

**CAUSAS ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS CON LA NO ADHERENCIA  
DE PACIENTES CRÓNICOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE ALTO  
RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA IPS UPREC SINERGIA GLOBAL EN  
SALUD-COOMEVA EPS**

**SANDRA MILENA ARGUELLO REY  
RAFAEL ANTONIO CABALLERO ESPINOSA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA  
2015**

**CAUSAS ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS CON LA NO ADHERENCIA  
DE PACIENTES CRÓNICOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE ALTO  
RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA IPS UPREC SINERGIA GLOBAL EN  
SALUD-COOMEVA EPS**

**SANDRA MILENA ARGUELLO REY  
RAFAEL ANTONIO CABALLERO ESPINOSA**

**Trabajo de Grado para optar al título de:  
Especialista en Administración de Servicios de Salud Pública**

**Directora  
PhD. MIRYAM RUIZ RODRIGUEZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA  
2015**

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores de la presente monografía de investigación brindan sus más sinceros agradecimientos en primera instancia al Departamento de Salud Pública de la Universidad Industrial de Santander en cabeza de su Directora Doctora Mary Lupe Angulo Silva por su incondicional apoyo y por permitirnos la oportunidad de formar parte de este selecto espacio de aprendizaje y formación.

De igual forma agradecemos enormemente a la Doctora Myriam Ruiz Rodríguez por su amable apoyo y valiosísima orientación no solo durante el desarrollo de la Especialización, también en su calidad como directora de la monografía de investigación. Sus valiosas indicaciones, enseñanzas y consejos ratifican con gran vehemencia el carácter científico y analítico requerido en la formación de Administradores de Servicios de Salud con autonomía, eficientes y conocedores de los desafíos que afronta el sector salud.

Finalmente agradecemos enormemente a la Unidad de Prevención Clínica Sinergia Global en Salud que forma parte del grupo empresarial COOMEVA y su equipo médico y administrativo, en cabeza del Dr. Luis Eduardo Ravello García por el apoyo brindado y el haber permitido la realización del presente análisis que esperamos sea de su agrado y permita establecer planes de acción al interior de la IPS que actualmente lidera.

## **DEDICATORIA**

A Dios y a mi madre Elvia Espinosa Sarmiento que son la fortaleza que me motiva día a día para salir adelante y superar las adversidades.

Rafael Caballero Espinosa

Agradezco a dios por haberme guiado y permitido cumplir una meta más a nivel profesional, a mis padres y hermanos por haberme acompañado en este reto y a nuestra directora por su dedicación, enseñanzas y habernos dado las pautas necesarias para cumplir con este proyecto.

Sandra Arguello Rey

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN.....	16
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	19
2. OBJETIVOS.....	25
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	25
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
3. MARCO TEÓRICO.....	26
3.1. HACIA UNA CONCEPCIÓN DE LA PREVENCIÓN EN SALUD .....	27
3.2. EL CONCEPTO DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD .....	29
3.2.1. NIVELES DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD .....	33
3.3. PREVENCIÓN SECUNDARIA Y ENFERMEDAD CRÓNICA .....	34
3.3.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL .....	38
3.3.2. DIABETES .....	43
4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	46
5. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
5.2. IPS SINERGIA GLOBAL EN SALUD.....	52
5.2.1. MISIÓN.....	52
5.2.2. VISIÓN .....	53
6. METODOLOGÍA .....	56
7. RESULTADOS.....	59
7.1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN NO ADHERENTE DE LA IPS UPREC SINERGIA GLOBAL EN SALUD .....	60
7.2. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS ADMINISTRATIVAS .....	64
7.2.1. OPORTUNIDAD EN LA CONSULTA.....	67

7.2.2. TRÁMITES DISPENDIOSOS DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN .....	69
7.2.3. RECURSO HUMANO POCO MOTIVADO.....	69
7.2.4. DEFICIENCIA EN EL SEGUIMIENTO A USUARIOS .....	71
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	72
9. ACCIONES DE MEJORA.....	77
9.2. ACCIONES DE MEJORAMIENTO A ANALIZAR .....	77
9.3. ACCIONES DE MEJORAMIENTO PROPOSITIVAS.....	79
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	81
ANEXOS .....	88

## LISTA DE ILUSTRACIONES

	<b>Pág.</b>
Ilustración 1. Lógica de la acción preventiva. ....	32
Ilustración 2. Análisis de las causas administrativas relacionadas con la no adherencia a citas por parte de pacientes inscritos al programa y encontradas durante el proceso de entrevistas con el equipo médico y auxiliar de la UPREC, 2015.....	66

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Historia natural de la enfermedad Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.....	37
Tabla 2. Variables administrativas relacionadas con la no adherencia de usuarios crónicos al programa ARCV de la IPS UPREC Sinergia Global en Salud de Coomeva, último trimestre de 2014. ....	65
Tabla 3. Horas mensuales por especialista contratado para el servicio de medicina interna en la UPREC Sinergia Global en Salud, 2014.....	67
Tabla 4. Citas asignadas en la UPREC Sinergia Global en Salud último trimestre de 2014.....	68

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo A. Formato de registro de inscripción y seguimiento por parte del equipo interdisciplinario.....	88
Anexo B. Registro de usuarios con posibles criterios médicos para su egreso del programa ARCV.....	90
Anexo C. Carta de aceptación de la Monografía por parte de le UPREC Sinergia Global en Salud COOMEVA EPS.....	92
Anexo D Esquema de consentimiento informado firmado por el equipo médico de la IPS durante la aplicación de entrevistas.....	93

## RESUMEN

**TITULO:** Causas administrativas relacionadas con la no adherencia de pacientes crónicos inscritos al programa de alto riesgo cardiovascular en la IPS UPREC Sinergia Global en Salud – Coomeva EPS\*

**AUTORES:** Sandra Milena Argüello Rey, Rafael Antonio Caballero Espinosa\*\*.

**PALABRAS CLAVE:** Adherencia, Riesgo Cardiovascular, Causas Administrativas, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Atención Primaria en Salud.

### DESCRIPCIÓN:

Debido a que las enfermedades crónicas no transmisibles van en aumento junto con sus altos costos en el tratamiento y rehabilitación como tendencia mundial, unido a esto los pocos trabajos investigativos sobre el área administrativa, y la no consecución del logro en los indicadores de una IPS de Bucaramanga en el último trimestre del 2014, se hizo necesario realizar el presente estudio el cual comprende el análisis de las posibles causas administrativas respecto a la no adherencia de los usuarios inscritos al programa de ARCV.

Mediante una metodología cuantitativa y cualitativa se realizó análisis de formatos de inscripción de usuarios con Hipertensión y Diabetes mellitus en dicha IPS y, junto con la participación del equipo asistencial y administrativo, se realizaron entrevistas las cuales con ayuda del diagrama causa-efecto de Ishikawa (espina de pescado) se hallaron cuatro posibles variables que inciden en el proceso de no adherencia.

Por lo cual se concluye que a pesar de las herramientas disponibles la entidad: no conoce las características sociodemográficas de su población inscrita; falta de oportunidad de asignación de consultas, por poco personal y horarios restringido en el Call Center, proceso de educación y seguimiento poco efectivo por parte del personal asistencial de la unidad; fallas en el proceso de educación, información y comunicación del usuario desde las unidades básicas de atención; fallas en el proceso de contra remisión por parte del personal médico especialista; disponibilidad limitada de agendas en la unidad de especialistas, y por último; falta de capacitación y motivación hacia el logro de los objetivos por parte de la IPS. Como propuestas de mejora en el presente trabajo se exploran medidas analíticas respecto a la contratación y capacitación del personal asistencial y administrativo, y propuesta de formatos que apoyen dos de las problemáticas más evidentes.

---

\* Proyecto de Grado: Monografía

\*\* Facultad de salud. Escuela de medicina. Especialización Administración en Servicios de Salud. Directora: Miryam Ruiz Rodríguez

## ABSTRACT

**TITLE:** Administrative causes related with non-adherence of chronic patient enrolled in the program of high cardiovascular risk on IPS UPREC Sinergia Global en Salud – Coomeva EPS\*.

**AUTHORS:** Sandra Milena Argüello Rey, Rafael Antonio Caballero Espinosa\*\*.

**KEYWORDS:** Adhesion, Cardiovascular Risk, Administrative Causes, Hypertension, Diabetes Mellitus, Primary Health Care.

### DESCRIPTION:

Due to chronic noncommunicable diseases are on the rise along with high costs for the treatment and rehabilitation as a global trend, coupled with this the few research papers on the administrative area, and the failure to achieve the indicators in an IPS of Bucaramanga in the last quarter of 2014, it became necessary to carry out this study which includes the analysis of possible administrative causes regarding non-adherence to ARCV program of registered users.

Using a quantitative and qualitative methodology, analysis was performed to registration forms users with hypertension and diabetes mellitus in that IPS and, together with the participation of the healthcare team and administrative staff, interviews were conducted which using the cause-effect diagram Ishikawa, four possible variables that affect the process of no adherence were found.

Therefore it is concluded that despite the tools available in the entity: ignorance of the sociodemographic characteristics of the registered population; lack of opportunity mapping consultations, due to understaffed and schedules restricted in the Call Center; education and monitoring process ineffective by the nursing staff of the unit; failure of the educational process, information and communication of users from the basic care units; failures in the contraremision process by medical specialist staff; limited availability of consultations of specialist on the unit, and finally; lack of training and motivation towards achieving the objectives by the IPS. As improvement proposals in this paper, the analytical measures regarding the recruitment and training of the healthcare team and administrative personnel, and proposed formats, to support two of the most obvious problems explored.

---

\* Monograph

\*\* School health. Medical School. Specialization in Health Services Administration. Director :  
Miryam Ruiz Rodríguez

## INTRODUCCIÓN

Múltiples y muy diversos han resultado los cambios que en materia económica, social, demográfica e ideológica han acontecido durante los últimos años alrededor del mundo generando importantes avances no solo en el estilo de vida de las sociedades sino también en los modelos de desarrollo y crecimiento que, de acuerdo con los principios promulgados por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, deben propender por el respeto de los derechos fundamentales del hombre en concordancia por el cuidado de su dignidad y el valor que debe representar la persona humana, auspiciando la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres en un ambiente de justicia, paz y libertad<sup>1</sup>.

En este contexto de cambios, reformas, de nuevas disposiciones de consumo y nuevas formas de producción, las tendencias en salud y prevención de enfermedades se enfrentan cada vez más a estilos de vida y contextos aún mucho más trascendentales que ponen en riesgo no solo la salud e integridad de los seres humanos, también el desarrollo y nivel de vida de los países.

Por esta y múltiples razones más los sistemas de salud deben estar preparados para responder eficientemente a los requerimientos que el medio viene creando en los estilos de vida de la población, no solo a través de un gasto recurrente hacia la cura de las enfermedades, sino que debe empezar a dar prioridades más costo-eficientes que permitan, desde el impacto social en

---

<sup>1</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. [En línea] Declaración Universal de Derechos Humanos. [Citado el día 14 de Noviembre de 2014] Recuperado de: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

la salud de la población, generar estrategias enfocadas hacia la prevención de todo tipo de riesgos que eviten el padecimiento de enfermedades y situaciones que afecten la salud, la economía y el bienestar de la población, de la nación y de las generaciones futuras.

Ejemplo de ello es que uno de los grandes problemas que actualmente enfrentan los sistemas de salud es la creciente tasa de mortalidad creada a partir de la propagación desencadenada de las denominadas enfermedades crónicas o mejor conocidas como enfermedades no transmisibles, las cuales requieren un tipo de atención mucho más integral requiriendo la aplicación de estrategias que permitan la relación positiva del paciente con el tratamiento.

Ante este panorama surge un término muy común en la prevención y control de este tipo de enfermedades como lo es la adherencia de los pacientes al tratamiento, el cual puede ser evaluado a través de cuatro ejes fundamentales, como lo son: las características socioeconómicas del paciente, las propiedades de la enfermedad, las propiedades del tratamiento y las condiciones de los equipos médicos y de los servicios de salud<sup>2</sup>. Teniendo en cuenta esto, es posible inferir que, paralelo al proceso de adherencia de los pacientes, los procesos administrativos juegan un papel importante en el desarrollo de la enfermedad, por consiguiente pueden estos retardar o mejorar el progreso continuo del cuidado de la enfermedad.

Pocos trabajos abordan los aspectos administrativos relacionados con la no adherencia a los programas de riesgo cardiovascular, particularmente en el ámbito específico de las EPS, no obstante su impacto, tanto en la salud del usuario, como en la sostenibilidad financiera de las EPS. Por este motivo y a

---

<sup>2</sup> ZAMBRANO, Renato; DUITAMA, John; POSADA, Jorge y FLÓREZ, José. Percepción de la adherencia a tratamientos en usuarios con factores de riesgo cardiovascular. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2012. Vol. 30, no. 2, 163-174.

falta de un mayor número de investigaciones sobre el tema, se hace necesario la investigación de las posibles causas desde el punto de vista administrativo que pueden estar relacionadas con la no adherencia de los pacientes inscritos a un programa de Alto Riesgo Cardiovascular-ARCV, en una IPS del Municipio de Bucaramanga, la cual durante el año 2014 genero un número por debajo del indicador esperado de pacientes adherentes al tratamiento.

El presente trabajo consta de 4 partes importantes que explican detalladamente el proceso de la presente investigación. La primera hace alusión al marco teórico enfocado en temas de promoción y prevención de la enfermedad, enfocándose principalmente en la prevención secundaria, la cual trata específicamente los casos analizados en la UPREC y por supuesto explicando el concepto propio de la adherencia al tratamiento.

Posteriormente, en la segunda parte se realiza un análisis sobre el contexto en el que se desarrolló la investigación, explicando la organización de la IPS y el funcionamiento del programa de ARCV; la tercera parte explica la metodología y el análisis de los resultados obtenidos y, finalmente se brindan los resultados o conclusiones de la investigación con un valor agregado a la misma, consistente en la elaboración de tres propuestas o acciones desde el campo administrativo que pueden contribuir a mejorar las condiciones de adherencia en la UPREC.

## 1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las enfermedades no transmisibles constituyen en la actualidad uno de los principales obstáculos para el desarrollo de los países en el siglo XXI debido a que deterioran el desarrollo social y económico de todo el mundo<sup>3</sup>, actualmente, según cifras de la Organización Mundial de la Salud-OMS alrededor del 63% de las muertes en el mundo son atribuidas a enfermedades cardíacas, infartos, cáncer, enfermedades respiratorias y la diabetes<sup>4</sup>.

Según el Observatorio de Salud Pública de Santander, la ocurrencia de las cuatro enfermedades crónicas más comunes a nivel mundial: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, se encuentra asociada con la existencia de factores de riesgo prevenibles de tipo biológico (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, colesterol elevado en sangre, sobrepeso y obesidad) y comportamental (dieta inadecuada, inactividad física, consumo de tabaco y consumo nocivo de alcohol)<sup>5</sup>.

Estas circunstancias se agudizan teniendo en cuenta, entre muchas otras causas, que la tendencia global de la población mundial es mantener tasas bajas de mortalidad acompañado también de bajas tasas de fecundidad, donde

---

<sup>3</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [En línea]. Temas de Salud. Enfermedades crónicas. [Citado el 15 de Junio de 2015] Recuperado de: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

<sup>4</sup> Según la OMS Esta última representa en cifras 36 millones de las muertes a nivel mundial, siendo el 80% de estas muertes generadas en países de bajos ingresos, con un promedio de edad por debajo de los 60 años.

<sup>5</sup> OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER. [En línea]. Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander, método STEPwise. [Citado el 15 de Junio de 2015] Recuperado de: [http://www.who.int/chp/steps/2010\\_STEPS\\_Survey\\_Colombia.pdf](http://www.who.int/chp/steps/2010_STEPS_Survey_Colombia.pdf)

el promedio de edad de la población adulta que supera los 80 años está aumentando, aun en los países en vía de desarrollo, la falta de erradicación de enfermedades transmisibles tradicionales como la malaria y otras infecciones, sumado a factores como la desigualdad social, la falta de cobertura universal aun de las poblaciones vulnerables y las problemáticas de los sistemas de salud por responder a esta creciente demanda de enfermedades<sup>6</sup> es aún constante.

En América Latina, según cifras de la Organización Panamericana de la Salud, las enfermedades crónicas representaban en 2002 el 44% de las defunciones de hombres y mujeres menores de 70 años de edad, siendo la hipertensión uno de los factores de riesgo más importantes para las cardiopatías, debido a que afecta entre 8% y 30% de los habitantes de la región. México, uno de los pocos países que ha realizado más de una encuesta de factores de riesgo de enfermedades crónicas, determinó que la prevalencia de la hipertensión había aumentado de 26%, en 1993, a 30% en 2000.

