

Costos de la no calidad: incumplimiento de las guías de práctica clínica en los programas de hipertensión arterial y diabetes mellitus en la ESE BelloSalud. Bello, Antioquia 2016

Costs of non-quality: non-compliance with clinical practice guidelines in the arterial hypertension and diabetes mellitus programs at ESE BelloSalud. Bello, Antioquia 2016

Johanna Andrea Marín Jaramillo

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Auditoría en Salud

Asesor

Elkin Fernando Ramírez Rave

Profesor Facultad Nacional de Salud Pública

Magister Salud Pública

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional De Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Departamento de Ciencias Específicas

Medellín

2017

Agradecimientos

Agradezco principalmente a mi familia por su apoyo incondicional y constante y a mi asesor por su paciencia y dedicación.

Tabla de Contenido

Lista de Tablas	4
Lista de cuadros	6
Lista de Figuras	7
Lista de Anexos	8
Glosario.....	9
Resumen	13
1. Introducción.....	15
2. Antecedentes	17
3. Planteamiento del problema.....	19
4. Justificación.....	21
5. Objetivos	22
5.1. Objetivo General.....	22
5.2. Objetivos Específicos.....	22
6. Marcos	23
6.1. Justificación.....	23
6.2. Marco Politico	23
6.3. Marco Normativo.....	27
6.4. Marco Conceptual.....	30
6.5. Marco Institucional	43
6. Metodología.....	52
7. Resultados.....	56
7.1. Caracterización de la población	56
8. Conclusiones.....	81
9. Recomendaciones	83
Referencias Bibliográficas	85
Anexos	88

Lista de Tablas

Tabla 1. Clasificación según patología y fuente de información.....	56
Tabla 2. Distribución de pacientes por aseguradora.....	57
Tabla 3. Distribución por género.....	58
Tabla 4. Relación edad riesgo por género.....	59
Tabla 5. Pacientes con alteraciones nutricionales.....	60
Tabla 6. Estimación pacientes año 2016 Savia Salud EAPB.....	61
Tabla 7. Estimación pacientes año 2016 DLS Bello.....	62
Tabla 8. Estimación de actividades y costos 2016 para la EAPB Savia Salud.....	63
Tabla 9. Estimación de actividades y costos 2016 para la DLS del municipio de Bello.....	64
Tabla 10. Análisis comparativo usuarios proyectados y atendidos Savia Salud 2016.....	65
Tabla 11. Análisis comparativo usuarios proyectados y atendidos DLS Bello 2016.....	65
Tabla 12. Análisis comparativo de las actividades proyectas y realizadas para el centro de costo recurso humano Savia Salud EAPB 2016.....	66
Tabla 13. Análisis comparativo de las actividades proyectas y realizadas para el centro de costo procedimientos de enfermería Savia Salud EAPB 2016.....	67
Tabla 14. Análisis comparativo de las actividades proyectas y realizadas para el centro de costo laboratorio clínico Savia Salud EAPB 2016.....	68
Tabla 15. Relación exámenes ordenados Savia Salud EAPB.....	68
Tabla 16. Análisis centro de costo medicamentos Savia Salud EAPB 2016.....	72
Tabla 17. Análisis centros de costo urgencias y hospitalización Savia Salud EAPB 2016.....	73

Tabla 18. Análisis cumplimiento guías práctica clínica total SAVIASALUD EAPB 2016.....	
Tabla 19. Análisis costos programa crónicos SAVIASALUD EAPB 2016.....	74
Tabla 20. Análisis comparativo de las actividades proyectas y realizadas para el centro de costo recurso humano DLS 2016.....	74
Tabla 21. Análisis comparativo de las actividades proyectas y realizadas para el centro de costo procedimientos de enfermería DLS 2016.....	75
Tabla 22. Análisis comparativo de las actividades proyectas y realizadas para el centro de costo laboratorio clínico DLS 2016.....	76
Tabla 23. Relación exámenes realizados DLS 2016.....	77
Tabla 24. Análisis centro de costo medicamentos DLS 2016.....	78
Tabla 25. Análisis centros de costo urgencias y hospitalización DLS 2016.....	79
Tabla 26. Análisis cumplimiento guías práctica clínica total DLS 2016.....	80
Tabla 27. Análisis costos programa crónicos DLS 2016.....	80

Lista de cuadros

Cuadro 1: Procedimiento interno atención al usuario promoción de la salud y prevención de la enfermedad.....	47
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Lista de Figuras

Figura 1. Clasificación según patología y fuente de información.....	56
Figura 2. Distribución de pacientes por aseguradora.....	57
Figura 3. Distribución por género.....	58
Figura 4. Relación edad riesgo por género.....	59
Figura 5. Pacientes con alteraciones nutricionales.....	60

Lista de Anexos

Anexo 1: Clasificación del riesgo en pacientes hipertensos.....	88
Anexo 2. Resolución 263 adopción guías BelloSalud.....	89

Glosario

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

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

Empresas administradoras de planes de beneficios. -EAPB- Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud -SOGCS-. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Costo directo: Valor de los bienes y servicios consumidos relacionados, clara y directamente, con la producción de una prestación médica. Se puede distinguir entre los costos directos médicos (recoge aquellas cargas financieras que se asocian directamente a la acción terapéutica como los gastos de hospitalización, los medicamentos, etc.) y los no médicos (provocados por la enfermedad pero que no entrañan el gasto de un consumo médico como los gastos de transporte).

Costo indirecto: Por el contrario, costos indirectos son aquellos que no se relacionan directamente con el objetivo del costo sino que son comunes a varias secciones. Para su reparto entre las secciones que ocasionan el costo es necesario emplear criterios más o menos subjetivos aunque nunca arbitrarios.

Costo social: Se asimila al costo indirecto. Es un enfoque económico del costo indirecto. Se trata de la valorización de las pérdidas de producción debido a la pérdida de días laborales debido a la enfermedad.

Costos de calidad: Costos en que incurre una empresa u organización para evitar la no calidad, es decir, para lograr que todos los trabajadores hagan bien su trabajo todas las veces y determinar si la producción tiene la calidad aceptable y cumple las especificaciones necesarias.

Costos de no calidad: Todos aquellos costos en que se incurre debido a que no se ha conseguido la calidad especificada. La no calidad es consecuencia de los fallas en la producción de servicios y estos pueden dividirse en fallas internos y fallas externos.

Fallas internas: Son todos aquellos errores en la producción de servicios que se producen antes de la venta del producto o la compra del servicio.

Fallas externas: Son todos aquellos errores en la producción de servicios que se produce una vez entregado el producto al cliente o realizado el servicio.

Gestión de la calidad total: Desde el ámbito empresarial se define como el conjunto de planteamientos y métodos que permiten producir, al menor costo posible, productos o servicios que satisfacen las necesidades de los clientes a través del compromiso y empoderamiento de los profesionales que participan del proceso de producción. Este concepto integra la calidad dentro de las actividades de producción y afecta a todos los niveles de producción.

Factores de riesgo cardiovascular: factores asociados a la hipertensión y sus complicaciones como: edad mayor de 35 años, incremento en el peso,

antecedentes familiares (padres) de hipertensión arterial (HTA), y probablemente la ausencia de actividad física y tabaquismo activo.

Lesión Órgano Blanco (LOB): Es la lesión en un órgano a causa de la hipertensión y/o diabetes, todos los órganos sufren alteraciones pero por importancia o gravedad se da prioridad según las principales complicaciones como son: la retinopatía diabética, la nefropatía diabética, la enfermedad macrovascular (enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica), la neuropatía diabética y el pie diabético.

Bases de datos sedes: Bases de datos en Excel diligenciadas por el personal auxiliar de enfermería en el programa de crónicos.

Dinámica: Software institucional utilizado en la ESE BelloSalud como sistema de información clínico, financiero y gerencial.

Informe Crónicos Dinámica: Informe extraído de la historia clínica del programa de crónicos después de haber sido modificada según requerimientos de las guías de práctica clínica y auditorias de las EAPB.

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles.

EKG (Electrocardiograma): Ayuda diagnóstica que se utiliza para observar la actividad eléctrica del corazón.

HLG (Hemoleucograma): Es un cuadro de fórmulas sanguíneas en el que se expresan cantidad, proporción y variaciones de los elementos sanguíneos (cantidad de eritrocitos, hematocrito, hemoglobina e índices eritrocitarios, recuento y fórmula leucocitaria, cantidad de plaquetas).

Eritrosedimentación (VSG): La velocidad de sedimentación globular consiste en medir la velocidad con la que sedimentan (decanan, caen) los glóbulos rojos o eritrocitos de la sangre en un periodo determinado de tiempo, habitualmente una hora.

HDL (Colesterol Alta Densidad): Las lipoproteínas de alta densidad (HDL: High density lipoprotein) son aquellas lipoproteínas que transportan el colesterol desde los tejidos del cuerpo hasta el hígado.

LDL (Colesterol baja densidad): Lipoproteínas de baja densidad, están asociadas a aterosclerosis.

TGL (Triglicéridos): Es un tipo de glicerol que pertenece a la familia de los lípidos. Este glicérido se forma por la esterificación de los tres grupos OH de los gliceroles por diferentes o igual tipo de ácidos grasos

TSH: La tirotrópica o TSH (Thyroid-Stimulating Hormone), denominada también hormona estimulante de la tiroides u hormona tirotrópica es una hormona producida por la hipófisis que regula la producción de hormonas tiroideas.

Savia Salud: Empresa administradora de planes de beneficio del régimen subsidiado.

DLS: Dirección local de salud o secretaria de salud del municipio.

Resumen

La ESE BelloSalud es una institución de salud de primer nivel de complejidad que actualmente pasa por una situación económica difícil, en la cual debe optimizar la utilización de sus recursos sin afectar la calidad en la prestación de los servicios.

Es por ello que con este trabajo se pretende determinar el impacto económico en la ESE BelloSalud, con relación a los costos de la no calidad por incumplimiento de las guías de práctica clínica en los programas de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.

Para el logro de los objetivos del proyecto se realiza un diagnóstico mediante la caracterización de la población objeto, definición de procesos y actividades proyectadas a realizar por cada área, posterior a esto se diseña un instrumento que permite evaluar la adherencia a las guías de práctica clínica, se realiza selección de fuentes de información según criterios de calidad del dato, finalmente se realizará informe cuantitativo de costos de la no calidad y recomendaciones con base en los hallazgos.

Se encuentra que la ESE tiene incumplimiento en los diferentes procesos, evidenciando que se ejecuta menor cantidad de las actividades estimadas, adicional a ello del total de actividades realizadas muchas se realizan de manera repetida. Durante la realización del trabajo también se identificaron falencias que dificultan el análisis de los costos de la no calidad, tales como: falencias en estandarización, diferenciación, supervisión y retroalimentación en los procesos de facturación, diligenciamiento y auditoría de historia clínica, presentación de informes.

Palabras Claves: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Costos de la No calidad, Factores de Riesgo, Complicaciones, Adherencia, Incumplimiento, Guías Práctica Clínica.

Abstract

Costs of non-quality: non-compliance with clinical guidelines of hypertension and diabetes mellitus programs in a Public Social Security Institution – 2016

BelloSalud is a primary-level healthcare institution that currently faces a difficult economic situation and, therefore, it must optimize the use of its resources without affecting the quality of the services provided.

This study aims to determine the economic impact on the BelloSalud healthcare institution, regarding the non-quality costs arising from non-compliance with the clinical guidelines of the Hypertension and Diabetes Mellitus programs.

In order to achieve the objectives of the project, a diagnosis is made by characterizing the target population and defining the processes and activities to be carried out by each area. Subsequently, an instrument is developed to assess adherence to clinical guidelines and information sources are selected according to data quality criteria. Finally, a quantitative report is submitted, which includes the costs of non-quality as well as suggestions based on findings.

It was found that the BelloSalud healthcare institution presents non-compliances in different processes. Performed activities are less than those scheduled; moreover, some activities are carried out repeatedly. During the work, certain standardization, differentiation, supervision and feedback shortcomings were also identified in the processes of billing, processing and auditing of clinical history, and reporting, which make it difficult to analyze the costs of non-quality.

Keywords: Hypertension, Diabetes Mellitus, Costs of Non-quality, Risk Factors, Complications, Adherence, Non-compliance, Clinical Guidelines.

1. Introducción

El termino calidad ha ganado relevancia en diferentes sectores productivos por su relación con el cumplimiento de resultados tanto de eficiencia como de eficacia, situación que se presenta de igual forma en el sector salud, principalmente ante la actual crisis del sistema que obliga tanto instituciones públicas como privadas a cumplir resultados en salud con criterios de calidad mediante la adecuada y racional utilización de los recursos.

Su importancia no solo radica en los costos económicos que puede llegar a ahorrar una institución a través de la calidad, ya que su ausencia está relacionada con la presencia de eventos adversos en la atención que derivan en complicaciones, discapacidad, muerte y/o deterioro en la calidad de vida de los usuarios y sus familias.

Asociado al termino calidad se encuentran los costos de la no calidad, los cuales obedecen a “fallas en la multiplicidad de procesos existentes en una empresa de salud, injustificados y significativamente altos en las empresas en las cuales han sido cuantificados” (1), por lo que se considera que el seguimiento, medición y análisis sistemático de los mismos permite realizar ajustes en diferentes procesos que contribuyen a eliminarlos o disminuirlos.

Sin embargo, en la actualidad, en Colombia no existen muchos estudios relacionados con costos de la no calidad en salud ni muchas instituciones que utilicen esta herramienta de gestión. En general el sistema de salud colombiano no dispone de una información en salud confiable que permita por lo menos caracterizar su población y definir costos de la atención para posteriormente realizar estudios relacionados con costos de la no calidad.

Al igual que el país la ESE Bellosalud no cuenta con un sistema que permita identificar, diferenciar, cuantificar y analizar los costos de la no calidad asociados a la atención en salud.

Por lo cual se pretende determinar el impacto económico generado por el incumplimiento de las guías de práctica clínica, en los programas de HTA y DM.

Se priorizaron dichos programas por su alta demanda tanto en usuarios atendidos como en servicios utilizados, además del impacto en la progresión de la enfermedad y sus complicaciones asociada al cumplimiento de las guías de práctica clínica.

Para el logro de este objetivo se realiza una definición de procesos y actividades a efectuar según las guías de práctica clínica, posteriormente se realiza análisis de lo proyectado con relación a lo efectivamente realizado con el fin identificar puntos críticos y plantear acciones de mejora.

2. Antecedentes

La calidad y los costos asociados a su ausencia, han venido tomando gran relevancia por su impacto en la salud de las personas y en la adecuada utilización de los recursos en salud, como lo menciona Arango Cardona:

Ante la evidencia mundial documentada sobre la relevancia de los costos de inversión en calidad y los producidos por las fallas en la multiplicidad de procesos existentes en una empresa de salud, conocidos como Costos de No Calidad, injustificados y significativamente altos en las empresas en las cuales han sido cuantificados, se ha venido considerando cada vez con mayor importancia, la medición y análisis de estos costos en las organizaciones de salud, con el fin de apoyar la toma de decisiones de mejoramiento y control, en la adopción de estrategias de contención de costos, que logren garantizar la viabilidad financiera y la obtención de excedentes operativos para su desarrollo científico y tecnológico (1).

Sin embargo, en Colombia no se han realizado muchos estudios relacionados con el impacto económico generado por los costos de la no calidad en los programas de HTA y DM, dentro de los estudios encontrados al respecto se resalta el artículo “Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana, en el que se realiza una revisión de cincuenta estudios relacionados con costos de enfermedad crónica en Colombia” (2) dentro de los cuales se incluyen las enfermedades cardiovasculares, de estas, en el estudio se hace igualmente referencia a que “existen pocos estudios que aborden los costos generados por el tratamiento de los pacientes con ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles), que evidencien el impacto económico que sufren las instituciones prestadoras y promotoras de Salud, tanto públicas como privadas” (2).

