, según la Resolución 5261 de 1994 (9) el acceso a los servicios de salud se hace por el primer nivel de atención o por los servicios de urgencias. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello. En la Ley 1438 de 2011 (10) se retoman los conceptos para impulsar la APS para el Sistema de Seguridad Social en Salud e incluye el fortalecimiento de los equipos de atención básica y los niveles de baja complejidad.

La parte conceptual respecto a los profesionales de APS, define que son los encargados de tomar decisiones importantes, capaces de resolver las consultas atendidas, de tal manera que en la distribución de pacientes según complejidad y requerimiento asistencial se determina, según (11), que más del 85% de los problemas pueden resolverse en APS, entre el 10 y el 12% requieren consulta y atención compartida con medicina especializada y el del 3% al 5% requerirán primordialmente atención especializada.

Es evidente que la capacidad resolutoria de la prestación de servicios de baja complejidad en la sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA debe ser fortalecida, pues no presenta resultados satisfactorios según los análisis de SALUDA por estar

por debajo de las recomendaciones realizadas en la normatividad vigente. Consecuente con lo anterior este trabajo de Maestría apunta a proponer la reorientación de la prestación de servicios de salud de la Sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA, promoviendo el fortalecimiento del equipo de atención que se encarga de la prestación de servicios de baja complejidad, en torno a las principales características de morbilidad de la población y los lineamientos de APS, con el ánimo de mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

#### **2.4 Justificación de la Propuesta**

A partir de la declaración de Alma Ata en 1978, se impulsó la divulgación de la relevancia de los conceptos de Atención Primaria en Salud (APS) como estrategia relevante para fortalecer el sistema de salud de los diferentes países. Esta declaración contiene la noción para la reorganización de la prestación de los servicios con fundamento en criterios como la integración de las actividades y servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación; la coordinación y continuidad de la atención, y la regularidad y permanencia de la relación entre el equipo de Atención Primaria y la población a cargo (12).

Para Colombia, en el estudio realizado en el 2012 por la Universidad de los Andes *La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones* se describen diversos problemas que afectan el sistema de salud; entre ellos se destacan los identificados en el sector de la prestación, donde el fraccionamiento en la prestación de servicios y *la debilidad de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad* (13) son determinados como problemas serios. En el estudio se resalta la recomendación de la OPS y establecen el contexto para abordar esos problemas dentro de un modelo de prestación que integre estrategias de APS.

La posición planteada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que la renovación de la Atención Primaria en Salud (APS) debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud; su desarrollo se impulsa desde *la prestación de servicios* la cual debe ser una atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo y que pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción (14). Según el concepto de la OPS se pone a la APS en la función básica de la prestación de servicios, APS como concepto de prestación de servicios para la prevención y la atención de la enfermedad, y los múltiples actores intersectoriales para la promoción de la salud.

De esta forma, es relevante fortalecer la atención primaria en su papel de atención de primer nivel, para que su estructura y funciones trasciendan de forma significativa, convirtiéndose en el nivel donde se identifiquen de manera temprana nuevos problemas pero también donde se resuelven la mayoría de ellos (15).

Respecto a la relevancia de las estrategias de APS en la prestación de Servicios de Salud la OPS/OMS (15) indican:

Se ha demostrado que un enfoque sólido hacia la APS puede garantizar mayor eficiencia de los servicios, gracias al ahorro de tiempo en la consulta, al uso reducido de pruebas de laboratorio y a los menores gastos de atención a la salud.

También se ha observado que el fortalecimiento de los servicios de atención primaria reduce las tasas globales de hospitalización por trastornos como angina de pecho, neumonía, infecciones urinarias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, paro cardíaco e infecciones de oídos, nariz y garganta, entre otros. Los individuos que cuentan con una fuente regular de atención primaria a lo largo del tiempo para la mayoría de sus necesidades de atención de salud han mostrado mayor satisfacción, mejor cumplimiento de las indicaciones médicas, menos hospitalizaciones y menor utilización de los servicios de urgencias que quienes no disponen de ella.

En Colombia, en la década de los 70s, el Departamento de Medicina Social de la Universidad del Valle (hoy Escuela de Salud Pública), desarrolló investigaciones sobre modelos de servicios básicos de salud para el área urbana (PRIMOPS) y para el área rural (CIMDER) (16).

Algunos de los resultados identificados en el estudio fueron se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Aporte a los indicadores de salud por el desarrollo de modelos de servicios básicos

CATEGORIA	DATO	
	1974	1978
Cambios en mortalidad general (/1.000 HBTS.)	8.8/1.000	6.8/1.000
Cambios estado nutricional en niños < 6años	--	--
Bien nutridos	47.6%	65.1%
Desnutrición leve	31.1%	27.7%
Desnutrición moderada y severa	18.8%	7.2%

Incremento en niños inmunizados (<6años)	--	--
DPT	6.5%	19%
Sarampión	9%	28%
Polio	7%	19%
BCG	19%	46%
Planificación Familiar	5%	23%

En la Tabla 1, se puede observar como en un periodo de 4 años se logran cambios en los resultados de los indicadores de salud (mayor cobertura en vacunación y planificación familiar y mejor estado nutricional de los niños menores de 6 años) en las poblaciones donde se fortalecieron los servicios básicos de salud. Es evidente que la reorganización de los servicios de salud con estrategias enfocadas a optimizar la cobertura de la población con servicios de cuidado primario de salud, propuestos en ese entonces, permitió obtener resultados positivos.

Teniendo en cuenta las necesidades expuestas de la Sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA en torno a su capacidad resolutoria en el primer nivel de atención, las ventajas y beneficios que aportan las estrategias de la Atención Primaria en Salud en el ámbito de la prestación de servicios de salud descritas anteriormente y el enfoque en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad que se describe en parte de la plataforma estratégica del PSU y la IPS, es válido formular la propuesta para la reorientación de la prestación de servicios de salud de la IPS, a través de las características propias de ésta estrategia como la atención con énfasis en la Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud, el fortalecimiento del autocuidado y el trabajo en equipo interdisciplinario.

## **2.5 Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son las actividades que se deben proponer para la reorientación en la prestación de servicios de salud en el marco de la Atención Primaria en Salud, en la Sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA?

### 3 MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Atención Primaria en Salud (A.P.S)

##### 3.1.1 Antecedentes

La Atención Primaria representa una estrategia para el abordaje de importantes problemas que se mantenían en los sistemas sanitarios de principio del siglo XX: importantes desigualdades en salud, con diferencias entre países y regiones, insatisfacción de los usuarios, escala de costo, deshumanización en la atención, entre otros.

En la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977, se definió una política de salud aceptada por todos los países denominada "Salud para todos en el año 2000".

En el año 1978 en la reunión de Alma Ata, quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se denominó como: "Atención Primaria en Salud" (APS) y se definió como: "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad..." (12)

La declaración de 1978, además de conceptualizar el modelo de Atención Primaria, apunta los aspectos clave de este modelo de atención, en los cuales se resalta; la capacidad de adaptación del modelo a los contextos locales, el enfoque de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el fortalecimiento de la participación de los diferentes sectores de la sociedad incluyendo la misma población.

En 1983 los países industrializados reunidos en una conferencia celebrada en Burdeos confirmaron la validez de la declaración de Alma Ata, reconociendo el papel principal de Atención Primaria de Salud para mejorar la accesibilidad y calidad de la asistencia donde el modelo de Atención Primaria no sólo es un enfoque que constituye la base del sistema de atención, sino que ha de influir de forma determinante en la manera de trabajar de los restantes niveles del sistema de salud.

Otros documentos como la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986) o la de Declaración de Yakarta promovieron la reorientación de los servicios de salud (17) como uno de los pilares de la promoción de la salud para que la atención trascienda de la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y

médicos y se caractericen por una preocupación más explícita en lograr resultados de salud para la población. Estas estrategias se separan en dos niveles:

- 1.) Para el desarrollo de sistemas de salud,
- 2.) En la prestación de servicios de salud. Es decir que apuntan tanto al diseño del sistema como a su implementación mediante cambios en el **modelo de atención, en las modalidades de intervención y gestión**, y en las acciones aplicadas a los individuos y a las comunidades (18).

En 1996, la Carta de Ljubljana para la Reforma de Salud adoptada por la Unión Europea determina que los sistemas de salud deben ser fundamentados en valores (dignidad humana, equidad, solidaridad, ética profesional), deben estar dirigidos a los resultados en salud, centrados en las personas, promoviendo su autoconfianza y garantizando que su opinión y sus elecciones influyan de forma decisiva en la manera en que se diseñan y funcionan (19).

Dos años después, en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Mayo de 1998, se declara que para el mejoramiento de la salud y el bienestar de las personas, es necesario el desarrollo de políticas y estrategias regionales y nacionales pertinentes, donde se asegure y se fortalezca la disponibilidad de los elementos esenciales de la atención primaria de salud (20).

Para el año 2002 en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible celebrado en Johannesburgo, se establece la relevancia de la salud para el desarrollo sostenible, cuyos objetivos solo se pueden lograr disminuyendo la prevalencia de las enfermedades debilitantes, por ello es preciso aumentar la capacidad de los sistemas de atención para prestar servicios a todos en forma eficiente, accesible y asequible con miras a prevenir, contener y tratar enfermedades (21).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2007), elaboró el documento, *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*, en el que se insiste en la consideración del modelo de Atención Primaria en Salud como el más adecuado para atender las necesidades en salud de la población (15). En el documento se establece que:

Un sistema de salud basado en la APS crea sinergias con otros sectores para potenciar el proceso de desarrollo humano. Junto a otros sectores y actores, la APS desempeña una función muy importante, aunque no exclusiva, en la promoción de un desarrollo humano sostenible y equitativo.

Los servicios de salud desempeñan un papel clave en la materialización de muchos de los valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS. Por ejemplo, los servicios de atención primaria son fundamentales para garantizar el

acceso equitativo de toda la población a los servicios básicos de salud. Este nivel del sistema brinda atención integral e integrada y debe resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención que la población presenta a lo largo de la vida. Asimismo, es el nivel del sistema que establece vínculos profundos con la comunidad y el resto de los sectores sociales, lo cual le permite desarrollar la participación social y la acción intersectorial de forma efectiva.

Esta caracterización de la APS, pone a los servicios de salud primarios con alta capacidad resolutoria, determina que el sujeto principal de intervención es la población (sus comunidades) a la cual debe hacerse un diagnóstico completo del nivel de salud y sus determinantes, para formular y ejecutar un plan de mejoramiento de dicho nivel de salud. Para lograrlo, es necesaria la participación de otros sectores, además del sector salud, e identificar a nivel familiar y personal formas de intervención que sean seguras, efectivas y viables en términos de costos, tecnología y aceptación por los beneficiarios. Por ejemplo, habrá intervenciones colectivas, como el suministro de agua potable y la construcción de ciclo-rutas; familiares, como la provisión de vivienda digna y la consejería sobre el buen trato; y personales, como las inmunizaciones, educación sobre hábitos saludables y autocuidado.

### **3.1.2 Atención Primaria en Salud y su desarrollo en Colombia.**

En el proceso desarrollado en el país, se institucionalizaron mecanismos normativos para formalizar la APS, por ejemplo, se formuló la Ley 10 de 1990 que incluyó la concepción de multi-factorialidad en relación con la situación de salud y se descentralizaron competencias a niveles locales para dirigir y coordinar acciones sectoriales e intersectoriales, a la vez que se establecieron mecanismos de participación social y comunitaria en los procesos de gestión de la salud.

Con la Ley 100 de 1993 donde se instauró el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y la descentralización de competencias y recursos definidas en la Ley 60 de 1993, el sistema de salud colombiano se enmarca en el aseguramiento para garantizar el Plan Obligatorio de Salud, en sus versiones contributiva (POSC) y subsidiada (POSS). Los contenidos de estos planes son individuales, con un componente de prevención; la responsabilidad de la provisión de servicios contenidos en los planes, se delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), quienes tienen funciones de agencia, en cuanto a la gestión de riesgos, mediante el aseguramiento en salud de la población (2).

La ejecución de las estrategias colectivas para la salud, se abordó inicialmente con el Plan de Atención Básica (PAB) el cual evolucionó hacia el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en el año 2007, derivado del Plan Nacional de

Salud Pública en el cual se incorpora, entre otros enfoques, el de determinantes de la salud (22).

La Ley 715 de 2001 definió como función del municipio: *“Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial”* permitió que las iniciativas de la Atención Primaria en Salud, se desarrollaran a nivel local y/o de entidades específicas.

Al respecto, en un estudio desarrollado en Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social presentado en el documento *“Sistematización de las experiencias desarrolladas en el país de atención primaria de salud -APS - y Redes Integradas de Servicios de Salud -RIIS- en los niveles territoriales”* (23) mostró las siguientes conclusiones, aquí algunas:

- a) La fragmentación del SGSSS es una limitante importante para la eficacia de la APS.
- b) Se evidencia un vacío institucional por parte del ministerio de salud, se percibe la necesidad de una mayor rectoría del ministerio para hacer efectiva la APS.
- c) Debido a la multiplicidad de entendimientos de la APS, su traducción a planes y a un sistema de información no hay una estandarización de la información en el plano nacional.
- d) La voluntad política es un determinante importante para la implementación de la estrategia.
- e) Falta de flexibilidad en la manera de hacer cultural y socialmente pertinente la APS en los lugares.
- f) En algunas experiencias asimilan participación social con salud comunitaria conduciendo así a políticas asistencialistas.
- g) Existe un problema de recurso humano debido a alta rotación del personal y a las precarias condiciones laborales en el plano salarial y tareas. Falta de personal calificado en APS.
- h) La conformación de los equipos básicos de APS está sujeta a las necesidades locales y a las posibilidades presupuestales.
- i) En la mayoría de los casos no se evidencia la práctica efectiva de las Redes Integrales de Servicios de Salud.
- j) El acercamiento entre salud pública y aseguradoras es reducido y fragmentado.

Algunos aspectos positivos:

- a) Existen experiencias importantes pero sin comunicar y analizar.
- b) En muchos casos existe un capital humano formado en las anteriores experiencias de APS que está comprometido y que cree en la importancia de APS.
- c) Se pudo detectar la existencia de una vanguardia de ideólogos en APS que se han encargado de difundir el modelo y sensibilizar a los actores implicados en la implementación de la estrategia.
- d) La existencia de la normativa vigente (Ley 1438 de 2011) es una plataforma importante de sostenibilidad de la estrategia.
- e) La existencia de múltiples plataformas de información evidencia el creciente interés por tener datos confiables y producir indicadores que puedan servir de insumos para planeación estratégica.

Sin duda las experiencias y los hallazgos encontrados, deben ser reconocidas en el nuevo esfuerzo de implementación de la estrategia de la Atención Primaria en Salud en todos los sectores involucrados.

### **3.1.2.1 Plan Decenal de Salud Pública**

Como antecedentes normativos para las redes de servicios, como parte inherente a la Atención Primaria de Salud, además de la Ley 10 de 1990, la Ley 715 de 2001, también se puede resaltar la Ley 1122 de 2007, en la cual determinó que *la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad+*

En este contexto, el Gobierno Nacional definió el Plan Nacional de Salud Pública, el cual tiene por objeto la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, proteger y superar los riesgos para la salud de la población como un derecho esencial y colectivo, especialmente en las poblaciones más vulnerables mediante la definición de las políticas sectoriales y multisectoriales, individuales y colectivas. El Plan se formuló sobre tres enfoques: Poblacional, de Determinantes y de Gestión Social del Riesgo y estableció tres líneas operativas; la promoción de la salud, la gestión del riesgo en salud y la gestión de la Salud Pública. El plan

incluyó una serie de aspectos que, en conjunto apuntan a la intervención de buena parte de los determinantes de la salud.

La Ley 1122 de 2007 determinó que el servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes, de acuerdo con la reglamentación existente y las EPS del Régimen Contributivo garantizarán la inclusión en sus redes de Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público.

La Estrategia de Atención Primaria en Colombia se describe en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, el cual fue concebido dentro de un amplio proceso de participación social y el concurso de todos los sectores gubernamentales.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 . 2021 busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 . 2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la *interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida* (24).

El PDSP se debe armonizar con los planes de desarrollo territoriales y debe ser la base para la formulación de planes territoriales de salud pública.

Los grandes ejes temáticos o dimensiones que están incluidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 . 2021, son:

1. Salud ambiental
2. Salud mental y convivencia
3. Seguridad alimentaria y nutricional
4. Salud sexual y reproductiva
5. Vida saludable y condiciones *no transmisibles e incapacitante*
6. Vida Saludable libre de enfermedades transmisibles
7. Salud Pública en emergencias y desastres
8. Dimensiones transversales

La implementación de la Ley 1438 de 2011, así como el desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 imponen un gran reto al país en la búsqueda de nuevos derroteros y profundas modificaciones en la transformación y adecuación del modelo de aseguramiento, aunado a un cambio en la operación del Estado bajo el propósito de mejorar la salud de la población.

### **3.1.2.2 Ley 1438 de 2011 y la Atención Primaria en Salud.**

En el marco del SGSSS, es la Ley 1438 de 2011, la que establece las bases para la implementación de la APS en el país. Esta norma se propone fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público de salud, que retome la estrategia Atención Primaria en Salud para que, mediante la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, se avance en el mejoramiento de la salud de los habitantes del país, para lo cual se requiere la creación de ambientes sanos y saludables; a la vez que se garantice que la prestación de los servicios se efectúe dentro de estándares crecientes de calidad, y que dicha prestación sea incluyente y equitativa, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Así quedó establecido en su artículo 2°: *El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto, concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población+*

En el artículo 12 de la ley 1438 se define la Atención Primaria en Salud como una *estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema* +

La Estrategia de Atención Primaria en Salud, según los mandatos de la Ley antes anotada, está constituida por tres componentes integrados e interdependientes:

- a) Los servicios de salud. En este componente se destaca la organización en redes integradas de servicios (RISS), la política de fortalecimiento de la baja complejidad. Así mismo, la organización e implementación de Equipos Básicos de salud.
- b) La acción intersectorial/tras-sectorial por la salud, es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población. Este componente se convirtió en uno de los principios del SGSSS. En la ley se ordena crear la Comisión Intersectorial de Salud pública, *para hacer seguimiento a las acciones*

para el manejo de determinantes en salud, la cual informará al Consejo Nacional de Política Económica en Salud (CONPES)+

- c) La participación social, comunitaria y ciudadana, es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto. Este componente, está fundamentado además, en los principios del SGSSS y debe ser objeto de la formulación de una política específica.

