

**Modalidad: Plan de mejora del modelo de atención en salud basado en gestión de riesgo**

**Desarrollo de una Mejora en el Modelo Actual de Atención de una IPS Ambulatoria**

**Especializada en Pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus**

Autores:

Camilo Ernesto Grajales Marín

Nohemi Carolina Renteria Gonzalez



Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Maestría en Gerencia de Organizaciones de la Salud

Santiago de Cali

Junio de 2021

**Modalidad: Plan de mejora del modelo de atención en salud basado en gestión de riesgo**

**Desarrollo de una Mejora en el Modelo Actual de Atención de una IPS Ambulatoria**

**Especializada en Pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus**

Autores:

Camilo Ernesto Grajales Marín

Nohemi Carolina Renteria Gonzalez

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Magister en

Gerencia de Organizaciones de Salud

Director del trabajo de grado: Eduardo Dueñas Manosalva

Profesión: Médico y Cirujano General, especialista en Derecho Médico y Seguridad Social,

MBA, MBA Internacional Administración y Finanzas Salud.

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Maestría en Gerencia de Organizaciones de la Salud

Santiago de Cali

Junio de 2021

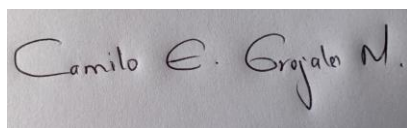
Santiago de Cali, 10 de Junio de 2021

Doctor  
**Silvio Borrero Caldas**  
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  
**“Desarrollo de una Mejora en el Modelo Actual de Atención de una IPS Ambulatoria Especializada en Pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus”**.

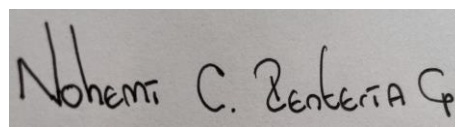
Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente



---

Camilo Ernesto Grajales Marin  
C.C 94.351.785



---

Nohemi Carolina Renteria Gonzalez  
C.C 1.144.042.832

Santiago de Cali, 10 de Junio de 2021

Doctor  
**Silvio Borrero Caldas**  
Decano  
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 “**Desarrollo de una Mejora en el Modelo Actual de Atención de una IPS Ambulatoria Especializada en Pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus**”, realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana Camilo Ernesto Grajales Marin con cédula 94.351.785 y Nohemi Carolina Renteria Gonzalez con cédula 1.144.042.832, y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente



---

Eduardo Dueñas Manosalva  
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”.

“Desarrollo de una Mejora en el Modelo Actual de Atención de una IPS Ambulatoria Especializada en Pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus” 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 Magister en Gerencia de Organizaciones de Salud.

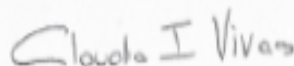


---

SILVIO BORRERO CALDAS

Decano

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



---

Claudia Isabel Vivas Tobar

Directora

Maestría en Gerencia de Organizaciones de Salud



---

Eduardo Dueñas Manosalva

Director del Trabajo de Grado



---

Naydu Acosta Ramirez

Jurado

Santiago de Cali, 25 de junio de 2021.

## **Agradecimientos**

En primera instancia agradezco a mi familia, que siempre nos apoyaron incondicionalmente en la parte moral y económica para poder culminar esta maestría.

Mi agradecimiento también va dirigido al Equipo de Gestión del Riesgo y Calidad de la IPS GESENCRO por su apoyo en todo momento con la realización de este trabajo de grado.

Y para finalizar agradezco a mi tutor de trabajo de grado el Doctor Eduardo Dueñas Manosalva, por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico durante todo el desarrollo del trabajo de grado.

## Tabla de Contenido

<b>1.</b>	<b>Introducción</b>	<b>18</b>
<b>2.</b>	<b>Marco de Referencia</b>	<b>21</b>
<b>2.1</b>	<b>Marco Conceptual</b>	<b>21</b>
<b>2.1.1</b>	<b>Hipertensión Arterial.</b>	<b>26</b>
<b>2.1.2</b>	<b>Diabetes Mellitus</b>	<b>26</b>
<b>2.2</b>	<b>Marco Legal</b>	<b>28</b>
<b>3.</b>	<b>Objetivos</b>	<b>30</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo general</b>	<b>30</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>30</b>
<b>4.</b>	<b>Descripción General de IPS GESENCRO</b>	<b>31</b>
<b>4.1</b>	<b>Desempeño y Evolucion Historia de IPS GESENCRO</b>	<b>31</b>
<b>4.1.1</b>	<b>Estructura Organizacional de GESENCRO</b>	<b>32</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Población Objeto de la IPS GESENCRO</b>	<b>34</b>
<b>4.1.3</b>	<b>Estados Financieros IPS GESENCRO año 2020.</b>	<b>35</b>
<b>4.2</b>	<b>Direccionamiento Estratégico</b>	<b>37</b>
<b>4.2.1</b>	<b>Misión</b>	<b>37</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Visión</b>	<b>37</b>
<b>4.2.3</b>	<b>Objetivos Estratégicos de IPS GESENCRO.</b>	<b>37</b>
<b>4.2.4</b>	<b>Propósito Estratégico y Oferta de Valor</b>	<b>38</b>
<b>4.2.5</b>	<b>Prestación del Servicio y Servicios que Ofrece GESENCRO</b>	<b>38</b>
<b>4.3</b>	<b>Análisis del Entorno y del Sector</b>	<b>40</b>
<b>4.4</b>	<b>Análisis Interno y Externo. Matriz DOFA</b>	<b>42</b>
<b>4.4.1</b>	<b>Análisis Interno</b>	<b>42</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Análisis Externo</b>	<b>44</b>
<b>4.4.3</b>	<b>Estrategias de Análisis DOFA.</b>	<b>45</b>
<b>5.</b>	<b>Situación Actual del Modelo de Atención Basado en Gestión de Riesgo. IPS GESENCRO</b>	<b>48</b>
<b>5.1</b>	<b>Descripción del Modelo Vigente</b>	<b>48</b>
<b>5.2</b>	<b>Análisis de la Demanda y Caracterización del Riesgo</b>	<b>53</b>
<b>5.3</b>	<b>Características de la oferta de la IPS GESENCRO</b>	<b>74</b>



<b>6. Plan de Mejora del Modelo de Atención basado en Gestión de Riesgo. IPS GESENCRO sede Buenaventura</b>	<b>79</b>
<b>6.1 Definición de estrategias de atención para los usuarios según grupo o grupos de riesgo seleccionado.</b>	<b>80</b>
<b>6.1.1 Mejora en la captación de usuarios para el programa PAIEC.</b>	<b>81</b>
<b>6.1.2 Asegurar la realización de la clasificación del riesgo individual en salud.</b>	<b>83</b>
<b>6.2 Gestión Clínica</b>	<b>83</b>
<b>6.3 Gestión de la Calidad de la Atención</b>	<b>86</b>
<b>6.4 Gestión de la Humanización de la Atención</b>	<b>87</b>
<b>6.5 Gestión de las Tecnologías en Salud incluyendo Sistema de Información</b>	<b>88</b>
<b>6.6 Negociación y Contratación con Aseguradores.</b>	<b>90</b>
<b>7. Conclusiones</b>	<b>92</b>
<b>8. Referencias Bibliográficas</b>	<b>95</b>
<b>9. Anexos</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO A. Metodología y Plan de Análisis de Indicadores.</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO B. Plan de atención en el programa de enfermedades crónicas - Riesgo cardio metabólico renal. IPS GESENCRO</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO C. Ruta general del modelo de atención PAIEC.</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO D. Descripción de las Actividades propuestas en el Plan de Mejora de la IPS GESENCRO sede Buenaventura.</b>	<b>108</b>

## Lista de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de la población PAIEC IPS GESENCRO Sede Buenaventura.	57
<b>Tabla 2.</b> Características clínicas de la población PAIEC IPS GESENCRO Sede Buenaventura.	60
<b>Tabla 3.</b> Indicadores de Gestión y Resultado en la población PAIEC IPS GESENCRO Sede Buenaventura.	63
<b>Tabla 4.</b> Cambio de estadio inicial Vs estadio final de ERC, según TFG. Población PAIEC a inicio y final del periodo. Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.	71
<b>Tabla 5.</b> Cambio de estadio inicial Vs estadio final de ERC, según TFG. Población PAIEC aseguradora de régimen subsidiado, Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.	71
<b>Tabla 6.</b> Cambio de estadio inicial Vs estadio final de ERC, según TFG. Población PAIEC aseguradora de régimen contributivo, Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.	71
<b>Tabla 7.</b> Principales de Servicios y Frecuencias de Uso del Plan de Atención PAIEC IPS GESENCRO Sede Buenaventura.	74
<b>Tabla 8.</b> Comportamiento trimestral en oportunidad en asignación de citas, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.	76
<b>Tabla 9.</b> Comportamiento trimestral en PQRS, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.	77

## Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> Organigrama Institucional de GESENCRO.	33
<b>Figura 2.</b> P&G de la IPS GESENCRO. 01 de enero al 31 de diciembre del año 2020 y 2019.	35
<b>Figura 3.</b> Balance Financiero de la IPS GESENCRO a 31 de diciembre del año 2020 y 2019.	35
<b>Figura 4.</b> Mapa de Procesos IPS GESENCRO.	39
<b>Figura 5.</b> Modelo de Atención IPS GESENCRO.	50
<b>Figura 6.</b> Grupos Etarios a clasificar.	51
<b>Figura 7.</b> Pirámide poblacional. Población total adscrita a IPS GESENCRO.	53
<b>Figura 8.</b> Pirámide poblacional. Población IPS GESENCRO Sede Buenaventura.	54
<b>Figura 9.</b> Pirámide poblacional. Población PAIEC IPS GESENCRO Sede Buenaventura.	56
<b>Figura 10.</b> Comportamiento trimestral indicador de control de Tensión Arterial en menores de 60 años – PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.	64
<b>Figura 11.</b> Comportamiento trimestral indicador de control de Tensión Arterial en mayores de 60 años – PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.	65
<b>Figura 12.</b> Comportamiento trimestral indicador de medición de hemoglobina glicosilada, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.	65
<b>Figura 13.</b> Comportamiento trimestral indicador de control de hemoglobina glicosilada en población sin ERC o con ERC 1-2, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.	66
<b>Figura 14.</b> Comportamiento trimestral indicador de control de hemoglobina glicosilada en población con ERC 3 – 5, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.	66
<b>Figura 15.</b> Comportamiento trimestral indicador de medición de LDL, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.	67
<b>Figura 16.</b> Comportamiento trimestral indicador de control de LDL, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.	68
<b>Figura 17.</b> Comportamiento trimestral indicador medición de creatinina, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.	69
<b>Figura 18.</b> Comportamiento trimestral indicador medición de relación albuminuria/creatinuria, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.	69
<b>Figura 19.</b> Comportamiento trimestral indicador de control de IMC, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.	70
<b>Figura 20.</b> Estadificación según TFG de los pacientes	73

## Lista de Cuadros

<b>Cuadro 1.</b> Aseguradores por Regímenes que tiene contrato con IPS GESENCRO	31
<b>Cuadro 2.</b> Distribución de la población total de la IPS GESENCRO de acuerdo al Asegurador.	34
<b>Cuadro 3.</b> Distribución de la población de la IPS GESENCRO Buenaventura de acuerdo al Asegurador.	34
<b>Cuadro 4.</b> Servicios que ofrece IPS GESENCRO.	37
<b>Cuadro 5.</b> Procedimientos de Diagnóstico Cardiovascular No Invasivo ofertados por IPS GESENCRO.	38
<b>Cuadro 6.</b> Ficha Técnica Indicador de Captación.	81

## **Lista de Anexos**

<b>ANEXO A.</b> Metodología y Plan de Análisis de Indicadores.	98
<b>ANEXO B.</b> Plan de atención en el programa de enfermedades crónicas - Riesgo cardio metabólico renal. IPS GESENCRO	103
<b>ANEXO C.</b> Ruta general del modelo de atención PAIEC.	105
<b>ANEXO D.</b> Descripción de las Actividades propuestas en el Plan de Mejora de la IPS GESENCRO sede Buenaventura.	106

## Glosario de Términos

- **Riesgo en salud:** la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.
- **PAIS:** Política de Atención Integral en Salud, se creó con el fin de ayudar a garantizar el acceso al sistema de salud de la población; centra el enfoque del sistema en el ciudadano, mediante la regulación de la intervención de los responsables de garantizar la atención de la salud en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad e integralidad.
- **MIAS:** El Modelo Integral de Atención en Salud, es un modelo de gestión sanitaria basado en el aseguramiento y prestación de servicios de salud con enfoque en la diversidad étnica y cultural, la Atención Primaria en Salud, la familia, la comunidad; hace énfasis en los procesos que garanticen el acceso efectivo de la población a los servicios de salud.
- **MAITE:** El Modelo de Acción Integral Territorial, Orientar 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 la sostenibilidad del Sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.

- **RIAS:** Rutas Integrales de Atención en Salud, son una herramienta obligatoria, mediante las cuales se definen las condiciones necesarias para garantizar la integralidad de la atención en salud.
- **GIRS:** La Gestión Integral del Riesgo en Salud, es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud, que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población.
- **Modelo de atención en salud:** es el conjunto de lineamientos, fundamentados en principios, que orienta la forma en que el modelo se organiza, en concordancia con la población, para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente, promocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño, y brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad a través del ejercicio de su papel Rector, la Gestión transparentes de los recursos y la participación social, en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad de su Red de Servicios.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud, es la encargada de gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud.
- **EPS:** Entidad Promotora de Salud, es la encargada de promover la afiliación al sistema de seguridad social.
- **IPS:** Instituciones Prestadoras de Servicios, son todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos en salud.

- **Indicador:** Dato o información que sirve para conocer o valorar las características y la intensidad de un hecho o para determinar su evolución futura.
- **Caracterización:** Determinar los atributos peculiares de alguien o de algo, de modo que claramente se distinga de los demás
- **Redes Integradas en Salud:** Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve
- **Prestador Primario:** Es la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos; se concibe como unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, para lo cual incluye los servicios de salud definidos en el componente primario
- **Prestador Complementario:** se encarga de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención
- **Plan de Mejora:** es el conjunto de acciones programadas para conseguir un incremento en la calidad y el rendimiento de los resultados de una organización.
- **Puerta de Entrada:** es el primer contacto de la población al sistema de salud, en donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, al tener como eje de intervención las necesidades sanitarias más frecuentes de la persona, familia y comunidad.



- **Riesgo Individual:** Es una combinación de la probabilidad y las consecuencias de la aparición de un evento adverso para un individuo específico.
- **Predictibilidad:** Viene de predecir, qué es anunciar algo que va a suceder.
- **Gestión de la Enfermedad:** Es un sistema de intervenciones de salud coordinadas, con el objetivo de mejorar la salud en su conjunto de determinados pacientes. Ello incluye la comunicación con la población y la promoción de los autocuidados por parte de los pacientes.
- **Carga de la Enfermedad:** impacto de un problema de salud en un área específica medida por la mortalidad y la morbilidad.
- **Sostenibilidad:** que se puede mantener durante largo tiempo sin agotar los recursos o causar grave daño al medio.
- **Valor:** Cualidad o conjunto de cualidades por las que una persona o cosa es apreciada o bien considerada.

## 1. Introducción

La gestión integral del riesgo en salud - GIRS es el pilar fundamental para obtener una población más saludable e integra procesos de planeación en salud y gestión de la demanda, es decir, procesos técnicos, asistenciales, clínicos operativos y financieros, el objetivo de la GIRS es el logro de la cuádruple meta en salud, obteniendo un mejor nivel de salud en la población, mejorando la experiencia de los usuarios durante el proceso de atención, con unos costos acordes a los resultados obtenidos, y con satisfacción de personal de salud, sus acciones se deben orientar hacia la gestión clínica tendientes hacia la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la misma una vez se presente.

La aplicación de un modelo de atención basado en gestión de riesgo para una población con diagnóstico de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus es importante teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas constituyen el principal reto para las políticas de salud del siglo XXI. Según la OMS (2011) Las enfermedades cardiovasculares junto con el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas, han mostrado un rápido aumento, y son la principal causa de muerte en el mundo. Para el 2008 causaron el 63% de las muertes y se estima un incremento del 15% (44 millones) entre 2010 y 2020, alcanzando el 73% de la mortalidad y el 60% de la carga de la morbilidad del mundo. Estas patologías consumen un alto porcentaje del presupuesto anual en salud.

Según la OMS (2002) se debe reorientar la atención en salud no solo pensando en los episodios de enfermedad aguda, sino crear un sistema que contemple el curso de la enfermedad a lo largo de su ciclo de vida y que responda a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas.

En Colombia para el año 2019 las principales causas de mortalidad antes de la pandemia por Covid-19 fueron las enfermedades cardiovasculares, que corresponden al 28,7 % de todas las defunciones, en el análisis del número de defunciones por enfermedad cardiovascular se evidenció que las principales causas fueron las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebrovasculares y las hipertensivas; según la Cuenta de Alto Costo - CAC (2019) la incidencia de HTA fue de 9,90 casos por cada 1.000 habitantes y su prevalencia fue de 8,36 casos por cada 100 habitantes. En el caso de la Diabetes Mellitus, según la Cuenta de Alto Costo - CAC (2019) la incidencia fue de 3,7 casos por cada 1.000 habitantes y su prevalencia fue de 2,58 casos por cada 100 habitantes, con lo descrito previamente podemos inferir que estas enfermedades constituyen problemas importantes de salud pública en el país; para el año 2020 y el primer trimestre del año 2021 la principal causa de mortalidad en Colombia fue derivada de la pandemia por Covid-19, según el DANE (2021) se reportaron en el país 82.517 fallecimientos por COVID-19 confirmado, 17.865 por COVID-19 sospechoso, y 9.377 defunciones por neumonía e influenza, ocasionando un cambio en el perfil epidemiológico.

La región del Pacífico de Colombia es un territorio social y económicamente heterogéneo, con diferentes características sociales, culturales, económicas y contextos históricos que modifican sus perfiles de mortalidad. Al respecto Pérez y Ruiz (2020) afirman que en los departamentos de la región del Pacífico de Colombia se encontraron que las principales causas de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares.

La IPS GESENCRO se especializa en la atención de paciente con enfermedades crónicas tales como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad Renal Crónica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Artritis Reumatoide entre otras, la atención de sus pacientes se realiza bajo un modelo de gestión de riesgo en salud.

La IPS GESENCRO sede Buenaventura presenta oportunidades de mejoramiento en su modelo de gestión de riesgo en salud para lograr mejores resultados y desenlaces, impactando sobre los principales indicadores descritos por la Cuenta de Alto Costo, como son el control de cifras de presión arterial, hemoglobina glicosilada, colesterol LDL, Índice de Masa Corporal, entre otros; estos indicadores están además, directamente relacionados con estilos de vida modificables que son impactados por las características socioculturales de la región.

Con lo anteriormente descrito consideramos importante la realización de un plan de mejora a un modelo de atención basado en gestión de riesgo en salud donde se puedan fortalecer los diferentes componentes a nivel de caracterización, clasificación del riesgo, intervención y evaluación, que ocasionan fallas en la ejecución del mismo e impactan directamente el no cumplimiento de indicadores trazadores de la institución.

## 2. Marco de Referencia

### 2.1 Marco Conceptual

Se define Salud según La Organización Mundial - OMS (1948), “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.100) y para Jadad (2011), “Salud es una capacidad, una habilidad, de las personas y de la comunidad para adaptarse y auto manejar los desafíos físicos, mentales y sociales”.

Garantizar la atención de salud e intervenir en la calidad de vida de la población mundial, ha sido una preocupación permanente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), preocupación que el Estado Colombiano comparte; en este sentido la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) establece como un objetivo estratégico fortalecer la Atención Primaria en Salud, que permita mejorar la capacidad resolutive para lograr un impacto positivo en la calidad de vida al intervenir los determinantes de salud de la población, garantizando el goce del derecho a la salud.

La gestión de riesgos en los servicios de atención en salud tiene en cuenta la planeación y aplicación de estrategias con el fin de controlar posibles efectos adversos que surjan de la atención a los usuarios, la calidad en el servicio y la seguridad del paciente. El Plan Decenal de Salud Pública -PDSP (2012-2021) concibe el riesgo en salud como “la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse” (p.90).

El PDSP se construyó con enfoques de derechos diferenciales en el ciclo de vida, género, etnia, características de la población y de determinantes sociales; constituido en seis (6) grandes ejes temáticos o dimensiones de trabajo que son: 1. Salud Ambiental, 2. Salud Mental y

Convivencia, 3.Seguridad Alimentaria y Nutricional, 4.Salud Sexual y Reproductiva, 5.Vida Saludable y Condiciones Crónicas, y 6. Riesgos Colectivos para la Salud. Con estos ejes temáticos se busca el goce efectivo del derecho a la salud y el desarrollo de aptitudes y condiciones personales y sociales favorables para la prevención de los factores de riesgo comunes y los determinantes sociales de la salud, tomando lo social como la principal explicación de lo que determina al individuo y al proceso salud-enfermedad.

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 0429 de 2016 estableció la Política de Atención Integral en Salud - PAIS para contribuir a garantizar el derecho a la salud de la población, la cual cuenta con un marco estratégico que estableció, para su desarrollo, cuatro grandes estrategias: 1. Atención primaria en salud - APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. Cuidado, 3. Gestión integral del riesgo en salud y 4. Enfoque diferencial de territorios y poblaciones; y con un modelo operacional denominado Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS cuyos componentes son: 1. Caracterización de la población, 2. Rutas integrales de atención en salud - RIAS, 3. Gestión integral del riesgo en salud - GIRS, 4. Delimitación territorial del MIAS, 5. Redes integrales de prestadores de servicios de salud, 6. Rol del asegurador, 7. Sistema de incentivos, 8. Sistema de información, 9. Recurso humano en salud, 10. Investigación, innovación y apropiación del conocimiento. (Ministerio de Salud y Protección Social 2016).

El Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS nace como un instrumento para garantizar el reconocimiento del derecho a la salud; traza la Política de Atención Integral en Salud PAIS, desarrollando un marco estratégico y un modelo operacional que van a permitir la acción coordinada de las normas, reglas, reglamentos, agentes y usuarios, a efectos de orientar la intervención de los diferentes integrantes hacia la generación de las mejores condiciones de la

salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, al interrelacionar los elementos esenciales que lo configuran. (Ministerio de Salud y Protección Social 2016).

El propósito del Modelo Integral de Atención en Salud es lograr la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de las personas, la población y los territorios. Es decir, el modelo busca generar bienestar definiendo como eje central del sistema de salud a la persona, al hacer que todas las acciones e intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna estén dispuestas para lograr y garantizar acceso completo y oportuno a los servicios de salud los cuales deben brindarse con calidad, integralidad y trato humanizado. (Ministerio de Salud y Protección Social 2016).

En el año 2019 se realiza la modificación de la Política Integral en Salud adoptando un nuevo Modelo de Atención llamado Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE para poder lograr cerrar las brechas encontradas en el desarrollo del MIAS entre territorios y al interior de los mismos. El Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE es un instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades, bajo el liderazgo del departamento o del distrito, que identifica prioridades y establece acciones que se operativizan a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, con el acompañamiento y facilitación del Ministerio de Salud. (Ministerio de Salud y Protección Social 2019).

Una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud, es la Gestión integral del Riesgo en Salud, la cual se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la

salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población (Ministerio de Salud y Protección social 2018).

Los prestadores de servicios de salud deben orientar su modelo de atención hacia la gestión integral del riesgo en salud, dicho proceso se basa en la identificación, análisis y clasificación del riesgo individual y colectivo de la población de un territorio, teniendo en cuenta los entornos y circunstancias particulares; las atenciones deben realizarse según las necesidades y condiciones de salud de su población, basándose en los lineamientos establecidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Los prestadores ejecutan las acciones de gestión individual del riesgo a partir de la gestión clínica, orientada a la obtención de resultados en salud para las personas, a la reducción de la variabilidad clínica y a la utilización eficiente de los recursos (Ministerio de Salud y Protección social 2018).

A nivel internacional existen aseguradores que basan su atención en modelos de gestión de riesgo, es el caso de Kaiser Permanente (KP) en Estados Unidos. Según Nuño (2015) afirma que en KP se trabaja con el reconocimiento de que la sanidad del siglo XXI va estar dominada por el abordaje de la cronicidad. Así, se desarrolló y puso en marcha el Care Management Institute (CMI), cuyo eje central es la estratificación de los asegurados en tres segmentos según sus diferentes necesidades de atención sanitaria. El objetivo en cada nivel es implementar intervenciones proactivas y planificadas para maximizar la salud y satisfacción del paciente y fomentar el uso racional de los recursos. Podemos mencionar además el Steno Diabetes Center Copenhagen el cual es un instituto líder en el mundo en manejo y prevención de diabetes, integrado al sistema de salud Danes, en donde se atienden en promedio 5.600 pacientes aplicando un enfoque multidisciplinario para atención médica, manejo de complicaciones, educación y consejo nutricional.



En Colombia COMPENSAR EPS empresa aseguradora en salud se ha caracterizado por fundamentar su modelo de atención en la promoción de la salud, la gestión integral del riesgo en salud y la gestión de la salud pública de la población afiliada, su principal objetivo es brindar un modelo de atención a sus afiliados basado en el acompañamiento para la prevención de enfermedades y la recuperación de la salud, brindando una atención integral y resolutiva con el propósito de obtener mejores resultados clínicos, así como una mayor satisfacción por parte de los afiliados.

Con la aplicación de su modelo de atención basado en gestión del riesgo han logrado el segundo lugar del Ranking de las mejores EPS de Colombia en el año 2020 de acuerdo con reportes del Ministerio de Salud y Protección social de Colombia. El modelo de atención se basa en los siguientes principios: 1. Énfasis en la promoción y prevención, 2. Fortalecimiento de la cultura del autocuidado, 3. Acciones intersectoriales para impactar los determinantes en salud, 4. Atención con calidad, 5. Enfoque de riesgo, 6. Talento humano multidisciplinario y cualificado, 7. Atención a las necesidades en servicio que tiene la población afiliada. (EPS COMPENSAR, 2016).

En Colombia se han utilizado modelos de gestión de riesgo para intervenir poblaciones específicas, tal es el caso de un prestador de servicios de diálisis, el cual publicó sus resultados sobre el impacto de la implementación de un modelo de gestión integral de atención de la enfermedad y cuidado coordinado en la población en diálisis en Colombia, según RTS Colombia y la Universidad del Rosario (2015), la aplicación de un modelo de gestión del riesgo se puede asociar a la reducción en la atención hospitalaria del paciente en diálisis y a una menor mortalidad.

