



**PLAN DE MEJORA DEL MODELO GESTIÓN INTEGRAL DE LA PREVENCIÓN DE
ENFERMEDAD VASCULAR, UN ANÁLISIS PARA EL CENTRO VASCULAR DE
OCCIDENTE CALI 2023**

**CAROLINA ARMENDÁRIZ MEDINA
FERNANDO ANDRES FAJARDO MORA**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD
SANTIAGO DE CALI
2023**



**PLAN DE MEJORA DEL MODELO GESTION INTEGRAL DE LA PREVENCIÓN DE
ENFERMEDAD VASCULAR, UN ANÁLISIS PARA EL CENTRO VASCULAR DE
OCCIDENTE CALI 2023**

**CAROLINA ARMENDÁRIZ MEDINA
FERNANDO ANDRES FAJARDO MORA**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Magister en
GERENCIA EN ORGANIZACIONES DE SALUD**

**Director del trabajo de grado: JORGE IVÁN ORTIZ
Profesión MEDICO MÁSTER EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS Y
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN DE COSTOS EN SALUD**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD
SANTIAGO DE CALI**

Santiago de Cali, 13 de julio del 2023

Doctor
Fabian Fernando Osorio Tinoco
Decano
Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana
La Ciudad

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es: PLAN DE MEJORA DEL MODELO GESTIÓN INTEGRAL DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD VASCULAR, UN ANÁLISIS PARA EL CENTRO VASCULAR DE OCCIDENTE CALI 2023. Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente



Fernando Andrés Fajardo Mora
CC. 12.751.783



Carolina Armendáriz Medina
CC. 66.922.505

Santiago de Cali, 13 de julio del 2023

Doctor (a)
Fabian Fernando Osorio Tinoco
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Pontificia Universidad Javeriana
La Ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado: PLAN DE MEJORA DEL MODELO GESTIÓN INTEGRAL DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD VASCULAR, UN ANÁLISIS PARA EL CENTRO VASCULAR DE OCCIDENTE CALI 2023. realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana, nombres: Carolina Armendariz Medina, CC. 66.922.505, Fernando Andrés Fajardo Mora, CC. 12.751.783, y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente.



Jorge Iván Ortiz
Director del Trabajo de Grado

ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de 1946

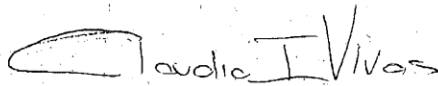
“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

**“PLAN DE MEJORA DEL MODELO GESTION INTEGRAL DE LA
PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD VASCULAR, UN ANÁLISIS
PARA EL CENTRO VASCULAR DE OCCIDENTE CALI 2023”.**

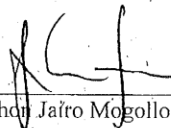
Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los
requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el
título de Magíster en Gerencia de Organizaciones en Salud.



Fabian Fernando Osorio Tinoco
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Claudia Isabel Vivas Tobar
Directora, Maestría en Gerencia
de Organizaciones en Salud.



Jhon Jairo Mogollon Garcia
Jurado



Jorge Iván Ortiz
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 13 junio de 2023

Tabla de Contenido

1	Resumen ejecutivo	1
1.1	Introducción.....	1
2	Justificación.....	2
2.1	Expectativas. Alcance y propuesta de valor, de porque se debe comercializar y ofertar el servicio	2
3	Marco conceptual.....	3
3.1	Enfermedades Vasculares.....	3
3.1.1	Enfermedad Arterial Periférica.....	4
3.1.2	Trombosis Venosas Profundas y Tromboembolismo Pulmonar:	5
3.2	Términos conceptuales de ley.....	5
3.2.1	Promoción de la Salud	5
3.2.2	Prevención de la Enfermedad	6
3.2.3	Atención Primaria en Salud-APS	7
3.2.4	Calidad	8
3.2.5	Oportunidad.....	9
4	Marco normativo.....	9
4.1	Ley 1438 de 2011.....	9
4.2	Sistema de Seguridad Social en Colombia (Ley 100 de 1993)	12
4.3	Sistema General de Pensiones.	13
4.4	Sistema General de Seguridad Social en Salud.	14
4.5	Sistema General de Riesgos Laborales.	14
4.6	Servicios Sociales Complementarios. (Colombia mayor).....	14
5	Objetivo general.....	15
6	Objetivos específicos	15
7	Metodología.....	15
8	Resultados esperados	17
8.1	Consideraciones éticas	17
8.2	Presupuesto.....	17
9	Plan de trabajo	19
10	DESCRIPCION GENERAL DE LA ENTIDAD	19

10.1	Desempeño y evolución histórica del Centro vascular de occidente	19
10.2	Direccionamiento estratégico	20
10.2.1	MEGA.....	21
10.2.2	Objetivos estratégicos	21
11	Análisis del entorno y del sector.....	22
11.1	Mercado.....	23
11.2	Competencia.....	24
11.2.1	Clientes.....	24
11.2.2	Ubicación geográfica.....	25
12	Análisis interno y externo.....	25
13	Análisis de situación relacionada con el modelo de atención vigente en la IPS: Programa general de atención integral a pacientes con enfermedades vasculares periféricas Centro Vascular de Occidente.....	28
13.1	Metodología.....	28
•	Paso 1: Evaluación de riesgo	29
•	Paso 2: Atención inicial.....	29
Paso 2.2.1:	Consideraciones para la toma del Índice tobillo-brazo	30
Paso 2.3.	Estudios adicionales	31
Paso 2.3.2.	Pletismografía	32
•	Paso 3. Valoración por especialistas	33
•	Paso 4. Seguimiento y vigilancia.....	34
Paso 4.1.	Consultas y exámenes	34
13.1.1	Metas e indicadores de gestión del programa.....	34
14	Análisis de la demanda (Usuarios)	35
14.1	Análisis de la población con base a la caracterización:	35
Femeninos	70%.....	35
Masculinos:	30%.....	35
•	Edad	35
15	Característica de la oferta de la IPS	36
15.1	Profesionales.....	36
15.1.1	Perfiles.....	37

15.2	OFERTA DE SERVICIOS.....	37
15.3	Accionistas o socios y fuentes de ingresos.....	39
15.3.1	Composición accionaria	39
15.3.2	Fuentes de financiación.....	39
16	PLAN DE MEJORA DEL MODELO ATENCIÓN INTEGRAL ENFOCADO A LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD VASCULAR PARA EL CENTRO VASCULAR DE OCCIDENTE EN CALI 2023	39
16.1	Definición de estrategias de atención para los usuarios según grupo o grupos de riesgo seleccionado.	42
16.2	Diseño de una guía de calidad de manejo clínico de pacientes con riesgo.	42
16.2.1	Definir factores de predicción.	42
16.2.2	Esquema de control y prevención para diagnosticados y no diagnosticados.	50
16.2.3	Prevención y manejo integral de la patología vascular en los municipios.....	51
16.3	Gestión Clínica	51
16.4	Propuestas de mejora	53
16.4.1	Creación de un manual de seguimiento predictivo a pacientes (predecir el riesgo y garantizar la asistencia oportuna)	54
16.4.2	Estrategias para acceder al programa.....	56
16.4.3	Programa de adherencia.	59
16.4.4	Educación continua y comunicación.	59
16.4.5	Empoderamiento.....	60
16.4.6	APP Para pacientes	60
16.5	Gestión de la calidad de la atención.....	62
16.5.1	Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad, Propuesta para el centro vascular 62	
•	SEGURIDAD DEL PACIENTE	65
•	AUDITORIAS	65
16.6	Gestión de la humanización de la atención	66
16.7	Gestión de las tecnologías en salud incluyendo el sistema de información.....	68
16.8	Gestión de la referencia y contrarreferencia.....	68
16.8.1	Sistema de Referencia y Contrarreferencia	69
16.9	Gestión del Talento Humano	70

16.10	Negociación y contratación con EPS	71
16.10.1	Relación contractual IPS – EPS	72
16.11	Factores diferenciadores atractivos a EPS	74
17	Plan de mercadeo	76
18	Conclusiones.....	77
19	Anexos.....	78
19.1	Carta autorización	79
19.2	Firmas.....	79
19.3	Histórico indicadores 2022.....	80
19.4	CRONOGRAMA DE ATENCIONES	80
20	BIBLIOGRAFÍA	81

Lista de Tablas

Tabla 1 Matriz DOFA Debilidades y oportunidades, elaboración propia	26
Tabla 2 Matriz Estrategias DOFA, elaboración propia.....	26
Tabla 3 Factores de riesgo enfermedad arterial periférica	43
Tabla 4 Factores de riesgo modificables y no modificables.....	44
Tabla 5 Caracterización pacientes CENVAS	48
Tabla 6 Clasificación riesgo de amputación.....	49

Lista de Cuadros

Cuadro 1	29
----------------	----

Lista de ilustraciones

Ilustración 1 MEGAS elaboración propia	21
Ilustración 2 Objetivos estratégicos. Elaboración propia.....	21
Ilustración 3 Mapa de procesos	39
Ilustración 4 Elaboración propia.....	74
Ilustración 5 Elaboración propia.....	75
Ilustración 6	76
Ilustración 7 4P'S CENVAS	77

1 Resumen ejecutivo

1.1 Introducción

En este documento se abordará la prevención de los efectos de la enfermedad vascular desde una perspectiva de direccionamiento y gerencia del Centro Vascular de occidente de Cali CENVAS; por sus siglas CENVAS; es la organización a estudiar en este documento; si bien es cierto, la enfermedad vascular es una de las principales causante de discapacidad y muerte en todo el mundo, será de vital importancia que con este estudio se logre de forma correcta direccionar gerencialmente y ejecutar los planes de prevención y promoción dados por CENVAS. Los pacientes vasculares presentan un mayor riesgo de sufrir eventos graves o fatales, tales como la amputación de extremidades o la enfermedad arterial periférica grave, es preciso decir que, este tipo pacientes y la población objeto atendida por CENVAS; suelen tener un mayor costo en términos de atención médica y pérdida de productividad laboral, pues requieren de mayor atención y recursos. Ante esta situación, los programas de prevención cobran gran importancia en el manejo de los pacientes vasculares, por lo que, en este sentido, abordar los planes de prevención y promoción de CENVAS; desde el análisis y la implementación de planes de mejora será de gran ayuda para la resolución de necesidades y problemáticas ya existentes.

En este proyecto de grado, se analizarán los programas de prevención disponibles para pacientes vasculares ya realizados por CENVAS; y se buscará evaluar su efectividad en la reducción del riesgo y la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Esto con el fin de, implementar acciones coherentes y positivas que lleven a la mejora de los mismos; en el desarrollo de este documento,

se revisará entonces la literatura disponible sobre el tema que permitan abordar los temas mediante un análisis crítico; se espera abordar efectivamente las barreras y desafíos que enfrentan estos programas de prevención y lograr mediante las recomendaciones y acciones de mejorar alcanzar su implementación eficiente, para finalmente contribuir al desarrollo de estrategias de prevención más efectivas y accesibles para los pacientes vasculares a nivel departamental, con el fin de mejorar su pronóstico y calidad de vida.

2 Justificación

2.1 Expectativas. Alcance y propuesta de valor, de porque se debe comercializar y ofertar el servicio

La Organización Panamericana de la Salud informa que, en Latinoamérica, las enfermedades cardiovasculares son la causa más frecuente de defunción y discapacidad, calculándose que en el año 2030 morirán cerca de 24 millones de personas. Dichas enfermedades; se ha demostrado que pueden prevenirse mediante el tratamiento oportuno y el control de factores de riesgo.

La cronicidad de las patologías se debe convertir en el principal reto de los modelos de salud, donde tan solo el 10% de la población se consume el 55% de días de hospitalización, esto debido a un número elevado de la población con factores de riesgo no identificados y no categorizados lo que estima un alto riesgo cardiovascular Disminución del gasto de las aseguradoras y el presupuesto nacional de salud con la cantidad de hospitalizaciones y cirugías prevenibles relacionadas con las enfermedades cardiovasculares estas con o sin antecedentes de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.

Es viable porque se cuenta con los recursos y el apoyo de la IPS privada para poder diseñar el modelo enfocado en la prevención mediante el tratamiento oportuno y el control de factores de riesgo implicados directamente en el desarrollo de la patología.

El tiempo previsto nos permite en el lapso de un año tener listo el modelo para una posible implementación en la ciudad de Cali, en una IPS privada de la ciudad.

El programa de Riesgo Cardiovascular se plantea como una medida para prevenir y disminuir, el riesgo en pacientes con antecedentes cardiovasculares, mediante el tratamiento oportuno y la atención de un grupo interdisciplinario instruido para este tipo de atención.

3 Marco conceptual

Este modelo va dirigido a la gestión integral de riesgo de los usuarios que presentan o presentan riesgos o una Enfermedad arterial oclusiva crónica, enfermedad venosa crónica, Aneurismas Aórticos, Enfermedad de Buerger, Fenómeno de Raynaud, Trombosis venosas, Embolias pulmonares. La enfermedad Vasculares es un conjunto de patologías que afectan los vasos sanguíneos distales, entre los cuales se encuentran tanto la red arterial como la venosa. Múltiples patologías tienen esta repercusión, entre las que se incluyen: Enfermedad arterial oclusiva crónica, enfermedad venosa crónica, Aneurismas Aórticos, Enfermedad de Buerger, Fenómeno de Raynaud, Trombosis venosas, Embolias pulmonares.

3.1 Enfermedades Vasculares

3.1.1 Enfermedad Arterial Periférica

La aterosclerosis es una enfermedad sistémica de las arterias de mediano y gran calibre que provoca un estrechamiento luminal (focal o difuso) debido a la acumulación de lípidos y material fibroso entre las capas íntima y medial del vaso. La aterosclerosis de las arterias de las extremidades inferiores se define como enfermedad arterial periférica (EAP). Aunque otros procesos patológicos pueden provocar el estrechamiento de las arterias de las extremidades (p. ej., inflamación, trombosis) y síntomas de insuficiencia arterial, la aterosclerosis es, con mucho, la etiología más prevalente. Los vasos de las extremidades inferiores se ven afectados con mayor frecuencia que los vasos de las extremidades superiores. Los síntomas isquémicos se producen cuando hay un desequilibrio entre la oferta y la demanda de flujo sanguíneo. Las manifestaciones clínicas de la EAP dependen de la ubicación y la gravedad de la estenosis u oclusión arterial, y van desde un dolor leve en las extremidades con la actividad (es decir, claudicación) hasta una isquemia que amenaza las extremidades. Para diagnosticarla basta con la medida del Índice Tobillo Brazo, posteriormente contamos con 2 escalas para su clasificación, Rutherford y Fontaine y es muy importante su clarificación dado que el manejo de pacientes asintomáticos difiere mucho de paciente con isquemia crítica.

Enfermedad Venosa Crónica: La enfermedad venosa crónica se refiere a un amplio espectro de anomalías de larga data. Estas anomalías morfológicas pueden deberse a hipertensión venosa; una de las etiologías de la hipertensión venosa es el reflujo (superficial, profundo). Los problemas relacionados con las venas pueden o no ser sintomáticos y, cuando son sintomáticos, incluyen una amplia gama de signos clínicos que varían desde una mínima dilatación venosa superficial hasta cambios crónicos en la piel con ulceración. Los pacientes se clasifican como asintomáticos o

sintomáticos. Los signos visibles de la enfermedad venosa crónica se clasifican como C0 a C6 (clasificación CEAP (Clínico, Etiológico, Anatómico, Fisiopatología)).

3.1.2 Trombosis Venosas Profundas y Tromboembolismo Pulmonar:

La trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar aguda (EP) son dos manifestaciones de la tromboembolia venosa (TEV). El TEV contribuye a una morbilidad y mortalidad significativas tanto en la comunidad como en el hospital. Así como secuelas de incapacidad en varios pacientes. Factores de riesgo modificables como el sedentarismo es el abordaje más enfocado en la prevención y promoción.