Se determinó que la aplicación de esta estrategia debe tomar como marco, las regulaciones relacionadas con el Plan Decenal de Salud Pública (Art. 6), en la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud (Art.10 y 11), y en la conformación de los equipos básicos en salud (Art. 15) y de las redes integradas de servicios de salud (Art. 62), igualmente esta norma define los elementos para la implementación de la estrategia de Atención Primaria (Art. 13). La estrategia debe tener concordancias a nivel local y nacional, pues de su aplicación y grado de acatamiento, se derivan efectos importantes para la salud de las poblaciones.

Es de resaltar que la formulación y posterior implementación de la ley que impulso la reforma del Sistema de Salud en Colombia en el 2011, tuvo y tendrá diferentes críticas, asociadas al verdadero alcance de las propuestas, la verdadera responsabilidad de los sectores (incluyendo el mismo estado), las mismas estrategias y principalmente la financiación.

A propósito de algunas observaciones a la reforma del 2011, Gómez Arias, comenta (25) :

“Los artículos esenciales de la Ley 1438 no son los que se refieren al viejo sueño de la atención primaria (por fin!), de los planes de salud (es de verdad!), de la portabilidad (se habían demorado mucho!), del sistema de información y del observatorio (hemos oído esto tantas veces!), de la unificación de los planes de beneficio (en este cuentico llevamos desde la Ley 100) o entre tanto artículo que no se necesitaba si hubiera existido verdadera voluntad política, la Ley 1438 esconde por allá un articulito cortico casi imperceptible, pero de una magnitud enorme desde la perspectiva jurídica y social.

“Artículo 3o. principios del sistema general de seguridad social en salud o Sostenibilidad.

La sostenibilidad fiscal, una expresión aparentemente tan inocente, y que se propone como el principio de la Ley 1438, es realmente un golpe mortal al derecho a la salud y a la Constitución de 1991 en sus

20 años de resistencia (Perdón, iba a decir de existencia). A la luz de este cambio en la Ley tendremos derechos si la plata alcanza o para aquellos a quienes les alcance la plata. Si este artículo se aprueba las aseguradoras tendrán otra excusa para negarse a prestar los servicios y algunos jueces caerán en la trampa de creer que la salud ha dejado de ser un derecho (aunque recordemos que la Constitución sigue vigente).

En el mismo sentido, y respecto a los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, Gómez Arias, comenta (25).

..No son nuevas, estaban en la Ley 100, si no las han cumplido no necesitaban una ley que las recordara; por no ser negocio han estado abandonadas, por eso los indicadores de salud se fueron abajo. La ley no cambiará la actitud de los inversionistas: mientras no perciban su rentabilidad, no se comprometerán con Promoción y Prevención (P y P).

La política de salud en el país hasta la fecha ha promovido la búsqueda de la calidad y la eficiencia del sistema de atención en salud, fundamentado en la competencia regulada entre las Empresas Promotoras de Salud (EPS . aseguradoras) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS y ESE), a través del desarrollo de modelos biomédicos de asistencia básica de carácter individual, familiar, o domiciliaria, determinados por los aseguradores y prestadores de servicios bajo el criterio de costo-beneficio y costo-efectividad (26). Múltiples factores como los intereses propios de cada sector, el contexto social, la corrupción entre otros, influyen sobre los resultados de las políticas de salud y cuestionan el verdadero impacto que tendrá la reforma en la población.

### **3.1.3 Modelo de prestación de Servicios de Salud en el marco de la Atención Primaria en Salud**

Las consideraciones establecidas en torno a la APS, proponen la adaptación de los lineamientos de la estrategia acorde a los contextos locales, es así que desde la APS renovada se generan nuevos planteamientos y recomendaciones enfocados al fortalecimiento y desarrollo de la APS como un concepto que pueda guiar el progreso de los sistemas de salud a nivel regional.

Dada la libertad y la capacidad de adaptación de la estrategia para ajustarse en una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos, propios de diversos países, se puede proyectar esa misma capacidad de adaptación a diferentes sectores de un mismo Sistema de Salud, especialmente el que se dedica a la prestación de servicios de salud.

La adaptación de las estrategias de APS al Sistema de Salud, principalmente en su función básica de prestación de servicios, impulsa maneras diferentes de organización en los servicios sanitarios, para alcanzar mayor cobertura, se presten servicios estructurados acorde a las necesidades de la población con énfasis en prevención de la enfermedad, promoción de la salud y que promuevan la participación de las personas.

Las recomendaciones para que los países adapten a su contexto las estrategias de APS, según la Organización Mundial de la Salud, se enfocan en impulsar reformas para la cobertura universal, reformas de las políticas públicas, reformas que sustituyan la dependencia exagerada del estado (reformas de liderazgo) y reformas que reorganicen los servicios de salud en forma de atención primaria, esto es, en torno a las necesidades y expectativas de las personas, para que sean más pertinentes socialmente y se ajusten mejor a un mundo en evolución, al tiempo que permitan obtener mejores resultados: *reformas de la prestación de servicios* (27).

El propósito de las reformas de la prestación de servicios es transformar la prestación de atención sanitaria convencional en atención primaria, optimizando la contribución de los servicios a la salud y la equidad, y respondiendo al mismo tiempo a las crecientes expectativas respecto al objetivo de *poner a las personas en el centro de la atención sanitaria creando una armonía entre mente y cuerpo y entre las personas y los sistemas* (27).

Existen claras ventajas comparativas, en cuanto a eficacia y eficiencia, de la atención de salud organizada como atención primaria centrada en las personas Ver Cuadro 1. Una atención con estas características requiere servicios de salud organizados en consecuencia, con equipos multidisciplinarios cercanos a los usuarios que se ocupen de un grupo de población determinado, colaboren con los servicios sociales y otros sectores y coordinen las contribuciones de los hospitales, los especialistas y las organizaciones comunitarias (27).

Cuadro 1. Aspectos de la atención que distinguen la atención sanitaria convencional de la atención primaria centrada en la persona

<p><b>Atención médica ambulatoria de carácter convencional en dispensarios o ambulatorios</b></p>	<p><b>Programas contra Enfermedades</b></p>	<p><b>Atención primaria centrada en la persona</b></p>
---	---	--

Focalización en la enfermedad y la curación	Focalización en las enfermedades prioritarias	Focalización en las necesidades de salud
Relación circunscrita al momento de la consulta	Relación circunscrita a la ejecución de los programas	Relación personal duradera
Atención curativa episódica	Intervenciones de lucha contra las enfermedades definidas por los programas	Atención integral, continua y centrada en la persona
Responsabilidad limitada a la prestación de asesoramiento eficaz y seguro al paciente en el momento de la consulta	Responsabilidad sobre los objetivos de lucha contra las enfermedades entre la población destinataria	Responsabilidad sobre la salud de todos los integrantes de la comunidad a lo largo del ciclo vital; responsabilidad de afrontar los determinantes de la mala salud
Los usuarios son consumidores de la atención que compran	Los grupos de población son los destinatarios de las intervenciones de lucha contra las enfermedades	Las personas son asociados en la gestión de su salud y la de su comunidad

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Biblioteca de la OMS, 2008.

Respecto a la atención centrada en las personas en el marco de la Atención Primaria en Salud, se destaca la reorganización de un centro médico en Alaska, en los Estados Unidos, cuyo funcionamiento no satisfacía al personal ni a sus clientes hasta que se decidió establecer una relación directa entre cada individuo y su familia y los profesionales de la salud. De ese modo el personal estuvo en condiciones de conocer la historia clínica de sus pacientes y comprender su situación personal y familiar. Las personas, por su parte, pudieron conocer a su proveedor de salud y confiar en él. Así disminuyeron las quejas que acusaban a los servicios de excesiva compartimentación y fragmentariedad. Las visitas al servicio de urgencias se redujeron un 50% aproximadamente y las derivaciones a servicios de atención especializada un 30%; el tiempo de espera se redujo significativamente, se incrementó la satisfacción del personal y de los pacientes (27).

En la normatividad colombiana los servicios de salud se definen como el conjunto de recursos, insumos, procesos y procedimientos organizados y autorizados con el objeto de prevenir las enfermedades, promover, mantener, recuperar y/o

rehabilitar la salud de las personas (Excluye educación, vivienda, protección, alimentación y apoyo a la justicia) (28), los servicios de salud deben tener una alta relación y articulación con los actores del Sistema que participan a través de otras acciones, en el mantenimiento y la recuperación de la salud, sin dejar a un lado los esfuerzos orientados a garantizar que la participación de la población sea determinante en el logro de los resultados (10) . En este sentido la prestación de servicios de salud se enmarca en un modelo de atención donde se resalta la interacción de la población y el prestador de servicios, con la participación de otros actores y sectores que aportan a satisfacer las necesidades en salud, lineamientos que son considerados en los conceptos de la APS (29).

Para fortalecer el proceso de prestación de servicios, en Colombia se establece la acreditación como herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad (30), con la cual las organizaciones de salud desarrollan procesos constantes y sistemáticos de autoevaluación y evaluación externa que les permita afianzar sus fortalezas y detectar mejoras, que les permita enfatizar en el enfoque dirigido a la obtención de resultados centrados en el paciente (31). La filosofía de acreditación se enmarca en los ejes de seguridad del paciente, atención humanizada, gestión de la tecnología, enfoque y gestión del riesgo, transformación cultural y responsabilidad social.

Para lograr la reformulación de la prestación de servicios de salud basados en APS en la IPS Universitaria, se hace indispensable entonces, adaptar los lineamientos de la Atención Primaria en Salud en un concepto más operativo, acorde al contexto de la organización, la orientación nacional y con claridad en la definición de los resultados esperados.

En el enfoque para el proceso de implementación de la estrategia de la APS descrito en la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (ley 1438 de 2011) se describen varios elementos que deben ser asumidos por diferentes sectores. Se pueden destacar como elementos fundamentales para los servicios de prestación los siguientes:

- a) Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado
- b) Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- c) Cultura del autocuidado.

La prestación de servicios de salud en la Sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA tendrá entonces que articular en su capacidad resolutoria la organización del talento humano en equipos multidisciplinarios con énfasis en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, orientados a la promoción de la cultura del autocuidado, y en el marco de la APS renovada en la cual establece, entre otras características, que los servicios de salud en su baja complejidad deben resolver

la mayoría de las necesidades y demandas de atención que la población presenta a lo largo de la vida, establece vínculos profundos con la comunidad y el resto de los sectores sociales, que permite desarrollar la participación social y la acción intersectorial de forma efectiva.

#### **3.1.4 Equipos multidisciplinarios:**

El trabajo en equipos multidisciplinario se constituye en el pilar funcional y estructural en el que se basa la planeación, ejecución y evaluación de las actividades de prestación de servicios basado en Atención Primaria. Es un proceso dinámico, abierto y participativo de la construcción técnica, política y social del trabajo en salud en el contexto de un nuevo modelo de atención (32).

Según la OMS en la Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS, los equipos multidisciplinarios se pueden describir como:

- a) Número pequeño de personas con habilidades complementarias que están comprometidas con un propósito común, con metas de desempeño y con una propuesta por las que se consideran mutuamente responsables.
- b) El equipo multidisciplinario se fundamenta en que las habilidades aportadas por los diversos profesionales aumentan la creatividad del grupo, ayudando a la innovación y potenciando la apertura de pensamiento de sus miembros, dando respuestas integrales.
- c) Aunque el equipo puede cambiar su composición a lo largo del tiempo, sus resultados serán mejores cuanto mayor sea la proporción de miembros estables en el grupo.

La constitución de un equipo de salud no se logra mediante la mera yuxtaposición física de sus componentes y actividades; es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical (32).

La composición de un Equipo de Atención Primaria (EAP) debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por tanto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y contextos sociales. Lo que define un equipo de salud no es el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población, sino la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad (32).

La composición de los equipos varía en los diferentes países de la región. Como común denominador se encuentran presente en todos los casos mencionados el médico y la enfermera de la familia, a quienes se agregan, dentro de las particularidades de los sistemas de salud, otros profesionales que conforman los equipos de APS. Por ejemplo en Cuba, en sus inicios el equipo estaba formado por médico y enfermera de la familia; la aparición de nuevas necesidades de salud y el afán de brindar servicios de calidad integrales e integrados llevó a la creación de los Grupos de Atención Integral a la Familia (GAIF), que incluyen odontólogo, trabajadora social, y algunas especialidades del segundo nivel de atención (Medicina interna, Pediatría y Ginecología y Obstetricia), además de la participación informal de los líderes comunitarios.

En otras experiencias como en Brasil los equipos incorporan, además del médico y la enfermera, técnicos o auxiliares de enfermería, odontólogo y el agente comunitario, que es un cuidador comunitario con cierto grado de profesionalización y capacitación, contratado por el Sistema Único de Salud. En Costa Rica, los equipos cuentan con auxiliares de enfermería, asistentes técnicos de atención primaria y auxiliares de registros médicos (32)

No hay pues, uniformidad en cuanto a la composición de los equipos de APS en el primer nivel de atención, si bien en general se considera una composición mínima a partir de médico, enfermera y un técnico de nivel medio con funciones de auxiliar, o de técnico comunitario; la composición y las funciones deben ser definidas acorde al contexto de la población, los resultados que se esperan y el nivel de desarrollo de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

### **3.1.5 Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad**

La Promoción de la Salud es esencialmente protectora y de fomento de estilos de vida saludables, dirige sus esfuerzos tanto a la población general como a los individuos en el contexto de su vida cotidiana; busca actuar en lo colectivo sobre los determinantes de la salud y en últimas, promueve el desarrollo humano y el bienestar tanto de la persona sana como enferma, en este contexto, la enfermedad es vista como una oportunidad para el crecimiento. Para el mejoramiento de la calidad de vida se necesita de un proceso a largo plazo con acciones continuadas y aunque implica altas inversiones al inicio, su efectividad es significativa cuando se logra cambiar condiciones y estilos de vida (33).

En 1997 buscando dirigir la Promoción de la Salud hacia el siglo XXI se llevó a cabo en Yakarta, Indonesia, la 48<sup>ta</sup> Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud **Nuevos Actores para una Nueva Era+**, en ella se reconoció a la Promoción de la Salud como una inversión social valiosa y a la salud como un derecho humano básico.

El concepto de prevención ha estado ligado al proceso salud . enfermedad. Prevención de la Enfermedad es la aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria) curarla (prevención secundaria) y devolverle las capacidades perdidas (prevención terciaria) (34).

La prevención de la Enfermedad es esencialmente correctiva de problemas de salud y protectora frente a riesgos específicos.

En el marco de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en Colombia se estableció según la resolución 412 del 25 de Febrero del 2000 del Ministerio de Salud (35), 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. Las administradoras de planes de beneficios deben cumplir con el desarrollo de la norma técnica, la cual incluye los siguientes programas:

De 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.

- 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

De detección 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.

- 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

### **3.1.6 Cultura de autocuidado**

Dentro del abordaje en el proceso de implementación del marco estratégico en el Plan Decenal de Salud Pública para Colombia 2012-2021, se establecen líneas prioritarias de Promoción de la Salud y Gestión del riesgo en salud, los cuales reúnen las acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios, necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto, logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en ese territorio y así las condiciones de calidad de la vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de su vida+(24).

La organización de los equipos multidisciplinarios con enfoque en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y con orientación a la cultura del autocuidado, debe responder a las exigencias en la prestación de servicios de salud, el compromiso ético de ofertar lo mejor a los pacientes en función de resultados y la necesidad de contener el gasto que garantice la viabilidad financiera; por ello surge la necesidad de implementar estrategias bien concebidas, sinérgicas y adaptadas al sistema de salud y la organización (29).

Se tiene que promover la utilización adecuada de estrategias de prestación que aborde aspectos de eficacia, seguridad y eficiencia, siempre con la perspectiva que es imprescindible la participación de los equipos de trabajo, que provistos de la información necesaria, promuevan el consenso sobre la conveniencia o no de aplicarlas y la forma de realizarlo, con el fin de lograr el máximo potencial de los recursos en términos de personas y tecnología disponible.

La gestión del proceso de atención debe tener inmerso el compromiso del equipo de trabajo en la consecución del objetivo (36). Para ello se puede pensar en dotar de manera progresiva a los equipos de trabajo de autonomía suficiente para que se responsabilicen de:

- a) Gestionar recursos asignados en pro del incremento de la eficiencia.
- b) Mejorar la calidad de la asistencia mediante la gestión de los procesos.
- c) Motivar a los miembros del equipo y promover su desarrollo profesional.
- d) Fomentar el trabajo en equipo entre diferentes disciplinas
- e) Promover su actualización continua.
- f) Posicionar competitivamente al equipo de trabajo

La organización del equipo de trabajo puede desarrollarse bajo los conceptos de las estrategias de la Gestión Clínica lo que permite mejorar los resultados clínicos, la optimización de los recursos empleados y la satisfacción de los usuarios (36).

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo General**

Proponer la reorientación de las actividades de prestación de servicios de salud de la Sede Prado de la I.P.S UNIVERSITARIA, en el marco de la estrategia de la Atención Primaria en Salud.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- 4.2.1 Describir las características de morbilidad de la población afiliada al Programa de Salud que consulto por medicina general y medicina interna en la Sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA en el año 2013.
- 4.2.2 Describir las características, costo y enfoque para la reorientación de la prestación de servicios de salud de la Sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA, acorde a las características de morbilidad encontradas.
- 4.2.3 Definir el perfil del equipo para la Atención Primaria en Salud en la Sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA, acorde a las características de morbilidad encontradas.
- 4.2.4 Proponer indicadores para la medición de los procesos propuestos, acorde a las características de morbilidad encontradas.

## 5 METODOLOGÍA

### 5.1 Enfoque metodológico

La elaboración de la presente propuesta fue realizada en el marco de las siguientes fases:

1. Una revisión bibliográfica de la evolución de conceptos de Atención Primaria en Salud y su aplicación en el sector de la prestación de servicios de salud.
2. Una descripción de las principales características de morbilidad de la población asignada a la IPS UNIVERSITARIA y afiliada al Programa de Salud de la Universidad de Antioquia.
3. La descripción de la estructura y enfoque del equipo de Atención Primaria en Salud, como propuesta de reorientación, acorde al marco conceptual de la APS en la prestación de servicios de salud y la morbilidad de la población asignada a la IPS UNIVERSITARIA.