Para el caso Colombiano, los informes del Observatorio Nacional de Salud demuestran que las enfermedades crónicas, como la cardiovascular, están representando una tendencia en aumento siendo actualmente reconocidas como la primera causa de muerte en el territorio Colombiano, evidenciando un comportamiento muy parecido a la tendencia mundial, debido al incremento promedio de edad de las personas y la evidencia de presencia de la enfermedad en poblaciones con edades mayores o iguales a 75 años de edad<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> CABALLERO, Carlo, y ALONSO, Luz. Enfermedades crónicas no transmisibles, es tiempo de pensar en ellas. Revista Salud Uninorte, 2010. Vol. 6, no. 2. Pág. 7-9.

<sup>7</sup> OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD. [En línea]. Boletín No. 1. Enfermedad cardiovascular: principal causa de muerte en Colombia. [Citado el 14 de Marzo de 2015] Recuperado de: [http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/boletin%201/boletin\\_web\\_ONS/boletin\\_01\\_ONS.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/boletin%201/boletin_web_ONS/boletin_01_ONS.pdf)

Por esto, desde la política en salud, se han establecido prioridades al cuidado y contención de estas enfermedades, citando por ejemplo, la Resolución 412 de 2000, las guías de manejo clínicas emanadas del Ministerio de Salud, la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional que fomenta la promoción y protección de la salud a través de la puesta en marcha de estilos de vida saludable, a través de la Ley 1335 de 2009 la cual dispone de planes de previsión para menores de edad y población fumadora, todo gracias a una definición más clara de la obesidad entendida como enfermedad crónica no transmisible y a que el plan decenal de salud 2012-2021, el cual en su dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, reconoce componentes importantes para su tratamiento como el modo, condiciones y estilos de vida saludables, así como las condiciones crónicas prevalentes.

Pese a estos esfuerzos, no se ha logrado contener el incremento de dichas enfermedades. Actualmente, en Colombia se plantea como elemento central para enfrentar los problemas crónicos la orientación del modelo de atención bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS). La APS es definida por la OMS como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, a través de una plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país<sup>8</sup>.

Estas estrategias en Colombia se visibilizan a través de la puesta en marcha por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de la Ley 1438 de 2011, la cual contempla la atención primaria como una estrategia en la cual se tienen en cuenta tres sectores que se integran y son interdependientes: la acción intersectorial y transectorial por la salud; la participación social, comunitaria y ciudadana y los servicios de salud.

---

<sup>8</sup> De igual forma afirma, consiste en el núcleo esencial de todo sistema de salud en el mundo, contribuyendo con el desarrollo social y económico de la humanidad.

De este modo, las Empresas Prestadoras de Salud-EPS, encargadas de organizar y Garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, están obligadas a tener una red de servicios propios o contratados con Instituciones Prestadoras de Salud-IPS, que ayude a garantizar dicho objetivo en la población. Dicho plan de salud incluye las actividades de promoción y prevención, en el cual uno de los principales enfoques de atención son las personas mayores de 45 años, donde, según Resolución 412 del 2000, el tamizaje realizado a esta población de manera periódica abarca grandemente la detección temprana de las enfermedades cardiovasculares más comunes en este grupo de edad<sup>9</sup>.

La EPS Coomeva ofrece servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular a través de las Unidades Básicas de Atención (UBA) y de la UPREC, ambas de primer nivel de atención. En la primera se atienden pacientes con problemas de RCV de bajo riesgo y en la segunda los de alto riesgo con un plan de atención especializado.

En la IPS Unidad de Prevención Clínica-UPREC Sinergia Global en Salud Global, la atención de este tipo de enfermedades envuelve a población con la que no se ha logrado control a través de la atención en las Unidades Básicas de Atención (UBA) de primer nivel, por tal razón se centraliza la atención por especialistas (Medicina Interna, Neumología, Nefrología, entre otros) con el fin de disminuir el número de hospitalizaciones y empeoramiento de su condición.

Una situación evidenciada, muy común dentro del tratamiento de estas enfermedades, es que al interior de la IPS UPREC, los análisis de indicadores evidencian una condición de no adherencia de la población inscrita a los servicios de Alto Riesgo Cardiovascular, para el caso de enfermedades como diabetes e hipertensión. Cifras obtenidas durante el cuarto trimestre de 2014 reportan que el 28,8% de la población no asistió a las citas, valor que está por

---

<sup>9</sup> Programa denominado como Programa de Detección del Adulto mayor.

debajo de la meta planteada por la IPS (>80% de la población asistente a citas). El número aproximado de personas que no se adhieren a las citas es de 356, por esta razón para efectos de la presente monografía, la no adherencia es entendida como el *Porcentaje de usuarios inscritos al programa de ARCV con inasistencia a las citas mayor a 4 meses*.

Ahora, la descripción de la no adherencia a tratamientos es particularmente vista desde un enfoque terapéutico, sin embargo, algunos estudios como los de Contreras<sup>10</sup>, Zabala<sup>11</sup> y Mercado y Hernández<sup>12</sup>, han demostrado que existen causas administrativas que interfieren el proceso de adherencia de los usuarios a los tratamientos o programas de riesgo cardiovascular que implican mejoras en el funcionamiento del sistema de salud, las empresas prestadoras del servicio y por supuesto el personal médico o tratante de este tipo de enfermedades.

Por esta razón, se hace meritorio un estudio de las posibles causas administrativas que incurren en la No adherencia de estos usuarios, teniendo en cuenta la relevancia de la atención por parte del personal administrativo y asistencial que brinda la institución, lo cual beneficiaría tanto el impacto de las actividades realizadas por la institución a la población afiliada (mejores

---

<sup>10</sup> CONTRERAS, Astrid. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los usuarios inscritos en el programa de control de la hipertensión arterial de la unidad básica de atención Coomeva. En: Revista Salud Uninorte. Mayo 2010. Vol. 26, no. 2, p. 201-211.

<sup>11</sup> ZABALA, Liliana. Adherencia terapéutica en usuarios con enfermedades crónicas: una revisión crítica orientada a las causas de naturaleza administrativa. Monografía de Especialización). Facultad de Salud, Especialización en Administración de Servicios de Salud Pública, 2011, 122 p.

<sup>12</sup> MERCADO, Francisco y HERNÁNDEZ, Eduardo. Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. En: Revista. Salud Pública, 2007. Vol. 23, no. 9, 2178-2186.

resultados en Salud y aprovechamiento de los recursos utilizados para la población Objeto), así como el beneficio en el estado de Salud de la población que no está siendo cubierta por la atención de manera regular.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar las causas administrativas que se relacionan con la no adherencia de pacientes crónicos inscritos al programa de Alto Riesgo Cardiovascular-ARC en la IPS UPREC Sinergia Global en Salud Coomeva de Bucaramanga.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar las características sociodemográficas de la población no adherente inscrita al programa ARC en la IPS UPREC Sinergia Global en Salud Coomeva de Bucaramanga.
- Describir las causas administrativas más significativas que influyen en la no adherencia de usuarios crónicos inscritos al programa de Alto Riesgo Cardiovascular en la IPS UPREC Sinergia Global en Salud - Coomeva EPS.
- Proponer acciones de mejora que favorezcan la adherencia de los pacientes al programa.

### **3. MARCO TEÓRICO**

El presente marco teórico busca desde un enfoque conceptual, profundizar en los principales aspectos sobre los cuales se va a desarrollar el presente trabajo, por esta razón se espera, desde una perspectiva del concepto propio de prevención, más específicamente el de prevención secundaria, abarcar los aspectos más significativos que lleven a abordar el reconocimiento de los factores que pueden llegar a determinar la no adherencia de usuarios con enfermedad crónica a un programa de Riesgo Cardiovascular ofrecido por una IPS del Municipio de Bucaramanga.

Por esta razón, el documento se encuentra dividido en cuatro partes principalmente, la primera abarca el concepto de prevención desde el sector salud, esto es, cómo se empieza a concebir la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como un eje primordial en las agendas de salud pública de todos los países; la segunda parte, enfatiza en el concepto de la prevención de la enfermedad, pasando por explicar sus diferentes niveles de prevención por los cuales opera nuestro sistema de salud en Colombia; la tercera parte hace alusión al concepto de prevención de la enfermedad y asociación con las enfermedades denominadas crónicas o no transmisibles, que para el presente trabajo, enfatizara en la diabetes y la hipertensión arterial; la cuarta parte está enfocada a la No adherencia de usuarios crónicos a los tratamientos, bajo un enfoque administrativo.

De este modo se busca aproximar en primera medida a los conceptos básicos sobre el tema de prevención e ir enfocando nuestro trabajo a las causas administrativas que desde los programas de nivel secundario llevados a cabo por la IPS UPREC Sinergia Global en Salud de Coomeva, propenden por alivianar las problemáticas derivadas de las enfermedades crónicas en el Municipio de Bucaramanga.

### 3.1. HACIA UNA CONCEPCIÓN DE LA PREVENCIÓN EN SALUD

A partir del establecimiento de nuevos cambios en los paradigmas de los sistemas de seguridad social, es que empiezan a establecerse con mayor auge dos conceptos claves dentro de los nuevos sistemas de salud, como lo son el de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En palabras de Restrepo y Hernán<sup>13</sup> este cambio se dio porque el concepto biomédico de la salud cayó en crisis, retomando su concepción desde un punto de vista más holístico y positivo en el que se debían integrar todas las características del bienestar humano y que además pudiera conciliar dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones<sup>14</sup>

Ahora bien, la mención más reciente de los términos Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad fue la realizada por Henry Sigerist, quien durante el siglo pasado estableció dentro de las cuatro funciones primordiales de la medicina:

- La promoción de la salud
- La prevención de la enfermedad
- La restauración del enfermo, y
- La rehabilitación

Fue la primera vez que se utilizó el término promoción de la salud para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria y la participación del

---

<sup>13</sup> RESTREPO, Helena y MÁLAGA, Hernán. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá, D.C.: Editorial Médica Internacional, 2001. 298 pág.

<sup>14</sup> En este sentido no se puede separar el nuevo concepto integrado de salud con la búsqueda de una práctica más comprometida con las necesidades y aspiraciones de la gente.

Estado en la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de vida de la población, de este modo su programa de salud consistía, según los autores<sup>15</sup>:

1. Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud.
2. Mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente.
3. Mejores medios de recreación y de descanso.
4. Un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado y,
5. Centros médicos de investigación y capacitación.

A la contribución realizada por Sigerist continuaron una serie de documentos como la Carta de Ottawa, elaborada tras la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, celebrada en Canadá en el año 1986, allí se estableció como meta primordial la consecución del objetivo “Salud para todos en el año 2000”, establecido por la Organización Mundial de la Salud, sentando la base de las políticas que regirían los cambios planteados en materia de seguridad social tras la creciente demanda de una nueva concepción de salud en el mundo, estas son<sup>16</sup>:

1. Construir políticas públicas saludables.
2. Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos y culturales).
3. Fortalecer la acción comunitaria.
4. Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).
5. Reorientar los servicios de salud.

---

<sup>15</sup> *Ibíd.*

<sup>16</sup> ESLAVA, Juan. Repensando la promoción de la salud en el sistema general de seguridad social en salud. En: Revista salud pública. 2006. Vol. 8. 106-115.

A estos esfuerzos continuaron otras reuniones en las que la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad eran el fin principal de las agendas, sin embargo y de acuerdo a estos indicios, vale la pena preguntarse, ¿cuál es el papel que se da a la prevención de la enfermedad desde un contexto de promoción de la salud? Pues bien, lo que Sigerist<sup>17</sup> planteó como prevención de la enfermedad, dentro de los cuatro componentes básicos de la medicina, etc.

Por supuesto este concepto ha trascendido a esferas de mayor relevancia y con un esquema más integral que permite su análisis propio sin apartarse del fin esencial de la promoción en salud.

En la actualidad no siempre es fácil distinguir entre acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, puede decirse que para efectos de planificación sanitaria, la promoción de la salud tiene como foco la “salud”, lo saludable” “lo salutogénico”, por lo que sus acciones casi siempre son poblacionales, orientadas a promover interacciones positivas entre grupos y ambientes; en cambio, la prevención tiene como foco “la enfermedad y los riesgos de enfermar” y por lo tanto sus acciones van dirigidos a los individuos<sup>18</sup>.

### **3.2. EL CONCEPTO DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

Prevenir implica, según la Real Academia de la Lengua Española, la preparación o disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo, lo cual es aplicable en cualquier área o sector que demande la ejecución y puesta en marcha de planes o estrategias que apunten hacia la mitigación o alivio de todo riesgo derivado del medio ambiente o de la ejecución de actividades.

---

<sup>17</sup> Sigerist, Henry. Hitos en la historia de la salud pública. Editorial Siglo XXI, 1998. 98 pág.

<sup>18</sup> RESTREPO, Helena y MÁLAGA, Hernán. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá, D.C.: Editorial Médica Internacional, 2001. 298 pág.

Para Eslava<sup>19</sup>, el concepto de prevención en salud jugó un papel primordial, siendo durante el siglo XX un motor fundamental en la construcción de una mirada más amplia de la labor del profesional sanitario y de los sistemas de salud:

“Desde que se concibió, con fineza técnica y amplio soporte científico-tecnológico, la posibilidad de evitar la aparición de enfermedades y controlar los factores de riesgo que favorecen el surgimiento de patologías, la prevención adquirió una importancia inédita en la formulación de políticas y en la orientación de las actividades sanitarias”<sup>20</sup>

De este modo, el carácter atribuido al concepto de medicina preventiva, definida por Clark y Rodman<sup>21</sup> como la ciencia o arte encargada de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental de las personas, estableció un aporte a los esquemas de atención que minimizó los problemas de las enfermedades de la humanidad.

Una vez establecida su importancia, vale la pena conocer más a profundidad sobre el sentido estricto de lo que se entiende por prevención de la enfermedad desde el área de la salud.

Para Salleras<sup>22</sup> con el concepto de prevención de la enfermedad se busca reducir la incidencia de enfermedades específicas mediante intervenciones concretas y puntuales basadas en los conocimientos científicos aportados por las ciencias médicas (vacunaciones, quimioprofilaxis y quimio prevención,

---

<sup>19</sup> ESLAVA, Juan. Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia. En: Revista de Salud Pública. 2002. Vol. 4, no. 1, 1-12.

<sup>20</sup> Ibíd.

<sup>21</sup> CLARK, Gurney y RODMAN, Hugh. Los niveles de aplicación de la medicina preventiva. En: Preventive medicine for the doctor in his community. 3 ed. Michigan: Blakiston Division, McGraw Hill. 1965. P. 27-39.

<sup>22</sup> SALLERAS, Lluís. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. En: Revista Medicina Clínica, 1994. Vol. 102, 5-12.

cribados), aplicadas por el médico o su equipo, en general, en el marco de la atención primaria, aunque en algunos casos también se pueden llevar a cabo en otros ámbitos (escuelas, fábricas, etc.).

El Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía, coincide conceptualmente con la Organización Mundial de la Salud-OMS, al definir la prevención de la enfermedad como todas aquellas medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas<sup>23</sup>.

El manual de Salud Pública define la prevención de la enfermedad como el conjunto de medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Algunos autores<sup>24</sup> afirman que se ha documentado una visión algo errónea sobre el concepto de prevención de la enfermedad, enfatizándose el tratamiento de la enfermedad solo a través del uso de medicamentos y en el cual los factores de riesgo son vistos como enfermedad.

Teniendo en cuenta esto se supone, dentro de su definición básica, que la prevención no conlleva un tratamiento específico aún, si no la detección e intervención antes de que los síntomas aparezcan, por ello no se debe caer en la premisa en la cual el profesional de la salud debe enfocarse a tratar la enfermedad y ver la prevención desde el punto de vista del enfermo sino

---

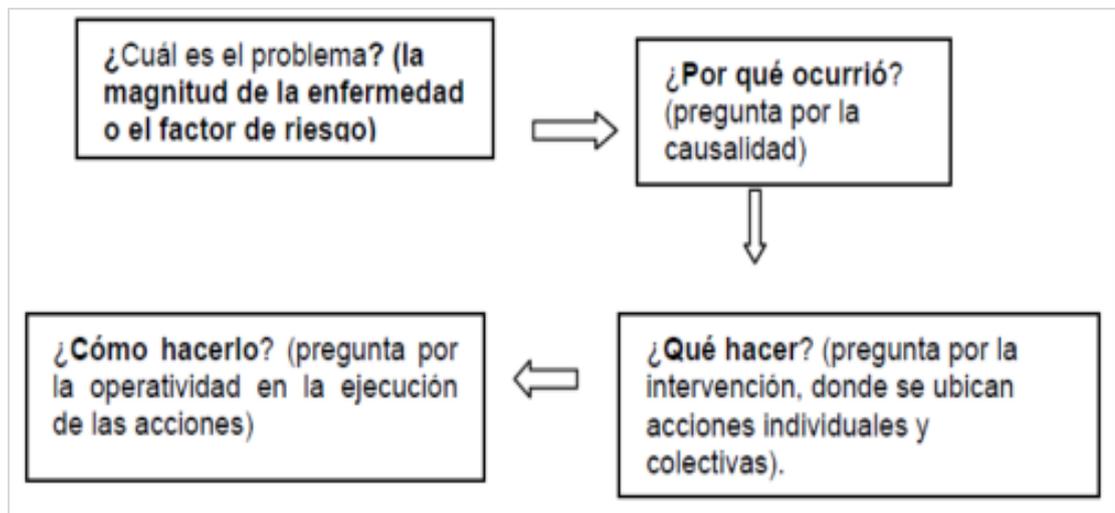
<sup>23</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [En línea] Promoción de la salud. Glosario. [Citado el 14 de Marzo de 2015] Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

<sup>24</sup> STARFIELD, Bárbara, et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? En: Journal of Epidemiol Community Health, 2007. Vol. 62, 580-583.

buscar la intervención desde una visión del individuo como sujeto sano y expuesto.