Otro de los estudios encontrados está relacionado con la carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible desde diferentes enfoques, en este estudio se realiza una revisión de literatura en diferentes bases de datos y se encuentra como resultado que “la carga del cuidado en la ECNT es un constructo multidimensional que incluye la perspectiva epidemiológica, la económica y la social con múltiples interrelaciones entre sí” (3) y se concluye que “en Colombia es necesario abordar el problema desde un punto de vista integral para revisar la carga del cuidado en la ECNT que considere de manera conjunta a los diferentes actores involucrados y afectados por la situación” (3).

A nivel institucional se identificaron en la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez dos estudios de costos en instituciones de salud, uno de ellos relacionado con el uso de hipoglucemiantes no cubiertos en lo que se denominaba POS (Plan Obligatorio en Salud) y otro relacionado con la cuenta de alto costo en una unidad renal.

3. Planteamiento del problema

A nivel mundial el término calidad ha venido tomando gran relevancia, no solo por su impacto en la vida de las personas sino también con especial interés en la disminución de costos en salud pública, buscando una mejor distribución y una optimización en el uso de recursos en salud.

De la mano del término calidad y los costos derivados de su ausencia, se asocia el término costos de la no calidad, que obedece a los costos que son producto de las “fallas en la multiplicidad de procesos existentes en una empresa de salud, injustificados y significativamente altos en las empresas en las cuales han sido cuantificados” (1).

Estos costos de la no calidad se presentan y pueden ser evaluados en cualquier servicio en las diferentes instituciones y sectores, sin embargo, es importante en la priorización de su estudio tener en cuenta los servicios críticos, en los que se presume se utilizan mayor cantidad de recursos.

Es por ello que Colombia ha venido realizando estricto seguimiento a sus cuentas de alto costo, mediante un reporte exigido desde el MSPS a las IPS y EAPB tanto públicas como privadas, a pesar de ello la información no es suficientemente confiable por el subregistro que presentan las diferentes instituciones y porque la medición de los costos en programas como promoción de la salud, prevención de la enfermedad, gestión del riesgo y prevención de complicaciones es muy poca.

Estos costos resultan ser muy significativos para las instituciones de salud por el contexto económico que atraviesa actualmente el sector, enmarcado en la disminución de recursos por parte del estado, los altos costos en medicamentos e insumos y la cultura de no pago por parte de las EAPB; lo cual obliga a las administraciones a aplicar estrategias que permitan sobre llevar esta problemática, encaminadas a incrementar ingresos y disminuir costos.

La ESE BelloSalud tampoco cuenta con diferenciación y cuantificación de los costos de la no calidad asociados a los programas de HTA y DM, lo cual dificulta

la toma de decisiones asertivas al interior de la institución, lo que puede poner en riesgo su viabilidad económica.

Las principales causas de esta problemática están relacionadas con la falta de adherencia a las guías de práctica clínica, la poca frecuencia en las auditorías de historia clínica y facturación, la subutilización de los sistemas de información y el personal de los programas.

Esto a su vez genera consecuencias negativas para la institución tales como la disminución de ingresos y aumento de costos por bajos y no cuantificables niveles de productividad, ineficiencia y poca sensibilización del personal con relación al uso de los recursos, contratación con las aseguradoras poco viable y difícil de costear.

Esta problemática no solo es preocupante por el costo económico, es importante resaltar los costos sociales, las situaciones a las que se ve expuesto tanto el paciente que padece estas enfermedades como sus familiares, representados en años de vida perdidos, discapacidades, cambios en el estilo de vida, consumo crónico de medicamentos, asistencia frecuente a citas de control, gastos en transporte, cuotas moderadoras, medicamentos y fotocopias.

Como lo plantea Sánchez en su artículo el costo también “incluye la evaluación de las consecuencias adversas reales o potenciales que se presentan en los cuidadores. Estas consecuencias corresponden al costo económico y a los costos sobre la salud física y emocional, las restricciones sociales y personales y la inversión de valor en el dar cuidado” (3).

4. Justificación

Actualmente las instituciones de salud se enfrentan a una situación económica crítica del sistema enmarcada en la disminución de recursos por parte del estado, los altos costos en medicamentos e insumos y la cultura de no pago por parte de las EAPB; lo cual obligan a las administraciones a aplicar estrategias no siempre asertivas que permitan sobre llevar esta problemática, encaminadas a incrementar ingresos y disminuir costos.

La ESE BelloSalud no es ajena a dicha problemática, por lo cual la cuantificación de costos de la no calidad está directamente relacionada con una adecuada gestión puesto que el cálculo de los costos permite medir la productividad, la eficiencia en el uso de los recursos y la viabilidad de los diferentes tipos de contratación con las aseguradoras, máxime si se tiene en cuenta que, en los últimos años, “el sector salud ha experimentado un encarecimiento considerable de sus costos de operación” (3).

Se toman los programas de HTA y DM por su relevancia económica y social determinada por la cantidad de usuarios en estos programas, la frecuencia de uso de los diferentes servicios, las posibles complicaciones y desenlaces de la enfermedad cuando no se lleva un adecuado control de la misma. Según perfil de morbilidad por grupo etario se puede observar que hacen parte de las 10 primeras causas de consulta en los diferentes servicios, distribuyéndose así: consultas por hipertensión en el servicio de urgencias (7%), en el servicio de consulta externa (7%) y en salud pública: 69%. Para Diabetes Mellitus fue el 25% solo en salud pública, según informes del área de estadística de la ESE Bellosalud.

Partiendo de la idea que las instituciones de salud pública en general comparten la situación actual de crisis económica en el sector y el interés en las enfermedades priorizadas, existe una pertinencia académica del presente proyecto para ser utilizado como guía para la evaluación de los costos de la no calidad de los mismos programas en instituciones con similares características a las de la ESE BelloSalud.

5. Objetivos

5.1. Objetivo General

Determinar los costos directos derivados del incumplimiento de las guías de práctica clínica, en los programas de Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM) en la ESE BelloSalud en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2016.

5.2. Objetivos Específicos

- Diagnosticar la adherencia a guías de práctica clínica, con relación los programas de HTA y DM para el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2016.
- Cuantificar los costos de la no calidad asociados al incumplimiento de las guías de práctica clínica en los programas de Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM) en la Empresa Social del Estado (ESE) BelloSalud en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2016.
- Recomendar acciones de mejora con base en los costos de la no calidad identificados en la ESE BelloSalud y sus posibles causas.

6. Marcos

6.1. Justificación

Siendo éste un proyecto que pretende dar cuenta de los costos de la no calidad asociados al incumplimiento y poca adherencia de las guías de práctica clínica en los programas de HTA y DM aborda los principales aspectos que configurarán, de acuerdo al trabajo realizado hasta ahora, el contenido de los instrumentos y documentos que se pretenden elaborar como resultados de este trabajo, sin que por supuesto se llegue a las conclusiones de los temas sino sólo a la identificación de las principales doctrinas y problemas que se presentan al respecto.

6.2. Marco Político

El marco político está fundamentado en la ley 1438 de 2011:

- Objeto

La Ley 1438 de 2011 tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

- **Artículo 10°. Uso de los recursos de promoción y prevención**

El Gobierno Nacional será el responsable de la política de salud pública y de garantizar 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, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los recursos que para este fin administren las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud. El Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales establecerán objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad.

- **Contratación por capitación**

Se establecen las siguientes reglas aplicables en la suscripción de contratos de pago por capitación de las Entidades Promotoras de Salud con los prestadores de servicios de salud:

Sólo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad, siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación.

- **Multas por inasistencia en las citas médicas**

En vigencia esta ley queda prohibido el cobro de cualquier tipo de multas a los cotizantes y beneficiarios de los regímenes contributivo y subsidiado, así como la población vinculada, en lo establecido para citas médicas programadas, para lo cual el Ministerio de la Protección Social diseñará un mecanismo idóneo para su respectivo cumplimiento, esto es ser sancionado pedagógicamente, mediante método de recursos capacitación que deberán ser diseñados por las Entidades Promotoras de Salud para tal fin.

- **Eficiencia y transparencia en contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado**

Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública. Para lo anterior la Junta Directiva deberá adoptar un estatuto de contratación de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.

- **Referentes basados en evidencia científica**

Son los estándares, guías, normas técnicas, conjuntos de acciones o protocolos que se adopten para una o más fases de la atención como promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, para la atención de una situación específica de la salud, basados en evidencia científica. Incluyen principalmente las evaluaciones de tecnologías en salud y las guías de atención integral que presentan el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos o dispositivos que procuran que la atención sea de calidad, segura y costo-efectiva.

- **De los protocolos de atención**

La autoridad competente desarrollará como referentes basados en evidencia científica protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios. Para su elaboración se consultará a los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud.

- **De las guías de atención**

La autoridad competente desarrollará como referentes basados en evidencia científica guías de atención sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios. Las guías médicas serán desarrolladas por la autoridad competente en coordinación con los profesionales

de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud.

- **De la política de Talento Humano**

El Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, definirá la política de Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **De la formación continua del Talento Humano en Salud**

El Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud, dando prioridad a la implementación de un programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva. Dicho programa contendrá módulos específicos para profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos y ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios.

- **Contratación del personal misional permanente**

El personal misional permanente de las Instituciones públicas Prestadoras de Salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes.

Parágrafo transitorio. Esta disposición entrará en vigencia a partir del primero (1°) de julio de dos mil trece (2013) (4).

6.3. Marco Normativo

En el marco normativo se tienen en cuenta las leyes, decretos y resoluciones relacionadas con la creación y modificación del sistema general de seguridad social en salud, manual tarifario SOAT, SOGC (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad), sistemas de información y guías de práctica clínica:

- **Ley 100 de 1993**

Por medio de la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia, dentro de sus principios en el artículo 2 hace referencia a la eficiencia como la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (5).

- **Decreto 2423 de 1996**

“Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario y se dictan otras disposiciones” (6).

- **Decreto 1011 de 2006**

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud con sus características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Además de sus componentes: El sistema único de habilitación, la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, el sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad. (7)

- **Ley 1122 de 2007**

La cual tiene como objeto realizar ajustes al sistema general de seguridad social en salud, en su Artículo 19 tiene en cuenta los pacientes de alto costo: Para la atención de enfermedades de alto costo las entidades promotoras de salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho

riesgo, de conformidad con la reglamentación que sobre la materia expida el Gobierno Nacional (8).

- **Ley 1438 De 2011**

Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones como:

Artículo 11. Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención. Las acciones de salud pública y promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada.

Las Entidades Promotoras de Salud garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, del Plan de Beneficios con las redes definidas para una población y espacio determinados.

Artículo 57. Trámite de glosa por medio del cual se definen los tiempos, formatos y causales para cada una de las acciones relacionadas, además se establece que el Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago (4).

- **Resolución 0256 de 2016** (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Tiene por objeto dictar disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema (9).

- **Guías Práctica Clínica Ministerio de Salud y Protección Social**

En hipertensión arterial como primera instancia se tiene en cuenta la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social de 2013, la cual contiene un total de 26 recomendaciones basadas en la evidencia relacionadas con la prevención según factores de riesgo, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes dentro del programa (10).

Con relación a Diabetes Mellitus (DM) la guía del ministerio de salud y protección social, que es la primera opción, según información oficial del mismo ente, fue publicada a finales del año 2016 y por ende no se alcanzó a socializar en la institución, por lo cual no se tendrá en cuenta dentro del estudio.

Es por ello que cada año los profesionales se basan en las guías publicadas por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y al igual que en hipertensión en la resolución 4003 de 2008, la guía práctica anexa a la resolución 0412 de 2000 (11) y procedimiento interno de atención al usuario en el servicio de promoción y prevención ya mencionados.

- **Resolución 4003 de 2008**

Aunque la guía del ministerio abarca muchos aspectos relevantes en el manejo de los pacientes con patología hipertensiva, no es precisa con relación a los rangos de valoración entre los diferentes profesionales que hacen parte de los programas ni tampoco con relación a la frecuencia de las ayudas diagnósticas utilizadas tanto para el ingreso como la valoración posterior del riesgo de estos usuarios y a pesar de sugerir la aplicación de la estratificación del riesgo de Framingham en HTA, no incluye la tabla de clasificación, por lo cual para estos parámetros se toma como referencia la resolución 4003 de 2008 de la siguiente forma:

La frecuencia de consulta por cada uno de los profesionales que hacen parte del programa y de las ayudas diagnósticas se hace con base en la clasificación del riesgo (Ver anexo 1), por lo cual es importante conocer los criterios de clasificación y los riesgos que se tienen en cuenta para la misma (12).

6.4. Marco Conceptual

Se tiene en cuenta los conceptos de hipertensión arterial, diabetes mellitus, conceptos de calidad y no calidad y fallas externas:

- Hipertensión Arterial

Según la OMS:

La hipertensión es un problema de salud pública mundial. Contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal, y a la mortalidad y discapacidad prematuras. Afecta desproporcionadamente a las poblaciones de países de ingresos bajos y medianos, en los que los sistemas de salud son débiles.

Hace referencia la importancia que tienen los programas integrados con enfoque de atención primaria, son asequibles y sostenibles, y permiten a los países combatir la hipertensión.

También señalan que la prevención y el control de la hipertensión son complejos y demandan la colaboración de múltiples interesados, como los gobiernos, la sociedad civil, las instituciones académicas y la industria de alimentos y bebidas. Dados los enormes beneficios de salud pública que se derivan del control de la tensión arterial, este es el momento adecuado para la acción concertada (13).

- Diabetes Mellitus

Según definición de la American Diabetes Association, "La diabetes mellitus (DM) es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, resultante de la alteración de la secreción de insulina, la acción de la insulina, o ambas. La hiperglucemia crónica de la DM se asocia con el daño a largo plazo, la disfunción y la falla orgánica, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos" (14).

- **Teorías entorno a los costos de la calidad y la no calidad en salud**

El concepto y la medición de calidad se ha abordado desde diferentes enfoques, uno de ellos lo plantea Donabedian quien define la calidad en servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos. Esta definición tiene una perspectiva técnica, y en ella los objetivos deseables se refieren a un apropiado estado de salud, y relega a un plano inferior la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio que se les presta. El segundo enfoque sostiene que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina, en forma definitiva, su nivel de calidad. Esta definición es consecuente con la reportada en la literatura sobre calidad del servicio y vincula una visión personal y subjetiva de ella (15).

Tan importante o más que conocer los costos de la inversión en la calidad, es poder cuantificar en forma confiable, oportuna y sistemática, los gastos en que incurre la empresa por las fallas, repeticiones y errores en los procesos (Costos de No Calidad).

- **Fallas externas**

Fallas o errores de los procesos, que no son detectados en la empresa, sino que llevan a reclamaciones o glosas por los clientes, situación que puede ser incluso más alarmante, porque afecta seriamente la contratación próxima, el regreso del paciente a la empresa o la imagen corporativa, lo cual representa costos altos significativos, más representativos para el buen funcionamiento y la rentabilidad de la organización.

Los siguientes son algunos ejemplos:

- Glosas de facturas y cuentas por errores en los códigos, nombres, tipo de eventos cobrados o falta de los soportes establecidos por ejemplo.
- Quejas por problemas en la atención de pacientes, presentada por la EPS.
- Reclamación de pacientes por mala atención.
- Requerimientos de la Superintendencia Nacional de Salud por fallas en la atención de salud.

- Cancelación de procedimientos o cirugías.
- Días de hospitalización producidos por infección nosocomial.
- Exámenes de laboratorio repetidos o no utilizados para la atención del paciente, no entregados debidamente antes del egreso hospitalario del paciente (1).

6.5. Marco Epidemiológico

Para la elaboración del marco epidemiológico se tiene en cuenta la incidencia, prevalencia, comportamiento con relación a morbilidad y mortalidad de las enfermedades estudiadas en el contexto mundial, nacional, local e institucional:

- **Mortalidad asociada a Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.**

Las enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión Arterial (HTA) y DM (Diabetes Mellitus) son un problema a nivel mundial, según datos oficiales de la OMS, para el año 2012 las enfermedades no transmisibles causaron más de 68% de las muertes en el mundo, presentando además un aumento con relación a lo registrado en el año 2000 (60%). Siendo las enfermedades cardiovasculares las acusantes de casi 17,5 millones de muertes en 2012; es decir, 3 de cada 10. De estas, 7,4 millones se atribuyeron a la cardiopatía isquémica, y 6,7 millones, a los accidentes cerebrovasculares (13).