3.2 Términos conceptuales de ley

3.2.1 Promoción de la Salud

El término Promoción de la Salud surgió en las dos últimas décadas en países industrializados, particularmente en Canadá. Se entiende como: “Suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminado al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”. Ligado a bienestar y calidad de vida. Es esencialmente protectora y de fomento de la salud, Va más allá de la ausencia de enfermedad. A través de la historia de la humanidad los pueblos han buscado mantener, proteger y recuperar su salud: para ello, los gobiernos han organizado sus sistemas de salud buscando optimizar los recursos humanos, físicos, económicos y ambientales, partiendo de enfoques y estrategias variadas

de acuerdo al momento histórico; en tal sentido, y a raíz de las diferencias en el estado de salud de los habitantes, como respuesta a factores de tipo social, político y económico, en 1977-1978 se llevaron a cabo reuniones de salud nacionales e internacionales (Asambleas mundiales de salud), donde se definió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, con una política mundial denominada “Salud para todos en el año 2000” y aplicada a través de la estrategia de Atención Primaria en salud APS. Para esa época la atención en salud se orientaba primordialmente a la curación de la enfermedad, la prevención de factores de riesgo y algunos aspectos puntuales para proteger la salud.

3.2.2 Prevención de la Enfermedad

El concepto de Prevención está ligado al proceso salud-enfermedad; en cada época de la historia se han dado diferentes interpretaciones a la salud y a la enfermedad, las cuales a su vez se relacionan con las situaciones políticas, económicas y sociales de cada momento histórico.

Al igual que la Promoción, la Prevención también fue descrita en 1945 por Henry Sigerist como una de las cuatro funciones de la Medicina, junto con la reparación o tratamiento del daño y la rehabilitación: más adelante, los norteamericanos las denominaron funciones de la Salud Pública. La prevención tiene que ver con las teorías de causalidad de las enfermedades en cualquier modelo médico; ella ha sido definida en la aplicación de medidas técnicas que incluyen aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria), curarla (prevención secundaria) y devolverle las capacidades perdidas (prevención terciaria)".

3.2.3 Atención Primaria en Salud-APS

La APS es “La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la Comunidad y el país puedan soportar, durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”... representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Es de anotar que la APS se constituye en una estrategia de organización de la asistencia sanitaria que incluye planes de servicio en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para resolver los principales problemas de salud en el primer nivel de atención. Los objetivos fundamentales de la APS apuntan a extender la cobertura de los servicios de salud, con trabajo intersectorial y participación comunitaria prescrita, para atender las necesidades sentidas por la comunidad; enfatiza en los grupos más expuestos a riesgo.

Accesibilidad: Accesibilidad a los servicios de salud, entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios. La capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención

Lo que corresponde al tipo y forma de organización de los servicios, para garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral, manteniendo las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores, las entidades territoriales y prestadoras de servicios de salud. En

términos de capacidad de pago, de los costos de acceso al lugar de la atención y de la prestación del servicio facilitando el transporte a la población distante de los centros de atención. La accesibilidad es medida por la percepción que tienen los usuarios de los servicios al solicitar una consulta y la facilidad para obtenerla teniendo en cuenta aspectos importantes como el factor económico, el geográfico, la capacidad instalada de las instituciones prestadoras del servicio y las condiciones físicas y sanitarias de las mismas.

3.2.4 Calidad

La calidad de la atención en salud se entiende como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico. Calidad es la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias del servicio) o comportamientos de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los usuarios. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del servicio en cuestión. Calidad “es la totalidad de funciones, características o comportamientos de un servicio”. No hay calidad que se pueda medir por solamente la apreciación o el análisis de alguna de las partes constitutivas del servicio recibido.

3.2.5 Oportunidad

Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud; está relacionada con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

En cuanto a la oportunidad en obtener la atención médica se puede decir que la oportunidad en este nivel es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias. El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores.

4 Marco normativo

4.1 Ley 1438 de 2011

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad

para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Ley 1438 de 2011: Realiza una nueva reforma al SGSSS y propone un modelo de atención basado en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, favoreciendo un trabajo colaborativo entre el Estado, las instituciones y la sociedad para la promoción de un ambiente sano y saludable que favorezcan el mejoramiento de la salud en sus habitantes.

El Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales establecerán objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad sin excluir la corresponsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud, soportadas por el perfil epidemiológico y desviación del costo, también garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública En desarrollo del principio de calidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud establecido en la presente ley, y en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados. Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE

El Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE, complementa las acciones territoriales desde dos perspectivas: la primera, territorial con la participación social y comunitaria en los procesos

de reconocimiento y priorización de las situaciones en salud, dicho proceso llevado a cabo en cada entidad territorial por medio de mesas de trabajo y talleres de identificación de problemas; y el segundo, desde la participación activa y el acompañamiento del sector central, para el caso, el Ministerio de Salud y protección Social, el cual llevo a cabo procesos de acercamiento y reconocimiento de las problemáticas territoriales, pretendiendo con la incorporación activa de estos actores, además de extender los objetivos de la PAIS (política integral de atención en salud), asegurando mayor suficiencia, equidad, eficiencia y sostenibilidad de las intervenciones individuales y colectivas en salud. Así se resumen las acciones territoriales específicas que se requieren para complementar la PAIS: Acuerdos interinstitucionales y comunitarios, que orienten articuladamente la gestión de los integrantes del Sistema de Salud, bajo el liderazgo del departamento o distrito. Reconocer la población con condiciones sociales y territoriales que los ubique en marginalidad y vulnerabilidad para el derecho a la salud. Adaptar las atenciones en salud y las formas de prestación de los servicios en condiciones de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, mediante la adecuación sociocultural de los servicios dirigidos a personas y colectivos en situaciones de vulnerabilidad. Desarrollar procesos participativos y sistemáticos de armonización entre la oferta institucional y las necesidades, saberes, tradiciones, lenguas y formas organizativas de las diversas poblaciones. Fortalecer la implementación del enfoque diferencial en el desarrollo del talento humano en salud, y la formación continua en el territorio para la atención integral de grupos étnicos y poblaciones especiales. A Partir del diagnóstico territorial reconociendo las diferencias geográficas sociales económicas culturales entre otras y concertando prioridades en salud en cada una de las líneas de acción de cada ET.

4.1.1.1 LÍNEAS DE ACCIÓN DE MAITE

El Modelo de Acción Integral MAITE, se define como: Conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito. El modelo busca: Garantizar el pleno disfrute del derecho fundamental a la salud en los territorios, fortalecer la autoridad sanitaria territorial, articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud, ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones, mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios frente al sistema de salud y la sostenibilidad financiera del mismo.

4.2 Sistema de Seguridad Social en Colombia (Ley 100 de 1993)

El Sistema de Seguridad Social Integral vigente en Colombia fue instituido por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales pueden tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana. Hace parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.

El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y de

servicios complementarios, incorporados en la Ley 100 de 1993 y en otras normas.

La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y es prestado por entidades públicas y privadas. Evita desequilibrios económicos y sociales que, de no resolverse, significarían la reducción o la pérdida de los ingresos a causa de contingencias como la enfermedad, los accidentes, la maternidad o el desempleo, entre otras.

De acuerdo con la Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia se compone de los sistemas de pensiones, de salud y de riesgos laborales y de los servicios sociales complementarios.

4.3 Sistema General de Pensiones.

El Sistema General de Pensiones tiene por objeto garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones determinadas en la Ley 100 de 1993. También propende por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones.

Está compuesto por dos regímenes solidarios excluyentes pero que coexisten. El primero es el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida que es de carácter público y es administrado por Colpensiones. El segundo es el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, que es de carácter privado y es operado por las Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías.

4.4 Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso al servicio a toda la población, en todos los niveles de atención. Es operado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y la prestación del servicio está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

4.5 Sistema General de Riesgos Laborales.

El Sistema General de Riesgos Laborales es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

Su financiación proviene de la cotización obligatoria, determinada por el nivel de ingreso y la clasificación del riesgo. Las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARLs) son las entidades responsables de la afiliación, el registro y el recaudo de sus cotizaciones.

4.6 Servicios Sociales Complementarios. (Colombia mayor).

Con estos subsidios económicos se busca proteger a las personas de la tercera edad que se encuentran desamparadas, no cuentan con una pensión o viven en la indigencia y/o en extrema pobreza. Hoy en día, este componente se desarrolla a través del Programa Colombia Mayor que otorga un subsidio económico a las personas mayores de edad con bajos ingresos o que carezcan

de ellos.

5 Objetivo general

Diseñar un modelo de atención integral de la patología vascular periférica en la población inscrita al programa de riesgo vascular de una IPS privada.

6 Objetivos específicos

- Describir el perfil epidemiológico de la población a riesgo, adherencia al tratamiento y estado clínico del progreso de su enfermedad y daño vascular periférico.
- Proponer una estrategia operativa integral al paciente que garantice la oportunidad y pertinencia en todos los aspectos de la atención considerados en las normas técnicas y los valores agregados propuestos por la IPS privada de acuerdo con su población.
- Diseñar un sistema de monitoreo, evaluación y ajuste permanente basado en indicadores que tengan evidencia clínica de mejoramiento o deterioro de las condiciones de los pacientes tales como adherencia, control de factores de riesgo, signos clínicos y paraclínicos, entre otros.

7 Metodología

Los especialistas que trabajan en la IPS privada de Cali realizarán un consenso de expertos donde

se determinarán las características de la población a intervenir, dada la prevalencia de las diferentes patologías a nivel vascular que han evidenciado desde la prestación de su servicio en la institución. Se identificarán los principales factores de riesgo y los antecedentes relevantes en dicha población, además, del tipo de patología por lo que requieren seguimiento en este centro de salud.

Adicionalmente, se hará un análisis del Histórico de Indicadores de lo transcurrido del presente año, que fue suministrado por la IPS privada donde se desarrollará el proyecto y que se anexa en el presente informe, con el fin de determinar la demanda de los diferentes servicios que prestan. Se correlacionará la información estadística con lo referido por los especialistas.

Se realizará una búsqueda en bibliografía de intervenciones que tengan evidencia en disminuir el riesgo cardiovascular y se ajustarán al riesgo vascular según la caracterización de la población previamente descrita, con ello, se estandarizará las intervenciones a nivel grupal o individual requeridas por los usuarios de la IPS privada y se evaluará cómo se implementarán en la aplicación móvil a desarrollar.

La IPS privada desarrollará alianzas estratégicas con instituciones educativas para desarrollar la aplicación móvil. Una vez se desarrolle este instrumento, se buscará la dinámica de su socialización en la población a intervenir. Se determinarán los indicadores con los que se establecerá el monitoreo del funcionamiento y el aprovechamiento del uso de la aplicación por parte de la población objetivo, con el fin de que en un futuro se puedan realizar análisis que lleven a hacer los cambios requeridos dentro de ésta y así mejorar su impacto.

Esta aplicación móvil tendrá grandes beneficios porque se centrará específicamente en las necesidades que se evidencien en la población de la IPS privada, además, evaluará por separado el riesgo vascular particularmente y no cardiovascular como las aplicaciones móviles existentes en el mercado.

8 Resultados esperados

- Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para reducir los factores de riesgos en la atención del paciente adscrito al programa de Riesgo Vascular, promoviendo estilos de vida saludables en la población, incluyéndolos en su proceso y responsabilizándolos del cuidado de su salud.
- Proponer un método de seguimiento que permita evaluar la adherencia al programa de riesgo vascular, lo cual posibilita actuar de manera oportuna, influyendo en los factores de riesgo que generan complicaciones en los usuarios.
- Disminuir la cantidad de complicaciones y progresión de la enfermedad de pacientes con patologías vasculares, todas estas con o sin antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y/o Tabaquismo, en una IPS privada en la ciudad de Cali.

8.1 Consideraciones éticas


Se cuenta con el aval del Dr. Ernesto Dueños, fundador y director científico del Centro Vascular de Occidente, para el presente documento de trabajo de grado donde se desarrollará un modelo de atención integral dirigido a la prevención de complicaciones en la población inscrita al programa de riesgo cardiovascular. Se adjunta documento en anexos.

8.2 Presupuesto

Presupuesto global (en miles de pesos)

RUBROS	FUENTES			
	CONTRAPARTIA EN ESPECIE	FINANCIACION PERSONAL		TOTAL
PERSONAL DE INVESTIGACIÓN:				
2 médicos Generales		3.500.000	x 2:	
Contratadas medio tiempo		7000.000		
1 secretaria medio tiempo		1.800.000	x 1:	30.900.000
1 estadista: tiempo parcial		1.800.000		
a la semana		1.500.000	x 1:	
Por 3 meses		1.500.000		
SERVICIOS TÉCNICOS		3.000.000		3.000.000
CONSTRUCCIONES- ADECUACIÓN DE INFRAESTRUCTURA		3.000.000		3.000.000
VIAJES		3.000.000		3.000.000
Desarrollo APP		30.000.000		30.000.000
TOTAL				69.900.000

9 Plan de trabajo

 Pontificia Universidad JAVERIANA Cali		FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS MAESTRÍA GERENCIA ORGANIZACIONES DE SALUD - MGOS	
CRONOGRAMA: TRABAJO DE GRADO			
Mayo 2022 – MARZO 2023			
FASE PLANEAR	FASE HACER	FASE VERIFICAR	FASE ACTUAR
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar a la población. • Caracterizar el riesgo cardiovascular de dicha población. • Búsqueda de bibliografía sobre riesgo cardiovascular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategias operativas de intervención integral a nivel individual y grupal, para implementación de herramientas en aplicación móvil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un sistema de monitoreo, evaluación y ajuste permanente basado en indicadores trazadores que tengan evidencia clínica de mejoramiento o deterioro de las condiciones de los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización de aplicación móvil
Mayo - Junio 2022	Julio 2022 – Febrero 2023	Julio 2022 – Febrero 2023	Marzo 2023
PLAZO 15 Días calendario para tabulación de la información.	SIN PLAZO	SIN PLAZO	PLAZO 30 Días calendario para realizar correcciones en aplicación móvil

10 DESCRIPCION GENERAL DE LA ENTIDAD

10.1 Desempeño y evolución histórica del Centro vascular de occidente

El Centro Vascular de Occidente CENVAS, en cabeza del Doctor Dueñas, egresado de la Universidad del Valle, con PHD del West Houston Medical Center, quien cuenta con más de 40 años al servicio de la región y la comunidad caleña.

CENVAS fue fundado en el año 2008, tras evidenciar la necesidad de contar con una IPS vascular

en la ciudad de Cali, por el Dr. Dueñas y un grupo de especialistas del sur occidente colombiano, crearon la Fundación Centro Vascular de Occidente pensando en trabajar de la mano con los pacientes y aportar al mejoramiento del servicio de cirugía vascular. El sueño del Doctor Dueñas es que su legado continúe vivo en todos aquellos profesionales que han compartido con él durante su vida profesional, es por esto que quiere poner a su servicio el Centro vascular, que lo sientan propio, que usen sus servicios para atender a muchos más pacientes y continuar construyendo región.

Con fines del desarrollo óptimo del documento abordaremos la estructura organizacional, pues de ella derivan muchos aspectos claves; por consecución presentaremos el organigrama correspondiente a la institución donde se evidenciarán jerarquías y perfiles. CENVAS, tiene la fortuna de prestar servicio a una de las EPS más importantes de la región lo que lo proyecta y le atribuye una posición de altas expectativas y proyecciones como organización. Esta es: SURA EPS.

10.2 Direccionamiento estratégico

Dentro del CENVAS, se han desarrollado proceso de planeación estratégica que ha permitido que, la institución se proyecte y actualice en todos y cada uno de sus procesos y acciones. Es por esto, que dentro de la misma no se habla de misión y visión, se habla de MEGA o meta superior, que esto en términos generales se refiere a “él para qué existe” y tiene como objetivo crear coherencia entre las metas ambiciosas y focalizadas y la ideología; en este sentido a continuación, se presentara la MEGA, los objetivos estratégicos y los indicadores de gestión del CENVAS.