Las iniciativas que se desarrollan para definir las actividades que permiten formular la propuesta, responden a los objetivos planteados en este proyecto, las cuales se describen a continuación:

A. Describir las características de morbilidad de la población afiliada al Programa de Salud que consulto por medicina general en la Sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA en el año 2013:

Para el cumplimiento de este objetivo se tomó una fuente de información secundaria, suministrada por el área de Gestión de la Información de la IPS UNIVERSITARIA, la cual se obtuvo del software de la institución %Gestión Hospitalaria IPS . GHIPS+ del módulo Informes; el sistema permite exportar el archivo denominado %Informe de Servicios+a un archivo en Excel, con el cual el área de Gestión de la Información realizó el proceso de consolidación, depuración y procesamiento de datos para poder realizar los filtros y generar los siguientes reportes:

- a) Distribución etaria por quinquenios según sexo, de la población afiliada al Programa de Salud de la Universidad de Antioquia SALUDA (PSU), asignada a la IPS UNIVERSITARIA en el año 2013.
- b) Principales diagnósticos médicos identificados en consulta por Medicina General en las Sedes Ambulatorias de la IPS UNIVERSITARIA (Sede Prado) durante el año 2013.
- c) Distribución por género de los usuarios del PSU según diagnóstico de las principales enfermedades crónicas durante el año 2013

- d) Distribución por género de los usuario del Programa de Salud con diagnóstico de Hipertensión Arterial (código CIE-10 I10X)
- e) Distribución por género de los usuarios del Programa de Salud con diagnóstico de Dislipidemias. (códigos CIE-10 del E782 al E785)
- f) Distribución por genero de los usuario del Programa de Salud con diagnóstico de Diabetes Mellitus (códigos CIE-10 del E100 al E149)
- g) Distribución de la población mayor de 45 años según su participación en los programas del Riesgo Cardiovascular y Adulto Activo durante el año 2013
- h) Frecuencias de uso de los servicios de Medicina General, Consulta Médica Prioritaria, Nutrición, Enfermería y Medicina Interna, de los usuarios del PSU con diagnóstico de Hipertensión Arterial, Dislipidemia y Diabetes Mellitus durante el año 2013

Una vez obtenidos los reportes se procedió a elaborar las tablas y gráficos finales, mediante la opción tablas dinámicas y gráficos de Excel y finalmente se realizó la interpretación y análisis de datos.

B. Para el objetivo No. 2, describir las características, costo, conformación y enfoque para la reorientación de la Atención Primaria en Salud de la Sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA:

Para el cumplimiento de este objetivo se realizó una revisión de los conceptos de Atención Primaria en Salud y su aplicación en el sector de la prestación de servicios de salud. Como base de la propuesta para la reorientación de la atención en la sede Prado, se tiene en cuenta el Modelo de prestación de servicios de Salud con el que cuenta la IPS UNIVERSITARIA, en el cual se resalta la plataforma estratégica, los principios rectores para la prestación de servicios de salud, los factores diferenciadores y el ciclo de prestación de servicios. La propuesta se enfoca en el fortalecimiento del equipo de atención primaria de la IPS UNIVERSITARIA y la articulación que éste puede hacer con el Programa de Salud y otras dependencias de la Universidad de Antioquia para promover la atención centrada en el usuario. De manera esquemática se elaboró las gráficas que permiten visualizar la propuesta del marco de atención en la prestación de servicios de salud, el enfoque de la prestación, la articulación interinstitucional y el equipo de atención.

Para establecer las características operativas de la prestación de servicios, se tomó en cuenta los resultados obtenidos en el objetivo no. 1 de este trabajo, ello permitió establecer que las actividades en salud del equipo de trabajo de APS se centraran en la atención del Riesgo Cardiovascular y la atención para usuarios y familias con diagnóstico de enfermedades crónicas, además de las actividades propias de la detección temprana y la protección específica definidas en la legislación Colombiana.

Una vez identificadas las características y flujo de atención se elaboró el informe de costos de la propuesta, el cual principalmente se basa en el costo del recurso humano, costos laboratorio y ayudas diagnósticas y costos indirectos según el tipo de actividades que se tendrían que realizar para la población objeto acorde con su perfil, actividades definidas en la guía de atención de Riesgo Cardiovascular de la IPS UNIVERSITARIA y las normas técnicas de detección temprana y protección específica.

Los datos fueron suministrados por las áreas de Gestión de la Información y Talento Humano de la IPS UNIVERSITARIA, en la construcción del informe participaron la coordinación de la Sede Prado y el área de costos de la IPS UNIVERSITARIA.

Los datos fueron registrados en libros de un archivo de Microsoft Excel 2010+y se organizaron de la siguiente manera:

1. Datos para el costeo para la atención de pacientes con Hipertensión, Diabetes y Dislipidemia

El número de pacientes con diagnósticos de Hipertensión, Diabetes o Dislipidemia identificados en el 2013, se distribuyen según riesgo cardiovascular en Alto, Moderado y Bajo con las variables de Controlado y No controlado, el porcentaje de distribución se determina acorde a la información generada por el GHIPS y la opinión de los médicos que con mayor frecuencia atienden este tipo de pacientes en la sede Prado. Definido el total de pacientes para cada uno de los riesgos, se establece una frecuencia de uso AÑO para los principales servicios (Consultas y laboratorios) según la guía Procedimiento para la atención del paciente con Riesgo Cardiovascular+ de la IPS UNIVERSITARIA, teniendo en cuenta las diferencias en frecuencias de uso que puede tener un paciente con riesgo bajo y alto o controlado y no controlado.

Según lo anterior, las principales actividades se agrupan por patologías y se determina el número estimado que se debe realizar por año. Con el dato de las actividades se identifica el número de profesionales (según rendimiento) que se requieren para ejecutarlas y se costea su salario (acorde a la escala salarial de IPS UNIVERSITARIA 2014). La definición del costo de los laboratorios y ayudas diagnosticas se hace acorde al manual tarifario ISS 2000 . 7%.

2. Dato para costeo de la atención de pacientes sin diagnóstico de Hipertensión, Diabetes o Dislipidemia.

En esta hoja se distribuye el resto de la población del PSU que no tiene diagnóstico de Hipertensión, Diabetes o Dislipidemia. Los usuarios se agrupan

para los programas de Crecimiento y Desarrollo, Atención del Joven, Atención del Adulto y Atención de la Gestante.

En estos grupo se determina, acorde a la norma técnica de la resolución 412 de 2000, la frecuencia de uso de servicios de consulta y laboratorio clínico. Se hace la aclaración que para el grupo de población que se categoriza en %Atención del Adulto+ se incluye toda la población mayor de 45 años y no únicamente los quinquenios (como lo establece la norma técnica), además para este grupo se incluye las actividades de consulta por enfermería con el ánimo de garantizar seguimiento y control de factores de riesgo. La frecuencia de uso de laboratorios se establece previendo que el usuario requiera exámenes de control. Además en el grupo categorizado como %Atención del Joven+ se incluyó la población de 30 a 44 años, grupo que esta por fuera de la norma técnica y se define uso de laboratorios clínicos similar a la del adulto.

Finalmente se consolida la información y se establece recurso humano adicional cuyos costos se determinan según escala salarial IPS UNIVERSITARIA 2014.

Se prevé otros costos que corresponden a conceptos relacionados con dotación, transporte e indirectos. El valor de indirectos por 1 año registrados en la hoja %Otros costos+ corresponde al 15% del total de costos directos, recomendación realizada por el área de costos de la IPS UNIVERSITARIA.

C. Para el objetivo No. 3, definir el perfil del equipo para la Atención Primaria en Salud en la Sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA.

La definición de la conformación y configuración del equipo de Atención Primaria en Salud se asocia:

- El resultado obtenido en el perfil de la población.
- El enfoque de atención establecido para el equipo.
- Las actividades estimadas a desarrollar por año.
- Las sugerencias definidas entorno al recurso y capacidad disponible por parte de la coordinación de la sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA
- Las recomendaciones entorno al tema que se identifican en la revisión bibliográfica.

Esto permitió establecer que el equipo de atención debe conformarse por personal de salud que desarrolle actividades entorno a la atención del Riesgo Cardiovascular y la atención para usuarios y familias con diagnóstico de enfermedades crónicas, además de las actividades propias de la detección temprana y la protección específica definidas en la legislación Colombiana.

D. Para el objetivo No. 4, proponer indicadores para la medición de la

implementación de los procesos formulados.

El referente considerado para la formulación de indicadores es el descrito por Avedis Donabedian (37), en el cual se explora la Calidad como un concepto multidimensional, medible, que admite diversos grados y que resulta de la interacción variable entre diversos elementos estructurales y de proceso. De ahí el conocido modelo de Estructura . Proceso . Resultados en la formulación de indicadores.

La definición de los indicadores que aquí se proponen, pueden medir el desempeño de los procesos y los resultados obtenidos, se registran en un cuadro de tres columnas; en la primera columna las características o atributos de calidad deseables, en la segunda columna, una descripción cualitativa, lo más explícita posible, de la calidad prevista o esperada, en relación con un atributo específico; finalmente en la columna tres el nombre del indicador que mejor represente o desarrolle la descripción cualitativa.

## **5.2 Población de referencia**

La población de referencia son todos los afiliados al Programa de Salud SALUDA. La población objetivo, son los usuarios asignados a la Sede Prado de la IPS Universitaria.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Características de morbilidad de la población afiliada al Programa de Salud que consulto por medicina general y medicina interna en 2013 en la sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA

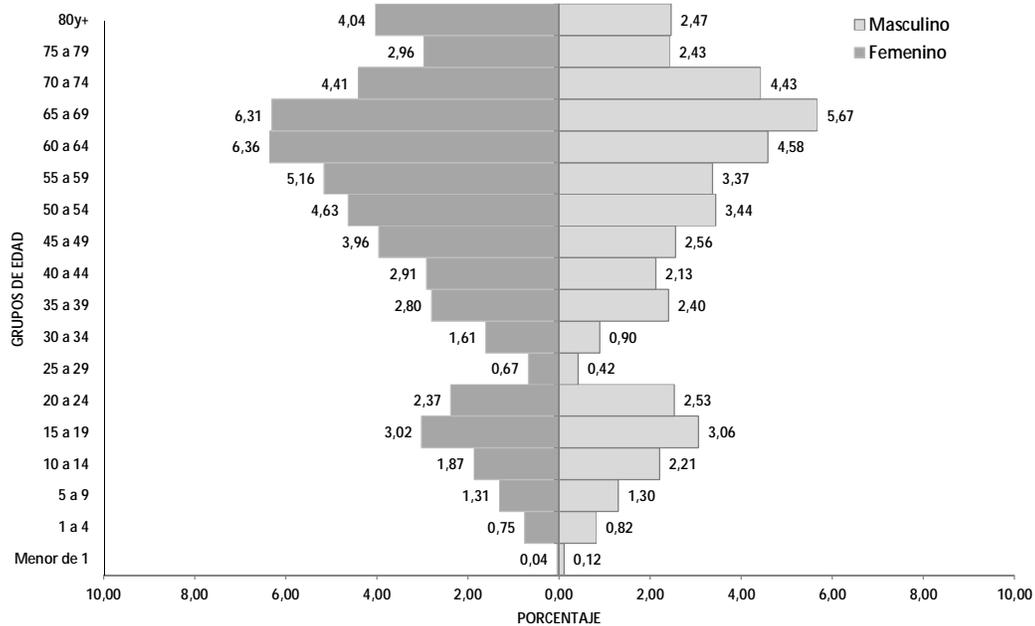
A continuación se describe las características de la población que consulto por medicina general en la Sede Prado de la IPS Universitaria en el 2013.

#### 6.1.1 Pirámide poblacional, principales causa de consulta por medicina general, medicina interna y distribución de la enfermedad crónica en la población del Programa de Salud.

La población afiliada al Programa de Salud de la Universidad de Antioquia SALUDA+ asignada a la IPS UNIVERSITARIA en el año 2013 fue de un total de 7.778 personas, la distribución etaria se observa en la Gráfica 5. En la gráfica se puede observar que porcentualmente hay mayor población a partir de los 45 años, del total de la población asignada a la IPS UNIVERSITARIA, el 66.1% son personas mayores de 45 años, de las cuales el 43.4% (2.233 personas) son Hombres y el 56.6% (2.909 personas) son Mujeres. La pirámide poblacional de las personas asignada a la IPS UNIVERSITARIA se observa de manera invertida a la de la población Colombiana, la cual se observa en su base ancha y una cima pequeña (38).

La edad es considerada como factor de riesgo cardiovascular no modificable, a mayor edad se incrementa el riesgo, esto determina la necesidad de empezar a adoptar un adecuado estilo de vida para modificar otros factores y disminuir el riesgo.

Gráfica 5. Pirámide poblacional de los usuarios afiliados al PSU asignados a la IPS UNIVERSITARIA 2013



En la Tabla 2 se observan los principales diagnósticos médicos identificados en consulta por Medicina General. Como principales diagnósticos médicos realizados en la consulta de medicina general en la sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA en el 2013, se encuentra que el 46% se asocian a hipertensión arterial, el 16% se asocian a Dislipidemias y el 4% se asocian a diabetes mellitus. En la Tabla 3 se observan los principales diagnósticos médicos identificados en consulta por Medicina Interna. Como principales diagnósticos, se encuentra que el 41% se asocian a Hipertensión Arterial, el 9% se asocian a dislipidemias y el 20% se asocian a Diabetes Mellitus. Según el informe del departamento de Epidemiología y Demografía %ASIS+ del Ministerio de Salud y de la Protección Social, para el 2011 las principales causas de morbilidad atendida para la adultez (27 a 59 años) en Colombia son la Hipertensión Arterial con el 67%, la caries de la dentina con el 9% y Lumbago no especificado con el 6%. De la misma manera las principales causas de consulta de morbilidad atendida para la persona mayor (60 años en adelante) en Colombia para el 2011 fueron la hipertensión arterial con el 45%, la Diabetes Mellitus con el 6%. A mayor edad las enfermedades crónicas no trasmisibles encabezan las principales causas de morbilidad, la estructura de los programas debe incluir estrategias encaminadas a detectar a tiempo y controlar los factores de riesgo.

La Tabla 4 muestra que el 95% de las principales enfermedades crónicas diagnosticadas en el 2013 se realizaron en la población mayor de 45 años, el 98% de los diagnósticos de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus se hicieron a personas mayores de 45 años, así como el 88% de los diagnósticos de Dislipidemia. Esto permite identificar que los diagnósticos de enfermedades crónicas en medicina general se encuentran en las principales causas de consulta de la población, principalmente de la población mayor de 45 años, criterio importante a tener en cuenta en la formulación de los procesos de atención para este tipo de población.

Tabla 2. Principales causas de consulta en Medicina General de la Sede Prado de la IPS UNIVERSITRIA para los pacientes del PSU en el año 2013

Orden	Código de Diagnóstico CIE-10	Descripción Diagnóstico CIE . 10	No.	Distribución porcentual
1	I10X	Hipertensión esencial (Primaria)	3.136	46%
2	E039	Hipotiroidismo; no especificado	1.052	15%
3	E785	Hiperlipidemia no especificada	534	8%
4	E782	Hiperlipidemia mixta	517	8%
5	F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	280	4%
6	M545	Lumbago no especificado	279	4%
7	E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	262	4%
8	Z000	Examen médico general	222	3%
9	M255	Dolor en articulación	204	3%
10	N390	Infección de vías urinarias; sitio no especificado	198	3%
11	R42X	Mareo y desvanecimiento	157	2%
TOTAL DE CONSULTAS PRIMERAS CAUSAS 2013			6.841	100%

Tabla 3. Principales causas de consulta en Medicina Interna de la Sede Prado de la IPS UNIVERSITRIA para los pacientes del PSU en el año 2013

Orden	Código de Diagnóstico CIE-10	Descripción Diagnóstico CIE - 10	Nro	Distribucion porcentual
1	I10X	Hipertension esencial (primaria)	1318	41%
2	E039	Hipotiroidismo; no especificado	450	14%
3	E109	Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion	217	7%
4	E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion	192	6%
5	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva cronica; no especificada	169	5%
6	E782	Hiperlipidemia mixta	155	5%
7	E118	Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones no especificadas	155	5%
8	M791	Mialgia	141	4%
9	E785	Hiperlipidemia no especificada	133	4%
10	E02X	Hipotiroidismo subclinico por deficiencia de yodo	101	3%
11	E660	Obesidad debida a exceso de calorías	98	3%
12	E106	Diabetes mellitus insulino dependiente con otras complicaciones especificadas	81	3%
TOTAL DE CONSULTAS PRIMERAS CAUSAS 2013			3.210	100%

Tabla 4. Distribución de pacientes con enfermedades crónicas del PSU, según sexo 2013

Diagnostico	No. Pacientes diagnosticados	Sexo		Pacientes mayores de 45 años con Diagnostico en 2013	
		Hombre % (Cantidad)	Mujer % (Cantidad)	No.	% del total de ptes

				diagnosticados	
Pacientes Hipertensos	1.611	42,6% (686)	57,4% (925)	1.577	97,9%
Pacientes Diabéticos	406	48,3% (196)	51,7% (210)	397	97,8%
Pacientes con Dislipidemia	1.007	39,2% (395)	60,8% (612)	887	88,1%
<b>TOTAL DIAGNOSTICOS</b>	<b>3.024</b>	<b>42% (1.277)</b>	<b>58% (1.747)</b>	<b>2.861</b>	<b>95%</b>

Dado que el riesgo de enfermedades crónicas es mayor cuanto más alta es la edad, que el 66% de la población asignada a la IPS UNIVERSITARIA es mayor de 45 años y que el 66% de los diagnósticos de medicina general en el 2013 se asocian a enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial, las Dislipidemias y la Diabetes Mellitus, se debe considerar que la formulación de los procesos de atención se debe basar en el fortalecimiento de las actividades y estrategias de intervención que se ejecutan principalmente a este grupo de población.

Desde el año 2006 la IPS UNIVERSITARIA le ha dado continuidad a la atención de los pacientes con enfermedades crónicas a través del Programa de Riesgo Cardiovascular+enfocándose en el control y seguimiento del riesgo. Además se desarrollan actividades extramurales para este tipo de población que promueven los hábitos saludables a través del programa del Adulto Activo+. En la Tabla 5 se puede observar la cobertura de los programas de riesgo cardiovascular y adulto activo para la población que fue diagnosticada en el 2013 con Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Dislipidemia. Se observa que de los 3.024 pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas, el 9.1% (276 personas) de los pacientes se encuentran inscritos y activos en el programa del Adulto Activo y el 24.3% (736 personas) de los pacientes se encuentran inscritos y activos en el programa de Riesgo Cardiovascular.