De este modo, la prevención se encuentra basada en una lógica de acción en la cual como primer paso se debe establecer la identificación del problema que conlleva su control, posteriormente se evalúan las causas de la enfermedad, vistas estas como la combinación de ciertos factores de riesgo asociados a la condición, luego se examinan las intervenciones que posiblemente pueden ser efectuadas y se diseña la forma de llevar a cabo dichas acciones, como lo muestra la figura elaborada por Eslava:

**Ilustración 1.** Lógica de la acción preventiva.



**Fuente:** Extraído del texto de Eslava, Juan: Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia.

De este modo, los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se conciben como estrategias interrelacionadas de la atención primaria, sin embargo, dependiendo el nivel de intervención se apunta a mejorar el estado de la salud de la población sea a corto, mediano o largo plazo.

### 3.2.1. NIVELES DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Teniendo en cuenta que son múltiples los actores que pueden intervenir dentro del proceso de prevención de la enfermedad, en Colombia se han distinguido tres niveles de prevención en la medicina, a saber, el nivel primario, el secundario, el terciario y para algunos autores<sup>25</sup> el nivel cuaternario.

La prevención primaria hace alusión al conjunto de actividades sanitarias en trabajo conjunto entre comunidad, gobierno y personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad; la prevención secundaria lo conforman todas aquellas actividades a desarrollar una vez que hacen presencia los factores de riesgo de las enfermedades, esto es, “acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, allí la detección temprana, la captación oportuna y el tratamiento adecuado son esenciales para el control de la enfermedad”<sup>26</sup> la terciaria es la conformada por todas aquellas acciones enfocadas hacia la atención del enfermo, logrando su curación, o en su defecto, el control de la enfermedad para evitar complicaciones, de este modo son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente.

Estos autores<sup>27</sup> se enfocan en un cuarto tipo de prevención, la cual comprende todas las acciones encaminadas hacia la rehabilitación integral del individuo, así como las actividades sanitarias que evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario.

---

<sup>25</sup> GARCÍA Ariel. & GARCÍA, Francisco. La medicina preventiva en la atención primaria de salud. En: Revista habanera de ciencias médicas. 2012. Vol. 11, no. 2, 308-316.

<sup>26</sup> VIGNOLO, Julio; VACAREZZA, Mariela; ÁLVAREZ, Cecilia y SOSA, Alicia. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. En: Revista Archivos de Medicina Interna, 2011. Vol. 33, no. 1, 7-11.

<sup>27</sup> Ibíd.

En este último nivel, se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud, facilitar la adaptación de los usuarios a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las secuelas de la enfermedad.

### **3.3. PREVENCIÓN SECUNDARIA Y ENFERMEDAD CRÓNICA**

Dentro de este campo de la prevención juegan un gran papel las enfermedades crónicas o comúnmente llamadas enfermedades no transmisibles, las cuales, según la Organización Mundial de la Salud-OMS son todas aquellas enfermedades caracterizadas por una larga duración y por lo general su progresión es lenta, forman parte de estas las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, siendo las principales causas de mortalidad en el mundo<sup>28</sup>.

Para Salleras “la prevención secundaria actúa solo cuando la primaria no ha existido, o sí ha existido, pero fracasó”<sup>29</sup>. Sin embargo, el arte de prevenir viene intrínseco en el mismo concepto de la salud pública emanado por dos de los más importantes autores en este tema Winslow y Terris en los que se concebía a la salud pública como “la ciencia y el arte de prevenir las dolencias, enfermedades y prolongar la vida”<sup>30</sup>

De este modo, no es un hecho relevante que la OMS haya puesto de manifiesto la necesidad urgente de prever y comprender la relevancia de las enfermedades crónicas como un hecho cada vez más importante, enfatizando en que:

---

<sup>28</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [En línea] Temas de salud. Enfermedades crónicas. [Citado el 10 de Mayo de 2015] Recuperado de: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

<sup>29</sup> SALLERAS, Lluís. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. En: Revista Medicina Clínica, 1994. Vol. 102, 5-12.

<sup>30</sup> MÁRQUEZ, Miguel. Formación del espíritu científico en salud pública. En: Revista Cubana de Salud Pública, 2011. Vol. 37, 585-601.

“Es preciso que los dirigentes nacionales que están en condiciones de reforzar las actividades de prevención y control de las enfermedades crónicas, así como la comunidad de salud pública internacional, adopten un nuevo enfoque. Como primer paso, es fundamental comunicar los conocimientos y la información más reciente y precisa a los profesionales sanitarios de atención directa y al público en general”<sup>31</sup>.

Autores como Bravo<sup>32</sup>, se alinea a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud, al manifestar que la enfermedad crónica debe ser vista no como una situación de la que haya que liberarse, partiendo de que se debe buscar su redefinición de tal forma que se convierta en un factor positivo y de utilidad para la vida del paciente.

La definición propia de este tipo de enfermedades está enfocada al carácter proporcionado y atribuible que se brinda desde los sistemas de salud, de este modo, se entienden por enfermedades crónicas, todas aquellas de larga duración, que progresan lentamente causando deterioro de la salud cuando no se controlan<sup>33</sup>. Para su control se requiere que los sistemas de salud hagan seguimiento y monitoreo del paciente. Por ello, desde el sistema de atención se requiere de un adecuado funcionamiento del segundo nivel de prevención, esto quiere decir, cuando se hayan detectado posibles factores de riesgo que puedan alterar o complicar aún más la salud del paciente y que son necesarios controlar. Por lo tanto, forman parte de este tipo de enfermedades las

---

<sup>31</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [En línea] Enfermedades crónicas y prevención de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas, panorama general. [Citado el 10 de Mayo de 2015] Recuperado de: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/)

<sup>32</sup> BRAVO, Teodoro. Prevención de las enfermedades en la práctica clínica. Avances recientes y perspectivas. En: Revista Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México. Enero – Marzo 2000. Vol. 13, no. 1, p. 51 –62.

<sup>33</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [En línea] Temas de salud. Enfermedades crónicas. [Citado el 10 de Mayo de 2015] Recuperado de: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

enfermedades cardiovasculares, cánceres, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos neuro psiquiátricos, entre otros.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades crónicas que más muertes causan en la población mundial son las Enfermedades Cardiovasculares, las Enfermedades respiratorias Crónicas, los Cánceres y la Diabetes, aquí las medidas preventivas llevadas a cabo por los países juegan un papel importante gracias a que generan un control de este tipo de enfermedades llevando consigo un mejoramiento en los niveles de vida de la población, en palabras de la OMS “Hoy en día menos mujeres y hombres mueren antes de los 60 años debido a enfermedades o accidentes cardiovasculares debido a que los países ricos han mejorado, por ejemplo, en el seguimiento y control de la hipertensión arterial<sup>34</sup>”.

Sumado a estas cifras, y como un compromiso establecido dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en Colombia para el Ministerio de Salud y Protección Social este tipo de enfermedades son prevenibles y se pueden controlar a través del cambio en los estilos de vida, la aplicación de políticas públicas e intervenciones de salud que requieran un abordaje intersectorial e integrado más eficiente<sup>35</sup>.

A continuación se realizará una breve reseña de las enfermedades que más implicaciones tienen sobre las causas que conllevan al Riesgo Cardiovascular, se hace hincapié en estas por ser dos tipos de enfermedades que cubre el Programa de Riesgo Cardiovascular de la UPREC Sinergia Global en Salud de

---

<sup>34</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [En línea] Estadísticas sanitarias mundiales. [Citado el 10 de Mayo de 2015] Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>

<sup>35</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. [En línea] Prevención de enfermedades no transmisibles. [Citado el 28 de Abril de 2015] Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Enfermedades-no-transmisibles.aspx>

Coomeva EPS, por tanto se analizará su impacto a nivel mundial y en Colombia, así como las guías que existen a nivel local para su tratamiento.

Antes se presenta un cuadro sobre la historia natural de las enfermedades el cual evidencia los factores de riesgo para la enfermedad, sus principales signos y síntomas que ayudan a su detección y, los hábitos o aspectos a tener en cuenta para la prevención primaria, secundaria y terciaria:

**Tabla 1.** Historia natural de la enfermedad Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial

<b>HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD</b>			
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HA)</b>		<b>DIABETES MELLITUS TIPO 2</b>	
<b>Periodo Pre patogénico</b>	<b>Periodo Patogénico</b>	<b>Periodo Pre patogénico</b>	<b>Periodo Patogénico</b>
<b>Factores predisponentes:</b>	<i>Signos y síntomas inespecíficos:</i> generalmente asintomático.	<i>Factores predisponentes:</i>	<i>Signos y síntomas:</i> sensación de cansancio, piel seca y escozor, infecciones frecuentes, pérdida de peso súbita, mucha sed y hambre.
<b>Sexo (Masculino)</b>	<i>Signos y síntomas específicos:</i> dolor de cabeza, mareo, visión borrosa, sangrado nasal.	Edad (>30 años)	<i>Complicaciones:</i> Hiperglucemia, cetoacidosis, retinopatía, nefropatía y neuropatía diabética, muerte.
<b>Raza</b>		Antecedentes familiares	
<b>Edad (&gt;48 años)</b>		Medio Ambiente (laboral, vivienda)	<i>Resultado:</i> estado crónico, invalidez y muerte.
<b>Antecedentes familiares</b>		Nivel educativo	
<b>Medio ambiente (laboral, vivienda)</b>	<i>Complicaciones:</i> Cardiopatía hipertensiva, nefropatía hipertensiva, muerte.	Cultura (costumbres, hábitos y creencias).	
<b>Cultura (costumbres, hábitos, vivencias)</b>	<i>Resultado:</i> estado crónico, invalidez y muerte		
<b>Prevención Primaria</b>	Promoción de hábitos de vida saludable. Integración de grupos de apoyo en la	Prevención Primaria	Promoción de régimen alimenticio equilibrado, integración de grupos

	comunidad para combatir el sedentarismo, valoración médica periódica.		de apoyo en la comunidad para combatir el sedentarismo, valoración médica periódica.
<b>Prevención Secundaria</b>	Diagnóstico precoz. <i>Manejo farmacológico:</i> uso de antihipertensivos. <i>Manejo no farmacológico:</i> cambios dietarios (disminuir consumo de sodio, y de grasas), aumento de actividad física, si fuma suspender el hábito y mayor educación sobre la enfermedad.	Prevención Secundaria	Diagnóstico precoz. <i>Manejo farmacológico:</i> uso de antidiabéticos orales (primera opción de manejo).  <i>Manejo no farmacológico:</i> cambios dietarios (disminuir consumo de harinas, grasas y azúcares), aumento de actividad física, si fuma suspender el hábito y mayor educación sobre la enfermedad.
<b>Prevención Terciaria</b>	Limitación del daño y rehabilitación.	Prevención Terciaria	Limitación de daño y rehabilitación.

**Fuente:** Elaboración propia, 2015

### 3.3.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial, también conocida como tensión arterial alta, según la OMS es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, estos, al llevar la sangre desde el corazón hacia todas las partes del cuerpo, generan un bombeo de sangre, es decir, una tensión, la cual es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos.

Roa<sup>36</sup> define la Hipertensión Arterial como:

“aquellas cifras de presión arterial que llevan a complicaciones cardiovasculares en un individuo, de acuerdo con su perfil de riesgo (factores de riesgo cardiovascular, compromiso de órgano blanco y, posiblemente presencia de marcadores tempranos de enfermedad). El esquema de clasificación en estadios utilizado, debe tener en cuenta el riesgo cardiovascular de cada individuo”<sup>37</sup>

A nivel mundial, según la Liga Mundial contra la Hipertensión, uno de cada cuatro adultos tienen la tensión arterial elevada, consolidando una afectación de alrededor del 20% de la población adulta en la mayoría de los países, generando la mayoría de consultas y hospitalizaciones en la población adulta.

Algunos autores<sup>38</sup> afirman en un estudio sobre percepción de la hipertensión arterial como factor de riesgo, que tan solo un tercio de los hipertensos son tratados y solo 12% de los tratados están controlados, es decir que presentan cifras de presión arterial (PA) menores de 140/90 mmHg. La prevalencia mundial actual según diferentes estudios regionales es de 30%, pero en las personas mayores de 60 años, su prevalencia se eleva a 50%.

En Colombia las cifras sobre esta enfermedad son preocupantes debido a que, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, se tiene que un 49% de los ataques cardíacos y 62% de los trastornos cerebrovasculares son ocasionados por la hipertensión arterial, lo cual conlleva a que alrededor de siete millones de personas fallezcan al año por enfermedades relacionadas con

---

<sup>36</sup> ROA, Nubia. Definición–Diagnóstico de la hipertensión arterial. En: Revista Colombiana de Cardiología, 2007. Vol. 13, no. 1, 195-196.

<sup>37</sup> Ibíd.

<sup>38</sup> VÁSQUEZ, Alfredo; FERNÁNDEZ, Manuel; CRUZ, Nélida; ROSELLÓ, Yamilé y PÉREZ, Manuel. Percepción de la hipertensión arterial como factor de riesgo: Aporte del día mundial de lucha contra la hipertensión arterial. En: Revista Cubana de Medicina, 2006. Vol. 45, no. 3,

infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, vasculopatía periférica e insuficiencia cardiaca, como problemas secundarios de la hipertensión arterial.

Además, la Encuesta Nacional de Salud del año 2007<sup>39</sup>, evidenció que aproximadamente el 22.8% de la población adulta sufre o ha padecido de problemas relacionados con hipertensión arterial, siendo tan solo el 40% de este porcentaje la población que consigue su adecuado control.

De esta forma, la hipertensión arterial se consolida como el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardio-cerebrovascular y, a menudo, se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos como: inadecuados hábitos dietéticos, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus e inactividad física.

En la actualidad, dadas las problemáticas presentes sobre la enfermedad, se cuenta por parte de los servicios de salud con guías estandarizadas para su atención, en Colombia la Revista Colombiana de Cardiología<sup>40</sup> estableció algunas pautas a las que denominó Guías Colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial basado en las problemáticas evidenciadas en función del mejoramiento no solo de los procedimientos médicos, sino también, en los procesos preventivos que deben llevar, estableciendo guías de evaluación y tratamiento que pueden ser llevadas para el caso de prevención, control y seguimiento también de casos especiales.

---

<sup>39</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. [En línea]. Encuesta nacional de salud 2007. Resultados nacionales. [Citado el 10 de Junio de 2015] Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>

<sup>40</sup> SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. En: Revista colombiana de cardiología, 2007. Vol. 13, no. 1, 313 págs.

De igual forma el Ministerio de la Protección Social a través de su programa de apoyo a la reforma a la salud, estableció en colaboración con la Universidad Nacional de Colombia una serie de guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, las cuales tratan en su guía número 13 la atención de la hipertensión arterial, basada en un:

“conjunto de estándares y recomendaciones asistenciales que intentan proporcionar a los clínicos, usuarios, familiares, investigadores, compañías de seguros y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la asistencia del hipertenso, las metas terapéuticas y las herramientas para evaluar la calidad de la atención. Aunque las preferencias individuales, la existencia de comorbilidades y otros factores del paciente puedan influir para modificar las metas, este documento brinda los objetivos que más a menudo se persiguen con la mayoría de los usuarios. Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas”<sup>41</sup>

Actualmente, la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial Primaria, denominada Guía de Atención Integral (GAI), establece como objetivo primordial: “generar, a través de un proceso sistemático, una serie de recomendaciones para los actores del sistema de salud, basadas en la mejor

---

<sup>41</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. [En línea]. Guía 13. Guía de atención de la hipertensión arterial. En: Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades públicas. [Citado el 10 de Junio de 2015] Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCION%20-TOMO%20DOS.pdf>

evidencia disponible y actualizada, acerca de la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de usuarios con hipertensión”<sup>42</sup>.