- **Mortalidad asociada a Hipertensión y Diabetes Mellitus en Colombia**

Situación que no es ajena a Colombia, según el ASIS presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2015:

En Colombia las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en hombres y en mujeres entre 2005 y 2013, las enfermedades isquémicas del corazón produjeron el 48,94% (259.005) de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio, pasando de 78,89 a 75,77 muertes por cada 100.000 habitantes, para una reducción del 4%, traducida en 3,12 muertes menos por cada 100.000 habitantes.

Las enfermedades cerebrovasculares provocaron el 23,69% (125.345) de las muertes, con tasas ajustadas por edad tendientes al descenso de 41,05 a 32,88 muertes por cada 100.000 habitantes, lo cual implicó una reducción del 20% en términos relativos y de 8,17 muertes por cada 100.000 personas en términos absolutos.

Por su parte, las enfermedades hipertensivas causaron el 10,29% (54.471) de las muertes en este grupo y su comportamiento fue incremental, pasando de 15,48 a 16,51 muertes por cada 100.000 personas durante el periodo, lo cual equivale a tasas ajustadas por edad un 7% más altas y a 1,03 muertes adicionales por cada 100.000 habitantes (16).

- **Morbilidad asociada a Hipertensión y Diabetes Mellitus Colombia**

Según ASIS Colombia 2015 a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2009 y diciembre de 2014 se atendieron en Colombia 39.877.245 personas y se prestaron 485.691.520 atenciones, es decir una persona recibió alrededor de 12 atenciones.

El 65,45% (317.869.181) de las atenciones se prestó por enfermedades no transmisibles para una razón de 10 atenciones por persona, seguidas de las condiciones transmisibles y nutricionales a las que se atribuyó el 14,73% (71.547.998) de las atenciones para una razón de cuatro atenciones por persona.

La proporción de personas que recibieron atenciones es un 60% mayor en las mujeres que en los hombres, con un 61,50% (298.446.980) y un 38,50% (186.825.380), respectivamente. En mujeres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 67,14% (200.382.894) del total de las atenciones prestadas en este sexo.

En hombres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 62,78% (117.280.095) del total de las atenciones prestadas en este sexo (16).

- **Morbilidad por rangos de edad**

“Por rangos de edad en la adultez (27 a 59 años) y mayores de 60 años, igualmente las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 68,68% (47.622.022) de la demanda,

para 5.848.689 personas y 81,67% (30.360.317) de la demanda, para 1.987.549 personas, respetivamente” (16).

- **Alto Costo**

Con relación a los eventos de alto costo Eventos de alto costo el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) define las enfermedades ruinosas y catastróficas y los eventos de interés en salud pública directamente relacionados con el alto costo, puntualizando sobre la enfermedad renal crónica (ERC) en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal, el cáncer de cérvix, el cáncer de mama, el cáncer de estómago, el cáncer de colon y recto, el cáncer de próstata, la leucemia linfocítica aguda, la leucemia mielocítica aguda, el linfoma de Hodgkin y no Hodgkin, la epilepsia, la artritis reumatoide y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) (16).

- **Enfermedad Renal Crónica**

La ERC es un problema de salud pública que afecta a uno de cada diez adultos en el mundo. De acuerdo con el Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2010, la enfermedad pasó al puesto 18 como causa de muerte más frecuente después de haber estado en el puesto 27 en 1990; así mismo, se reportó como la tercera causa que mayor cantidad de años de vida perdidos genera por muerte prematura.

En Estados Unidos los casos nuevos de ERC se duplicaron en los mayores de 65 años entre 2000 y 2008. La prevalencia de personas de más de 60 años con ERC pasó de 18,8% en 2003 a 24,5% en 2006, pero se mantuvo por debajo del 0,5% en aquellos de 20 a 39 años”. “En la actualidad hay evidencia convincente de que la ERC puede ser detectada mediante pruebas de laboratorio simples, y que el tratamiento puede prevenir o retrasar las complicaciones de la función renal disminuida, retrasar la progresión de la enfermedad renal, y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, para 2014 en Colombia había 3.055.568 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social captadas con insuficiencia renal crónica, de estas, el 40% (1.226.473) se encontraban clasificadas en algún estadio K/DOQI (1 a 5) y el restante 60% (1.829.095) no habían sido estudiadas. De las personas estudiadas, el 65,43% (802.454) estaban clasificadas en estadio 2 o menor.

Para 2013, la proporción de mujeres afiliadas al Sistema General de Seguridad Social captadas en estadios 3 y 4 fue mayor que la proporción de hombres, mientras que en estadios 1, 2 y 5 la situación se invirtió.

Para el mismo año, la distribución poblacional de la ERC en los afiliados al Sistema General de Seguridad Social captados por edad varió según estadio, siendo especialmente llamativa la concentración de población adulta mayor en los estadios 3 y 4. De las 23.995 personas con ERC estadio 5, el 45,72% (10.970) contaba entre 55 y 75 años, siendo 4,92 puntos porcentuales más frecuente en hombres que en mujeres.

Entre 2008 y 2014 la prevalencia en servicios de salud de ERC en estadio 5 tendió al incremento independientemente del régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y la brecha se ha mantenido entre un 12% y un 24%, mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado. Para 2013, por cada 100.000 afiliados, 65,88 se encontraban diagnosticados con ERC 5.

Los principales precursores de la ERC son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo II, aunque se suman otros factores como los síndromes cardiovasculares, la obesidad, la apnea del sueño y la hipoxemia nocturna, entre otros. A continuación se describe la situación de las dos primeras enfermedades (16).

- **Hipertensión Arterial Colombia**

La hipertensión arterial contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal y a la mortalidad y discapacidad prematuras. En el mundo, las enfermedades cardiovasculares causan cerca de 17 millones de muertes anuales y entre ellas las complicaciones de la hipertensión general el 9,4 millones de muertes.

Para el 2008 según la Organización Mundial de la Salud, en Colombia la prevalencia de tensión arterial alta (tensión arterial sistólica \geq 140 o tensión arterial diastólica \geq 90) en adultos mayores de 25 años fue de 34,3% en hombres y de 26,5% en mujeres, muy similar a la estadística del grupo de países de ingresos medianos altos, donde la prevalencia fue de 35,3% para hombres y de 28,3% para mujeres.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud de 2007 el 22,82% de la población encuestada en Colombia presentó cifras de presión arterial elevadas.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia había un total 2.827.129 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud captadas con hipertensión arterial por los servicios de salud, para una prevalencia calculada en servicios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado de 6,4 personas por cada 100 afiliado.

La tendencia se mostró al incremento durante el quinquenio 2009-2013, con prevalencias en servicios de salud más alta en las mujeres que en los hombres; la brecha entre sexos alcanzó la mayor diferencia relativa en el 2013, cuando el 62,42% de los casos se presentó en las mujeres, alcanzando una prevalencia en servicios de salud un 75% mayor que en los hombres.

Se estima que para 2013 el 19,3% de la población afiliada mayor de 45 años tenía hipertensión arterial. El 1,09% (26.240) de las personas diagnosticadas con esta enfermedad eran menores de 30 años, el 7,32% (176.810) estaban entre los 30 y 45 años y el restante 91,59% (2.211.304) eran mayores de 45 años. Según la Encuesta de Demografía y Salud, el 44,9% de los adultos mayores, alguna vez fueron diagnosticados con hipertensión arterial.

Para 2013 los porcentajes más altos de casos de hipertensión arterial se presentaron en el Distrito Capital, con un 19,39% (468.246); en el departamento de Antioquia, con un 17,84% (430.732); y en el Valle del Cauca, con un 13,12% (316.724). Las prevalencias en servicios de salud más altas tanto en mujeres como en hombres se presentaron en Risaralda, Valle del Cauca y Antioquia (0,09 y 0,06, respectivamente, en todos los departamentos), aunque no hay evidencia estadísticamente significativa que indique que la prevalencia en servicios de salud es diferente a la nacional en ningún departamento; el nivel de confianza es del 95% (16).

- **Diabetes Mellitus Colombia**

En el mundo se estima que 347 millones de personas tenían diabetes para 2013 y se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas por esta causa.

Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030

Según la Organización Mundial de la Salud para 2008, en Colombia la prevalencia de hiperglucemia en ayunas (126 mg/dl o está tomando medicamentos para tratar la hiperglucemia) en adultos de 25 o más años fue de 6,7% en hombres y de 6,1% en mujeres.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud del 2007 en Colombia la prevalencia de diabetes referida por entrevista fue de 3,51%.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, para 2013, había 634.098 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud captadas con diabetes mellitus por los servicios de salud, alcanzando una prevalencia en servicios de salud de 1,44, que siguió una tendencia al incremento durante el quinquenio 2009 a 2013, siendo siempre más alta en las mujeres que en los hombres, aunque la brecha entre sexos se nota especialmente marcada para el último año, cuando el 58,24% de los casos se presentaron en las mujeres, alcanzando una prevalencia en servicios de salud el doble de alta que en los hombres.

Se estima que para 2013 el 5,1% de la población afiliada mayor de 45 años tenía diabetes mellitus. El 1,41% (8.936) de las personas diagnosticadas con esta enfermedad eran menores de 30 años, el 6,39% (40.499) tenía entre 30 y 45 años y el restante 92,20% (584.662) eran mayores de 45 años. Según la Encuesta de Demografía y Salud, el 11,2% de los adultos mayores, alguna vez fueron diagnosticados con diabetes.

Para 2013 los porcentajes más altos de casos de diabetes se presentaron en el Distrito Capital, con un 20,20% (128.067); en Antioquia, con un 18,11% (114.848) y en el Valle del Cauca, con un 14,57% (92.406). Las prevalencias en servicios de salud más altas tanto en mujeres como en hombres se presentaron en Quindío (0,03 y 0,02 respectivamente), Risaralda, Valle del Cauca, Antioquia y Bogotá, D. C. (0,02 para cada sexo), aunque no hay evidencia estadísticamente significativa que indique que la prevalencia en servicios de salud es diferente a la nacional en ningún departamento, con un nivel de confianza del 95% (16).

- **Relación Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus**

Se hace importante establecer una relación entre dichas enfermedades, puesto que es frecuente que se presenten de manera simultánea y su comorbilidad aumenta los riesgos de desarrollar complicaciones.

“La hipertensión arterial es una comorbilidad extremadamente frecuente en los diabéticos, afectando el 20-60% de la población con diabetes mellitus. La prevalencia de hipertensión en la población diabética es 1,5-3 veces superior que en no diabéticos” (13).

- **Análisis de la situación de salud en el municipio de Bello con relación con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus**

El análisis de la situación de salud del municipio de Bello se extrae del ASIS del municipio, el cual es proporcionado por el epidemiólogo de esta institución*.

- **Mortalidad relacionada con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en el municipio de Bello**

Para los hombres, las enfermedades del sistema circulatorio también son la primera causa de mortalidad, con una tendencia de disminución progresiva desde el año 2007 pero con un pico importante en el 2012 y en el 2014 a expensas de la enfermedad isquémica del corazón a lo cual no hay explicación desde lo local y aunque las causas externas siguen siendo la cuarta causa para los hombres, cuando se analiza por sexo, si tiene una tasa mucho más elevada que la gráfica general y aunque presenta un descenso desde el año 2009 se nota una estabilidad en los dos últimos periodos.

* Análisis de la situación de salud. Secretaria de Salud Municipio de Bello. 2015.

En las mujeres, la mortalidad por neoplasias por primera vez en todos los periodos analizados son la primera causa desplazando a las enfermedades del sistema circulatorio que aunque se encuentran en descenso, en el periodo 2014 tuvieron un leve incremento.

En los hombres se observó que las muertes por causas externas son las que más vienen disminuyendo su aporte a los años de vida potencialmente perdidos pero siguen siendo la primera causa como también se observó en las tasas de mortalidad, seguido de las enfermedades del Sistema Circulatorio.

En las mujeres se identifican como las causas de mayor AVPP las neoplasias, con un porcentaje constante en el tiempo, seguido de las demás causas de mortalidad y las enfermedades del Sistema Circulatorio. La mortalidad por enfermedades del Sistema Circulatorio muestra un leve descenso a partir del año 2010 manteniéndose constante para el año 2014.

- **Enfermedades del sistema circulatorio**

En hombres, la principal causa de mortalidad y con un incremento de 80 a 98 casos por cien mil habitantes, y con una tendencia a la disminución, es la enfermedad isquémica del corazón, no hay explicación para el aumento de esta patología en el 2012 La segunda causa y con una tasa casi tres veces menor es la enfermedad cerebro vascular. La tercera causa es el precursor: la enfermedad hipertensiva.

Para el caso de las mujeres, la principal causa de mortalidad también es la enfermedad isquémica del corazón, con una tendencia no muy marcada pero tendiente a la disminución. Seguida de esta se encuentra las enfermedades cerebrovasculares, con tendencia de disminución entre el 2010 y 2013 y con un leve incremento en el 2014, las enfermedades Hipertensivas representan la tercera causa de mortalidad para las mujeres según las tasas ajustadas y presenta una tendencia casi plana o en leve aumento (18).

- **Morbilidad relacionada con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en el municipio de Bello**

En el grupo de los adultos se repite el escenario en los tres primeros lugares pero se destaca que las condiciones transmisibles se mantienen estables desde el año 2011 con un 15% y que las enfermedades mal clasificadas nuevamente tienen el mayor descenso con un 0,86%.

A medida que van aumentando las edades en el ciclo vital se incrementa la proporción de ocurrencia de las enfermedades no transmisibles en la población llegando al 68,5% en el grupo de edad de mayores de 60 años, persona mayor, e igualmente es el grupo de enfermedades que tienen el mayor incremento con un 1,53%. Además se encontró que las enfermedades transmisibles y las mal clasificadas se encuentran en una estabilidad del 9% y el 15% respectivamente.

En la adultez las enfermedades no transmisibles continúan siendo la mayor causa de consulta con un 59%, mientras que las condiciones mal clasificadas sobrepasan a las transmisibles con un 19% y un 16% respectivamente siendo estas dos las únicas que presentan una disminución para este grupo de edad.

Para el grupo de las personas mayores se observó que poseen en mayor número de morbilidad atendida con un 69% manteniéndose en un incremento constante en los últimos 3 años. En segundo lugar se ubican las condiciones mal clasificadas siendo estas en el único grupo poblacional donde presenta incremento de casos con relación al año 2014. Mientras que las transmisibles en tercer lugar y las lesiones se encuentran con menos del 10% aunque estas últimas presentaron el mayor cambio porcentual negativo, 1,04%.

En la adultez las enfermedades no transmisibles continúan siendo la mayor causa de consulta con un 58%, mientras que las condiciones mal clasificadas sobrepasan a las transmisibles con un 18% y un 15% respectivamente siendo las mal clasificadas las que presentan la mayor disminución para este grupo de edad, 0,85%.

Para el grupo de las personas mayores se observó que poseen en mayor número de morbilidad atendida con un 68% manteniéndose en un incremento constante en los últimos 3 años. En segundo lugar se ubican las condiciones mal clasificadas, 15%. Mientras que las transmisibles en tercer lugar y las lesiones se encuentran con menos del 10% aunque estas últimas presentaron el mayor cambio porcentual negativo, 1,13%.

En el análisis de morbilidad específica de las enfermedades no transmisibles, en la adultez, se observa que la mayor proporción de los casos se encuentran en las enfermedades musculoesqueléticas con un porcentaje sostenido en todos los periodos de aproximadamente un 18%, seguido de las condiciones orales, las enfermedades Genitourinarias y las enfermedades cardiovasculares.

En el análisis de morbilidad específica de las enfermedades no transmisibles, en las personas mayores de 60 años, se observa que la mayor proporción de los

casos se encuentran en las enfermedades cardiovasculares con un porcentaje de 28.52%, para el año 2015, seguido de las enfermedades musculoesqueléticas, y las enfermedades de los órganos de los sentidos.