Tabla 5. Distribución de la participación de los pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas en los programas del Adulto Activo y de Riesgo Cardiovascular en el 2013

Diagnostico	No. Pacientes diagnosticados	Pacientes diagnosticados inscritos en el programa de Adulto Activo % (Cantidad)	Pacientes diagnosticados inscritos en el Programa de Riesgo Cardiovascular
Pacientes Hipertensos	1.611	10.5% (166)	37.2% (587)
Pacientes Diabéticos	406	5.5% (22)	23.9% (95)
Pacientes con Dislipidemia	1.007	9.9% (88)	6.09% (54)
<b>TOTAL DIAGNOSTICOS</b>	<b>3.024</b>	<b>9% (276)</b>	<b>24% (736)</b>

Dada la relevancia que tiene la atención de los pacientes con enfermedades crónicas a través de programas que involucren diferentes disciplinas y que garanticen el seguimiento y control del riesgo, se evidencia que existe baja cobertura de los programas que ofrece la IPS UNIVERSITARIA para la atención de este tipo de pacientes. Del total de pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas, el 9% (276 personas) están inscritos y activos en el programa del adulto activo y el 24% (736 personas) están inscritos y activos en el programa de riesgo cardiovascular. Del total de pacientes hipertensos mayores de 45 años se observa que el 37.2% (587 personas) se encuentra inscrito y activo en el Programa de Riesgo Cardiovascular y el 10.5% (166 personas) en el programa del Adulto activo, del total de pacientes Dislipidemicos mayores de 45 años el 6.09% (54 personas) se encuentran inscritos y activos en el Programa de Riesgo Cardiovascular y el 9.8% (166 personas) en el programa del Adulto activo, finalmente del total de pacientes Diabéticos mayores de 45 años el 23.9% (95 personas) se encuentran inscritos y activos en el Programa de Riesgo Cardiovascular y el 5.5% (22 personas) en el programa del Adulto activo. La distribución de la población sana o enferma a un equipo de salud familiar específico que se enfoque en la atención centrada en el paciente, garantiza mayor adherencia a los programa, mejor control y seguimiento de los factores de riesgo y mejores resultados en salud (27). Se puede prever que para la formulación de los

procesos de atención debe organizarse equipos de salud cuyas actividades garanticen el seguimiento de los pacientes en riesgo.

### **6.1.2 Frecuencia de consultas ambulatorias del paciente con diagnóstico de hipertensión arterial.**

Del total de pacientes asignados a la IPS UNIVERSITARIA sede Prado afiliados al Programa de Salud %SALUDA+, el 20.7% (1.611 personas) fueron diagnosticados como Hipertensos en el 2013, del total de Hipertensos el 97% (1.577 personas) son mayores de 45 años.

La población mayor de 45 años corresponde al 66.1% (5.142 personas) del total de la población del PSU, la proporción de pacientes mayores de 45 años con diagnóstico de hipertensión arterial es del 30.7%.

La frecuencia de HTA aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de hipertensión arterial. Es más frecuente en las zonas urbanas que en las rurales, y más frecuente en los negros que en los blancos al igual que en los familiares cercanos que padecen hipertensión arterial (39).

En Colombia, las guías de atención de la hipertensión arterial emitidas por el Ministerio de Salud en el año 2000 señalan que 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 (40).

La Tabla 6 muestra las frecuencias de uso de los pacientes con HTA, de los servicios de Medicina, Enfermería y Nutrición durante el 2013.

Del total de pacientes con HTA, el 83% (1.335 personas) consultaron al menos una vez durante el 2013 con Medicina General, el 7% (114 personas) de estos pacientes lo hicieron únicamente a través del Programa de Riesgo Cardiovascular, ninguno de los pacientes fue evaluados por Enfermería, el 3% (49 personas) fue evaluado al menos una vez por Nutrición y el 26% fue evaluado al menos una vez por Medicina Interna. La consulta de Medicina General es la que tiene mayor frecuencia de uso por parte de los pacientes Hipertensos, el 20.2% (326 personas) consulto 3 veces al año por este servicios, para el resto de las disciplinas la frecuencia de uso de 3 está por debajo del 5%.

Tabla 6. Frecuencia de Uso de los pacientes hipertensos del PSU, para las consultas de Medicina General, Enfermería, Nutrición, Prioritaria Medicina General y Medicina Interna 2013

No. De Consultas Año	Medicina General		Medicina General Programas		Enfermería		Nutrición		Medicina General Prioritaria		Medicina Interna	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	276	17,1%	1497	92,9%	1611	100%	1562	97,0%	1504	93,4%	1196	74,2%
1	416	25,8%	39	2,4%	0		28	1,7%	93	5,8%	166	10,3%
2	326	20,2%	29	1,8%	0		18	1,1%	11	0,7%	128	7,9%
3	326	20,2%	32	2,0%	0		2	0,1%	2	0,1%	68	4,2%
4	224	13,9%	14	0,9%	0		1	0,1%		0,0%	37	2,3%
5	38	2,4%			0		0		1	0,1%	15	0,9%
6	5	0,3%			0		0			0,0%	1	0,1%
Subtotal ptes que asisten	1335	83%	114	7%	0	0%	49	3%	107	8%	415	26%
Total	1611		1611		1611		1611		1611		1611	

Las intervenciones (únicas o combinadas) con a) educación al paciente, b) citas de control o contactos más frecuentes, c) educación y recordatorios para el profesional de la salud, d) sistemas mejorados de administración de medicamentos, e) educación en auto-monitoreo y registro de la TA y f) recordatorios para la medicación, incrementan de manera significativa el control de la presión arterial (40). Es necesario fortalecer en los procesos de atención de la IPS UNIVERSITARIA las actividades que garanticen un seguimiento periódico por los diferentes integrantes del equipo de salud.

### 6.1.3 Frecuencia de consultas ambulatorias del paciente con diagnóstico de dislipidemia.

Del total de pacientes asignados a la IPS UNIVERSITARIA sede Prado, afiliados al Programa de Salud ~~SA~~ SALUDA+, el 12.9% (1.007 personas) fueron diagnosticados con Dislipidemias en el 2013, del total de Dislipidémicos e 88% (887 personas) son mayores de 45 años.

La población mayor de 45 años corresponde al 66.1% (5.142 personas) del total de la población del PSU, la proporción de pacientes mayores de 45 años con diagnóstico de Dislipidemia es del 17.3%.

Según la encuesta nacional de salud, se estimó la prevalencia nacional de hipercolesterolemia total para personas entre 18 y 69 años en 7,82%, la prevalencia nacional de hipercolesterolemia en personas de 50 a 59 años fue de 15.1% a nivel nacional (41), similar a la encontrada en los pacientes mayores de 45 años en la IPS UNIVERSITARIA.

Una proporción alta, de entre el 40% y el 50%, de las dislipidemias corresponden a trastornos secundarios a condiciones adquiridas, generalmente prevenibles o modificables, como la obesidad, la resistencia a la insulina, el hipotiroidismo, la diabetes mellitus, el sedentarismo, el tabaquismo y algunos medicamentos (42). Este tipo de condiciones o factores modificables son un aspecto relevante a tener en cuenta al momento de diseñar las actividades asistenciales que se deben incluir en los procesos de atención para este tipo de pacientes.

La Tabla 7 muestra las frecuencias de uso de los pacientes con Dislipidemias de los servicios de Medicina, Enfermería y Nutrición durante el 2013.

Del total de pacientes con dislipidemia, el 76% (769 personas) consultaron al menos una vez durante el 2013 con Medicina General, el 1% (11) de estos pacientes lo hicieron únicamente a través del Programa de Riesgo Cardiovascular, ninguno de los pacientes fue evaluados por Enfermería, el 20% (204 personas) fue evaluado al menos una vez por Nutrición y el 15% (147 personas) fue evaluado al menos una vez por Medicina Interna. La consulta de Medicina General es la que tiene mayor frecuencia de uso por parte de los pacientes Dislipidémicos, el 17% (176 personas) consulto 2 veces al año por este servicio, para el resto de las disciplinas la frecuencia de uso de 2 está por debajo del 5%.

La Guía de Práctica Clínica para el manejo de la Dislipidemia, establece la importancia del tratamiento y seguimiento de estos pacientes de manera multidisciplinar, se resalta como hábitos necesarios para disminuir riesgos, el ejercicio físico y los hábitos alimenticios adecuados (42) . Se debe fortalecer en los procesos de atención de la IPS UNIVERSITARIA, la participación de todo el equipo de salud en el tratamiento y control de estos pacientes, el cual debe articular en su enfoque hábitos adecuados como el ejercicio y la alimentación.

Tabla 7. Frecuencia de uso de los pacientes dislipidémico del PSU, para las consultas de Medicina General, Enfermería, Nutrición, Prioritaria Medicina General y Medicina Interna 2013

No. De Consultas Año	Medicina General		Medicina General Programas		Enfermería		Nutrición		Medicina General Prioritaria		Medicina Interna	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	238	24%	996	99%	1007	100%	803	80%	966	96%	860	85%
1	498	49%	10	1%			152	15%	39	4%	83	8%
2	176	17%	1	0%			36	4%	2	0%	33	3%
3	64	6%	0	0%			12	1%		0%	17	2%
4	23	2%	0	0%			2	0%		0%	13	1%
5	7	1%	0	0%			2	0%		0%	1	0%
6	1	0%	0	0%			0	0%		0%		0%
Subtotal ptes que asisten	769	76%	11	1%	0	0%	204	20%	41	4%	147	15%
Total	1007		1007		1007		1007		1007		1007	

#### 6.1.4 Frecuencia de consultas ambulatorias del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus.

Del total de pacientes asignados a la IPS UNIVERSITARIA afiliados al Programa de Salud SALUDA+, el 5.2% (406 personas) fueron diagnosticados con Diabetes Mellitus en el 2013, del total de Diabéticos el 97% (397 personas) son mayores de 45 años.

La población mayor de 45 años corresponde al 66.1% (5.142 personas) del total de la población del PSU, la proporción de pacientes mayores de 45 años con diagnóstico de Diabetes es del 7.7%.

Según la encuesta nacional de salud, se estimó la prevalencia nacional de Diabetes para personas entre 18 y 69 años en 3.77%, el departamento de Boyacá mostró la cifra más elevadas del país, con una prevalencia del 6,5% (41).

Otros datos establecen que en Colombia la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 oscila entre el 4 y el 8%, en función del rango de edad de la población estudiada.

El mestizaje, el envejecimiento y los factores asociados a la urbanización son los principales determinantes de la epidemia de diabetes que se observa (43).

La Tabla 8 muestra las frecuencias de uso de los pacientes con Diabetes Mellitus de los servicios de Medicina, Enfermería y Nutrición durante el 2013.

Del total de pacientes con diabetes, el 67% (270 personas) consultaron al menos una vez durante el 2013 con Medicina General, el 3% (11 personas) de estos pacientes lo hicieron únicamente a través del Programa de Riesgo Cardiovascular, ninguno de los pacientes fue evaluados por Enfermería, el 22% (88 personas) fue evaluado al menos una vez por Nutrición y el 45% (182 personas) fue evaluado al menos una vez por Medicina Interna. La consulta de Medicina General y de Medicina Interna son las que tienen la mayor frecuencia de uso por parte de los pacientes Diabéticos, alrededor del 10% consulto 2 veces al año por estos servicios, para el resto de las disciplinas la frecuencia de uso de 2 está por debajo del 2%.

La descripción de las características de la morbilidad de la población afiliada al PSU atendida en la IPS UNIVERSITARIA que en este trabajo se describe, se basa principalmente en el grupo etario de mayor porcentaje en la población, las principales causas de consulta identificadas en el 2013 y las frecuencias de uso de algunos de los servicios de consulta externa de la Sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA.

Tabla 8. Frecuencia de uso de los pacientes diabéticos del PSU, para las consultas de Medicina General, Enfermería, Nutrición, Prioritaria Medicina General y Medicina Interna 2013

No. De Consultas Año	Medicina General		Medicina General Programas		Enfermería		Nutrición		Medicina General Prioritaria		Medicina Interna	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	136	33%	395	97%	406	100%	318	78%	342	84%	224	55%
1	134	33%	8	2%	0	0%	60	15%	48	12%	60	15%
2	66	16%	2	0%	0	0%	15	4%	7	2%	47	12%
3	40	10%	0	0%	0	0%	9	2%	6	1%	35	9%
4	21	5%	1	0%	0	0%	4	1%	0	0%	24	6%
5	6	1%	0	0%	0	0%	0	0%	2	0%	11	3%
6	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	1%
7	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
8	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

12	1 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 0%	0 0%
Subtotal ptes que asisten	270 67%	11 3%	0 0%	88 22%	64 16%	182 45%
Total	406	406	406	406	406	406

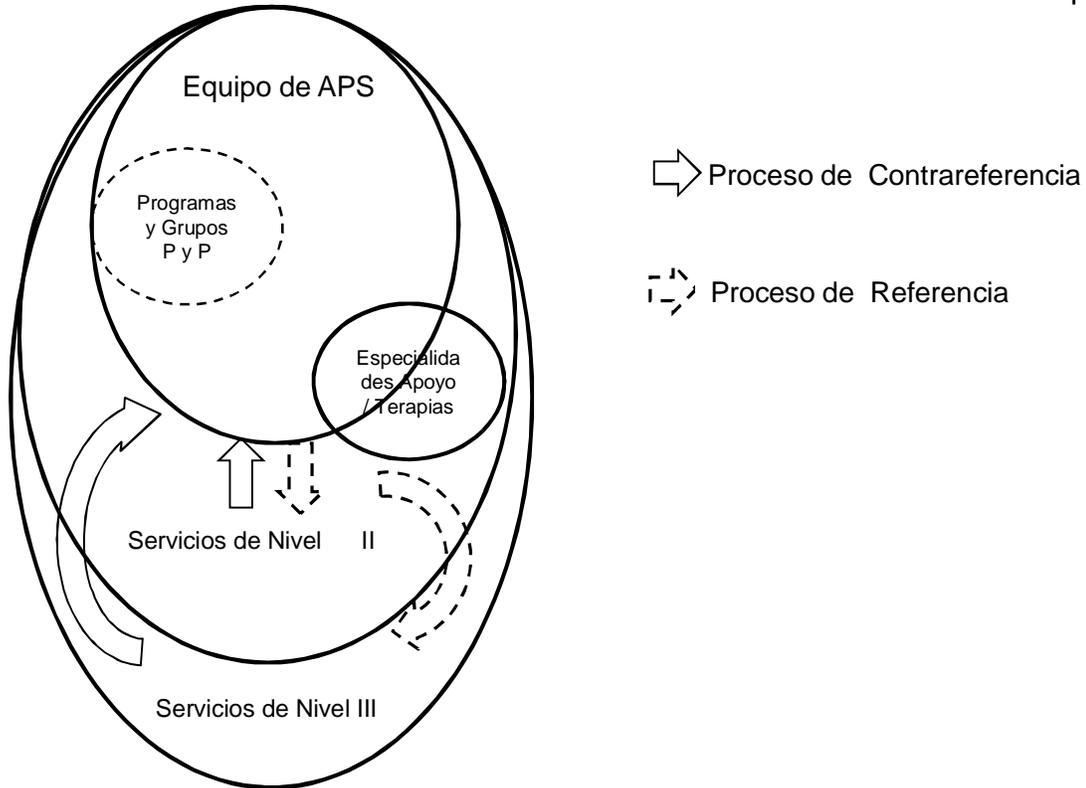
Es evidente que el grupo etario que tiene mayor peso porcentual en la pirámide poblacional corresponde a los mayores de 45 años con un 66.1% del total de la población. Las enfermedades crónicas, de interés en salud pública por su impacto en la población, suman el 66% de los motivos de consulta en las principales causas en este año, donde se incluyen la hipertensión arterial, las dislipidemias y la diabetes mellitus, finalmente se identifica la necesidad de fortalecer las actividades que se realizan por las principales profesiones del área de la salud para la atención de este tipo de población, consolidar los equipos de salud y enfocarlos en el inicio temprano de la prevención y el seguimiento sistemático a través de programas de manejo de los factores de riesgo.

## **6.2 Marco de la atención del equipo de Atención Primaria para la atención del riesgo cardiovascular**

### **6.2.1 Flujos de información y configuración del equipo de atención primaria**

Teniendo en cuenta que desde el modelo de prestación de servicios de la IPS UNIVERSITARIA se incluye en la fase de planeación de la atención el enfoque basado en Promoción y Prevención, se presenta la siguiente propuesta que sugiere para la sede Prado impulsar ese enfoque, adoptando lineamientos de APS en la prestación de servicios acorde a las características de morbilidad de la población asignada y los recursos disponibles en la institución.

Gráfica 6. Equipo de APS de los servicios ambulatorios y su relación con los servicios de salud de diferentes niveles de complejidad



Fuente: Elaboración del autor. Asesorado por la coordinación de la sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA 2014.

La reorientación de las actividades de prestación de servicios de salud que aquí se propone, hace énfasis en procesos estructurales y funcionales dentro de los cuales sobresalen las características específicas de las competencias y desarrollo del recursos humano dentro de un equipo de trabajo, el cual está involucrado en la planeación, desarrollo y mejora de las actividades de las estrategias de Atención Primaria en Salud, estas características se explicaran más adelante.