Las recomendaciones en las cuales se basa esta guía son de nivel global y se deben articular con el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS), contribuyendo al desarrollo de guías clínicas prácticas para la prevención de la enfermedad, estudios económicos y de impactos en el presupuesto de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que propenda por el debido ajuste del pan de beneficios del POS en el sistema de salud Colombiano.

De igual forma la guía elabora un esquema que busca la operación de los procesos a ser tenidos en cuenta para la aplicación de la guía, la cual se basa principalmente en el seguimiento a directrices como: a) el acceso fácil y permanente a la información, b) educación centrada en multiplicadores con el fin de favorecer la difusión entre los miembros del grupo objetivo para que puedan transmitir esta información a toda la población objetivo del plan de implementación, c) Favorecer la divulgación, proporcionando a los grupos multiplicadores mencionados herramientas para la divulgación, aplicación y enseñanza de las guías de práctica clínica, d) Sistema de comunicación interna del Ministerio de la Protección Social o instancia encargada como promotor e impulsor de la adopción de las guías, valiéndose de su alcance a nivel regional y nacional y, e) Coordinación intersectorial entre profesionales de la salud, para uso aplicación y divulgación de las guías de práctica clínica, con participación de las instituciones académicas.

---

<sup>42</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. [En línea]. Guía de práctica clínica. Hipertensión arterial primaria. [Citado el 10 de Junio de 2015] Recuperado de: [http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/HTA/GPC\\_Completa\\_HTA.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/HTA/GPC_Completa_HTA.pdf)

Tales directrices están basadas en un seguimiento a través de indicadores como la gestión del proceso y los resultados clínicos, los cuales ponderan una calificación similar.

### **3.3.2. DIABETES**

La diabetes, según la OMS, es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes y se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre en ayunas, el mismo año alrededor de 44 millones de niños menores de cinco años (el 6,7% de la población mundial) sufrían de sobrepeso o eran obesos, diez millones de esos niños vivían en la Región de África, ratificando la premisa en la que más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios<sup>43</sup>.

La Federación Internacional contra la Diabetes<sup>44</sup>, define este padecimiento como un tipo de enfermedad no transmisible que se caracteriza por una hiperglucemia (altos niveles de glucosa en la sangre), que es el resultado de la falta de insulina (diabetes tipo 1) o de que haya insulina insuficiente y resistencia a la misma (diabetes tipo 2), tiene un componente genético y

---

<sup>43</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [En línea] Diabetes. [Citado el 12 de Mayo de 2015] Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

<sup>44</sup> FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. [En línea]. Plan mundial contra la diabetes 2011-2021. Bélgica. [Citado el 10 de Junio de 2015] Recuperado de: <http://www.idf/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>

algunas personas sencillamente son más susceptibles que otras de desarrollarla; lanzó el Plan Mundial contra la diabetes 2011-2021, el cual tiene como fin único el mejoramiento de resultados sanitarios de personas con diabetes, la prevención del desarrollo de la diabetes tipo 2 y la finalización de la discriminación hacia las personas que sufren la enfermedad; enfocado en el logro de resultados en materia de fortalecimiento de los marcos institucionales, optimización de recurso humano y servicios sanitarios, generación de estrategias de apoyo de la mano con la investigación, monitoreo y evaluación de resultados, asignación de recursos y adopción de un enfoque de inclusión con la comunidad.

La prevención juega entonces un papel primordial en el sentido en el que optaría por atacar el problema de raíz, sin embargo, se necesita de un proyecto de salud pública ambicioso y respaldado por la legislación, de lo contrario se estimaran esfuerzos para lograr tan solo un grado de control mínimo.

En Colombia el Ministerio de Salud implementó las guías de atención de la Diabetes Tipo 1 y 2<sup>45</sup>, dentro de la estrategia de dirección general de promoción y prevención, las cuales estaban basadas en procedimientos que permiten la caracterización de la atención a través de un diseño en el que se enmarcan pautas para un eficiente diagnóstico, tratamiento hospitalario y ambulatorio, esto con el objetivo de llevar a cabo esfuerzos encaminados a permitir la elaboración de una guía de atención integral para los dos tipos de diabetes que permita la definición de procedimientos y condiciones requeridas que garanticen la calidad oportuna del diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno de los datos.

---

<sup>45</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. [En línea] Guía de la atención de diabetes tipo 1. [Citado el día 18 de Mayo de 2015] Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/31Atencion%20de%20Ia%20diabetes%20tipo%201.PDF>

De igual forma existen las guías de atención de la diabetes tipo 2<sup>46</sup>, las cuales, buscan crear estándares y recomendaciones para usuarios, médicos, familiares, investigadores compañías aseguradoras y demás población interesada la información necesaria acerca de los aspectos de asistencia al diabético, sus metas terapéuticas y las herramientas para evaluar la calidad prestada durante la atención, la premisa es que cada paciente deba ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas.

---

<sup>46</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. [En línea] Guía de la atención de diabetes tipo 2. [Citado el día 18 de Mayo de 2015] Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/32Atencion%20de%20Ia%20Diabetes%20tipo%202.PDF>

#### 4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia en salud hace alusión a un término que está enfocado hacia la relación terapéutica de los usuarios crónicos con los tratamientos, la Organización Mundial de la Salud la define como el grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (toma de medicamentos, modificación de estilos de vida, régimen alimentario, etc.)<sup>47</sup>.

En la actualidad, algunos estudios como los de Figueroa, Claudia<sup>48</sup> y Zabala, Liliana<sup>49</sup>, especifican la falta de estudios o análisis rigurosos sobre las posibles causas de no adherencia de la población crónica, esto debido a que las estrategias que se pueden utilizar son costosas o no se cuenta con el personal, la tecnología o el tiempo necesario para realizar dicha medición.

Así mismo, el análisis de adherencia, desde el punto de vista clínico debe tener en cuenta múltiples aspectos de la población estudiada, como las condiciones de salud de la población, por esta razón se enfatiza en que existe una elevada magnitud en términos de deficiencia de adherencia terapéutica, lo cual incurre

---

<sup>47</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. [En línea]. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [Citado el 14 de Marzo de 2015] Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=18722&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=)

<sup>48</sup> FIGUEROA, Claudia. Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de usuarios diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga. Tesis de maestría en Epidemiología. Facultad de Salud, Maestría en Epidemiología, 2011, 128 p.

<sup>49</sup> ZABALA, Liliana. Adherencia terapéutica en usuarios con enfermedades crónicas: una revisión crítica orientada a las causas de naturaleza administrativa. Monografía de Especialización). Facultad de Salud, Especialización en Administración de Servicios de Salud Pública, 2011, 122 p.

en repercusiones serias para la salud de la población, por lo cual considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por todos los sistemas de salud, la academia y la investigación del área de la salud<sup>50</sup>.

Algunos autores<sup>51</sup> ya habían enfatizado en que la adherencia o no adherencia a un tratamiento está influenciado por diversos factores de índole social, psicológico, económico, propio de la enfermedad o del tratamiento y, de la Institución que presta los servicios de salud.

Esta misma clasificación engloba la Organización Mundial de la Salud al plantear cinco dimensiones que interactúan o influyen sobre la adherencia, los cuales comprenden los relacionados con la enfermedad, el tratamiento, el paciente, factores sociales, demográficos y económicos y, los relacionados con el sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria<sup>52</sup>.

De igual forma De los Ángeles, Grau y Espinosa<sup>53</sup> afirman que existen factores socioeconómicos como la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención médico, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación, que contribuyen de forma importante sobre la adherencia, de igual forma, los factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento, dentro de los cuales se incluye la complejidad del tratamiento que repercute

---

<sup>50</sup> MARTÍN, Libertad y GRAU, Jorge. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: Revista Psicología y Salud, 2004. Vol. 14, no. 1, 89-99.

<sup>51</sup> FERRER, Victoria. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. En: Revista Psicología de la Salud. 1995. Vol. 7, no. 1, 35-61.

<sup>52</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. [En línea]. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [Citado el 14 de Marzo de 2015] Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=18722&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=)

<sup>53</sup> DE LOS ÁNGELES, Martín, GRAU, Jorge. & ESPINOSA, Alfredo. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. En: Revista Cubana de Salud Pública. 2014. Vol. 40, no. 2, 225-238.

muchas veces en cambios en los estilos de vida de las personas; factores relacionados con la red familiar y social, factores relacionados con el mismo paciente y, finalmente, los relacionados con el sistema de salud y el equipo de asistencia sanitario, los cuales, a través de sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento sobre enfermedades crónicas y falta de incentivos, pueden generar diversos problemas graves en la adherencia de los usuarios a los tratamientos:

“Dentro de la organización de los servicios de salud, son elementos a tener en cuenta: las dificultades en el acceso a los centros asistenciales, la falta de médico en el momento que el paciente lo requiere y los cambios reiterados del profesional de asistencia. La influencia de la relación con el equipo de asistencia sanitaria está representada por la satisfacción del paciente con el proceso de atención de salud y las características de la comunicación que establecen el paciente y sus familiares con los equipos de salud. Los profesionales con insuficientes capacidades y con actitudes negativas para informar el tratamiento y que exhiben torpeza, falta de empatía y desmotivación, contribuyen a la falta de adherencia al mismo”<sup>54</sup>

Respecto a estas causas, que hacen mayor hincapié desde el área administrativa de los servicios de salud se concluye, a partir de una revisión narrativa, que los factores relacionados con la organización de los servicios de salud que influyen más negativamente en la no adherencia de usuarios a sus tratamientos, están relacionados con la falta de oportunidad presente en las consultas médicas, la alta rotación del personal de salud que existe actualmente, el establecimiento de relaciones poco agradables entre médico y usuario, la falta de información u orientación confiable y veraz, y, la falta de motivación a los profesionales de la salud, estas causas, afirma la autora, son brechas identificadas y que deben ser atendidas de manera prioritaria si se

---

<sup>54</sup> Ibíd.

desea llegar a altos niveles de adherencia de parte de los usuarios con los servicios de salud<sup>55</sup>.

---

<sup>55</sup> ZABALA, Liliana. Adherencia terapéutica en usuarios con enfermedades crónicas: una revisión crítica orientada a las causas de naturaleza administrativa. Monografía de Especialización). Facultad de Salud, Especialización en Administración de Servicios de Salud Pública, 2011, 122 p.

## 5. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La función esencial que debe primar dentro de los componentes y las funciones de todos los sistemas de salud parten, según Frenk y Londoño<sup>56</sup>, en que los diversos grupos de población presentan una serie de condiciones las cuales constituyen necesidades de salud, estas a su vez, requieren una respuesta eficaz, social y organizada por parte de las instituciones, la cual se estructura a través de ciertas funciones básicas que las instituciones deben desempeñar a fin de satisfacer las necesidades de salud de la población.

De este modo, con la promulgación de la Ley 100 de 1993, se proclamó la creación de un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que diera cumplimiento a los mandatos establecidos sobre salud y seguridad social descrita en el artículo 2 de la Constitución Política de 1991.

Ahora bien, la legislación en salud, a la cual ha sido sometido el sistema con un conjunto de reformas desde su creación, desde el punto de vista jurídico consiste en un mecanismo por medio del cual un Estado en su búsqueda de dar respuesta a los principios constitucionales relacionados con la salud, sienta las bases para el orden social y el equilibrio entre los diferentes actores del sistema<sup>57</sup>.

---

<sup>56</sup> FRENK, Julio y LONDOÑO, Juan. [En línea]. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. [Citado el 10 de Mayo de 2015] Recuperado de: [https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/87917/1/idb-wp\\_353.pdf](https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/87917/1/idb-wp_353.pdf)

<sup>57</sup> MUÑOZ, Iván; LONDOÑO, Beatriz; HIGUITA, Yomaira; SARASTI, Diego y MOLINA, Gloria. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2009. Vol. 27, no. 2, 142-152.

Tales normas han sido adaptadas para el contexto de la prevención en salud desde la normatividad Colombiana, en este aspecto Vélez<sup>58</sup>, describe el proceso llevado a cabo desde principios de los años 60 donde se evidenció el carácter de inversión y no de gasto estipulado a la salud; el autor realiza un barrido de la aparición del concepto desde la puesta en marcha del Sistema Nacional de Salud elaborado en 1975, pasando por la Ley 10 de 1990, la cual consagró la salud como un servicio público que fomentaba la prevención, tratamiento y rehabilitación como componentes del sistema de salud.

Continuando con el análisis realizado por Vélez, tras la llegada de la Constitución de 1991, se toma en cuenta la definición propiciada desde la Carta de Ottawa de 1986, sobre prevención, la cual destaca en esta la capacidad de los pueblos para hacerse con el mejoramiento de su salud ejerciendo un control desde la misma y consagra la salud ya como un derecho colectivo de todos los ciudadanos, enfocando una visión más integral y participativa en torno a la salud.

Con la Ley 100 de 1993 se reorganiza la prestación de los servicios de salud e integra la salud pública, la seguridad social y la provisión de servicios privados, a partir de allí, su decreto reglamentario 1891 de 1994, fomenta el uso de recursos para el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad, definidos como el conjunto de acciones colectivas que buscan el óptimo desarrollo de las capacidades individuales y colectivas<sup>59</sup>.

Tras la derogación de la Resolución No. 03997 de 1996, por la Resolución 412 del 2000, del Ministerio de Salud, hoy en día Ministerio de Salud y Protección Social, declara y establece las normas técnicas de obligatorio cumplimiento a

---

<sup>58</sup> VELEZ, Alba. Marco político y legal de la promoción de la salud. Revista Colombia Médica, 2000. Vol. 31, no. 2, 86-95.

<sup>59</sup> *Ibíd.*

cargo de las Entidades Promotoras de Salud para la promoción y prevención de las enfermedades de su población atendida.

Acorde a esto y al reto establecido a nivel Nacional por medio de la Ley 100 de 1993 (Artículo 177: Constitución de las Entidades Promotoras de Salud); Coomeva, un Grupo Cooperativo, el cual es integrado por varias empresas en diferentes sectores de la economía, uno de ellos es el sector salud contribuyo con la creación de la EPS Coomeva en el año 1995, iniciando funciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud del régimen Contributivo a partir del año 1997.

## **5.2. IPS SINERGIA GLOBAL EN SALUD**

Durante el año 2010 se crea Sinergia Global en Salud IPS con sus unidades de Prevención Clínica (UPREC), empresa que forma parte del sector salud del Grupo empresarial Cooperativo Coomeva, la cual nace con la responsabilidad de la prestación directa de los servicios de salud que se ofrecen en unidades e instituciones de propiedad del Grupo, a través de todo el territorio colombiano<sup>60</sup>.

Referente a la organización, los siguientes principios y valores institucionales son tomados del documento Código de Ética de la entidad SINERGIA GLOBAL EN SALUD<sup>61</sup>, aprobado mediante resolución interna No. 002 del 25 de Noviembre de 2014:

### **5.2.1. MISIÓN**

Ofrecemos servicios de salud a través de una red de prestación nacional e internacional con alta calidad técnica y de servicio, que contribuye a mejorar los

---

<sup>60</sup> Las unidades ambulatorias son las responsables de la atención en salud en los niveles 1 y 2, estas a su vez están constituidas por las unidades de prevención Clínica (UPREC) y unidades integrales en salud (UIS) en las cuales ofertan programas en las que garantizan una atención en salud interdisciplinaria de forma integral.

<sup>61</sup> SINERGIA GLOBAL EN SALUD. (2014). Código de ética. Tomado de Software de Gestión Documental Coomeva (DARUMA).

resultados en salud de la población y a generar valor sostenible a nuestros grupos de interés.

### **5.2.2. VISIÓN**

Ser una red acreditada de Prestación de Servicios de Salud, reconocida por los excelentes resultados en salud y en servicio, líder en Colombia y con presencia Internacional.

Las UPREC Sinergia Global en Salud se caracterizan por tener dentro de sus protocolos un proceso de ingreso de usuarios, el cual se realiza por medio de remisión desde las unidades Básicas de Atención de Coomeva EPS teniendo en cuenta para ello un listado de criterios preestablecido y descritos en el documento: *Criterios de Inclusión de Usuarios a los Programas de Gerenciamiento de la Enfermedad en UPREC: ALTO Riesgo Especifico de Base anexo 4 Código: EPS-DC-216*, tales criterios se basan primordialmente en aquellos usuarios que presentan complicaciones de su enfermedad de base, específicamente en Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus; o su condición de embarazo, niños/neonatos, alto riesgo y enfermedad respiratoria Crónica, clasificada por el médico de atención en promoción y prevención de la unidad que remite.