También se han identificado estudios en otras cohortes donde se aplica la gestión integral del riesgo en salud, es el caso de la implementación de la gestión de riesgo en los procesos misionales de la sección de dermatología de la Universidad de Antioquia (2015), donde resaltan que la implementación del sistema de gestión del riesgo permitió evidenciar el grado de avance en las medidas de control de los riesgos que afectan la calidad y la seguridad del paciente.

### **2.1.1 Hipertensión Arterial.**

La hipertensión arterial es una enfermedad de alta prevalencia en el mundo, Según la OMS (2019) se estima que en el mundo hay 1130 millones de personas con hipertensión, es la primera causa de enfermedad coronaria, falla cardíaca y evento cerebrovascular, y la segunda causa de Enfermedad Renal Crónica, en Colombia según la Cuenta de Alto Costo - CAC (2019) se reportaron 496.155 casos nuevos de hipertensión arterial, de éstos el 58,97% fueron mujeres, el promedio de edad en los casos incidentes fue de 61 años y la incidencia de HTA para el 2019 fue de 9,90 casos por cada 1.000 habitantes, su prevalencia para el mismo año fue de 8,36 casos por cada 100 habitantes; para el departamento del Valle del Cauca según el CAC (2019) se reportó una incidencia de 7,84 casos por cada 1.000 habitantes y una prevalencia de 9,91 casos por cada 100 habitantes.

La Hipertensión Arterial se diagnostica cuando la presión arterial sistólica (PAS) de una persona es  $> 140$  mmHg y/o su presión arterial diastólica es  $> 90$  mmHg, después de dos tomas en diferentes momentos (Guía AHA, 2020)

### **2.1.2 Diabetes Mellitus**

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad metabólica que se caracteriza por elevados niveles de glucosa en sangre. El origen y la etiología de la DM pueden ser muy diversos, pero es

una alteración absoluta o relativa en la secreción de insulina, de la sensibilidad a la acción de la hormona, o de ambas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017) .

A nivel mundial el número de personas con DM aumentó de 108 millones en el año 1980 a 422 millones en el año 2014, para el año 2016 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes y en el año 2012 de 2,2 millones de muertes. Entre el año 2000 y 2016 se registró un incremento del 5% en la mortalidad prematura por diabetes. (OMS, 2021). En Colombia según la CAC (2019) reportó que la incidencia de DM fue de 3,7 casos por cada 1.000 habitantes y su prevalencia fue de 2,58 casos por cada 100 habitantes; en el departamento del Valle del Cauca, la CAC (2019) reportó una incidencia de 7,84 casos por cada 1.000 habitantes y una prevalencia de 9,91 casos por cada 100 habitantes.

- La Asociación Americana de la Diabetes - ADA (2020) define los siguientes criterios diagnósticos para DM: Glucemia plasmática ocasional  $\geq 200$  mg/dl (obtenida en cualquier momento del día independientemente del tiempo pasado desde la última ingesta) y síntomas de DM (poliuria, polidipsia y pérdida no explicada de peso).
- Glucemia plasmática en ayunas (GPA)  $\geq 126$  mg/dl, entendiéndose por ayunas un período sin ingesta de al menos 8 horas.
- Glucemia plasmática  $\geq 200$  mg/dl a las 2 horas de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). La prueba debe realizarse según la descripción de la OMS (1985), con 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.
- Hemoglobina Glicosilada valor igual o mayor a 6,5 %.

## 2.2 Marco Legal

En Colombia, la salud tiene su sustento legal en el Artículo 49 de la Constitución Política (1991), que plantea que el cuidado de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos operados por el estado y tiene la responsabilidad de asegurar que todos sus habitantes tengan acceso a los servicios de promoción, protección y rehabilitación de la salud. Dicho cumplimiento se ve reflejado por medio del Sistema General de Seguridad Social en Salud implementado por la Ley 100 de 1993, pero reformado conforme pasan los años con diferentes leyes y resoluciones, entre las cuales se destaca la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud y la Ley 1753 de 2015 o Plan Nacional de Desarrollo.

El gobierno por medio del decreto 4110 de 2004 implementó las normas técnicas de calidad en la gestión pública, donde se incluye el modelo estándar de gestión de riesgos; Y el Congreso de la República de Colombia hizo de la gestión de riesgos de salud una función de seguro intransferible cuando implementó la Ley 1122 de 2007.

Posteriormente el Ministerio de Protección Social define la prevención de riesgos como una de las cinco políticas del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 con la Ley 3039 de 2007; Y promulga la Resolución 1740 de 2008 donde se propone gestionar los riesgos para la salud dentro del marco de habilitación de las EPS buscando una gestión prudente con incentivos financieros que llevaron a la mayoría a implementar sistemas de gestión de riesgos.

Todos estos desarrollos relacionados con la gestión de riesgos se integran actualmente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud por medio de las entidades públicas y privadas que lo conforman. Y su objetivo principal es aportar elementos que promuevan el desarrollo de la gestión de riesgos para la salud.

El Plan Nacional de Desarrollo (2018-2022) en áreas estratégicas para alcanzar su meta en salud, desarrolló una estrategia a través del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), que modifica la Política de Atención Integral de Salud (PAIS) y crea un modelo que fortalece la atención primaria a través de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), con el objetivo principal que el aseguramiento pueda enfocarse en la prevención de eventos en salud pública por medio de intervenciones que controlen los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades en general.

El Gobierno nacional por medio del Ministerio de Salud (2018) plantea que los GIRS deben considerar organizar la atención de su población en función de los riesgos encontrados, trabajar con otras agencias del sistema de salud para desarrollar y coordinar medidas de respuesta integral, utilizar contratos y métodos de pago orientados a resultados en salud. Brindar información oportuna y de alta calidad sobre las condiciones de salud de los afiliados, suministrar servicios de atención médica de calidad a la población y utilizar adecuadamente las notas técnicas de atención de la salud dan como resultado una gestión eficaz de los riesgos de salud.

En la actualidad se está gestionando el proyecto de Ley 010 de 2020 donde se propone “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud” (Gaceta, 2020, p.1) la cual plantea a través de diversos mecanismos planificar y gestionar la salud pública a nivel colectivo e individual en cada región, brindando servicios a través de una red de servicios integral, compuestas por prestadores con funciones diferenciadas e integradas bajo un modelo de atención y un único plan de beneficios, unificando los regímenes.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Plantear una mejora en el modelo actual de atención basado en gestión de riesgo de una IPS de mediana complejidad ambulatoria en Buenaventura especializada en la atención de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, a partir del análisis de indicadores de resultado que se encuentren desviados.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Clasificar a los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus de la IPS GESENCRO de acuerdo a sus características sociodemográficas.
- Describir los indicadores de gestión de mayor impacto para Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus que se encuentren desviados.
- Realizar un plan de mejoras para disminuir las brechas encontradas en los indicadores que se encuentran en desviación.

## **4. Descripción General de IPS GESENCRO**

### **4.1 Desempeño y Evolucion Historia de IPS GESENCRO**

El Grupo de Especialistas en Manejo Integral de Enfermedades Crónicas - IPS GESENCRO, nace en la ciudad de Palmira – Valle del Cauca el 14 mayo de 2014, convirtiéndose en una Institución Prestadora de Salud (IPS) de segundo nivel de atención, con el propósito de contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes por medio de una atención integral apoyados en un equipo profesional multidisciplinario de la más alta calidad científica y humana.

Debido a la baja oferta de servicios de salud especializados en el territorio, cuatro profesionales de la salud, médicos especialistas en Medicina Interna y Geriátría, Nefrología e Internista Cardiólogo, crean un centro de atención integral de enfermedades crónicas discapacitantes y de alta prevalencia como la Diabetes Mellitus, la HTA, Dislipidemias, Enfermedades Pulmonares, la Enfermedad Renal Crónica y las consecuencias derivadas de estas patologías. El objetivo es ofertar en el territorio la atención y control de las personas con una o más enfermedades crónicas a través de servicios con altos estándares de calidad en la atención, minimizando así la aparición de complicaciones, mientras se goza de una adecuada calidad de vida y se logra mantener el mayor grado de funcionalidad posible.

La IPS en un inicio contaba con una (1) sede ubicada en la ciudad de Palmira, y en la actualidad la institución cuenta con siete (7) sedes ubicadas en varios municipios del valle del cauca; Durante el año 2020 realizó más de 327.000 atenciones a pacientes afiliados a EPS y aseguradores de regímenes especiales; Y se consolida como una institución referente en el valle del Cauca, a través de la construcción de una red de atención integral en salud la cual cuenta con 66 sedes de baja y mediana complejidad incluyendo la Clínica Santa Bárbara, con un portafolio

de servicios de consulta externa, servicios de urgencias, hospitalización, unidad de cuidados intensivos entre otros.

El grupo de especialistas en manejo integral de enfermedades crónicas GESENCRO S.A.S. Se constituye bajo escritura pública de naturaleza jurídica como una sociedad por acciones simplificada que inicia la atención de pacientes un 11 de noviembre de 2014.

En la actualidad la institución cuenta con 289 colaboradores, de los cuales 216 son de servicios asistenciales y 73 administrativos. Para la sede Buenaventura se cuentan con 86 colaboradores, de los cuales 75 son servicios asistenciales y 11 administrativos.

GESENCRO gestiona alrededor de trece (13) clientes. Los cuales son pertenecientes al régimen contributivo, subsidiado, especial, entre otros.

**Cuadro 1. Aseguradores por Regímenes que tiene contrato con IPS GESENCRO**

<b>Asegurador</b>	<b>Tipo de Régimen</b>
EPS Emssanar	Régimen Subsidiado.
Unisalud	Régimen Especial.
Codazzi Palmira	Régimen de excepción.
Colmedica	Prepagada.
Sura	Prepagada.
Previser	Póliza de Seguro.
EPS SOS	Régimen Contributivo y Subsidiado.
Coomeva	Prepagada.
EPS Comfenalco	Régimen Contributivo y Subsidiado.
Nueva EPS	Régimen Contributivo y Subsidiado.
Universidad del Cauca	Régimen Especial.
EPS Salud Total	Régimen Contributivo.

Fuente: Matriz de contratación IPS GESENCRO, elaboración propia.

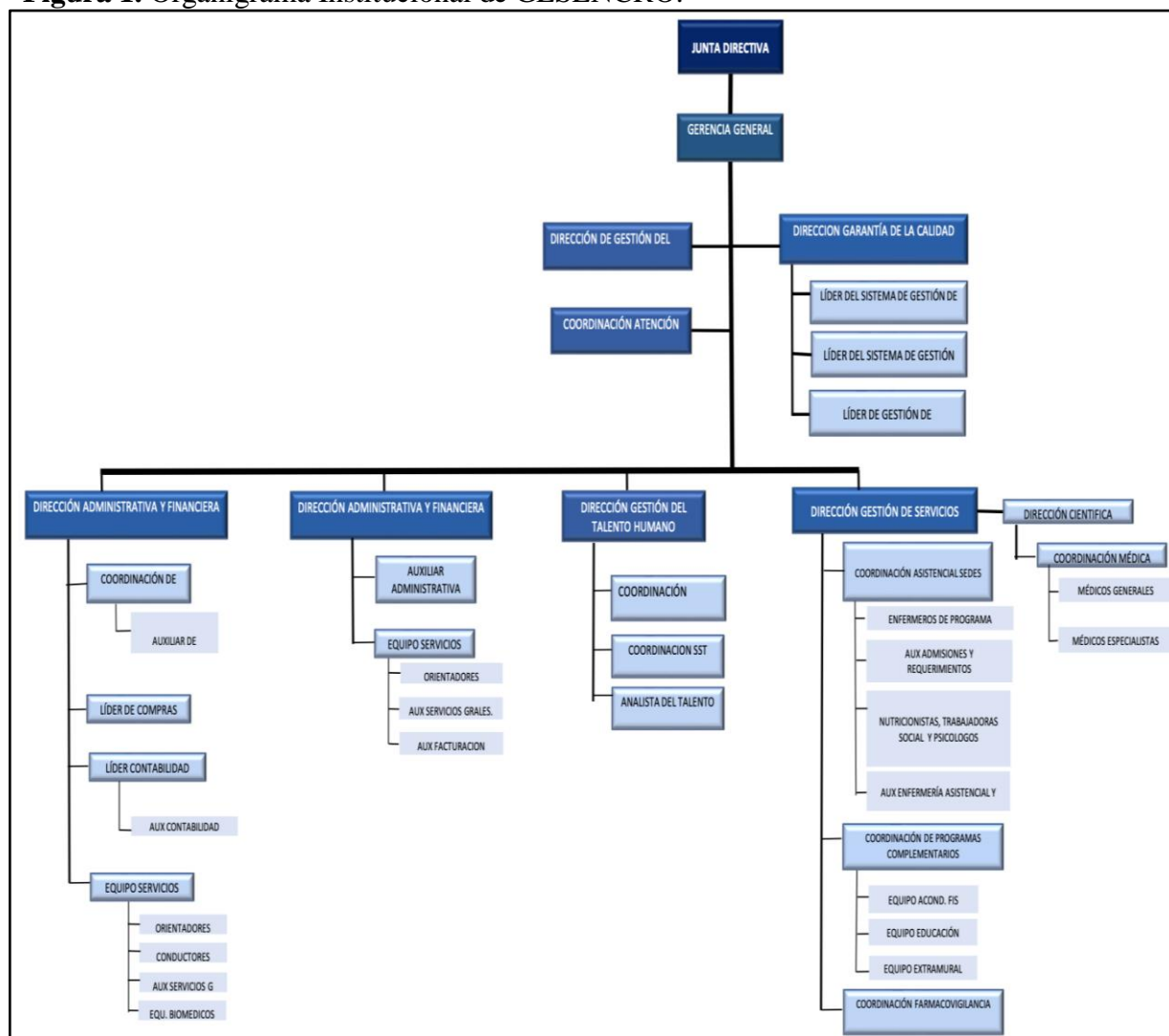
#### **4.1.1 Estructura Organizacional de GESENCRO**

El flujo de autoridad de la IPS GESENCRO define el gobierno corporativo; Las posiciones existentes en los que se basa la organización para poder mantener tanto el conocimiento y aprendizaje corporativo, como una definición clara de las responsabilidades,



jerarquías y autonomía para la toma de decisiones e interacciones a diferentes niveles de la empresa. La composición de la estructura de nuestra IPS GESENCRO, es la siguiente:

- *Alta Gerencia:* Es el nivel que tiene total autoridad y poder de toma de decisiones en todos los aspectos de la organización, está compuesta por: Junta de Socios y Dirección General.
- *Coordinación Administrativa:* Es el nivel encargado de gestionar los recursos monetarios de forma efectiva. Presupuestos, Contabilidad, Tesorería, Impuestos, detección de riesgos, Talento Humano, Sistemas y Facturación, con el fin que los procesos de la compañía se ajusten a las necesidades del negocio, con el objeto de que las operaciones en la organización sean efectivas. Está integrada por: Coordinación Administrativa y Financiera, Talento Humano, Suministros y Recursos Físicos, Coordinación de Sistemas y Facturación.
- *Coordinación Asistencial:* Es el nivel encargado de la gestión directa de la prestación de los servicios brindados a los usuarios, garantizando que los servicios sean efectivos. Está integrada por: Coordinación Asistencial (Médicos General, Especialistas) y Ayudas Diagnosticas.
- *Área Jurídica y Contable:* Nivel encargado de garantizar que se cumpla con la normativa vigente en general, supervisando legalmente las actividades y los proyectos, así como estableciendo la estrategia de la defensa de los intereses legales en los procesos que se le entablen o que la empresa (propia y/o cliente) entable a terceros. Está compuesta por personal externo.

**Figura 1.** Organigrama Institucional de GESENCRO.

Fuente: Gestión del Riesgo y Calidad IPS GESENCRO.

#### 4.1.2 Población Objeto de la IPS GESENCRO

En cuanto a la cantidad de usuarios, actualmente cuenta con más de 300.000 usuarios en 10 municipios del Valle del Cauca, distribuidos en siete (7) sedes en las ciudades de Palmira, Cerrito, Candelaria, Buga, Buenaventura; para la sede de Buenaventura la población actual es 117.174 ; La población se distribuye de la siguiente manera:

**Cuadro 2.** Distribución de la población total de la IPS GESENCRO de acuerdo al Asegurador.

<b>Asegurador</b>	<b>No. Población</b>
EPS Emssanar	307.926
Unisalud	242
Codazzi Palmira	61
EPS SOS	27.970
Coomeva	106
EPS Comfenalco	18.648
Nueva EPS	Evento
Universidad del Cauca	8
<b>TOTAL</b>	<b>354.961</b>

Fuente: Coordinación Administrativa de Red IPS GESENCRO, elaboración propia.

**Cuadro 3.** Distribución de la población de la IPS GESENCRO Buenaventura de acuerdo al Asegurador.

<b>Asegurador</b>	<b>No. Población</b>
EPS Emssanar	89.197
EPS SOS	27.970
EPS Comfenalco	7
<b>TOTAL</b>	<b>117.174</b>

Fuente: Coordinación Administrativa de Red IPS GESENCRO, elaboración propia.

#### **4.1.3 Estados Financieros IPS GESENCRO año 2020.**

A continuación se presentan los estados financieros oficiales del 01 de enero al 31 de diciembre del año 2020 y 2019 compartidos por la organización (IPS GESENCRO), en la figura 2 y 3 donde se desglosa su P&G y balance financiero. Cifras expresadas en miles de millones.

En el desarrollo del presente trabajo es importante describir que por políticas de gobierno corporativo de la IPS GESENCRO no se autorizó la entrega de indicadores financieros, presupuesto y costos, solo se tuvo acceso a la información descrita en el trabajo lo que limita un análisis técnico integral desde la operación en relación a resultados en salud y su impacto costos y resultados financieros.

**Figura 2.** P&G de la IPS GESENCRO. 01 de enero al 31 de diciembre del año 2020 y 2019.

	Nota	2020	2019	Variacion	%
<b>Ingresos De Operacion</b>	<b>12</b>	41.693.184	35.063.940	6.629.245	16%
Costo De Prestacion De Servicios	<b>14</b>	8.023.535	7.292.983	730.552	9%
<b>Utilidad Bruta en Ventas</b>		<b>33.669.649</b>	<b>27.770.957</b>	<b>5.898.692</b>	<b>18%</b>
<b>Gastos De Operacion</b>					
Administracion	<b>15</b>	20.295.663	15.261.343	5.034.319	25%
<b>Total Gastos De Operacion</b>		<b>20.295.663</b>	<b>15.261.343</b>	<b>5.034.319</b>	<b>25%</b>
<b>Utilidad Operacional</b>		<b>13.373.986</b>	<b>12.509.613</b>	<b>864.373</b>	<b>6%</b>
<b>No Operacionales</b>					
Otros Ingresos	<b>13</b>	6.302.895	368.302	5.934.594	94%
Costo Amortizado	<b>13</b>	1.234.306	-	1.234.306	100%
Gastos Financieros	<b>15</b>	1.662.063	1.965.684	-303.620	-18%
<b>Utilidad Antes De Provisiones y Partidas que no afectan el flujo</b>		<b>19.249.124</b>	<b>10.912.231</b>	<b>7.102.587</b>	<b>43%</b>
Depreciacion		2.367.409	424.666	1.942.743	82%
Deterioro y costo amortizado		655.443	-	655.443	100%
<b>Utilidad Antes De Impuestos</b>		<b>16.226.272</b>	<b>10.487.565</b>	<b>5.738.707</b>	<b>35,4%</b>
Provision Impuesto Renta		3.138.549	3.554.498	-415.949	-13,3%
Impuesto diferido		185.236	-	185.236	100,0%
<b>Utilidad Del Ejercicio Neta</b>		<b>12.902.487</b>	<b>6.933.067</b>	<b>7.102.587</b>	<b>46,3%</b>
<b>Utilidad Del Ejercicio Neta</b>		<b>12.902.487</b>	<b>6.933.067</b>	<b>7.102.587</b>	<b>46,3%</b>

Fuente: Coordinación Administrativa IPS GESENCRO.

**Figura 3.** Balance Financiero de la IPS GESENCRO a 31 de diciembre del año 2020 y 2019.

ACTIVO	Nota	2020	2019	Variacion	%	PASIVOS	Nota	2020	2019	Variacion	%
<b>ACTIVO CORRIENTE</b>						<b>PASIVO CORRIENTE</b>					
Efectivo y equivalentes de efectivo	<b>3</b>	2.918.834	10.396.916	-7.478.082	-256,2%	Obligaciones financieras	<b>8</b>	7.828.824	6.283.125	1.545.700	19,7%
Deudores comerciales y otras cuentas por cobrar	<b>4</b>	36.082.420	18.988.990	17.093.430	47,4%	Proveedores y cuentas por Pagar	<b>9</b>	4.223.477	4.541.994	-318.517	-7,5%
Inventarios	<b>5</b>	90.049	-	90.049	100,0%	Pasivos por beneficios empleados y otros	<b>10</b>	915.326	459.162	456.164	49,8%
<b>TOTAL ACTIVO CORRIENTE</b>		<b>39.091.304</b>	<b>29.385.907</b>	<b>9.705.397</b>	<b>-108,83%</b>	<b>TOTAL PASIVO CORRIENTE</b>		<b>12.967.628</b>	<b>11.284.281</b>	<b>1.683.347</b>	<b>62,04%</b>
<b>ACTIVO NO CORRIENTE</b>						<b>PASIVO NO CORRIENTE</b>					
Propiedades, planta y equipos neto	<b>6</b>	5.952.270	3.310.189	2.642.080	44,4%	Obligaciones financieras	<b>8</b>	14.900.595	12.756.647	2.143.947	14,4%
Intangibles	<b>7</b>	11.039.458	7.161.616	3.877.842	35,1%	Otros pasivos	<b>11</b>	482.641	24.989	457.651	94,8%
Impuestos Diferido		209.741	0	209.741	100,0%	<b>TOTAL PASIVO NO CORRIENTE</b>		<b>15.383.235</b>	<b>12.781.637</b>	<b>2.601.599</b>	<b>109,21%</b>
<b>TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE</b>		<b>17.201.469</b>	<b>10.471.805</b>	<b>6.729.664</b>	<b>79,51%</b>	<b>TOTAL PASIVO</b>		<b>28.350.863</b>	<b>24.065.918</b>	<b>4.284.945</b>	<b>171,25%</b>
<b>TOTAL ACTIVOS</b>		<b>56.292.773</b>	<b>39.857.712</b>	<b>16.435.061</b>	<b>-29,31%</b>	<b>PATRIMONIO</b>					
						Capital social		330.000	330.000	-	0,0%
						Reservas		879.703	879.703	-	0,0%
						Resultado de Ejercicios Anteriores		13.829.720	7.649.024	6.180.696	44,7%
						Resultado de Ejercicio Actual		12.902.487	6.933.067	5.969.420	46,3%
						<b>TOTAL PATRIMONIO</b>		<b>27.941.910</b>	<b>15.791.794</b>	<b>12.150.116</b>	<b>90,96%</b>
						<b>TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO</b>		<b>56.292.773</b>	<b>39.857.712</b>	<b>16.435.061</b>	<b>262,21%</b>

Las notas que se acompañan son parte integrante de los estados financieros

Fuente: Coordinación Administrativa IPS GESENCRO.

## **4.2 Direccionamiento Estratégico**

El direccionamiento, objetivos estratégicos, oferta de valor y capacidades son los siguientes.

### **4.2.1 Misión**

Somos un centro de atención integral de enfermedades crónicas discapacitantes y de alta prevalencia como la diabetes mellitus, la HTA, dislipidemias, enfermedades pulmonares, la enfermedad renal crónica y las consecuencias derivadas que generalmente son complicaciones cardiocerebrovasculares, que presta sus servicios a la población del sur occidente Colombiano.

Nuestro trabajo está enfocado en contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes por medio de una atención integral, apoyados en un modelo de gestión de riesgo y con un equipo profesional multidisciplinario de la más alta calidad científica y humana.

### **4.2.2 Visión**

Ser en el 2020 un centro de alto desempeño a nivel nacional en el manejo de enfermedades crónicas, cumpliendo con los más altos estándares de calidad, consolidándonos como un sitio de referencia en el sur occidente Colombiano, además de generar investigación nacional e internacional con énfasis en enfermedades crónicas y sus consecuencias.

### **4.2.3 Objetivos Estratégicos de IPS GESENCRO.**

Los objetivos establecidos por la Junta de Socios, de acuerdo al despliegue de la Misión, Visión, Política de calidad y Política de Seguridad del Paciente son los siguientes:

- Maximizar el valor de la empresa en el mercado.
- Promover, mejorar y mantener la salud de nuestros usuarios.
- Mejorar la Capacidad Gerencial y la cultura Organizacional.
- Garantizar la implementación de la normatividad legal.

- Mejorar el grado de satisfacción de nuestros clientes y usuarios.

#### 4.2.4 Propósito Estratégico y Oferta de Valor

La IPS Gesencro tiene como propósito estratégico la “La Atención Integral en Salud centrada en el Paciente” y su oferta de valor está centrada en garantizar la satisfacción de sus clientes caracterizándose por:

- Excelencia en el Servicio.
- “Socios Estratégicos”. Agregamos valor, haciendo uso de los modelos de gestión de riesgos.
- “Mejores Prácticas”, en la unificación de procedimientos y optimización del capital de trabajo.
- Eliminar redundancias. Ser más eficientes y optimizar los recursos.

#### 4.2.5 Prestación del Servicio y Servicios que Ofrece GESENCRO

Los siguientes servicios que se describen en la Cuadro 4, los ofrece la IPS GESENCRO y conforman cada uno de los programas:

##### **Cuadro 4. Servicios que ofrece IPS GESENCRO.**

Medicina General.	Deportología.
Medicina Interna.	Nutrición y Dietética.
Geriatría.	Psicología.
Nefrología.	Trabajo Social.
Cardiología.	Enfermería.
Neumología.	Endocrinología.
Cirugía Vascular Periférica.	Cirugía Endoscópica.

Fuente: Gestión del Riesgo y Calidad IPS GESENCRO, elaboración propia.

Además de las consultas paramédicas se ofrecen servicios que complementan y contribuyen al mejoramiento de la calidad y funcionalidad de vida de los pacientes.