- **Morbilidad de eventos de alto costo**

Para la enfermedad renal crónica en fase cinco los casos son menores aun teniendo IPS con unidades renales, las diferencias entre el departamento y el municipio para los últimos años son menores de 1. Para los eventos de notificación relacionados con eventos de alto costo, las leucemias agudas pediátricas no se presentan diferencias significativas con el departamento aunque para el municipio sean levemente más altas. Solo se presentaron diferencias significativas para la tasa de incidencia siendo esta favorable al municipio.

- **Comportamiento diez primeras causas de consulta en la ESE BelloSalud con relación con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus**

El comportamiento de morbilidad en la institución se extrae de los informes presentados mes a mes por el área de estadística de la institución*.

Según informes presentados por el área de estadística la relación de las diez primeras causas de consulta para el 2015 se comportó de la siguiente forma:

Enero: La hipertensión arterial estuvo dentro de las 10 primeras causas en hospitalización, urgencias, consulta externa y salud pública, diabetes mellitus solo en las de salud pública.

Abril: La hipertensión arterial estuvo dentro de las 10 primeras causas en urgencias, consulta externa y salud pública, diabetes mellitus en la de salud pública y urgencias.

Mayo: La hipertensión arterial estuvo dentro de las 10 primeras causas en hospitalización, urgencias, consulta externa y salud pública, diabetes mellitus en hospitalización y salud pública.

* Perfil epidemiológico: Diez (10) primeras causas de consulta. ESE BelloSalud. 2016.

Junio: La hipertensión arterial estuvo dentro de las 10 primeras causas en hospitalización, urgencias, consulta externa y salud pública, diabetes mellitus en urgencias y salud pública.

Julio: La hipertensión arterial estuvo dentro de las 10 primeras causas en urgencias, consulta externa y salud pública, diabetes mellitus en la de salud pública y urgencias

Agosto: La hipertensión arterial estuvo dentro de las 10 primeras causas en, urgencias, consulta externa y salud pública, diabetes mellitus en hospitalización y salud pública

Septiembre: La hipertensión arterial estuvo dentro de las 10 primeras causas en, hospitalización, urgencias, consulta externa y salud pública, diabetes mellitus en hospitalización y salud pública

Octubre: La hipertensión arterial estuvo dentro de las 10 primeras causas en, hospitalización, urgencias, consulta externa y salud pública, diabetes mellitus solo en salud pública

Noviembre: La hipertensión arterial estuvo dentro de las 10 primeras causas en urgencias, consulta externa y salud pública, diabetes mellitus en hospitalización y salud pública

Diciembre: La hipertensión arterial estuvo dentro de las 10 primeras causas en hospitalización, urgencias, consulta externa y salud pública, diabetes mellitus en hospitalización y salud pública.

6.5. Marco Institucional

- **Plataforma Estratégica de la institución**

- **Reseña Histórica**

El sistema Municipal de Salud de Bello ha sido conformado de manera tradicional por los Hospitales Marco Fidel Suárez (Institución Prestadora de servicios de Mediana Complejidad) adscrito y dependiente de la D.S.S.A.

Igualmente de dicho sistema hace parte el Hospital Mental de Antioquia prestando servicios Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Servicios de Apoyo, rehabilitación mental.

Para la prestación de servicios de baja complejidad se estructuraron los Hospitales Rosalpi y Zamora Paris Fontidueño Conformados por nueve sedes las cuales brindan cobertura municipal en Bello; estas dos últimas, del orden municipal.

- **Hospital Rosalpi**

El Hospital Rosalpi del Municipio de Bello fue creado mediante Acuerdo No 040 proferido por el Honorable Concejo Municipal, el día 15 de diciembre de 1.991 prestando inicialmente sus servicios en la sede principal y en los centros de salud "Playa Rica", "Mirador" y "San Félix", ubicados cada uno en el barrio y corregimiento del mismo nombre respectivamente y reestructurado como Empresa Social del Estado, mediante el Acuerdo No.052 del 03 de diciembre de 1.994. Aproximadamente para el año 2003 extiende su cobertura en la prestación de sus servicios y se abre el centro de salud "Niquia".

El Centro de Salud del Barrio París, ubicado en la comuna N°1 por las necesidades de la comunidad fue ampliando sus servicios, básicamente para la atención de partos de baja complejidad y urgencias menores durante las 24 horas del día, para su funcionamiento no contaba para la época con una infraestructura adecuada; dicho centro dependía del Hospital Marco Fidel Suárez.

El Centro de Salud de Fontidueño, ubicado en la comuna N° 9 y el Centro de Salud del barrio Acevedo en la comuna 9-10 se formó por iniciativa de la comunidad. Inicialmente dependía de la Universidad de Antioquia (Facultad de Medicina), funcionando en una casa alquilada y finalmente fue cedido al Hospital Marco Fidel Suárez. El Puesto de Salud de la Gabriela ubicado en la comuna N°10 cercano al Centro de salud de Fontidueño el cual por imposibilidad en el cumplimiento de los requisitos de habilitación fue cerrado en el año 2004.

En cumplimiento de la normatividad y por la especialización del hospital Marco Fidel Suárez en la prestación de los servicios de mediana complejidad, los Centros de salud Fontidueño y Paris pasan a depender de la E.S.E. Hospital Zamora Paris Fontidueño.

Por iniciativa de la Secretaría de Salud del Municipio de Bello, en el año de 1.995 se presenta un Proyecto de Acuerdo para reorganizar estas sedes, aisladas en el contexto de la red de servicios del Municipio de Bello.

El Honorable Concejo de Bello, aprueba mediante el Acuerdo No. 052 del 15 de agosto de 1995 la conformación de la empresa Social del Estado París Acevedo Fontidueño del Municipio de Bello; Para el año 1998 se abrió la sede de Zamora y posteriormente se cerró el centro de salud de Acevedo, lo que motivó a la expedición del acuerdo 032 de 2005, mediante el cual se define una nueva razón social con la denominación de Empresa Social del Estado Hospital Zamora Paris Fontidueño, prestando sus servicios de salud en la sede Zamora y los centros de salud de "Fontidueño" y "Paris"; para el año 2003 amplía la prestación de sus servicios al incorporar la sede "IPS Centro", ubicada en el barrio Manchester, dentro de su estructura organizacional.

Debido a la ineficiencia del sistema Municipal de Salud, en cuanto a tener dos Empresas Sociales del Estado de baja Complejidad, compartiendo el mismo mercado y con duplicidad de funciones de su recurso humano; la administración municipal conforma una Comisión con el fin de avanzar en un estudio técnico que le permitiera volver eficiente el sistema e llegando a la conclusión de que la

mejor estrategia para ello era la FUSIÓN de sus dos empresas existentes. Es así, como nace “BELLOSALUD”.

La Empresa Social del Estado BelloSalud del municipio de Bello, fue creada mediante el Decreto 0572 del 17 de Diciembre de 2008 suscrito por el señor Alcalde Municipal Dr. Oscar Andrés Pérez Muñoz como resultado de un proceso de fusión antes mencionado de las Empresas Sociales del Estado, Hospital Rosalpi y E.S.E. Hospital Zamora París Fontidueño.

- **Misión**

Somos una Empresa Social del Estado, que presta servicios de salud a la comunidad Bellanita con criterios de calidad y respeto por el ser humano y el medio ambiente. Buscamos continuamente el bienestar de nuestros usuarios y su familia, mediante un adecuado direccionamiento estratégico, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, procurando el desarrollo integral de nuestro talento humano.

- **Visión**

BelloSalud, entidad líder en la prestación de servicios de salud en el Municipio de Bello y su área cercana. Reconocida por su crecimiento sostenible, el Servicio Humanizado y Calidad Demostrada.

- **Valores**

Respeto: Empatía, amabilidad, cortesía y calidez en el trato con el otro. Cumplir con las responsabilidades, resultados y logros propuestos para el beneficio de los demás.

Servicio: Actitud y aptitud para dar y recibir. Diferenciación. Disfrutar del hacer. Percibir la satisfacción del cliente.

Compromiso: Ser fiel a sus convicciones y efectivo en el cumplimiento de las obligaciones contraídas. Buena disposición para asumir como propios los objetivos estratégicos de la Institución, buscando el fortalecimiento financiero.

Responsabilidad social: Búsqueda permanente del bienestar social a través de la solidaridad, la equidad y la justicia. La responsabilidad social nos motiva a participar en actividades que buscan el desarrollo social y del ambiente con el fiel propósito de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida.

- **Adopción guías práctica clínica y procedimientos internos**

- **Resolución adopción guías práctica clínica**

Mediante resolución 263 de diciembre de 2014 (Anexo 2) se adoptan las guías de atención integral y protocolos de salud pública para la ESE BelloSalud considerando la misión, la visión de la institución y el concepto de calidad enmarcado en ambos componentes de su plataforma estratégica, teniendo en consideración además la resolución 2003 de 2014 que en el numeral de procesos seguros hace referencia a lo siguiente:

Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud, acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional (12).

Dentro de las guías a adoptar en la resolución institucional y con relación al presente trabajo se enuncia la guía de hipertensión más no se menciona como tal la de diabetes mellitus.

Como referencia adicional se tiene en cuenta comunicado interno enviado en septiembre de 2016 desde la coordinación de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo en donde se dan unas pautas y directrices para la atención de los pacientes con hipertensión y diabetes mellitus. Sin embargo se aclara que es una fecha muy avanzada del año para ser tomada en cuenta como directriz del mismo periodo.

En resumen a lo anterior la ESE BelloSalud se acoge a las guías de práctica clínica desarrolladas por el ministerio y en caso de no contar con estas, a las que la institución decida adoptar tanto nacionales como internacionales siempre y cuando sean guías basadas en la evidencia.

Revisando las dos patologías seleccionadas se logra evidenciar que no es tan sencillo definir los criterios a seguir según las guías establecidas puesto que se utilizan como referencia varias guías de manera simultánea.

- Cartilla Institucional Promoción Salud y Prevención de la Enfermedad 2012

Adicional al marco normativo, a nivel institucional se tienen en cuenta otros dos documentos relevantes, el uno es la cartilla de promoción y prevención del año 2012, la cual se basa en la resolución 4003 de 2008 pero que presenta algunas diferencias con relación a la estratificación del riesgo.

- Procedimiento Interno de Atención al Usuario del servicio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Con relación a tiempos de consulta como ninguna de las anteriores guías da claridad al respecto se toma como referencia el procedimiento interno de atención al usuario en el servicio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el que se definen los siguientes tiempos por consulta:

Cuadro 1: Procedimiento interno atención al usuario en promoción de la salud y prevención de la enfermedad*

Actividad	Rendimiento
Ingreso de HTA o DM por médico	2 por hora
Control de HTA o DM por medico	3 por hora
Control de HTA + DM por medico	2 por hora
Control de HTA por enfermería	3 por hora

* Procedimiento interno atención al usuario en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. ESE Bellosalud. 2014.

Control grupal de paciente HTA controlado por enfermera.	8 por hora
Consulta de ingreso y control por nutricionista	3 por hora
Toma de P.A. por auxiliar de enfermería (10 pacientes).	10 por hora

- **Contratación**

La ESE BelloSalud cuenta con dos contratos que abarcan la mayor parte de sus usuarios susceptibles a atención en salud, uno de ellos es con la Dirección Local de Salud (DLS) para los usuarios con nivel 1, 2 y 3 del SISBEN que no se encuentren afiliados a ninguna EAPB y el otro, que representa la mayor parte de afiliados, es con la EAPB SaviaSalud EPS.

- **.Contratación SaviaSalud EPS 2016**

Los puntos relevantes relacionados con las dos patologías seleccionadas son:

- La atención de los programas de hipertensión y diabetes según información recibida por el auditor de cuentas médicas de la institución hace parte del componente morbilidad, el cual tiene una asignación del 80% del pago usuario mes y no es deducible por incumplimiento de metas ni ninguna otra modalidad, sin embargo si se puede perder dinero susceptible de ser ganado como incentivo. Es importante mencionar que no existe en la ESE ningún documento con los porcentajes de cada actividad o componente como tal.
- Exclusión de la capitación el suministro del kit de glucometría para los pacientes diabéticos. Se empezó a proporcionar dicho kit por la ESE pero en el contrato se dejó claro que no hacía parte de la contratación.
- Para este contrato 2016, dentro de la CAPITACIÓN se tendrán en cuenta los listados de medicamentos, laboratorios, insumos, procedimientos, laboratorio e imaginología expresamente ofertado por a ESE. Se EXCLUYE para el 2016 el suministro del KIT DE GLUCOMETRIA para los pacientes diabéticos. Se incluye listado de medicamentos de AESA.

- Oferta de laboratorios de mediana y alta complejidad como hemoglobina glicada y albumina entre otros.
- **Incentivos**

En manual de relacionamiento la EAPB se define como incentivos un estímulo económico con el propósito de mejorar la gestión en el nivel básico o primer nivel de atención, en el ámbito comunitario e institucional, en un contexto de consolidación desde la base de la estrategia de atención primaria en salud en sinergia con los planes municipales de salud.

Se tiene en cuenta este concepto por la inclusión de la modalidad de incentivos en el contrato 2016 que de acuerdo a lo enunciado en el acta anexa al contrato en su apartado 1. Temas tratados en reunión del 5/02/2017 ítem número 2: participar de nuevo a la ESE Bello Salud de los cuatro (4) puntos de incentivos no anticipados por gestión de riesgo a partir del 1 de abril de 2016.

El valor de dichos incentivos se define en el manual de relacionamiento y corresponde a un 4% del valor monetario fijo mes/usuario pactado en el contrato. Estos incentivos están distribuidos en cuatro componentes, tres de ellos definidos por la EAPB (Crónicos, Gestantes, Prevención de Cáncer de cérvix) y un cuarto componente que es priorizado entre la Dirección Local de Salud del Municipio, la Empresa Social del Estado/ IPS y Savia Salud EPS que para el caso de esta institución es EPOC.

En lo referente a crónicos (incentivo del 1% por hipertensión y diabetes) los criterios para cada uno de los programas son se encuentran definidos en el manual de relacionamiento la EAPB.

Dentro del contrato se enuncian varios anexos claves, los cuales se adjuntan al presente trabajo para la comprensión y análisis del contrato:

- Manual de relacionamiento, existente.
- Estimación de promoción y prevención 2016. No se evidencian dentro de la documentación del contrato.

- Incentivos Savia Salud EPS 2016-2017.
- Manual de Salud Pública. Proporcionado por la coordinación de promoción y prevención y gestión del riesgo.
- Listado de medicamentos, insumos, procedimientos, laboratorio e imaginología.
- Acta de negociación 29 de febrero de 2016. Está en el mismo anexo 1 dentro del documento del contrato.
- **Contratación DLS 2016**

El objeto de este contrato es prestar la atención de la población pobre y vulnerable del municipio de Bello no cubierta con subsidios a la demanda, identificadas por el SISBEN (Versión III) de Bello, en los niveles (1), dos (2) o con puntaje superior a 51.58 en el área urbana o 37.81 en el área rural sin capacidad de pago.

El valor de pago está por mil doscientos cuarenta y seis millones seiscientos sesenta y tres mil diez y nueve pesos M/L (1.246.663.019).

Con relación al pago en la cláusula 4: Forma de pago se establece que los pagos serán cancelados como pagos parciales con corte mensual según el valor facturado y de conformidad con los servicios verdaderamente prestados; previo cumplimiento de las obligaciones contraídas y con la certificación expedida por el supervisor o interventor del contrato.

En el párrafo 3 de esta cláusula se define la forma de soportar el pago la cual será mediante RIPS los cuales serán validados en bases de datos y de encontrarse no conformidades se enviarán las respectivas glosas a la ESE para su respectivo análisis y respuesta.

- Tarifas ESE BelloSalud 2016

Con relación a las tarifas definidas tanto para consultas médicas, procedimientos y laboratorios, la ESE Bellosalud cada año actualiza en una cartilla denominada cartilla de códigos CUPS sus valores de acuerdo a el decreto 2423 de 2006, que determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario, y en este año en particular con relación al 2252 del 30 de diciembre de 2015, mediante el cual se aprobó el salario mínimo para Colombia para el año 2016.