Los usuarios de alto riesgo ven garantizada su atención a través de los programas de cuidado del paciente crónico, los cuales plantean un control farmacológico y no farmacológico donde se prioriza su tratamiento no solo a través del uso de medicamentos, también en el análisis del entorno en que habita el usuario y la red de apoyo en el proceso de tratamiento de su enfermedad, logrando así un control de los riesgos generados por su enfermedad.

De esta forma el programa de Alto Riesgo Cardiovascular-ARCV establecido en la UPREC de Sinergia Global en Salud sustenta dentro de su objetivo primordial el tener bajo una misma sede los usuarios con alto riesgo de

hospitalización o fallecimiento debido al deterioro o mal control de su enfermedad de base: Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus.

La atención brindada al usuario incluye la valoración por medicina interna, médico general experto en el manejo de estas enfermedades, Psicología, Nutrición, Fisioterapia y Trabajo social, adicional a estos servicios se cuenta con espacios para que los usuarios disipen dudas, conozcan más sobre su enfermedad y aprendan nuevas medidas de autocuidado como talleres educativos realizados de manera semanal en la unidad.

Por lo tanto, la atención del equipo interdisciplinario es guiada a optimizar los recursos para manejo de la enfermedad, controlando la población inscrita en la sede y teniendo un mayor seguimiento sobre las actividades realizadas a la población.

Para ello se cuenta con el manejo de un registro de inscripción y seguimiento diario para gerenciamiento de la enfermedad y seguimiento a los controles<sup>62</sup>, a través del cual se obtiene información como no asistencia a los controles mensuales, paraclínicos de seguimiento alterados, periodicidad de los mismos según las Guías de práctica clínica (creatinina-hemoglobina glicosilada, perfil lipídico, etc.).

Así mismo se tienen como herramienta para apoyar al usuario en su proceso de reconocimiento de la enfermedad los talleres grupales de manera mensual con la intervención de todo el personal de la unidad, debido a que son usuarios clasificados como de Alto Riesgo los que ingresan a esta unidad, su atención

---

<sup>62</sup> Formato Excel Institucional (UPS-FT-283, UPS-FT-288) en el cual se registran los datos de identificación y contacto del usuario, datos de clasificación de la enfermedad, seguido de 12 grupos de casillas para registro de los controles durante el año reportado con registro mensual de variación en cifras de su tensión arterial, peso e índice de masa Corporal y exámenes de laboratorio relevantes como Hemoglobina Glicosilada y Creatinina, y por último, registro de próximo control y profesional que genero la atención en el mes reportado.

es más periódica y se hace mayor énfasis en el seguimiento por parte del equipo.

Derivado al manejo de estos formatos de manera mensual se elaboran unos indicadores los cuales evalúan el impacto del ejercicio del programa ARCV a la población inscrita, entre ellos encontramos el indicador de No Adherencia al programa de Hipertensión y Diabetes, donde su numerador es el *número de usuarios inscritos al programa con inasistencia a las citas mayor a 4 meses* y su denominador es el *total de usuarios inscritos en el programa*<sup>63</sup>.

---

<sup>63</sup> Formato Evaluación de desempeño a prestadores Código Sc- Ft- 1052

## 6. METODOLOGÍA

La presente investigación se realizó bajo un enfoque mixto, es decir, se utilizó la aplicación de metodología cuantitativa y cualitativa para el análisis del problema descrito anteriormente.

El uso del análisis cuantitativo permitió realizar un análisis descriptivo sobre las características sociodemográficas de la población No adherente al programa durante el tiempo estudiado (Cuarto trimestre de 2014) del cual se pudieron extraer 356 registros, los cuales establecieron la muestra de usuarios No adherentes al tratamiento, esto se llevó a cabo a través de filtro realizado a las bases de datos CIKLOS y COOEPS, las cuales contienen información sobre actualización de historias clínicas, así como estado de afiliación actual, novedades administrativas, vínculo laboral actual por el cual cotiza al sistema de salud, entre otras relacionadas.

Por otra parte, el análisis cualitativo permitió a través de entrevistas semi estructuradas conocer la percepción del equipo médico perteneciente al programa ARCV sobre las principales problemáticas que desde el punto de vista administrativo han implicado el no cumplimiento de indicadores de adherencia de usuarios crónicos al programa. Para esto se tomó una muestra de 10 miembros del equipo encargado de atender la población, desde el contacto y asignación de citas con el paciente, hasta la atención por parte de los profesionales de la salud, de este modo también fue posible conocer la percepción del equipo de apoyo a los procesos de contacto y atención a los usuarios.

La técnica de recolección de la información se llevó a cabo a través de la aplicación de instrumentos como las entrevistas semi estructuradas y la aplicación de un grupo focal con el equipo médico, aprovechando los espacios de reunión y seguimiento que se brinda al programa.

Las entrevistas con el equipo médico y administrativo de la UPREC se llevaron a cabo en espacios brindados por estos, con previo consentimiento de su participación en el estudio, de esta forma, el criterio de inclusión estuvo basado en el conocimiento de este equipo respecto al programa de ARCV.

La entrevista fue de tipo semi estructurado, se indagaba con el equipo de la UPREC sobre asuntos que refirieran a causas al interior de la IPS que, desde el punto de vista administrativo influyeran en la no adherencia de los pacientes a las citas de control.

El grupo focal por su parte fue llevado a cabo en las instalaciones de la UPREC aprovechando un espacio brindado por las directivas de la UPREC en la cual se explicó el propósito de la investigación y grupalmente los médicos empezarían a evidenciar las primeras variables.

A partir de este grupo focal se establecieron las primeras categorías de análisis, las cuales fueron contrastadas por las respuestas brindadas durante las entrevistas personales, de este modo fue posible evidenciar la existencia de cuatro categorías que indican el proceder del análisis:

- Oportunidad en la consulta
- Recursos humanos poco motivados
- Trámites dispendiosos durante el proceso atención
- Deficiencia en el seguimiento a usuarios

El análisis de la información contó con aprobación escrita por parte de las directivas de la institución, de igual forma, los profesionales médicos y administrativos participantes en las sesiones de entrevistas aprobaron el uso de la información a través de autorización escrita y firmada por medio de consentimiento informado, el cual se anexa formato al presente documento.

Finalmente, la información recolectada fue analizada a partir del diagrama de causa-efecto de Ishikawa, mejor conocido como espina de pescado, el cual es una herramienta de análisis administrativo que permite determinar la estructura o la relación múltiple de causa-efecto a través de su observación sistemática<sup>64</sup> lo cual facilitó la identificación de las mejoras al programa.

---

<sup>64</sup> KUME, Hitoshi. Herramientas estadísticas para el mejoramiento de la calidad. Bogotá: Editorial Norma, 1992. 232 pág.

## 7. RESULTADOS

Teniendo en cuenta la revisión de la base de datos suministrada por la UPREC y las entrevistas llevadas a cabo con el equipo médico y auxiliar administrativo del programa fue posible evidenciar algunas variables que, desde el punto de vista administrativo, han incidido negativamente en la adherencia de la población con alto riesgo cardiovascular al programa de ARCV de la UPREC.

La caracterización sociodemográfica permitió establecer dos variables que, desde el punto de vista de la atención al usuario pueden generar dificultades en el proceso de adherencia de los usuarios al programa. De esta forma fue posible establecer que las ocupaciones de la mayor parte de la población No adherente eran Cesante, Pensionado y ama de casa, las cuales representa un 56% de la población no adherente durante el tiempo analizado, de igual forma la muestra analizada contaba con un promedio de edad aproximado a los 69 años de edad, lo cual evidencia que en su mayoría la población pertenece a un rango de tercera edad y es muy proclive a evidenciar falta de apoyo por parte de la red familiar en el proceso de desplazamiento y acompañamiento a las citas designadas por el programa.

El análisis de las entrevistas y el grupo focal con el equipo de trabajo médico y auxiliar administrativo permitió no solo contrastar las dificultades percibidas a través del proceso de caracterización sociodemográfico de la población No adherente, también permitió evidenciar que a pesar de la presencia de múltiples dificultades, especialmente las relacionadas con la falta de compromiso por parte de los usuarios, existen otras causas de índole administrativo que juegan un papel importante, unas más que otras, dentro del proceso de No adherencia de los usuarios al programa.

A continuación especificamos más detenidamente el análisis de estas causas administrativas halladas.

### **7.1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN NO ADHERENTE DE LA IPS UPREC SINERGIA GLOBAL EN SALUD**

Para el año 2014, la UPREC SINERGIA GLOBAL EN SALUD contó con una población total inscrita de 2500 usuarios con clasificación de su enfermedad (Programa de Alto Riesgo Obstétrico, Programa de Enfermedad Respiratoria Crónica, Programa de Neonatos y Niños de Alto Riesgo, Programa Clínica de Obesidad y Programa de Alto Riesgo Cardiovascular-PARCV<sup>65</sup>), cifra que contrasta, según datos obtenidos del Software COOEPS, con un promedio manejado por otras unidades de atención básica del área, las cuales manejan en promedio más de 10 mil usuarios sin conocer el riesgo de la totalidad de su población y con el mismo recurso profesional<sup>66</sup>.

El programa ARCV de la UPREC, a diferencia del manejo realizado en las otras unidades de atención básica de COOMEVA, tiene un protocolo para inscripción y atención de usuarios que presenten como enfermedad de base Hipertensión y Diabetes mellitus, basado en un documento denominado: *Guía de Práctica Clínica para el manejo integral de la Hipertensión Arterial esencial Código SC-GC- 003* y *Guía de Práctica Clínica para el manejo integral de la Diabetes Mellitus tipo II Código SC- GC- 006*, en el cual su ingreso es evaluado por el

---

<sup>65</sup> El programa de Riesgo Cardiovascular de la Unidad de Prevención Clínica (UPREC) Bucaramanga durante el año 2014 manejó una población crónica inscrita de 1235 usuarios Activos, es decir, del total de pacientes crónicos manejados en esta IPS el 49,4% son del programa de ARCV.

<sup>66</sup>Al interior de la UPREC se debe conocer la población de manera mensual y actualizada para generar las actividades de Promoción y Prevención (P y P), todos los meses las coordinadoras de sedes deben extraer esta información de este software.

equipo médico y de enfermería según criterios estipulados por norma del modelo de Gerenciamiento de Riesgo<sup>67</sup>.

Teniendo en cuenta el Protocolo de Gestión de Riesgo-PGR (ubicado dentro del software de gestión documental de Coomeva EPS pajo el nombre de *Guía de Práctica Clínica para el manejo integral de la Hipertensión Arterial esencial* Código SC- GC- 003 y *Guía de Práctica Clínica para el manejo integral de la Diabetes Mellitus tipo II* Código SC- GC- 006) de la UPREC durante la atención de los usuarios los controles deben ser máximo cada 2 meses, a lo cual los usuarios No adherentes son los que durante más de 4 meses no han asistido a su control médico (general y/o especialista), acorde a esto a finales del 2014 se encontró una población de 356 usuarios que presentaban esta condición de No adherencia al tratamiento.

Al realizar la recolección y análisis de los datos encontrados en el formato de inscripción y seguimiento de usuarios de la IPS e información adicional suministrada por el aplicativo CIKLOS y COOEPS se encontraron algunas características sociodemográficas de la población que nos permite en primera instancia crear un perfil sociodemográfico de la población No adherente, el cual se describe en la siguiente tabla:

**Tabla No. 1.** Caracterización Sociodemográfica de la población No adherente al Programa de Riesgo Cardiovascular en la IPS Sinergia Global en Salud de Coomeva, cuarto trimestre de 2014.

Año	Último trimestre de 2014
<b>Población inscrita al PARCV</b>	1235
<b>Usuarios No adherentes al PARCV</b>	356 usuarios
<b>Bases de datos utilizadas</b>	Formato de Inscripción y Seguimiento de Usuarios de la IPS SINERGIA GLOBAL EN SALUD, aplicativo CIKLOS <sup>68</sup> y COOEPS <sup>69</sup> .

<sup>67</sup> Guía de Criterios de Inclusión de Usuarios a los Programas de Gerenciamiento de la Enfermedad en UPREC: Alto Riesgo Especifico de Base anexo 4 Código: EPS-DC-216

<b>Sexo usuarios no adherentes clasificada en porcentaje</b>	54% Masculino 46% Femenino
<b>Distribucion porcentual de la población No adherente por comorbilidad:</b>	72% Hipertension Arterial, 8% Diabetes Mellitus, 20% Hipertension Arterial más Diabetes Mellitus.
<b>1. Porcentaje de grupos etarios de la Población No adherente, según la edad<sup>70</sup></b>	10-14 años: 0.3% 15-24 años: 1% 25 – 39 años: 12% 40-44 años: 5% 45-49 años: 6% 50-54 años: 9% 55-59 años: 15% 60-64 años: 12% 65-69 años: 9% 70-74 años: 12% 75-79 años: 5% 80-84 años: 6% 85-89 años: 6% 90-94 años: 2% 95-99 años: 0.3%
<b>2. Tipo de vinculación de los usuarios No adherentes</b>	Cotizante: 58% Beneficiario: 41% Adicional: 1%
<b>3. Tipo de contrato de los usuarios No adherentes</b>	Dependiente: 61% Independiente: 39%
<b>4. Ocupaciones<sup>71</sup></b>	Ama de casa(AC): 19%

<sup>68</sup> CIKLOS es un software en el cual se permite acceder a la información de los usuarios en todos los centros de atención de Coomeva EPS a nivel Nacional. [www.ciklos.com.co](http://www.ciklos.com.co)

<sup>69</sup> COOEPS es un software que permite obtener información respectiva al estado de afiliación actual, novedades administrativas, vínculo laboral actual por el cual cotiza al sistema de salud, entre otras relacionadas. [www.Cooeps.coomева.com.co](http://www.Cooeps.coomева.com.co)

<sup>70</sup> La población inscrita en los programas de Riesgo cardiovascular se encuentra entre los 10 y 96 años de edad, previa revisión de su estado administrativo, se cuenta que la edad media son 60 años de edad.

---

Cesante(CS): 18%  
Pensionado(PS): 19%  
Ventas (VT): 7%  
Conductor (CD): 6%  
Otras ocupaciones: 31%

---

**Fuente:** Datos obtenidos de las bases de datos COOEPS Y CIKLOS de la UPREC Sinergia Global en Salud de Coomeva, elaboración propia.

Como conclusiones preliminares a la base de datos analizada, se pudo determinar que la población no asistente pertenece en su mayoría al sexo masculino, se caracteriza por que un alto porcentaje son cotizantes al sistema de salud, dependientes de un contrato laboral y se encuentran en un rango de edad entre los 40 y 70 años, una población en etapa adulta con tendencia ser mayor de edad (comprende un 56% de la población total no adherente).

Entre las ocupaciones que más se registra en la población se encontraron 3 principales actividades las cuales son Cesante, Pensionado y ama de casa, las cuales registran un 56% del total de la muestra No adherente, el resto de ocupaciones se contemplan dentro de un área comercial dedicada a ventas o comercialización de mercancía, presentándose a su vez un bajo porcentaje de población profesional.

Teniendo en cuenta estos principales grupos de ocupación, se evidencia que la población en estos tres, retoma los usuarios mayores de 65 años (36% sobre el total de usuarios no asistentes: 356), en su mayoría son mujeres (31% sobre el total de usuarios), a lo cual se puede adjudicar su condición de tercera edad y suponer la falta de red de apoyo familiar para acudir a los controles médicos necesarios, también se puede relacionar que tanto el rango de edad

---

<sup>71</sup> A estas profesiones se suman: administrador(ADM): 1%, agricultura(AG): 2%, asesor(AS): 1%, comercio(CM): 6%, construccion(CT): 1%, docente(DN): 2%, estudiante(EN): 2%, fabricacion(FB): 1%, gobernacion(GB): 1%, ingenieria(ING): 1%, otros no profesionales(ONP): 5%, otros profesionales(OP): 2%, salud(SD): 2%, secretaria(ST): 1%, supervisor(SP): 1%, Trabajador Independiente(TI): 2%, zapateria(ZP): 1%.

sobresaliente, que es entre los 40 a 70 años tiene un peso porcentual igual a las tres actividades de ocupación por lo cual se puede suponer poca introspección o desinterés por los controles debido a que es una población joven y con tiempo posiblemente disponible para la asistencia a sus controles médicos.

## **7.2. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS ADMINISTRATIVAS**

Es bien sabido que la no adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas, especialmente en el caso de las enfermedades cardiovasculares, está relacionado con el aumento del riesgo de complicaciones, disminución de la productividad en el paciente e incremento en los costos de la atención en salud, por ende, los prestadores de servicios de salud deben tener en cuenta varios factores que impiden a los usuarios seguir el tratamiento de manera óptima, tales factores se clasifican en: sociales, económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente<sup>72</sup>.