**Cuadro 5.** Procedimientos de Diagnóstico Cardiovascular No Invasivo ofertados por IPS GESENCRO.

---

Electrocardiograma de Ritmo o de Superficie SOD  
 Ecocardiograma Modo M y Bidimensional con Doppler a Color  
 Prueba Ergometrica (Test de Ejercicio)  
 Electrocardiografía Dinamica (Holter)  
 Monitoreo de Presión Arterial Sistemica SOD  
 Ecocardiograma de Stress Con Prueba de Esfuerzo o con Prueba Farmacologica  
 Servicio de imágenes diagnósticas: Rayos X, Ultrasonografía, Doppler.  
 Prueba de Mesa Basculante  
 Espirometria o Curva de Flujo Volumen Pre y Post Broncodilatadores  
 Procedimientos Endoscópicos: Esofagogastroduodenoscopia - Colonoscopia total.  
 Rehabilitación Cardiopulmonar  
 Clínica de Diabetes  
 Clínica de Anticoagulación  
 Laboratorio Clínico.  
 Cámara Retiniana.

---

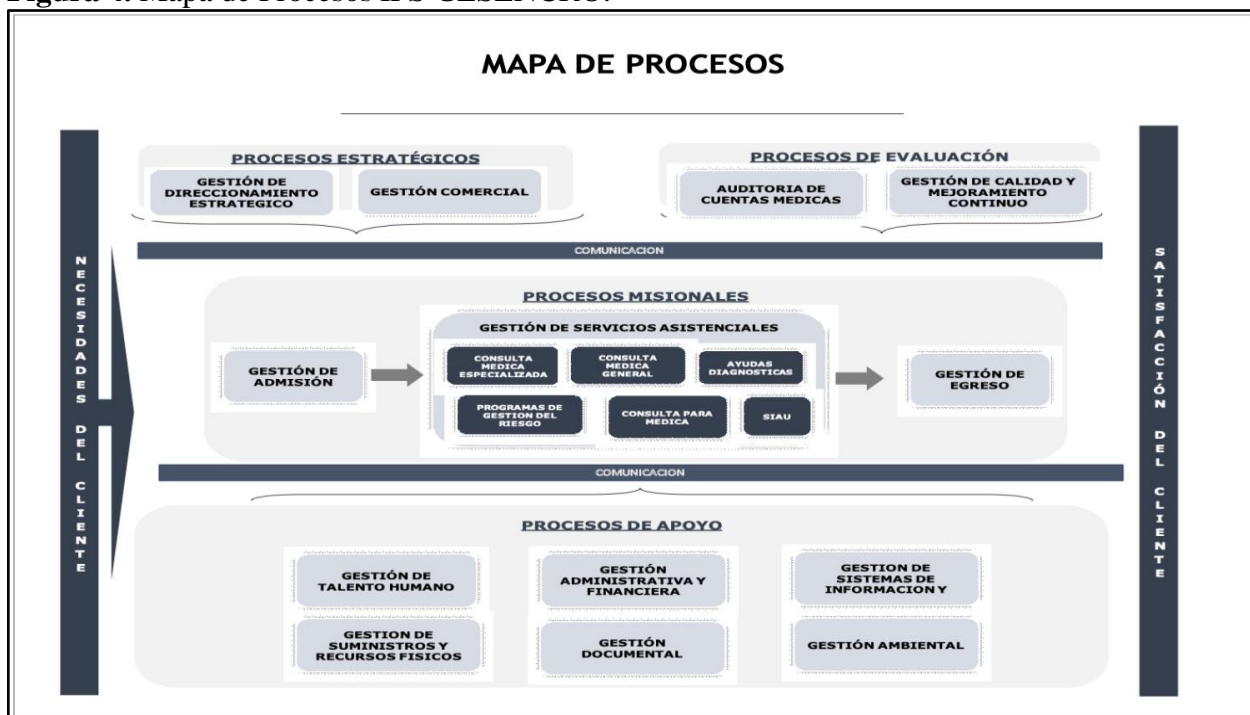
Fuente: Gestión del Riesgo y Calidad IPS GESENCRO, elaboración propia.

La IPS GESENCRO cuenta con el reconocimiento de certificación ISO9001 en su programa PAIEC; Para el año 2018 en el ranking de las IPS con los mejores resultados en la gestión del riesgo de las enfermedades de alto costo, quedó en el segundo (2) puesto en resultados de gestión del riesgo para nefroprotección en instituciones prestadoras de salud de empresas administradoras de planes de beneficios de régimen especiales y régimen de excepción y direcciones departamentales y distritales de salud; Para el año 2019 en el ranking de las IPS con los mejores resultados en la gestión del riesgo y la mejor calidad del reporte de datos de las enfermedades de alto costo, quedó en segundo (2) puesto para el ranking según la gestión del riesgo cardiovascular de pacientes con HTA o DM en IPS grandes y para el año 2020 quedó en el séptimo (7) puesto en el ranking según la gestión en neuroprotección de las personas con HTA o DM en las IPS grandes.

IPS GESENCRO, busca la mejora continua en sus procesos bajo el buen desempeño de sus mediciones y la aplicación de metodologías de mejoramiento, esto proporciona beneficios

directos a nuestros clientes y contribuye con el modelo de gestión. GESENCRO creó un Sistema de Gestión de Calidad siguiendo un proceso de cómo debería ser el funcionamiento natural de la organización, este proceso comprende diferentes etapas y está conformado por grupo de procesos, los cuales se segregan en: Procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo.

**Figura 4.** Mapa de Procesos IPS GESENCRO.



Fuente: Gestión del Riesgo y Calidad IPS GESENCRO.

### 4.3 Análisis del Entorno y del Sector

De acuerdo a lo reportado en el Análisis de Situación de Salud - ASIS - del Municipio de Buenaventura para el año 2019, se encontró que las principales causas de morbilidad para todos los ciclos vitales y en ambos sexos fueron las Enfermedades No transmisibles, siendo la principal causa con el 20.20% las enfermedades cardiovasculares, cuyas precursoras son la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, con una prevalencia de 7.79 casos por cada 1.000 habitantes y de 2.43 casos por cada 1.000 habitantes respectivamente.



Respecto a la cobertura de servicios de salud, Según la Gobernación del Valle (2019), el 38% de la población de Buenaventura no se encuentra afiliada a la seguridad social, la población restante está dividida entre el régimen subsidiado (31,9%) y el contributivo (30%); la Alcaldía Distrital de Buenaventura en su plan de desarrollo (2016-2019), reconoce que el problema central de la salud tiene que ver con la deficiente estructura organizacional, programática, operativa y de servicios en el sistema distrital, talento humano insuficiente y sin experiencia para el cumplimiento de la demanda, deshumanización de la atención al paciente, no hay cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control por parte de la Secretaría de Salud y superintendencia de salud.

La alcaldía de Buenaventura también reconoce que existe una ausencia de construcción del perfil epidemiológico del territorio, debilidad de los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de los servicios de baja complejidad, carece de recursos tecnológicos y económicos para el correcto desarrollo de las actividades programadas, falta de adecuación y dotación en los centros y puestos de salud con óptimos y suficientes insumos. A esto se le suma una carente articulación funcional entre la Secretaría de Salud, las EPS, las IPS y la participación ciudadana.

Las condiciones favorables para la operación de la entidad se resumen en la pobre oferta de servicios de salud que existe en la región, la amplia demanda de servicios y la falta de enfoque desde la gestión integral del riesgo en salud, con lo anterior la puesta en marcha de una IPS que ofrece servicios de riesgo cardiovascular y nefroprotección inexistentes en el municipio, en una arquitectura hospitalaria que cumple con todos los estándares de habilitación, dotada con equipos tecnológicos de última generación, personal de salud capacitado y prestación de

servicios de salud bajo un modelo de gestión integral del riesgo, es un buen proyecto que genera resultados a nivel social y crea una oferta de negocio viable.

#### **4.4 Análisis Interno y Externo. Matriz DOFA**

Con base en la información del sector y la suministrada por la IPS GESENCRO, se realizó un análisis de los factores internos y externos de la organización con el fin de proyectar estrategias que fortalezcan el direccionamiento estratégico y faciliten la estructuración de la propuesta de mejoramiento al modelo de atención basado en gestión de riesgo en salud definido en este documento.

##### **4.4.1 Análisis Interno**

- **Fortalezas:**

- Equipo humano con alto desarrollo de sus capacidades técnicas, calidad humana y sentido de pertenencia.
- Certificación ISO9001 en programa de Atención Integral de Enfermedades crónicas - PAIEC y reconocimientos por parte de Cuenta de Alto Costo en el Ranking de las IPS con los mejores resultados de gestión de la enfermedad renal crónica durante los años 2018, 2019, 2020 en los indicadores de control de tensión arterial, medición de la hemoglobina glicosilada, control de la hemoglobina glicosilada y medición de LDL.
- Escasa oferta de servicios de especialidades en Nefrología, Cardiología, Geriatria, Endocrinología, Neumología y Medicina Interna en el municipio de Buenaventura.
- Capacidad de prestación de servicios de salud de tercer nivel en red con la Clínica de Alta Complejidad Santa Barbara del Municipio de Palmira, en donde se cuentan con servicios de urgencias, hospitalización en salas generales y cuidado intensivo, unidad de angiografía para

realizar procedimientos endovasculares, neuro y cardio intervencionismo; además de utilizar el mismo sistema de información.

- Abordaje de los pacientes en su entorno social por intermedio de equipo extramural en casos de inasistencias, falta de adherencia e imposibilidad de desplazamiento.

- Elementos diferenciadores del modelo de atención en salud por intermedio de clínicas de diabetes, anticoagulación, cocina y deshabituación tabáquica; y agrupación de pacientes en unidades de gestión clínica - UGC.

- Infraestructura sostenible con enfoque de hospital verde de calidad y diseño atractivo que genera valor y experiencia desde la percepción del usuario a un ambiente agradable e impacta positivamente la recordación de marca.

- Equipos biomédicos de tecnología avanzada disponibles en la institución.

- Programa de incentivos al talento humano en salud a través de educación médica continua.

- Elevado nivel de satisfacción del usuario con la atención recibida.

- Preponderancia de contratación por modelos de pagos globales prospectivos - PGP.

- **Debilidades:**

- Deficiente captación de pacientes en el programa de Atención Integral de Enfermedades crónicas - PAIEC.

- Modelo de atención en salud con dificultad para la clasificación individual del riesgo en salud.

- Deficientes programas de inducción, formación y seguimiento a todo el personal de la organización, reflejado en incipientes políticas de desarrollo del talento humano, ausencia de formación específica en atención al usuario y/o calidad en el contacto con el paciente.

- Se identifica una oportunidad de mejora en la planeación estratégica de los procesos por falta de cultura en el control, seguimiento y medición sistemática de los resultados.

- Deficiente cultura organizacional reflejada en canales de comunicación ineficientes en todos los niveles de operación, con demoras en la implementación oportuna de lo planificado.
- El sistema de información actual presenta una capacidad operativa reducida que dificulta la respuesta efectiva para la extracción oportuna y eficiente de la data, ocasionando interrupciones en la trazabilidad de los pacientes durante el ciclo de atención.
- Percepción de valor diferencial entre sedes secundarias a situaciones de ubicación geográfica que dificultan la accesibilidad a las diferentes especialidades con la oportunidad requerida.
- Barreras en el acceso a la atención por oportunidad en asignación de citas.
- Falta de estandarización, conocimiento y aplicación del modelo de atención en salud desarrollado por la institución.

#### **4.4.2 Análisis Externo**

- **Oportunidades:**

- Deficiente oferta en el mercado de especialidades y ayudas diagnósticas en el municipio de Buenaventura.
- Tendencia creciente de los aseguradores a contratar por medio de modelos de gestión de riesgo compartido.
- Tendencia creciente de los aseguradores a contratar con IPS que tengan la posibilidad de prestar servicios de salud como red integrada.
- Los aseguradores priorizan la contratación con prestadores de servicios en salud que demuestran buenos resultados en salud a través del cumplimiento de indicadores de gestión y generan valor a los pacientes y sus familias bajo modelos de salud sostenibles.
- Implementación de atención de servicios en salud no presenciales a través de telemedicina, con adecuados recursos tecnológicos.

- Continuo e indefectible envejecimiento poblacional.
- Normatividad en el sector salud para la atención diferencial a poblaciones especiales.
- Nuevos requerimientos en el sector salud para la prestación de servicios extramurales.

- **Amenazas:**

- Efectos de la pandemia en el control individual de los pacientes por cambios a modalidad de atención virtual, dificultades económicas al interior de las familias y limitaciones de actividades de intervención grupal pactadas en el modelo de atención.
- Fortalecimiento de la competencia actual y apertura de nuevas instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Normatividad en salud cambiante en periodos de tiempos muy cortos, con ingreso de nuevas tecnologías en salud al plan obligatorio en salud sin cambios en las modalidades de contratación previamente establecidas.
- Condiciones de violencia e inseguridad social en el Distrito de Buenaventura.
- Medidas de vigilancia especial a los aseguradores que afectan las contrataciones con los prestadores de servicios en salud.

#### **4.4.3 Estrategias de Análisis DOFA.**

Del análisis anterior se generan las siguientes estrategias ofensivas (FO), defensivas (FA), adaptativas (DO) y de supervivencia (DA):

- **Estrategias Ofensivas (FO):**

- Presentación y oferta del modelo de atención basado en gestión de riesgo en salud a los aseguradores presentes y que ingresan al distrito de Buenaventura.
- Mejoramiento continuo en los procesos de atención y calidad en salud para obtener la acreditación de alta calidad.

- **Estrategias Defensivas (FA):**

- Implementación del modelo de atención basado en gestión del riesgo a través de atenciones por modalidades no presenciales que han permitido realizar el seguimiento continuo a los pacientes en los diferentes programas.
- Mejoramiento continuo de la calidad, logrando crear un valor diferencial que no se afecte por la competencia del mercado.
- Promover mesas intersectoriales con los estamentos del gobierno y los entes de seguridad para crear campañas que puedan disminuir las condiciones de violencia e inseguridad social que ocurren en el distrito de Buenaventura.
- Aplicación del modelo de atención en salud basado en gestión de riesgo que se diferencia de los modelos de atención utilizados por la competencia.

- **Estrategias Adaptativas (DO):**

- Mejorar el diseño e implementación de estrategias que permitan la gestión adecuada de la demanda inducida, la caracterización de la población y la clasificación individual del riesgo para aumentar la captación del programa PAIEC.
- Desarrollar un sistema de información que permita el cumplimiento de los objetivos en todo el ciclo de atención de los pacientes, con la correspondiente generación de alarmas en las desviaciones encontradas.
- Mejorar los procesos de inducción, reinducción y seguimiento de los colaboradores.
- Crear un programa de seguimiento para la implementación, cumplimiento y evaluación de la aplicación del modelo de atención en salud basado en gestión del riesgo.

- **Estrategias Supervivencia (DA):**

- Mejorar los canales de comunicación entre los niveles gerenciales y operativos para lograr una adecuada implementación del modelo de atención en salud.
- Fortalecimiento de la cultura de evaluación, seguimiento y medición sistemática de los resultados.
- Integralidad en los procesos asistenciales y administrativos.

## **5. Situación Actual del Modelo de Atención Basado en Gestión de Riesgo. IPS**

### **GESENCRO**

#### **5.1 Descripción del Modelo Vigente**

El modelo de atención en salud de la IPS GESENCRO, está diseñado por un mapa de procesos el cual define procesos asistenciales, administrativas de apoyo logísticos además, todos los recursos necesarios para la prestación de servicios bajo el enfoque de gestión integral de riesgos en salud, conformando una red integral de atención orientado a generar mejores condiciones de salud a la población, garantizando el acceso a los servicios con oportunidad, eficacia y calidad, con un abordaje integral a través de actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Es un modelo con enfoque biopsicosocial centrado en el usuario con intervenciones generadas a través de un equipo multidisciplinario, generando valor para el usuario expresado en indicadores de cuádruple meta en salud.

Otro aspecto importante en el modelo de atención de gestión del riesgo en salud, es la continuidad asistencial, entendida como una visión compartida y continua del trabajo, en el que intervienen múltiples profesionales, diferentes niveles asistenciales y en tiempos distintos, con el objetivo de mejorar la salud del paciente. La implicación y actuación coordinada y con continuidad en todos los niveles asistenciales (enfermería, trabajadores sociales, médicos y otros colectivos sanitarios y no sanitarios) se constituye en una buena opción para dar respuesta satisfactoria y de calidad a la atención del paciente con enfermedades crónicas, asegurando la continuidad de los cuidados.



- **Objetivo General del Modelo de Atención:**

Contribuir en la mejora y mantenimiento de las condiciones de salud de la población asignada a la IPS GESENCRO, a través de un abordaje integral de sus riesgos en salud durante la prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aportando al logro de la cuádruple meta en salud.

- **Objetivos Específicos:**

- Realizar identificación y caracterización de los riesgos biopsicosociales de la población asignada a la IPS GESENCRO.
- Detectar e intervenir factores de riesgo modificables a través de procesos de educación en salud y fomento del autocuidado.
- Realizar un abordaje integral de los usuarios durante la prestación de servicios de salud, a través de la adopción e implementación de rutas de atención en salud.
- Garantizar la toma de decisiones clínicas de manera efectiva, segura y eficiente, de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible por un equipo multidisciplinario calificado.
- Evaluar, monitorear y realizar seguimiento a cohortes de riesgo específicas a través de un sistema de información unificado que apoye la gestión de riesgos en salud.
- Mejorar la percepción y experiencia de la atención en salud de los usuarios durante la prestación de servicios en las IPS.
- Promover y generar procesos eficientes durante la prestación de servicios en salud, que den cumplimiento a los estándares de calidad esperados.

- **Descripción General del Modelo de Atención:**

El modelo de atención de la IPS GESENCRO, comprende el desarrollo y prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en salud

a través de tres (3) componentes; a saber, en el COMPONENTE PRIMARIO, que constituye la puerta de entrada al modelo, se realiza la identificación y gestión de riesgos en salud, según ciclo de vida y las intervenciones se dan principalmente a través de actividades de Detección Temprana y Protección Específica. El COMPONENTE COMPLEMENTARIO, que recibe el nombre de *Programa de Atención Integral en Enfermedades Crónicas – PAIEC*, a través del cual se realiza las intervenciones en salud a los usuarios con enfermedades crónicas de mayor prevalencia y de especial interés en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS. El COMPONENTE HOSPITALARIO, que incluye la atención médica y/o quirúrgica de eventos agudos y complementación diagnóstica que se requiere para la recuperación de la salud de los usuarios.

La prestación de los servicios se realiza a través de una estructura organizativa, denominada Unidades de Gestión Clínica (UGC), donde el usuario y su familia fluyen en un ciclo de gestión de riesgos para la identificación, evaluación y clasificación, intervención de las condiciones de salud – enfermedad y cuando corresponda, egreso del componente según los criterios establecidos.

Así mismo, se desarrollan actividades asociadas a los diferentes componentes que impactan todo el ciclo de atención de los usuarios como la educación continuada para pacientes, familia y equipo multidisciplinario, promoción de estilos de vida saludable, actividad física y gestión extramural.

La evaluación, monitoreo y seguimiento a la operación y resultados del modelo de prestación de servicios, se realiza a través de los diferentes componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad - S.O.G.C, volviendo tangibles el cumplimiento de los objetivos.

**Figura 5.** Modelo de Atención IPS GESENCRO.



Fuente: Gestión del Riesgo y Calidad IPS GESENCRO.

- **Componentes del Modelo de Atención:**

1. COMPONENTE PRIMARIO: El componente primario constituye la puerta de entrada del paciente al modelo, en la IPS GESENCRO está enfocado en la realización de actividades primarias como la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de condiciones a través de programas específicos, cubriendo los diferentes ciclos de vida, apoyando la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario según corresponda.

Para la prestación de dichos servicios, la IPS GESENCRO, cuenta con programas y servicios que son proporcionados a los usuarios a través de la Unidad de Gestión Clínica Primaria en el cual se encuentre asignado el usuario y-o familia.

**Figura 6.** Grupos Etarios a clasificar.

Grupo de edad	Programa de ingreso	Intervención programada	Intervención acceso directo
Primera infancia Infancia	Salud infantil	Valoración integral de CyD Atención al recién nacido	Vacunación Salud bucal
Adolescencia Juventud	Servicios amigables Salud Sexual y Reproductiva	Atención integral del joven Asesoría en Planificación Familiar y SSR Atención preconcepcional Atención control prenatal Caracterización riesgos en salud	Toma Citología cervicio - uterina Salud bucal
Adultez Vejez	Servicios amigables Salud Sexual y Reproductiva	Atención integral al adulto Asesoría en Planificación Familiar y SSR Atención preconcepcional Atención control prenatal Caracterización riesgos en salud	Toma Citología cervicio - uterina Toma de mamografía Salud bucal

Fuente: Gestión del Riesgo y Calidad IPS GESENCRO.

En general, para la población con edad mayor o igual a 18 años, tendrá una consulta de caracterización de riesgos, donde se aplican diferentes estrategias para la detección de riesgos:

**Generales:** relacionados con detección de violencia, detección de maltrato, detección infecciones de transmisión sexual, no realización de actividades de Detección Temprana (DT) y Protección Específica (PE) de acuerdo con ciclo vital y **Específicos:** en los cuales se aplican escalas validadas y aprobadas para la detección de población con riesgos biopsicosociales para diferentes condiciones: Riesgo cardiovascular, Hipertensión arterial, Diabetes, EPOC, Artritis Reumatoide, Deterioro cognitivo y capacidad funcional.

Una vez identificados los riesgos, el paciente será direccionado y/o programado a las actividades de DT y PE (programadas o de acceso directo) según corresponda. Así mismo, el paciente será clasificado de acuerdo con los resultados de los tamizajes iniciales en “Paciente sano”, “Paciente con factores de riesgo”, “Paciente enfermo”. Los pacientes con condiciones crónicas de riesgos priorizados continuarán proceso de intervención bajo la estructura de Componente Complementario – PAIEC.

2. COMPONENTE COMPLEMENTARIO: El componente complementario en la IPS GESENCRO hace referencia al tratamiento y la rehabilitación especializada de personas con enfermedades crónicas, a partir de la captación por referencia del componente primario, remitido por el asegurador, búsqueda activa y demanda espontánea. A partir de la captación del paciente se pretende garantizar el ciclo continuo de la integralidad y continuidad en la atención.

La IPS GESENCRO cuenta con un Programa de Atención Integral de Enfermedades Crónicas (**PAIEC**), el cual brinda una atención con enfoque biopsicosocial en la búsqueda continua de factores de riesgos que puedan afectar la salud del usuario, que demandan mayor complejidad en la atención y están orientados a garantizar las prestaciones individuales cuya atención requiere de mayor tecnología médica, con un equipo multidisciplinario de la Unidad de Gestión Clínica especializada.

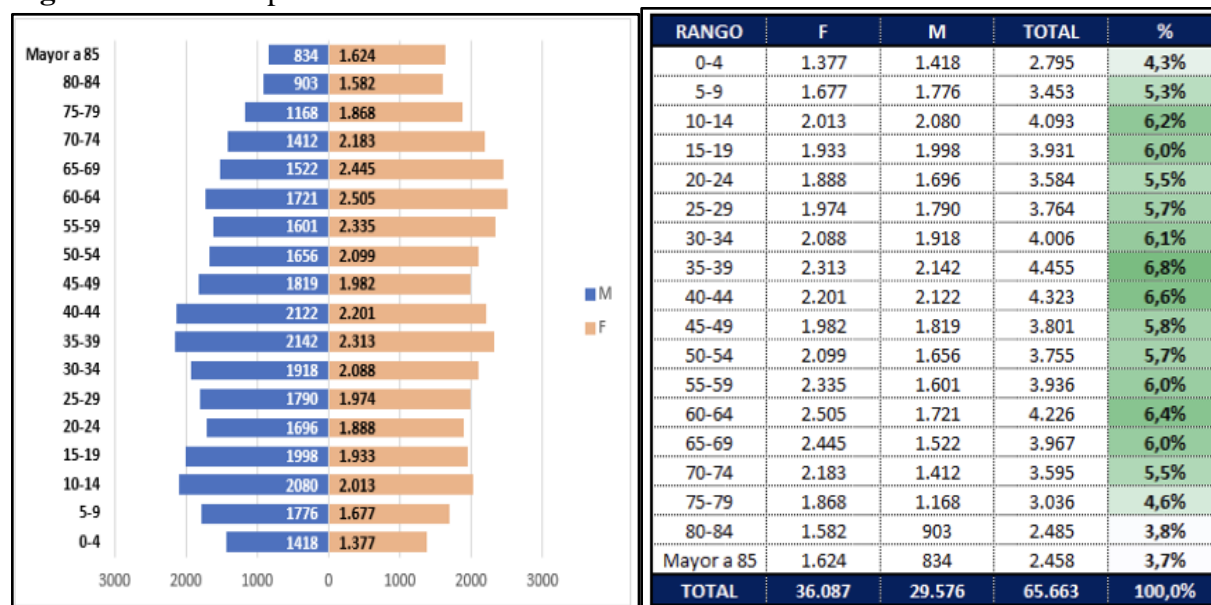
Adicionalmente la IPS GESENCRO presenta un COMPONENTE TRANSVERSAL que hace referencia a las actividades que abarcan el componente primario, complementario y hospitalario del modelo de atención integral de salud direccionadas por las Unidades de Gestión Clínica, las cuales están orientadas al paciente con el fin de brindar elementos educativos para el autocuidado en su salud. Estas actividades están dirigidas a estimular y obtener la participación consciente de los pacientes, familiares y comunidades para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

## **5.2 Análisis de la Demanda y Caracterización del Riesgo**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, entre los pacientes atendidos en IPS GESENCRO inscritos al programa PAIEC en la Sede de la ciudad de Buenaventura entre enero y diciembre de 2020, realizando un análisis sociodemográfico y clínico de la población a través

de mediciones repetidas de indicadores de gestión y resultado priorizados, de acuerdo con la definición propia del modelo y referente normativos en el País. Ver anexo A.