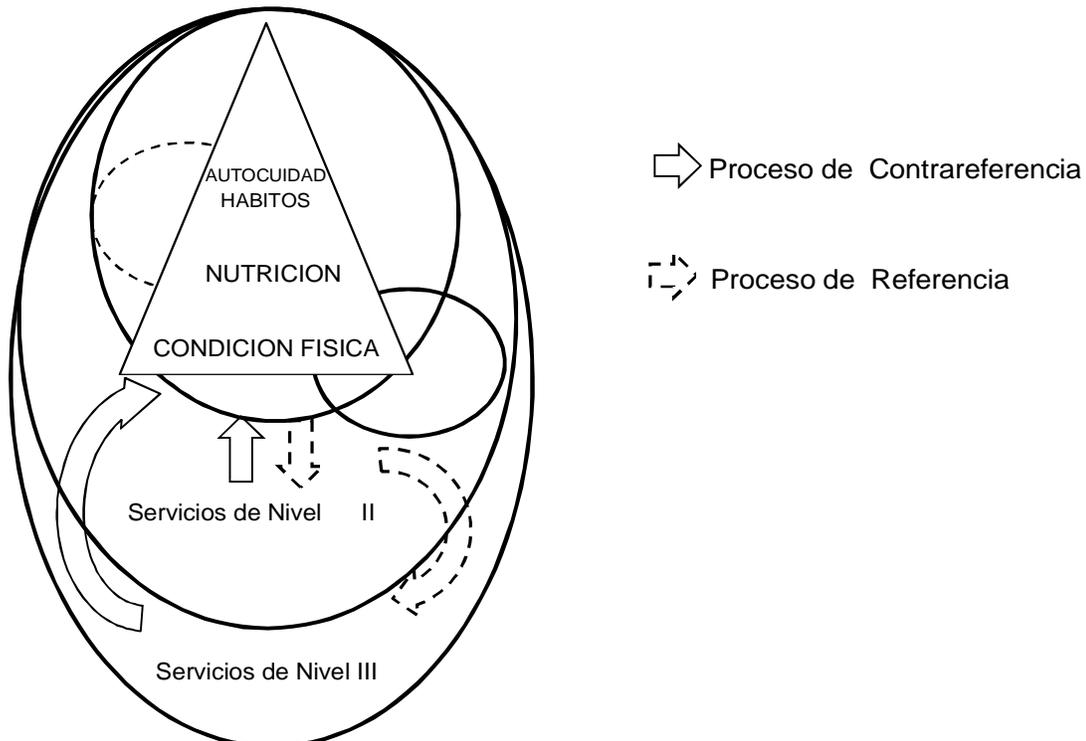
La Gráfica 6 representa la forma como el equipo de atención primaria se convierte en la principal y primera línea de atención en servicios de salud del paciente afiliado a SALUDA+. Se observa que el alcance de la prestación del equipo, se encuentra en el primer nivel de complejidad de la atención y se articula de manera sinérgica con algunas especialidades médicas y las disciplinas involucradas en los procesos de terapia y rehabilitación. Se define inicialmente ese alcance dada la necesidad de fortalecer la capacidad resolutoria en ese nivel. De acuerdo al perfil de morbilidad y las características de la población se toma como especialidad médica de apoyo principalmente a Medicina Interna. Es fundamental en los

procesos de seguimiento y elaboración de los planes de interacción que realizara el equipo de atención primaria a las familias asignadas, manejar la información de salud que se elaboren de esas familias en los otros niveles de complejidad de la atención, por ellos se esquematiza en la Gráfica No. 5, el flujo de la información entre los niveles de complejidad a través de los procesos de referencia y contrareferencia.

En la Gráfica 7 se esquematiza el enfoque que deben tener los equipos de atención primaria en la elaboración de los planes de interacción para los usuarios y familias asignadas, este enfoque apunta a que la población mejore los hábitos y se comprometa con el autocuidado.

De acuerdo a las características de morbilidad de la población asignada a la IPS UNIVERSITARIA, las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad encaminada a fortalecer el autocuidado deben encarrilarse en procesos que promuevan el acondicionamiento físico y una dieta saludable.

Gráfica 7. Enfoque de los planes de interacción elaborados por el Equipo de Atención Primaria para la atención del riesgo cardiovascular Sede Prado



Fuente: Elaboración del autor. Asesorado por la coordinación de la sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA 2014.

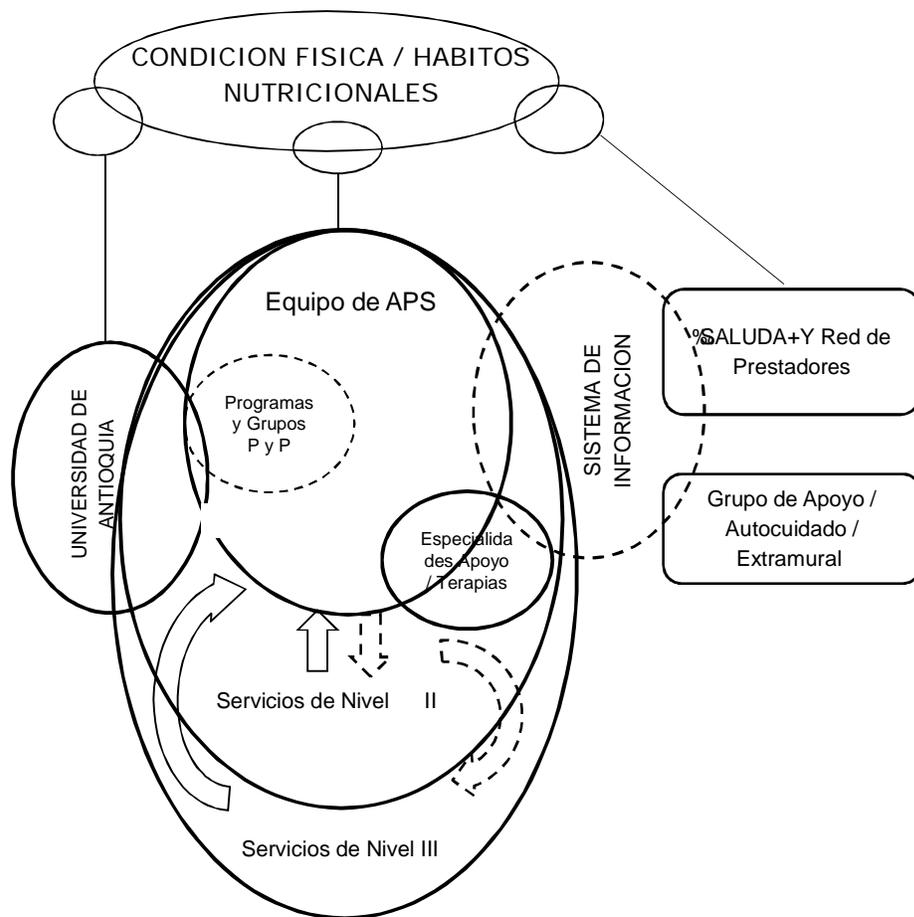
Las guías de atención de práctica clínica para el manejo de la hipertensión arterial, las dislipidemias y la diabetes mellitus, publicadas recientemente por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, describen los niveles de evidencia entorno a las dietas saludables y el ejercicio físico sobre el control y/o manejo del riesgo de los pacientes con diagnóstico de ese tipo de enfermedades. Es así por ejemplo que el Grupo Desarrollador de la Guía (GDC) para el manejo de las dislipidemias conceptúa que *el consenso del GDG fue que el potencial beneficio sobre otros desenlaces, como hipertensión arterial o control de las cifras de glicemia, amerita mantener una recomendación a favor de las intervenciones nutricionales*. Por ello en la guía de práctica clínica para el manejo de las dislipidemias se establecen 9 recomendaciones entorno a la característica de la dieta para este tipo de población. Por otra parte en la misma guía el *consenso del GDG fue que el potencial beneficio sobre otros desenlaces, como hipertensión arterial, control del peso o control de las cifras de glicemia, amerita mantener una recomendación a favor del ejercicio*, donde la principal recomendación es *en la población adulta con dislipidemia se sugiere hacer ejercicio físico de resistencia cardiovascular entre tres y cinco veces a la semana, con intensidad de moderada a vigorosa*.

Como se describe, cada una de las guías de práctica clínica elaboradas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el manejo de la hipertensión, diabetes y dislipidemias incluyen recomendaciones entorno a la dieta y el ejercicio físico, como factores relevantes para disminuir y controlar la enfermedad. Dado que en las principales causas de consulta de la población de la IPS UNIVERSITARIA se encuentran este tipo de patologías y que por las características de la pirámide población exista mayor riesgo de aumentar el número de casos, se toma la nutrición y la condición física como elementos relevantes para enfocar los planes de interacción del equipo de atención primaria. Es importante que cada uno de los pacientes y sus familias a quienes se les haya evaluado por el equipo de atención primaria, defina un nivel de compromiso y unas metas con los planes definidos, pues es evidente que la cultura del autocuidado es fundamental para lograr resultados (10).

Además del compromiso y la participación que debe tener la población para lograr los resultados en torno a mejorar los hábitos saludables, es fundamental incluir en la fase de planeación de la reorientación del modelo de atención, la intersectorialidad, en este caso se incluye los sectores que pueden influir de manera directa en la organización y ejecución de actividades que generen resultado e impacto en la población asignada a la IPS UNIVERSITARIA.

En la Gráfica 8 se esquematiza como es la articulación Interinstitucional entre la prestación de servicios de la IPS UNIVERSITARIA, la Universidad de Antioquia, el Programa de Salud %SALUDA+y las actividades de apoyo realizadas por Enfamilia. Instituciones que realizan actividades de bienestar, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención en salud para la comunidad de la Universidad de Antioquia específicamente los beneficiarios del Programa de Salud de la Universidad.

Gráfica 8. Articulación Interinstitucional entre la prestación de servicios de la IPS UNIVERSITARIA, la Universidad de Antioquia y el Programa de Salud %SALUDA+



Fuente: Elaboración del autor. Asesorado por la coordinación de la sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA 2014.

En la Gráfica 8 se puede observar que el equipo de atención primaria tiene que articularse con las actividades de promoción de la salud que se adelantan desde

las diversas facultades de la Universidad de Antioquia y desde los grupos de apoyo organizados en %SALUDA+, es fundamental la articulación interinstitucional para aumentar la eficiencia, evitar saturar al paciente de las mismas actividades realizadas por diferentes instituciones y aunar esfuerzos entorno a los resultados esperados. Esas actividades deben apuntar a fortalecer y alimentar los planes que se definan para los grupos familiares que son evaluados por el equipo de atención primaria, por ello se encarrilan en el enfoque de ejercicio físico y nutrición descritos en la Gráfica 7. Finalmente en el proceso de articulación intersectorial que aquí se propone, es relevante establecer una herramienta informática que permita sistematizar la información generada por las diferentes instituciones, esta información es fundamental para garantizar el seguimiento de los planes definidos para los beneficiarios de %SALUDA+ así como la evaluación de los resultados obtenidos.

### **6.2.2 Información de costos para la atención del equipo de atención primaria**

Para establecer las características operativas de la prestación de servicios, se tomó en cuenta los resultados obtenidos en el análisis de las características de morbilidad, ello permitió establecer que las actividades en salud del equipo de trabajo de APS se centraran en la atención del Riesgo Cardiovascular y la atención para usuarios y familias con diagnóstico de enfermedades crónicas, además de las actividades propias de la detección temprana y la protección específica definidas en la legislación Colombiana.

Una vez identificadas las características y flujo de atención se elaboró el informe de costos de la propuesta, el cual principalmente se basa en el costo del recurso humano, costos de operación y costos indirectos según el tipo de actividades que se tendrían que realizar a la población objeto acorde con sus características y las actividades definidas en la guía de atención de Riesgo Cardiovascular de la IPS UNIVERSITARIA, además de las normas técnicas de detección temprana y protección específica.

En la Tabla 9, Tabla 11 y Tabla 13, se encuentra la frecuencia estimada del número de veces que debe realizarse las actividades por año para el seguimiento y control del paciente con enfermedad crónica en el programa de Riesgo Cardiovascular. En las tablas se registra la frecuencia anual de las principales actividades de consulta por medicina y otras disciplinas, laboratorio clínico y ayudas diagnósticas que se deben realizar para este tipo de pacientes según su clasificación de riesgo cardiovascular. La frecuencia y el número de actividades que se incluyeron corresponden a la recomendación definidas en la guía para el manejo del riesgo cardiovascular adoptada por la IPS, cabe anotar que las

actividades que no se incluyen para el costeo, como por ejemplo los estudios para enfermedad renal dada la variabilidad de actividades que pueden tener entre pacientes, deben considerarse en el proceso de contratación con los aseguradores.

En la Tabla 10, Tabla 12 y Tabla 14, se encuentra el total de actividades estimadas por año para el manejo y seguimiento del riesgo cardiovascular de los pacientes con enfermedades crónicas. De acuerdo a la frecuencia anual definida para cada una de las actividades y la distribución de los pacientes en los diferentes niveles de riesgo cardiovascular, se determinó el total de actividades que se deben realizar en un año para todo este tipo de pacientes. La información permite determinar la cantidad de recurso necesario para desarrollar el total de actividades estimadas en un año.

Para población afiliada al PSU que no tiene diagnóstico de Hipertensión, Diabetes o Dislipidemia, se tiene en cuenta las actividades definidas en la norma técnica para detección temprana y protección específica. En la Tabla 15, se registra la frecuencia anual de las principales actividades de consulta por medicina y otras disciplinas, laboratorio clínico y ayudas diagnósticas que se deben realizar para este tipo de pacientes según lo definido en la Resolución 412 de 2000 (35), cabe anotar que las actividades que no se incluyen para el costeo, deben considerarse en el proceso de contratación con los aseguradores.

En la Tabla 16, se encuentra el total de actividades estimadas por año para la atención de los usuarios del PSU en las actividades de detección temprana y protección específica. De acuerdo a la frecuencia anual definida para cada una de las actividades y la distribución de los pacientes en los diferentes grupos etarios, se determinó el total de actividades que se deben realizar en un año para todo este tipo de pacientes. La información permite determinar la cantidad de recurso necesario para desarrollar el total de actividades estimadas en un año.

Finalmente en la Tabla 17 se consolida la información del número de actividades que se deben realizar para el seguimiento y control de los pacientes con enfermedades crónicas a través del programa de riesgo cardiovascular y el total de actividades de detección temprana y protección específica que se debe realizar al resto de la población. Además se presenta el total de profesionales requeridos por cada disciplina, teniendo en cuenta el rendimiento por hora y el total de actividades que deben realizar. La información es fundamental para elaborar los equipos de trabajo.

Tabla 9. Frecuencia estimada de actividades por año para la realización del seguimiento y control del paciente hipertenso en el programa de Riesgo Cardiovascular IPS UNIVERSITARIA

Tipo de Patología	Clasificación del Paciente		Frecuencia anual de atenciones para el seguimiento y control del Riesgo Cardiovascular IPS UNIVERSITARIA																
	Nivel de riesgo	Tipo de pacientes	Medicina General	Enfermería	Nutrición	Psicología	Medicina Interna	Laboratorio									Prueba esfuerz	EKG	
								HLG	Glicemia	Perfil Lp	Creatinina	Uroanálisis +sedimento	Microalbumi	Potasio	Hb Glicosilad	Curva Toler			
Hipertensión	Alto	Controlados	6	4	4	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	1	1
		No controlados	8	4	4	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1
	Subtotal		14	8	8	2	7	5	5	5	5	5	5	5	5	2	1	2	2
	Medio	Controlados	4	3	4	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	1	1
		No controlados	4	4	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	1	1
	Subtotal		8	7	8	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	0	0	2	2
	Bajo	Controlados	2	3	3	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
		No controlados	4	2	3	0	1	0	2	2	2	2	2	2	2	0	0	1	1
	Subtotal		6	5	6	0	1	0	3	3	3	3	3	3	3	0	0	2	2
	TOTAL		28	20	22	3	10	9	12	12	12	12	12	12	12	2	1	6	6

Tabla 10. Total de atenciones estimadas por año según tipo de Riesgo Cardiovascular para los pacientes con diagnóstico de Hipertensión

Tipo de Patología	Total Pacientes 2013	Distribución de Pacientes según Riesgo Cardiovascular				Número de Atenciones a ejecutar en el año para el seguimiento y control del Riesgo Cardiovascular IPS UNIVERSITARIA															
		Nivel de riesgo	Tipo de pacientes	% de Nivel de riesgo	Total pacientes	Medicina General	Enfermería	Nutrición	Psicología	Medicina Interna	Laboratorio									Prueba esfuerz	EKG
											HLG	Glicemia	Perfil Lp	Creatinina	Uroanálisis +sedimento	Microalbumi	Potasio	Hb Glicosilad	Curva Toler		
Hipertensión	1.611	Alto	Controlados	25	403	2.417	1.611	1.611	403	1.208	806	806	806	806	806	806	806	403	0	403	403
			No controlados	17	274	2.191	1.095	1.095	274	1.095	822	822	822	822	822	822	822	274	274	274	274
		Subtotal		42	677	4.607	2.706	2.706	677	2.304	1.627	1.627	1.627	1.627	1.627	1.627	1.627	677	274	677	677
		Medio	Controlados	30	483	1.933	1.450	1.933	0	483	967	967	967	967	967	967	967	0	0	483	483
			No controlados	8	129	516	516	516	129	129	258	258	258	258	258	258	258	0	0	129	129
		Subtotal		38	612	2.449	1.965	2.449	129	612	1.224	1.224	1.224	1.224	1.224	1.224	1.224	0	0	612	612
		Bajo	Controlados	19	306	612	918	918	0	0	0	306	306	306	306	306	306	0	0	306	306
			No controlados	1	16	64	32	48	0	16	0	32	32	32	32	32	32	0	0	16	16
		Subtotal		20	322	677	950	967	0	16	0	338	338	338	338	338	338	0	0	322	322
		TOTAL		100	1.611	7.733	5.622	6.122	806	2.932	2.851	3.190	3.190	3.190	3.190	3.190	3.190	677	274	1.611	1.611

Tabla 11. Frecuencia estimada de actividades por año para la realización del seguimiento y control del paciente diabético en el programa de Riesgo Cardiovascular IPS UNIVERSITARIA

Tipo de Patología	Clasificación del Paciente		Frecuencia anual de atenciones para el seguimiento y control del Riesgo Cardiovascular IPS UNIVERSITARIA																
	Nivel de riesgo	Tipo de pacientes	Medicina General	Enfermería	Nutrición	Psicología	Medicina Interna	Laboratorio									Prueba esfuerz	EKG	
								HLG	Glicemia	Perfil Lp	Creatinina	Uroanálisis + sedimento	Microalbumi	Potasio	Hb Glicosilad	Curva Toler			
Diabetes	Alto	Controlados	8	4	4	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	1	1
		No controlados	10	4	4	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	1	1
	Subtotal		18	8	8	2	7	5	5	5	5	5	5	5	5	8	4	2	2
	Medio	Controlados	6	3	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1
		No controlados	6	4	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	4	1	1	1
	Subtotal		12	7	8	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	7	2	2	2
	Bajo	Controlados	3	3	4	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
		No controlados	6	2	4	0	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1
	Subtotal		9	5	8	0	1	0	3	3	3	3	3	3	3	4	2	2	2
	TOTAL		39	20	24	4	10	9	12	12	12	12	12	12	12	19	8	6	6

Tabla 12. Total de atenciones estimadas por año según tipo de Riesgo Cardiovascular para los pacientes con diagnóstico de diabetes