De esta forma las capacidades técnicas, humanas y administrativas, propias de cada institución, juegan un papel importante en el acceso y permanencia de los usuarios no adherentes a este tipo de tratamientos, ejerciendo no solo la hoja de ruta que se debe seguir a nivel de atención, sino también su posterior seguimiento y evaluación a este tipo de programas.

La IPS UPREC Sinergia Global en Salud no es ajena a estos factores, por ello se hizo indispensable estudiar desde un punto de vista administrativo que procesos limitan la adherencia de usuarios y sobre todo conocer las causas asociadas a estas problemáticas.

---

<sup>72</sup> ZAMBRANO, Renato; DUITAMA, John; POSADA, Jorge y FLÓREZ, José. Percepción de la adherencia a tratamientos en usuarios con factores de riesgo cardiovascular. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2012. Vol. 30, no. 2, 163-174.

La tabla 2 reseña algunos de estos factores administrativos más influyentes en el proceso de no adherencia de los usuarios al tratamiento de ARCV en la IPS, obtenidos a través de las entrevistas con los miembros del equipo profesional médico y auxiliar que brinda apoyo al programa, los resultados se categorizaron en variables que desglosan problemas subyacentes a su análisis:

**Tabla 2.** Variables administrativas relacionadas con la no adherencia de usuarios crónicos al programa ARCV de la IPS UPREC Sinergia Global en Salud de Coomeva, último trimestre de 2014.

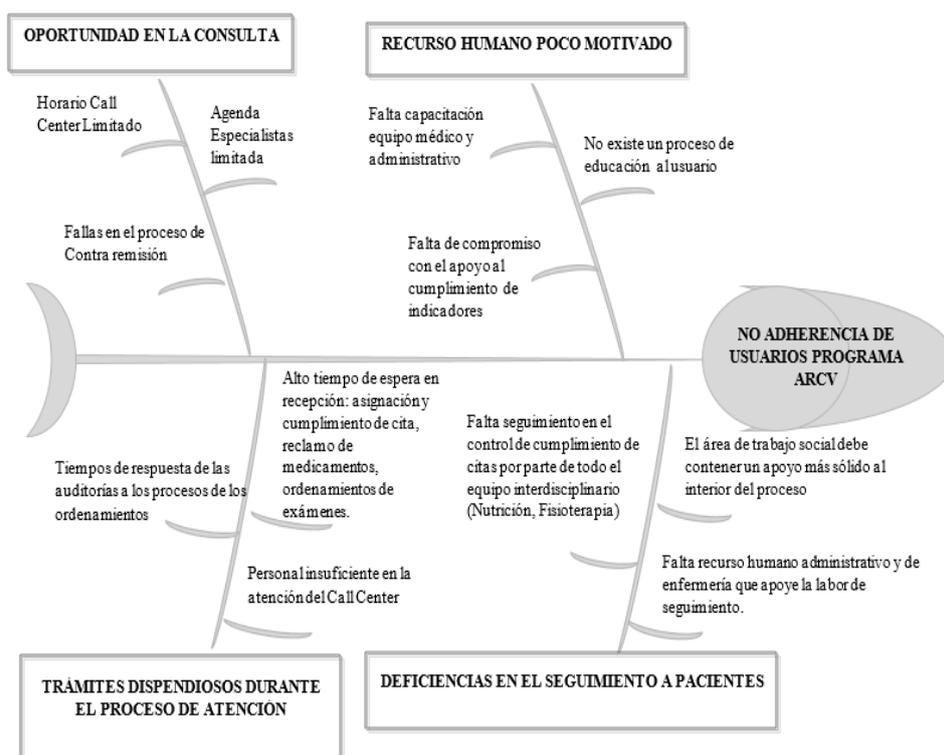
<b>Variable</b>	<b>Responsable</b>	<b>Causas subyacentes</b>
<b>Oportunidad en la consulta</b>	Equipo médico y auxiliar de la IPS UPREC Sinergia Global en Salud Coomeva EPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existencia de un horario de Call Center limitado,</li> <li>- Agenda de especialistas limitada,</li> <li>- Fallas en el proceso de control de las contra remisiones.</li> </ul>
<b>Recursos Humanos poco motivados</b>	Gerencia IPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de capacitación del equipo médico y administrativo,</li> <li>- No existencia de un proceso de educación integral al usuario,</li> <li>- Falta de compromiso con el apoyo al cumplimiento de indicadores.</li> </ul>
<b>Trámites dispendiosos durante el proceso de atención</b>	Equipo médico y auxiliar de la IPS UPREC Sinergia Global en Salud Coomeva EPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No existe personal suficiente en la atención del Call Center,</li> <li>- Los tiempos de respuesta de las auditorías a los procesos de los procesos de ordenamientos,</li> <li>- Alto tiempo de espera en recepción: asignación y cumplimiento de cita, reclamo de medicamentos, ordenamientos de exámenes.</li> </ul>
<b>Deficiencias en el seguimiento a usuarios</b>	Equipo médico y auxiliar de la IPS UPREC Sinergia Global en Salud Coomeva EPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta recurso humano administrativo y de enfermería que apoye la labor de seguimiento.</li> <li>- Falta seguimiento en el control de cumplimiento de citas por parte de todo el equipo interdisciplinario (Nutrición, Fisioterapia)</li> <li>- El área de trabajo social debe contener un apoyo más sólido al interior del proceso</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de entrevistas y grupo focal con funcionarios

El anterior análisis se resume de mejor forma en la espina de pescado realizada tras el análisis de las entrevistas llevadas a cabo, las cuales sirvieron para brindar un panorama claro de la situación actual que, desde el punto de vista administrativo, ha venido estableciendo problemas en la no adherencia de los usuarios al programa de ARCV.

De este modo se presenta la metodología de espina de pescado realizada a raíz de las entrevistas semi estructuradas con los miembros del equipo médico y el grupo focal llevado a cabo gracias al permiso brindado en una de las reuniones del equipo médico:

**Ilustración 2.** Análisis de las causas administrativas relacionadas con la no adherencia a citas por parte de pacientes inscritos al programa y encontradas durante el proceso de entrevistas con el equipo médico y auxiliar de la UPREC, 2015.



**Fuente:** Elaboración propia

### 7.2.1. OPORTUNIDAD EN LA CONSULTA

Dentro de las causas halladas a la problemática de la no adherencia de los usuarios de RCV de la IPS encontramos la falta de oportunidad de consultas en especial de los médicos internistas de los cuales se evidencia una alta demanda por parte de la población inscrita y la no suficiente disponibilidad de horas de atención a usuarios, entre las causales de la poca disponibilidad es común evidenciar el aumento de la población de manera progresiva y una no efectiva contra remisión de los casos controlados por más de seis meses en la UPREC.

Lo anterior es posible argumentarlo si se tiene en cuenta que durante el tiempo de análisis de la presente investigación, se contaba con 240 horas (médico-trabajo) de medicina interna, sin embargo, se deben tener en cuenta las horas administrativas según el protocolo de gestión del riesgo el cual solicita que cada especialista realice 1 hora semanal de seguimiento a usuarios hospitalizados u otros seguimientos de importancia para el programa ARCV, así mismo deben participar de comités y talleres los cuales mensualmente acumula alrededor de 7 horas, evidenciando disminución de horas que pudieran servir como espacios de atención a los usuarios.

**Tabla 3.** Horas mensuales por especialista contratado para el servicio de medicina interna en la UPREC Sinergia Global en Salud, 2014

<b>Cantidad Horaria Contratada</b>	<b>Especialista (medicina Interna)</b>
<b>Citas mes</b>	240
<b>Citas año</b>	5460

**Fuente:** Elaboración propia, información evidenciada de agendas de especialista.

Relacionando la cantidad de citas que se oferta con las horas contratadas, frente al promedio de citas necesarias por protocolo en un año (promedio de usuarios), estas no serían suficientes, lo cual predispone a que algunos

usuarios con el fin de no interrumpir su tratamiento farmacológico consulten siempre con el médico general de la institución, así también se puede predisponer a disgustos por parte de los usuarios solicitantes y derivar en su no asistencia a los controles necesarios para el manejo de su enfermedad.

Generalmente y ante esta situación la educación de los usuarios demandantes está guiada a estar pendientes de un tiempo denominado al interior de la UPREC como “apertura de agenda para citas”, sin embargo, este proceso se hace difícil para muchos ya que se encuentran con que el horario de atención por parte del Call Center es limitado, no solo en términos de horarios (horario de atención de 8:00 am a 12:00 pm y de 2:00 pm a 5:00pm), sino porque además, la cantidad de usuarios que llaman es elevado para la atención por parte del personal encargado (una sola persona) por parte de la institución, lo cual genera demoras en la atención telefónica y deserción por parte de los usuarios frente a esta vía de comunicación y acceso a las consultas.

Muchos de los usuarios debido a estas inconformidades de servicio por parte de la IPS, han hallado una manera de conseguir las citas de manera personal, lo cual ayuda a consolidar los bajos porcentajes de citas asignadas telefónicamente frente a la asignación de citas de manera personal, situación que genera mayor volumen de citas respecto a las solicitadas por medio telefónico.

**Tabla 4.** Citas asignadas en la UPREC Sinergia Global en Salud último trimestre de 2014

<b>ASIGNACIÓN</b>	<b>OCTUBRE</b>	<b>NOVIEMBRE</b>	<b>DICIEMBRE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Call center</b>	<b>5%</b>	<b>36%</b>	<b>29%</b>	<b>22%</b>
<b>Enfermería</b>	<b>29%</b>	<b>23%</b>	<b>41%</b>	<b>31%</b>
<b>Personal administrativo</b>	<b>66%</b>	<b>41%</b>	<b>30%</b>	<b>47%</b>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos filtrados del Software CIKLOS.

### **7.2.2. TRÁMITES DISPENDIOSOS DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN**

La demora en trámites durante el proceso de atención del usuario en la UPREC está relacionado con el proceso de asignación de citas vía telefónica, lo cual se reitera como una gran dificultad y causal de cansancio por parte de los usuarios inscritos, evidenciando la falta de recursos humanos para esta labor y por ende dificultando el acceso a consultas para los usuarios.

Sumado a esto y, resaltando que no se incumple con los tiempos que otorga para ello la Ley, se evidencia el papel en ciertas ocasiones negativo por parte de las auditorías llevadas a cabo a los ordenamientos de medicamentos y exámenes los cuales pueden variar entre 3 y 8 días dependiendo de la finalidad y la frecuencia con la que ha sido solicitado, esta demora afirman los miembros del equipo médico, vista como la no eficiencia en el tiempo dedicado para dar respuestas a las solicitudes, ha generado también dificultades en el reclamo de ordenes generadas para los usuarios, generando el no reclamo u omisión de los ordenamientos y consigo el incumplimiento y no adherencia a las indicaciones médicas en su totalidad por parte del usuario.

De igual forma los tiempos de espera en recepción para todos los procesos en la unidad (asignación y cumplimiento de cita, reclamos ordenamientos, etc.), en ciertos momentos del mes, se convierten en largas esperas por parte de los usuarios debido a la alta demanda de citas, siendo insuficiente el recurso humano disponible para asignación de cada una de las solicitudes de los usuarios que asisten, acentuando así la inconformidad por parte de los usuarios, quienes, de no tener un apoyo en el hogar no sería posible la consecución de las ordenes y recomendaciones suministradas por el personal asistencial en la unidad.

### **7.2.3. RECURSO HUMANO POCO MOTIVADO**

La pedagogía de enseñanza al paciente, así como las consecuentes indicaciones y procedimientos que estos deben cumplir, son base fundamental

para el logro de unos resultados que faciliten el mejoramiento en la salud para la población.

De esta forma, se hace imprescindible la capacitación del equipo médico en el tratamiento de usuarios con dificultades en la interiorización de su autocuidado o con quienes se cuente poca receptividad o acompañamiento al tratamiento, la educación radica en la búsqueda de soluciones adecuadas a su contexto, por ende, se hace necesario que la humanización de la atención sea pieza fundamental del programa que brinda la institución.

El equipo médico considera y atribuye la falta de conocimiento por parte de los usuarios sobre su enfermedad, especialmente la falta de importancia que esta puede tener sobre sus estilos de vida, debido a la falta de herramientas o la dificultad que les establece la creación de estrategias o mecanismos por parte del equipo médico y que permita a los usuarios recordar y llevar a cabo las recomendaciones brindadas.

Las constantes ocupaciones o el volumen de usuarios que atienden no les permite a la mayoría de integrantes del equipo médico poder llevar a cabo un proceso de enseñanza y diálogo sobre las implicaciones que conlleva el deterioro de su enfermedad, la importancia de que el paciente siempre vaya a las citas acompañado y sobre todo que sea constante con el tratamiento y el cuidado que debe brindársele.

Las anteriores dificultades generan desmotivación en el equipo médico, a la falta de un nivel constante de involucramiento con su tratamiento y la falta, o mejor, poco refuerzo sobre todo de mecanismos que permitan a través de la capacitación al equipo médico, crear un nivel de compromiso más acorde con el cumplimiento de las metas planteadas por el programa, así como posiblemente generar una propuesta de programas o concursos dentro de la organización que motiven las actividades concebidas en pro del bienestar del usuario atendido.

#### **7.2.4. DEFICIENCIA EN EL SEGUIMIENTO A USUARIOS**

Durante la investigación no fue posible encontrar un procedimiento de seguimiento específico a las dificultades concernientes con la no adherencia de los usuarios crónicos en el programa de ARCV.

El procedimiento enfatiza en el contacto vía telefónico o presencial por parte de los usuarios para poder concretar sus citas en cada una de las áreas asignadas, de este modo, fue posible evidenciar por parte del personal médico y administrativo inconvenientes en la recepción de llamadas y asignación de citas por este medio, debido a la falta de personal en el área encargada de llevar acabo esta tarea.

De igual forma fue posible evidenciar problemáticas que tienen que ver con la falta de apoyo de personal en el área de enfermería, lo cual evidencia una demanda inducida en constante crecimiento que supera lo propuesto por la capacidad instalada y ofrecida en la UPREC Sinergia Global en Salud de Coomeva EPS.

Esta problemática ha permitido evidenciar el no cumplimiento por parte de los usuarios en los controles con todo el equipo médico, lo cual ha generado un exceso de demanda por los servicios de medicina interna, proceso que no tiene un seguimiento eficiente debido a la falta de personal asignado en el programa.

Sumado a esto, los servicios prestados por el área de trabajo social no son suficientes para el número de casos que atiende la IPS, llevando a que no se le brinde un acompañamiento más personalizado a las personas, lo anterior teniendo en cuenta que dentro de las herramientas establecidas por la UPREC está la visita a los usuarios que no llevan un buen control de su enfermedad con el objetivo de cambiar aspectos relacionados con su estilo de vida y propios del contexto.

## **8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Las causas relacionadas con la no adherencia de usuarios a las citas resultan ser de indispensable análisis, ello debido a que implican preparación de la unidad en temas de capacitación oportuna y constante del equipo médico y sobre todo la humanización de la atención, con el objetivo de lograr un consenso médico-paciente en pro de mejorar la calidad de vida de las personas que lo necesitan.

La presente investigación permitió, a través de la aplicación de herramientas administrativas a un problema complejo, pero muy común en este tipo de poblaciones, conocer a profundidad, a través de la participación del equipo médico y administrativo implicado en la atención al usuario, las causas que desde el punto administrativo se relacionan con la no adherencia de los usuarios inscritos al programa de alto riesgo cardiovascular de la IPS Sinergia Global en Salud perteneciente al grupo empresarial Coomeva.

Los resultados arrojaron en primera instancia un desconocimiento de los factores sociodemográficos que determinan el modo de vida, costumbres y dificultades presentes en la población remitida a la IPS, por lo que el trabajo se basó en generar la caracterización de una muestra de población no adherente al programa durante el último trimestre de 2014.

Los resultados permitieron establecer que la mayoría de la población no adherente, pero que se encuentra vinculada al programa es en su mayoría masculina (54%) mantiene un promedio de edad que oscila, su mayoría, entre los 40 y 59 años de edad (35% de la población), y un 33% se presentan en las edades mayores a 70 años, lo cual hace suponer dos grandes causales para apoyar la problemática expuesta que son la no introspección de su condición de salud y la falta de acompañante a las consultas por su condición física y

posiblemente mental; La enfermedad más común encontrada en esta población fue la hipertensión arterial y mantienen un tipo de contrato que los clasifica como trabajadores dependientes (61%), lo que, en primera instancia identifica la presencia de horarios de trabajo que pueden incidir en dificultades al momento de cumplir citas médicas u horarios especiales para las mismas.