10.2.1 MEGA

Transformar la experiencia de nuestros usuarios, mejorando nuestros niveles de satisfacción, consolidándose al 2024 como la IPS vascular de más alta reputación que contribuye al desarrollo de nuestra región.



Ilustración 1 MEGAS elaboración propia

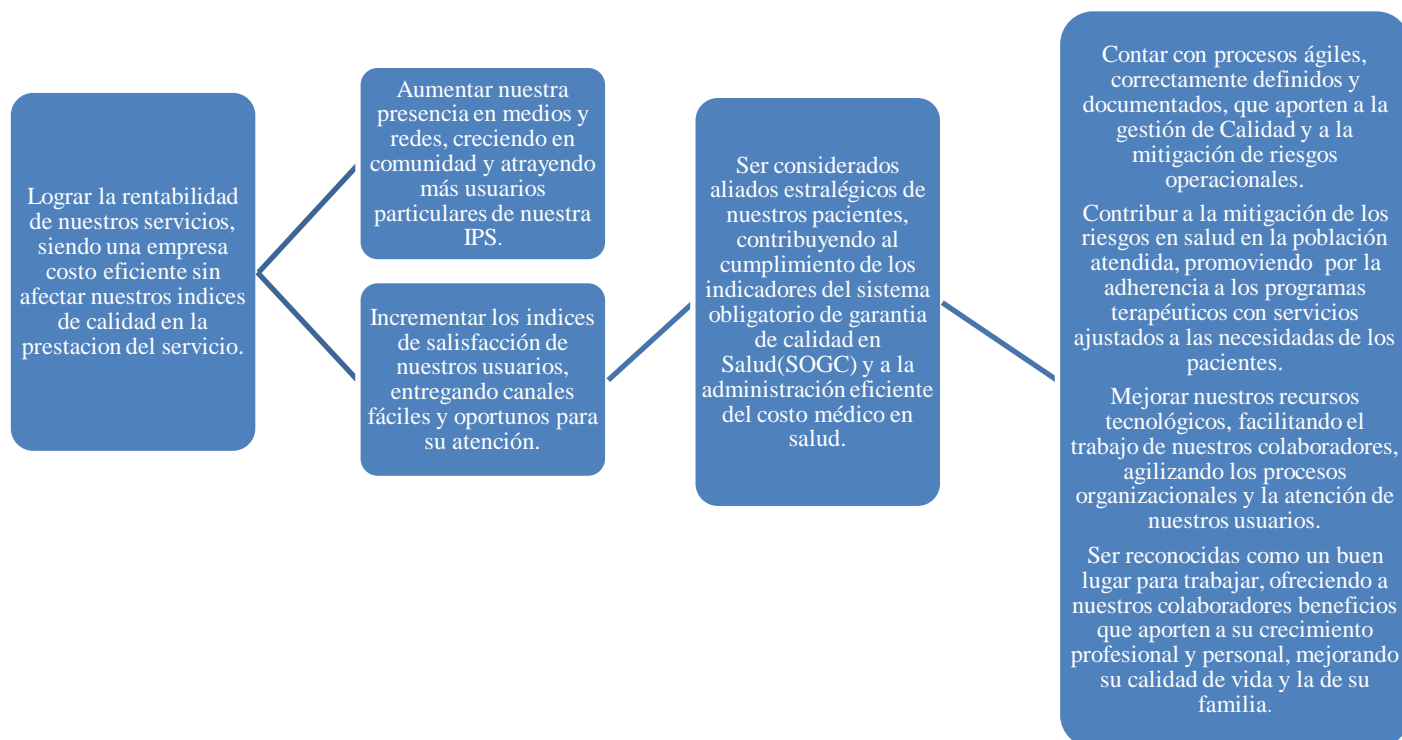
10.2.2 Objetivos estratégicos

Estos se atribuyen a las metas fijadas por la institución a largo plazo y están dados por la consecución de estrategias y el logro de la MEGA.

Ilustración 2 Objetivos estratégicos. Elaboración propia

11 Análisis del entorno y del sector

Según la organización internacional del trabajo, en cuanto a los servicios de salud comprende, el sector salud en todos los países es fundamental para la economía y la sociedad sin duda alguna, este sector tiene gran potencial para la generación de empleos y recursos y a su vez es el pilar principal para velar por el cumplimiento de las necesidades de mejora o sostenimiento de la calidad de vida de la población. El centro vascular de occidente desempeña sus actividades en el sector ya



mencionado; con el fin de tener un desarrollo del documento es importante analizar y conocer las condiciones generales del sector, el mercado, la posición geográfica, entre otros.

11.1 Mercado

Teniendo en cuenta que el mercado principal del centro vascular de occidente y sus actividades son todos aquellos pacientes y/o individuos particulares con necesidad o deseo de consultar por diversas causas relacionadas directa o indirectamente con enfermedades vasculares y a su vez las Entidad promotora de salud (EPS), instituciones prestadoras de salud (IPS), que dentro de su población tengan personas con condiciones específicas que requieran la atención, es necesario precisar las necesidades y condiciones de dichas partes interesadas; pues, es de esta forma como desde el centro vascular se pueden potenciar o afectar positivamente los procesos y resultados con, planes de mejora que propongan y dispongan de acciones, condiciones y ejercicios de fortalecimiento en beneficio de los clientes y todos aquellos que participen en la cadena de valor y el ejercicio de sus actividades.

En este orden de ideas, es de vital importancia conocer y abordar las condiciones del mercado y así mismo conocer sus generalidades; en este sentido podemos definir pues en primera instancia, que es la medicina vascular, y quienes acuden a ella dado que, es en esta rama de la medicina donde la institución ejerce sus funciones. La Medicina Vascular es la especialidad médica que se ocupa de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes que sufren patologías vasculares, arteriales, venosas, linfáticas o de la microcirculación, por consiguiente, se pueden definir las necesidades generales del mercado entorno a esto siendo estas las siguientes:

- Atención y prevención oportuna.
- Efectividad en los procesos.
- Oportunidad y disponibilidad de atención.
- Acceso a tratamientos.

Se debe ser enfático en que, con el fin de crear ventaja competitiva dentro del mercado y la satisfacción de sus clientes, el centro vascular debe conocer a detalle el mismo y a su vez crear acciones de mejora como las que se propondrán en el desarrollo de este documento.

11.2 Competencia.

En el ejercicio de cualquier actividad comercial, es vital conocer y analizar la competencia esto no exime a CENVAS, pues es de esta forma como los actores pueden identificar tendencias, mejoras y oportunidades de fortalecimiento e innovación; a continuación, mencionaremos aquellas instituciones que se pueden definir como competencia de CENVAS:

- Clínica vascular de Cali.
- Medivascular

11.2.1 Clientes

En primera instancia los clientes de CENVAS, está compuesto principalmente por las EPS, IPS y clínicas cuya relación cliente-prestador de servicio, se da de forma sinérgica mediante la consecución de contratos, sin embargo, hay un pequeño nicho dado por los individuos particulares en busca de atención. A continuación, se mencionarán los principales clientes.

- SURA EPS y prepagada
- Col Medica
- Valle Salud IPS
- Coosalud

- Hospital San Juan de Dios
- Colmedica prepagada
- Clínica de occidente
- Cosmitet
- Viva 1A IPS

11.2.2 Ubicación geográfica.

Es preciso decir que, conociendo la estructura poblacional y demográfica de una comunidad se conocen y determinan las necesidades y riesgos dados sus grupos en este sentido, es de vital importancia conocer las condiciones geográficas y sociales de la ciudad. En este apartado brindaremos información general del municipio de Cali, lugar donde CENVAS desarrolla sus actividades.

En síntesis, Cali fue fundada en 1536, está ubicada al sur occidente del país y es el eje principal del departamento y el pacífico colombiano, su población está caracterizada por un crecimiento constante derivado del fenómeno migratorio entre otros, en términos de salud, el municipio de Cali representa un referente para el departamento donde se encuentra concentrados los altos niveles de complejidad para la atención y en especial de las patologías vasculares como las que atiende el CENVAS.

12 Análisis interno y externo.

El análisis estratégico DOFA es una herramienta que posibilita conocer y evaluar las condiciones de operación reales de una organización, a partir del análisis de esas cuatro variables principales,

con el fin de proponer acciones y estrategias para su beneficio. Las estrategias de una empresa deben surgir de un proceso de análisis y concatenación de recursos y fines, además ser explícitas, para que se constituyan en una “forma” viable de alcanzar sus objetivos (Ramírez, 2009).

En este capítulo se estructura a matriz DOFA a partir de los análisis realizados al entorno, el sector y al interior de la IPS, abordados en los capítulos anteriores. Dado que para la evaluación se tomaron en cuenta 50 variables, con los resultados de las matrices EFE (evaluación de factores externos) y EFI (evaluación de factores internos) se priorizaron 30 que corresponden al Plan de las Debilidades. Oportunidades, Fortalezas y Amenazas y con dicha priorización se procedió a la formulación de estrategias utilizando la metodología de cruce (Betancourt Guerrero, 2013).

Tabla 1 Matriz DOFA Debilidades y oportunidades, elaboración propia

Oportunidades		Debilidades	
O1	Normatividad: tenemos una normatividad establecida dentro de la empresa para la gestión del programa.	D1	Direccionamiento estratégico
O2	Población: Se cuenta con una población dentro de los parámetros atendidos.	D2	Indicadores de Gestión y mejoramiento
O3	Cantidad de clientes: Se pueden disponer de los 200 clientes necesarios.	D3	Jefatura Administrativa
O4	Precios: Se manejan precios competitivos en el mercado.	D4	Sistema de Gestión de Calidad
O5	Tarifas: Las tarifas ofertadas son costo efectivas para el asegurador.	D5	Sistema de Garantía de la Calidad
O6	Economía Regional: Se puede disponer de medios gubernamentales para la financiación.	D6	Administración

O7	Economía Local: Los pacientes pueden acceder al programa con recursos propios.	D7	Convenios y contrataciones
O8	Financiación del sistema: La empresa puede financiar parte del sistema.	D8	Sistema de Historia Clínica adaptada al programa.
O9	Capacidad para definir tarifa por parte de los usuarios.	D9	Financiación: La empresa no puede disponer de la totalidad de los recursos.
Fortalezas		Amenazas	
F1	Prestación del servicio establecida	A1	Normatividad del sector: El sector tiene normatividad estricta.
F2	Junta Directiva	A2	Controles antes de control
F3	Nómina y Prestaciones	A3	Capacidad para definir tarifa por parte de las aseguradoras.
F4	Facturación	A4	Competitividad otras IPS
F5	Contabilidad	A5	Actualizaciones de software
F6	Gestión jurídica	A6	Cantidad de competidores

Tabla 2 Matriz Estrategias DOFA, elaboración propia

Estrategias FO: Usar las fortalezas para aprovechar las oportunidades	Estrategias FA: Usar las fortalezas para contrarrestar las amenazas
Buscar respaldo en la junta directiva para invertir en mercadeo y publicidad buscando crecer en participación del mercado. (F2,O2)	Crear un plan de choque que asegure el cumplimiento de la normatividad en conjunto con el asesor jurídico. (F6,A1,A2)
Buscar apoyo en el asesor jurídico para aprovechar la ampliación de plazos para cumplimiento de la normatividad. (F6,O1)	Buscar recursos con la Junta Directiva para invertir en software. (F2,A4)
Costear los servicios y buscar un incremento de tarifas con los clientes empresariales. (F5,O5)	Fortalecer la marca a partir del trato amable y humanizado para crear diferenciación con la competencia. (F1,A5)
Crear una campaña de mercadeo que tenga como eje central la calidad y calidez del trato a los usuarios para atraer más mercado. (F2,F1,O2)	

Abrir sedes en otros municipios del Valle del Cauca que permitan extender la gestión del riesgo y el tratamiento a patologías vasculares. (F1, F2, O2,O6)	
Estrategias DO: Aprovechar las oportunidades para minimizar las debilidades	Estrategias DA: Minimizar las debilidades y contrarrestar las amenazas
Fortalecer el sistema de Gestión de Calidad y el sistema de garantía de calidad en el primer semestre del 2023. (O1,D5,D6)	Actualizar Software de Historias Clínicas que garantice el cumplimiento de la normatividad y la correcta parametrización de parámetros. (A4,D8,D9)
Incrementar la facturación a través de firmas de nuevos convenios con otras aseguradoras de la región. (O3,D8)	Actualizar la plataforma y el direccionamiento estratégico, para dar cumplimiento a la normatividad y a las auditorías de los entes de control. (D1,D2,D3,A1,A2)
Ampliar el portafolio de proveedores de insumos médicos buscando tarifas más competitivas. (O5,D8)	Lograr una alianza estratégica con la academia para fortalecer mediante cursos y actualizaciones los conocimientos en diferentes áreas a la Administración. (D4,D7)
	Actualizar los perfiles de cargo con perfiles y conocimientos mínimos para cubrirlos acorde a las funciones a desempeñar. (D10)
	Implementar un matricial de gastos buscando ahorros. (A3,D3)
	Construir y aplicar un plan de Bienestar para los colaboradores (D10)

13 Análisis de situación relacionada con el modelo de atención vigente en la IPS:

Programa general de atención integral a pacientes con enfermedades vasculares periféricas Centro Vascular de Occidente.

13.1 Metodología

Para la construcción de la ruta se revisaron las guías de enfermedad arterial periférica de la Sociedad Europea de Cirugía Vascul (ESVS, por sus siglas en inglés) (2017), de la Asociación

Colombiana de Cirugía Vascular y Angiología (2022) y de la Sociedad Canadiense Cardiovascular (2022), así como la guía de enfermedad venosa crónica de la ESVS (2022). Se tomaron los aspectos más relevantes de dichas guías y se desarrolló un paso a paso que se describe a continuación.

- **Paso 1: Evaluación de riesgo**

La población objetivo para la ruta incluirá a adultos que presenten alguna de las siguientes condiciones o factores de riesgo:

<p>Sospecha de EAP de miembros inferiores (MM.II).:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ausencia de pulso o soplo arterial ● Claudicación intermitente o síntomas sugestivos ● Herida que no cura
<p>Riesgo de EAP en MM. II. debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Enfermedades ateroscleróticas: enfermedad coronaria o cualquier EAP ● Otras: AAA, ERC, IC
<p>Hombres y mujeres asintomáticos sin clínica, pero en riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● >65 años ● <65 años con alto RCV ● >50 años con: <ul style="list-style-type: none"> - Antecedente de EAP de MM. II. - Tabaquismo - HTA - Dislipidemias - Diabetes - Enfermedades autoinmunes o inflamatorias (Lupus Eritematoso Sistémico o LES, Artritis Reumatoidea o AR)

Cuadro 1, elaboración propia

- **Paso 2: Atención inicial**

Paso 2.1. Historia clínica integral

Se hará una primera consulta de medicina general en la que se realice una historia clínica integral para determinar síntomas, antecedentes médicos y factores de riesgo cardiovasculares (Cuadro 1); examen físico cardiovascular completo y clasificación clínica a todos los pacientes con sospecha de enfermedad arterial. Además, se evaluarán signos, síntomas y factores de riesgo para EVC:

- Historia de trauma, flebitis, trombosis venosa profunda (TVP)
- Historia familiar de EVC
- Sexo femenino
- Edad (> 65 a)
- Embarazo
- Menopausia más tardía
- Sobrepeso y obesidad
- Baja actividad física
- Baja ingesta de fibra
- Constipación
- Ocupaciones sedentarias
- Tabaquismo
- Tensión Arterial sistólica elevada

Paso 2.2. Medición del Índice Tobillo Brazo (ITB)

Una vez realizada la consulta de medicina general, se realizará la medición del ITB a todos los pacientes ingresados a la ruta por parte de una enfermera entrenada y capacitada.