Tipo de Patología	Total Pacientes 2013	Distribución de Pacientes según Riesgo Cardiovascular				Número de Atenciones a ejecutar en el año para el seguimiento y control del Riesgo Cardiovascular IPS UNIVERSITARIA																
		Nivel de riesgo	Tipo de pacientes	% de Nivel de riesgo	Total pacientes	Medicina General	Enfermería	Nutrición	Psicología	Medicina Interna	Laboratorio									Prueba esfuerz	EKG	
											HLG	Glicemia	Perfil Lp	Creatinina	Uroanálisis + sedimento	Microalbumi	Potasio	Hb Glicosilad	Curva Toler			
DIABETES	406	Alto	Controlados	30	122	974	487	487	122	365	244	244	244	244	244	244	244	487	244	122	122	
			No controlados	26	106	1.056	422	422	106	422	317	317	317	317	317	317	317	317	422	211	106	106
		Subtotal		56	227	2.030	909	909	227	788	560	560	560	560	560	560	560	560	909	455	227	227
		Medio	Controlados	18	73	438	219	292	73	73	146	146	146	146	146	146	146	146	219	73	73	73
			No controlados	8	32	195	130	130	32	32	65	65	65	65	65	65	65	65	130	32	32	32
		Subtotal		26	106	633	349	422	106	106	211	211	211	211	211	211	211	211	349	106	106	106
		Bajo	Controlados	17	69	207	207	276	0	0	0	69	69	69	69	69	69	69	138	69	69	69
			No controlados	1	4	24	8	16	0	4	0	8	8	8	8	8	8	8	8	4	4	4
		Subtotal		18	73	231	215	292	0	4	0	77	77	77	77	77	77	77	146	73	73	73
		TOTAL		100	406	2.895	1.474	1.624	333	897	771	849	849	849	849	849	849	849	1.405	633	406	406

Tabla 13. Frecuencia estimada de actividades por año para la realización del seguimiento y control del paciente dislipidémico en el programa de Riesgo Cardiovascular IPS UNIVERSITARIA

Tipo de Patología	Clasificación del Paciente		Frecuencia anual de atenciones para el seguimiento y control del Riesgo Cardiovascular IPS UNIVERSITARIA																
	Nivel de riesgo	Tipo de pacientes	Medicina General	Enfermería	Nutrición	Psicología	Medicina Interna	Laboratorio									Prueba esfuerz	EKG	
								HLG	Glicemia	Perfil Lp	Creatinina	Uroanálisis +	Microalbumi	Potasio	Hb Glicosilad	Curva Toler			
Dislipidemia	Alto	Controlados	6	4	4	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1	1
		No controlados	8	4	4	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1
	Subtotal		14	8	8	2	7	5	5	5	5	5	5	5	5	2	1	2	2
	Medio	Controlados	4	3	4	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	1	1
		No controlados	4	4	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	1	1
	Subtotal		8	7	8	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	0	0	2	2
	Bajo	Controlados	2	3	3	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
		No controlados	4	2	3	0	1	0	2	2	2	2	2	2	2	0	0	1	1
	Subtotal		6	5	6	0	1	0	3	3	3	3	3	3	3	0	0	2	2
	TOTAL		28	20	22	3	10	9	12	12	12	12	12	12	12	2	1	6	6

Tabla 14. Total de atenciones estimadas por año según tipo de Riesgo Cardiovascular para los pacientes con diagnóstico de dislipidemia

Tipo de Patología	Total Pacientes 2013	Distribución de Pacientes según Riesgo Cardiovascular				Número de Atenciones a ejecutar en el año para el seguimiento y control del Riesgo Cardiovascular IPS UNIVERSITARIA																
		Nivel de riesgo	Tipo de pacientes	% de Nivel de riesgo	Total pacientes	Medicina General	Enfermería	Nutrición	Psicología	Medicina Interna	Laboratorio									Prueba esfuerz	EKG	
											HLG	Glicemia	Perfil Lp	Creatinina	Uroanálisis +	Microalbumi	Potasio	Hb Glicosilad	Curva Toler			
Dislipidemia	1.007	Alto	Controlados	25	252	1.511	1.007	1.007	252	755	504	504	504	504	504	504	504	252	0	252	252	
			No controlados	17	171	1.370	685	685	171	685	514	514	514	514	514	514	514	514	171	171	171	171
		Subtotal		42	423	2.880	1.692	1.692	423	1.440	1.017	1.017	1.017	1.017	1.017	1.017	1.017	1.017	423	171	423	423
		Medio	Controlados	30	302	1.208	906	1.208	0	302	604	604	604	604	604	604	604	604	0	0	302	302
			No controlados	8	81	322	322	322	81	81	161	161	161	161	161	161	161	161	0	0	81	81
		Subtotal		38	383	1.531	1.229	1.531	81	383	765	765	765	765	765	765	765	765	0	0	383	383
		Bajo	Controlados	19	191	383	574	574	0	0	0	191	191	191	191	191	191	191	0	0	191	191
			No controlados	1	10	40	20	30	0	10	0	20	20	20	20	20	20	20	0	0	10	10
		Subtotal		20	201	423	594	604	0	10	0	211	211	211	211	211	211	211	0	0	201	201
		TOTAL		100	1.007	4.834	3.514	3.827	504	1.833	1.782	1.994	1.994	1.994	1.994	1.994	1.994	1.994	423	171	1.007	1.007

Tabla 15. Frecuencia estimada de actividades por año para la realización de las actividades de detección temprana y protección específica para la población del PSU que no tiene diagnóstico de enfermedades crónicas

Programa / Grupo	Grupos de Edad	Frecuencia anual para la atención de pacientes del PSU sin diagnóstico de Hipertensión, Diabetes y Dislipidemia																		
		Medicina General	Enfermería	Nutrición	Psicología	Odontología	Higiene oral	Laboratorios												
								Hemoglobina	Hematocrito	HDL	LDL	Col. Total	Glicemia	Creatinina	Uroanálisis	Triglic.	Serología	VIH	Citología	Mamografía
Crecimiento y desarrollo	0 a 12 meses	1	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	13 a 24 meses	0,5	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	25 a 36 meses	0,5	2	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	37 a 120 meses	0	2	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Subtotal</b>	2	10	4	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atención del Joven y Salud Sexual	11 a 13 años	1	0,5	1	0,5	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	14 a 16 años	1	0,5	1	0,5	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	17 a 21 años	1	0,5	1	0,5	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0,25	0,25	0,5	0
	22 a 29 años	1	0,5	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0,25	1	0,5	0
	30 a 35 años	2	0,5	2	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,25	1	0,5	0
	36 a 40 años	2	0,5	2	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,25	1	0,5	0
	41 a 44 años	2	0,5	2	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,25	1	0,5	0
<b>Subtotal</b>	10	3,5	10	1,5	17	7	1	1	2	2	0	0	0	0	0	1,25	4,25	3	0	
Adulto Sano y Salud Sexual	45 a 50 años	2	2	2	0,5	3	1	0	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	0,5	0,5
	51 a 55 años	2	2	2	0,5	3	1	0	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	0,5	0,5
	56 a 60 años	2	2	2	0,5	2	1	0	1	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0,5
	61 a 65 años	2	2	2	0,5	2	1	0	1	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0,5
	66 a 70 años	2	2	2	0,5	2	1	0	1	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0,5
	71 a 75 años	2	2	2	0,5	2	1	0	1	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0,5
	76 a 80 años	2	2	2	0,5	2	1	0	1	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0,5
	81 a 85 años	2	2	2	0,5	2	1	0	1	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0,5
	86 a 90 años	2	2	2	0,5	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0,5
	91 a 95 años	2	2	2	0,5	2	1	0	1	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0,5
	96 y más	2	2	2	0,5	2	1	0	1	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0,5
<b>Subtotal</b>	22	22	22	5,5	24	11	1	11	22	22	22	22	22	22	22	2	2	1	5,5	

Tabla 16. Total de atenciones estimadas por año para la realización de las actividades de detección temprana y protección específica para la población del PSU que no tiene diagnóstico de enfermedades crónicas

Programa / Grupo	Total Pacientes	Grupos de Edad	Total pacientes	Número de Atenciones a ejecutar en el año																				
				Medicina General	Enfermería	Nutrición	Psicología	Odontología	Higiene oral	Laboratorios														
										Hemoglobina	Hematocrito	HDL	LDL	Col. Total	Glicema	Creatinina	Uroanálisis	Triglic.	Serología	VIH	Citología	Mamografía		
Crecimiento y desarrollo	398	0 a 12 meses	45	45	180	45	0	0	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		13 a 24 meses	27	13,5	54	27	0	0	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		25 a 36 meses	32	16	64	32	0	64	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		37 a 120 meses	294	0	588	294	0	588	294	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Subtotal	398	74,5	886	398	0	652	398	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Atención del Joven y Salud Sexual	1.804	11 a 13 años	195	195	97,5	195	97,5	390	195	195	195	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		14 a 16 años	218	218	109	218	109	436	218	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	109	0		
		17 a 21 años	346	346	173	346	173	692	346	0	0	346	346	0	0	0	0	0	86,5	86,5	173	0		
		22 a 29 años	240	240	120	240	0	480	240	0	0	240	240	0	0	0	0	0	60	240	120	0		
		30 a 35 años	226	452	113	452	0	678	226	0	0	0	0	0	0	0	0	0	56,5	226	113	0		
		36 a 40 años	334	668	167	668	0	1002	334	0	0	0	0	0	0	0	0	0	83,5	334	167	0		
		41 a 44 años	245	490	122,5	490	0	735	245	0	0	0	0	0	0	0	0	0	61,25	245	122,5	0		
		Subtotal	1804	2609	902	2609	379,5	4413	1804	195	195	586	586	0	0	0	0	0	347,75	1131,5	804,5	0		
Adulto Sano y Salud Sexual	2.362	45 a 50 años	443	886	886	886	221,5	1329	443	0	443	886	886	886	886	886	886	886	443	443	221,5	221,5		
		51 a 55 años	385	770	770	770	192,5	1155	385	0	385	770	770	770	770	770	770	770	385	385	192,5	192,5		
		56 a 60 años	337	674	674	674	168,5	674	337	0	337	674	674	674	674	674	674	674	0	0	0	168,5		
		61 a 65 años	368	736	736	736	184	736	368	0	368	736	736	736	736	736	736	736	736	0	0	0	184	
		66 a 70 años	357	714	714	714	178,5	714	357	0	357	714	714	714	714	714	714	714	714	0	0	0	178,5	
		71 a 75 años	190	380	380	380	95	380	190	0	190	380	380	380	380	380	380	380	380	0	0	0	95	
		76 a 80 años	129	258	258	258	64,5	258	129	0	129	258	258	258	258	258	258	258	258	0	0	0	64,5	
		81 a 85 años	80	160	160	160	40	160	80	0	80	160	160	160	160	160	160	160	160	0	0	0	40	
		86 a 90 años	39	78	78	78	19,5	78	39	39	39	78	78	78	78	78	78	78	78	78	0	0	0	19,5
		91 a 95 años	20	40	40	40	10	40	20	0	20	40	40	40	40	40	40	40	40	0	0	0	10	
		96 y más	14	28	28	28	7	28	14	0	14	28	28	28	28	28	28	28	28	28	0	0	0	7
		Subtotal	2362	4724	4724	4724	1181	5552	2362	39	2362	4724	4724	4724	4724	4724	4724	4724	4724	828	828	414	1181	
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>4564</b>	<b>7408</b>	<b>6512</b>	<b>7731</b>	<b>1561</b>	<b>10617</b>	<b>4564</b>	<b>234</b>	<b>2557</b>	<b>5310</b>	<b>5310</b>	<b>4724</b>	<b>4724</b>	<b>4724</b>	<b>4724</b>	<b>4724</b>	<b>1176</b>	<b>1960</b>	<b>1219</b>	<b>1181</b>		

Tabla 17. Total de actividades año y número de profesionales requeridos para la atención de pacientes con enfermedades crónicas y la atención de las actividades de detección temprana y protección específica IPS UNIVERSITARIA

Actividad	No. de Atenciones año	No. de Atenciones mes	Rendimiento de atención ptes por hora	Total de horas requeridas Mes	No. de profesionales requeridos para la atención mes
Consulta de Medicina General	22.869	1.906	2,5	762	4,0
Consulta de Enfermería	17.123	1.427	2	713	3,72
Consulta de Nutrición	19.303	1.609	3,0	536	2,79
Consulta de Psicología	3.202	267	0,8	356	1,85
Consulta de Medicina Interna	5.662	472	2,0	236	1,23
Consulta de Odontología	10.617	885	2,0	442	2,30
Consulta de Higiene Oral	4.564	380	2,0	190	0,99
HLG	5.405	450	NA	NA	NA
Hematocrito	2.557	213	NA	NA	NA
Hemoglobina	234	20	NA	NA	NA
Glicemia	6.032	503	NA	NA	NA
Perfil Lp	10.756	896	NA	NA	NA
HDL	586	49	NA	NA	NA
LDL	586	49	NA	NA	NA
Creatinina	10.756	896	NA	NA	NA
Uroanálisis + sedimento	10.756	896	NA	NA	NA
Microalbumi	6.032	503	NA	NA	NA
Potasio	6.032	503	NA	NA	NA
Hb Glicosilad	2.504	209	NA	NA	NA
Curva Toler	1.078	90	NA	NA	NA
Prueba esfuerzo	3.024	252	NA	NA	NA
EKG	3.024	252	NA	NA	NA
Serología	1.176	98	NA	NA	NA
VIH	1.960	163	NA	NA	NA
Citología	1.219	102	NA	NA	NA
Mamografía	1.181	98	NA	NA	NA

Identificado el total de recurso y de actividades a realizar por el equipo de APS para la población objeto, se presenta a continuación en la Tabla 18 el costo del recurso humano requerido para realizar las actividades estimadas de consulta médica y de otras disciplinas, el costo de las actividades de laboratorio clínico y de ayudas diagnósticas. El dato que corresponde a recurso humano se obtuvo

de la escala salarial para cada perfil de cargo que tiene la IPS UNIVERSITARIA para el año 2014, el cual fue suministrado por el área de talento humano de la institución. El costo que se registra en la tabla para laboratorio clínico y ayudas diagnosticas corresponde al valor de aval que se autoriza a los aliados de IPS, que se encargan de la realización de este tipo de actividades, para el año 2014 ese valor de aval corresponde al valor definido en el manual tarifario ISS 2000 menos el 7%.

Tabla 18. Costo anual de recurso humano, laboratorio clínico y ayudas diagnosticas requerido para la atención de pacientes con enfermedades crónicas y la atención de las actividades de detección temprana y protección específica IPS UNIVERSITARIA

CONCEPTO	RECURSO REQUERIDO	CANTIDAD	COSTO SALARIO MES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	COSTO AÑO
Recurso Humano grupo de atención APS	Consulta de Medicina General	4	6.152.037	N.A	24.608.148	295.297.776
	Consulta de Enfermería	4	4.060.816	N.A	16.243.264	194.919.168
	Consulta de Nutrición	3	3.824.550	N.A	11.473.650	137.683.800
	Consulta de Psicología	2	3.824.550	N.A	7.649.100	91.789.200
	Consulta de Medicina Interna	2	13.640.124	N.A	27.280.248	327.362.976
	Consulta de Odontología	2	6.152.037	N.A	12.304.074	147.648.888
	Consulta de Higiene Oral	1	1.894.804	N.A	1.894.804	22.737.648
Laboratorio Clínico	HLG	5.405	N.A	9.416	50.897.279	50.897.279
	Hematocrito	2.557	N.A	1.218	3.114.426	3.114.426
	Hemoglobina	234	N.A	1.693	396.162	396.162
	Glicemia	6.032	N.A	2.646	15.960.243	15.960.243
	Perfil Lp	10.756	N.A	12.908	138.845.074	138.845.074
	HDL	586	N.A	4.715	2.762.990	2.762.990
	LDL	586	N.A	4.715	2.762.990	2.762.990
	Creatinina	10.756	N.A	2.646	28.459.239	28.459.239
	Uroanálisis + sedimento	10.756	N.A	3.236	34.811.301	34.811.301
	Microalbumi	6.032	N.A	11.690	70.516.787	70.516.787
	Potasio	6.032	N.A	7.156	43.168.391	43.168.391
	Hb Glicosilad	2.504	N.A	11.867	29.718.265	29.718.265
	Curva Toler	1.078	N.A	19.623	21.161.836	21.161.836
	Serología	1.176	N.A	4.092	4.811.169	4.811.169
VIH	1.960	N.A	22.362	43.818.339	43.818.339	
Citología	1.219	N.A	8.500	10.357.250	10.357.250	
Ayudas Diagnosticas	Prueba esfuerzo	3.024	N.A	80.161	242.406.864	242.406.864
	EKG	3.024	N.A	12.076	36.517.824	36.517.824
	Mamografía	1.181	N.A	64.747	76.466.207	76.466.207
TOTAL						2.074.392.093

Dado que el desarrollo de las actividades a ejecutar por el equipo de atención requiere de otros profesionales de apoyo y una infraestructura para facilitar el funcionamiento; en la Tabla 19 se presenta el resto de costos requeridos para el desarrollo de las actividades estimadas. El valor registrado corresponde a los datos suministrados por las áreas de costos, sistemas y compras de la IPS UNIVERSITARIA. Se observa en la tabla que el costo estimado del total recurso humano requerido para el desarrollo de actividades es de 2.187.277.944 pesos equivalente al 60% del total de los costos, el costo por las actividades de laboratorio y ayudas diagnosticas suman 856.952.637 pesos que equivalen al 23% del total de los costos y finalmente el resto de costos suman 615.146.079 que corresponden al 17% del total de los costos.