Sumado a esto, las ocupaciones que mayor porcentaje de usuarios maneja la UPREC pertenecen a Amas de casa y Pensionados (38% usuarios divididos en igual porcentaje) y Cesantes (18%), lo cual establece la puesta en marcha de estrategias de acercamiento y educación a estos debido a que son poblaciones con dos características en común, poca actividad física y falta de personal que acompañe a las citas médicas y, por ende, baja receptibilidad de las indicaciones elaboradas por el equipo médico.

Ahora bien, sumado a estas características propias de la población no adherente al programa, el análisis de las entrevistas permitió establecer cuatro categorías que engloban las causas relacionadas con la no adherencia de los usuarios al tratamiento desde el punto de vista administrativo, las cuales permiten establecer criterios a través de los cuales puede fomentarse la búsqueda de acciones para mejorar los indicadores presentes al interior de la institución.

En primera medida se evidencia gran desconcierto por parte del equipo de trabajo, médico y administrativo, por la falta de compromiso de parte de los usuarios, de quienes se enfatiza que, a pesar de los constantes esfuerzos y estrategias, no se logra aún generar consciencia sobre la importancia que reviste el autocuidado de la enfermedad y sobre todo el cumplimiento de las citas.

En palabras del equipo médico se pudo evidenciar que pese a que estos usuarios cuentan con un servicio de calidad y único para el tratamiento de su enfermedad, como lo es la facilidad de contar con un equipo liderado por

especialistas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales y médicos generales con gran conocimiento sobre la materia, aún no se evidencia una recepción clara y positiva por parte de muchos usuarios, quienes ven en el tratamiento un proceso largo y tedioso, muchas veces de resultados a largo plazo, siendo su visión más de corto plazo debido a problemas como depresión, ansiedad y falta de apoyo familiar.

En base a esto fue posible detectar, cómo, sumado a estos inconvenientes propios de la atención de usuarios con estas características, pueden encontrarse dificultades de tipo administrativo que acentúan las molestias de los usuarios con el tratamiento y su posterior no adherencia.

Entre estas causas fue posible evidenciar fallas en la oportunidad de la atención derivadas de una limitada atención por vía telefónica, esto debido al poco personal (solo una persona encargada) y al número creciente de usuarios demandando los servicios, ello ha llevado a que los usuarios se quejen de los procesos de atención por parte del equipo administrativo encargado, aludiendo demoras en la atención y consecución de citas médicas y a la existencia de demoras aproximadas de 15 minutos o más para conseguir citas por vía presencial, lo cual demanda la generación de espacios y apoyos extras para poder atender los usuarios que llegan hasta la UPREC en búsqueda de una cita médica.

De igual forma fue posible evidenciar fallas en la contra remisión de usuarios que, desde el punto de vista clínico, ya pueden ser devueltos a las Unidades Básicas de Atención-UBA, para continuar con su tratamiento y así despejar un poco los espacios para usuarios que requieran con urgencia una valoración.

Lo anterior se traduce en la existencia de horarios de citas totalmente copados, especialmente en las áreas de especialidad interna, quienes son de hecho, los responsables de emitir el concepto de contra remisión, sin embargo, ante la

continuidad de una demanda de su servicio extremadamente alta, estos olvidan u omiten la generación de la devolución del paciente a su UBA.

Lo anterior evidencia un desgaste por parte del equipo médico el cual se ve obligado a cumplir con las labores del día a día y no establecer un compromiso fuerte con el logro de los indicadores de la UPREC, ante lo cual se evidencia la falta de capacitación y de motivación en el logro de los objetivos por parte de la institución, sea a través del incentivo hacia los usuarios, así como su educación mucho más fuerte y efectiva sobre la enfermedad.

Adicional a esto fue posible evidenciar la falta de un seguimiento adecuado a los usuarios de la IPS UPREC por parte no solo del equipo médico sino también del auxiliar, lo cual resalta el compromiso del equipo y el grado de articulación un poco bajo entre el equipo encargado del programa.

Ante esta situación se hace evidente la falta de personal de apoyo tanto para el área de enfermería, trabajo social y administrativo encargado de recepcionar y llevar a cabo citas en la UPREC.

Por otra parte, la educación brindada desde las Unidades Básicas de Atención es imprescindible, debido a que si el usuario no es adherente desde la unidad Básica será poco probable que lo sea en una unidad especializada, caso de la UPREC, de este modo se considera imperativo crear estos espacios de manera periódica con el personal involucrado para que las acciones propuestas para la sensibilización, educación y comunicación con el usuario perteneciente al programa de Riesgo Cardiovascular desde todas las sedes sea uniforme y genere un adecuado impacto en el comportamiento de los mismos usuarios.

Estas problemáticas constituyen problemas de índole mayor si no se tienen en cuenta al momento de mejorar aspectos relacionados con la no adherencia de los pacientes que no han asistido al programa.

Para este ejercicio se han elaborado acciones de mejora como propuestas encaminadas a establecer avances en los indicadores de adherencia de usuarios inscritos al programa basadas en un enfoque analítico, es decir para ser estudiadas por la IPS y, otras de tipo propositivo en las cuales se enmarcan acciones que permitan mejorar o hacer más eficientes los procesos al interior del programa.

## **9. ACCIONES DE MEJORA**

Las acciones de mejora aquí planteadas obedecen a un estudio analítico basado en evidencias y a partir de un profundo análisis de las causas expuestas anteriormente, con el objetivo principal de establecer procesos que, desde el ámbito administrativo ayuden en la mejora del indicador de adherencia de pacientes al programa de riesgo cardiovascular en la UPREC Sinergia Global en Salud de Coomeva EPS.

Por ende, su explicación y realización obedecen a un esfuerzo en el cual se articulen los conocimientos adquiridos desde la academia frente a las problemáticas evidenciadas por las empresas prestadoras de servicios de salud, todo teniendo como eje central el mejoramiento de las condiciones de vida de la población que más lo requiere y por supuesto el óptimo funcionamiento de las instituciones de salud.

Las siguientes propuestas se dividen en dos campos específicos, por una parte las acciones se realizaran desde un campo analítico, a través del cual se pone de manifiesto posibles acciones de mejora que requieren el análisis por parte de los equipos de trabajo en la UPREC y, por otro lado, viene la parte propositiva en donde se presenta la realización de dos instrumentos que pueden de cierto modo ayudar en la búsqueda de soluciones eficaces a las problemáticas evidenciadas durante el desarrollo de la presente investigación.

### **9.2. ACCIONES DE MEJORAMIENTO A ANALIZAR**

Uno de los principales problemas evidenciados al interior de la UPREC es la falta de oportunidad en la consulta por parte de los usuarios, debido a múltiples causas, entre ellas, horas insuficientes para la consulta por parte del equipo médico especializado, falta de personal administrativo que atienda las llamadas telefónicas y evidencia de poco compromiso con el cumplimiento de metas en

el control de los pacientes, lo cual llevaría a contrastar un método que permita valorar hasta qué punto se puede llegar a valorar la opción de cumplimiento del indicador basado en el cálculo de un costo razonable que permita establecer llegar a la meta planteada por el programa.

- a) Este tipo de análisis es lo que comúnmente se conoce con el término de Costo-Eficiencia, muy utilizado en el campo de la salud y, a través del cual se valoran aspectos relacionados con los esfuerzos mínimos que debe llevar a cabo la entidad para producir más salud en la población.

De esta forma la medición de los costos debe permitir el logro de beneficios que no solo se traducen en términos monetarios, también en productos como número de citas logradas y cumplidas, el efecto o impacto que este esfuerzo genere en la población y por su puesto su impacto en el logro de indicadores a nivel institucional, local y regional, los cuales a largo plazo establecerán el logro de una mejor calidad de vida para la población de alto riesgo cardiovascular.

De este modo se hace necesario analizar si el costo de contratar más personas en las labores administrativas, el cambio en el tipo de contratación de los profesionales o la búsqueda de apoyo en las áreas más congestionadas, refleje el logro eficiente de los indicadores propuestos por la institución y que a largo plazo su impacto en el ámbito de la salud pública sea mayor, solo de esa forma se podrán establecer cambios de fondo en la problemática que acusa actualmente la adherencia al tratamiento por parte de los usuarios.

- b) Otro aspecto a tener en cuenta es la creación de incentivos, traducidos como mayor flexibilidad en el tiempo laboral o premios representativos dentro de las unidades de Atención que permitan generar esfuerzos mayores desde los trabajadores de salud que integran los equipos y así mantener un nivel de motivación óptimo que permita crear un impacto

positivo en la consecución de resultados con la población que día a día se interviene.

- c) Junto con los datos recolectados en los dos momentos relevantes de la monografía, análisis de las bases de datos y entrevistas con el equipo, los grupos de edad evidencia una proporción de usuarios relativamente joven donde sería oportuno generar un análisis de campo con la misma población que permita la aplicación de acciones específicas para esta población, de este modo, a través del presente análisis se considera necesario realizar estudios mucho más personalizados teniendo en cuenta las características más sobresalientes de cada una de estas poblaciones, con el objetivo de revisar a fondo las posibles deficiencias en educación, información o comunicación del usuario así como la influencia del apoyo familiar en sus acciones de adherencia a las citas y medidas de tratamiento farmacológicas y no farmacológicas.

### **9.3. ACCIONES DE MEJORAMIENTO PROPOSITIVAS**

Se propone la elaboración de dos formatos de registro y control a las dificultades evidenciadas por la falta de seguimiento a pacientes no adherentes al programa y para descongestionar el número de pacientes que no han sido contra remitidos por parte de los especialistas en la UPREC:

- a) Generación de un documento, con su correspondiente formato instructivo de diligenciamiento, que permita el registro a cada profesional miembro del programa ARCV de los usuarios atendidos diariamente, con el objetivo de hacer un seguimiento más efectivo a los controles que debe llevar cada área respecto a la periodicidad con que sus usuarios deben asistir a las citas, lo anterior con la finalidad de que sea más fácil el seguimiento por parte del personal encargado y se ahorre tiempo y pérdida de citas para la UPREC (**Ver Anexo A**)

- b) Elaboración de un documento, con su correspondiente formato instructivo de diligenciamiento, para su correspondiente aprobación, que sistematice los argumentos clínicos que permitan la valoración por parte del Comité de Riesgo Cardiovascular para llevar a cabo el proceso de Contra remisión, a través de la participación de los demás miembros del equipo médico facultados para ello (**Ver Anexo B**).

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ACEVEDO, Gabriel., MARTÍNEZ, Gustavo., & ESTARIO, Juan. Manual de salud pública. Córdoba, Argentina.: Editorial Encuentro, 2007. 596 p.

BRAVO, Teodoro. Prevención de las enfermedades en la práctica clínica. Avances recientes y perspectivas. En: Revista Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México. Enero – Marzo 2000. Vol. 13, no. 1, p. 51 –62.

CABALLERO, Carlo, y ALONSO, Luz. Enfermedades crónicas no transmisibles, es tiempo de pensar en ellas. Revista Salud Uninorte, 2010. Vol. 6, no. 2. Pág. 7-9.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. [En línea]. Prevención de la enfermedad. En: Curso de gestión local de salud para técnicos del primer nivel de atención. [Citado el 10 de Enero de 2015] Recuperado de: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>

CLARK, Gurney y RODMAN, Hugh. Los niveles de aplicación de la medicina preventiva. En: Preventive medicine for the doctor in his community. 3 ed. Michigan: Blakiston Division, McGraw Hill. 1965. P. 27-39.

CONTRERAS, Astrid. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los usuarios inscritos en el programa de control de la hipertensión arterial de la unidad básica de atención Coomeva. En: Revista Salud Uninorte. Mayo 2010. Vol. 26, no. 2, p. 201-211.

DE LOS ÁNGELES, Martín, GRAU, Jorge. & ESPINOSA, Alfredo. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. En: Revista Cubana de Salud Pública. 2014. Vol. 40, no. 2, 225-238.

ESLAVA, Juan. Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia. En: Revista de Salud Pública. 2002. Vol. 4, no. 1, 1-12.

\_\_\_\_\_. Repensando la promoción de la salud en el sistema general de seguridad social en salud. En: Revista salud pública. 2006. Vol. 8. 106-115.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. [En línea]. Plan mundial contra la diabetes 2011-2021. Bélgica. [Citado el 10 de Junio de 2015] Recuperado de: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>

FERRER, Victoria. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. En: Revista Psicología de la Salud. 1995. Vol. 7, no. 1, 35-61.

FIGUEROA, Claudia. Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de usuarios diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga. Tesis de maestría en Epidemiología. Facultad de Salud, Maestría en Epidemiología, 2011, 128 p.

FRENK, Julio y LONDOÑO, Juan. [En línea]. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. [Citado el 10 de Mayo de 2015] Recuperado de: [https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/87917/1/idb-wp\\_353.pdf](https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/87917/1/idb-wp_353.pdf)

GARCÍA Ariel. y GARCÍA, Francisco. La medicina preventiva en la atención primaria de salud. En: Revista habanera de ciencias médicas. 2012. Vol. 11, no. 2, 308-316.

KUME, Hitoshi. Herramientas estadísticas para el mejoramiento de la calidad. Bogotá: Editorial Norma, 1992. 232 pág.

MÁRQUEZ, Miguel. Formación del espíritu científico en salud pública. En: Revista Cubana de Salud Pública, 2011. Vol. 37, 585-601.

MARTÍN, Libertad y GRAU, Jorge. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: Revista Psicología y Salud, 2004. Vol. 14, no. 1, 89-99.

MERCADO, Francisco y HERNÁNDEZ, Eduardo. Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. En: Revista. Salud Pública, 2007. Vol. 23, no. 9, 2178-2186.

MESA-LAGO, Carmelo. [En línea]. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. [Citado el 01 de Mayo de 2015] Recuperado de: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077.pdf?sequence=1>

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. [En línea]. Encuesta nacional de salud 2007. Resultados nacionales. [Citado el 10 de Junio de 2015] Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>

\_\_\_\_\_. [En línea]. Guía 13. Guía de atención de la hipertensión arterial. En: Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades públicas. [Citado el 10 de Junio de 2015] Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20E%20ATENCION%20-TOMO%20DOS.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. [En línea] Guía de la atención de diabetes tipo 2. [Citado el día 18 de Mayo de 2015] Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/32Atencion%20de%20la%20Diabetes%20tipo%202.PDF>

\_\_\_\_\_. [En línea] Guía de la atención de diabetes tipo 1. [Citado el día 18 de Mayo de 2015] Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/31Atencion%20de%20la%20diabetes%20tipo%201.PDF>

\_\_\_\_\_. [En línea] Prevención de enfermedades no transmisibles. [Citado el 28 de Abril de 2015] Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Enfermedades-no-transmisibles.aspx>

\_\_\_\_\_. [En línea]. Guía de práctica clínica. Hipertensión arterial primaria. [Citado el 10 de Junio de 2015] Recuperado de: [http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/HTA/GPC\\_Completa\\_HTA.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/HTA/GPC_Completa_HTA.pdf)

MUÑOZ, Iván; LONDOÑO, Beatriz; HIGUITA, Yomaira; SARASTI, Diego y MOLINA, Gloria. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2009. Vol. 27, no. 2, 142-152.

OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER. [En línea]. Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander, método STEPwise. [Citado el 15 de Junio de 2015] Recuperado de: [http://www.who.int/chp/steps/2010\\_STEPS\\_Survey\\_Colombia.pdf](http://www.who.int/chp/steps/2010_STEPS_Survey_Colombia.pdf)

OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD. [En línea]. Boletín No. 1. Enfermedad cardiovascular: principal causa de muerte en Colombia. [Citado el 14 de Marzo de 2015] Recuperado de: [http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/boletin%201/boletin\\_web\\_ONS/boletin\\_01\\_ONS.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/boletin%201/boletin_web_ONS/boletin_01_ONS.pdf)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [En línea] Diabetes. [Citado el 12 de Mayo de 2015] Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. [En línea] Enfermedades crónicas y prevención de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas, panorama general. [Citado el 10 de Mayo de 2015] Recuperado de: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/)

\_\_\_\_\_. [En línea] Estadísticas sanitarias mundiales. [Citado el 10 de Mayo de 2015] Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>

\_\_\_\_\_. [En línea] Promoción de la salud. Glosario. [Citado el 14 de Marzo de 2015] Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

\_\_\_\_\_. [En línea] Temas de salud. Enfermedades crónicas. [Citado el 10 de Mayo de 2015] Recuperado de: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

\_\_\_\_\_. [En línea]. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [Citado el 14 de Marzo de 2015] Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=18722&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OPS. [En línea]. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. [Citado el 14 de Marzo de 2015] Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/reg-strat-cncds.pdf>

RESTREPO, Helena y MÁLAGA, Hernán. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá, D.C.: Editorial Médica Internacional, 2001. 298 pág.