Paso 2.2.1: Consideraciones para la toma del Índice tobillo-brazo

Para la toma del ITB se realizará en las arterias braquial y dorsal del pie o tibial posterior con el

paciente en supino tras 5 a 10 minutos de reposo. Se requiere el uso de un Doppler de onda continua y para su cálculo se divide el valor más alto de la presión arterial sistólica (PAS) del tobillo entre el valor más alto de PAS del brazo, tomando un ITB por cada pierna. Si el ITB es normal (0.9 a 1.4) y no tiene sospecha de EVC el paciente ingresará a un programa de educación y promoción de la salud y de estilos de vida saludables. Si el ITB es normal (0.9 a 1.4) y tiene sospecha de EVC sintomática, el paciente continúa la ruta de atención integral para realización de Ecografía Doppler venosa de miembros inferiores, y valoración por cirugía vascular y medicina interna. La realización de estudios adicionales dependerá de los hallazgos en la atención inicial. En caso de hallarse un ITB alterado (menor a 0.9 o mayor a 1.4), el paciente continúa la ruta de atención integral como sigue, para realización de exámenes de laboratorio, imágenes adicionales, y valoración con cirugía vascular y medicina interna.

Paso 2.3. Estudios adicionales

Paso 2.3.1. Exámenes de laboratorio

A los pacientes con diagnóstico de EAP (ITB alterado) se le realizarán las siguientes pruebas:

- Glucosa plasmática en ayunas
- Perfil lipídico: colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos
- Creatinina sérica y aclaramiento de creatinina
- Uroanálisis, proteinuria con tira reactiva, microalbuminuria
- Hemograma
- Ácido úrico
- Pruebas adicionales según hallazgos:

- Hemoglobina glicosilada si glucemia en ayunas > 101 mg/dL o prueba de tolerancia a la glucosa si hay dudas
- Lipoproteína(a) si hay historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura
- Proteinuria cuantitativa si la prueba de tira reactiva es positiva

Paso 2.3.2. Pletismografía

Los pacientes con ITB alterado serán llevados a realización de pletismografía y con el resultado serán direccionados a la consulta especializada de cirugía vascular periférica y de medicina interna. Incluye técnicas que miden cambios de volumen en un segmento de la extremidad (y no solo de un solo vaso) como consecuencia de variaciones del flujo sanguíneo. En la exploración arterial ayuda a localizar el nivel de la obstrucción y a diferenciar la claudicación arterial verdadera de otras no vasculares. Se considera como uno de los estudios no invasivos, rápido, seguro y rentable, para una mayor evaluación de los pacientes previo a la realización de estudios de imagen contrastados o tratamiento invasivo. Para su toma se precisa de la colocación de manguitos a niveles específicos de la extremidad que luego son inflados con aire a determinada presión con el fin de detectar los cambios en el volumen de la extremidad que son convertidos a ondas de presión. Esta onda cambiará su configuración según la alteración subyacente y puede clasificarse en normal, levemente anormal, moderadamente anormal o severamente anormal. Estas alteraciones son “dosis-dependiente”, es decir, una mayor alteración se correlaciona con la severidad de la enfermedad intraarterial. Además, un valor falsamente positivo (superior a 1.2) es indicador de calcificación de la túnica media, significando alto riesgo arterial.

Paso 2.3.3. Otros estudios de imagen

Según los hallazgos en la valoración inicial se pueden solicitar estudios que sean de utilidad para la siguiente consulta con especialistas, como lo son la ecografía Doppler venosa de miembros inferiores, electrocardiograma, radiografía de tórax, entre otros.

- **Paso 3. Valoración por especialistas**

Paso 3.1. Consulta de cirugía vascular

Previo a la consulta con el cirujano vascular el paciente debe contar con ITB alterado y pletismografía realizada, o ecografía Doppler venosa de miembros inferiores en caso de sospecha de EVC.

Una vez realizado el diagnóstico de EAP y/o de EVC el paciente recibirá manejo médico o intervención según indicación del especialista.

Paso 3.2. Medicina interna o articulación con programa de EPS

Todo paciente con EAP y/o EVC será evaluado por medicina interna con los resultados de los estudios solicitados en la primera valoración por medicina general para evaluación y manejo de otras patologías y factores de riesgo como: diabetes mellitus, HTA, dislipidemias, obesidad, sobrepeso, enfermedades autoinmunes. Se derivará a otras disciplinas como nutrición, psicología, endocrinología, cardiología y terapia física y se solicitarán otros estudios según indicación del especialista.

Si el paciente ya se encuentra en un programa de riesgo cardiovascular dentro de su EPS,

continuará en el mismo de forma articulada. En caso de que el paciente no haga parte de este programa, se le direccionará siempre que la EPS lo disponga.

- **Paso 4. Seguimiento y vigilancia**

Paso 4.1. Consultas y exámenes

Se realizará una valoración clínica a las 6 semanas de la primera consulta y/o valoración con el fin de determinar la adherencia a los cambios de vida o hábitos saludables, así como a la tolerancia y uso adecuado del manejo farmacológico. Luego de confirmar dichos objetivos y la estabilización de la EAP, se recomienda continuar controles clínicos presenciales cada 4 meses durante el primer año, verificando la estabilidad de la enfermedad y la adherencia, posterior al primer año de manejo médico; se considera continuar control clínico semestral durante el siguiente año y en caso de continuar dichas metas y corroborar la estabilidad de la EAP, se recomienda continuar control clínico anual de manera indefinida. TABLA 20.4 en Anexos.

13.1.1 Metas e indicadores de gestión del programa

Metas de control Cardiovascular:

- Tensión arterial: < 140/90 mmHg
- HbA1c: < 7% pero se aceptan valores de hasta 8% en edad avanzada, corta esperanza de vida y complicaciones microvasculares severas
- LDL: < 50 mg/dL en riesgo cardiovascular (RCV) muy alto y < 70 mg/dL en RCV alto

14 Análisis de la demanda (Usuarios)

14.1 Análisis de la población con base a la caracterización:

- **Población:** 200 pacientes
- **Tiempo del programa:** 01 de Julio al 30 de diciembre del 2023: 6 meses
- **Sexo**

Femeninos 70%

Masculinos: 30%

- **Edad**

Desde 40 años hasta los 85

- **Patologías de Base más relevantes:**
 - Hipertensión Arterial
 - Diabetes
 - Neuropatías
 - Dislipidemias (Colesterol elevado, Triglicéridos Elevados)
 - Enfermedad coronaria (Paciente con antecedente de Infarto Agudo de Miocardio con colocación de STENT)
 - Síndrome Metabólico
 - Artrosis
 - Artritis

- **Antecedentes Relevantes:**

Hábitos: Tabaquismo, sedentarismo.

Antecedente de familiares en primer grado: hipertensión, diabetes.

15 Característica de la oferta de la IPS

CENVAS se esfuerza por tener una oferta de valor cobijada por principios y valores que enmarquen el desarrollo de todos sus servicios es por esto por lo que serán mencionados a continuación:

- **CALIDEZ:** La atención procede de amabilidad donde identificamos las necesidades de nuestros usuarios brindando colaboración y orientación permanente.
- **CALIDAD:** Los procedimientos y servicios se brindan siguiendo los estándares de calidad bajo unos protocolos y procedimientos, dando cumplimiento a las normas establecidas y cumpliendo los requisitos exigidos por nuestros clientes y entidades reguladoras del estado.
- **ÉTICA:** Todos los servicios son realizados con prudencia, pericia y honestidad, se da información oportuna al paciente y sus familiares acerca de su tratamiento y de los riesgos inherentes a los procedimientos que se le vayan a realizar.
- **COMPROMISO:** Se cuenta con un recurso humano que tiene sentido de pertenencia, trabajador y que se esfuerza diariamente con honestidad, responsabilidad y autonomía cumpliendo con los objetivos y metas de la organización.

15.1 Profesionales

Para poder conformar el equipo necesario para la implementación del plan de mejora integral es necesario contar con un equipo multidisciplinario de profesionales entre los que se encuentran: Cirugía Vasculat el cual debe encargarse del enfoque asistencial del programa respecto a las

patologías vasculares, fisioterapia la cual debe realizar seguimiento a los programas de rehabilitación que están incluidos dentro del programa, enfermería jefe la cual debe supervisar que los programas se ejecuten dentro de los tiempos y bajo los parámetros establecidos, Medicina Interna el cual debe realizar el seguimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, nutrición la cual debe establecer las medidas no farmacológicas para el control del peso de los pacientes y Medicina General la cual sirve de puente entre las diferentes especialidades médicas y puede llevar el control clínico general de los pacientes. En estos momentos se cuenta con el siguiente personal para la ejecución del programa.

15.1.1 Perfiles

- Médico General Experto (Intervención, educación, tamizaje)
- Auxiliar de Enfermería (Educación, Tamizaje)
- Gestor administrativo (Facilita todo lo necesario para ejecutar el programa)
- Gestor operativo (Pre y post programa, coordina las actividades, evalúa la actividad después de prestada, encuestas, etc. No participa durante la jornada)
- Médico especialista (diagnostico, intervención, seguimiento y educación)

15.2 OFERTA DE SERVICIOS

- CONSULTA ESPECIALIZADA DE CIRUGIA VASCULAR

La consulta especializada orientada hacia la prevención, diagnóstico y manejo de la enfermedad



aortica compleja, enfermedad arterial de los miembros superiores e inferiores, varices y linfedema.

- **LABORATORIO VASCULAR**

Laboratorio vascular no invasivos, donde se realiza: Ecografía Doppler Arterial de miembro superiores e inferiores, Ecografía Doppler Arterial de miembros superiores e inferiores, Ecografía Doppler de vasas de cuello y plestimografía arterial de extremidades superiores e inferiores.

- **CIRUGIAS Y TRATAMIENTOS DE VARICES MINIMAMENTE INVASIVAS**

Manejo quirúrgico de varices y manejo endovascular con radiofrecuencia y oclusión de varices con micro espuma (ENOF).

- **UNIDAD DE LINFEDEMA – DRENAJE LINFATICO**

Se utiliza un manejo integral para tratar patologías crónicas del sistema linfático que provocan cuadros de edemas crónicos y dolor, con resultados de gran impacto en la mejoría de la sintomatología, la salud y el bienestar del paciente.

Este es el mapa de procesos que se ajusta a las necesidades de la IPS y tiene mayor cohesión con la cadena de valor.

Ilustración 3. Mapa de procesos

15.3 Accionistas o socios y fuentes de ingresos

15.3.1 Composición accionaria

Nombre	Porcentaje
Alejandro Dueñas	50%
Ernesto Dueñas Vanin	50%

15.3.2 Fuentes de financiación

Fuentes de Financiación Internas:

- Aportes de Accionistas
- Ganancias Retenidas

Fuentes de Financiación Externa:

La financiación Externa se podrá obtener a Corto Plazo – Mediano Plazo – Largo Plazo, mediante:

- Créditos Bancarios
- Préstamos a Particulares
- Leasing

16 PLAN DE MEJORA DEL MODELO ATENCIÓN INTEGRAL ENFOCADO A LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD VASCULAR PARA EL CENTRO VASCULAR DE OCCIDENTE EN CALI 2023

Dado el recorrido y contexto realizado a lo largo del documento, se ha plasmado la esencia de CENVAS, su modus operandi al igual que distintos aspectos legales y conceptuales que, en este

apartado contribuirán a la integralidad del diseño del plan de mejora integral enfocado a la prevención.

Desde el centro vascular se busca masificar y potenciar la prevención de afectaciones y problemáticas causadas al individuo por la enfermedad vascular, es por esto que, desde la implementación del plan de mejora a desarrollar en este documento, se permeara dentro del ADN y la operación de CENVAS y se buscará que estén presentes transversalmente en todos sus procesos y operaciones, ciertos conceptos y reglamentos. Entender que, la estrategia de gestión integral del riesgo en salud tiene como objetivo minimizar los riesgos y manejar las enfermedades, así como adaptar el modelo de atención a las particularidades de los territorios, poblaciones y servicios disponibles, contribuirá a que, el plan de mejora en desarrollo se diseñe de forma correcta orientado al sentido de esta.

Para CENVAS la prevención y las consecuencias que puede tener el diagnóstico tardío o la mala praxis de una enfermedad vascular está inmerso en su cultura organizacional, pues esto, está dado en sus MEGAS y objetivos como IPS; es por esto por lo que, al igual que la gestión integral recalcar y tener MIAS transversalmente en la operación es vital. En este sentido, el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que se enfoca en la familia, comunidad e individuo y se basa en la prestación de servicios de APS. Los objetivos son garantizar una atención integral, equitativa, oportuna, continua y de calidad en el acceso y prestación de servicios de salud. Para implementar el MIAS, es necesario garantizar la integralidad en la atención y conformar redes de servicios de salud. Las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) son una herramienta obligatoria para todos los actores del sistema de salud que buscan generar estas condiciones de integralidad.

Como se ha venido expresando, para la realización del plan de mejora de CENVAS y su futuro próximo; MAITE es el modelo de referencia para la Clínica Vascular de Occidente y se buscara

establecer nuevos mecanismos que sean fieles a este; para así, gestionar el riesgo en la atención en salud. CENVAS cuenta con un modelo de atención integral que ha sido presentado con anterioridad en el documento que en síntesis, integra la atención a partir de que el paciente es atendido, desde la identificación de factores de riesgo, realización de estudios diagnósticos, programas de educación y promoción de estilo de vida saludable, hasta el manejo especializado de cirugía vascular periférica, tanto médico como intervencionista; con este plan de mejora se busca potenciar e incrementar las herramientas de atención integral que deriven en la prevención de enfermedades vasculares, todo esto entendido y aplicado desde la norma, el análisis y la verificación.

De igual modo, dado el enfoque de CENVAS se busca que con esta mejora se llegue a:

- Que se implementa un modelo de atención que brinde a los usuarios.
- Una alternativa para la garantía del derecho fundamental a la salud de los usuarios.
- La optimización de recursos institucionales.

Respuestas de manera articulada a las necesidades encontradas en los pacientes. Que dado MAITE, desde todos los procesos transversales del CENVAS se cumplan y desarrollen las 8 líneas de acción que MAITE indica y que influyen positivamente en la atención:

- Aseguramiento
- Salud Pública, Prestación de Servicios
- Talento Humano
- Financiamiento
- Enfoque Diferencial
- Intersectorialidad
- Gobernanza.

16.1 Definición de estrategias de atención para los usuarios según grupo o grupos de riesgo seleccionado.

Dado lo anterior y teniendo en cuenta el análisis realizado en el transcurso del documento con respecto a CENVAS, su modus operandi, su MEGA, estado actual entre otros aspectos, se permite presentar a continuación, las estrategias correspondientes que permitirán generar una mejora acertada del modelo integral actual.

16.2 Diseño de una guía de calidad de manejo clínico de pacientes con riesgo.

Con el fin de contribuir a la mejora continua se diseñará una guía de calidad, estandarizada a todos los procesos que se atribuyen a pacientes con riesgo que permitan proporcionar una base para el manejo clínico de pacientes con riesgo compuesta de 5 fases:

- A. Evaluación de riesgo
- B. Planificación del tratamiento.
- C. Seguimiento y evaluación.
- D. Educación del paciente.
- E. Colaboración interdisciplinaria
- F. Revisión continua

16.2.1 Definir factores de predicción.

Según el Dr. José María Romero Carro en su artículo sobre la enfermedad arterial periférica, cuando se diagnostica la EAP, se debe dar a comprender a los pacientes que el riesgo no radica

únicamente en la pérdida de extremidad si no que, conlleva también complicaciones que pueden llegar a causar la muerte, así como la afectación del corazón o el cerebro. Desde CENVAS se han adelantado proceso de recolección de datos que contribuyan a la predicción y seguimiento de aquellos pacientes que presenten riesgo de EAP; en este apartado se plantean basados en artículos médicos factores de riesgo que contribuyen a la predicción que acompañados con la información recolectada por CENVAS crearán bases y pautas sólidas para la atención, el seguimiento de aquellos pacientes que se encuentren cerca o dentro de dichos grupos de riesgo y la toma de decisión.