**Figura 7.** Pirámide poblacional. Población total adscrita a IPS GESENCRO.



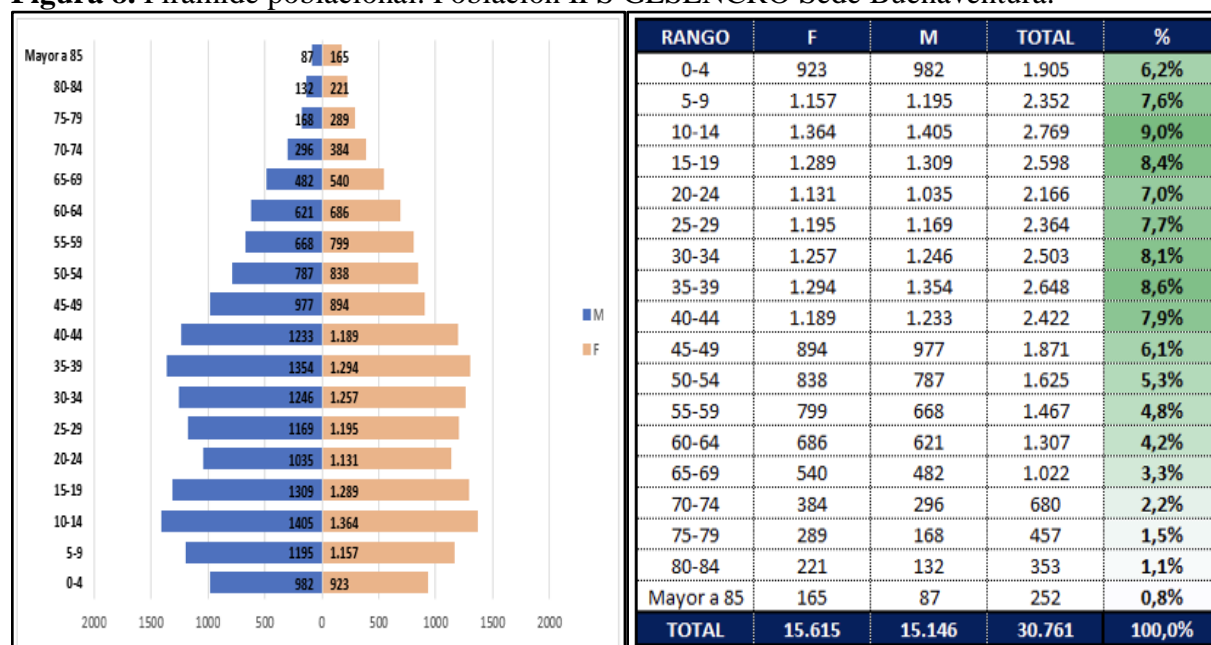
Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

Respecto a la distribución demográfica de la población total de IPS Gesencro, se observa una pirámide poblacional del año 2020, donde los niños y jóvenes representan el 16% (10.341/65.663), los adultos el 61% (39.781/65.663) y los viejos y ancianos el 24% (15.541/65.663) del total de las personas adscritas a la IPS, donde el 55% (36.087/65.663) son mujeres y el 45% (29.576/65.663) son hombres. Entre el grupo de niños y jóvenes, el mayor porcentaje – 51% (5.274/10.341) corresponde a hombres y el 49% (5.067/10.341) son mujeres; en el grupo de adultos, esta proporción se invierte donde las mujeres representan el 54% (21.318/39.781) de la población Vs el 46% (18.463/39.781) de hombres. Este comportamiento se mantiene y se acentúa en el grupo de personas viejas y ancianas, donde las mujeres son el 62% (9.702/15.541) y los hombres el 38% (5.839/15.541). Se observa una pirámide de características tipo regresiva con una población de niños y jóvenes menor a los grupos intermedios y

manteniendo un número importante en los viejos y ancianos. Se observa una pequeña muesca entre los 20 y 24 años, con disminución en el número de hombres.

Podemos mencionar, que se observa una distribución similar a la observada a nivel general en las poblaciones, donde nacen más niños y luego dado una mayor esperanza de vida en las mujeres esta proporción se invierte al final se registra un mayor número de mujeres que hombres; con una posible pérdida de población joven entre los 20 y 24 años. Es importante, resaltar que en esta pirámide general se incluye para los municipios diferentes a Buenaventura, la población de la IPS está especialmente representada por personas de PAIEC, donde la edad promedio es alrededor de los 60 años, causando el efecto observado en la pirámide de una proporción de adultos y viejos mayor.

**Figura 8.** Pirámide poblacional. Población IPS GESENCRO Sede Buenaventura.



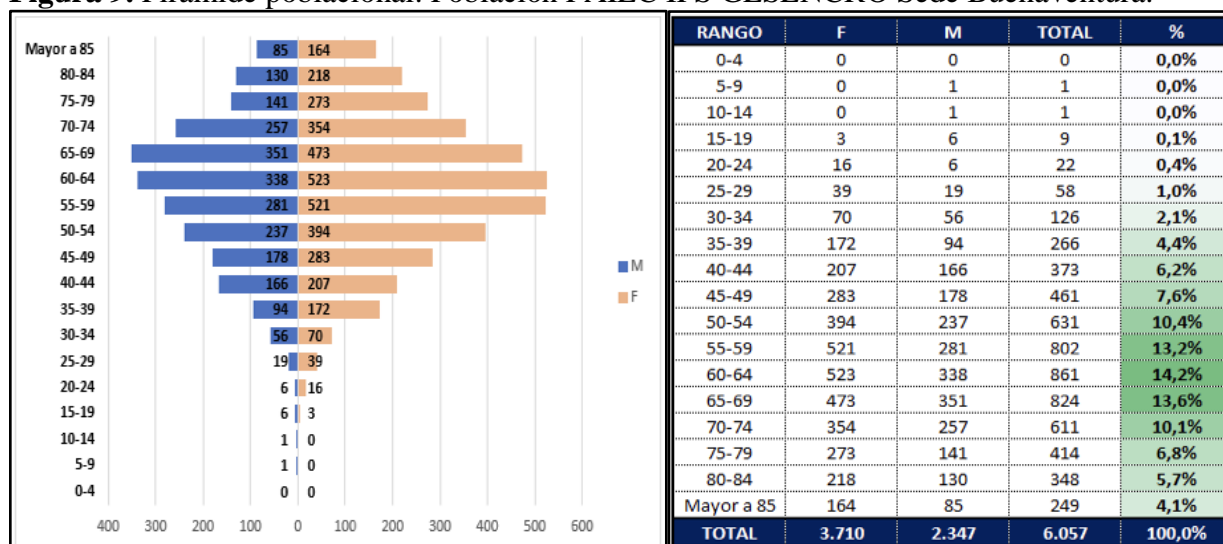
Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

Respecto a la distribución demográfica de la población de IPS GESENCRO, sede Buenaventura, se observa una pirámide poblacional del año 2020, donde los niños y jóvenes representan el 23% (7.026/30.761), los adultos el 68% (20.971/30.761) y los viejos y ancianos el

9% (2.764/30.761) del total de las personas adscritas a la IPS, con una participación similar de mujeres - 51% (15.615/30.761) y hombres - 49% (15.146/30.761). Entre el grupo de niños y jóvenes, el mayor porcentaje – 51% (3.582/7.026) corresponde a hombres y el 49% (3.444/7.026) son mujeres; en el grupo de adultos, la proporción de mujeres tiene una participación del 50.4% (10.572/20.971), similar a la de los hombres de 49.6% (10.399/20.971). Entre el grupo de personas viejas y ancianas, el 58% (1.599/2.764) son mujeres y el 42% (1.165/2.764) hombres. Se observa una pirámide de características tipo progresiva, aunque con una base que parece estrecharse con una población de niños y jóvenes, similar a grupos que intermedios y va disminuyendo el número de viejos y ancianos. Se observa una pequeña muesca entre los 20 y 24 años, con disminución en el número de hombres, como se vio previamente en la población total.

Podemos mencionar, que se observa una distribución similar a la observada a nivel general en las poblaciones, donde nacen más niños y luego dado una mayor esperanza de vida en las mujeres esta proporción se invierte al final se observa un mayor número de mujeres que hombres; con una posible pérdida de población joven entre los 20 y 24 años. Estos elementos sugieren aún brechas en el control de la natalidad, con tendencia a un mayor control, aún no evidencia control de la mortalidad y por lo tanto sugiere una menor esperanza de vida.



**Figura 9.** Pirámide poblacional. Población PAIEC IPS GESENCRO Sede Buenaventura.

Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

Respecto a la distribución demográfica de la población de PAIEC de IPS GESENCRO, sede Buenaventura, se observa una pirámide poblacional del año 2020, donde los niños y jóvenes representan solo el 0.03% ( $2/6.057$ ), los adultos el 59.6% ( $3.609/6.057$ ) y los viejos y ancianos el 40.4% ( $2.446/6.057$ ) del total de las personas adscritas al programa, donde el 61.3% ( $3.710/6.057$ ) son mujeres y el 38.7% ( $2.347/6.057$ ) son hombres. Entre el grupo de niños y jóvenes, los dos pacientes registrados son hombres, en el grupo de adultos, esta proporción se invierte donde las mujeres representan el 61.7% ( $2.228/3.609$ ) de la población y los hombres el 38.3% ( $1.381/3.609$ ). Este comportamiento se mantiene en el grupo de personas viejas y ancianas, donde las mujeres representan el 60.6% ( $1.482/2.446$ ) y los hombres el 39.4% ( $964/2.446$ ) de la población. Se observa una pirámide de características tipo regresiva con una población de niños y jóvenes menor a los grupos intermedios y manteniendo un número importante en los viejos y ancianos.

Podemos mencionar, que se observa una distribución similar a la observada a nivel general en las poblaciones con patología cardiovascular, no obstante, aún con menor proporción

en población mayor de 70 años, lo cual podría relacionarse con menor detección o menor control de la mortalidad.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la población PAIEC IPS GESENCRO Sede Buenaventura.

Variables	CARÁCTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS								
	ASEGURADOR RS			ASEGURADOR RC			TOTAL		
	F	M	%	F	M	%	F	M	%
<b>Datos Básicos</b>									
Edad (mediana)	66,46	69		55,9	56,4		61,4	61,1	
<b>Escolaridad</b>									
Ninguna	1	1	0,1%	0	0	0,0%	1	1	0,0%
Primaria incompleta	31	8	1,8%	0	2	0,1%	31	10	0,8%
Primaria completa	17	9	1,2%	1	0	0,0%	18	9	0,5%
Bachillerato completo	3	0	0,1%	1	0	0,0%	4	0	0,1%
Técnico	0	0	0,0%	0	1	0,0%	0	1	0,0%
Universitario	0	0	0,0%	1	0	0,0%	1	0	0,0%
Sin dato	1.455	653	96,8%	1.633	1.334	99,8%	3.088	1.987	98,5%
Total	1.507	671	100,0%	1.636	1.337	100,0%	3.143	2.008	100,0%
<b>Zona</b>									
Urbana	1.397	620	92,6%	1.631	1.332	99,7%	3.028	1.952	96,7%
Rural	109	51	7,3%	4	3	0,2%	113	54	3,2%
Sin dato	1	0	0,0%	1	2	0,1%	2	2	0,1%
Total	1.507	671	100,0%	1.636	1.337	100,0%	3.143	2.008	100,0%
<b>Regimen de Afiliación</b>									
Subsidiado	1.492	654	98,5%	314	275	19,8%	1.806	929	53,1%
Contributivo	15	17	1,5%	1.322	1.062	80,2%	1.337	1.079	46,9%
Total	1.507	671	100,0%	1.636	1.337	100,0%	3.143	2.008	100,0%
<b>Estado en el programa</b>									
Activo Asistente	995	416	64,8%	983	729	57,6%	1978	1.145	60,6%
Inasistente	354	168	24,0%	351	313	22,3%	705	481	23,0%
Abandono	68	38	4,9%	271	259	17,8%	339	297	12,3%
Egreso	90	49	6,4%	31	36	2,3%	121	85	4,0%
Total	1.507	671	100,0%	1.636	1.337	100,0%	3.143	2.008	100,0%
<b>Permanencia</b>									
Tiempo en el programa (mediana meses)	22,5	23,6		19,6	18,9		20,4	19,8	
<b>Egresos</b>									
Fallecimiento	32	32	46,0%	15	18	49,3%	47	50	47,1%
Descarta Dx	26	10	25,9%	11	12	34,3%	37	22	28,6%
Alta Voluntaria	14	1	10,8%	0	0	0,0%	14	1	7,3%
Egreso clínico	12	2	10,1%	0	0	0,0%	12	2	6,8%
Desafiliación	4	1	3,6%	1	2	4,5%	5	3	3,9%
Diálisis	1	3	2,9%	0	3	4,5%	1	6	3,4%
Movilidad	1	0	0,7%	4	1	7,5%	5	1	2,9%
Total	90	49	100%	31	36	100%	121	85	100%

Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

Una vez se realizó el proceso de consolidación de datos de la fuente seleccionada para el estudio a partir de las bases de datos del programa, se obtuvo una población total de 5.151 pacientes; 2.178 (42,28%) corresponde a la aseguradora de régimen subsidiado y 2.973 (57,71%) a la aseguradora de régimen contributivo. En cuanto a la distribución por sexo, el mayor

porcentaje corresponde a mujeres (3.143 - 61%) y el 39% (2.008) restante a hombres. Esta distribución por aseguradora se mantiene, para la aseguradora de régimen subsidiado el 69.2% (1.507) son mujeres y el 30.8% (671) son hombres. Y en la aseguradora de régimen contributivo, el 55% (1.636) y 45% (1337) son hombres.

La mediana de edad en el total de la población fue de 61.2 años. La mediana de edad en la aseguradora de régimen subsidiado – 67.17 años, fue 11 años mayor a la observada en la aseguradora del régimen contributivo – 56.1 años. Respecto a hombres y mujeres se observaron medianas de edad similares en el total y dentro de cada aseguradora.

Respecto a la escolaridad/nivel educativo, solo se obtuvo información en el 1.5% de los pacientes. Entre éstos el mayor número corresponde a primaria completa e incompleta, especialmente con información registrada de la aseguradora de régimen subsidiado. El 96.7% (4.980) de los pacientes residen en el área urbana y el 3.2% (167) en el área rural. En la aseguradora del régimen subsidiado el 7.3% (160) de los pacientes residen en área rural comparado con un 0.2% (7) para la aseguradora de régimen contributivo.

De acuerdo con el tipo de aseguradora, se observó un mayor número de pacientes con el régimen afiliación correspondiente, así, 98.5% (2.146) de los pacientes de aseguradora del régimen subsidiado pertenecen a éste y el 80.2% (2.384) de la aseguradora del régimen contributivo pertenecen a este régimen. Solo el 1.5% (32) de pacientes de la aseguradora del régimen subsidiado pertenecen a régimen contributivo, entre tanto el 19.8(589) de los pacientes de la aseguradora del régimen contributivo pertenecen al régimen subsidiado.

De acuerdo con el estado de los pacientes en el programa, 3.123 (60.6%) son considerados como activos asistentes a atenciones médicas, de los cuales, para la aseguradora de régimen subsidiado corresponde a 1.411 (64.8%) y 1.712 (57.6%) para la aseguradora del

régimen contributivo. El 23% (1.186) de los pacientes recibieron atención médica en un periodo mayor a tres (3) y menor a seis (6) meses, siendo inasistentes al programa. 522 (24%) para la aseguradora del régimen subsidiado y 664 (22.3%) para la aseguradora del régimen contributivo. El 12.3% (636) de los pacientes recibieron atención médica en un tiempo mayor o igual a seis (6) meses, encontrándose en estado de abandono; 106 (4.9%) pacientes para la aseguradora del régimen subsidiado, 530 (17.8%) para el régimen contributivo. El 4% (206) de los pacientes egresaron del programa, 139(6.4%) en la aseguradora de régimen subsidiado, 67(2.3%) para la aseguradora de régimen contributivo. Para el total de pacientes, entre las mujeres, el 63% (1.978/3.143) se encuentran como activas asistentes, el 22% (705/3.143), como inasistentes, el 11% (339/3.143) como abandono y el 4% (121/3.143) como egreso. Entre los hombres, el 57% (1.145/2008) se encuentran como activos asistentes, El 24% (481/2008), como inasistentes, el 15% (297/2008) como abandono y el 4% (85/2008) como egreso.

El tiempo de permanencia de los pacientes en el programa, es de 20.1 meses. Siendo, 22.7 meses para la aseguradora de régimen subsidiado y 19.4 para la aseguradora del régimen contributivo. Distribución similar para hombres y mujeres.

La causa más frecuente de egreso es el fallecimiento – 41.7% (97), con similar comportamiento en la aseguradora del régimen subsidiado – 46% (64) y la aseguradora del régimen contributivo – 49,3% (33), seguido del descartar diagnóstico de hipertensión arterial – diabetes y/o enfermedad renal crónica – 28.6% (59), 25.9% (36) para la aseguradora del régimen subsidiado y 34.3% (23) para la aseguradora de régimen contributivo. El 7.3% (15) egresaron por alta voluntaria, la totalidad de éstos pertenecen a la aseguradora de régimen subsidiado. El 6.8% (14) por mejoría clínica, solo observado para la aseguradora de régimen subsidiado –

10.1% (14), en menor porcentaje la desafiliación – 3.9% (8), diálisis – 3.4% (7) y movilidad a zonas de no cobertura por parte de la IPS – 2.9% (6).

En menor porcentaje se observa el egreso a diálisis – 3.4% (7), 2.9% (4) para la aseguradora de régimen subsidiado y 4.5% (3) para la aseguradora de régimen contributivo; desafiliación – 3.9% (8), por movilidad, es decir el desplazamiento a otros lugares de no cobertura de la IPS – 2.9% (6).

**Tabla 2.** Características clínicas de la población PAIEC IPS GESENCRO Sede Buenaventura.

Variables	CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS					
	ASEGURADOR RS		ASEGURADOR RC		TOTAL	
	n= 2.178	%	n= 2.973	%	n= 5.151	%
<b>Diagnóstico</b>						
Hipertensión Arterial	1.380	63,4%	2.081	70,0%	3.461	67,2%
Hipertensión Arterial + Diabetes	610	28,0%	674	22,7%	1.284	24,9%
Diabetes	40	1,8%	165	5,5%	205	4,0%
Otro	148	6,8%	53	1,8%	201	3,9%
<b>TFG final periodo</b>						
Mediana (RI)	53,2		78,9		68,01	
Total datos	2.014		2.792		4.806	
<b>Clasificación según Grado y Estadío ERC</b>						
Grado 1	224	10,3%	986	33,2%	1.210	23,5%
Grado 2	591	27,1%	1.220	41,0%	1.811	35,2%
Estadio 3A	640	29,4%	429	14,4%	1.069	20,8%
Estadio 3B	538	24,7%	162	5,4%	700	13,6%
Estadio 4	131	6,0%	38	1,3%	169	3,3%
Estadio 5	24	1,1%	14	0,5%	38	0,7%
No estudiados	30	1,4%	124	4,2%	154	3,0%
<b>Clasificación RCV</b>						
Moderado	61	8,9%	57	9,1%	118	9,0%
Alto	480	70,2%	434	69,1%	914	69,7%
Muy Alto	143	20,9%	137	21,8%	280	21,3%
Sin dato	1494		2.345		3.839	
Total datos	684		628		1.312	
<b>Clasificación IMC</b>						
Bajo peso	101	4,6%	40	1,3%	141	2,7%
Peso normal	781	35,9%	529	17,8%	1.310	25,4%
Sobrepeso	731	33,6%	1.200	40,4%	1.931	37,5%
Obesidad grado 1	382	17,5%	793	26,7%	1.175	22,8%
Obesidad grado 2	128	5,9%	277	9,3%	405	7,9%
Obesidad grado 3	55	2,5%	134	4,5%	189	3,7%
<b>Sin Pérdida de función renal</b>						
Hipertensión Arterial	763	64,7%	929	57,0%	1.692	60,2%
Hipertensión Arterial + Diabetes	316	59,0%	314	52,4%	630	55,5%
Diabetes	19	59,4%	47	52,8%	66	54,5%
Otro	82	74,5%	14	77,8%	96	75,0%
Total	1.180	63,5%	1.304	55,8%	2.484	59,2%
Pacientes estudiados	1.857		2.336		4.193	

Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

En cuanto a las características clínicas de los pacientes del programa, el mayor número, 67.2% (3.461) reportan diagnóstico de solo hipertensión arterial, tanto en la aseguradora de

régimen subsidiado el 63.4% (1.380) como en la del régimen contributivo - 70% (2.081). El 24.9% (1.284) de los pacientes registran diagnóstico de hipertensión + diabetes mellitus, distribución similar en la aseguradora del régimen subsidiado - 22.7(674) y una proporción mayor en la aseguradora del régimen contributivo – 28% (610). Un menor número de pacientes – 205 (4%) registran diagnóstico de solo diabetes mellitus, 40 (1.8%) pacientes en la aseguradora de régimen subsidiado y 165 (5.5%) pacientes en la aseguradora del régimen contributivo. El 3.9% (201) de los pacientes no registran ninguno de los diagnósticos anteriores, 148 (6.8%) en la aseguradora de régimen subsidiado y 53 (1.8%) en la aseguradora del régimen contributivo.

La mediana de TFG observada en los pacientes es 68.01 ml/mn/1.73m<sup>2</sup>. Esta varía entre la aseguradora de régimen subsidiado la cual registra una mediana de 53.2 ml/mn/1.73m<sup>2</sup> y la aseguradora del régimen contributivo que registró una mediana de 78.9 ml/mn/1.73m<sup>2</sup> al final del periodo.

Respecto a la distribución del grado y/o estadio de ERC de la totalidad de los pacientes, un poco más de la mitad de los pacientes se encuentra en Grado 1 (23.5% – 1.210) y Grado 2 de ERC – 35.2% (1.811), seguido de los pacientes con ERC estadio 3A (20.8% – 1.069), 13.6% (700) con ERC estadio 3B y una menor participación de pacientes con ERC estadio 4 (169 - 3.3%), ERC estadio 5 con un 0.7% (38). El 3% (154) de los pacientes no reportan estudio para ERC.

Entre los pacientes de la aseguradora del régimen subsidiado, un poco más de la mitad se encuentra con ERC estadio 3A (29.4% - 640) y 3B (24.7% - 538), seguido de los pacientes con grado 2 de ERC (27.1% - 591), pacientes con grado 1 de ERC (10.3% - 224) y en menor proporción los pacientes con ERC estadio 4 (6% - 131) y estadio 5(1.1% - 24). El 1.4% de los pacientes no reportan estudio para ERC.

Entre los pacientes de la aseguradora del régimen contributivo, el 74.2% (2.206) de los pacientes se encuentran en grado 1 (33.2% - 986) y grado 2 de ERC (41.0% -1.220). El 14.4% (429) de los pacientes se encuentran en estadio 3A, el 5.4% (162) en estadio 3B de ERC, el 1.3% (38) de los pacientes en estadio 4, en menor porcentaje (0,5% - 14) pacientes con ERC estadio 5. El 4.2% de los pacientes no reportan estudio para ERC.

El 34% (1.312/3.839) de los pacientes reportan información de la clasificación de riesgo cardiovascular; donde la mayor proporción corresponde a pacientes de alto riesgo cardiovascular (69.7% - 914/1.312) proporción similar entre los pacientes de la aseguradora de régimen subsidiado (70.2% - 480/684) y la aseguradora de régimen contributivo (69.1% - 434/628); seguido de pacientes con muy alto riesgo cardiovascular (21.3% - 280/1.312), con proporciones homogéneas entre las dos aseguradoras.

En cuanto al estado nutricional de los pacientes medido por el IMC, el 37.5% (1.931/5.151) se encuentran con sobrepeso, el 34.3% (1.769/5151) se encuentran con algún grado de obesidad, el 25.4% (1.310/5.151) con peso normal y una menor proporción (2.7% - 141/5.151) con bajo peso. Entre los pacientes de la aseguradora del régimen subsidiado, el 35.9% (781/2.178) de los pacientes registran peso normal, el 33.6% (731/2.178) sobrepeso y el 25.9% (565/2.178) algún grado de obesidad; el 4.6% (101/2.178) reportan bajo peso. Entre los pacientes de la aseguradora del régimen contributivo, el 80.9% (2.404/2.973) de los pacientes reportan sobrepeso (40.4% - 1.200/2.973) y algún grado de obesidad (40.5% - 1.204/2.973); el 17.8% (529/2.973) reporta peso normal y 40 pacientes (1.3%) bajo peso.

Un total de 4.193 pacientes, 1.857 en la aseguradora del régimen subsidiado y 2.336 del régimen contributivo, registraron reporte de TFG al inicio y al final del periodo, en los cuales se estableció la diferencia entre éstas, encontrando que el 59.2% de los pacientes no presentaron

pérdida de la función renal. El mejor comportamiento (75% - 96/128) se observó entre pacientes que no tienen como patología de base enfermedad precursora HTA y/o DM, seguido de los pacientes con diagnóstico de solo HTA (60.2% - 1.692/2.809), pacientes con hipertensión + diabetes mellitus (55.5% - 630/1.135) diabetes (54.5% - 66/121) presentaron un comportamiento similar. Este comportamiento por condición se mantuvo entre los pacientes de las diferentes aseguradoras, donde el 63.5% (1.180/1.857) de los pacientes de la aseguradora de régimen subsidiado no presentaron pérdida de la función renal Vs el 55.8% (1.304/2.336) de los pacientes de la aseguradora del régimen contributivo.

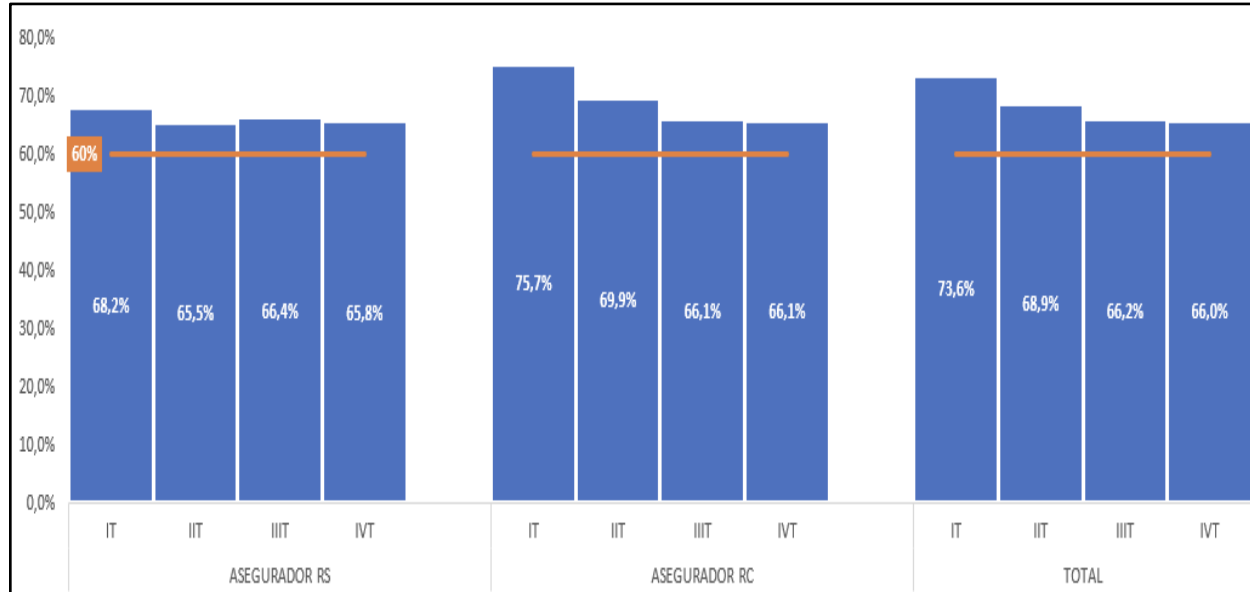
**Tabla 3.** Indicadores de Gestión y Resultado en la población PAIEC IPS GESENCRO Sede Buenaventura.