ROA, Nubia. Definición–Diagnóstico de la hipertensión arterial. En: Revista Colombiana de Cardiología, 2007. Vol. 13, no. 1, 195-196.

SALLERAS, Lluís. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. En: Revista Medicina Clínica, 1994. Vol. 102, 5-12.

SIGERIST, Henry. Hitos en la historia de la salud pública. Editorial Siglo XXI, 1998. 98 pág.

SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. En: Revista colombiana de cardiología, 2007. Vol. 13, no. 1, 313 págs.

STARFIELD, Bárbara, et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? En: Journal of Epidemiol Community Health, 2007. Vol. 62, 580-583.

VÁSQUEZ, Alfredo; FERNÁNDEZ, Manuel; CRUZ, Nélica; ROSELLÓ, Yamilé y PÉREZ, Manuel. Percepción de la hipertensión arterial como factor de riesgo: Aporte del día mundial de lucha contra la hipertensión arterial. En: Revista Cubana de Medicina, 2006. Vol. 45, no. 3,

VELEZ, Alba. Marco político y legal de la promoción de la salud. Revista Colombia Médica, 2000. Vol. 31, no. 2, 86-95.

VIGNOLO, Julio; VACAREZZA, Mariela; ÁLVAREZ, Cecilia y SOSA, Alicia. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. En: Revista Archivos de Medicina Interna, 2011. Vol. 33, no. 1, 7-11.

ZABALA, Liliana. Adherencia terapéutica en usuarios con enfermedades crónicas: una revisión crítica orientada a las causas de naturaleza administrativa. Monografía de Especialización). Facultad de Salud, Especialización en Administración de Servicios de Salud Pública, 2011, 122 p.

ZAMBRANO, Renato; DUITAMA, John; POSADA, Jorge y FLÓREZ, José. Percepción de la adherencia a tratamientos en usuarios con factores de riesgo

cardiovascular. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2012. Vol. 30, no. 2, 163-174.

## **NORMATIVIDAD ANALIZADA**

LEY 100 DE 1993 [Congreso de la República de Colombia]. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23, 1993.

LEY 1335 DE 2009 [Congreso de la República de Colombia]. Por la cual se crean disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana. Julio 21, 2009.

LEY 1438 DE 2011 [Congreso de la República de Colombia]. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 19, 2011.

RESOLUCIÓN 412 DE 2000 [Ministerio de Salud]. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Febrero 25, 2000.

## ANEXOS

**Anexo A.** Formato de registro de inscripción y seguimiento por parte del equipo interdisciplinario.

		<b>Registro de Inscripción y Seguimiento Equipo Interdisciplinario</b> Regional Nororiente Código: pendiente por verificar								
DATOS DEL USUARIO										
Ítem	Fecha Atención (D/M/A)	Nombres y Apellidos	ID	Número	Teléfonos	E mail	Atendió	Programa al que Pertenece	Fecha Próximo Control (D/M/A)	Observaciones
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
30										

## INSTRUCTIVO

### OBJETIVO:

El Registro de Inscripción y Seguimiento del Equipo Interdisciplinario de la UPREC, tiene como objetivo realizar seguimiento a los afiliados con cada una de las áreas diferentes a medicina general y medicina interna, con el fin de mejorar la asistencia y adherencia al programa, así aumentar las posibilidades de educación al usuario perteneciente al programa ARCV

### RECOMENDACIONES:

Deben registrarse los afiliados pertenecientes a COOMEVA Sector Salud con diagnóstico de HTA y/o DM.

## DEFINICIONES Y CONVENCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

**Ítem:** Diligenciar el valor ordinal al que corresponde cada uno de los pacientes consignados en el listado.

**Fecha de Atención (dd/mm/aaaa):** Corresponde a la fecha de atención del afiliado(a) en las instalaciones de la unidad

**Nombres y Apellidos:** Registrar el Primer Nombre, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido del afiliado(a) según este registrado en el documento de identidad.

**Tipo ID:** Seleccionar de la lista el tipo de documento correspondiente: RC (Registro Civil), TI (tarjeta de Identidad), CC (Cédula de ciudadanía), CE (Cédula de extranjería), PA (Pasaporte)

**Número Identificación:** Corresponde al número con el que se identifica cada usuario.

**Teléfonos:** Registrar el número fijo correspondiente al lugar de residencia del afiliado, en caso de que no tenga colocar números celulares u otro número fijo que indique el afiliado de algún familiar o conocido, para facilitar la ubicación.

**E mail:** Colocar el e-mail del usuario, este dato es de importancia en caso de que al afiliado(a) no se pueda ubicar por vía telefónica u otro medio, además se puede utilizar para la demanda inducida; en caso de que el afiliado o un familiar no tenga e-mail colocar NA (No Aplica).

**Atendido Por:** Seleccionar de la lista el profesional que atiende al usuario en el control del mes correspondiente, si es Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicóloga, Trabajador social.

**Programa al que pertenece:** Seleccionar de la lista el programa de ARCV específico al que pertenece, si es Diabetes mellitus, Hipertensión, Diabetes mellitus con Hipertensión.

**Fecha Próxima Control (dd/mm/aaaa):** Colocar en el formato de día, mes, año la fecha en que el usuario tiene el siguiente control por el profesional que lo registra.

**Observaciones:** Utilizar en caso de necesidad de hacer anotaciones referentes al afiliado, que no se puedan hacer en otra parte del Registro.

**Anexo B. Registro de usuarios con posibles criterios médicos para su egreso del programa ARCV.**

	<p><b>Registro Usuarios con posibles Criterios Médicos para su Egreso del programa ARCV</b>                  Regional Nororiente                  Código: pendiente por verificar</p>
<p><b>Fecha de Atención (DD/MM/AAAA)</b></p>	
<p><b>Nombres y Apellidos</b></p>	
<p><b>Número de Identificación</b></p>	
<p><b>Atendido y Reportado por</b></p>	
<p><b>Programa al que Pertenece</b></p>	
<b>Descripción de Hallazgos</b>	
<p><b>Fecha de Comité (DD/MM/AAAA)</b></p>	
<b>Análisis y Recomendaciones del Caso</b>	
<p>Nombre: _____</p>	
<p>Cargo: _____</p>	
<p>Nombre: _____</p>	
<p>Cargo: _____</p>	
<p>Nombre: _____</p>	
<p>Cargo: _____</p>	

## INSTRUCTIVO

### OBJETIVO:

El Registro de Usuarios con posibles criterios médicos para egreso del programa de ARCV de la UPREC, tiene como objetivo realizar seguimiento a los afiliados una vez sean captados por el personal de medicina general, y quienes consideran que el usuario ya tiene control sobre su enfermedad objeto de programa, cumple con los criterios de Egresos inscritos en el Anexo 4, y así sea postulado al comité para su análisis individual en el comité mensual de RCV de la unidad.

### RECOMENDACIONES:

Deben registrarse los afiliados pertenecientes a COOMEVA Sector Salud con diagnóstico de HTA y/o DM.

Toda fecha debe ir en el formato de dd/mm/aaaa

## DEFINICIONES Y CONVENCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

**Fecha de Atención (dd/mm/aaaa):** Corresponde a la fecha de atención del afiliado(a) en las instalaciones de la unidad

**Nombres y Apellidos:** Registrar el Primer Nombre, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido del afiliado(a) según este registrado en el documento de identidad.

**Número Identificación:** Corresponde al número con el que se identifica cada usuario.

**Atendido y Reportado Por:** Registrar nombre completo que reporta el caso del usuario, el cual debe ser el mismo que realizó la última atención médica.

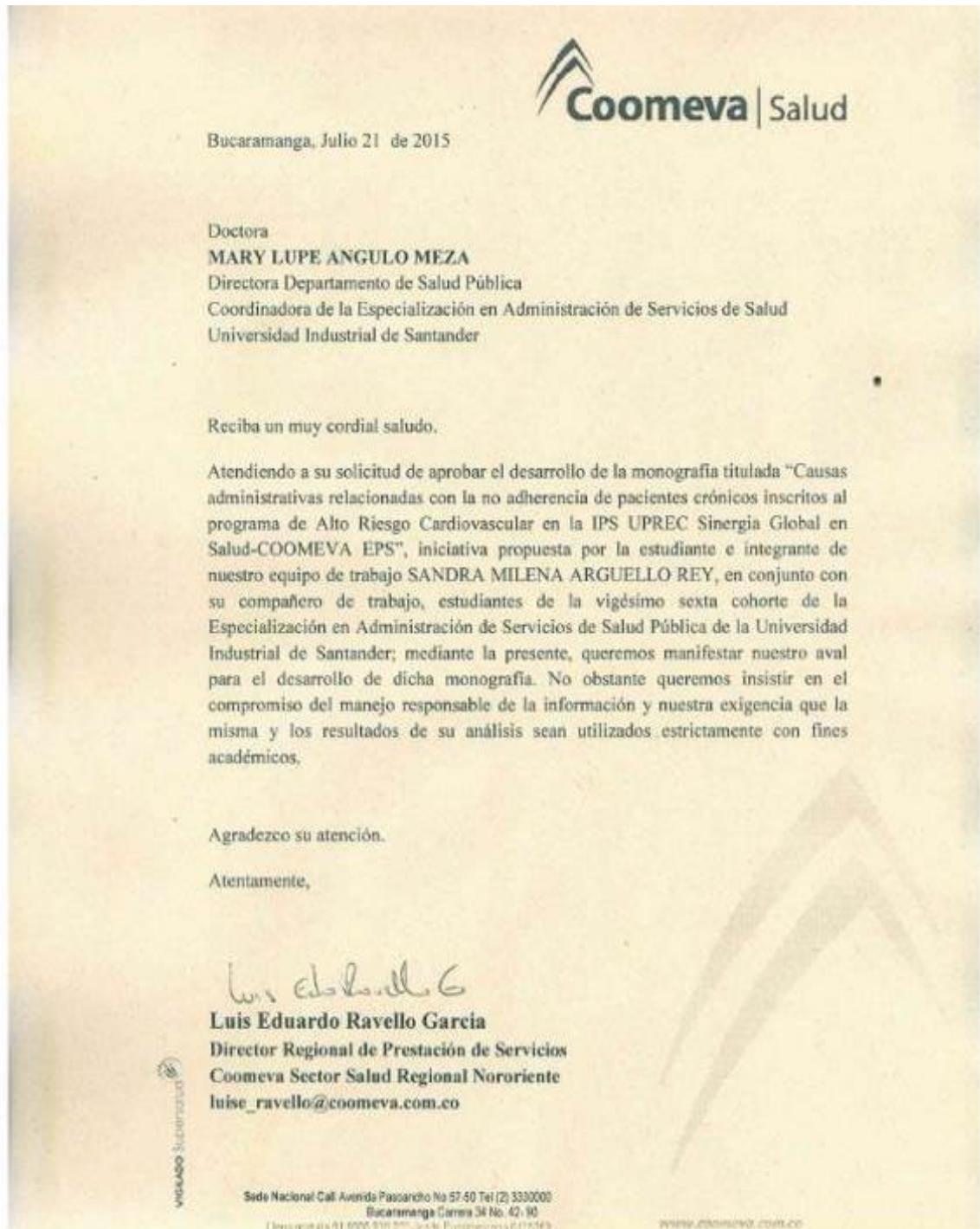
**Programa al que pertenece:** Seleccionar de la lista el programa de ARCV específico al que pertenece, si es Diabetes mellitus, Hipertensión, Diabetes mellitus con Hipertensión.

**Descripción de Hallazgos:** Registrar los criterios médicos por los cuales considera que el usuario ya no cumple con las especificaciones clínicas para estar dentro de la inscripción del programa ARCV de la UPREC.

**Fecha de Comité (dd/mm/aaaa):** Colocar en el formato de día, mes, año la fecha en que el caso ha sido analizado en el comité de Riesgo Cardiovascular de la unidad. En el mismo debe por lo menos asistir un médico internista de la unidad de atención.

**Análisis y Recomendaciones:** Registrar el concepto del comité, las indicaciones a seguir en particular con el usuario. Debe haber registro del mismo como seguimiento en la historia clínica del usuario en Ciklos.

**Anexo C.** Carta de aceptación de la Monografía por parte de le UPREC Sinergia Global en Salud COOMEVA EPS.



## Anexo D Esquema de consentimiento informado firmado por el equipo médico de la IPS durante la aplicación de entrevistas.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS PARTICIPANTES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "CAUSAS ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS CON LA NO ADHERENCIA DE PACIENTES CRÓNICOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA IPS UPREC SINERGIA-COOMEVA EPS"

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA  
Estudiantes: Rafael Antonio Caballero Espinosa, Sandra Milena Arguello Rey

#### I. INTRODUCCIÓN

Apreciado participante.

Como trabajo de grado en calidad de Monografía de Investigación, actualmente nos encontramos desarrollando la investigación: "Causas administrativas relacionadas con la no adherencia de pacientes crónicos inscritos al programa de alto riesgo cardiovascular en la IPS UPREC SINERGIA de COOMEVA EPS".

Este trabajo tiene como objetivo determinar las causas administrativas que incurren en la no adherencia de pacientes crónicos inscritos al programa de Alto Riesgo Cardiovascular (ARC) en la IPS UPREC-SINERGIA COOMEVA de Bucaramanga y establecer a partir de su análisis la elaboración de un plan de acción que permita el mejoramiento del proceso de atención administrativo que perciben los usuarios al interior de la IPS.

En ese sentido, a través del uso de herramientas administrativas, se evidenciarán las causas que, desde el punto de vista administrativo han llevado al no cumplimiento del indicador de pacientes controlados inscritos al programa de ARCV al interior de la IPS.

**De este modo y**, teniendo en cuenta que su opinión es fundamental para este estudio, nuestro deseo es que usted participe en el trabajo de investigación, para lo cual es necesario, antes de confirmar su autorización en el estudio, que usted conozca que:

- a) Su participación en este estudio es voluntaria: esto quiere decir que si usted lo desea, puede negarse a participar o puede solicitar su retiro de la investigación en cualquier momento.
- b) No vincularse al estudio o solicitar ser retirado del mismo, **NO** conlleva acción o sanción alguna en contra de usted, ni llamado de atención o reporte negativo por parte de los miembros del equipo de investigación o de las directivas de la institución, esto quiere decir que su decisión **NO** afectará sus derechos laborales.
- c) Usted no recibirá ningún beneficio económico por su participación en este estudio.

#### 2. INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO

A continuación se describen los detalles que usted deberá tener en cuenta para autorizar o no su participación en este estudio. Antes de tomar cualquier decisión sobre su participación, por favor analice la información aquí facilitada y siéntase en libertad de preguntar, indagar y discutir todos los aspectos que considere necesarios. Usted puede conversar tales aspectos con el investigador, amigos o familiares en quienes usted más confíe.

- a) Su participación en este estudio implica la aplicación de una entrevista semiestructurada, por ende, la información aportada debe ser verdadera, la cual podrá ser grabada a través de audio y/o con registro fotográfico para su posterior análisis.
- b) Es posible y normal que usted sienta duda a expresar sus opiniones sobre la propuesta de investigación aquí planteada. Sin embargo, le informamos que sus datos personales solo serán de conocimiento exclusivo de los autores del presente trabajo.

**3. INFORMACION LEGAL**

Debido a que este estudio es catalogado como de riesgo mínimo y al comprender la participación de personas, se advierte que las actividades que se realicen se llevarán a cabo de forma que representen una experiencia razonable y comparable a las inherentes a la situación médica, psicológica, social y educativa de los participantes (literal a, parágrafo primero del artículo 28 de la Resolución 008430 de 1993).

**4. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Después de haber leído y comprendido toda la información contenida en este documento y de haber recibido de parte de los autores del trabajo de investigación explicaciones verbales que satisfacen mis inquietudes y habiendo reflexionado sobre las implicaciones de mi participación, **libre, consciente y voluntariamente, manifiesto que:**

<b>Acepto participar en el trabajo de investigación.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
--	-----------	-----------

Igualmente, **Autorizo** a los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander, adscritos actualmente al Posgrado de Administración de Servicios de Salud Pública, Cohorte XXVI para:

Utilizar la información producto de mi participación de forma anónima en la elaboración de artículos científicos y en la presentación de los resultados académicos.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
---	-----------	-----------

En constancia, firmo este documento de **Consentimiento Informado**, el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**Contacto con los autores del trabajo de investigación:** Para preguntas, aclaraciones o inquietudes acerca de las actividades o resultados del trabajo puede comunicarse con los autores a los correos electrónicos [rafaelcaballero24@gmail.com](mailto:rafaelcaballero24@gmail.com) o [milenarey286@gmail.com](mailto:milenarey286@gmail.com)

**- Nombre, firma y documento de identidad del participante:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula de Ciudadanía No.: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_