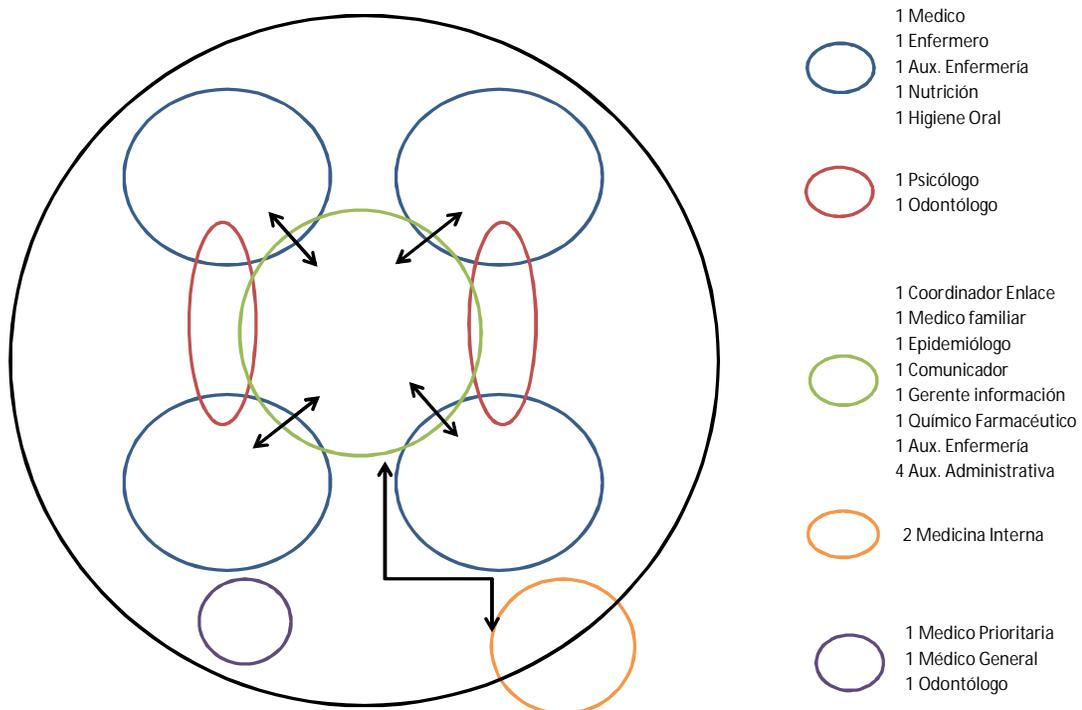
Tabla 19. Costo anual de recurso requerido para la atención de pacientes con enfermedades crónicas y la atención de las actividades de detección temprana y protección específica IPS UNIVERSITARIA

CONCEPTO	RECURSO REQUERIDO	CANTIDAD	COSTO SALARIO MES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	COSTO AÑO	OBSERVACION
Recurso Humano grupo de atención APS						1.217.439.456	
Laboratorio Clínico						501.561.742	
Ayudas Diagnósticas						355.390.895	
Recurso Humano grupo de soporte APS	Medico Salud Familiar	1	9.000.000	N.A	9.000.000	108.000.000	
	Auxiliar de Enfermería	5	2.237.492	N.A	11.187.460	134.249.520	
	Auxiliar Administrativo	4	1.526.703	N.A	6.106.812	73.281.744	
	Coordinador de Enlace	1	6.593.169	N.A	6.593.169	79.118.028	
	Epidemiologo	1	6.593.169	N.A	6.593.169	79.118.028	
	Comunicador	1	3.497.881	N.A	3.497.881	41.974.572	
	Gerente Informacion	1	4.332.825	N.A	4.332.825	51.993.900	
Recurso Humano Apoyo al grupo de atención	Químico Farmaceutico	1	5.543.485	N.A	5.543.485	66.521.820	
	Medico Adicional	1	6.152.037	N.A	6.152.037	73.824.444	
	Medico Prioritaria	1	6.152.037	N.A	6.152.037	73.824.444	
	Nutricionista Adicional	1	3.824.550		3.824.550	45.894.600	
	Odontologia Adicional	1	6.152.037	N.A	6.152.037	73.824.444	
Higiene Oral Adicional	3	1.894.804	N.A	5.684.412	68.212.944		
DOTACION Y ESTRUCTURA	Tablet con datos 1 año	4	N.A	464.000	1.856.000	1.856.000	Costo suministrado por el area de compras, incluye IVA
	Tallímetros portátiles	4	N.A	452.400	1.809.600	1.809.600	Costo suministrado por el area de compras, incluye IVA
	Tensiometros	4	N.A	174.000	696.000	696.000	Costo suministrado por el area de compras, incluye IVA
	Cintas metricas	4	N.A	27.840	111.360	111.360	Costo suministrado por el area de compras, incluye IVA
	Linternas	4	N.A	9.280	37.120	37.120	Costo suministrado por el area de compras, incluye IVA
	Bolsos para guardar equipos	12	N.A	58.000	696.000	696.000	Costo suministrado por el area de compras, incluye IVA
	Fonendoscopios	4	N.A	174.000	696.000	696.000	Costo suministrado por el area de compras, incluye IVA
	Glucometros	4	N.A	92.800	371.200	371.200	Costo suministrado por el area de compras, incluye IVA
	Pesas portátiles	4	N.A	92.800	371.200	371.200	Costo suministrado por el area de compras, incluye IVA
	Computadores para oficina	4	N.A	1.508.000	6.032.000	6.032.000	Costo suministrado por el area de compras, incluye IVA
	Escritorio	4	N.A	498.800	1.995.200	1.995.200	Costo suministrado por el area de compras, incluye IVA
	Silla ergonomica	16	N.A	183.280	2.932.480	2.932.480	Costo suministrado por el area de compras, incluye IVA
	Silla interlocutoras	4	N.A	98.600	394.400	394.400	Costo suministrado por el area de compras, incluye IVA
	Celulares voz y datos	4	N.A	70.000	3.360.000	3.360.000	Costo suministrado por el area de compras
	Lineas telefonicas	4	N.A	54	14.237.520	14.237.520	Costo unitario corresponde al valor minuto Costo total es el valor minuto por el No. Minutos en 4 horas, por 25 días, por 11 meses por el No. Lineas.
	Interface		N.A		42.840.000	42.840.000	El costo corresponde al costo de un desarrollador de software y su oficina por 6 meses.
	Puntos de red 4	4	N.A	770.000	3.080.000	3.080.000	
	Vehiculos para transporte	2			56.320.000	56.320.000	Costo unitario corresponde al valor del transporte por 12 horas diarias por 4 días semanales por 11 meses, por el numero de vehiculos.
	Indirectos por 1 año				-	477.309.999	Corresponde a 15% de los costos fijos. Propuesta realizada por el area de costos IPS UNIVERSITARIA
	<b>TOTAL</b>						<b>3.659.376.660</b>

### 6.3 Características del equipo de atención en salud en la Sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA

La composición de un Equipo de Atención Primaria (EAP) debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por tanto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y contextos sociales. Lo que define un equipo de salud no es el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población, sino la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad (32).

Gráfica 9. Equipo de Atención Primaria IPS UNIVERSITARIA



Fuente: Elaboración del autor. Asesorado por la coordinación de la sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA 2014.

Dado que la reorientación de las actividades de prestación de servicios que aquí se propone involucra como aspecto relevante la organización del equipo de atención primaria acorde al perfil de la población, las actividades estimadas a realizar y el enfoque definido, se establece de manera esquemática en la Gráfica 9 el recurso humano que integra el equipo y que se ubica en el primer nivel de atención definido en la Gráfica 6. La definición de la conformación del equipo corresponde al resultado obtenido en la caracterización y el perfil de la población y las sugerencias definidas, entorno al recurso y capacidad disponible, por parte de la coordinación de la sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA, ello permitió establecer que el equipo de trabajo debe conformarse por personal de salud que desarrolle actividades entorno a la atención del Riesgo Cardiovascular y la atención para usuarios y familias con

diagnóstico de enfermedades crónicas, además de las actividades propias de la detección temprana y la protección específica definidas en la legislación Colombiana. El número de profesionales se establece según la Tabla 18 donde se registran la cantidad de recurso humano necesario para ejecutar el número de actividades estimadas.

Cada uno de los círculos de la Gráfica 9 representa un grupo de profesionales de la misma o diferentes disciplinas cuyas funciones se describen en la Figura 1, en la gráfica se observa que el equipo de atención primaria está conformado por:

- Grupo de soporte: representado en la gráfica por el círculo de color verde y conformado por 1 coordinador enlace (profesional del área de la salud con experiencia administrativa), 1 médico familiar, 1 epidemiólogo, 1 comunicador, 1 gerente información, 1 químico farmacéutico, 1 auxiliar de enfermería y 4 auxiliar administrativa.
- Grupo de atención: representado en la gráfica por los círculos de color azul, rojo, violeta y naranja. Los círculos de color azul representan cuatro grupos cada uno conformado por 1 médico general, 1 enfermera, 1 auxiliar de enfermería, 1 nutricionista y 1 higienista oral. Los círculos de color rojo representan dos grupos cada uno conformado por 1 odontólogo y 1 psicólogo. Los círculos de color violeta representa un grupo conformado por 2 médicos generales y 1 odontólogo. Finalmente el círculo de color naranja representa el grupo conformado por 2 médicos internistas.

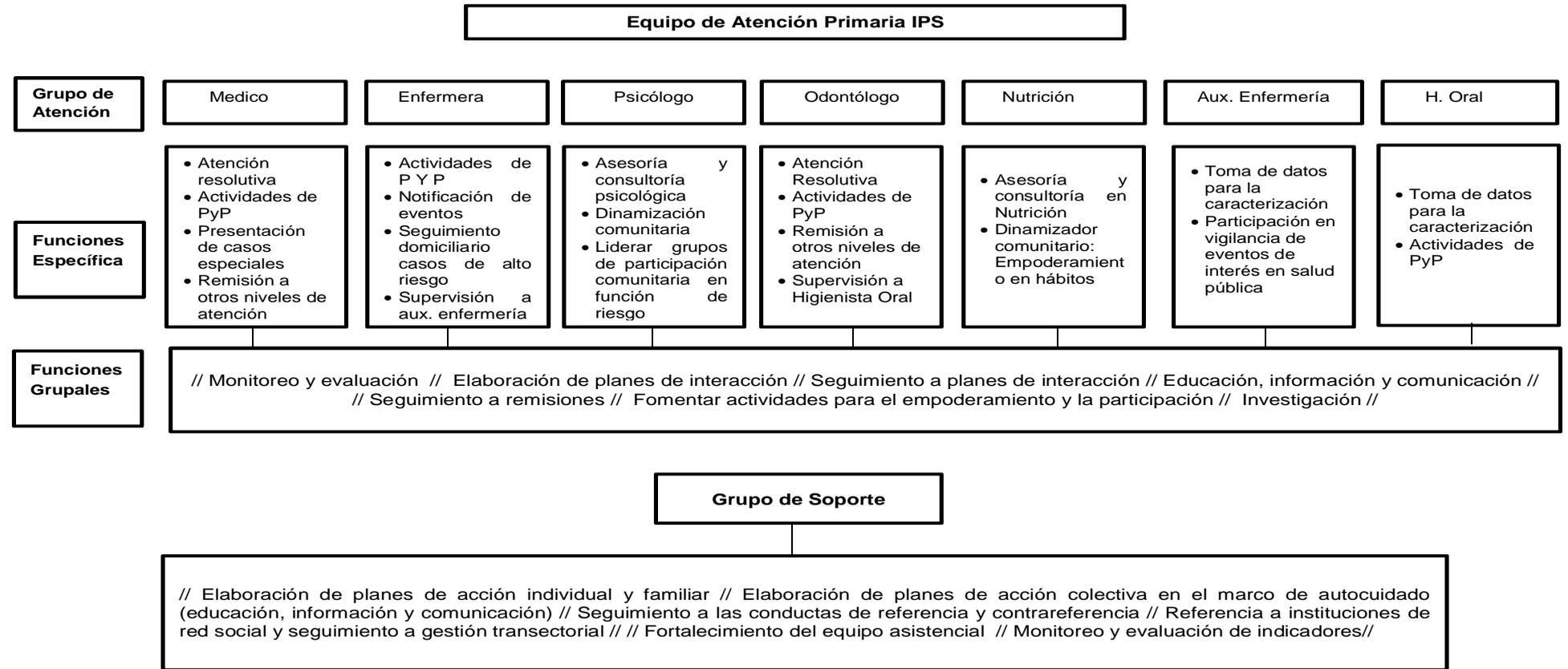
Además en la Gráfica 9 se ha esquematizado en un círculo de color naranja y un círculo de color violeta a los profesionales que darán apoyo y tendrán flujo de información directa con el equipo de atención primaria. El círculo de color naranja representa la especialidad médica (Medicina Interna). El círculo de color violeta representa al médico de atención prioritaria, 1 médico y 1 odontólogo adicional.

A cada médico que conforma los grupos representado en la Gráfica 9 con círculos de color azul se le distribuirá y se asignara grupos familiares que permita cobertura de la población, este médico debe esmerarse, con apoyo de las otras disciplinas, en resolver las necesidades inmediatas de atención en salud . promoción, prevención, curación y rehabilitación. apoyándose en la caracterización de la población donde se identifica y se analiza de manera multidisciplinar la situación de salud, las condiciones del entorno donde habitan, así como otras necesidades sociales. Los integrantes del equipo tienen función y objetivos específicas propias para cada que hacer, también deben cumplir con función y objetivos generales que fortalecen el crecimiento como equipo. En la figura 1 se presentan estas funciones.

Teniendo claro los integrantes del equipo, debe iniciarse un proceso de reentrenamiento del recurso humano que participa en los mismos, el cual involucre generación de capacidades y habilidades que permita asumir con

eficacia las tareas de Atención Primaria. De esta forma, los miembros estarán en la capacidad de materializar los resultados que se quieren obtener impulsados por el enfoque definidos en la Gráfica 7. Se entiende que la estabilidad y el buen clima laboral son requisitos para preservar y cualificar, a través de la experiencia y la educación continua, tales capacidades y habilidades.

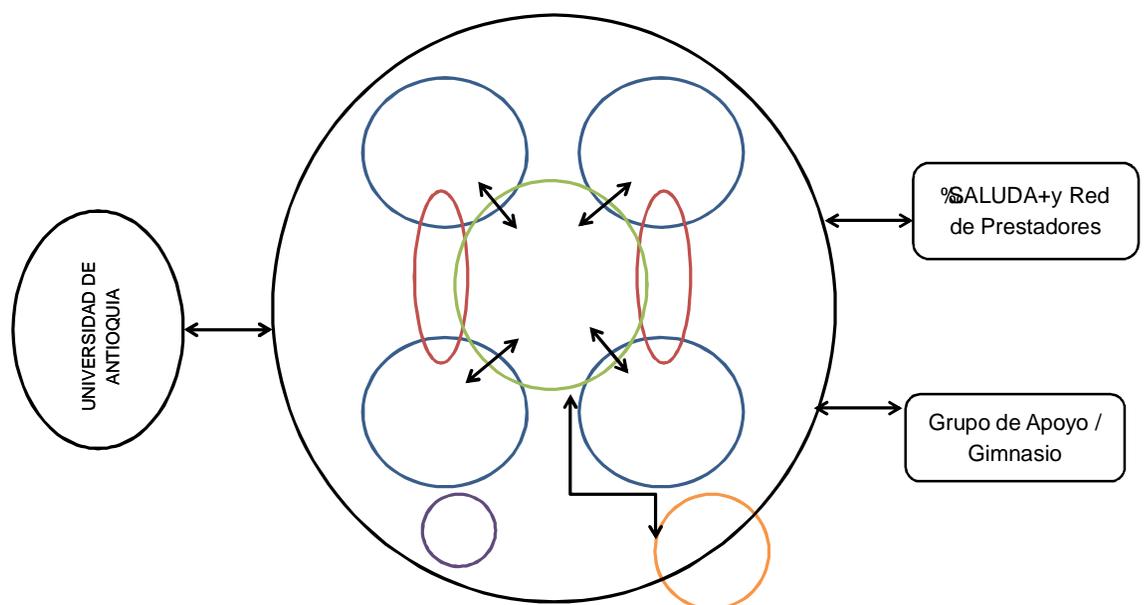
**Figura 1. Equipo de salud y sus funciones IPS UNIVERSITARIA**



Fuente: Elaboración del autor. Asesorado por la coordinación de la sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA 2014.

Finalmente se puede observar en la Gráfica 10 representado por flechas, que el flujo de información es bidireccional entre los diferentes grupos que conforman o apoyan al equipo de atención primaria, resaltando que será el grupo de soporte del equipo de atención que se encarga de analizar la información proveniente del grupo de atención. Además es fundamental mantener y transmitir información constante entre las diferentes instituciones que representan la intersectorialidad, en este caso, garantizar la articulación de las actividades de promoción de la salud que se adelantan desde las diversas facultades de la Universidad de Antioquia y desde los grupos de apoyo organizados en %SALUDA+, la Gráfica 10 esquematiza el flujo de información interinstitucional, el cual se caracteriza por ser bidireccional y se debe encaminarse a garantizar la unificación de esfuerzos en aras del enfoque y los resultados de los programas.

Gráfica 10. Flujo de información entre el equipo de Atención Primaria, y la representación de la Universidad de Antioquia y SALUDA.



Fuente: Elaboración del autor. Asesorado por la coordinación de la sede Prado de la IPS UNIVERSITARIA 2014.

#### 6.4 Propuesta de indicadores para la medición de la implementación de los procesos formulados

Un marco metodológico considerado como referencia para la formulación de indicadores es el descrito por Avedis Donabedian (37), en el cual se explora la Calidad como un concepto multidimensional, medible, que admite diversos grados y que resulta de la interacción variable entre diversos elementos estructurales y de proceso. De ahí el conocido modelo de Estructura . Proceso . Resultados.

En el componente estructural aparecen variables como la accesibilidad (geográfica, física, económica y cultural, entre otras), la suficiencia o disponibilidad de los recursos y su idoneidad o adecuación al uso. En el marco

del proceso se incorporan variables como la oportunidad y puntualidad de los servicios, la pertinencia de las decisiones e intervenciones, sean ellas asistenciales o administrativas, la continuidad, la cobertura de las intervenciones, la eficiencia, la utilización de los recursos por parte de las instituciones, el uso de los servicios por parte de la población, entre otros. El componente de resultados se centrará, para el tema de calidad, en variables como la eficacia, la seguridad y la satisfacción de los usuarios.

Los mejores indicadores para evaluar la calidad de los servicios de salud se situarán en el ámbito de los resultados, y es ahí donde se deberían focalizar los principales esfuerzos de medición de las instituciones. Lo anterior no debe entenderse como una recomendación para abandonar los indicadores de proceso, los cuales pueden aportar información útil para la toma de decisiones que, sin embargo, debe mirarse siempre con cautela pues este tipo de indicadores pueden dar lugar a falsas seguridades (44).

La definición de los indicadores que aquí se proponen, pueden medir el desempeño de los procesos y los resultados obtenidos, se registran en el Cuadro 2, cuyo formato se basa en la propuesta formulada por los consultores en sistemas de calidad en salud López Javier y Vieda Jairo (44).

En el Cuadro 2, se determina en la primera columna las características o atributos de calidad deseables, a partir del producto esperado, por ejemplo: oportunidad, satisfacción, pertinencia. El paso siguiente consiste en describir en la segunda columna, cada uno de los atributos identificados en forma de normas críticas. El concepto de *Norma Crítica* fue descrito por Bruno Bouchet (45) del Proyecto de Garantía de Calidad de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Una Norma Crítica debe entenderse como una descripción cualitativa, lo más explícita posible, de la calidad prevista o esperada, en relación con un atributo específico. En otras palabras, la norma crítica permite delimitar el alcance del atributo o característica deseable para el proceso y que se pretende medir mediante un indicador de gestión. Finalmente el paso siguiente consisten en formular en la columna tres el nombre del indicador que mejor represente o desarrolle la norma crítica en cuestión.