Con relación a medicamentos se tiene definido que el precio de venta o precio final de los medicamentos corresponde al 25 o 45% más del precio de compra, este valor es variable el año porque está relacionado con otros factores como: modalidad de pago, precio del dólar y oportunidad de pago a proveedores.

De igual forma se anexa al trabajo un listado de tarifa promedio de medicamentos para el año 2016 entregada desde el área de farmacia.

6. Metodología

Siendo éste un proyecto que pretende dar cuenta de los costos de la no calidad asociados al incumplimiento y poca adherencia de las guías de práctica clínica en los programas de HTA y DM, se realiza inicialmente un diagnóstico con el fin de identificar el estado de adherencia en el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2016.

Para la realización de este diagnóstico inicialmente se definen los procesos con base en el organigrama de la institución y la participación de cada uno de estos en el programa según frecuencia de uso definida en las guías de práctica clínica.

Posteriormente se realiza caracterización de la población puesto que los rangos de valoración por cada profesional que hace parte del programa, la realización de exámenes de laboratorio y de ayudas diagnósticas dependen de la clasificación de los usuarios según sus factores de riesgo cardiovascular y complicaciones.

Para dicha caracterización se utilizaron diferentes fuentes de información correspondientes al año 2015 como son:

- Bases de datos del programa crónicos de las sedes con corte a septiembre de 2015.

Estas bases de datos fueron entregadas desde la coordinación de promoción, prevención y gestión del riesgo, tienen falencias con relación a integralidad, coherencia, exactitud y no corresponden a todas las sedes que realizan este tipo de atenciones (No se hace entrega de base de datos de las sedes: Rosalpi, San Félix y del Centro de Salud Maruchenga se entrega un formato completamente diferente). Sin embargo, se tiene en cuenta esta información porque es la base de datos que tiene más variables que permiten clasificar el riesgo cardiovascular e identificar complicaciones en los pacientes del programa.

- Informes de facturación del software institucional dinámica durante el periodo enero a diciembre de 2015.

Esta fuente de información se utiliza con fin de obtener información un poco más confiable del total de usuarios del programa puesto que las bases de datos de las sedes no cumplen criterios de calidad del dato.

Posteriormente se seleccionan las fuentes de información para cada variable según criterios de calidad del dato y en algunas de las variables se trabaja con la única información proporcionada, como resultado de esta selección se utiliza la información de la siguiente forma:

- Total de usuarios hipertensos activos e ingresos: Se tiene en cuenta la información generada por el Software Dinámica según facturación del año 2015, puesto que las bases de datos de las sedes muestran un total de usuario muy inferior a las otras fuentes de información, la meta definida por la EAPB es igualmente inferior y la DLS no se tiene meta definida.

- Clasificación de riesgo en usuarios hipertensos: Por ser la fuente más confiable que arroje este valor, se tiene en cuenta el informe de crónicos, sin embargo, como se observan diferencias entre estas, el cálculo de usuarios se hace multiplicando dichos porcentajes de participación por los usuarios activos determinados por la facturación del año previo.

- Porcentaje pacientes controlados: La meta de pacientes controlados se define según meta institucional (>80%).

- Clasificación pacientes diabéticos según complicaciones: Al igual que en la clasificación del riesgo en los pacientes hipertensos se toma en cuenta el informe de crónicos generado por el software, por ser la fuente más confiable, y estos porcentajes se multiplican por los usuarios activos determinados por la facturación del año anterior.

- Total usuarios diabéticos: Para el cálculo de los usuarios pertenecientes a Savia Salud EAPB se tiene en cuenta la meta definida la aseguradora, por ser superior al total de usuarios atendidos en el año 2015 según facturación. Para DLS se tienen en cuenta la cantidad de usuarios atendidos según facturación 2015.

- Ingresos usuarios diabéticos: Se tiene en cuenta lo reportado según facturación Dinámica 2015.

- Porcentaje de pacientes con alteraciones nutricionales: A pesar de ser una fuente de información poco confiable, para esta variable se tiene en cuenta la base de datos del programa diligenciada por cada sede por ser la única fuente de información para obtener la misma.

- Pacientes hipertensos y/o diabéticos con DLP (Dislipidemia): Al igual que en alteraciones nutricionales se toma el porcentaje de las bases de datos de las sedes como guía por ser la única fuente de información con esta variable.

Con base en los pacientes estimados para el año 2016 según la clasificación del riesgo, complicaciones, meta de pacientes controlados, actividades anuales según guías de práctica clínica, salario personal y tarifas en servicios y procedimientos para el año 2016, se proyectan las actividades a realizar por cada área (Recurso humano, procedimientos enfermería y laboratorio) según las guías de práctica clínica y los costos asociados a las mismas.

Para recurso humano se tienen en cuenta el número de consultas a realizar con los profesionales médicos, de enfermería, nutrición y psicología, en las actividades o procedimientos de enfermería se tienen en cuenta la realización de monitoreo de presión arterial en ingresos de HTA y realización de EKG (Electrocardiograma) y para laboratorio se tienen en cuenta los exámenes: HLG (Hemoleucograma), eritrosedimentación, citoquímico de orina, glicemia HDL (Colesterol Alta Densidad), LDL (Colesterol baja densidad), Colesterol Total, TGL (Triglicéridos), Hemoglobina Glicosilada, TSH y Mircoalbuminuria.

No se incluyen los centros de costo medicamentos, urgencias y hospitalización, puesto que no son actividades que se realicen de manera programada como las otras actividades relacionadas y dependen de factores como: estado general de salud del paciente, comorbilidades, antecedentes relevantes, adherencia al programa, adherencia y respuesta al tratamiento.

Posteriormente se crea un instrumento (Ver Archivo anexo 1. Matriz análisis costos saviasalud EAPB 2016 y Archivo anexo 2. Matriz análisis costos DLS

2016) que permite evidenciar las actividades proyectadas a realizar en el año 2016 según guías de práctica clínica, se alimenta con la información seleccionada y finalmente se cruza con lo efectivamente realizado.

Con esta información se realiza la verificación del cumplimiento de las guías de práctica clínica y se proyectan los costos de no calidad partiendo de la diferencia entre lo proyectado y realmente ejecutado.

Finalmente con base en los hallazgos se realizan una serie de recomendaciones para la institución con el fin de mejorar su sistema de información de forma tal que genere información confiable y que permita el diseño, implementación, evaluación y ajustes de procesos basados en la verificación de incumplimientos en las guías de práctica clínica y los costos relacionados con esto.

7. Resultados

7.1. Caracterización de la población

En la caracterización de la población se toman en cuenta las siguientes variables que están relacionadas con la determinación de las actividades definidas en las guías de práctica clínica según factores riesgo cardiovascular y complicaciones de los pacientes del programa.

Tabla 1. Clasificación según patología y fuente de información

Patología	Dinámica	% dinámica	Bd sedes	% bd sedes	Diferencia
Diabéticos	914	7%	203	4%	711
Hipertensos	11.139	83%	3652	70%	7487
Hipertensos y diabéticos	1.404	10%	1242	24%	162
Sin dato	18	0%	105	2%	87
Total crónicos	13475	100%	5202	100%	8273

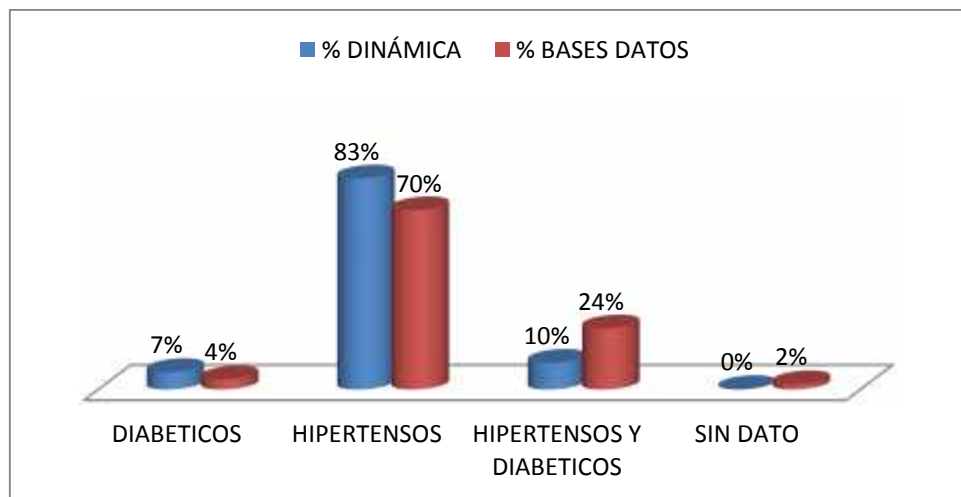


Figura 1. Clasificación según patología y fuente de información

El mayor porcentaje de usuarios del programa está representado por los pacientes con diagnóstico de hipertensión y sin diagnóstico de diabetes.

También se evidencia un porcentaje significativo de pacientes con diagnóstico simultáneo de HTA y DM, que a pesar de no ser tan representativos en número, según la resolución 4003 de 2008 estos pacientes por sus factores de riesgo, siendo un factor muy importante la presencia de las dos enfermedades de manera simultánea son considerados de riesgo alto o muy alto y se indica que la valoración debe realizarse exclusivamente por médico especialista, por lo cual no se esperaría que este tipo de pacientes sean atendidos en el primer nivel de atención. (20).

Tabla 2. Distribución de pacientes por aseguradora

Aseguradora	Dinámica	% dinámica	Bd sedes	% BD sedes	Diferencia
Saviasalud	12783	95%	4080	78%	8703
Caprecom	129	1%	590	11%	461
DLS bello	535	4%	290	6%	245
Otros	10	0%		0%	10
Sin dato		0%	242	5%	242
Total	13457	100%	5202	100%	10

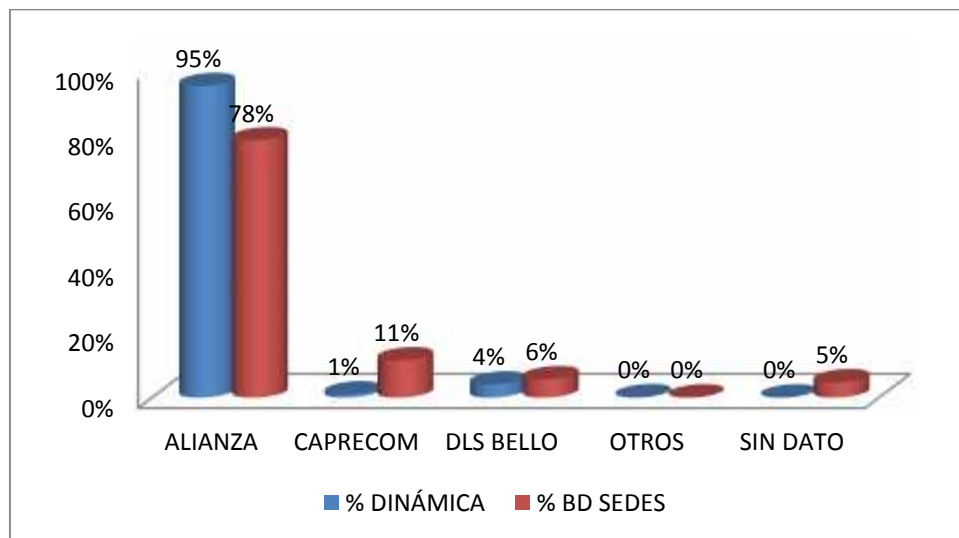


Figura 2. Distribución de pacientes por aseguradora

Con relación a la distribución según aseguramiento, en las diferentes fuentes de información encontramos que el mayor porcentaje de usuarios pertenecen a Savia Salud en ambas fuentes de información, seguido por los pacientes pobres no asegurados.

Tabla 3. Distribución por género

Genero	Porcentaje
Hombres	26%
Mujeres	74%
Total	100%

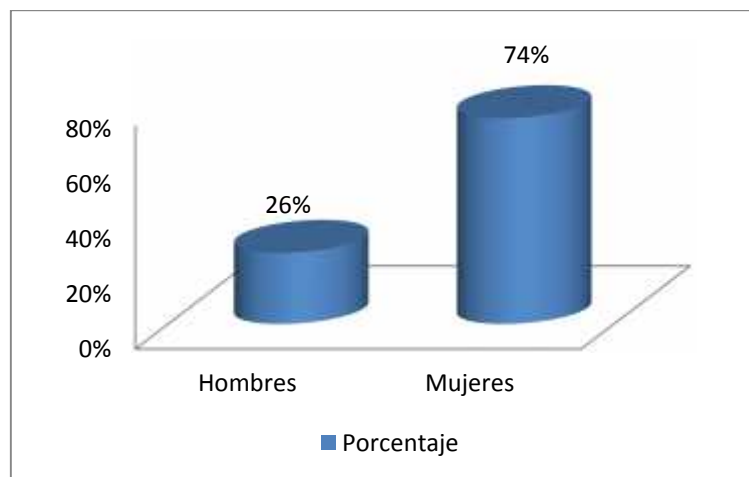


Figura 3. Distribución por género

El mayor porcentaje corresponde al sexo femenino, distribución que refleja el comportamiento nacional, departamental y municipal en el que se observan valores cercanos entre ambos géneros pero con predominio de las mujeres.

Tabla 4. Relación edad riesgo por género

Genero	Número	Porcentaje
Hombres > 54 años	1027	77%
Mujeres > 64 años	1810	47%
Total	2837	100%

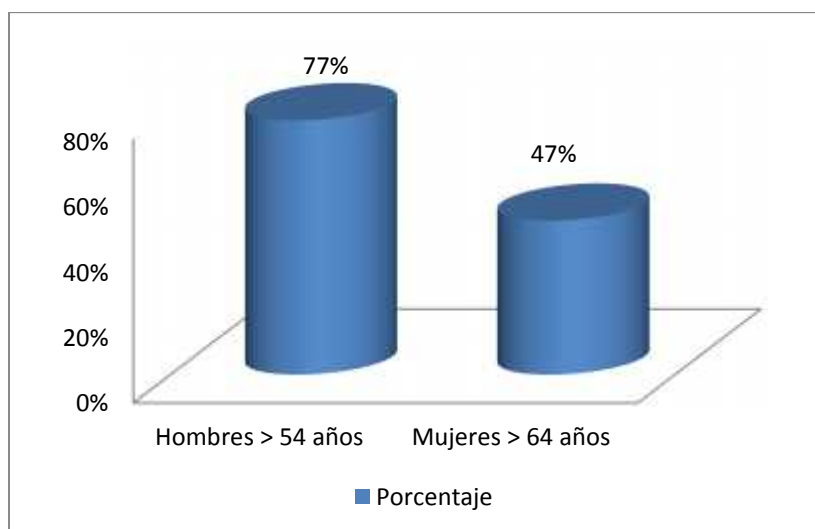


Figura 4. Relación edad riesgo por género

El género es importante porque a pesar de no ser tenido en cuenta como un factor de riesgo, si modifica algunos rangos en clasificación del mismo, con relación a la edad factor de riesgo se presenta en las mujeres a partir de los 65 años mientras que en los hombres a partir de los 55 años y a su vez la historia familiar de accidente vascular temprano se considera cuando se han presentado este tipo de eventos en personas menores a estos rangos de edad.

La distribución por edades de riesgo permite evidenciar que a pesar de ser inferior el número de pacientes hombres con relación a las mujeres, el 77% de los hombres superan la edad de 55 años. Lo que es coherente con los ASIS presentados en el marco epidemiológico en el que se evidencia que aunque los hombres presentan una incidencia menor consultan de manera tardía y en estadios avanzados de enfermedad renal.