La EAP en muchos casos es una enfermedad asintomática, de la cual se diagnostican sólo un pequeño grupo de aquellos muchos que pueden ser diagnosticados, de esta forma existen factores de riesgo dados por estudios clínicos que contribuyen al seguimiento y diagnóstico previo.

Como ya se mencionó anteriormente existen factores globales comprobados que, entre más presentes, mayor es el riesgo existente de tener una EAP grave, en este sentido a continuación presentaremos los factores de riesgo dados por el *Consenso InterSociedad Transatlántico original* por su traducción al español (**TASC**) sobre el manejo de la enfermedad arterial periférica (EAP).

Tabla 3 Factores de riesgo enfermedad arterial periférica

Factores de riesgo enfermedad arterial periférica	ODDS RATIO			
	1	2	3	4
SEXO MASCULINO VS FEMENINO				
EDAD				
DIABETES				
FUMADOR				
HIPERTENSION				
DISLIPEMIA				
HIPERHOMOCISTEINEMIA				
RAZA (ASIATICA, HISPANA, NEGRA)				

PROTEÍNA C REACTIVA	
INSUFICIENCIA RENAL	

Fuente. TASC II, VOLUMEN 45, NÚMERO 1, SUPLEMENTO, S5-S67, ENERO 2007

En la tabla 9 vemos el odds ratio que nos indican aquellos factores que exponen más o menos a algún riesgo; donde se observa igual a 1 indica que, la exposición no pone a riesgo de enfermar ni protege contra la enfermedad en aquellos factores donde el odds ratio es mayor de 1 indican que la exposición pone a riesgo de enfermar y los valores inferiores a 1 indican que ésta protege contra la enfermedad. Es por esto por lo que podemos afirmar que los factores presentados con anterioridad representan todo un riesgo; es preciso decir que, hay factores inamovibles como el sexo y la edad, sin embargo, en su mayoría son factores controlables por lo que para precisar un seguimiento o crear un programa de prevención dichos factores deben ser tenidos en cuenta para lo mismo.

De lo mencionado anteriormente, se pueden clasificar estos riesgos en 2 grandes grupos, factores no modificables y factores modificables y de esta forma identificar con facilidad dentro de la operación de CENVAS aquellos individuos que puedan pertenecer a estos grupos y así tener mayor prevalencia.

Tabla 4 Factores de riesgo modificables y no modificables

Factores de Riesgo No Modificables	Factores de Riesgo Modificables	
MAYORES	MAYORES	MENORES

Sexo	Presión Arterial	Obesidad (IMC: >30 kg/m ²)
Edad: >45 Años en ambos sexos.	Diabetes Mellitus	Obesidad Abdominal (Perímetro abdominal >90 cm hombres y 80 cm mujeres)
Herencia (Historia Familiar de enfermedades como HTA, DM.	Dislipidemias (LDL alto y/o HDL bajo).	Tabaquismo Sedentarismo
Antecedentes personales de enfermedad aterosclerótica.	Enfermedad Renal Crónica.	Composición de glicemia, perfil lipídico.

Fuente. Elaboración propia

De esta forma podemos presentar de forma más específicas aquellos factores de riesgo, que contribuirán a la mejora del plan de CENVAS

Sexo: La prevalencia de EAP, sintomática o asintomática, es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres, particularmente en el grupo de edad más jóvenes. En pacientes con CI, la proporción de hombres a mujeres es entre 1:1 y 2:1. Esta proporción aumenta en algunos estudios de al menos 3:1 en etapas más severas de la enfermedad, como CLI crónico. Sin embargo, otros estudios han mostrado una distribución más igualitaria de PAD entre géneros e incluso un predominio de mujeres con CLI.

Edad: Por conocimiento general el resultado del proceso del envejecimiento trae consigo alteraciones de los sistemas vasculares, se considera que a mayor edad mayor riesgo, aceptándose que, desde la tercera y cuarta década de la vida, la edad, ya constituye un riesgo real latente. En especial en la parte arterial en donde los estudios muestran un aumento en la prevalencia con la

edad.

Herencia: Relacionada con la heredabilidad de las otras patologías como la hipertensión, la diabetes y la obesidad. En relación con la patología venosa estudios han mostrado un riesgo de hasta 90% de aparición de varices si los 2 padres estaban afectados.

Presión Arterial: La hipertensión está fuertemente asociada con el desarrollo de aterosclerosis en hombres y mujeres, una de las grandes causas de enfermedad arterial. Solo en Colombia según las últimas cifras del ministerio de salud en 2020 aproximadamente 4 de cada 10 adultos sufren de hipertensión en Colombia y el 60% de estos no lo sabía aún.

Diabetes Mellitus: Los pacientes con diabetes tienen una enfermedad arterial más avanzada en el momento del diagnóstico inicial y peores resultados que los pacientes no diabéticos. El control glucémico deficiente también aumenta progresivamente el riesgo de aterosclerosis. Las complicaciones microvasculares son la causa de los daños vasculares que acarrearán amputaciones más distales.

Enfermedad Renal Crónica: En la mayoría de las ocasiones se pensaba que no solo la ERC tenía un fundamento en patologías vasculares, sino que era más por las otras patologías paralelamente desarrolladas. Sin embargo, incluso después del ajuste por posibles factores de confusión, la ERC se asocia de forma independiente con una mayor prevalencia de enfermedad arterial periférica y con el riesgo futuro de desarrollarla clínicamente significativa.

Dislipidemias: Los pacientes con ciertas anomalías de lípidos y lipoproteínas tienen un mayor riesgo de enfermedad vascular y resultados cardiovasculares adversos a largo plazo. En el Estudio Cardiovascular de Québec, el riesgo de claudicación intermitente se duplicó en los hombres con concentraciones más altas de lipoproteína plasmática. Cuando la sangre contiene demasiadas lipoproteínas de baja densidad (LDL o «colesterol malo»), éstas comienzan a acumularse sobre las

paredes de las arterias formando una placa e iniciando así el proceso de la enfermedad denominada «aterosclerosis». Cuando esta placa se acumula demasiado en las arterias distales es que sucede la enfermedad arterial oclusiva.

Obesidad y sobrepeso: El aumento del peso corporal definido como Obesidad es considerado como una enfermedad crónica que se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa a un nivel tal que la salud está comprometida. El impacto mayor en el estado de salud se presenta cuando este exceso de grasa está localizado a nivel del abdomen. Los médicos miden la obesidad mediante el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la talla en metros ($IMC = kg/m^2$). Según el Instituto Nacional de los Pulmones, el Corazón y la Sangre de los Estados Unidos (NHLBI), se considera que una persona sufre de sobrepeso si tiene un IMC superior a 25 y que es obesa si la cifra es superior a 30.

Tabaquismo: El tabaquismo se relaciona con la enfermedad vascular periférica, pues favorece el desarrollo de la aterosclerosis en la aorta, las carótidas y las arterias de las extremidades inferiores, que da lugar a la claudicación intermitente y progresa a isquemia en reposo, ulceración y gangrena.

Sedentarismo: La falta de actividad física atlética o recreativa, contribuye a un menor desarrollo de la capacidad y fortaleza muscular, en especial del grupo muscular de los gastrocnemios. En patologías vasculares en donde el caminar es la única forma de creación de circulación colateral que suple el requerimiento de perfusión de las extremidades, el sedentarismo es un gran factor de riesgo.

En CENVAS se han venido recolectando datos donde se evidencian y reconocen dichos factores desde octubre de 2022 hasta marzo de 2023 esto con el fin de conocer el comportamiento de la población que atiende de cerca.

Tabla 5 Caracterización pacientes CENVAS

Caracterización de pacientes CENVAS octubre 2022 – marzo 2023			
	Sexo	n	%
	Masculino	47	24%
	Femenino	148	76%
	Edad Promedio		
	61 poner para hombres y mujeres		
	Promedio ITB		
GLOBAL	ITB DER	01.01	
GLOBAL	ITB IZQ	1,0353645 83	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5 podemos observar el comportamiento regular de la población que acude a CENVAS, podemos resaltar dos puntos; en primera instancia, que la mayoría de ella pertenece al sexo femenino y que el promedio de edad es de 61 años con esto podemos comprobar que tal como plantea el TASC II, los riesgos están más presentes en dicho tipo de poblaciones y así poder orientar esquemas de control y seguimiento en CENVAS basados en dichos factores que potencian el riesgo.

Uno de los fines principales de realizar seguimiento a pacientes vasculares en CENVAS es prevenir la amputación. En CENVAS se clasifica el riesgo de amputación según el diagnóstico de la siguiente forma:

Tabla 6 Clasificación riesgo de amputación

Clasificación de la Enfermedad	F	M	F%	M%
Arterial Oclusiva EAOC				
EAOC LEVE				
ITB DER	5	6	3%	13%
ITB IZQ	4	2	3%	4%
EAOC MODERADA				
ITB DER	3	1	2%	2%
ITB IZQ	4	1	3%	2%
EAOC SEVERA				
ITB DER	1	2	1%	4%
ITB IZQ	0	2	0%	4%
TOTAL	17	14		

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6 podemos observar que el riesgo de amputación leve dado los índices tobillo brazo es mayor en el sexo femenino y menor en el mismo sexo con respecto al riesgo moderado, todo esto de acuerdo con los datos recolectados en el tiempo ya mencionado.

Conociendo los factores ya probados y el comportamiento de la población de CENVAS en un tiempo estimado; se puede plasmar un esquema que permita aportar a la prevención y el control de la población próxima a acudir a los servicios de CENVAS.

Sabiendo que la EAP es una enfermedad en muchos casos asintomática CENVAS, dada su experiencia puede presentar formas de prevenir e identificar diagnósticos tempranos pues es de esta forma como se pueden prevenir casos fatales o de gravedad dicho esto, presentaremos un esquema de control y prevención para diagnosticados y no diagnosticados.

16.2.2 Esquema de control y prevención para diagnosticados y no diagnosticados.

Es importante conocer en síntesis la relevancia de una enfermedad arterial periférica (EAP); cuando un paciente es diagnosticado con dicha enfermedad, se traduce en la existencia de un encogimiento de las arterias en los miembros inferiores, lo que causa que el flujo de la sangre disminuya y se presenten dolores o en casos de gravedad úlceras, pero que no solo llega a este punto si no que, en algunos casos puede no solo afectar las piernas sino también el cerebro o el corazón.

Dicho esto, y conociendo lo que es una EAP podemos con seguridad afirmar que, la EAP es una enfermedad peligrosa, costosa pero también prevenible; pero que, sin embargo, dicha prevención conlleva, cambios de estilo de vida y no menos importantes seguimientos óptimos por parte de los organismos encargados como lo es CENVAS, pues desde instituciones como esta es donde el paciente es, diagnosticado oportunamente, aconsejado y medicado.

Existen muchas formas de acompañar al paciente, no obstante, el centro vascular busca optimizar y a su vez economizar la posible enfermedad de pacientes con riesgo desde la mejor de estilos de vida; es por esto por lo que a continuación se propone una guía de cuidados que deberá ser entregado a aquellos individuos que se encuentre dentro o cercano a los factores de riesgo ya mencionado; esto se puede dar mediante charlas, acercamientos a la comunidad y momentos

- A. Si el paciente o miembro de la población no ha sido diagnosticado, pero pertenece a uno de los grupos de alta prevalencia es preciso que, desde los entes de salud y los prestadores de servicio como CENVAS se desarrollen acciones que concluyan en la prevención y el diagnóstico temprano.
- B. A todos los fumadores hay que recomendarles claramente y de manera repetida que dejen de hacerlo.

- C. En todos los fumadores debe aplicarse un programa de recomendación médica, y realización de jornadas de diagnóstico temprano de EAP.
- D. Se debe recomendar la realización del ITB en los siguientes casos, las EPS y las entidades territoriales deben ser concientizadas de las ventajas económicas y de salud, de la prevención y el diagnóstico temprano.
- 50 años diabéticos y con otro factor de riesgo aterosclerótico (tabaco, dislipemia, hipertensión arterial o hiperhomocisteinemia).
 - 50-69 años fumadores o diabéticos. • > 70 años.
 - Síntomas sugestivos de claudicación intermitente o dolor isquémico en reposo.
 - Pulsos anormales en miembros inferiores.
 - Aterosclerosis conocida (coronaria, carotídea o renal).

16.2.3 Prevención y manejo integral de la patología vascular en los municipios.

La búsqueda de masificación de la prevención es vital para el centro vascular. OPORTUNIDAD Y ACCESO EN EL SERVICIO Desde CENVAS, se brindará una atención multisectorial que provea de los servicios de prevención, seguimiento y manejo de patologías, a pacientes sin distinción de su ubicación geográfica a nivel nacional; esto hará que el servicio sea global y de acceso oportuno para aquellos pacientes que no cuentan con servicios correspondientes a los prestados por el centro vascular en sus lugares de residencia.

16.3 Gestión Clínica

Para implementar la gestión clínica en pro de la atención de los pacientes de CENVAS sustentada en los fundamentos éticos de la medicina todas y cada una de las estrategias o planes de mejora a ejecutar, en primera instancia, se debe evaluar la situación actual de la gestión clínica en CENVAS en cuanto a la organización del talento humano y los recursos intelectuales, tecnológicos y organizacionales; esto incluye evaluar las políticas, los procedimientos y las prácticas existentes para identificar las áreas que necesitan mejoras de igual modo, las mejoras a implementar deben tener una base fundamental en los siguientes pilares:

- Definir las metas y objetivos: Los objetivos deben estar siempre en sinergia con los fundamentos éticos de la medicina y centrarse en mejorar los resultados, la seguridad y la satisfacción de los pacientes.
- Desarrolle un plan: Los planes a desarrollar deben ser consecuentes y coherentes con las MEGAS y necesidades de CENVAS, para esto, cualquier plan debe describir los pasos necesarios para lograr los objetivos y debe incluir la asignación de recursos, plazos y responsabilidades.
- Reclutar y capacitar al personal: Para garantizar que el sistema de gestión clínica sea efectivo, cada mejora debe estar acompañada de la garantía del talento humano, por lo que en CENVAS se velará por reclutar personal de alta calidad y mejora continua del ya existente, esto en busca de que, el talento sea competente, ético y comprometido con brindar atención oportuna y de calidad al paciente. Claramente, esto se verá evidenciado en la constante educación y capacitación que garanticen que el personal esté actualizado con los últimos conocimientos y tecnologías médicas.
- Implementar tecnología: En un mundo dinámico y cambiante la tecnología debe ser

siempre, un aliado en todo momento, el centro vascular deberá respaldarse en sistemas de gestión clínica con tecnología, pues las herramientas que derivan de ellos agilizan los procesos, mejoran la comunicación y optimizan la atención al paciente. Todo esto debe verse reflejado en la implementación de registros de salud electrónicos, sistemas de soporte de decisiones clínicas, telemedicina y otras soluciones tecnológicas que lleven siempre a mejorar los resultados de los pacientes.

- **Monitorear y evaluar:** en todo proceso y de forma transversal siempre estarán presentes el monitoreo y la evaluación, esto para garantizar que el sistema de gestión clínica sea efectivo, aquí cumplirán un papel fundamental los indicadores, recopilar datos sobre los resultados, la seguridad y la satisfacción de los pacientes, al igual que, medir el desempeño del personal y la eficacia de la tecnología.
- **Mejora continua:** Con base en el seguimiento y la evaluación, CENVAS deberá identificar áreas de mejora e implementar cambios en el sistema de gestión clínica. Esto incluye capacitación continua, mejora de procesos y la adopción de nuevas tecnologías y prácticas.

Dado lo anterior, es preciso decir que para implementar o mejorar la gestión clínica en CENVAS es de vital importancia que la consecución o diseño esté alineado con un enfoque sistemático que considere los pilares ya mencionados. En este sentido, a continuación, se presentarán propuestas de implementación para la mejora de la GC del Centro vascular.