	INDICADORES DE RESULTADO														
	ASEGURADOR RS					ASEGURADOR RC					TOTAL				
	IT	IIT	IIIT	IVT	Var.	IT	IIT	IIIT	IVT	Var.	IT	IIT	IIIT	IVT	Var.
Control de TA < 60 años	68,2%	65,5%	66,4%	65,8%	-3,6%	75,7%	69,9%	66,1%	66,1%	-12,6%	73,6%	68,9%	66,2%	66,0%	-10,3%
Control de TA >= 60 años	68,7%	68,6%	69,3%	69,2%	0,6%	72,9%	69,9%	68,5%	69,2%	-5,0%	70,3%	69,1%	69,0%	69,2%	-1,6%
Medición de Hemoglobina Glicosilada	80,9%	85,5%	63,0%	73,8%	-8,7%	79,8%	78,8%	76,2%	88,2%	10,5%	80,3%	81,8%	70,4%	82,0%	2,2%
Control de Hemoglobina Glicosilada E1yE2	56,7%	54,7%	57,5%	53,2%	-6,1%	60,5%	55,3%	58,5%	55,7%	-7,9%	59,3%	55,1%	58,2%	55,1%	-7,0%
Control de Hemoglobina Glicosilada E3-5	82,6%	83,3%	86,2%	78,1%	-5,4%	73,1%	70,7%	77,8%	75,5%	3,3%	79,2%	78,9%	82,9%	77,5%	-2,1%
Medición de LDL en el último año	57,8%	73,3%	78,4%	83,8%	45,0%	81,7%	76,3%	82,8%	87,1%	6,6%	70,2%	75,0%	81,0%	85,7%	22,2%
Meta de LDL menor a 100 mg/dl	42,4%	43,7%	43,7%	40,0%	-5,8%	39,1%	39,7%	40,1%	41,4%	5,9%	40,4%	41,4%	41,6%	40,8%	1,0%
Medición de Creatinina en el último año	85,1%	91,6%	94,1%	94,4%	10,9%	98,3%	94,2%	95,3%	93,9%	-4,5%	91,9%	93,1%	94,8%	94,1%	2,3%
Medición de Albuminuria/Creatinuria del último año	76,8%	88,5%	91,6%	80,4%	4,7%	94,4%	90,9%	91,6%	89,1%	-5,7%	85,9%	82,9%	91,6%	85,5%	-0,5%
Control Índice de Masa Corporal	31,2%	31,4%	31,7%	32,0%	2,4%	16,8%	16,7%	16,6%	16,3%	-3,2%	23,8%	23,0%	22,9%	22,8%	-4,1%

Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.



**Figura 10.** Comportamiento trimestral indicador de control de Tensión Arterial en menores de 60 años – PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.

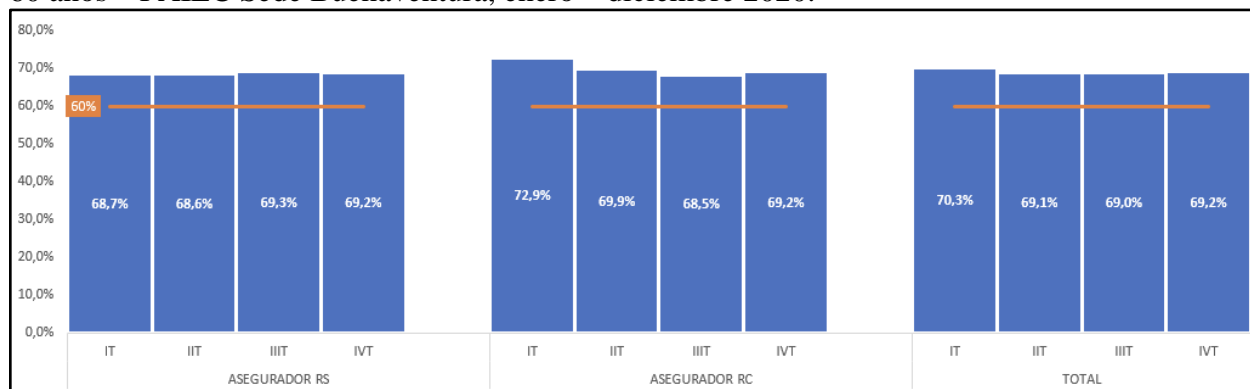


Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

El control de tensión arterial (<140/90 mmHg) de los pacientes con edad menor a 60 años, al final del periodo fue del 66.0% (1.318/1.996), ubicando el indicador en un desempeño superior frente al estándar establecido (60%). Se registró un leve descenso con una medición inicial de 73.6% (1.018/1.383), con una variación negativa del -10.3%. Igual comportamiento se observó para la aseguradora de régimen contributivo con un resultado inicial de 75.7% (758/1.002) y final de 66.1% (1.041/1.575), variación negativa de -12.6%. Aunque en la aseguradora de régimen subsidiado, se observó una variación entre la medición inicial 68.2% (260/381) y la final 65.8% (277/421), esta solo corresponde a un -3.6% permaneciendo estable.

Se evidencia un cumplimiento del indicador en rango superior (> 60%), con mejor comportamiento para la aseguradora de régimen contributivo y descenso del mismo al final del periodo.

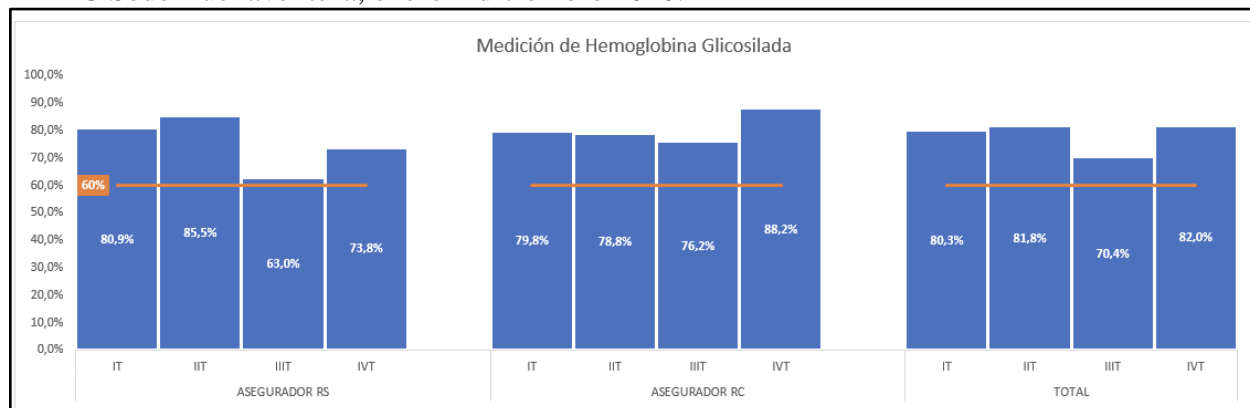
**Figura 11.** Comportamiento trimestral indicador de control de Tensión Arterial en mayores de 60 años – PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.



Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

El control de tensión arterial (<150/90 mmHg) de los pacientes con edad mayor o igual a 60 años, al final del periodo fue del 69.2% (1.697/2.453), mostrando un desempeño superior frente al estándar (60%). Se observó una variación negativa de -1.6% frente al resultado inicial de 70.3% (1.378/1.959); similar comportamiento, se observó para la aseguradora de régimen contributivo con una variación de -5% pasando de un control inicial del 72.9% (558/766) al 69.2% (722/1.043). El resultado en la aseguradora de régimen subsidiado permaneció estable, con una leve variación positiva de 0.6%, pasando de un control de tensión arterial del 68.7% (820/1.193) al 69.2% (975/1.410) de los pacientes mayores de 60 años.

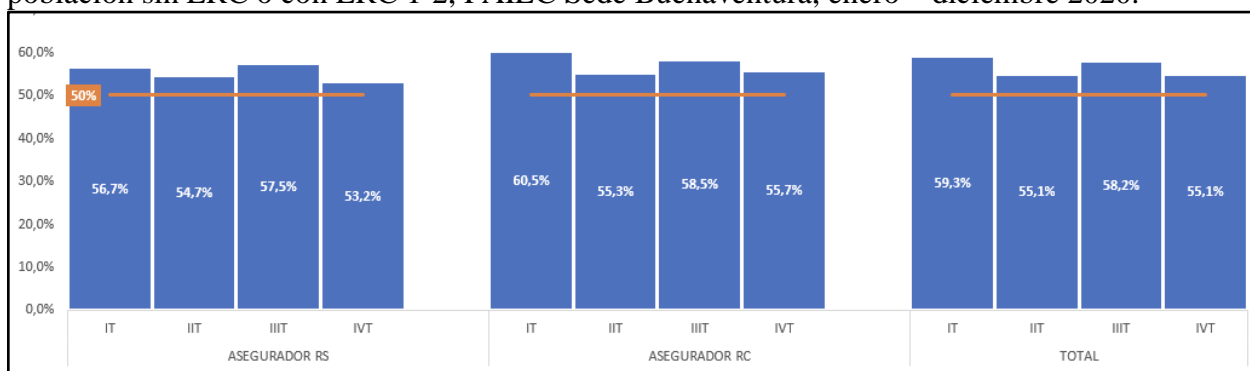
**Figura 12.** Comportamiento trimestral indicador de medición de hemoglobina glicosilada, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.



Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

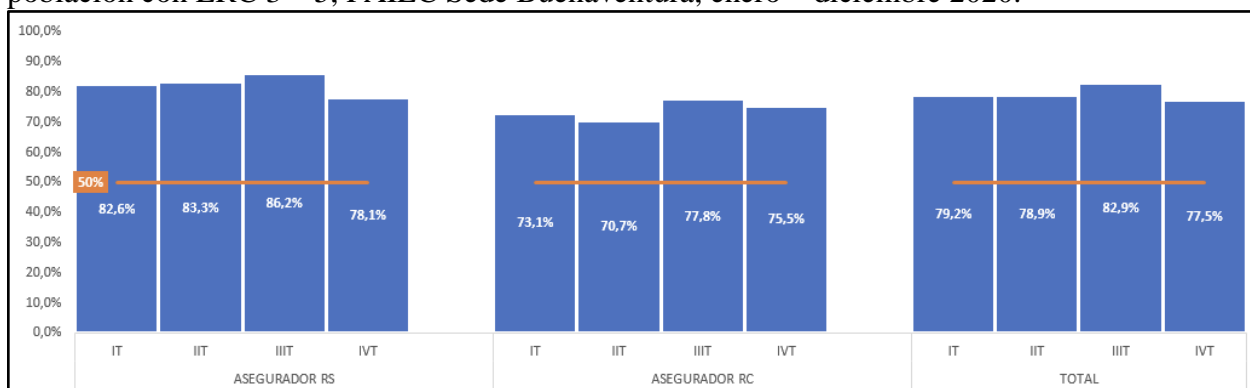
La medición de hemoglobina glicosilada en los últimos seis (6) meses en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus al final del periodo fue del 82% (1.139/1.389), desempeño superior del indicador, 20 puntos por encima del estándar establecido (60%); así mismo registró un comportamiento hacia la mejora en el total de la población y especialmente en los pacientes de la aseguradora del régimen contributivo, con un incremento del 2.2% y 10.5% respectivamente. La medición entre los pacientes de la aseguradora del régimen subsidiado presentó un leve descenso pasando del 80.9% (423/523) al 73.8% (440/596) al final del periodo.

**Figura 13.** Comportamiento trimestral indicador de control de hemoglobina glicosilada en población sin ERC o con ERC 1-2, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.



Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

**Figura 14.** Comportamiento trimestral indicador de control de hemoglobina glicosilada en población con ERC 3 – 5, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.

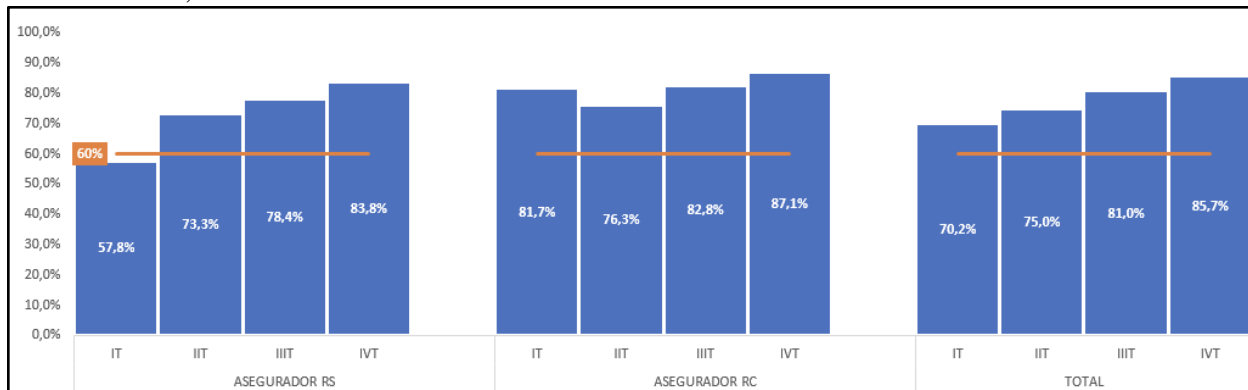


Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

Al final del periodo, el 55.1% (400/726) de los pacientes lograron control de hemoglobina glicosilada (HbA1c<7), mostrando un desempeño superior del indicador frente al estándar esperado (50%). A nivel global, como en la aseguradora de régimen subsidiado y contributivo se observó descenso en el control de los pacientes, con una variación global negativa de -7.0% pasando del 59.3% (349/589) al 55.1% al final del periodo.

En contraste, el 77.5% (320/413) de los pacientes con ERC estadio 3,4,5 al final del periodo lograron control de hemoglobina glicosilada (HbA1c<8), con un desempeño superior del indicador, 27.5 puntos por encima del estándar (50%). Se observó un leve descenso de -2.1% frente al control al grado de control al inicio de periodo de 79.2% (228/288).

**Figura 15.** Comportamiento trimestral indicador de medición de LDL, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.



Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

La medición de LDL en el último año, al final del periodo fue del 85.7% (4.090/4.773), desempeño superior del indicador, 25.7 puntos por encima del estándar establecido (60%); así mismo registró un comportamiento hacia la mejora en el total de la población y especialmente en los pacientes de la aseguradora del régimen subsidiado, con un incremento del 22.2 y el 45% respectivamente. La medición entre los pacientes de la aseguradora del régimen contributivo también presentó una variación positiva del 6.6% pasando del 81.7% (1.484/1.817) al 87.1% (2.436/2.798) al final del periodo.

**Figura 16.** Comportamiento trimestral indicador de control de LDL, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.

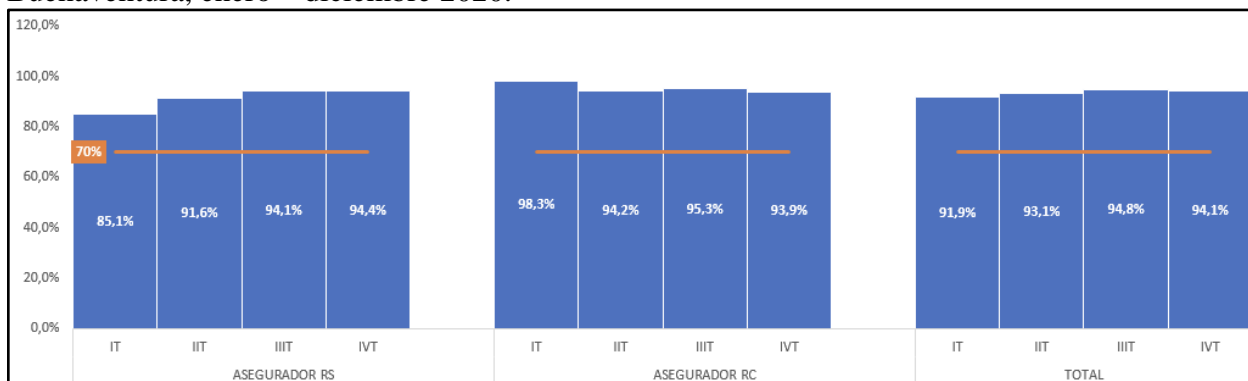


Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

Al final del periodo, el 40.8% (1.669/4.090) de los pacientes lograron niveles de LDL menor o igual al 100, mostrando un desempeño medio del indicador frente al estándar esperado (50%). Este comportamiento se mantuvo en las aseguradoras de régimen subsidiado, 40% (661/1.654) y contributivo 41.4% (1.008/2.436).

A nivel global se observó una leve mejoría en el control de LDL, con una variación positiva pasando del 40.4% (994/2.460) al 40.8%, en la aseguradora del régimen contributivo se mejoró el control de los pacientes pasando de un 39.1% (580/1.484) al 41.4%, entre tanto en la aseguradora del régimen subsidiado se observó leve descenso del 42.4% (414/976) al 40% al final del periodo.

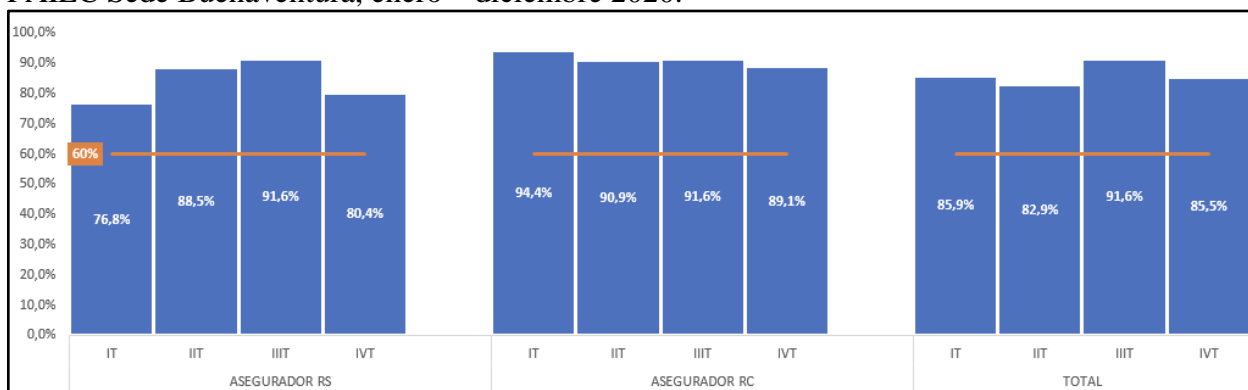
**Figura 17.** Comportamiento trimestral indicador medición de creatinina, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.



Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

La medición de creatinina de los pacientes en el último año, al final del periodo fue de 94.1% (4.491/4.773), ubicando el indicador en un desempeño superior frente al estándar establecido (70%). Se registró incremento con una medición inicial de 91.9% (3.224/3.507), con una variación positiva del 2.3%. Igual comportamiento se observó para la aseguradora de régimen subsidiado con un resultado inicial de 85.1% (1.438/1.690) y final de 94.4% (1.864/1.975), variación positiva del 10.9%. El 93.9% (2.627/2.798) de los pacientes del régimen contributivo presentaron dicha medición, no obstante, se observó una variación negativa entre la medición inicial 98.3% (1.786/1.817) y la final 93.9%.

**Figura 18.** Comportamiento trimestral indicador medición de relación albuminuria/creatinuria, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.

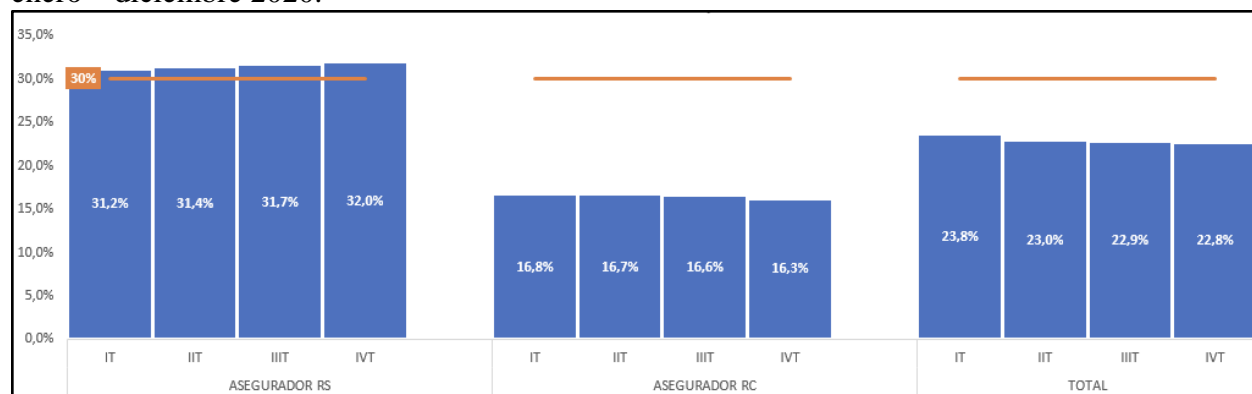


Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

La medición de la relación albuminuria/creatinuria de los pacientes en el último año, al final del periodo fue del 85.5% (4.080/4.773), ubicando el indicador en un desempeño superior frente al estándar establecido (60%). Se registró leve descenso de la medición inicial de 85.9% (3.014/3.507), Vs 85.5% al final del periodo. Igual comportamiento se observó para la aseguradora de régimen contributivo con un resultado inicial de 94.4% (1.716/1.817) y final de 89.1% (2.492/2.798), variación negativa de -5.7%.

El 80.4% (1.588/1.975) de los pacientes de la aseguradora del régimen subsidiado presentaron dicha medición, adicionalmente se observó una variación positiva del 4.7% entre la medición inicial 76.8% (1.298/1.690) y la final 80.4%.

**Figura 19.** Comportamiento trimestral indicador de control de IMC, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.



Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

Al final del periodo, el 22.8% (1.087/4.773) de los pacientes lograron un IMC entre 20-25 mostrando un desempeño medio del indicador frente al estándar esperado (30%). Entre los pacientes de la aseguradora del régimen contributivo, solo en el 16.3% (455/2.798) se registró un IMC entre 20-25 con un desempeño bajo del indicador, con leve descenso al final del periodo frente a la medición inicial de 16.79% (305/1.807).

En la aseguradora del régimen subsidiado, se logra un desempeño superior del indicador, dado que el 32% (632/1.975) de los pacientes presentan un IMC entre 20-25. Adicionalmente, se observó una variación positiva del 2.4% al final del periodo.

**Tabla 4.** Cambio de estadio inicial Vs estadio final de ERC, según TFG. Población PAIEC a inicio y final del periodo. Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.

Estadio Final periodo									
Estadio inicio periodo	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3A	Estadio 3B	Estadio 4	Estadio 5	TRR Diálisis	Total	%
Estadio 1	872(75.8)	274(23.8)	5(0.4)					1.151	75,8%
Estadio 2	76 (4.9)	1189 (77.0)	273 (17.7)	6 (0.4)	1(0.1)			1.545	81,9%
Estadio 3A	1 (0.1)	63 (7.6)	590 (71.3)	171 (20.7)	3 (0.4)			828	79,0%
Estadio 3B		4 (0.8)	50 (9.6)	411 (79.2)	51 (9.8)	2 (0.4)	1 (0.2)	519	89,6%
Estadio 4			1 (0.8)	21 (16.4)	95 (74.2)	9 (7.0)	2 (1.6)	128	91,4%
Estadio 5					2 (9.1)	18 (81.8)	2 (9.1)	22	90,9%

Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

**Tabla 5.** Cambio de estadio inicial Vs estadio final de ERC, según TFG. Población PAIEC aseguradora de régimen subsidiado, Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.

Estadio Final periodo Aseguradora RS									
Estadio inicio periodo	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3A	Estadio 3B	Estadio 4	Estadio 5	TRR Diálisis	Total	%
Estadio 1	174 (69.3)	74 (29.5)	3 (1.2)					251	69,3%
Estadio 2	18 (3.2)	395 (71.0)	138 (24.8)	5 (0.9)				556	74,3%
Estadio 3A	1 (0.2)	33 (6.1)	376 (69.1)	131 (24.1)	3 (0.6)			544	75,4%
Estadio 3B		2 (0.5)	32 (8.2)	317 (80.9)	40 (10.2)	1 (0.3)		392	89,5%
Estadio 4			1 (1.0)	14 (14.0)	76 (76.0)	7 (7.0)	2 (2.0)	100	91,0%
Estadio 5					2 (14.3)	11 (78.6)	1 (7.1)	14	92,9%

Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

**Tabla 6.** Cambio de estadio inicial Vs estadio final de ERC, según TFG. Población PAIEC aseguradora de régimen contributivo, Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.