Cuadro 2. Propuesta de indicadores para el seguimiento de las actividades del equipo de APS en la IPS UNIVERSITARIA

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	PERIODICIDAD	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA INDICADOR
Eficacia de las actividades en salud oral	Los pacientes a quienes se les suministro tratamiento odontológico y 12 o 18 meses después logran una evaluación por odontología adecuada de acuerdo a los criterios definidos por la institución	Trimestral	Proporción de pacientes en tratamiento odontológicos y están contralados	Número de pacientes cuyo tratamiento odontológico 18 meses después fue adecuado / Total de pacientes con tratamiento odontológico en el periodo evaluado.
Seguridad	La organización debe garantizar la monitorización y seguimiento de los Eventos Adversos en los pacientes atendidos. Se debe evidenciar mejora de los procesos de atención asociado a la gestión de los eventos adversos.	Trimestral	Índice de eventos adversos prevenibles	Número de casos reportados cuyo análisis por el comité de seguridad de la IPS, determino que el resultado de la prestación de servicios de salud produjo de manera no intencional daño en el paciente / Total de pacientes atendidos en el periodo de medición
Eficacia / Adherencia	Los pacientes con enfermedad crónica con plan de intervención definido deben mantener dentro de límites esperados variables fisiológicas de referencia que representen el estado de la patología.	Mensual	Proporción de pacientes con Enfermedad crónica controlada (Hipertensión, Dislipidemia, Diabetes).	Número de pacientes con diagnóstico de ECNT categorizado por el médico tratante como controlado / Total de pacientes con ECNT en el periodo evaluado.

Detección temprana	Se espera que los pacientes con diagnóstico de primera vez de enfermedades crónicas se detecten en riesgo cardiovascular bajo	Trimestral	Proporción de pacientes con diagnóstico de primera vez de enfermedad crónica (Hipertensión, Dislipidemia, Diabetes). con riesgo cardiovascular bajo	Número de pacientes con diagnóstico de primera vez de ECNT con riesgo cardiovascular bajo / Total de pacientes con diagnóstico de primera vez de ECNT
Eficacia	Los pacientes con enfermedad crónica diagnosticada deben mantenerse controlados sin que presenten evento cardiovascular	Semestral	Proporción de pacientes con enfermedad crónica (Hipertensión, Dislipidemia, Diabetes) que no presentaron evento cardiovascular.	Número de pacientes con ECNT que no presentaron evento cardiovascular / Total de pacientes con ECNT en el periodo evaluado
Adherencia	Los pacientes con enfermedad crónica con plan de intervención definido deben mantenerse o disminuir el nivel del riesgo cardiovascular.	Semestral	Proporción de pacientes con enfermedad crónica (Hipertensión, Dislipidemia, Diabetes) que se mantienen en el mismo riesgo cardiovascular	Número de pacientes con ECNT que se mantienen en el mismo riesgo cardiovascular / Total de pacientes con ECNT con riesgo cardiovascular
Cobertura	A los pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica se les debe definir plan de intervención del grupo de APS	Mensual	Proporción de pacientes con enfermedad crónica a quienes se les estableció plan de intervención por el equipo de APS.	Número de pacientes con ECNT a quienes se les estableció plan de intervención / Total de pacientes con ECNT
Cobertura	La población asignada a la IPS debe asignarse y motivarse para que se adhiera a las actividades de detección temprana y protección específica	Trimestral	Proporción de pacientes activos en los programas de detección temprana y protección específica.	Número de pacientes activos en los programas de detección temprana y protección específica / Total de pacientes asignados a la IPS cuyas edades se incluyan en los programas de detección temprana y protección específica.

Estos indicadores propuestos deben ponerse en consideración por parte del equipo de Atención Primaria, quienes definirán línea de base o meta para cada indicador y desarrollaran una descripción detallada del indicador mediante fichas técnicas (se debe manejar la misma que tiene formulada la IPS UNIVERSITARIA).

Finalmente se debe considerar el cumplimiento de objetivos y metas a corto (12 meses) y largo plazo (60 meses), para enfocar la operación del equipo de Atención Primaria. Dado que es claro que la población objeto principalmente es adulta, las metas y objetivos que a continuación se proponen se enmarcan en el manejo del Riesgo Cardiovascular.

#### **6.4.1 Objetivos para el manejo del Riesgo Cardiovascular del equipo de APS**

1. Capacitar a todos los médicos de la IPS en la detección y cálculo del riesgo absoluto cardiovascular.
2. Calcular el riesgo absoluto cardiovascular de los siguientes 10 años de los usuarios adultos (mayores de 45 años y con factores de riesgo) de la IPS UNIVERSITARIA+.
3. Desarrollar entre los usuarios una pedagogía individualizada alrededor de lo que significa el riesgo cardio-cerebro-renovascular y las maneras de disminuirlo.
4. Disminuir el riesgo absoluto cardiovascular en los paciente de alto riesgo (> 20% / 10 años), mediante una serie de intervenciones que se llevarán a cabo en los siguientes cinco años.
5. Disminuir el riesgo absoluto cardiovascular en los paciente de riesgo moderado/alto (10 a 20 % / 10 años), mediante una serie de intervenciones que se llevarán a cabo en los siguientes cinco años.
6. Mejorar los porcentajes de cumplimiento de las metas terapéuticas entre los usuarios de alto y moderado riesgo cardio-cerebro-renovascular.
7. Sensibilizar a los padres y acudientes de los niños y jóvenes obesos de la EPS en el riesgo cardiovascular y la manera de minimizarlo.
8. Implementar un programa de abandono del cigarrillo.
9. Consolidar el programa de promoción y práctica de la actividad físico-deportiva
10. Consolidar el programa de comida saludable.
11. Consolidar el programa de manejo del stress.
12. Mejorar la adhesión a los diferentes tratamientos farmacéuticos (Consultorio farmacéutico).
13. Aplicar una encuesta anual de calidad de vida entre los usuarios del programa.
14. Establecer un programa educativo multidisciplinario grupal para la detección oportuna e intervención de los diferentes factores de riesgo cardiovascular detectados.

#### **6.4.2 Metas a corto (12 meses) y largo plazo (60 meses) para el manejo del Riesgo Cardiovascular del equipo de APS**

1. Ningún médico de la IPS UNIVERSITARIA que desconozca las pautas básicas de clasificación del riesgo cardiovascular de los pacientes adultos (2 meses)
2. Ningún usuario de la IPS UNIVERSITARIA con riesgo alto o moderado que desconozca su condición de riesgo cardiovascular y no posea la información básica para minimizarlo (6 meses)
3. Ningún paciente fumador de alto y moderado riesgo cardiovascular que no esté incorporado a un programa de abandono del hábito tabáquico (12 meses)
4. Ningún paciente de alto y moderado riesgo cardiovascular fumando (12 meses después de la clasificación)
5. Ningún paciente de alto y moderado riesgo cardiovascular que no haya sido valorado por un especialista en medicina del ejercicio o rehabilitación y que no esté vinculado a un programa de promoción de la actividad física (12 meses después de la clasificación)
6. Ningún paciente de alto y moderado riesgo cardiovascular que no haga al menos tres sesiones de actividad física por semana (12 meses)
7. Ningún paciente de alto y moderado riesgo cardiovascular que no haya sido valorado por una especialista en nutrición y no esté vinculado a un programa de dieta saludable (12 meses)
8. Ningún paciente de alto y moderado riesgo cardiovascular que no lleve una dieta saludable (60 meses)
9. Ningún paciente con obesidad (IMC > 30), sobrepeso (IMC 25-27), preobesidad (IMC 27-30) o síndrome metabólico que no haya perdido al menos cinco kilogramos (5kg) de peso corporal en un periodo de un año/ luego de la evaluación .
10. Ningún paciente de alto y moderado/alto riesgo cardiovascular (esta última categoría incluye pacientes con síndrome metabólico) que no esté tomando algún antiagregante plaquetario (60 meses)
11. Ningún paciente de alto y moderado riesgo cardiovascular con colesterol LDL por encima de los 100 mg/dl. (60 meses)
12. Ningún paciente de alto y moderado riesgo cardiovascular con colesterol HDL por encima de los 130 mg/dl. (60 meses)
13. Ningún paciente hipertenso arterial con Presión Arterial encima de los 140/90 mm Hg. (60 meses)
14. Ningún paciente diabético o con nefropatía con Presión Arterial por encima de los 130/ 85 mmHg. (60 meses)
15. Ningún paciente diabético con Hb glicosilada A1C por encima de 6.5 %. (60 meses)
16. Ningún paciente diabético con retinopatía diabética. (60 meses)
17. Ningún paciente diabético con enfermedad coronaria o equivalentes coronarios. (60 meses)
18. Ninguna familia de niños o adolescentes obesos sin sensibilizar acerca del riesgo CV y la manera de minimizarlo. (24 meses)

## 7 CONCLUSIONES

1. La pirámide poblacional de los usuarios afiliados a SALUDA asignados a la IPS UNIVERSITARIA, corresponde a una población envejecida, el 65% de la población es mayor de 45 años, en la cual se observa mayor distribución de la población entre los 55 a 69 años. La edad es considerada como factor de riesgo cardiovascular no modificable, a mayor edad se incrementa el riesgo; las actividades de promoción de la salud deben orientarse en gran medida a las características de este tipo de población.
2. Las características de morbilidad de la población afiliada a SALUDA que consulto por medicina general en el año 2013, permite identificar como principales causas de consulta las Enfermedades crónicas no transmisibles (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Dislipidemias). Los diagnósticos se identificaron alrededor del 65% de la población que consulto, la cual representa el 57% del total de la población. Por ello el fortalecimiento en la detección temprana y promoción de hábitos en torno al mejoramiento y control del riesgo cardiovascular debe ser fundamental en el trabajo del equipo de APS.
3. El enfoque de los planes de trabajo del equipo de APS en la IPS UNIVERSITARIA para el control y seguimiento de los pacientes tanto en los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pueden establecerse sobre actividades entorno a la Nutrición y el Acondicionamiento físico, las cuales son recomendaciones repetitivas y similares para la atención de pacientes con enfermedades crónicas en las guías de práctica clínica para el manejo de este tipo de patologías en Colombia.
4. La composición del equipo de Atención Primaria en la IPS UNIVERSITARIA debe ajustarse a las características concretas del sistema y la población asignada. Por tanto, en la conformación del equipo se asignan profesionales que se encargaran del proceso de atención con competencias en el control y seguimiento de los pacientes con riesgos y diagnóstico de enfermedades crónicas, y un grupo de profesionales que se encargaran de la definición de las directrices, monitorización de metas y seguimiento a resultados.
5. En la estimación de costos de la propuesta, se debe considerar un incremento, para la primera fase de implementación, de la utilización del recurso, esto asociado a los procesos de caracterización e identificación de necesidades de la población que debe realizar el equipo de APS para la elaboración de los planes de interacción y la definición de metas. La eficiencia se refleja posterior a la implementación de las actividades

definidas por paciente o grupo de pacientes entorno al control del riesgo y de la enfermedad.

6. Dado que los indicadores de resultados tienen mayor capacidad para aportar a la toma de decisiones y a la evaluación de los servicios de salud, el logro de la implementación de la estrategia de APS en el ámbito de la prestación en la IPS UNIVERSITARIA debe medirse entorno a indicadores de control de riesgo y control de las enfermedades crónicas.
7. Desde el contexto de la plataforma estratégica tanto de SALUDA como de la IPS UNIVERSITARIA y específicamente en el aspecto misional de ambas organizaciones, se resalta los aspectos concernientes a la Atención Primaria en Salud, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por ello el análisis y operativización de la presente propuesta tiene cabida en el presupuesto y planeación de SALUDA y la IPS.

## 8 DISCUSIÓN

Las características de morbilidad identificadas en la población que consulto por medicina general y medicina interna, hace parte del contexto y son la base principal para la reorganización del equipo de atención primaria como propuesta de reorientación de la prestación de servicios en la IPS UNIVERSITARIA. Sin embargo deben revisarse las características e incluso el perfil epidemiológico de toda la población, que permita estructurar una propuesta más abarcativa y que no solo incluya al grupo representativo, esto en consonancia con los lineamientos de la APS en torno a la atención centrada en el paciente (32).

La conformación y configuración del equipo de atención primaria que aquí se propone está encaminada a mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención en la IPS UNIVERSITARIA, organizando con los profesionales ya existentes, equipos de atención enfocados al manejo del Riesgo Cardiovascular y la atención de enfermedades crónicas no transmisibles. El objetivo se puede alcanzar con la participación de profesionales que comprendan y practiquen los atributos de la APS. Para ello se necesita formación profesional específica, que vaya más allá de la formación de pregrado (46) aspecto que debe tenerse en cuenta en el proceso de formación institucional de la IPS UNIVERSITARIA.

La consolidación y la organización del equipo de atención primaria son relevantes en el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención (11), el funcionamiento del equipo que aquí se propone se basa en el fortalecimiento de las actividades definidas en el programa de riesgo cardiovascular, sin embargo debe considerarse la concepción que tiene los usuarios, incluso SALUDA y los mismos profesionales de la IPS, respecto a la cultura de uso de los servicios de salud, pues los resultados que aquí se muestran reflejan una baja cobertura de los programas dirigidos a la población con este tipo de riesgos.

En el contexto de la acción interinstitucional, se incluyó la articulación que debe realizar el equipo de atención de la IPS UNIVERSITARIA, con la Universidad de Antioquia y el Programa de Salud SALUDA. Se hace necesario definir una herramienta común que permita organizar y planear las actividades de tipo colectivo e individual en torno a la promoción de la salud que desarrolla cada una de estas instituciones, pues es relevante que se evidencie la acción conjunta y coordinada para lograr mejores resultados (29) (10).

## 9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coordinadores Asistenciales. Modelo de Prestación de Servicios de Salud %PS UNIVERSITARIA.+ %PS UNIVERSITARIA+ Servicio de Salud Universidad de Antioquia; 2013.
2. Ministerio de salud y de la protección social. Ley 100 de 1993. 1993.
3. Ministerio de Educación Nacional. Ley 647 de 2001. 2001.
4. Saluda edición 38 [Internet]. Issuu. [cited 2015 May 19]. Available from: [http://issuu.com/revistasaluda/docs/saluda\\_edici\\_\\_n\\_38](http://issuu.com/revistasaluda/docs/saluda_edici__n_38)
5. Programa de Salud Universidad de Antioquia. PLATAFORMA ESTRATEGICA SALUDA. 2012.
6. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. Informe de auditoría de sistema de gestión. 2015.
7. Instituto Colombiano de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA. Formato de certificado de buenas prácticas para banco de tejidos y médula ósea. 2013 May.
8. Programa de Salud de la Universidad de Antioquia SALUDA. Presentación situación actual SALUDA 2013. 2013.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5261 de 1994. 1994.
10. República de Colombia Gobierno Nacional, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de la Protección Social. Ley 1438 de 2011. 2011.
11. J. Caminal Homar, Grupo del Acuerdo de Bellaterrac, A. Martín Zurrob. Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutoria del sistema de salud y su medición. *Gestión*. 2005;36:456. 61.
12. Organización Mundial de la Salud. ALMA-ATA 1978 Atención Primaria de Salud. 1978.
13. Bernal Ó, Gutiérrez C. La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. Universidad de los Andes; 2012.
14. Macinko J, Montenegro H, Nebot C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;21(2-3):73. 84.
15. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2005.

16. Echeverri O, DeSalazar L. La salud y el desarrollo en un sistema rural de servicios de salud. Educ Med Salud I [Internet]. 1980 [cited 2015 May 19];980. Available from: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/5591.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud. 2001;1:19. 22.
18. Alvaro Franco Giraldo. Modelos de Salud y Atención Primaria en Salud (APS) [Internet]. [cited 2015 May 19]. Available from: <http://www.asmedasantioquia.org/ws/magazines/articulos/27-magazin-no-2/1380-modelos-de-salud-y-atencion-primaria-en-salud-aps>
19. World Health Organization EUROPE. Ljubljana Charter On Reforming Health Care In Europe. 1996.
20. Organización Mundial de la Salud. 51a Asamblea Mundial de la Salud. Promoción de la salud. 1998.
21. Naciones Unidas. Informe de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible. 2002.
22. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Resolución 0425 de 2008. 2008.
23. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Roberto Suarez, Sara Zamora, Giovanni Conte, María Fernanda Olarte. Sistematización de las Experiencias Desarrolladas en el País de Atención Primaria de Salud -APS - y Redes Integradas de Servicios de Salud -RISS- en los Niveles Territoriales. 2012.
24. Ministerio de la Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. 2013.
25. Rubén Darío Gómez Arias. Ley 1438..¿dónde está la clave de su contenido? [Internet]. Seminario virtual caja de herramientas. 2011. Available from: <http://viva.org.co/cajavirtual/svc0246/articulo03.html>
26. Ministerio de la Protección Social, Elsa Patricia Muñoz, Carlos Augusto Hernández, Olga L. Aguilar, Luz Myriam Claros, Luz Nelly Girón, et al. Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano. 2012.
27. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. 2008.
28. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Resolución 2003 de 2014. 2014.

29. Macinko J, Montenegro H, Nebot C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2-3):73. 84.
30. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. 2006.
31. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Manual de acreditación de salud ambulatorio y hospitalaria Colombia. 2011.
32. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. 2008.
33. Tobón Correa O, García Ospina C. Promoción de la Salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud y plan de atención básica: ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa? Rev Hacia Promoc Salud. 2000;5:16.
34. Vélez A. Conceptos básicos del proceso salud enfermedad. Monogr Univ. 1990;(9):173.
35. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Resolución 412 de 2000. 2000.
36. Lola Ruiz Iglesias. Claves para la gestión clínica. Segunda. 2004. 45 - 122 p.
37. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Prensa Médica Mexicana. 1984;
38. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Análisis de Situación de Salud de Poblaciones Diferenciales Relevantes. 2013.
39. HERNÁNDEZ C., Freddie, MENA L., Andrea, RIVERO S., Miguel, SERRANO G., Aldo. Hipertensión arterial: comportamiento de su prevalencia y algunos factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr. 1996;12(2):145. 9.
40. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de práctica clínica Hipertensión arterial primaria (hta). 2013.
41. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Encuesta nacional de salud 2007. 2007.
42. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años. 2014.
43. P. Aschner. Epidemiología de la diabetes en Colombia. Avances en diabetología. Colombia; 2010. p. 95. 100.

44. Javier López Agudelo, Jairo Vieda Quintero. Apuntes Formulación Indicadores de Calidad en Salud. 2012.
45. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Bruno Bouchet. Vigilancia de la calidad de la atención primaria. 2002.
46. Erno Harzheim, Verônica Casado Vicente, Pablo Bonal Pitz. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. 2009.