16.4 Propuestas de mejora

16.4.1 Creación de un manual de seguimiento predictivo a pacientes (predecir el riesgo y garantizar la asistencia oportuna)

Todos y cada uno de los pertenecientes a CENVAS deberán conocer este manual con el fin que desde la recepción se contribuya indirecta o directamente a la prevención y al diagnóstico oportuno.

16.4.1.1 Programa de Promoción y Prevención (PYP)

El Programa de Promoción y Prevención (PYP) para la cohorte vascular periférica, es el eje central de nuestro Modelo de Atención y busca garantizar el acceso a la prestación de los servicios de PYP a través de estrategias, cuyo objetivo se centra en la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica y educación para la salud, con la implementación de la ruta integral de atención para la promoción y prevención, de acuerdo con el ciclo vital o curso de vida de la población afiliada, teniendo en cuenta los siguientes atributos:

- Reconocer como sujetos de la atención en salud a las personas, familias y comunidades que viven y se desarrollan en un ámbito territorial (urbano, rural y rural disperso) con particularidades, condiciones y situaciones que deben considerarse como ejes contextuales del proceso de atención en salud.
- Reconocer los entornos como escenarios propicios para promover el bienestar y el desarrollo humano a nivel individual y colectivo.
- Organizar la gestión y la prestación de los servicios en una lógica centrada en las personas, familias y comunidades, lo cual implica trascender la gestión por estrategias temáticas para

avanzar hacia la gestión de la atención integral.

- Cumplir con los estándares de calidad, trato amable y respetuoso, generando espacios de diálogo sobre las inquietudes y expectativas de las personas, familias y comunidades respecto a la salud y su cuidado, garantizando la confidencialidad de la información.
- Realizar el seguimiento nominal y longitudinal de los resultados en salud que permita evaluar las potencialidades y la exposición a riesgos físicos o sociales que inciden en la condición de salud de la población.

16.4.1.2 Recopilar los datos del paciente.

Como se ha visto en el documento, existen factores comprobados que aumentan la predisposición a padecer una EAP. La recopilación de datos hará que desde CENVAS se identifiquen aquellos pacientes según su edad, sexo, raza y antecedentes represente un riesgo alto y así, dichos pacientes se llevan a una etapa de prediagnóstico. Esto se logrará de la siguiente forma:

- Desde la asignación de la cita se recopilará la información completa del paciente, incluyendo su historial médico, antecedentes familiares, factores de riesgo prevalentes, síntomas actuales y resultados de pruebas diagnósticas previas y estos serán llevados a el área encargada de identificar el riesgo.
- Se registrarán y actualizaran regularmente los datos demográficos, como la edad, el género, el índice de masa corporal (IMC), la presión arterial, el colesterol y la glucosa en sangre, así como cualquier otro factor de riesgo relevante, como el tabaquismo o la diabetes, de aquellos pacientes que están dentro de los grupos de mayor riesgo.

16.4.1.3 Analizar riesgos a los individuos dentro de los grupos ya identificados con mayor prevalencia.

En esta fase se determinarán los controles existentes y se analizará el riesgo en términos de consecuencias, probabilidades y diagnóstico preventivo en el contexto de esos controles. El análisis debe considerar el rango del impacto y probabilidad los cuales se combinan para producir un nivel estimado del riesgo.

16.4.1.4 Tratamiento del riesgo.

Se buscará, desarrollar e implementar un plan de acción específico con base en la valoración del riesgo. Informar el estado de la gestión del riesgo a las partes interesadas según lo establecido por la organización.

16.4.2 Estrategias para acceder al programa

16.4.2.1 Captación de usuarios a Servicios

Las acciones de captación inician con el proceso de identificación de usuarios y pacientes con riesgos potenciales a ser intervenidos por acciones de orientación, de tamizaje o protección específica. Esta captación se hace a través de:

- Acciones no presenciales e intencionadas y dirigidas desde los servicios como lo es la inducción de demanda.

- Direccionamiento generado por medios de comunicación, información y educación durante la prestación de servicios asistenciales o administrativos en la IPS o en coordinación con otros aliados (Empresas, Tarjetas de Descuento, EPS, entre otros).
- Los procesos para el desarrollo de esta estrategia son:
- Identificación: por captación de usuarios desde la red de IPS primarias de nuestras EPS aliadas para realización de tamizajes y escalas de valoración de riesgo por curso de vida a través de las fuentes de población afiliada asignada o la prestación de servicios correspondientes a morbilidad general requeridos por el usuario bajo demanda por percepción de enfermedad (demanda espontánea).
- Captación por medios no presenciales: se realiza mediante el llamado de usuarios, el envío de mensajes de texto o correos electrónicos.
- Direccionamiento activo: desde la atención integral de servicios.
- Direccionamiento pasivo: envío de comunicaciones al usuario a través de diferentes medios como: página web, redes sociales, volantes, entre otros.

16.4.2.2 Captación de usuarios en los servicios

Las actividades de seguimiento implican monitoreo periódico y permanente a usuarios con riesgo identificado que requieren constancia desde los procesos de atención como:

- Consulta especializada: esta gestión es realizada por el médico especialista que identifica la necesidad de incluir al usuario en el programa para educarlo en el mantenimiento de su buen estado de salud.

- Egreso de procedimientos: esta gestión del riesgo de siniestralidad desde la IPS implica la identificación permanente de casos priorizados, la llamada al caso post egreso según prioridad, la verificación de signos de alarma y la asignación del servicio que se requiera.

16.4.2.3 Canales de comunicación de la estrategia

A. Mensajes de texto y correos electrónicos

Son herramientas usadas para contactar a usuarios de manera masiva, o para dar información puntual. Cualquier mensaje de texto o correo tiene las siguientes características:

- La información no puede contener información en salud específica que identifique al usuario ante terceros con información sensible o privada.
- Debe cumplir conforme a lo establecido por la Ley 1266 de 2008, “Ley de Habeas Data”
- No podrá haber mención explícita de temas de salud propios de un usuario específico como Cáncer, VIH Sida, o Infecciones de transmisión sexual, enfermedad mental o víctima de violencia.

B. Llamadas telefónicas

Las actividades telefónicas de inducción o seguimiento se realizan a través del contacto telefónico realizado de la siguiente manera:

- Verificación de qué tipo de usuario y actividad se va a realizar.

- A cada usuario se le debe realizar al menos 4 llamadas telefónicas por cada número documentado disponible en cualquiera de las bases de datos disponible, en horarios diferentes y diferentes días.

Lo anterior se debe hacer para todo usuario, excepto si a la primera llamada ese número no está habilitado o al responder informan que ese número no corresponde con la persona a contactar.

16.4.3 Programa de adherencia.

16.4.4 Educación continua y comunicación.

En esta parte se buscará hacer partícipe y consciente al paciente y su núcleo cercano sobre la importancia del diagnóstico, el tratamiento y la asistencia a citas, esto con el fin de garantizar la adherencia al programa.

- Se educará de forma humanizada al paciente y a su núcleo, sobre los síntomas y signos de complicaciones o progresión de la enfermedad vascular, con ayudas visuales que ayuden a identificar alteraciones en el individuo.
- Se intervendrá al paciente con la implementación de guías y consejos terapéuticas apropiadas, que lleven a los cambios en el estilo de vida (dieta saludable, aumento de la actividad física, cese del tabaquismo), la toma constante de medicamentos para controlar los factores de riesgo.
- Se Informará el estado de la gestión del riesgo a las partes interesadas según lo establecido por la organización.

16.4.5 Empoderamiento.

Este se convierte en el principal valor dentro de este programa, contemplando que el paciente es el primero en darse cuenta de una eventual complicación o deterioro de su salud, y es el principal actor en acatar de manera efectiva las recomendaciones médicas; este programa establece una educación donde el pilar fundamental es el empoderamiento del paciente frente a su patología, conociendo todos los factores, signos y síntomas que sirvan como indicio en un eventual deterioro.

16.4.6 APP Para pacientes

Una de las partes fundamentales para crear adherencia y continuidad en los procesos de promoción y prevención de CENVAS, será la creación y adquisición de una APP especializada para servicios de salud; es preciso decir que, las Aplicaciones de Salud son herramientas móviles que hacen más simples los procesos y el acceso; de igual modo, estas permiten la resolución de desafíos médicos que se pueden llegar a presentar en CENVAS en la ejecución de su plan de prevención y promoción. Desde el centro vascular se buscará lograr con la APP a desarrollar principalmente, el seguimiento de datos de salud de los pacientes de forma remota y el acceso 24/7 a médicos y a guías de salud. Existen muchos ámbitos en los que se pueden aplicar las APP y la digitalización en salud todo dado por los objetivos y beneficios; las necesidades en CENVAS están dirigidas al seguimiento constante de los pacientes y con esto la ejecución eficiente de la prevención y promoción.

Es por esto por lo que, en este caso se buscara desarrollar una APP que cumplan con características

específicas dirigidas de forma directa al paciente; una aplicación de salud para pacientes puede proporcionar mucha información relevante para su salud sin necesidad de la intervención de un profesional de la salud. Tener una APP en salud desde el centro vascular que apoye la prevención genera muchos beneficios y ventajas, mencionados a continuación:

- Acceso a información de salud relevante en tiempo real.
- Asistencia remota.
- Acceso a médicos 24/7.
- Diagnóstico más rápido y preciso.

Podemos sintetizar en que uno de los motivos principales y argumentos para desarrollar esta app es, la solución de retos y necesidades de médicos y pacientes de forma muy eficaz. A continuación, se presentará un boceto principal de la App a desarrollar.

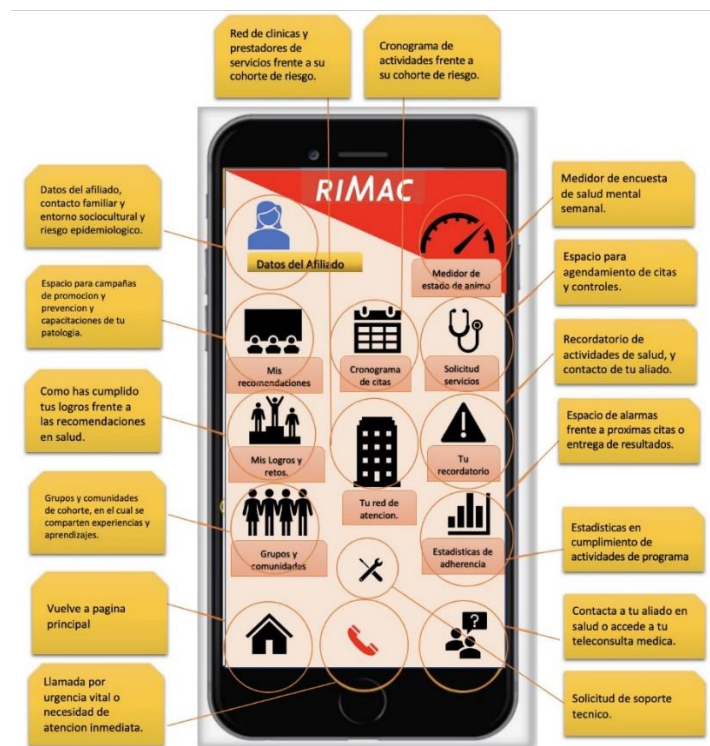


Ilustración 4 Boceto APP

16.5 Gestión de la calidad de la atención

16.5.1 Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad, Propuesta para el centro vascular

En este apartado se tiene como objetivo lograr la implementar las actividades, herramientas, estrategias y metodologías que permitan mejorar y dar cumplimiento a los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para garantizar una atención con calidad, oportuna y segura en CENVAS.

- **OBJETIVOS**

- a) Gestión documental de la información requerida por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, con la respectiva actualización permanente de documentos y procesos de acuerdo con los cambios en la normatividad.
- b) Implementación de un programa de capacitación permanente al personal asistencial y administrativo.
- c) Acompañamiento y asesoría constante dada por profesionales especializados, para el desarrollo de los Comités obligatorios del Sistema Único de habilitación (SUH), y del PAMEC como herramienta de mejoramiento continuo.
- d) M del Programa de Seguridad del paciente con las prácticas seguras obligatorias.
- e) Seguimiento a los indicadores de calidad y seguridad de acuerdo con el Sistema de Información para la Calidad de acuerdo con la resolución 0256 de 2.016., con el desarrollo de acciones correctivas y preventivas de acuerdo con sus resultados.
- f) Gestión de auditoria permanente para garantizar el mantenimiento del SUH a la gestión de la tecnología y equipos biomédicos, el seguimiento al diligenciamiento de los registros

obligatorios y el control de los procesos de residuos, esterilización y bioseguridad.

- g) Gestión de las solicitudes de los entes de control (secretarías de Salud Departamental, Municipal, Ministerio de Salud, Supersalud) así como de los reportes obligatorios al Ministerio de Salud.
- h) Crear bases de apoyo a la Gerencia en la gestión de proyectos y la planificación de nuevos negocios para dar cumplimiento al SOGCS.
- i) Definir las necesidades y ajustes relacionados con el estándar de infraestructura para ser ejecutadas por la entidad prestadora de servicios de salud.

- **ACTIVIDADES ESPECÍFICAS**

- 1) **REPORTES**

- a) Sistema de Información para la calidad (Resolución 0256 de 2016). Trimestral.
- b) Reporte Asociación de Usuarios (Circular 008 de 2018). Anual.
- c) Reportes Tecnovigilancia (trimestral) Res 4816 de 2008.
- d) Reportes Farmacovigilancia (mensual) Resolución 1403 de 2007.
- e) Reporte Respel (anual) decreto 4741 de 2005, resolución 1362 de 2007.
- f) Reporte Oportunidad de citas Resolución 1552 de 2013 (mensual)
- g) Reporte PAMEC Circular 012 de 2016 (anual)
- h) Precio compra de medicamentos (trimestral) circular 01 de 2007 - Comisión nacional de precios medicamentos.
- i) Política de Participación Social en Salud - PPSS (programación y seguimiento Resolución 2063 de 2017)
- j) Seguimiento a cumplimiento de reportes financieros a: Estados Financieros a Supersalud

(Circular 016 de 2016) y Cartera Circular 030 de 2013.

k) PAMEC (Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad)

- Diagnostico avance actual
 - Revisión del enfoque definido: Sistema de Información, Seguridad del paciente
 - Revisar actual direccionamiento estratégico de la IPS
 - Conformación del Comité de Mejoramiento
 - Capacitación en PAMEC
 - Asesoría en la generación de documentación soporte de cada uno de los pasos críticos
 - Acompañamiento al Comité de PAMEC (mensual)
 - Auditorías a procesos prioritarios de la IPS (servicios)
- **SISTEMA DE INFORMACION**

Entrega de ficha técnica de cada indicador (obligatorios y de cada servicio) y formato listo para recolección de información.

Seguimiento a resultados y asesoría en la generación de planes de mejoramiento.

Gestión de proceso de atención al usuario (PQRS) y encuestas de satisfacción.

- **RECURSO HUMANO**
 - a) Revisión archivo Hojas de Vida del personal
 - b) Seguimiento programa inducción y reinducción
 - c) Identificación de las necesidades de capacitación y entrenamiento por servicios
 - d) Generación del Programa de capacitaciones anual

- e) Capacitación en temas del Sistema Único de habilitación (Seguridad del paciente, Procesos Prioritarios, Historia clínica y registros).