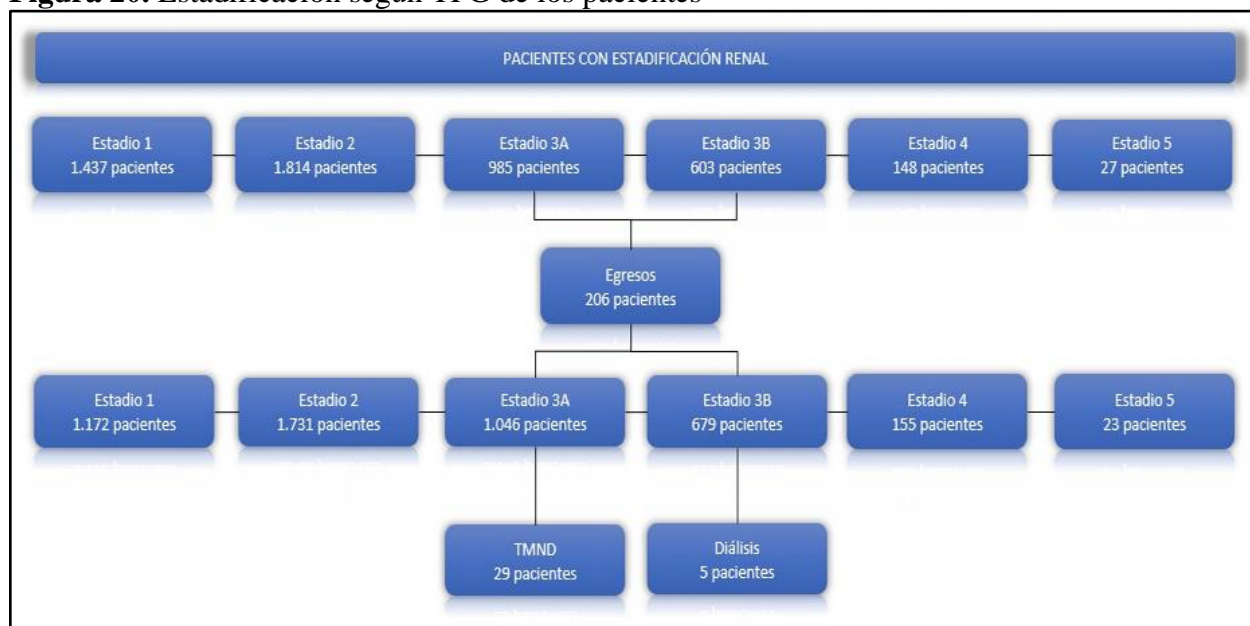
Estadio Final periodo Aseguradora RC									
Estadio inicio periodo	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3A	Estadio 3B	Estadio 4	Estadio 5	TRR Diálisis	Total	%
Estadio 1	698 (77.6)	200 (22.2)	2 (0.2)					900	77,6%
Estadio 2	58 (5.9)	794 (80.3)	135 (13.7)	1 (0.1)	1 (0.1)			989	86,1%
Estadio 3A		30 (10.6)	214 (75.4)	40 (14.1)				284	85,9%
Estadio 3B		2 (1.6)	18 (14.2)	94 (74.0)	11 (8.7)	1(0.8)	1 (0.8)	127	89,8%
Estadio 4				7 (25.0)	19 (67.9)	2 (7.1)		28	92,9%
Estadio 5						7 (87.5)	1 (12.5)	8	87,5%

Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.



Para evaluar la función renal de los pacientes, al inicio y final de periodo, además de la no pérdida de función renal descrita en la Tabla 2, se comparó en los pacientes coincidentes a inicio y final de periodo (4.193) el estadio – grado de ERC descrito al ingreso al programa en enero 2020 Vs el registrado al final del periodo en diciembre 2020, observando para el global de la población que el 80.9% (3.393/4.193) de los pacientes se mantuvieron o mejoraron la filtración glomerular ( medida por TFG ) , así, el 75.8% (872/1.151) de los pacientes estadio 1 al inicio, se mantuvieron en dicho estadio al final del periodo, el 81.9% (1.265/1.545) de los pacientes estadio 2 al inicio mantuvieron (1.189) o mejoraron la función renal (76 -5%), el 79% (654/828) de los pacientes estadio 3A al inicio, mantuvieron (590) o mejoraron la función renal (64 -8%), el 89.6% (465/519) de los pacientes estadio 3B al inicio, mantuvieron (411) o mejoraron la función renal (54 -10%), el 91.4% (126/128) de los pacientes estadio 4 al inicio, mantuvieron (95) o mejoraron la función renal (22 -17%), el 90.9% (20/22) de los pacientes estadio 5 al inicio, mantuvieron (18) o mejoraron la función renal (2 - 9%) – Ver tabla 4.

Este comportamiento se mantiene para la aseguradora de régimen subsidiado, donde el 78.2% (1.452/1.857) y la aseguradora del régimen contributivo, donde el 83.1% (1.941/2.336) de los pacientes se mantuvieron o mejoraron la filtración glomerular (medida por TFG) – Ver tabla 5 y 6.

**Figura 20.** Estadificación según TFG de los pacientes

Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

Se resume información del total de pacientes estadificados al ingreso al programa, independiente del momento del ingreso al programa, posteriormente los pacientes que egresaron del programa, seguido de los pacientes y estadificación al final del periodo y los pacientes en TRR que pasaron diálisis o se mantienen en Manejo médico no dialítico.

### 5.3 Características de la oferta de la IPS GESENCRO

En la IPS GESENCRO se ofertan una variedad de servicios los cuales están direccionados por las diferentes Unidades de Gestión Clínica (UGC) a las que pertenecen los pacientes y sus familias, de acuerdo con las diferentes clasificaciones de riesgo establecidas se han creado los diferentes planes de atención (Cardiometabólico - renal, Riesgo de EPOC, Riesgo de enfermedad reumatológica), con los cuales se orienta al profesional de la salud al respecto de las intervenciones mínimas que debe realizar según los riesgos definidos. Los servicios ofertados para los pacientes que presentan riesgo Cardiometabólico - renal se describen en el anexo B.

A continuación se describen los principales servicios disponibles para el programa

PAIEC en su componente cardiometabólico renal en la tabla 7:

**Tabla 7.** Principales Servicios y Frecuencias de Uso del Plan de Atención PAIEC, IPS GESENCRO Sede Buenaventura.

CUPS	ACTIVIDAD	Alto RCV Estadio 1-2 ERC Sin ERC	Alto RCV Estadio 3 ERC	Alto RCV Estadio 4 ERC	Muy Alto RCV Estadio 5 ERC	PROFESIONAL
		Año	Año	Año	Año	
<b>ATENCIONES</b>						
890201	Consulta de primera vez por médico general (Clasificación del Riesgo)	1	1	1	1	Medicina general
890301	Consulta de control o de seguimiento por medicina general	2	0	0	0	Medicina general
890268	Consulta de primera vez por especialista en nefrología	0	1	1	1	Nefrología
890368	Consulta de control o de seguimiento por especialista en nefrología	0	2	3	11	Nefrología
890266	Consulta de primera vez por especialista en medicina interna	1	0	0	0	Medicina interna
890366	Consulta de control o de seguimiento por especialista en medicina interna	1	0	0	0	Medicina interna
890228	Consulta de primera vez por especialista en cardiología	0	0	0	1	Cardiología
890368	Consulta de control o de seguimiento por especialista en cardiología (Según criterio clínico)	0	0	0	1	Cardiología
890305	Consulta de control o de seguimiento por enfermería (Post-consulta)	2	4	6	12	Enfermería
890206	Consulta de primera vez por nutrición y dietética	1	1	1	1	Nutrición
890306	Consulta de control o de seguimiento por nutrición y dietética	1	1	2	3	Nutrición
890208	Consulta de primera vez por psicología	1	1	1	1	Psicología
890308	Consulta de control o de seguimiento por psicología	0	0	1	1	Psicología
890209	Consulta de primera vez por trabajo social	1	1	1	1	Trabajo Social
890309	Consulta de control o de seguimiento por trabajo social	0	0	1	1	Trabajo Social
S42100	Servicio de atención farmacéutica de complejidad baja SOD	1	1	1	1	Químico Farmacéutico
ACTIVIDAD	Total Horas Estadio 1-2 ERC y Sin ERC (n=2231)	Total Horas Estadio 3 ERC (n=1811)	Total Horas Estadio 4 ERC (n=158)	Total Horas Estadio 5 ERC (n=23)	Total Horas Requeridas	Total Horas Disponibles
						Año
Consulta de primera vez por médico general (Clasificación del Riesgo)	2231	1811	158	23	4223	9324
Consulta de control o de seguimiento por medicina general	4462	0	0	0	4462	
Consulta de primera vez por especialista en nefrología	0	1811	158	23	1992	2304
Consulta de control o de seguimiento por especialista en nefrología	0	3622	474	253	4349	
Consulta de primera vez por especialista en medicina interna	2231	1811	0	0	4042	2232
Consulta de control o de seguimiento por especialista en medicina interna	2231	1811	0	0	4042	
Consulta de primera vez por especialista en cardiología	0	0	0	23	23	132
Consulta de control o de seguimiento por especialista en cardiología (Según criterio clínico)	0	0	0	23	23	
Consulta de control o de seguimiento por enfermería (Post-consulta)	4462	7244	948	276	12930	3684
Consulta de primera vez por nutrición y dietética	2231	1811	158	23	4223	3684
Consulta de control o de seguimiento por nutrición y dietética	2231	1811	316	69	4427	
Consulta de primera vez por psicología	2231	1811	158	23	4223	3120
Consulta de control o de seguimiento por psicología	0	0	158	23	181	
Consulta de primera vez por trabajo social	2231	1811	158	23	4223	3684
Consulta de control o de seguimiento por trabajo social	0	0	158	23	181	
Servicio de atención farmacéutica de complejidad baja SOD	2231	1811	158	23	4223	0

Fuente: Gestión del Riesgo y Calidad IPS GESENCRO, elaboración propia

En las tablas anteriores se realiza una relación entre el número de horas disponibles por profesional de la salud y el número mínimo de horas requeridas en el programa de atención integral de enfermedades crónicas, con la información descrita podemos realizar las siguientes inferencias:

- En cuanto al número de horas de Nefrología, se evidencia una relación deficitaria en la oferta respecto a la demanda, para la atención de las consultas pactadas en el plan de atención, es importante definir que el indicador de oportunidad en citas, toma en cuenta las citas de primera vez y no las de control.
- Respecto al número de horas de Medicina Interna y Cardiología, se evidencia que la oferta es mayor a la demanda requerida, sin embargo, no se tiene en cuenta el número de solicitudes generadas por criterio clínico y realización de procedimiento de cardiología no invasiva.
- Respecto al número de horas de Medicina General se evidencia que evaluadas de manera aislada superan la demanda, sin embargo, gran parte de la disponibilidad se usa en la realización de consultas asistidas con las diferentes especialidades.
- En cuanto a las horas del equipo interdisciplinario de Nutrición, Psicología y Trabajo social, los cuales están inmersos en el componente transversal del modelo de atención, se tiene una relación equilibrada de oferta y demanda.

**Tabla 8.** Comportamiento trimestral en oportunidad en asignación de citas, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.

	META	2020			
		IT	IIT	IIIT	IVT
CARDIOLOGIA	30	✓ 5,5	✓ 6,6	✓ 6,0	✓ 3,7
GERIATRIA	30	✓ 5,8	✓ 3,1	✓ 0,0	✓ 4,3
MEDICINA FISICA Y DEL DEPORTE	30	✓ 2,3	-	✓ 2,5	✓ 5,4
MEDICINA GRAL	3	✗ 13,2	✗ 9,8	✗ 5,3	✗ 5,9
MEDICINA INTERNA	20	✓ 9,6	✓ 3,8	✓ 5,5	✓ 3,8
NEFROLOGIA	30	✓ 10,0	✓ 9,3	✓ 4,9	✓ 4,0
NEUMOLOGIA	30	✓ 2,8	✓ 2,9	✓ 2,0	✓ 3,4
REUMATOLOGIA	30	✓ 5,3	-	✓ 4,2	✓ 1,5
UROLOGIA	30	✓ 12,6	✓ 4,4	✓ 10,0	✓ 2,8

\*Unidad de Medida de Meta MPS en días  
 \*\* Los servicios que no presentan dato de oportunidad corresponden a citas de control

Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

En cuanto a la medición de oportunidad en la asignación de citas en el programa, medida como el tiempo transcurrido entre la fecha deseada o requerida de la cita de primera vez y la fecha de asignación, se identifica un comportamiento favorable en el tiempo de las diferentes especialidades como Cardiología, Geriatria, Medicina Interna, Nefrología.

La oportunidad de medicina general presenta un comportamiento no favorable al final del periodo de 5.9 días frente al estándar, con una tendencia hacia la mejora en el segundo y tercer trimestre del año.

**Tabla 9.** Comportamiento trimestral en PQRS, PAIEC Sede Buenaventura, enero – diciembre 2020.

		IT	IIT	IIIT	IVT	TOTAL	% Part.
Felicitación	ASEGURADOR RC	3	4	2	0	9	21,0%
	ASEGURADOR RS	3	0	1	0	4	
Petición	ASEGURADOR RC	4	0	0	1	5	17,7%
	ASEGURADOR RS	2	1	1	2	6	
Queja	ASEGURADOR RC	7	2	4	12	25	50,0%
	ASEGURADOR RS	2	1	1	2	6	
Sugerencia	ASEGURADOR RC	1	1	0	2	4	11,3%
	ASEGURADOR RS	2	0	0	1	3	
TOTAL		24	9	9	20	62	100%

	POB	QUEJAS IT	TASA	QUEJAS IIT	TASA	QUEJAS IIIT	TASA	QUEJAS IVT	TASA
ASEGURADOR RC	2.178	7	3,2	2	0,9	4	1,8	12	5,5
ASEGURADOR RS	2.973	2	0,7	1	0,3	1	0,3	2	0,7
TOTAL	5.151	9	1,7	3	0,6	5	1,0	14	2,7

Fuente: Base de datos IPS GESENCRO. Año 2020.

Respecto las Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones entre pacientes adscritos al programa, se identificaron registradas un total de 62 QRSF, de las cuales el 50.0% (31) correspondieron a quejas, el 21.0% (13) a Felicitaciones, 17.7% (11) a peticiones y el 11.3% (7) a sugerencias.

La tasa de quejas registrada al final de periodo fue de 2.7 quejas por 1.000 pacientes en el programa, mayor a la observada a la de inicio de periodo de 1.7 quejas por 1000 pacientes. Se observó una mayor tasa de quejas entre los pacientes de la aseguradora de régimen contributivo – 5.5\*1000 con una tendencia al aumento comparada con el inicio de periodo (3.2 por 1000 quejas). Para la aseguradora del régimen subsidiado se mantuvo una tasa baja de quejas en los diferentes trimestres con un resultado al final de periodo de 0,7 quejas por 1000 pacientes.

Las principales causas registradas de quejas se encuentran en la no oportunidad en la atención (12 - 39%), insatisfacción en la atención (11 - 35%), humanización del servicio (5 - 15%).

## **6. Plan de Mejora del Modelo de Atención basado en Gestión de Riesgo. IPS GESENCRO sede Buenaventura**

Fundamentados en lo descrito en el marco conceptual, las normas legales que rigen actualmente en Colombia para el aseguramiento y prestación de servicios en salud y las necesidades que surgieron del análisis de indicadores que muestran la situación actual del modelo de atención de la IPS GESENCRO Buenaventura, el presente plan de mejora fue diseñado para ser ejecutado en un periodo de tiempo de 6 meses, no se consideran costos de implementación adicionales debido a que las mejoras propuestas van ser realizadas por el personal misional y administrativo que se encuentra laborando actualmente en la IPS GESENCRO; la propuesta pretende:

- Proponer estrategias que ayuden a la captación de usuarios para el programa PAIEC.
- Asegurar la realización de la clasificación individual del riesgo en salud.
- Mejorar el diligenciamiento de los datos en el sistema de información para tener trazabilidad de los usuarios a lo largo del ciclo de atención.
- Proponer la implementación de grupos focales y escuelas de pacientes para intervenir indicadores de resultados con desviación negativa, teniendo en cuenta determinantes sociales de la salud.
- Proponer la creación y aplicación de una política de humanización de los servicios de salud.
- Describir una oportunidad de mejora en el componente de gestión de la calidad de la atención de un modelo basado en gestión del riesgo.
- Aportar al cumplimiento de los indicadores de cuádruple meta.

## **6.1 Definición de estrategias de atención para los usuarios según grupo o grupos de riesgo seleccionado.**

El Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE es el marco operacional de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS el cual es un instrumento dirigido a generar las mejores condiciones de la salud de la población, coordina acciones expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, y se ejecutan por medio de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS, las cuales son planes coherentes que orientan la priorización e intervención a partir de necesidades y problemas de salud identificados en la caracterización de la población.

La IPS GESENCRO sede Buenaventura cuenta con una ruta de atención en salud - RIAS implementada en el programa PAIEC la cual permite orientar y ordenar la gestión de la atención integral en salud de manera continua y consecuente con la situación de los pacientes, define como se mueven los pacientes dentro del modelo de atención, iniciando con una consulta de tamizaje de riesgo biopsicosocial que se encarga de detectar factores de riesgo que puedan generar enfermedades crónicas a futuro e identificar oportunamente los pacientes que deben ingresar al programa con el fin de realizar una remisión inmediata para valoración, confirmación del factor de riesgo y manejo por la unidad de gestión clínica (UGC) especializada. La ruta completa del modelo de atención PAIEC se describe en el anexo C.

Con el análisis de indicadores y contexto general de la IPS GESENCRO sede Buenaventura se evidenciaron dos situaciones críticas que afectan directamente el ingreso y recorrido del paciente por el modelo de atención en salud, la primera es el número de paciente



que están inscritos en el programa respecto a lo esperado según los reportes de prevalencia e incidencia de HTA y DM a nivel país y región, lo anterior pone de manifiesto dificultades en la captación de pacientes que cumplen criterios para ingresar al programa PAIEC. El segundo punto es la falta de realización y diligenciamiento de la clasificación individual del riesgo en salud (solo el 34% de los pacientes estudiados reporta información de la clasificación de riesgo cardiovascular) una vez ingresan los pacientes al modelo de atención.

### **6.1.1 Mejora en la captación de usuarios para el programa PAIEC.**

Uno de los aspectos claves en los modelos de gestión del riesgo en salud para evitar la progresión de la enfermedad y posibles complicaciones derivadas de la misma, es la búsqueda y captación oportuna de pacientes con factores de riesgo o que ya presenten la condición, tales como Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus. La propuesta para mejorar la captación es:

- Se define realizar mesas técnicas con los equipos de Calidad y Gestión del riesgo del asegurador y prestador de servicios de salud, desde el inicio de la negociación para definir los anexos técnicos e igualmente realizar un análisis integral de las características de la población objeto y definir sus necesidades en salud, de igual manera definir las actividades e intervenciones en salud para el prestador primario y complementario, con el fin de implementar una ruta de atención integral y mitigar el riesgo de fragmentación en la prestación del servicio de salud. Se plantea además la realización trimestral de mesas de trabajo para evaluación de la población y así redefinir las necesidades de atención en salud y de esta forma asegurar la remisión oportuna entre nivel primario y complementario.
- La auxiliar de enfermería de la UGC realizará el seguimiento telefónico diario de los paciente que estén registrados en la base de datos de hospitalizados con diagnóstico de

HTA, DM o con complicaciones derivadas de las mismas, concretando con el paciente o sus acudientes la asignación de cita de ingreso al programa PAIEC y asegurará su correspondiente seguimiento una vez egresen de hospitalización.

- Implementar la medición del indicador de captación de pacientes al programa PAIEC, el cual será evaluado y socializado en el comité de calidad por el área de gestión del riesgo y calidad, con el objetivo de modificar los planes de acción propuestos para la captación, dicha modificación se realizará de acuerdo a los resultados obtenidos mensualmente.

*Porcentaje Captación Pacientes HTA y DM = Casos captados/Casos esperados x 100.*

**Cuadro 6.** Ficha Técnica Indicador de Captación.

<b>Indicador</b>	<b>Numerador</b>	<b>Denominador</b>	<b>Estándar</b>
% Captación paciente con HTA y DM	Número de casos de pacientes con diagnóstico confirmado de HTA y DM.	Número de afiliados (Poblacion en riesgo de desarrollar la enfermedad) por la prevalencia de cada enfermedad (HTA y DM)	Bajo: < 40% Medio: 40 - 60% Superior: > 60%

Fuente: Elaboración propia.

- Fortalecimiento de la aplicación por parte del equipo de enfermería de la estrategia “CONOCE TU RIESGO PESO SALUDABLE”, promulgada por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual identifica la probabilidad de presentar Enfermedades Cardiovasculares y Diabetes Mellitus en los siguientes 10 años, la estrategia impacta sobre el riesgo individual y poblacional, definiendo las intervenciones que cada persona o grupo de individuos deben recibir de acuerdo a su perfil de riesgo, debe ser aplicada a todos los pacientes mayores de 18 años que se expongan al modelo de atención y serán difundida a través de medios de comunicación masiva. Se propone además para la captación de pacientes con Enfermedad Renal Crónica, realizar tamización de pacientes con enfermedades precursoras a través de la toma de creatinina sérica y estimar la tasa de filtración glomerular a partir de los resultados obtenidos, actividad que debe ser realizada

por el equipo extramural una (1) vez cada mes, en sitios de alta concentración de pacientes.

### **6.1.2 Asegurar la realización de la clasificación del riesgo individual en salud.**

La identificación, análisis y clasificación del riesgo individual es el punto de partida para la gestión del riesgo en salud, permite definir qué ruta de atención corresponde a cada paciente.

La IPS GESENCRO realiza la clasificación general del riesgo basada en la Enfermedad Renal Crónica, la cual ha sido establecida como enfermedad trazadora por la Cuenta de Alto Costo Renal en Colombia.

El sistema de información utilizado para registrar la historia clínica de los pacientes atendidos en el programa PAIEC, cuenta con un despliegue tecnológico que permite realizar diversas escalas para clasificar el riesgo del paciente según la patología correspondiente; para los pacientes con riesgo cardiovascular cuenta con la escala de Framingham ajustada para Colombia. La propuesta para mejorar la clasificación individual del riesgo consiste en:

- Crear una política de obligatoriedad y estricto cumplimiento por la dirección científica para ser aplicada por parte del personal médico (General y Especializado) orientada al fortalecimiento de la calidad de la historia clínica, dejando debidamente diligenciado la escala de Framingham a todo paciente que se encuentre en el programa PAIEC y realizar la correspondiente auditoría de historia clínica por parte de las coordinaciones médicas cada mes.

## **6.2 Gestión Clínica**

La IPS GESENCRO sede Buenaventura presenta desviaciones en dos de los indicadores definidos como prioritarios de acuerdo a la Cuenta de Alto Costo Renal, control de índice de

masa corporal y control de LDL, ambos están directamente relacionados con adopción de estilos de vida saludables y determinantes distales de la salud, estos hallazgos demuestran una oportunidad de mejora en el proceso de gestión clínica.

Como estrategia de gestión clínica se plantea adoptar un modelo de Disease Management, o Gestión de la Enfermedad, o Atención Gestionada, el cual se define como un sistema de coordinación de intervenciones en salud y comunicaciones, para poblaciones con condiciones en las que el autocuidado juega un papel significativo. Según (OMS; Kaiser Permanente; Ministerio de Salud y Protección Social y Dueñas 2018) la gestión de la enfermedad comprende los siguientes componentes claves:

- Estrategias y procesos de identificación de la población.
- Intervenciones de autocuidado dirigidas a influenciar la población objetivo para que lleve a cabo cambios de comportamiento.
- Reporte rutinario y retroalimentación, lo cual puede incluir comunicaciones con paciente, médicos, asegurador y prestadores de apoyo.
- Evaluación continua de desenlaces clínicos, humanísticos y económicos, con el fin de mejorar la salud agregada de la población.
- Evaluación exhaustiva de necesidades físicas, fisiológicas, económicas y ambientales.
- Proyectos proactivos de promoción de la salud que mejoran la concientización del individuo sobre los riesgos asociados con ciertos comportamientos y estilos de vida personales.
- Educación y metas de gestión de la salud centradas en el paciente, que pueden incluir prevención primaria, programas de modificación de comportamientos, y apoyo para garantizar la concordancia entre el paciente y el prestador del nivel básico.

Después de realizar revisión de la literatura, no se encuentran estudios académicos con metodologías cualitativas que evalúen la percepción de los pacientes de una cohorte cardiovascular de Buenaventura sobre los estilos de vida saludable y el autocuidado de la salud; por tal motivo se propone que el equipo del componente transversal (Psicología, Nutrición y Trabajo Social) aplique la metodología de grupos focales de pacientes, durante un periodo de 3 meses, como metodología de investigación, por medio de la cual se generen espacios de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los pacientes pertenecientes al programa de atención integral de enfermedades crónicas, por medio de esta metodología se pueden obtener datos cualitativos que permitan generar acciones que impacten en el autocuidado de la salud y de esta manera intervenir el componente individual de la gestión integral del riesgo en salud. Se sugiere además que dicho equipo inicie la implementación de manera mensual de la estrategia de “ESCUELA DE PACIENTES” con la cual se pueden intervenir los siguientes principios fundamentales: autocuidado de la salud, empoderamiento del paciente, corresponsabilidad, formación entre pares, red de apoyo y participación comunitaria.

En cuanto al componente colectivo de la gestión integral del riesgo en salud a cargo de la entidad territorial, se plantea como acción de mejora, en primera medida visibilizar el problema de la obesidad y dislipidemia que presenta la población objeto de este estudio, dejar de manifiesto la mayor carga de enfermedad derivada de estas dos variables y analizarlo a luz de la mayor mortalidad que se presenta en la región por causas de origen cardiovascular, con lo anterior se pretende que el Distrito de Buenaventura, a través, de su secretaria Distrital de Salud propenda por acciones a nivel intersectorial: Educación, recreación, deporte, que a la postre demuestren mejoras en la calidad y expectativa de vida de los habitantes de la región.

Es relevante además para la gestión clínica la adopción y/o adaptación de Guías de Práctica Clínica - GPC - que permitan el mejor uso de la evidencia científica disponible y reducir la heterogeneidad en la práctica clínica, consideramos existe una oportunidad de mejora en este punto, debido a que la IPS GESENCRO tiene GPC actualizadas, sin embargo, no se realiza una revisión sistemática del cumplimiento de las recomendaciones trazadoras de dichos documentos.