Tabla 5. Pacientes con alteraciones nutricionales

Alteración nutricional	N°	%
Solo IMC (Índice Masa Corporal) > 25 mujeres	476	43%
IMC y PA (Perímetro Abdominal) mujeres	89	8%
Solo PA >88 mujeres	10	1%
IMC > 25 hombres	118	11%
IMC y PA hombres	17	2%
PA hombres	17	2%
Total pacientes que requieren intervención por nutrición	727	66%

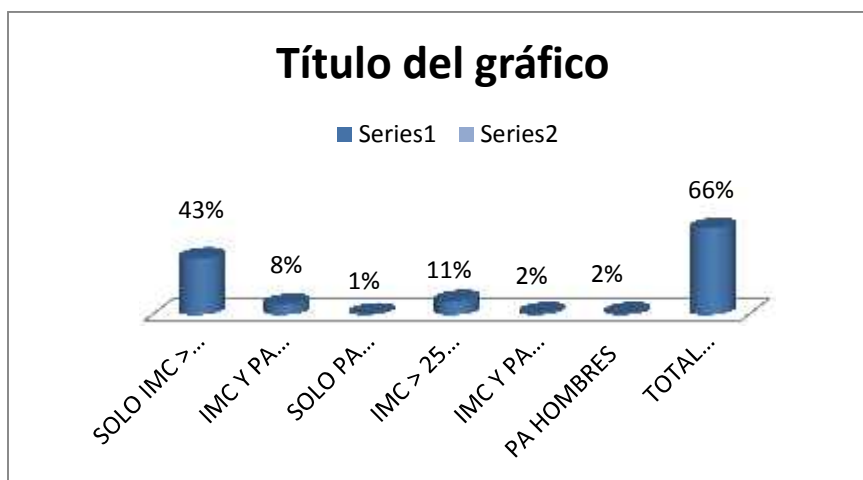


Figura 5. Pacientes con alteraciones nutricionales

El porcentaje de pacientes con alteraciones nutricionales es muy significativo especialmente si se tiene en cuenta que este es un factor de riesgo para enfermedad vascular y que en la institución desde el mes de julio del año evaluado se dejó de prestar dicho servicio.

7.2. Proyección usuarios y actividades a realizar según guías de práctica clínica para el año 2016

Con el fin de definir una línea de base y estimar la cantidad de actividades y costos por usuario, se realiza una estimación de usuarios para el programa según clasificación de riesgo cardiovascular y complicaciones.

Tabla 6. Estimación pacientes año 2016 Savia Salud EAPB

Clasificación crónicos	Proyección pacientes 2016	Porcentaje usuarios
Hipertensos bajo riesgo	2722	27%
Hipertensos riesgo moderado	5084	50%
Hipertensos riesgo alto	2065	20%
Hipertensos riesgo muy alto		
Hipertensos sin clasificación riesgo	205	2%
Total hipertensos activos	10077	85%
Ingresos controlados HTA	960	80%
Ingresos no controlados HTA	240	20%
Total ingresos hipertensión	1200	10%
Total de hipertensos proyectados 2016	11827	85%
Diabéticos sin complicaciones	41	3%
Diabéticos con complicaciones	1472	97%
Total diabéticos activos	1513	73%
Ingresos controlados dm	455	80%
Ingresos no controlados dm	114	20%
Total ingresos diabéticos	569	27%
Total diabéticos proyectados 2016	2082	15%
Hipertensos y diabéticos activos		
Hipertensos y diabéticos ingresos		
Total hipertensos y diabéticos		
Pacientes hipertensos y/o diabéticos con DLP	330	2%
Pacientes susceptibles a intervención nutricional (IMC > 25 y/o PA hombres >101 y mujeres > 88)	9180	66%
Total pacientes crónicos	13909	

De los 13909 usuarios proyectados para la EAPB Savia Salud, el mayor porcentaje está representado por los pacientes hipertensos con una participación del 89%, no se tienen en cuenta los pacientes de muy alto riesgo ni con diagnóstico simultáneo de HTA y DM porque según resolución 4003 de 2008 tienen manejo exclusivo por especialista.

Tabla 7. Estimación pacientes año 2016 DLS Bello

Clasificación crónicos	Proyección pacientes 2016	Porcentaje usuarios	Fuente de información
Hipertensos bajo riesgo	123	32%	
Hipertensos riesgo moderado	190	49%	
Hipertensos riesgo alto	50	13%	
Hipertensos riesgo muy alto			- Total de usuarios activos e ingresos: Facturación Dinámica 2015.
Hipertensos sin clasificación riesgo	27	7%	- Clasificación Riesgo: Porcentaje informe Crónicos Dinámica.
Total hipertensos activos	390	98%	- Porcentaje pacientes Controlados: Meta institucional (>80%).
Ingresos controlados HTA	17	80%	
Ingresos no controlados HTA	4	20%	
Total ingresos hipertensión	21	5%	
Total de hipertensos proyectados 2016	399	93%	
Diabéticos sin complicaciones	0	0%	
Diabéticos con complicaciones	0	0%	- Clasificación según complicaciones: Informe Crónicos Dinámica
Total diabéticos activos	17	53%	- Total usuarios: Meta SaviaSalud EAPB
Ingresos controlados DM	12	80%	- Ingresos: Facturación Dinámica 2015)
Ingresos no controlados DM	3	20%	
Total ingresos diabéticos	15	47%	
Total diabéticos proyectados 2016	32	7%	
Hipertensos y diabéticos activos			
Hipertensos y diabéticos ingresos			- Facturación Dinámica 2015
Total hipertensos y diabéticos			
Pacientes hipertensos y/o diabéticos con DLP	0	0%	Bases de datos sedes: única fuente de información para esta variable
			- Porcentaje de pacientes con alteraciones nutricionales: Base de datos sedes (66%)
Pacientes susceptibles a intervención nutricional (IMC > 25 y/o PA hombres >101 y mujeres > 88	106	25%	- Total usuarios facturación Dinámica 2015 (HTA) y meta SaviaSalud EAPB (DM)
Total pacientes crónicos	431		

De los 431 usuarios proyectados para atención en el programa de crónicos de la DLS del municipio, el mayor porcentaje está representado por los pacientes hipertensos con una participación del 93%, no se tienen en cuenta los pacientes de muy alto riesgo ni con diagnóstico simultáneo de HTA y DM porque según resolución 4003 de 2008 tienen manejo exclusivo por especialista.

Posterior a la estimación de usuarios y con base en dichos resultados se realiza estimación de actividades, costos y porcentajes de participación de cada una de las actividades definidas en la guía de práctica clínica.

Tabla 8. Estimación de actividades y costos 2016 para la EAPB Savia Salud

Centro de costo	Total unidades anual	%	Total valor anual	%
Recurso humano	77363	41 %	\$ 447.853.599,94	14%
Valor proyectado horas medicas anuales 2016	51199	66 %	\$ 311.668.917,57	70%
Valor proyectado horas enfermería anuales 2016	12490	16 %	\$ 62.216.039,19	14%
Valor proyectado horas nutrición anuales 2016	11592	15 %	\$ 34.827.043,17	8%
Valor proyectado horas psicología anuales 2016	2082	3%	\$ 39.141.600,00	9%
Procedimientos enfermería	16753	9%	\$ 508.886.055,88	16%
Valor total proyectado monitoreo presión arterial (3) 2016	3600	21 %	\$ 13.143.600,00	3%
EKG valor anual	13153	79 %	\$ 495.742.455,88	97%
Laboratorio	93823	50 %	\$ 2.295.896.877,58	71%
Valor anual proyectado hemograma y eritrosedimentación 2016	13153	14 %	\$ 308.336.286,83	13%
Glicemia basal valor anual	19399	21 %	\$ 222.915.703,50	10%
Perfil lipídico valor anual	13153	14 %	\$ 1.030.784.016,97	45%
Parcial orina valor anual	13153	14 %	\$ 160.205.442,10	7%
Creatinina valor anual	13153	14 %	\$ 145.092.465,66	6%
Valor proyectado microalbuminuria anual	13153	14 %	\$ 259.406.545,89	11%
Hemoglobina glicosilada valor anual	8328	9%	\$ 162.579.216,00	7%
TSH valor 2016 (pacientes con DLP)	330	0%	\$ 6.577.200,63	0%
Total actividades	187939		\$ 3.252.636.533,39	

Con relación a las actividades proyectadas, se observa que, por cantidad de actividades y costo anual de las mismas, la mayor participación corresponde a laboratorio con un 50% y 71% respectivamente.

Tabla 9. Estimación de actividades y costos 2016 para la DLS del municipio de Bello

Centro de costo	Total unidades anual	%	Total valor anual	%
Recurso humano	1842	38%	\$ 10.336.508,11	12%
Valor proyectado horas medicas anuales 2016	1206	65%	\$ 7.198.832,60	70%
Valor proyectado horas enfermería anuales 2016	500	27%	\$ 2.492.151,17	24%
Valor proyectado horas nutrición anuales 2016	121	7%	\$ 363.524,33	4%
Valor proyectado horas psicología anuales 2016	15	1%	\$ 282.000,00	3%
Procedimientos enfermería	462	10%	\$ 15.256.695,23	17%
Valor total proyectado monitoreo presión arterial	63	14%	\$ 230.013,00	2%
EKG valor anual	399	86%	\$ 15.026.682,23	98%
Laboratorio	2497	52%	\$ 63.977.504,60	71%
Valor anual proyectado hemograma y eritrosedimentación 2016	399	16%	\$ 9.346.125,89	15%
Glicemia basal valor anual	444	18%	\$ 5.098.458,90	8%
Perfil lipídico valor anual	399	16%	\$ 31.244.578,09	49%
Parcial orina valor anual	399	16%	\$ 4.856.062,34	8%
Creatinina valor anual	399	16%	\$ 4.397.965,82	7%
Valor proyectado microalbuminuria anual	399	16%	\$ 7.862.993,55	12%
Hemoglobina glicosilada valor anual	60	2%	\$ 1.171.320,00	2%
TSH valor 2016 (pacientes con DLP)	0	0%	\$ -	0%
Total actividades	4801		\$ 89.570.707,94	

Al igual que con Savia Salud, se observa que por cantidad de actividades y costo anual de las mismas, la que mayor participación tiene corresponde a laboratorio con un 52% y 71% respectivamente.

Con el fin de identificar incumplimientos en la guía de práctica clínica, se realiza comparativo de usuarios proyectados y atendidos en el año 2016.

Tabla 10. Análisis comparativo usuarios proyectados y atendidos Savia Salud 2016

Clasificación crónicos	Proyección pacientes 2016	Pacientes atendidos 2016	Diferencias
Total de hipertensos proyectados 2016	11827	7761	4066
Total diabéticos proyectados 2016	2082	92	1990
Total hipertensos y diabéticos		2573	-2573
Pacientes susceptibles a intervención nutricional (IMC > 25 y/o PA hombres >101 y mujeres > 88)	9180		9180
Total pacientes crónicos	13909	10426	3483

La cantidad de usuarios atendidos fue inferior a lo proyectado, de 13.909 usuarios a atender se atendieron 10.426, la mayor diferencia se presenta en los pacientes diabéticos, también es importante resaltar que se atendieron 2573 pacientes con diagnóstico simultáneo sin tener indicación para manejo por médico general en primer nivel según guías de práctica clínica y no se atendieron 9180 pacientes susceptibles a ser valorados por nutrición.

Tabla 11. Análisis comparativo usuarios proyectados y atendidos DLS Bello 2016

Clasificación crónicos	Proyección pacientes 2016	Total pacientes atendidos 2016	Diferencias
Total de hipertensos proyectados 2016	399	303	96
Total diabéticos proyectados 2016	32	35	-3
Total hipertensos y diabéticos		101	-101
Pacientes susceptibles a intervención nutricional (IMC > 25 y/o PA hombres >101 y mujeres > 88)	106	0	106
Total pacientes crónicos	431	532	-101

A diferencia de Savia Salud EAPB, para DLS Bello la cantidad de usuarios atendidos fue superior a lo proyectado con diferencia de 101 usuarios, sin embargo con relación a nutrición se presenta la misma diferencia entre las consultas a realizar y las efectivamente realizadas.

7.3. Análisis comparativo por centro de costos

Para identificar el impacto económico de las actividades proyectadas y realizadas, se realiza análisis comparativo por centro de costos.

Tabla 12. Análisis comparativo de las actividades proyectadas y realizadas para el centro de costo recurso humano Savia Salud EAPB 2016

Proceso/ Actividad	Cantidad proyectada 2016	Cantidad real 2016	Diferencias	Costo proyectado 2016	Costo real 2016	Diferencias
Valor horas medicas anuales 2016	51199	106662	55463	\$ 311.668.917,57	\$ 661.016.862,00	\$ 349.347.944,43
Valor horas enfermería anuales 2016	12490	688	-11802	\$ 62.216.039,19	\$ 2.741.680,00	\$ (59.474.359,19)
Valor horas nutrición anuales 2016	11592	575	-11017	\$ 34.827.043,17	\$ 1.727.491,67	\$ (33.099.551,50)
Valor horas psicología anuales 2016	2082	0	-2082	\$ 39.141.600,00	\$ -	\$ (39.141.600,00)
Total recurso humano	77363	107925	30562	\$ 447.853.599,94	\$ 665.486.033,67	\$ 217.632.433,73

Con relación a recurso humano se observa incumplimiento en las actividades de los profesionales de enfermería, nutrición y psicología presentando menos valoraciones de las proyectadas según guías de práctica clínica, mientras que en el recurso médico se observan más de las proyectadas.

Se puede apreciar que a pesar de incumplir con las guías se generaron costos reales superiores a los proyectados según las guías de práctica clínica.

Tabla 13. Análisis comparativo de las actividades proyectas y realizadas para el centro de costo procedimientos de enfermería Savia Salud EAPB 2016

Proceso/ Actividad	Cantidad proyectada 2016	Cantidad real 2016	Diferencias	Costo proyectado 2016	Costo real 2016	Diferencias
Valor total monitorio PA (3) 2016	3600	1048	-2552	\$ 13.143.600,00	\$ 3.826.248,00	\$ (9.317.352,00)
EKG valor anual	13153	6504	-6649	\$ 495.742.455,88	\$ 245.135.760,00	\$ (250.606.695,88)
Total Procedimientos Enfermería	16753	7552	-9201	\$ 508.886.055,88	\$ 248.962.008,00	\$ (259.924.047,88)

En referencia a procedimientos de enfermería tanto en la realización de monitoreo como en realización de EKG se evidencia incumplimiento en las actividades proyectadas de acuerdo a las guías de práctica clínica.

Tabla 14. Análisis comparativo de las actividades proyectas y realizadas para el centro de costo laboratorio clínico Savia Salud EAPB 2016

Proceso/ Actividad	Cantidad proyectada 2016	Cantidad real 2016	Diferencias	Costo proyectado 2016	Costo real 2016	Diferencias
Hemoleucograma	13153	8168	-4985	\$ 253.921.679,77	\$ 155.804.600,00	\$ (98.117.079,77)
Eritrosedimentación	13153	1424	-11729	\$ 299.260.609,08	\$ 6.218.608,00	\$ (293.042.001,08)
Glicemia basal valor anual	19399	20785	1386	\$ 222.915.703,50	\$ 238.840.435,00	\$ 15.924.731,50
HDL	13153	2107	-11046	\$ 253.921.679,77	\$ 40.675.635,00	\$ (213.246.044,77)
LDL	13153	793	-12360	\$ 299.260.609,08	\$ 18.042.336,00	\$ (281.218.273,08)
Colesterol total	13153	1349	-11804	\$ 308.323.133,67	\$ 31.621.909,00	\$ (276.701.224,67)
Triglicéridos	13153	1892	-11261	\$ 169.278.594,44	\$ 24.349.676,74	\$ (144.928.917,71)
Parcial orina valor anual	13153	2477	-10676	\$ 160.205.442,10	\$ 30.169.860,00	\$ (130.035.582,10)
Creatinina valor anual	13153	2131	-11022	\$ 145.092.465,66	\$ 23.507.061,00	\$ (121.585.404,66)
Valor proyectado microalbuminuria anual	13153	0	-13153	\$ 259.406.545,89	\$ -	\$ (259.406.545,89)
Hemoglobina glicada valor anual	8328	0	-8328	\$ 162.579.216,00	\$ -	\$ (162.579.216,00)
TSH valor 2016 (pacientes con DLP)	330	0	-330	\$ 6.577.200,63	\$ -	\$ (6.577.200,63)
Total laboratorio	146436	41126	-105310	\$ 2.540.742.879,60	\$ 569.230.120,74	\$ (1.971.512.758,86)

Con relación a laboratorio se observa igualmente incumplimiento de las actividades proyectadas de acuerdo a la clasificación de los usuarios y las guías para cada programa.