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

- a) Estado programa de Tecnovigilancia
- b) Estado programa de Farmacovigilancia
- c) Verificación y actualización documental (formatos, protocolos de prácticas seguras obligatorias)
- d) Evaluación adherencia a prácticas seguras
- e) Comité Seguridad del paciente de la IPS (mensual)

- **GESTION DOCUMENTAL**

- a) Garantizar la documentación requerida por el SUH para cada servicio
- b) Actualización por cambios normativos

- **NOVEDADES SUH (sistema único habilitación)**

- a) Registro de Novedades
- b) Acompañamiento visitas de entes de control
- c) Asesoría al programa de mantenimiento y calibración de equipos biomédicos
- d) Revisión Archivo de historia clínica y registros

- **AUDITORIAS**

Auditoria permanente para garantizar el mantenimiento del SUH a:

- a) La gestión de la tecnología y equipos biomédicos, programas de mantenimiento preventivos y calibraciones. Programa de Tecnovigilancia.
- b) Diligenciamiento de los registros obligatorios y el control de los procesos de control de insumos, residuos, esterilización y bioseguridad.

- c) Calidad del registro de historias clínicas.
- d) Programa de seguridad del paciente
- e) Programa de Farmacovigilancia.
- f) Adherencia a Guías y protocolos (Servicios)

- **ETAPAS**

1. Evaluación inicial del estado documental y del desarrollo de las actividades y procesos propios del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud de acuerdo con su alcance en los diferentes servicios ofertados.
2. Conformación de los equipos de trabajo en cada sede para dar la continuidad y el apoyo a las actividades a implementar. Asignar roles y responsabilidades.
3. Capacitación y entrenamiento al personal para las actividades a desarrollar.
4. Actualización de los documentos e implementación de las actividades y procesos.
5. Definición de los programas de Capacitaciones, Seguridad del paciente, Tecnovigilancia, Farmacovigilancia y Reactivo vigilancia, según aplique.
6. Seguimiento permanente mediante el desarrollo de un programa de auditorías.

16.6 Gestión de la humanización de la atención

La relación paciente-prestador debe ser un encuentro entre dos SERES HUMANOS, no una relación distante de un cuerpo enfermo con un servidor sin sentido social. El encuentro de un individuo enfermo debe estar basado en un ambiente de amistad, ayuda, sensibilidad y comprensión. En síntesis, la humanización implica todos los actos de cuidado que hacen que el

hombre sea más humano y se mantenga su dignidad. Esto se logra a través de crear una perspectiva holística en el modo de hacer y operar del personal prestatario, que integre las dimensiones psicológicas, biológicas, sociales y espirituales del paciente. De este modo, a continuación, se presenta una guía estándar de atención humana frente al paciente que atraviesa todos los procesos transversales de la atención desde la recepción hasta la consulta final. El personal prestatario del servicio debe tener en cuenta los siguientes factores al realizar la prestación y/o atención.

- Cada paciente es único, con actitudes y problemáticas singulares.
- Los pacientes deben reconocerse como seres sociales que necesitan de comprensión y respeto.
- El trato amable debe mantenerse de principio a fin.

Dicho esto, en todos los procesos transversales que se den en CENVAS, se deberán seguir e involucrar los siguientes pasos:

- Saludar al paciente con amabilidad y respeto, tratándolo con empatía y cercanía.
- Escuchar atentamente al paciente, permitiéndole expresarse sin interrupciones y demostrando interés y comprensión.
- Valorar las emociones y necesidades del paciente, y tener en cuenta sus expectativas en el tratamiento y la atención médica.
- Informar al paciente de manera clara y comprensible sin restar importancia o datos necesarios, acerca de su condición médica, opciones de tratamiento y posibles riesgos y beneficios.
- Responder a las preguntas y dudas del paciente con paciencia y claridad.
- Brindar cuidado personalizado y adaptado a las necesidades individuales del paciente, considerando sus creencias, cultura, condición social y preferencias.

- Proporcionar apoyo emocional y psicológico al paciente y a su familia, ayudándolos a comprender y enfrentar su condición médica.
- Fomentar la participación del paciente en su tratamiento y en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica.

Con la atención humanizada, CENVAS logra que la comunicación sea amena y fluida y esto se traduce en la satisfacción del cliente y la eficacia de realización de seguimiento oportuno a las patologías o condiciones halladas en el mismo.

16.7 Gestión de las tecnologías en salud incluyendo el sistema de información

En CENVAS se tiene ya implementados Sistemas de información en salud, especializados y efectivos en su utilización, se hace uso del software History que permite agilizar los procesos de historia clínica entre otros, dado su efectividad en el uso, pues este se permite utilizar en cualquier parte del mundo y cualquier ordenador desde la nube, facilitando el acceso a la información, History está integrado con Zafiro el cual es una plataforma de facturación que permite el ingreso directo de cualquier servicio realizado dentro de CENVAS; al mismo tiempo se cuenta con la disposición de DATA X integrado dirigido a la contabilidad.

16.8 Gestión de la referencia y contrarreferencia

El Sistema de Referencia- Contra referencia de la Clínica Vasculat de Occidente se diseñó según el mapa de red del municipio y se describe según los prestadores que conforman su complejidad y dando respuesta a las necesidades de salud de la población beneficiaria. Para este fin CENVAS

cuenta con un sistema de comunicación que permite que fluya en forma segura y eficiente a través de esta Red. La Clínica deja claridad a su cliente interno y externo el proceso como se debe llevar para lo cual es importante reconocer los temas claves:

16.8.1 Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contra referencia de este a su establecimiento de origen, con el objetivo de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

16.8.1.1 CONDICIONES GENERALES PARA PA REFERENCIA

Existe la posibilidad de que algún paciente presente alteraciones de salud que lleven a la necesidad de tomar decisiones para la referencia de pacientes de urgencia. Pueden presentarse, entre otros, las siguientes situaciones:

- Que un paciente que es atendido presente una complicación, una reacción o incidente adverso resultante de la atención prestada, que le ocasione una alteración orgánica cuyas características superen la capacidad técnico-científica de que se dispone en el consultorio.
- Que un paciente que es atendido presente una complicación, una reacción o incidente adverso sin relación con la atención prestada, que le ocasione una alteración orgánica cuyas características superen la capacidad técnico-científica de que se dispone en el consultorio.
- Que una persona (paciente, familiar, acompañante, etc.) que se encuentre en las

instalaciones, presente un evento súbito de alteración de la salud que le ocasione una alteración orgánica cuyas características superen la capacidad técnico-científica de que se dispone en el consultorio.

Cuando ocurra una complicación o un evento o incidente adverso, si no se cuenta con una respuesta adecuada al manejo por las capacidades técnico-científicas del consultorio, se establecerá que la situación ha superado dichas capacidades y que se requiere realizar una referencia del paciente a otro prestador cuya disciplina de salud y/o nivel de complejidad de la atención sea apropiado para tal manejo.

16.9 Gestión del Talento Humano

La Gestión del Talento Humano es un enfoque estratégico de dirección vital en CENVAS, pues el objetivo de este es, maximizar la creación de valor para la Organización mediante el talento humano y a través de un conjunto de acciones dirigidas a disponer en todo momento del nivel de conocimientos capacidades y habilidades en la obtención de los resultados necesarios para ser competitivo en el entorno actual y futuro.

Cabe resaltar que, dentro de CENVAS se tiene siempre presente el camino a seguir y los procesos que le permita establecerse dentro de un mercado y ser el mejor, sin embargo, todos los trazos que lleven a el cumplimiento de los MEGAS están ligados a el cuidado, promoción y elevación del talento humano, pues este es la cara y el motor de la institución que, esto se traduce en que, con el trabajo eficaz de su gente se permita el logro eficaz y transparente de las MEGAS trazadas.

El talento humano debe guiarse y alinearse desde la planeación estratégica, pues esta, proporciona una oportunidad o por lo menos una base para ajustarse en forma constante a sucesos y acciones

que pasen en CENVAS o que vengan de su mercado y competidores. Es por esto por lo que, dentro de cualquiera de sus planes, estará siempre de forma transversal el suministrar los incentivos apropiados para atraer y motivar al talento humano y gerentes claves en la organización.

En CENVAS desde el área de recursos humanos se planteará, una estrategia capaz de dar cuenta del equilibrio entre el ingreso y el despido de personal. Y posibilitar la armonía en la ejecución de los procesos entre el personal ejecutante y el entrante, para que, en consecuencia, no se pierda nunca la curva de aprendizaje que es tan indispensable en los procesos. El tener siempre presente la Planeación del Talento Humano contribuirá significativamente al proceso de dirección estratégica y aportará los medios para alcanzar los resultados esperados. En este sentido, la gestión del talento humano se dará mediante las siguientes estrategias:

- Plan carrera.
- Salarios Emocionales.
- Planes de Motivación intrínsecos.
- Potenciamiento del área de recursos humanos.

16.10 Negociación y contratación con EPS

Existen requisitos mínimos para la contratación con las Aseguradoras y CENVAS cumple con todas:

1. Habilitación de los servicios prestados.
2. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.

3. Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

El modelo de contratación a celebrar entre CENVAS y los clientes (EPS) estará dado por el modelo PGP descrito, a continuación.

- **Contrato por pago global prospectivo**

Modalidad de contratación y de pago en la cual se establece por anticipado una suma global para cubrir durante un período determinado de tiempo, usualmente un año, la provisión de un número de episodios de atención y/o de tecnologías en salud, a una población con condiciones de riesgo específicos estimados y acordados previamente entre el pagador y el prestador. La unidad de pago es el episodio y/ o las tecnologías en salud con el valor convenido.

16.10.1 Relación contractual IPS – EPS

Con el fin garantizar el impacto a mediano y largo plazo de la aplicación del modelo de promoción y prevención, desarrollado en este documento, a continuación, plantearemos puntos específicos que se deben dar en la relación contractual IPS – EPS.

Creación de agenda de trabajo: En este punto será preciso definir agendas de trabajo rigurosas y coherentes que den resultado a los objetivos planteados por el modelo de promoción y prevención. De esta forma, se tendrá estandarizado dichas agendas de trabajo en donde se tenga

siempre pautas, objetivo específico, entregas, indicadores, entre otros.

Presentación de modelo de gestión de riesgo y propuesta de negociación a largo plazo (anual):

Realizar la presentación del modelo es vital para el mantenimiento de la ejecución del modelo, pues de esta forma se recalca la importancia de este, y se pautan expectativas y resultados esperados. En este sentido la presentación del modelo se dará siempre dentro de las métricas necesarias para concluir con los objetivos, estas métricas deberán darse de la siguiente forma:

- Contextualización.
- Presentación del modelo.
- Resultados.
- Impacto social y ético.
- Cierre.

De igual modo, se plantea la negociación a largo plazo derivado de las condiciones dadas por el riesgo de la enfermedad arterial de esta forma, dicha negociación esta basada en la reducción de los costos de la misma enfermedad teniendo presente la importancia de la prevención y el diagnóstico temprano; esta negociación se debe dar de forma anual.

Co-creación plan de trabajo para ejecución del modelo y planteamiento de factores de

seguimiento: En este apartado se involucran el cliente con el prestador en la creación de planes de trabajo para la ejecución del modelo, con el fin de, garantizar las necesidades y requerimientos de los clientes. Para esto se tendrán definidos factores de seguimiento que reflejen la correcta realización y verificación de los resultados.

Entrenamiento a enfermeras encargadas del manejo del modelo de promoción y prevención,

pertenecientes a IPS primarias de las EPS: En este punto se busca la articulación del trabajo de la IPS con los y las enfermeras prestadoras del servicio desde las EPS, con el fin de entregar las

herramientas y conocimientos necesarios a dichos trabajadores que permitan mediante el uso del modelo y las APPS entregar resultados rigurosos, que limiten el desarrollo de la enfermedad arterial que a futuro se pueden transformar en pacientes de alto costo.

16.11 Factores diferenciadores atractivos a EPS

La clínica vascular se destaca dentro de su mercado, por infinitas cualidades que la hacen ser el referente que es hoy sin embargo a continuación, presentaremos a modo ilustrativos aspectos que serán atractivos para la oferta.

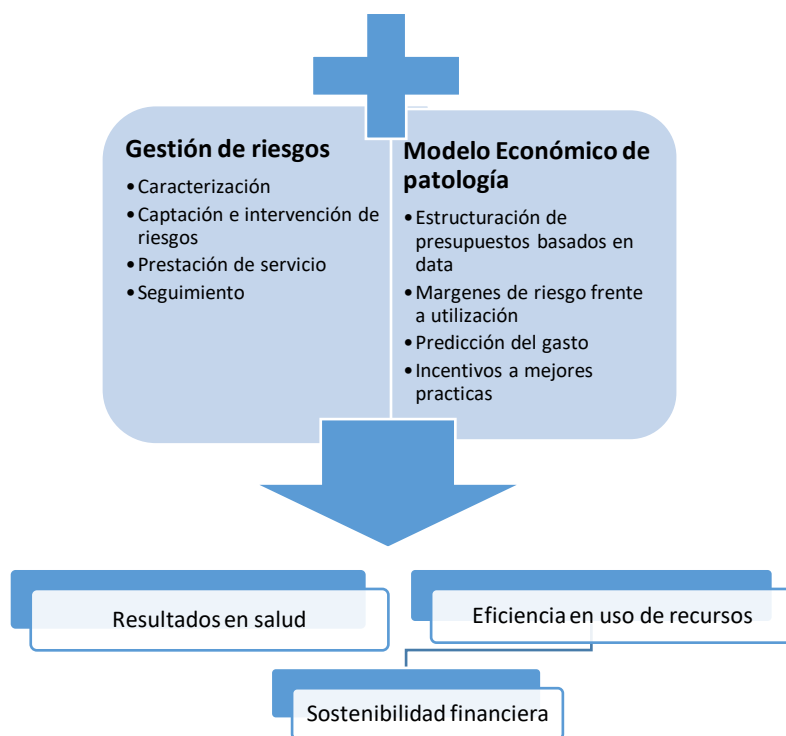


Ilustración 5 Elaboración propia

CENVAS provee a cualquier EPS la certeza y garantía de la sostenibilidad financiera que se logra, mediante la prevención oportuna la gestión del riesgo y el tratamiento adecuado de la patología.

La sostenibilidad financiera en salud es fundamental porque garantiza la capacidad de un sistema de atención médica para mantenerse operativo y proporcionar servicios de calidad a largo plazo.

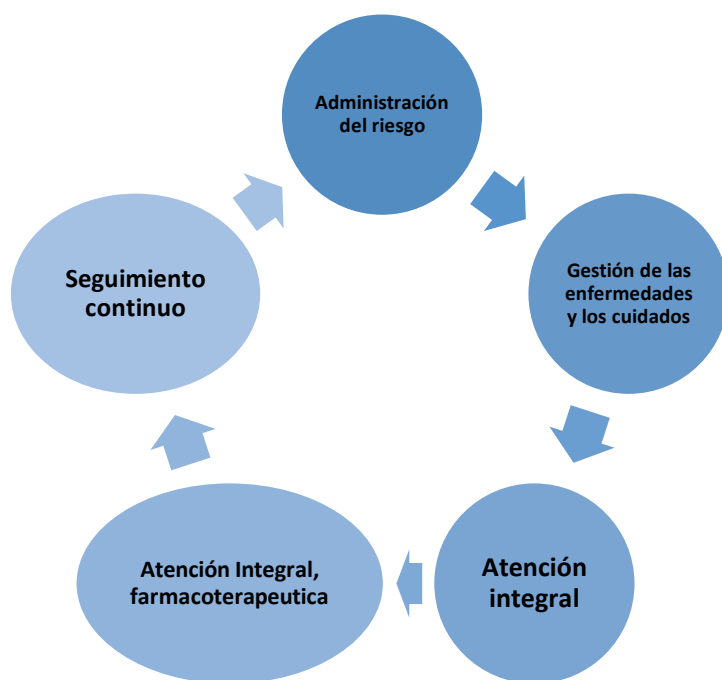


Ilustración 6 Elaboración propia

CENVAS contempla un sistema de gestión clínica, gestión del riesgo, prevención y demás sólido que se traduce en la excelente ejecución e implementación de la gestión del riesgo. La gestión del riesgo en salud es fundamental porque ayuda a identificar, evaluar y mitigar los posibles riesgos asociados con la prestación de servicios de atención médica.