### **6.3 Gestión de la Calidad de la Atención**

El modelo de atención basado en gestión de riesgo en salud de la IPS GESENCRO se concreta a través de la formulación de rutas, protocolos, guías, planes de atención, descripción de procesos y procedimientos, en toda esta gestión documental se encuentran descritas la realización de tres (3) actividades críticas: PRE-CONSULTA, CONSULTA Y POST-CONSULTA, con lo anterior se pretende asegurar el cumplimiento de los planes de atención de acuerdo a los riesgos identificados e intervenirlos antes de que se materialice el riesgo primario y se traduzca en empeoramiento de la salud de los pacientes y necesidad de consumo de bienes y servicios que pudieran evitarse; en lo anterior evidenciamos una importante oportunidad de mejora, debido a que la IPS GESENCRO Buenaventura no realiza el ciclo completo descrito de pre-consulta a post-consulta en todas las atenciones, con lo anterior se impacta de manera negativa en la accesibilidad, continuidad y oportunidad, atributos fundamentales de la calidad de la atención en salud. A su vez la realización incompleta de estas actividades puede generar un aumento de las ineficiencias y desperdicios en salud, puesto que suponen la realización tardía de un procedimiento prioritario y/o la valoración inoportuna de un especialista. Para lo anteriormente descrito, se propone la realización de dos actividades que han demostrado tener impacto positivo en la mejoría de la calidad de la atención en salud:

- Aplicación de análisis de causa raíz por el área de gestión del riesgo y calidad, a los eventos adversos e incidentes reportados mensualmente, con lo cual se pretende contextualizar la situación actual de los atributos del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud dentro del modelo de atención (Pertinencia, Accesibilidad, Continuidad, Oportunidad y Seguridad), sintetizar conceptos sobre la vigilancia como instrumento para la implementación de acciones y promover el abordaje de la cultura organizacional como un elemento primordial de la implementación del modelo de atención.
- Implementación por parte de la coordinación médica de la metodología de paciente trazador como herramienta estratégica de auditoría, acreditación y desarrollo de políticas de seguridad del paciente, que permita la evaluación individual y sistemática de la prestación de los servicios de salud mediante el seguimiento del paciente, con el fin de detectar las dificultades experimentadas desde su ingreso, durante su estancia, proceso de tratamiento y egreso programado del modelo de atención, la cual se llevará a cabo mensualmente.

#### **6.4 Gestión de la Humanización de la Atención**

La política de humanización de servicios de salud, decretada por el MSPS, busca que las instituciones que presten servicios de salud, brinden una atención hacia el servicio integral del usuario y su familia, ofreciendo una asistencia con calidad humana, que responda a sus necesidades y expectativas físicas, sociales y espirituales, mediante el trato amable, personalizado y de respeto, basados en los deberes y derechos de los pacientes. Es un componente de fundamental desarrollo del área de calidad de toda institución prestadora de servicios de salud y de especial cumplimiento para lograr acreditación de alta calidad.

En la IPS GESENCRO Buenaventura en su gestión documental no se encontró una política escrita sobre humanización de la atención, se evidencia que su implementación se realiza de forma verbal. La propuesta para mejorar la humanización de la atención consiste en:

- Crear una política de atención humanizada que incluya criterios para el paciente y el personal de la institución, la cual debe contemplar las estrategias a desarrollar, contar con el direccionamiento estratégico desde la gerencia, apoyo de los comités de ética, la gerencia del talento humano, salud y seguridad en el trabajo y atención al usuario.

## **6.5 Gestión de las Tecnologías en Salud incluyendo Sistema de Información**

Los Sistemas de Información y Comunicación - SIC, son los métodos, procesos, canales, medios y acciones con un enfoque sistemático y regular, que aseguren el flujo de información a todas las áreas de la organización con calidad y oportunidad. Esto permite a los funcionarios cumplir con las responsabilidades individuales y grupales asignadas de forma oportuna.

El uso de las SIC, en la atención en salud constituye una herramienta para mejorar el impacto de las intervenciones en la comunidad y a nivel individual, permitiendo un acceso más eficiente a los servicios, mejorando la oportunidad de la atención y la costo-efectividad de los tratamientos. Uno de los grandes escenarios para la implementación de las SIC son los Software Médico o Sistemas de Gestión Institucional, los cuales ayudan a los funcionarios de las instituciones a tener conectividad electrónica y soportes avanzados en el momento de la atención de los pacientes. Estos sistemas se pueden implementar con fines asistenciales, administrativos, para el manejo de información de interés en salud pública, reportes epidemiológicos, seguimiento a pacientes entre otros. Su objetivo al interior de las instituciones es el de mejorar la eficiencia de la gestión en el servicio de salud.



La IPS GESENCRO implementó un sistema de información y comunicación llamado GOMEDISYS, en el cual encontramos algunas dificultades para apoyar la gestión integral del riesgo en salud, debido a que sus interfaces no permiten la evaluación expedita de diferentes ayudas diagnósticas (laboratorios, imágenes y ayudas cardiovasculares) durante el diligenciamiento de la historia clínica, teniendo que realizar un complicado paso a paso para la revisión de la información, con lo anterior se generan incumplimientos en los registros clínicos y demoras en la duración de las consultas, lo cual a la postre genera disminución en la calidad del dato registrado e inconformidades en el usuario por tiempos de espera prolongados. En el área administrativa el SIC presenta dificultad para la minería de datos, actualmente el equipo de calidad tiene que realizar estas funciones de manera manual, presentando alto riesgo de pérdida de la información y requiriendo realizar validaciones múltiples para evitar errores estadísticos, lo anterior conlleva una mayor utilización de tiempo en dichas funciones. La propuesta para mejorar los sistemas de información y comunicación consiste en:

- Lograr interoperabilidad de los diferentes aplicativos utilizados para la atención de los pacientes, lo cual facilite su utilización y búsqueda de la información.
- Crear un sistema de alarmas y modelos predictivos que permita identificar pacientes de alto riesgo, dar accesibilidad, continuidad y oportunidad en la prestación de los servicios y que genere alertas inmediatas cuando se reportan alteraciones en laboratorios y ayudas diagnósticas que puedan agravar la condición clínica del paciente.
- Realizar desarrollos en el software que permitan una fácil recolección y extracción de los datos, con el objetivo de disminuir los errores humanos y los tiempos para obtención de los reportes necesarios.

## **6.6 Negociación y Contratación con Aseguradores.**

La IPS GESENCRO Buenaventura tiene contratada la prestación de servicios de salud con un asegurador del régimen subsidiado y otro del régimen contributivo, los dos bajo la modalidad de Pago Global Prospectivo -PGP-. Como lo describen (Porter, 2016; Abel, 2016 y Dueñas 2019) proponemos avanzar hacia un PGP por grupo de riesgo, en el cual se reconoce una suma fija de dinero para un periodo de tiempo, con el objetivo de cubrir las tecnologías en salud requeridas para la atención integral de un grupo de riesgo, especialmente enfermedades crónicas o enfermedades cuya duración es de varios periodos, para los casos prevalentes y los nuevos casos que aparezcan durante el periodo contractual dentro de una población en un área geográfica. Se propone además concertar modalidades de pago por desempeño, debido a que este mecanismo permite alinear el esfuerzo del prestador con los objetivos de los aseguradores y lograr un alto desempeño en el ciclo de atención en salud; proponemos también realizar el análisis de las evitabilidades, iniciando por las hospitalizaciones, como estrategia de riesgo compartido entre los aseguradores y prestadores, teniendo en cuenta que los primeros son responsables por el riesgo primario por una mayor incidencia de enfermedades y los segundos lo hacen por el riesgo técnico, el cual depende de su habilidad para manejar la calidad y eficiencia en el proceso de atención. Adicionalmente sugerimos que en los equipos de contratación de la IPS GESENCRO se haga partícipe al personal asistencial, teniendo en cuenta sus consideraciones para la elaboración de los anexos técnicos.

Con la aplicación del plan de mejora descrito se pretende generar impacto social en los distintos grupos de interés de la siguiente manera:

- Los pacientes serán atendidos bajo un modelo de gestión integral del riesgo en salud, con una estrategia de gestión de la enfermedad, la cual tiene como objetivo la detección temprana de riesgos y el fortalecimiento de las medidas de autocuidado, con lo anterior se mejora los resultados en salud, el control de la enfermedad y se impacta la calidad de vida de los pacientes intervenidos bajo el modelo de atención generando valor.
- Los aseguradores que han delegado en la IPS GESENCRO la atención de sus pacientes se verán beneficiados debido a que el modelo de atención impacta en el control de riesgos y con esto se logra disminuir la siniestralidad.
- Con la creación, divulgación y ejecución de la política de humanización de la atención, se pretende impactar en el clima laboral del equipo de la IPS GESENCRO Buenaventura, propendiendo por el trato interpersonal y al usuario con respeto, amabilidad y calidad, así como el fortalecimiento de la aplicación de los valores institucionales y del fortalecimiento de las habilidades y competencias del talento humano.
- Con la implementación del plan de mejora se pretende visibilizar los problemas de salud de la población derivados de los determinantes intermedios de la salud, los cuales serán analizados en las mesas intersectoriales, generando propuestas de solución que pueden ser tenidas en cuenta por el Ente Territorial.

En el Anexo D se encuentra la descripción detallada de las actividades propuestas en el plan de mejora con su respectivo objetivo, metodología, responsable, insumo y cronograma de realización, el cual puede ser modificado por la IPS GESENCRO Buenaventura de acuerdo con sus necesidades y disponibilidad de tiempo.

## 7. Conclusiones

- La IPS GESENCRO es una institución de mediana complejidad ambulatoria, la cual cuenta con un programa de atención integral de enfermedades crónicas, el cual tiene como objetivo gestionar riesgos cardiometabólicos y renales, con el análisis de los indicadores propuestos en el presente trabajo se evidencia que el control de presión arterial y diabetes mellitus se encuentra en un desempeño superior frente al estándar establecido por la Cuenta De Alto Costo Renal, a su vez se encontró que los pacientes estudiados se mantuvieron o mejoraron la tasa de filtración glomerular durante el periodo de estudio, con lo anterior podemos inferir que se cumple con uno de los objetivos primordiales de una IPS de renoprotección, el cual es retardar la progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Sin embargo, los indicadores desviados, demuestran dificultad en el control de LDL, IMC y Hemoglobina Glicosilada, para lo cual se ha descrito previamente intervenir la gestión clínica a través de un modelo de gerenciamiento de la enfermedad, creación de grupos focales y escuelas de pacientes.
- Los pacientes objetivo del presente estudio pertenecen a regímenes de afiliación de seguridad social diferentes, una población del régimen subsidiado con la cual la IPS GESENCRO tiene contratado solo el componente complementario y otra población del régimen contributivo a la cual le prestan servicios de puerta de entrada y componente complementario, el análisis de los datos demostró que la exposición al programa de atención integral de enfermedades crónicas se presentó 11 años antes en el régimen contributivo, con lo cual queda de manifiesto la importancia de la prestación de servicios

de salud no segmentados, en donde se pueda realizar la gestión clínica de los pacientes de manera integral e intervenir los riesgos detectados con mayor antelación.

- El presente estudio revela que los indicadores con mayor desviación frente a los estándares establecidos por Cuenta de Alto Costo Renal son el índice de masa corporal - IMC - y el control de LDL, con cumplimiento en metas de IMC del 31,5% y 16,6% para los pacientes del régimen subsidiado y contributivo respectivamente; el indicador control de LDL se comporta de manera similar en régimen subsidiado y contributivo, con un control del 40,7%. Lo descrito anteriormente pone de manifiesto el alto riesgo metabólico que presentan los pacientes estudiados, los cuales requieren intervenciones diferenciales que incluyan la gestión del riesgo individual por parte del prestador de servicios de salud, así como un enfoque desde los determinantes sociales de la salud, con la consecuente participación del ente territorial en el componente de la gestión colectiva del riesgo en salud, es importante resaltar que el análisis de la relación entre las estructuras socioeconómicas de la población y el proceso de obtención de la salud y bienestar no es nuevo, por tanto queremos retomar la propuesta del enfoque de los determinantes sociales de la salud como parte fundamental de la solución de los problemas aquí descritos.
- Respecto de la caracterización sociodemográfica de la población estudiada, no se pueden realizar conclusiones sobre la variable escolaridad/nivel educativo, debido a que solo se obtuvo información en el 1,5% de los pacientes, consideramos importante mejorar en el registro de dicha información con el objetivo de tener un conocimiento más amplio de la población atendida y de esta forma orientar acciones diferenciales para impactar en los

componente de autocuidado de la salud, empoderamiento del paciente, corresponsabilidad, formación entre pares, red de apoyo y participación comunitaria, los cuales se sugieren implementar a través de la estrategia de escuela de pacientes.

- La seguridad de los pacientes es imprescindible para las organizaciones y el funcionamiento del modelo de atención. Tiene una relación directamente proporcional con la calidad de la atención brindada, así como también de los costos que conlleva su prestación. La IPS GESENCRO debe garantizar los elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Por ser uno de los ejes fundamentales del Sistema Único de Acreditación en Salud; la IPS GESENCRO debe de fortalecer la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad como herramienta necesaria para demostrar costo-efectividad.

## 8. Referencias Bibliográficas

American Diabetes Association- ADA (2020). *Los Standards of Medical Care in Diabetes 2020*. <https://www.diabetes.org/diabetes>

American Heart Association- AHA (2020). *Guías de Hipertensión Arterial de la ISH en el 2020*. <https://international.heart.org/es/home>

ASIS-Buenaventura (2018). *Análisis de la Situación de Salud del Distrito de Buenaventura, durante el año 2018*.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-buenaventura-2018.pdf>

Cuenta de Alto Costo - CAC (2019). *Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2019*. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. p.65. [https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2020/06/CAC.Co\\_2020\\_06\\_24\\_Libro\\_Sit\\_ERC\\_2019V7.pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2020/06/CAC.Co_2020_06_24_Libro_Sit_ERC_2019V7.pdf)

Concejo Distrital Buenaventura-Valle(2016-2019) (2016,29 de mayo). *Plan de desarrollo del distrito de Buenaventura para el periodo 2016-2019*.  
<https://www.buenaventura.gov.co/categorias/nuestros-planos>

DANE (2021, 24 de mayo). *Boletín Defunciones por Covid-19*.  
<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/defunciones-covid19/boletin-defunciones-covid-2020-02mar-2021-09may.pdf>

Eduardo Dueñas Manosalva (2020). Pontificia Universidad Javeriana Cali - *Módulo de Gestión del Aseguramiento - Maestría Gerencia de Organizaciones en Salud*.

EPS Compensar (2016). *Modelo de Atención en Salud*.

<https://corporativo.compensar.com/compras/documents/MODELODEATENCIONENSALUD.pdf>

FEDESARROLLO-CERAC (2013). (2013, 2 de diciembre). *Hacia un desarrollo integral de la ciudad de Buenaventura y su área de influencia*.

<https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/198/Hacia%20un%20desarrollo%20integral%20de%20la%20ciudad%20de%20Buenaventura%20y%20su%20area%20de%20influencia%20-%20Informe%20final%202013.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Ley 1122 de 2007. (2007, 9 de enero). Congreso de la República de Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Ley 1751 de 2015. (2015, 16 de febrero). Ministerio de Salud y Protección Social.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Para el Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años*.

[http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Conv\\_637/GPC\\_diabetes/DIABETES\\_TIPO\\_2\\_COMPLETA.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_diabetes/DIABETES_TIPO_2_COMPLETA.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA)*.

[http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Conv\\_500/GPC\\_hta/GPC\\_HTA\\_Profesionales\\_2aEd.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_hta/GPC_HTA_Profesionales_2aEd.pdf)



Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Gestión Integral del Riesgo en Salud*.  
[https://www.dssa.gov.co/images/botones\\_n/mias\\_pais/documentos/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf](https://www.dssa.gov.co/images/botones_n/mias_pais/documentos/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019, 27 de septiembre). *Resolución 2626 de 2019 - Modelo de Acción Territorial - MAITE*.  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf)

Nuño-Solinis, R. (2015). Estudio de Caso - Kaiser Permanente. *Deusto Business School Health*,  
[https://www.researchgate.net/publication/303524096\\_Estudio\\_de\\_caso\\_Kaiser\\_Permanente](https://www.researchgate.net/publication/303524096_Estudio_de_caso_Kaiser_Permanente)

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Conferencia Sanitaria Internacional*.  
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana*. <https://www.who.int/whr/2002/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*. [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/es/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/).

Pérez-Flórez, M. y Ruiz-Buitrago, IC. (2020). Tendencias de la mortalidad 2002-2014 en los departamentos de la región del Pacífico de Colombia. *Rev. Fac. Nal. Salud Pública*, 38(1), 15. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v38n1e335788>

Proyecto de Ley 10 de 2020. (2020, 21 de julio). Senado de la República de Colombia. Gaceta Oficial No. 528.

República de Colombia. *Constitución Política de Colombia*. (1991). Artículo 49.

Resolución 1740 de 2008. (2008, 20 de mayo). Ministerio de la Protección Social.

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n\\_1740\\_de\\_2008.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_1740_de_2008.pdf)

Resolución 1841 de 2013. (2013, 28 de mayo). *Plan Decenal Para la Salud Pública*.

Ministerio de Salud y Protección Social. p.90.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Resolución 429 de 2016. (2016, 17 de febrero). *Se adopta la Política de Atención*

*Integral en Salud*. Ministerio de Salud y Protección Social.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf)

Rodríguez, J; Ruiz, F; y Peñaloza, E. (2009). *Encuesta Nacional de Salud 2007*

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>

RTS Colombia y Universidad del Rosario (2015). *Impacto de la implementación de un modelo de gestión integral de atención de la enfermedad y cuidado coordinado en la población en diálisis en Colombia*.

Universidad de Antioquia (2015). *Implementación de la gestión de riesgo en los procesos misionales de la sección de dermatología de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia) siguiendo las directrices de la norma ISO 9001: 2015*.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272017000200078&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272017000200078&script=sci_abstract&tlng=es)

## 9. Anexos

## **ANEXO A. Metodología y Plan de Análisis de Indicadores.**

Para los diferentes análisis se usaron dos fuentes principales: Una base de datos construida a partir de las bases de datos mensuales disponibles en el programa para variables sociodemográficas y clínicas y las bases de datos del programa de cada corte trimestral (marzo 2020, junio 2020, septiembre 2020, diciembre 2020) para el cálculo de indicadores. Los cálculos y análisis fueron realizados a través de hojas de cálculo Excel y herramienta de Business Intelligence Manager Power BI de sistema ofimático Office.

El estudio se realizó entre el periodo enero y diciembre de 2020, seleccionando aquellos pacientes que son considerados hacen parte del modelo de atención a enero 2020 y todos los demás que ingresaron durante el periodo hasta diciembre de 2020. Para la descripción de las variables sociodemográficas y clínicas se tomó la totalidad de la población (5.151 pacientes) y para el cálculo trimestral y análisis de los indicadores de gestión y resultado objeto de este estudio se seleccionaron los pacientes con un tiempo de permanencia mayor o igual a seis (6) meses en el programa.

Inicialmente se seleccionaron los pacientes adscritos al programa PAIEC en enero de 2020, de cada una de las bases de datos mensuales del programa (febrero a diciembre de 2020), se identificaron aquellos pacientes que permanecían en el programa, así como su “estado” y se constituyó una sola base de datos del estudio. A este grupo de pacientes, desde la base de datos del programa, se le migró y registró la información sociodemográfica y clínica descrita en la base de datos del programa del mes de diciembre de 2020. (Variables: Edad, Escolaridad, Zona, Régimen de afiliación, Estado en el programa, Causa de egreso, Diagnóstico, TFG final del periodo, Clasificación según grado y estadio de ERC, clasificación de riesgo cardiovascular,

clasificación IMC). Las variables tiempo de permanencia en el programa, No pérdida de función renal, así como los indicadores de gestión y resultado fueron calculados durante el estudio.

Para definir el “tiempo de permanencia” de los pacientes en el programa, se estimó una “fecha de egreso” la cual fue definida identificando el primer mes de la base de datos del programa donde se registró al paciente en “estado egreso” y posteriormente comparada con la fecha de ingreso. Aquellos pacientes que no egresaron se tomó como fecha final 31 diciembre de 2020.

Dado que los pacientes tenían diferencias en el tiempo de permanencia en el programa, para el análisis trimestral de los indicadores de gestión y resultados objeto de evaluación en este estudio, se seleccionaron los pacientes con seis (6) o más meses de permanencia en el programa tomando como referencia la diferencia entre cada el día 30 de cada periodo de corte trimestral Vs “fecha de ingreso” al mismo.

La no pérdida de función renal fue estimada teniendo en cuenta los pacientes coincidentes entre enero y diciembre de 2020 con TFG registrada en la base de datos del programa del mes correspondiente.

#### 1. DEFINICIÓN DE VARIABLES:

- **Edad:** Tiempo vivido por una persona desde su nacimiento. Hace referencia al tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento del paciente hasta el 31 diciembre de 2020. Se usa una variable cuantitativa continua, resumida como mediana.
- **Sexo:** Conjunto de los individuos que comparten una misma condición orgánica. Se usa una variable categórica nominal descrita como Femenino (F) y Masculino (M).
- **Escolaridad:** Años cursados y aprobados según el sistema educativo en Colombia. Se usa una variable categórica ordinal con las categorías descritas en las bases de datos del

programa (Ninguna, Primaria incompleta, Primaria completa, Bachillerato completo, Técnico, Universitario, Sin dato)

- **Zona:** Sector de una superficie o de un terreno donde reside el paciente. Se usa una variable categórica nominal con las categorías descritas en las bases de datos del programa (Rural, Urbana, Sin dato).
- **Régimen de Afiliación:** Tipo de vinculación de los pacientes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se usa una variable categórica nominal descrita como Subsidiado y Contributivo).
- **Estado en el programa:** Condición del paciente en el programa de acuerdo con el nivel de asistencia a consulta médica al mismo. Se usa una variable categórica nominal descrita como: *Activo asistente*: paciente con atención médica en los últimos tres (3) meses, *Inasistente*: paciente con atención médica en los últimos 3-6 meses), *Abandonó*: paciente con atención médica mayor o igual a 6 meses), *Egreso*: Paciente que ya no pertenece al programa. Los pacientes inasistentes y abandono pudieron o no asistir a consultas diferentes a la consulta médica).
- **Egresos:** Causa de finalización de atenciones del paciente en el programa. Se usa una variable categórica nominal con las categorías descritas en las bases de datos del programa: Fallecimiento, Descarta diagnóstico, Alta voluntaria, Diálisis, Desafiliación, Movilidad (a otras zonas de no cobertura del programa), Egreso clínico (el paciente no tiene condiciones clínicas para permanecer en el programa).
- **Diagnóstico:** Condición clínica identificada en los pacientes dentro del programa. Se usa una variable categórica nominal con las categorías descritas en las bases de datos del

programa: Hipertensión arterial, Hipertensión Arterial + Diabetes, Diabetes, Otro (condición clínica diferente a las descritas en las demás categorías de esta variable).

- **Tasa de Filtración Glomerular – TFG final del periodo:** Volumen de líquido filtrado por el riñón por unidad de tiempo, estimado a través de fórmula de Cockcroft Gault en pacientes que pertenecen al programa al final de período (31 diciembre 2020) y registran cálculo en la base de datos. Se usa una variable cuantitativa continua, resumida como mediana.
- **Clasificación según grado y estadio de ERC:** Cualificación de nivel de filtración del riñón de acuerdo con los resultados de la Tasa de Filtración Glomerular, de menor a mayor gravedad. Se usa una variable categórica ordinal con las categorías descritas en las bases de datos del programa. Grado 1 (TFG >90) Grado 2 (TFG 60 -90) Estadio 3A (TFG 45- 59,9), Estadio 3B (TFG 30 -44,9), Estadio 4 (TFG 15 -29,9), Estadio 5(TFG <15). No estudiados (pacientes sin información de TFG).
- **Clasificación de riesgo cardiovascular – RCV:** Cualificación del riesgo de los pacientes de sufrir eventos cardiovasculares mayores. Se usa una variable categórica ordinal de acuerdo con las descritas en el programa (Moderado, Alto, Muy Alto, Sin dato).
- **Clasificación Índice de Masa Corporal – IMC:** Es una razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo para clasificar el estado nutricional de los pacientes. Se usa una variable categórica ordinal de acuerdo con lo descrito en la base de datos del programa. Bajo peso (IMC <18,5), Peso Normal (IMC 18.5-24.9), Sobrepeso (IMC 25-29.9), Obesidad grado 1(IMC 30-34.9), Obesidad grado 2(IMC 35-39.9), Obesidad grado 3(IMC >40).

- **Sin pérdida de función renal:** Diferencia entre la TFG final e inicial de un paciente entre enero de 2020 y diciembre de 2020. Se considera no pérdida de función renal en aquellos pacientes cuya diferencia entre la TFG final (diciembre 2020) y la inicial (TFG enero 2020) es mayor o igual a -5.