Adicional a ello, es importante mencionar que no se tienen en cuenta algunos exámenes porque no estaban parametrizados en el sistema de información de forma que los enlazara al programa, estos exámenes son:

Programa Diabetes: Hemoleucograma, eritrosedimentación, microalbuminuria, hemoglobina glicosilada, TSH.

Programa Hipertensión: Hemoleucograma, eritrosedimentación, microalbuminuria, hemoglobina glicosilada, TSH.

Hipertensos y Diabeticos: Hemoleucograma, eritrosedimentación, citoquímico de orina, HDL, LDL, colesterol total, glicemia, EKG, microalbuminuria, hemoglobina glicosilada, TSH.

Referente a laboratorio también es importante analizar el número de pacientes en el que se realizaron el total de atenciones a fin de definir si de los exámenes realizados hay exámenes que se hayan ordenado por fuera de los lineamientos.

Tabla 15. Relación exámenes realizados Savia Salud EAPB 2016

Proceso/actividad	Hipertensos				Diabeticos				
	Unicos	Repetidos	% Repetidos	Costo Repetidos	Unicos	repetidos	% repetidos	costo repetidos	
Hemolecograma	5996	2172	27%	\$ 41.430.900,00					
Eritrosedimentación	1236	188	13%	\$ 820.996,00					
Glicemia basal valor anual	6635	2915	31%	\$ 33.496.265,00	1427	4648	77%	\$ 53.410.168	
HDL	6142	2058	25%	\$ 39.729.690,00	463	125	21%	\$ 2.413.125	
LDL	4245	1766	29%	\$ 40.180.032,00	243	34	12%	\$ 773.568	
Colesterol total	5879	2245	28%	\$ 52.625.045,00	429	118	22%	\$ 2.766.038	
Trigliceridos	5523	2654	32%	\$ 34.156.470,43	444	116	21%	\$ 1.492.898	
Parcial orina valor anual	6333	2024	24%	\$ 24.652.320,00	573	175	23%	\$ 2.131.500	
Creatinina valor anual	6152	2176	26%	\$ 24.003.456,00	520	116	18%	\$ 1.279.596	
Total Laboratorios Repetidos	48141	18198	38%	\$ 291.095.174,43	4099	5332	130%	\$ 64.266.892,73	
Total	55062	18658	25%	\$ 303.871.348,43	18658	18658	50%	\$ 64.493.033	
								\$ 355.362.067,16	

Con relación exámenes realizados antes de la frecuencia definida en las guías basadas en la evidencia se observa tanto en hipertensión como en diabetes un alto porcentaje de exámenes repetidos en un mismo año cuando la indicación por el programa es anual. El que más llama la atención es la glicemia, en la que el valor de datos repetidos es incluso superior a los datos únicos que reflejan la realización de al menos un examen por usuario.

Del total de exámenes realizados el 25% para hipertensos y el 50% para diabéticos se realizó por fuera de la guía de práctica clínica, en dinero estos exámenes representan \$ 355.362.067,16.

Para el centro de costos medicamentos no se realiza proyección puesto que los medicamentos dependen de las condiciones y respuesta específica de los pacientes a las diferentes combinaciones posibles que plantean las guías de práctica clínica, sin embargo, si se analizan los costos de los medicamentos relacionados directamente con la hipertensión y diabetes, encontrando lo siguiente:

Tabla 16. Análisis centro de costo medicamentos Savia Salud EAPB 2016

Medicamento	Total Factura
Amlodipino 5 mg tableta	\$ 485.941.349,00
Captopril 25 mg tableta	\$ 57.549.844,00
Captopril 50 mg tableta	\$ 178.181.339,00
Clonidina 150 mcg tableta	\$ 79.964.261,00
Enalapril 20 mg tableta	\$ 315.761.317,00
Enalapril 5mg tableta	\$ 164.701.170,00
Espironolactona 100mg tableta	\$ 4.685.662,00
Espironolactona 25mg tableta	\$ 112.798.641,00
Glibenclamida 5 mg tableta	\$ 104.574.242,00
Hidroclorotiazida 25 mg tableta	\$ 735.242.997,00
Insulina nph 100 ui/ml ampolla	\$ 191.584.279,00
Insulina r (cristalina) 100 ui/ml ampolla	\$ 71.562.355,00
Losartan 100 mg tableta	\$ 13.048.947,00
Losartan 50 mg tableta	\$ 1.130.982.002,00
Metformina 850 mg tableta	\$ 393.853.681,00
Metoprolol 100 mg tableta	\$ 30.525.859,00
Metoprolol 1mg/ml ampolla	\$ 4.434.988,00
Metoprolol 50 mg tableta	\$ 400.967.014,00
Metoprolol 5mg/5ml ampolla	\$ 719.848,00
Nifedipina 10 mg capsula	\$ 3.116.427,00
Nifedipina 30 mg tableta	\$ 166.546.050,00
Nimodipino 30 mg tableta	\$ 49.386.920,00
Prazosina 1 mg tableta	\$ 145.303.040,00
Propranolol 40 mg tableta	\$ 21.766.070,00
Propranolol 80 mg tableta	\$ 2.869.953,00
Um insulina humana nph 100 ui iny.	\$ 5.016.503,00
Um insulina r humana 100 u.i iny. (cristalina)	\$ 20.449.763,00
Verapamilo 120 mg tableta	\$ 76.365.994,00
Verapamilo 80 mg tableta	\$ 227.040.572,00
Total	\$ 5.194.941.087,00

El costo total de medicamentos relacionados directamente con el programa para esta EAPB es bastante significativo: 5.221.983.274,00, es importante mencionar que solo se tuvieron en cuenta antihipertensivos, hipoglucemiantes e insulinas.

Tabla 17. Análisis centros de costo urgencias y hospitalización Savia Salud EAPB 2016

Proceso/actividad	Costo proyectados 2016	Costo real 2016	Diferencia
Urgencias		\$ 19.808.269,00	\$ 19.808.269,00
Hospitalización		\$ 3.487.638.450,00	\$ 3.487.638.450,00
Total		\$ 3.507.446.719,00	\$ 3.507.446.719,00

Con relación a urgencias y hospitalización se observa un costo significativo de \$ 3.507.446.719,00 que en su totalidad se considera costo de la no calidad relacionado con el incumplimiento anteriormente observado.

Tabla 18. Análisis cumplimiento guías práctica clínica total SAVIASALUD EAPB 2016

Proceso/actividad	Cantidad proyectada 2016	Cantidad real 2016	Diferencias	% cumplimiento
Recurso humano	77363	107925	30562	140%
Procedimientos enfermería	16753	7552	-9201	45%
Laboratorio	146436	41126	-105310	28%
Total actividades	240552	156603	-83949	65%

De las actividades proyectadas a realizar para el año 2016, se observa que la institución solo cumple con un 65%, esto teniendo en cuenta que se toman el total de actividades realizadas pero que algunas de ellas se realizan en los mismos pacientes. No se tiene en cuenta medicamento puesto que es una variable que depende de condiciones y respuesta específica del paciente al programa y a los medicamentos escogidos, tampoco se tienen en cuenta urgencias y hospitalización puesto que con el cumplimiento de la guía se espera no se presenten descompensaciones e ingresos por estos servicios.

Tabla 19. Análisis costos programa crónicos SAVIASALUD EAPB 2016

Proceso/actividad	Costo proyectados 2016	Costo real 2016	Diferencia
Recurso humano	\$ 447.853.599,94	\$ 665.486.033,67	\$ 217.632.433,73
Procedimientos enfermería	\$ 508.886.055,88	\$ 248.962.008,00	\$ (259.924.047,88)
Laboratorio	\$ 2.540.742.879,60	\$ 569.230.120,74	\$ (1.971.512.758,86)
Medicamentos	\$ 5.194.941.087,00	\$ 5.194.941.087,00	\$ -
Urgencias		\$ 19.808.269,00	\$ 19.808.269,00
Hospitalización		\$ 3.487.638.450,00	\$ 3.487.638.450,00
Total actividades	\$ 8.692.423.622,41	\$ 10.186.065.968,40	\$ 1.493.642.345,99

Sin tomar en cuenta los servicios de urgencias y hospitalización se presentan unos costos \$2.013.804.373,01 por debajo de lo proyectado, lo que muestra que un alto porcentaje de los costos reales está representado por la utilización de estos dos servicios, invirtiendo la diferencia y generando más costos de los proyectados según las guías de práctica clínica.

Con relación a la DLS como entidad responsable de pago, se encuentra lo siguiente:

Tabla 20. Análisis comparativo de las actividades proyectas y realizadas para el centro de costo recurso humano DLS 2016

Centro de costo	Cantidad proyectada 2016	Cantidad real 2016	Diferencias	Costo proyectado 2016	Costo real 2016	Diferencias
Valor proyectado horas medicas anuales 2016	1206	1301	95	\$ 7.198.832,60	\$ 8.083.152,00	\$ 884.319,40
Valor proyectado horas enfermería anuales 2016	500	15	-485	\$ 2.492.151,17	\$ 59.775,00	\$ (2.432.376,17)
Valor proyectado horas nutrición anuales 2016	121	17	-104	\$ 363.524,33	\$ 51.073,67	\$ (312.450,67)
Valor proyectado horas psicología anuales 2016	15	0	-15	\$ 282.000,00	\$ -	\$ (282.000,00)
Total Recurso Humano	1842	1333	-509	\$ 10.336.508,11	\$ 8.194.000,67	\$ (2.142.507,44)

Al igual que para SaviaSalud EAPB se evidencia incumplimiento en las valoraciones de los profesionales de enfermería, nutrición y psicología presentando menos consultas de las proyectadas según guías de práctica clínica, mientras que en el recurso médico se observan más de las proyectadas.

Tabla 21. Análisis comparativo de las actividades proyectadas y realizadas para el centro de costo procedimientos de enfermería DLS 2016

Centro de costo	Cantidad proyectada 2016	Cantidad real 2016	Diferencias	Costo proyectado 2016	Costo real 2016	Diferencias
Valor total proyectado monitorio PA (3) 2016	63	66	3	\$ 230.013,00	\$ 240.966,00	\$ 10.953,00
EKG valor anual	399	212	-187	\$ 15.026.682,23	\$ 7.990.280,00	\$ (7.036.402,23)
Total Procedimientos Enfermería	462	278	-184	\$ 15.256.695,23	\$ 8.231.246,00	\$ (7,025,449.23)

Con relación a procedimientos de enfermería el comportamiento es similar al de SaviaSalud EAPB de forma que se observa incumplimiento en las actividades proyectadas de acuerdo a las guías de práctica clínica en ambas actividades.

Tabla 22. Análisis comparativo de las actividades proyectadas y realizadas para el centro de costo laboratorio clínico Savia Salud DLS 2016

Centro de costo	Cantidad proyectada 2016	Cantidad real 2016	Diferencias	Costo proyectada 2016	Costo real 2016	Diferencias
Hemolecograma	399	282	-117	\$ 7.605.040,16	\$ 5.379.150,00	\$ (2.225.890,16)
Eritrosedimentación	399	16	-383	\$ 1.741.085,73	\$ 69.872,00	\$ (1.671.213,73)
Glicemia basal valor anual	444	444	0	\$ 5.098.458,90	\$ 5.102.004,00	\$ 3.545,10
Perfil lipidico valor anual						\$ -
HDL	399	48	-351	\$ 7.696.739,20	\$ 926.640,00	\$ (6.770.099,20)
LDL	399	18	-381	\$ 9.071.028,77	\$ 409.536,00	\$ (8.661.492,77)
Colesterol total	399	32	-367	\$ 9.345.727,20	\$ 750.112,00	\$ (8.595.615,20)
Trigliceridos	399	51	-348	\$ 5.131.082,92	\$ 656.360,21	\$ (4.474.722,71)
Creatinina valor anual	399	56	-343	\$ 4.397.965,82	\$ 617.736,00	\$ (3.780.229,82)
Valor proyectado microalbuminuria anual	399	0	-399	\$ 7.862.993,55	\$ -	\$ (7.862.993,55)
Hemoglobina glicada valor anual	60	0	-60	\$ 1.171.320,00	\$ -	\$ (1.171.320,00)
TSH valor 2016 (pacientes con DLP)	0	0	0	\$ -	\$ -	\$ -
				\$	\$	\$
Total Laboratorio	4092	1014	-3078	63.977.504,60	14.727.470,21	(49.250.034,39)

Al igual que para SaviaSalud EAPB se evidencia incumplimiento de las guías de práctica clínica con los mismos faltantes de exámenes por reportar a falta de parametrización que facilite su identificación.

Tabla 23. Relación exámenes realizados DLS 2016

Proceso/actividad	Hipertensos				Diabéticos			
	Únicos	repetidos	% repetidos	Valor repetidos	Únicos	Repetidos	% repetidos	valor repetidos
Hemolecograma	215	67	24%	\$ 1.278.025,00				
Eritrosedimentación	14	2	13%	\$ 8.734,00				
Glicemia basal								
valor anual	216	94	30%	\$ 1.080.154,00	32	86	73%	\$ 988.226,00
HDL	220	75	25%	\$ 1.447.875,00	14	2	13%	\$ 38.610,00
LDL	94	14	13%	\$ 318.528,00	6	0	0%	\$ -
Colesterol total	219	72	25%	\$ 1.687.752,00	13	2	13%	\$ 46.882,00
Trigliceridos	218	71	25%	\$ 913.756,37	14	2	13%	\$ 25.739,62
Parcial orina valor anual	219	72	25%	\$ 876.960,00	16	6	27%	\$ 73.080,00
Creatinina valor anual	214	78	25%	\$ 794.232,00	17	2	11%	\$ 22.062,00
Total Laboratorios Repetidos	1629	545	25%	\$ 8.406.016,37	112	100	47%	\$ 1.194.599,62

\$ 9.600.615,98

Similar a SaviaSalud EAPB pero con un valor se observa que no se cumple con los intervalos indicados en la guía y el total de exámenes realizados está distribuido en un grupo inferior de pacientes, principalmente en los diabéticos que el porcentaje de exámenes repetidos es el 47%, en dinero en total esta multiplicidad representa \$ 9.600.615,98.

Tabla 24. Análisis centro de costo medicamentos DLS 2016

Medicamento		Total Factura
Amlodipino 5 mg tableta	\$	5.056.159,00
Captopril 25 mg tableta	\$	3.847.864,00
Captopril 50 mg tableta	\$	3.102.874,00
Clonidina 150 mcg tableta	\$	4.800.404,00
Enalapril 20 mg tableta	\$	4.347.728,00
Enalapril 5mg tableta	\$	12.950.860,00
Espironolactona 100mg tableta	\$	246.817,00
Espironolactona 25mg tableta	\$	635.356,00
Glibenclamida 5 mg tableta	\$	1.552.261,00
Hidroclorotiazida 25 mg tableta	\$	15.341.067,00
Insulina nph 100 ui/ml ampolla	\$	3.403.123,00
Insulina r (cristalina) 100 ui/ml ampolla	\$	1.511.825,00
Losartan 100 mg tableta	\$	472.797,00
Losartan 50 mg tableta	\$	16.848.256,00
Metformina 850 mg tableta	\$	11.521.873,00
Metoprolol 100 mg tableta	\$	403.533,00
Metoprolol 1mg/ml ampolla	\$	122.342,00
Metoprolol 50 mg tableta	\$	7.054.293,00
Nifedipina 10 mg capsula	\$	95.294,00
Nifedipina 30 mg tableta	\$	3.651.787,00
Nimodipino 30 mg tableta	\$	457.365,00
Prazosina 1 mg tableta	\$	1.074.448,00
Propanolol 40 mg tableta	\$	814.994,00
Propanolol 80 mg tableta	\$	86.390,00
Verapamilo 120 mg tableta	\$	1.230.868,00
Verapamilo 80 mg tableta	\$	1.118.352,00
Total	\$	101.748.930,00

El costo total de medicamentos relacionados directamente con el programa para la DLS para 2016 fue de 101.748.930,00, lo cual es significativo si se revisa el valor total del contrato para esta entidad.