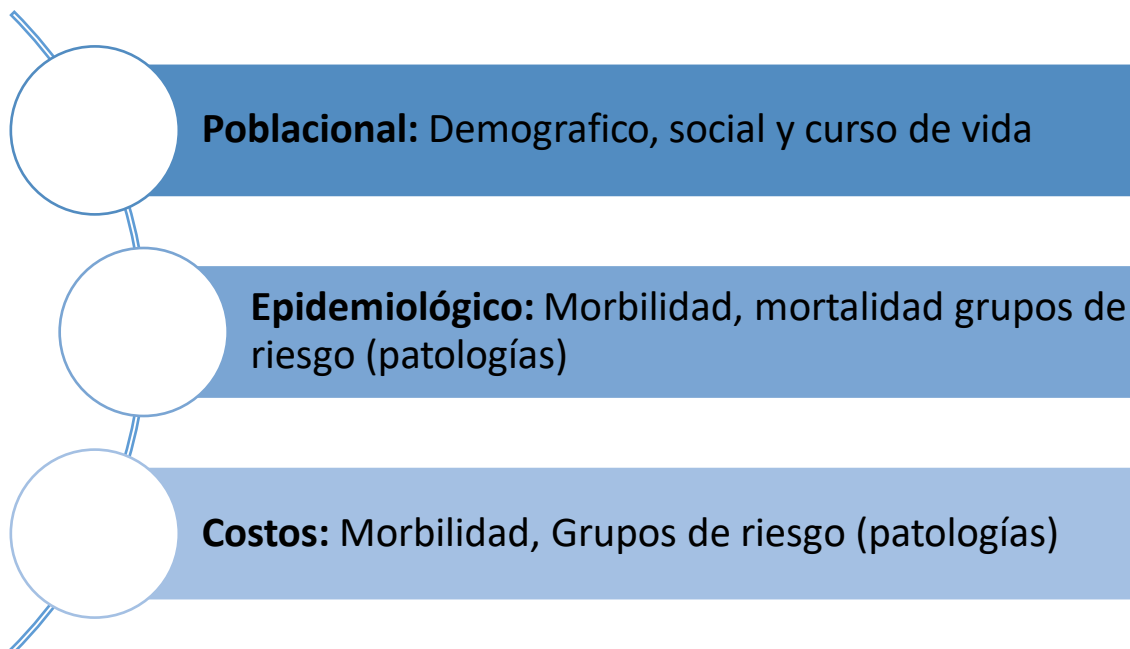


Ilustración 7 Elaboración propia

Todos estos aspectos diferenciadores de CENVAS se traducen en dos aspectos, calidad de atención al paciente y productividad económica, aspectos primordiales que necesita ver una EPS en una IPS pues de esta forma la garantía de sus recursos y de la atención al individuo está dada.

17 Plan de mercadeo

En CENVAS usaremos el marketing mix también es conocido como las 4P's, para ejecutar el mercadeo dirigido a las EPS abarcando los cuatro puntos fundamentales (precio, producto, distribución y promoción) con el fin de, satisfacer el público objeto, obtener mayores beneficios y alcanzar las metas de CENVAS. De este modo las estrategias de mercadeo estarán basadas en estas 4P's

<p>Producto: Dirigido a las EPS, el producto que CENVAS desea potencializar, es su servicio de promoción y prevención para pacientes vasculares. La estrategia a abordar en esta P estará dirigida a destacar las características diferenciadoras de dicho programa, mediante la divulgación de resultados y experiencias satisfactorias</p>		
<p>Precio: Para los objetivos de CENVAS el marketing no estara dado por el precio bajo, si no por un precio que refleje la calidad del servicio</p>	<p>Punto de venta: En esta P se enfatizara en la multisectorialidad que, CENVAS ofece mediante la disposicion de sus servicios de promocion y prevencion en distintos departamento lo que maxificara los resultados del servicio.</p>	<p>Promoción: Esta P se dara intrinsecamente por las P anteriores pues la estrategia de marketing principal estara basada en, la divulgación de los resultados obtenidos y la experiencia satisfactoria que atraera mediante la conexion y el conocimiento de la calidad a clientes objetivo</p>

Ilustración 8 4P'S CENVAS Elaboración propia

18 Conclusiones

Esta tesis ha puesto de manifiesto la importancia de los programas de prevención para pacientes vasculares y su potencial para reducir el riesgo, mejorar la calidad de vida de los pacientes y no menos importantes reducir sobrecostos a los sistemas de salud departamentales y nacionales. Se puede afirmar que, desde CENVAS se ha encontrado que los programas de prevención son importantes y que van desde los cambios en el estilo de vida, control de factores de riesgo, el uso de medicamentos y la dirección gerencial de la IPS. En síntesis, se comprueba que, con acciones efectivas y congruentes a las necesidades, estos programas pueden ser efectivos en la prevención y manejo de enfermedades.

A pesar de que, se pudieron haber identificados barreras y desafíos para la implementación de estos programas, tales como la falta de acceso a los servicios de salud, la falta de motivación y

adherencia de los pacientes o la falta de recursos financieros. Se pudieron abordar desde el direccionamiento en salud dichas barreras y así lograr la consecución de soluciones innovadoras para mejorar la implementación de estos programas.

Desde CENVAS y dados los resultados obtenidos en este documento se buscará siempre, destacar la importancia de continuar investigando y desarrollando programas de prevención efectivos y accesibles para pacientes vasculares, pues está comprobado que, esto no solo puede mejorar la calidad de vida de los pacientes y su núcleo, sino que también tiende a tener un impacto positivo en la carga de enfermedades a nivel nacional.

19 Anexos

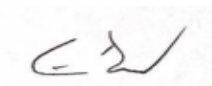
19.1 Carta autorización

Cali 13 de mayo de 2022

A quien pueda interesar.

Yo Ernesto Dueñas Vanin, identificado con cedula de ciudadanía, 14.939.726, Director Científico y fundador del centro Vascular De Occidente, autorizo a Carolina Armendariz Medina, identificada con cedula de ciudadanía 66.922.505, y Fernando Andrés Fajardo Mora, identificado con cedula de ciudadanía, 12.751.783, para utilizar la base de datos, y las instalaciones de la IPS, con el fin de diseñar un modelo de atención integral, dirigido a la prevención de complicaciones en la población inscrita en el programa de riesgo cardiovascular, y la cooperación de aliado estratégicos para el desarrollo de una aplicación móvil, que cuente con herramientas para realizar intervenciones integrales a nivel individual y grupal, así como la posterior socialización de esta a nuestros pacientes.

Atentamente,





Ernesto Dueñas Vanin

CC.14.939.762

Director Científico del centro Vascular de Occidente

19.2 Firmas

Posición	Firma	Fecha
Fernando Andrés		Mayo 16 de 2022

Fajardo Mora		
Carolina Armendáriz Medina		Mayo 16 de 2022

19.3 Histórico de indicadores 2022

19.4 CRONOGRAMA DE ATENCIONES

	Indicadores de atención en el año 2022 con relación a servicios												TOTALES	Indicadores de atención en el año 2022 con relación a entidades												TOTALES
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
Consl. 1vez y control	611	841	961	996	937								4346	Cedima - TD	5	21	17	7								50
Consulta Podiatrica	10	10	17	11	17								65	Clinica de Occidente	1	2	2	9	3							17
Control PosQX	15	74	103	69	63								324	Clinica Esensa				6								6
Control PreQX	52	88	79	75	112								406	Coimedica Medicina Prepagada		1			1							2
Lectura de exámenes	4	13	9	8	9								43	Compensar EPS Viva 1A IPS S.A	1	2	9	16	15							43
Valoración de Procedimiento		2	1	2	1								6	Cooemeva EPS												0
Re - Valoración			8	6	6								20	Cooemeva Medicina Prepagada		5	5	1								11
Consulta+Doppler		3			1								4	Cortesia	9	21	16	11	11							68
Eco. Venosa Uni	79	49	77	76	80								361	Cosमित EPS	138	123	130	144	120							655
Eco. Venosa Bi	509	459	576	660	839								3043	EPS SURA	1802	2151	2554	2417	2774							11698
Eco. Arterial Uni	10	13	8	9	23								63	Famired-TD	7	6	6	2	5							26
Eco. Arterial Bi	30	33	32	35	49								179	Nueva EPS Asi												0
Eco. Cuello	5	6	5	4	3								23	Nueva EPS Eventos		3	11	1								15
Eco. Renal					2								2	Nueva EPS Candelaria				2								2
Eco. Abdominal													0	Nueva EPS SerSalud												0
Eco. Testicular		1											1	Nueva Eps-Viva 1A IPS S.A Cali	90	129	135	155	139							648
Pletismografía	74	68	80	93	110								425	Nueva Eps-Viva 1A IPS S.A Jamundi	20	21	39	45	44							169
Mesi	5												5	Open Life - TD	2	2	2									6
Valoración Drenaje linfático	57	60	59	17	44								237	Particular	92	63	90	60	52							357
Drenaje Linfático sesiones	650	771	920	783	834								3958	Paquete -Particular+Consulta		4	2	4	16							22
Vendaje multicapa													0	Prevengo-TD		2	4	4	4							14
Escleroterapia	25	34	55	25	24								163	Previser - TD	39	96	86	58	65							344
Curación	19	26	12	16	13								86	Progresar-TD												0
Retiro de puntos/Vendaje	6	55	53	14	15								143	Protegeos - TD		17	12	7	15							51
ENOF Oclusion Bi	2	5	6	4	2								19	Provida Clínica Esensa												0
ENOF Oclusion Uni	21	32	32	28	71								184	Salud Primera SAS												0
RF Oclusion Bi		1	5	2									8	Seg Suramericana				1								1
RF Oclusion Uni		4	1		10								15	SerSalud/Comfe												0
Ligadura Bi		4	1										5	Sura Medicina Prepagada		4	4		3							11
Ligadura Uni	20	21	24		20								85	Tservimos-TD				1	2							3
Matricectomia	1												1	Universidad del Valle												0
Trombectomia			1	1									2	Viva 1A - Compensar			1		3							4
Otro tipo de cx	1												1													
	2206	2673	3125	2934	3285								14223		2206	2673	3125	2934	3285							14223

E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
N	E	A	B	A	U	U	G	E	C	O	I

ORDENES	E	B	R	R	Y	N	L	O	P	T	V	C
MEDICINA INTERNA												
NUTRICION												
PSICOLOGIA												
PROGRAMA CRONICOS MEDICINA												
PARACLINIC OS: HBA1C												

20 BIBLIOGRAFÍA

1. Tunstall-Pedoe, H., Peters, S. A. E., Woodward, M., Struthers, A. D., & Belch, J. J. F. (2017). Twenty-year predictors of peripheral arterial disease compared with coronary heart disease in the scottish heart health extended cohort (SHHEC). *Journal of the American Heart Association*, 6(9), 1–20.
<https://doi.org/10.1161/JAHA.117.005967>

2. Serrano, F. J., & Martín, A. (2007). Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. *60(Viii)*, 969–982.
3. Selvin, E., & Erlinger, T. P. (2004). Prevalence of and risk factors for peripheral arterial disease in the United States: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2000. *Circulation*, *110(6)*, 738–743.
<https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000137913.26087.F0>
- CORNU-THENARD, A., BOIVIN, P., BAUD, J.-M., DE VINCENZI, I., & CARPENTIER, P. H. (1994). Importance of the Familial Factor in Varicose Disease. *The Journal of Dermatologic Surgery and Oncology*, *20(5)*, 318–326. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.1994.tb01631.x>
4. Jude, E. B., Oyibo, S. O., Chalmers, N., & Boulton, A. J. M. (2001). Peripheral Arterial Disease in Diabetic and Nondiabetic Patients. *Diabetes Care*, *24(8)*, 1433– 1437.
<https://doi.org/10.2337/diacare.24.8.1433>
5. O’Hare, A. M., Glidden, D. V., Fox, C. S., & Hsu, C. Y. (2004). High Prevalence of Peripheral Arterial Disease in Persons with Renal Insufficiency: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2000. *Circulation*, *109(3)*, 320–323. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000114519.75433.DD>
6. Vitale, E., Zuliani, G., Baroni, L., Bicego, L., Grego, F., Valerio, G., & Fellin, R. (2014). Lipoprotein abnormalities in patients with extra-coronary arteriosclerosis. *Atherosclerosis*, *81(2)*, 95–102. [https://doi.org/10.1016/0021-9150\(90\)90015-B](https://doi.org/10.1016/0021-9150(90)90015-B)
7. Cantin, B., Moorjani, S., Dagenais, G. R., & Lupien, P. J. (1995). Lipoprotein(a) distribution in a French Canadian population and its relation to intermittent claudication

- (The Quebec Cardiovascular Study). *The American Journal of Cardiology*, 75(17), 1224–1228. [https://doi.org/10.1016/S0002-9149\(99\)80767-X](https://doi.org/10.1016/S0002-9149(99)80767-X)
8. Lekuona Goya, I., Arruti, A. S., Bueno, M. M., & Sánchez, J. U. (2009). Tabaco y enfermedad arterial no coronaria. Intervenciones para el abandono del hábito tabáquico. *Revista Española de Cardiología Suplementos*, 9(4), 39–48. [https://doi.org/10.1016/s1131-3587\(09\)73289-3](https://doi.org/10.1016/s1131-3587(09)73289-3)
9. Lane R, Harwo. *Systematic Reviews 2017*, Issue 12. Art. No.: CD000990. DOI: 10.1002/14651858.CD000990.pub4 *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, Ciudad de México, México. ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio, 2021, Volumen 5, Número 3. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i3.551 p. 3566
10. Abbad, C. M., Horcajo, R. R., & Ortega, M. D. B. (2015). *Angiología*. 68(1).
11. Tran B. Assessment and management of peripheral arterial disease: what every cardiologist should know. *Heart*. 2021;107(22):1835–43
12. Aboyans V et al. Guía ESC 2017 sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad arterial periférica, desarrollada en colaboración con la European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur Heart J*. 2018;39(9):763–816
13. De Maeseneer M, et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2022;63(2):184–267
14. Pizano N, et al. Guías Colombianas para el Diagnóstico y el Manejo de los Desórdenes Crónicos de las Venas. 2009. 3–248 p
15. Abramson B, et al. Canadian Cardiovascular Society 2022 Guidelines for Peripheral

- Arterial Disease. *Can J Cardiol.* 2022;38(5):560–87
16. Arévalo J, Juárez M, Gala E, Rodríguez C. El índice tobillo-brazo como predictor de mortalidad vascular. *Gerokomos.* 2012; 23(2): 88-91.
 17. Tunstall-Pedoe H, Peters S, Woodward M, Struthers A & Belch J. Twenty-year predictors of peripheral arterial disease compared with coronary heart disease in the scottish heart health extended cohort (SHHEC). *Journal of the American Heart Association.* 2017; 6(9), 1–20.
 18. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2021. Dirección de Epidemiología y Demografía. Bogotá D.C
 19. Eberhardt R & Raffetto J. Chronic Venous Insufficiency. *Circulation.* 2014;130:333-346
 20. Davies A. The Seriousness of Chronic Venous Disease: A Review of Real-World Evidence. *Adv Ther.* 2019; 36:S5–S12
 21. Muñoz A. et al. Guía colombiana para el manejo de la enfermedad arterial periférica de miembros inferiores asintomática y con claudicación. *Vascularium: Rev Latinoam Cir Vascular Angiol.* 2022; 7(2): 2-45
 22. Ramírez, J. (2009). Procedimiento para la elaboración de un análisis FODA como una herramienta de planeación estratégica en las empresas. *Ciencia Administrativa*, 54-61.
 23. Norgren, L., Hiatt, W., Dormandy, J., Nehler, M., Harris, K., & F.G.R. (2007). Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). 45(1).
 24. LEY 1438 DE 2011 (enero 19). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
 25. Santacruz-Bravo JD. Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Rev Univ.*

Salud. 2016;18(2):373-384.