## 2. DEFINICIÓN DE INDICADORES CLÍNICOS:

Indicador	Numerador	Denominador	Estándar
Control de TA < 60 años	Número de pacientes solo hipertensos < de 60 años con cifras de presión arterial inferiores a 140/90 mmHg en el último semestre.	Número de pacientes solo hipertensos < de 60 años	Bajo: < 40 % Medio: 40 – 60% Superior: >60%
Control de TA ≥ 60 años	Número de pacientes solo hipertensos ≥ de 60 años con cifras de presión arterial inferiores a 150/90 mmHg en el último semestre.	Número de pacientes solo hipertensos ≥ de 60 años	Bajo: < 40 % Medio: 40 – 60% Superior: >60%
Medición de Hemoglobina Glicosilada	Número de pacientes con solo diagnóstico de DM con medición de HbA1c en los últimos 6 meses	Número total de pacientes con solo diagnóstico de DM	Bajo: < 40 % Medio: 40 – 60% Superior: >60%
Control de Hemoglobina Glicosilada E1yE2	Número de pacientes con DM con HbA1c <7%	Número total de pacientes con diagnóstico de DM con ERC estadio 1-2 o sin ERC	Bajo: < 30 % Medio: 30 – 50% Superior: >50%
Control de Hemoglobina Glicosilada E3-5	Número de pacientes con DM con HbA1c <8%	Número total de pacientes con diagnóstico de DM con ERC estadio 3-4-5	Bajo: < 30 % Medio: 30 – 50% Superior: >50%
Medición de LDL en el último año	Número de pacientes del programa con medición de LDL en el último año	Número total de pacientes del programa	Bajo: < 40 % Medio: 40 – 60% Superior: >60%
Meta de LDL menor a 100 mg/dl	Número de pacientes del programa con niveles de LDL inferiores o iguales a 100 mg /dl en el último año	Número de pacientes del programa con medición de LDL en el último año	Bajo: < 30 % Medio: 30 – 50% Superior: >50%
Medición de Creatinina en el último año	Número de pacientes del programa con medición de creatinina en el último año	Número total de pacientes del programa	Bajo: < 50 % Medio: 50 – 70% Superior: >70%
Medición de Albuminuria/Creatinuria del último año	Número de pacientes del programa con medición de creatinina en el último año	Número total de pacientes del programa	Bajo: < 50 % Medio: 50 – 70% Superior: >70%
Control Índice de Masa Corporal	Número de pacientes del programa con medición de albuminuria/creatinuria en el último año	Número total de pacientes del programa	Bajo: < 40 % Medio: 40 – 60% Superior: >60%

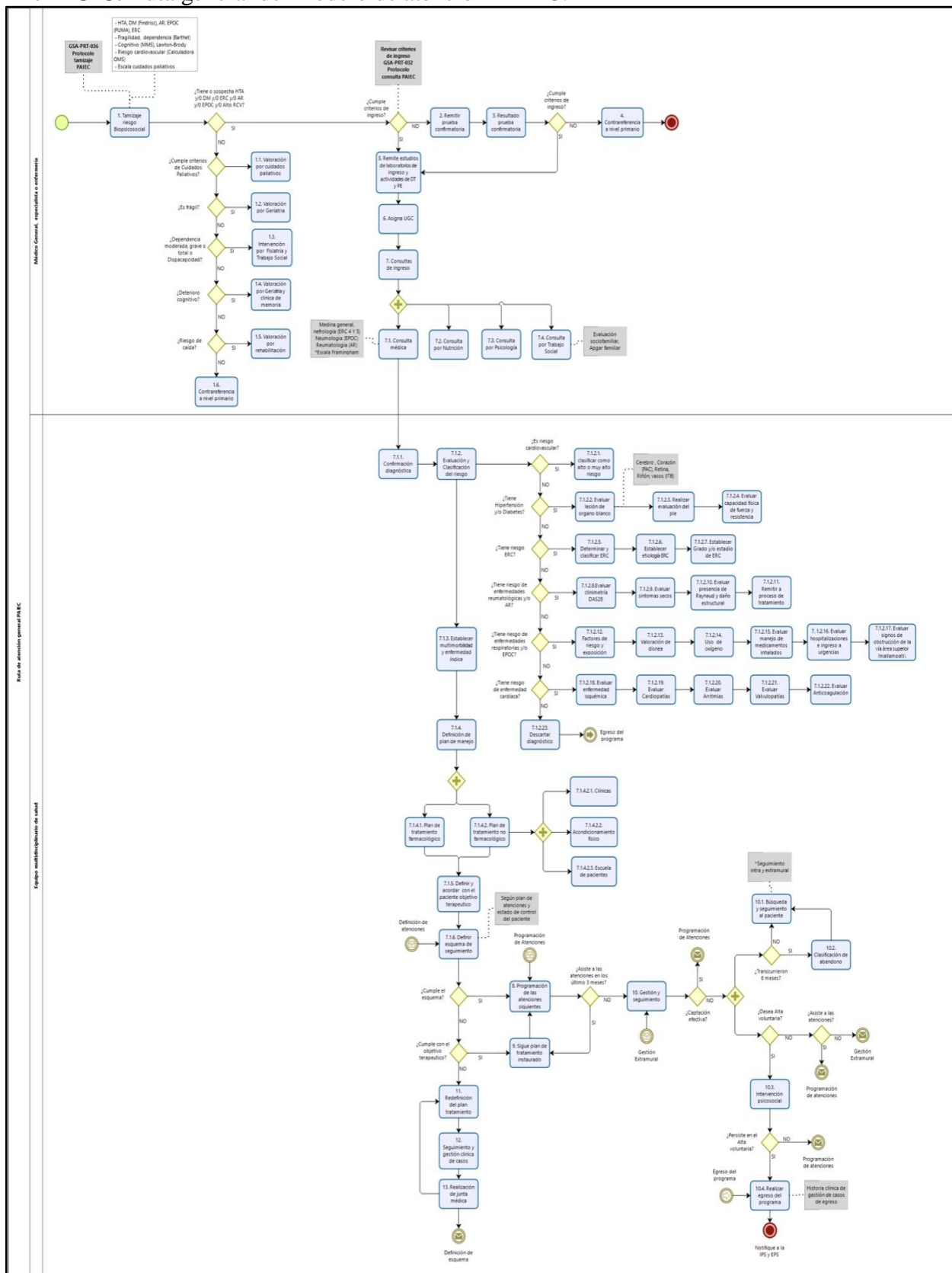


## ANEXO B. Plan de atención en el programa de enfermedades crónicas - Riesgo cardio metabólico renal. IPS GESENCRO

CUPS	ACTIVIDAD	Alto RCV Estadio 1-2 ERC Sin ERC	Alto RCV Estadio 3 ERC	Alto RCV Estadio 4 ERC	Muy Alto RCV Estadio 5 ERC	PROFESIONAL
		Año	Año	Año	Año	
<b>ATENCIONES</b>						
890205	Consulta de tamizaje para enfermedad crónica	1	1	1	1	Enfermera
890201	Consulta de primera vez por médico gestor (CLASIFICAR RIESGO)	1	1	1	1	Medicina general
890268	Consulta de primera vez por especialista en nefrología	0	1	1	1	Nefrología
890266	Consulta de primera vez por especialista en medicina interna	1	0	0	0	Medicina interna
890368	Consulta de control o de seguimiento por especialista en nefrología	0	3	5	11	Nefrología
890366	Consulta de control o de seguimiento por especialista en medicina interna	1	0	0	0	Medicina interna
890301	Consulta de control o de seguimiento por medicina general	2	0	0	0	Medicina general
890228	Consulta de primera vez por especialista en cardiología	0	0	0	1	Cardiología
890368	Consulta de control o de seguimiento por especialista en cardiología (según criterio clínico)	0	0	0	1	Cardiología
890244	Consulta de primera vez por especialista en endocrinología (Según criterio clínico)	0	0	0	0	Endocrinología
890344	Consulta de control o de seguimiento por especialista en endocrinología (Según criterio clínico)	0	0	0	0	Endocrinología
890249	Consulta de primera vez por especialista en geriatría (Según criterio clínico)	1	1	1	1	Geriatría
890349	Consulta de control o de seguimiento por especialista en geriatría (Según criterio clínico)	0	0	1	1	Geriatría
890261	Consulta de primera vez por especialista en medicina del deporte (Según criterio clínico)	1	1	1	1	Medicina del Deporte
890274	Consulta de primera vez por especialista en neurología (Según criterio clínico)	1	1	1	1	Neurología
890374	Consulta de control o de seguimiento por especialista en neurología (Según criterio clínico)	0	0	0	0	Neurología
890294	consulta de primera vez por especialista en urología (Según criterio clínico)	1	1	1	1	Urología
890394	consulta de control o de seguimiento por especialista en urología (Según criterio clínico)	0	0	0	0	Urología
890264	Consulta de primera vez por especialista en medicina física y rehabilitación (Según criterio clínico)	1	1	1	1	Medicina Física y Rehabilitación
890364	consulta de control o de seguimiento por especialista en medicina física y rehabilitación (Según criterio clínico)	0	0	0	0	Medicina Física y Rehabilitación
890240	Consulta de primera vez por especialista en cirugía vascular	0	0	0	1	Cx Vascular
890206	Consulta de primera vez por nutrición y dietética	1	1	1	1	Nutrición
890208	Consulta de primera vez por psicología	1	1	1	1	Psicología
890209	Consulta de primera vez por trabajo social	1	1	1	1	Trabajo Social
890305	Consulta de control o de seguimiento por Enfermería (post- consulta)	2	4	6	12	Enfermería
890306	Consulta de control o de seguimiento por nutrición y dietética (según criterio clínico)	1	1	3	4	Nutrición
890308	Consulta de control o de seguimiento por psicología (según criterio clínico)	1	1	2	2	Psicología
890309	Consulta de control o de seguimiento por trabajo social (según criterio clínico)	1	1	2	2	Trabajo Social
S42100	Servicio de atención farmacéutica de complejidad baja SOD	1	1	1	1	Químico Farmacéutico
931101	Modalidades cinéticas de terapia (acondicionamiento físico - según criterio clínico)	12	12	12	12	Educador físico
890109	Atención (visita) domiciliaria, por trabajo social (según criterio)	0	1	1	1	Trabajador Social
993106	Vacunación contra neumococo (según criterio clínico)	0	0	1	1	Auxiliar de enfermería/Enfermera
890105	Atención (Visita) Domiciliaria - Por Enfermería Incluye : Procedimientos Realizados Por Enfermera Profesional O Auxiliar De Enfermería Bajo Su Estricta Supervisión (Según Necesidad)	0	0	0	0	Enfermería
<b>Clinica de Diabetes (Según criterio clínico)</b>						
890205	Consulta De Primera Vez Por Enfermería	1	1	1	1	Enfermería
890305	Consulta De Control O De Seguimiento Por Enfermería	12	12	12	12	Enfermería
990204	Educación individual en salud, por Enfermería	4	4	4	4	Enfermería
<b>Clinica de Anticoagulación (Según criterio clínico)</b>						
890205	Consulta de primera vez por enfermería	12	1	1	1	Enfermería
890305	Consulta de control o de seguimiento por enfermería	12	12	12	12	Enfermería
990204	Educación individual en salud, por Enfermería (Telefónica)	12	12	12	12	Enfermería
<b>Escuela de pacientes</b>						
	Reconociendo la necesidad de cambio	1	1	1	1	Psicología - Trabajo Social
	Preparación: Enfermedad y Uso de medicamentos	1	1	1	1	Medicina - Enfermería
	Acción: Alimentación - Actividad Física	1	1	1	1	Nutrición - Medicina del Deporte
	Escuela de Cuidadores	1	1	1	1	Geriatría - Enfermería - Trabajo Social
<b>Taller educativo</b>						
	Insulinización	1	1	1	1	Enfermería
	Anticoagulación	1	1	1	1	Medicina general - Nutrición
	Uso de medicamentos (Inhaladores)	1	1	1	1	Medicina general - Enfermería
	Taller de cocina	1	1	1	1	Nutrición

LABORATORIOS Y AYUDAS DIAGNÓSTICAS						
902210	Hemograma IV (hemoglobina hematocrito recuento de eritrocitos índices eritrocitarios leucograma recuento de plaquetas índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma) automatizado	1	1	1	1	Laboratorio clínico
902213	Niveles de Hemoglobina	0	0	0	11	Laboratorio clínico
903815	Colesterol de alta densidad	1	1	1	1	Laboratorio clínico
903817	Colesterol de baja densidad semiautomatizado	1	1	1	1	Laboratorio clínico
903818	Colesterol total	1	1	1	1	Laboratorio clínico
903868	Triglicéridos	1	1	1	1	Laboratorio clínico
903895	Creatinina en suero u otros fluidos	1	4	6	12	Laboratorio clínico
P0001554	Cociente De Albuminuria Creatinuria	3	1	1	1	Laboratorio clínico
903841	Glucosa en suero u otro fluido diferente a orina	1	1	1	1	Laboratorio clínico
903843	Carga de glucosa	1	1	1	1	Laboratorio clínico
903427	Hemoglobina glicosilada manual o semiautomatizada (diabeticos)	4	4	4	4	Laboratorio clínico
907106	Uroanálisis con sedimentos y densidad urinaria	1	1	1	1	Laboratorio clínico
903803	Albumina en suero u otros fluidos	0	1	2	4	Laboratorio clínico
904913	Hormona paratoidea molecula media	0	1	2	4	Laboratorio clínico
907008	Sangre Oculta En Materia Fecal [Guayaco O Equivalente]	3	3	3	3	Laboratorio clínico
860205	Tuberculina Prueba [De Mantoux]	1	1	1	1	Laboratorio clínico
903866	Alt- Alanino Aminotransferasa	1	1	1	1	Laboratorio clínico
906610	Antígeno Específico De Prostata Semiautomatizado O Automatizado	1	1	1	1	Laboratorio clínico
903859	Potasio en suero u otros fluidos	4	4	4	4	Laboratorio clínico
903810	Calcio semiautomatizado	0	1	2	4	Laboratorio clínico
903835	Fosforo en suero u otros fluidos	0	1	2	4	Laboratorio clínico
906913	Proteina C Reactiva Alta Precision Automatizado	4	4	4	4	Laboratorio clínico
903801	Acido úrico en suero u otros fluidos (según criterio médico)	1	1	1	1	Laboratorio clínico
903856	Nitrogeno ureico (según criterio médico)	0	0	0	1	Laboratorio clínico
903823	Creatinina depuracion (según criterio médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
903862	Proteinas en orina de 24 horas (según criterio médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
903804	Albumina En Orina De 24 Horas (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
904902	Hormona estimulante del tiroides [TSH] (según criterio médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
903044	Saturacion De Transferrina Incluye : Determinacion De Hierro Serico Y Capacidad Total De Fijacion Del Hierro (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
903016	Ferritina (según criterio médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
903846	Hierro total (según criterio médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
903105	Acido folico (folatos) en suero (según criterio médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
903703	Vitamina b12 (cianocobalamina) (según criterio médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
906915	Prueba no treponemica manual (según criterio médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
903828	Deshidrogenasa Lactica (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
903833	Fosfatasa Alcalina (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
903809	Bilirrubinas Total Y Directa (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
902223	Recuento De Reticulositos Metodo Manual (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
903864	Sodio En Suero U Otros Fluidos (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
903856	Nitrogeno Ureico [Bun] (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
904921	Tiroxina Libre (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
902045	Tiempo De Protrombina [Tp] (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
903867	Transaminasa Glutamico Oxalacetica [Aspartato Amino Transferasa] (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
903706	Vitamina D 25 Hidroxi Total [D2 - D3] [Calciferol] (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
	Prueba Rapida De Vih Tercera Generacion (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Laboratorio clínico
881331	Ecografia De Riñones - Bazo - Aorta O Adrenales (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Imagen
895100	Electrocardiograma De Ritmo O De Superficie Sod	1	1	1	1	Imagen
951103	Fotografia A Color De Segmento Posterior Del Ojo	1	1	1	1	Imagen
871121	Radiografia De Torax ( P. A. O. A. P. Y Lateral - Decubito Lateral - Oblicuas O Lateral Con Bario)	1	1	1	1	Imagen
881202	Ecocardiograma Transtoracico	1	1	1	1	Imagen
452301	Colonoscopia Total	1	1	1	1	Imagen
441302	Esofagogastroduodenoscopia [Egd] Con O Sin Biopsia	0	0	0	0	Imagen
894102	Prueba Ergometrica ( Test De Ejercicio ) (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Imagen
895001	Electrocardiografia Dinamica ( Holter ) (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Imagen
896101	Monitoreo De Presion Arterial Sistemica Sod (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Imagen
881210	Ecocardiograma De Stress Con Prueba De Esfuerzo O Con Prueba Farmacologica (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Imagen
895003	Prueba De Mesa Basculante (Según Criterio Médico)	0	0	0	0	Imagen
933500	Terapia De Rehabilitacion Pulmonar Sod (20 Sesiones Cada 3 Meses)	80	80	80	80	Terapia

### ANEXO C. Ruta general del modelo de atención PAIEC.

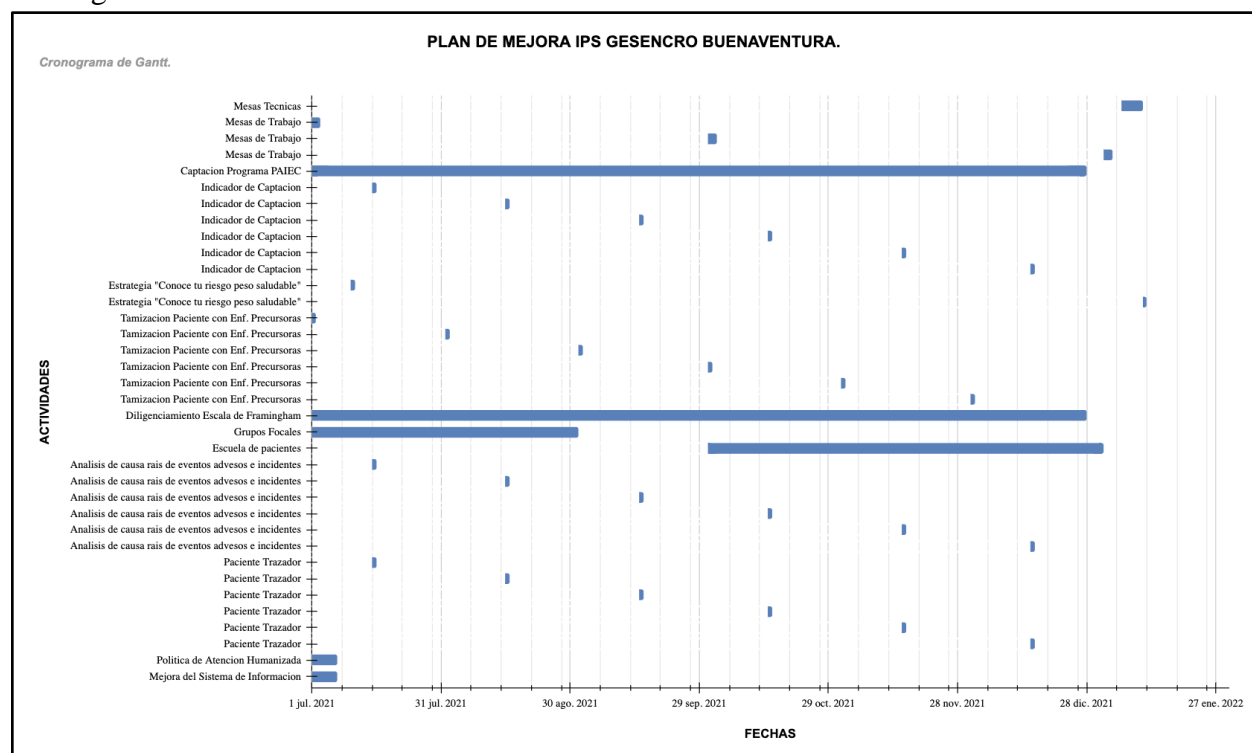


**ANEXO D.** Descripción de las Actividades propuestas en el Plan de Mejora de la IPS  
GESENCRO sede Buenaventura.

<b>CUADRO DE ACTIVIDADES PLAN DE MEJORA IPS GESENCRO BUENAVENTURA</b>						
<b>TIEMPO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>DEPENDENCIAS</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>EQUIPOS / INSUMOS</b>
Anual (Enero//2022)	Mesas Técnicas tripartitas	Definir Anexos técnicos y Análisis características de la población.	Diálogo, adopción de referentes, análisis de bases de datos y sistemas de información	Equipo de gestión del riesgo y calidad del asegurador, prestador primario y complementario.	-Grupos de Contratación.	-Computadores -Sala de Juntas. - Software - Hardware
Trimestral (Julio/2021 Octubre/2021 Enero/2022)	Mesas de Trabajo	Análisis de las características de la población para definir necesidades de atención en salud actuales.	Análisis de bases de datos.	Equipo de gestión del riesgo y calidad.	-Jefe de Calidad y Gestión Riesgo. -Estadística. -Coordinador médico.	-Software análisis de datos. -Computador. -Sala de Juntas.
Diario	Seguimiento telefónico base de datos paciente hospitalizados	Captación al programa PAIEC.	Análisis de bases de datos, censo hospitalario, referencia y contrarreferencia.	Unidades de gestión clínica.	-Auxiliar de Enfermería de la UGC.	-Base de Datos. -Computador. -Teléfono Institucional.
Mensual	Medición del Indicador de Captación	Modificar los planes de acción propuestos para la captación de acuerdo al resultado obtenido del indicador	Aplicación de indicador ( <i>Porcentaje Captación Pacientes con HTA y DM</i> )	Equipo de gestión del riesgo y calidad.	-Jefe de Calidad y Gestión Riesgo. -Coordinador médico.	-Software análisis de datos. -Computador. -Sala de Juntas.
Semestral (Julio/2021 Enero/2022)	Fortalecimiento estrategia “CONOCE TU RIESGO PESO SALUDABLE”	Identificación en mayores de 18 años la probabilidad de presentar en 10 años Enfermedad Cardiovascular y Diabetes Mellitus	Difusión masiva por medios de comunicación (Mensaje de texto y correo electrónico)	Financiero / Marketing y Sistemas.	-Equipo de Sistemas e Informática. - Equipo de Publicidad.	-Despliegue de Mensajes de Textos Masivos y Correos Electrónicos.
Mensual	Tamización de pacientes con enfermedades precursoras	Captación de pacientes con Enfermedad Renal Crónica	Toma de examen de laboratorio (Creatinina Sérica)	Equipo Extramural	Auxiliar de enfermería. -Laboratorio Clínico.	-Vehículo Transporte. -Base de Datos. -Insumos para toma de muestras. -Laboratorio Clínico para procesamiento de muestras.
Diaria	Diligenciamiento de escala de Framingham a todos los pacientes del programa PAIEC	Política de obligatoriedad y estricto cumplimiento del diligenciamiento de escala para clasificar el riesgo individual.	Aplicación de escala de Framingham.	Equipo Asistencial	Médicos (Generales y Especialistas).	-Computador. -Software de Historia Clínica.

3 Meses (Julio a Septiembre)	Grupos Focales.	Analizar los factores socioculturales que impactan el componente individual de la gestión integral del riesgo en salud.	Charla con los pacientes.	Componente Transversal	-Psicología. -Nutrición. -Trabajo Social.	-Sala de Reunión. -Base de Datos Pacientes. -Equipo de Proyección.
5 Meses (Octubre a Enero/2022)	Escuela de Pacientes. (Piloto)	Intervención de los factores socioculturales que impactan el componente individual de la gestión integral del riesgo en salud.	Charlas, Talleres, Actividades con los pacientes.	Componente Transversal	-Psicología. -Nutrición. -Trabajo Social.	-Sala de Reunión. -Base de Datos Pacientes. -Equipo de Proyección. -Refrigerio. -Equipo de Audio/Video.
Mensual	Análisis de causa raíz a eventos adversos e incidentes.	Implementación de barreras de seguridad.	Aplicación de atributos de calidad: PACOS.	Equipo de gestión del riesgo y calidad.	-Comité de seguridad del paciente.	-Sala de reunión. -Historia Clínica. -Computador. -Equipo de Proyección.
Mensual	Metodología de Paciente Trazador.	Evaluación individual y sistemática de la prestación de los servicios de salud.	Seguimiento y evaluación de la atención de un paciente durante todo su ciclo de atención. Estudio de tiempos y movimientos.	Equipo de gestión del riesgo y calidad.	-Coordinación Médica.	-Historia Clínica. -Observación.
Inmediata	Política de Atención Humanizada.	Atención integral del paciente y su familia con calidad humana que responda a sus necesidades en salud.	Política de Derechos y Deberes del Usuario y Funcionarios de la Institución. Comités de ética.	Gerencia. Equipo de gestión del riesgo y calidad. Talento Humano. Atención al Usuario.	Gerencia. Equipo de gestión del riesgo y calidad. Talento Humano. Atención al Usuario.	-Computadores -Sala de Reunión.
Semestral (Julio/2021 Enero/2022)	Mejora del Sistema de Información.	Asegurar el flujo de información a todas las áreas de la organización con calidad y oportunidad. Permitir cumplir las funciones asignadas de manera oportuna.	Actualización de Software Médico o Sistemas de Gestión Institucional.	Equipo de Sistemas e Informática. Equipo Financiero.	-Programadores. -Diseñadores.	-Computadores -Software.

## Cronograma de Gantt. PLAN DE MEJORA IPS GESENCRO BUENAVENTURA.



Actividad	Fecha de inicio	Duracion en dias	Fecha fin
Mesas Tecnicas	5-ene.-2022	5	10-ene.-2022
Mesas de Trabajo	1-jul.-2021	2	3-jul.-2021
Mesas de Trabajo	1-oct.-2021	2	3-oct.-2021
Mesas de Trabajo	1-ene.-2022	2	2-ene.-2022
Captacion Programa PAIEC	1-jul.-2021	180	1-ene.-2022
Indicador de Captacion	15-jul.-2021	1	16-jul.-2021
Indicador de Captacion	15-ago.-2021	1	16-ago.-2021
Indicador de Captacion	15-sep.-2021	1	16-sep.-2021
Indicador de Captacion	15-oct.-2021	1	16-oct.-2021
Indicador de Captacion	15-nov.-2021	1	16-nov.-2021
Indicador de Captacion	15-dic.-2021	1	16-dic.-2021
Estrategia "Conoce tu riesgo peso saludable"	10-jul.-2021	1	10-jul.-2021
Estrategia "Conoce tu riesgo peso saludable"	10-ene.-2022	1	10-ene.-2022
Tamizacion Paciente con Enf. Precursoras	1-jul.-2021	1	1-jul.-2021
Tamizacion Paciente con Enf. Precursoras	1-ago.-2021	1	1-ago.-2021
Tamizacion Paciente con Enf. Precursoras	1-sep.-2021	1	1-sep.-2021
Tamizacion Paciente con Enf. Precursoras	1-oct.-2021	1	1-oct.-2021
Tamizacion Paciente con Enf. Precursoras	1-nov.-2021	1	1-nov.-2021
Tamizacion Paciente con Enf. Precursoras	1-dic.-2021	1	1-dic.-2021
Diligenciamiento Escala de Framingham	1-jul.-2021	180	1-ene.-2022
Grupos Focales	1-jul.-2021	62	1-sep.-2021
Escuela de pacientes	1-oct.-2021	92	1-ene.-2022
Analisis de causa rais de eventos adversos e incidentes	15-jul.-2021	1	16-jul.-2021
Analisis de causa rais de eventos adversos e incidentes	15-ago.-2021	1	16-ago.-2021
Analisis de causa rais de eventos adversos e incidentes	15-sep.-2021	1	16-sep.-2021
Analisis de causa rais de eventos adversos e incidentes	15-oct.-2021	1	16-oct.-2021
Analisis de causa rais de eventos adversos e incidentes	15-nov.-2021	1	16-nov.-2021
Analisis de causa rais de eventos adversos e incidentes	15-dic.-2021	1	16-dic.-2021
Paciente Trazador	15-jul.-2021	1	16-jul.-2021
Paciente Trazador	15-ago.-2021	1	16-ago.-2021
Paciente Trazador	15-sep.-2021	1	16-sep.-2021
Paciente Trazador	15-oct.-2021	1	16-oct.-2021
Paciente Trazador	15-nov.-2021	1	16-nov.-2021
Paciente Trazador	15-dic.-2021	1	16-dic.-2021
Politica de Atencion Humanizada	1-jul.-2021	6	7-jul.-2021
Mejora del Sistema de Informacion	1-jul.-2021	6	7-jul.-2021