Tabla 25. Análisis centros de costo urgencias y hospitalización DLS 2016

Centro de costo	Costo proyectado 2016	Costo real 2016	Diferencias
Urgencias	\$ -	\$ 3.693.065,00	\$ 3.693.065,00
Hospitalización	\$ -	\$ 29.581.556,00	\$ 29.581.556,00
Total	\$ -	\$ 33.274.621,00	\$ 33.274.621,00

Con relación a urgencias y hospitalización se observa un costo significativo de \$ 33.274.621,00 que en su totalidad se considera costo de la no calidad relacionado con el incumplimiento anteriormente observado

Tabla 26. Análisis cumplimiento guías práctica clínica total DLS 2016

Centro de costo	Cantidad proyectada 2016	Cantidad real 2016	Diferencias	% cumplimiento
Recurso humano	1842	1333	-509	72%
Procedimientos enfermería	462	278	-184	60%
Laboratorio	4092	1014	-3078	25%
Total actividades	6396	2625	-3771	41%

Para la DLS de las actividades proyectadas a realizar para el año 2016 la institución cumple con un 41%, esto sin mencionar que se realizan actividades repetidas en el año en algunos pacientes. Al igual que para SaviaSalud no se tiene en cuenta los centros de costo: medicamentos, urgencias y hospitalización.

Tabla 27. Análisis costos programa crónicos DLS 2016

Centro de costo	Costo proyectado 2016		Costo real 2016		Diferencias
Recurso humano	\$	10.336.508,11	\$	8.194.000,67	\$ (2.142.507,44)
Procedimientos					
enfermería	\$	15.256.695,23	\$	8.231.246,00	\$ (7.025.449,23)
Laboratorio	\$	63.977.504,60	\$	14.727.470,21	\$ (49.250.034,39)
Medicamentos	\$	101.748.930,00	\$	101.748.930,00	\$ -
Urgencias	\$	-	\$	3.693.065,00	\$ 3.693.065,00
Hospitalización	\$	-	\$	29.581.556,00	\$ 29.581.556,00
Total	\$	191.319.637,94	\$	166.176.267,87	\$ (25.143.370,07)

Para DLS a diferencia de SaviaSalud los costos proyectados son superiores a los reales, del total de centro de costos solo es superior los costos reales correspondientes a los servicios de urgencias y

8. Conclusiones

El análisis de costos permite evidenciar que el valor contratado es muy inferior al necesario para cumplir con el total de actividades proyectadas en estos usuarios según las guías de práctica clínica, especialmente para SaviaSalud EAPB, en donde se observa que los costos anuales proyectados son de \$ 8.692.423.622,41 para 13.909 usuarios, según contratación y valor mes usuario (\$ 15.270), se estarían recibiendo \$ 2.548.685.160,00 en un año para su atención, lo que representa una diferencia de \$ 6.143.738.462,41.

En cuanto a cumplimiento en las guías de práctica clínica, se observa que no se realizan el total de actividades proyectadas, se presenta un cumplimiento del 65% para SaviaSalud EAPB y 41% para DLS lo cual se ve reflejado en la alta consulta de los usuarios del programa en los servicios de urgencias y hospitalización, es importante mencionar que para el cálculo del incumplimiento se toman todas las actividades efectuadas por centro de costo, lo cual indica que el cumplimiento puede ser inferior puesto que se evidencio que muchas actividades se realizan con mayor frecuencia a la definida en la guía de práctica clínica, especialmente las consultas médicas y exámenes de laboratorio.

A pesar de realizar menos actividades de las definidas con relación a los centros de costo: recurso humano, laboratorio y actividades de enfermería se evidencia que los costos reales son superiores a los proyectados y que el mayor peso está reflejado en los costos generados en los servicios de urgencias y hospitalización, que es en donde se refleja el resultado del incumplimiento de las guías de práctica clínica manifestado en la descompensación de los usuarios del programa. Otro costo de no calidad importante es relacionado con laboratorios repetidos en el mismo año por fuera de la frecuencia recomendada por las guías de práctica clínica: 355.362.067,16 para SaviaSalud EAPB y 9.600.615,98 para DLS.

La institución no cumple con características de calidad del dato como: coherencia, exactitud e integralidad, lo que dificulta la extracción de datos confiables y generación de información que permita un oportuno y confiable análisis de los costos por áreas y procesos. Las falencias con relación a sistemas de información y calidad del dato en la institución dificultan una adecuada caracterización de la población, lo cual genera vacíos y por ende aumenta la probabilidad que se

presente toma de decisiones equivocadas en todos los procesos y con especial preocupación en el área de contratación.

Como conclusión personal, el conocimiento de los costos relacionados con la calidad y no calidad en las instituciones de salud es importante porque cambia la forma en la que se visualiza el problema actual de salud, puesto que permite evidenciar como la falta de información y consecuente imposición desde el poder que ejercen las aseguradoras limita los costos operativos de los diferentes programas, lo que lleva a una racionalización no justificada ni asertiva de los costos de calidad y que finalmente termina impactando de manera negativa en la salud de los usuarios y por ende en los costos asociados a estas complicaciones.

9. Recomendaciones

- Fortalecer la parametrización, la estandarización, la socialización, la auditoría, la retroalimentación y el mejoramiento continuo de los procesos relacionados con sistemas de información como: Historia Clínica, facturación, admisiones y estadística en todos los programas, con el fin de tener información confiable que permita la toma de decisiones en todas las áreas, principalmente en el área de contratación, de forma que sea posible realizar análisis de costos por programa según año previo.
- Gestionar la idoneidad del recurso humano relacionado con el programa mediante el fortalecimiento de los procesos de: contratación, inducción, re inducción, socialización, capacitación continua, auditoría y retroalimentación con el fin de impactar en la adherencia a las guías de práctica clínica.
- Replantear el proceso de ordenamiento y facturación de exámenes de laboratorio de forma que permita la verificación de tiempos definidos según guías de práctica clínica, diferenciación con los exámenes que se toman dentro del programa pero que son producto de una necesidad adicional a lo planteado en las guías, facturación el día del examen y no previamente, todo esto con el fin de evitar que se presenten diferencias entre fuentes de información, se facilite la supervisión de cumplimiento de las guías y los costos asociados a falta de pertinencia médica en la solicitud de los mismos.
- Con el fin de mejorar el proceso de identificación de los costos asociados a los programas se recomienda asignar códigos alternos a los exámenes de laboratorio faltantes, medicamentos, consultas externas, atención por el servicio de urgencias y hospitalizaciones relacionadas.
- Dentro de la contratación dejar claras las responsabilidades de las aseguradoras con relación a la gestión del riesgo de los pacientes del programa, asegurando de manera oportuna las valoraciones y realización de ayudas diagnósticas que no se tienen contratadas en la institución.

- Fortalecer el programa del adulto sano, mediante la identificación, registro, seguimiento y gestión al riesgo según factores asociados, con el fin de impactar en la incidencia o prevención oportuna de complicaciones de estas enfermedades mediante la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el diagnóstico oportuno.

Referencias Bibliográficas

1. Arango Cardona L. Importancia de los costos de la calidad y no calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad. Rev. EAN [Internet] 2009 Sep; 67: 75-94 [Consultado 2016 Noviembre 11] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-81602009000300006
2. Gallardo Solarte K, Benavides Acosta F, Rosales Jiménez R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. RevCiencSalud [Internet] 2016; 14(1): 103-114 [Consultado 2016 Noviembre 11] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v14n1/v14n1a10.pdf>
3. Sánchez Herrera B, Carrillo González G, Barrera Ortiz L, Chaparro Díaz L. Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible. Aquichan [Internet] 2013; 13 (2): 10 [Consultado 2017 Marzo 15] Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2395>
4. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 1438 De 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 47957 (Ene. 19 de 2011).
5. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial, 41148 (Dic. 23 1993).
6. Colombia Presidente de la República. Decreto 2423 de 1996, Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones [Internet]; 1996 [Consultado 2017 Marzo 15] Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Normatividad%20Red%20nal%20bancos%20de%20sangre/Decreto%202423%20de%201996.pdf>

7. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial, 46230 (Abr. 03 2006).
8. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 46506 (Ene. 9 2007).
9. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0256 de 2016, Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud [Internet]; 2016 [Consultado 2017 Marzo 15] Disponible en: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Inicio/ROSS/Resolucion2562016.aspx>
10. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnología en Salud. Guía de Práctica Clínica Hipertensión Arterial Primaria (HTA). Guía 18 [Internet] 2013 [Consultado 2017 Marzo 15] Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_hta/gpc_hta_completa.aspx
11. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud Universidad Nacional de Colombia Instituto de Investigaciones Públicas. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Tomo II. [Internet] 2007 [Consultado 2017 Marzo 15] Disponible: en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCION%20-TOMO%20DOS.pdf>
12. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 4003 de 2008 por medio del cual se adopta el anexo técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2. Diario Oficial, 47.151 (Oct, 23 de 2008).
13. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo: Una enfermedad que mata en silencio. Ginebra: Document Production Services; [Internet] 2013 [Consultado 2017 Marzo 15] Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf

14. American Diabetes Assosation. Diagnóstico y Clasificación de la Diabetes Mellitus (I). Diabetes Care. 35 (Supp 1). Januray; [Internet] 2012 [Consultado 2017 Marzo 15] Disponible en: http://www.intramed.net/userfiles/2012/file/guias_diabetes1.pdf
15. Losada Otálora M, Rodríguez Orejuela A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Cuad. Adm. [Internet]. 2007; 20 (34): 237-258 [Consultado 2016 Noviembre 11] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/205/20503411.pdf>
16. Colombia. Dirección de Epidemiología y Demografía, Análisis De Situación De Salud (ASIS). Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; [Internet] 2015 [Consultado 2016 Noviembre 11] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>

Anexos

Anexo 1: Clasificación del riesgo en pacientes hipertensos

Cuadro 2. Clasificación del riesgo en pacientes hipertensos *

Estratificación del riesgo , según presión arterial y factores de riesgo			
Tensión Arterial	Estado I	Estado II	Estado III
Factores de Riesgo	PAS 140-159 o PAD 90-99	PAS 160-179 o PAD 100-109	PAS >179 o PAD > 109
Sin FR	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
1 a 2 FR	Riesgo Moderado	Riesgo Moderado	Riesgo Muy Alto
3 o más FR o LOB o Diabetes	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Muy Alto
Condiciones Clínicas Asociadas	Riesgo Muy Alto	Riesgo Muy Alto	Riesgo Muy Alto

* Esquema de Clasificación de Riesgo Cardiovascular a 10 años de la ESH-ESC, adoptada por la Guía de atención de HTA. Ministerio de Protección Social. Colombia. Mayo de 2007.

Anexo 2. Resolución 263 adopción guías BelloSalud

**RESOLUCIÓN No. 263
(05 de Diciembre de 2014)**

"POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN LAS GUÍAS DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LOS PROTOCOLOS DE SALUD PÚBLICA PARA LA E.S.E. BELLOSALUD".

El **GERENTE** de la Empresa Social del Estado **BELLOSALUD** del Municipio de Bello (Antioquia), en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en el artículo 576 y 577 del Ley No. 09 de 1979, la Ley No. 10 de 1990, el artículo 173, 180, 185, 186, 227 y 232 de la Ley No. 100 de 1993, Decreto Reglamentario No. 1878 de 1994, Artículo 5 del Decreto No. 1259 de 1994, Decreto No. 1011 de 2006, 42 y 56 de la Ley No. 715 de 2001, Ley No. 647 de 2001, Ley 4107 de 2011, artículo 58 de la Ley No. 1438 de 2011, modificado por el artículo 118 del Decreto-ley 019 de 2012, Ley 1437 de 2011, Resolución 00002003 de 2014, entre otras normas concordantes y

CONSIDERANDO:

Que mediante el Decreto Municipal No. 00000572, expedido en fecha 17 de Diciembre de 2008, por la Alcaldía Municipal de Bello, se realizó la fusión por absorción entre la E.S.E. Hospital Rosalpi (absorbente) y la E.S.E. Hospital Zamora - Paris - Fontidueño (absorbida), surgiendo así, una nueva denominación jurídica de empresa llamada: "Empresa Social del Estado **BELLOSALUD**", que presta los servicios de salud de primer nivel de complejidad en el Municipio de Bello (Antioquia), donde se establece su objeto, patrimonio, estructura básica, régimen jurídico, de personal, presupuestal, tributario, de control interno y fiscal, entre otros.

Que en la Misión institución de la Empresa Social del Estado **BELLOSALUD**, aparece definido que nuestra entidad presta servicios de salud a la comunidad Bellanita con criterios de calidad y respeto por el ser humano y el medio ambiente. Buscamos continuamente el bienestar de nuestros usuarios, mediante un adecuado direccionamiento estratégico, énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y el desarrollo integral de nuestro talento humano.

Que en la Visión Institucional de la Empresa Social del Estado **BELLOSALUD**, se establece que nuestra empresa es una entidad hospitalaria líder en la prestación de servicios de salud en el Municipio de Bello (Antioquia) y su área cercana, reconocida en todo el país por su crecimiento sostenible, el servicio humanizado y calidad demostrada.

Que el campo de aplicación establecido en el artículo del Decreto No. 1011 de 2006, "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS)", incluye a: los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Propagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud y además este decreto en su artículo cuatro (4) señala que el Sistema Único de Habilitación es uno de los cuatro (4) componentes del SOGCS.

Que las Características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), de acuerdo a lo establecido en el artículo 3 del Decreto No. 1011 de 2006, se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) deberá cumplir con las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), establecido en el artículo 4 del Decreto No. 1011 de 2006, tendrá los siguientes componentes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

Que la Resolución No. 2003 de 2014, en el Estándar Procesos prioritarios en su numeral d) Procesos Seguros, dice: *"... Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento"*.

"La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio".

"Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional".

Que además en el Estándar Procesos prioritarios se exige la adopción de los Protocolos de Salud Pública.

Que el Instituto Nacional de Salud ha diseñado y documentado los protocolos de vigilancia en salud pública.

Por lo anteriormente expuesto, el gerente de la Empresa Social del Estado **BELLOSALUD**,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: **ADOPTAR** las siguientes Guías de Atención Integral para la Empresa Social del Estado **BELLOSALUD**, las que se relacionan a continuación, de acuerdo a lo establecido en la parte motiva de la presente resolución:

Anomalías del recién nacido.
Asfixia.
Asma.
Bronquiolitis.

Detección temprana de cáncer de colon.
Detección temprana de cáncer de mama.
Detección temprana de cáncer de próstata.
Detección temprana de depresión.
Enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años.
Prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
Hipertensión arterial primaria.
Detección oportuna de leucemia linfocítica aguda y leucemia mieloide aguda en niños, niñas y adolescentes.
Detección temprana de linfoma de Hodgkin y de linfoma no Hodgkin en niños, niñas y adolescentes.
Evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de cinco años y bronquiolitis en niños y niñas menores de dos años.
Recién nacido prematuro.
Recién nacido sano.
Síndrome coronario agudo.
Abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital.
Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol.

ARTÍCULO SEGUNDO: Adóptense los protocolos de Vigilancia en Salud Pública emanados del Instituto Nacional de salud en su última versión.

ARTÍCULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra el presente acto administrativo, no cabe la interposición de recursos ordinarios de conformidad con la Ley 1437 de 2011, actual Código Contencioso Administrativo del Estado Colombiano.

Dado en el Municipio de Bello (Antioquia), a los cinco (05) días del mes de Diciembre de dos mil catorce (2014).

PUBLIQUESE, COMUNIQUESE Y CÚMPLASE:



ELKIN GUILLERMO SUAREZ ROMERO
GERENTE (E)

Elaboró y revisó: RUBEN DARÍO MESA LONDOÑO
Profesional Universitario R0194
VóBo: ELKIN GUILLERMO SUAREZ ROMERO
Gerente Encargado

www.esbellosalud.gov.co
Hospital Rosalpi, Centro de Salud Zamora, Parí, Fondúefo, Niquía, Mirador, Playa Rica
Y Puesto de Salud San Félix.
Carrera 42 Número 20 E 91
Teléfono 4547860
Bello - Antioquia