

HOSPITAL USAQUEN I NIVEL
ESE
PROGRAMA USAQUEN VIVE
SALUDABLE
EXPERIENCIA EXITOSA AÑO
2014

AP. Viracachá

CONTEXTO

Según la OMS las enfermedades crónicas se han convertido en un problema de salud pública a nivel mundial; pues son las que presentan mayor contribución a la morbilidad y mortalidad en los países desarrollados y en vía de desarrollo; debido al proceso de transición demográfica. La ciudad de Bogotá no es ajena a esta situación; de acuerdo a los datos suministrados por el área de Vigilancia en Salud Pública en el año 2013, en Bogotá se presentaron 11.228 fallecimientos por condiciones crónicas con una tasa de mortalidad de 77.2 por 100.000 personas; en cuanto al perfil de morbilidad predominaron: Hipertensión Arterial (40%), EPOC (24%), Insuficiencia Renal Crónica (17.3% y Diabetes (16.4%).

Partiendo de este contexto la Secretaría Distrital de Salud lideró en el año 2002 la formulación de los lineamientos de la Política Pública para la prevención de las condiciones crónicas; la cual consta de tres líneas de acción: la primera hace

referencia a la promoción de una vida cotidiana saludable; la segunda dirigida a la optimización de los servicios de salud; y la tercera encaminada al fortalecimiento de los sistemas de información, vigilancia epidemiológica e investigación.

En cuanto a lo local, el Hospital de Usaquén I Nivel ESE cuenta con un modelo de atención orientado por principios y características que obedecen al enfoque conceptual que incorpora elementos como el derecho a la salud, los determinantes sociales de la salud y la gestión social integral. Adicionalmente identifica al programa de enfermedades crónicas no transmisibles como uno de los cuatro programas priorizados, con acciones concretas dentro del POA institucional. Partiendo de ello se realizó el análisis y la reestructuración de los servicios de salud dirigidos a las personas afectadas por condiciones crónicas, adoptando el lineamiento de política pública del nivel distrital y la normatividad vigente (Res. 4003/2008). Es así como surge el programa “Usaquén Vive Saludable”, en el primer trimestre del año 2013.

A continuación se describen los antecedentes del funcionamiento del programa, la implementación del mismo con los logros obtenidos para el año 2014 y los retos para la sostenibilidad y mejoramiento del programa en el año 2015.

ANTECEDENTES

Hasta el primer trimestre del año 2013 la atención ofertada por el Hospital de Usaquén I Nivel ESE constaba de un enfoque netamente resolutivo en el cual se realizaba una atención mensual por medicina general a las personas diagnosticadas con enfermedad crónica; de igual forma según los contratos con las aseguradoras se realizaba entrega de medicamentos en dos de los centros de atención en los cuales se ubicaban las Farmacias; estos puntos eran UPA San Cristóbal y CAMI Verbenal. De igual forma se realizaba educación exclusiva por el profesional de medicina dentro de los tiempos establecidos para la consulta y los usuarios se acercaban mensualmente al centro de su preferencia para solicitud de su control mensual.

Por otra parte se contaba con un sistema de información manejado por cada uno de los puntos de atención en el cual se registraba el seguimiento realizado al usuario; con este insumo la institución realizaba el cálculo del indicador de HTA como trazador. Es de aclarar que debido a la estructura de la base manejada no era posible realizar la depuración de la base ni obtener información sobre el estado de salud de la población, llegando a tener registradas aproximadamente 3000 personas en el programa dentro del histórico de la ESE.

IMPLEMENTACIÓN PROGRAMA USAQUEN VIVE SALUDABLE

Partiendo del contexto enunciado en la parte inicial del documento y en busca de ofertar un servicio de calidad para las personas afectadas por condiciones crónicas objeto de atención de la ESE; teniendo en cuenta la normatividad vigente, las acciones propuestas por las líneas de acción del lineamiento de política liderado por el nivel distrital y en el marco del Modelo de atención de la ESE; se realizó el diseño e implementación del programa denominado “Usaquén Vive Saludable” con el objeto de reorganizar los servicios de salud dirigidos a la atención de personas afectadas por condiciones crónicas con diagnóstico de HTA, DM y EPOC; y adicionalmente visibilizar el modelo de atención de la institución mediante un trabajo articulado de acciones individuales y colectivas.

Este proceso iniciado en el año 2013 y fortalecido en el año 2014; se desarrolló en las siguientes fases:

FASE I: Diseño

La construcción del documento “Usaquén Vive Saludable” fue liderada por las Referentes de PyD y del programa Crónicos de la ESE articulando acciones del POS y del PIC en el año 2013; sin

embargo de acuerdo a las dinámicas institucionales en el segundo trimestre de 2014 se trabajó en la actualización del documento mediante reuniones de trabajo con la Gestora de PyD, la Subgerencia de Desarrollo de Servicios y la aprobación del documento por parte de la gerencia. Se realizó presentación del ajuste realizado ante coordinadores de área y territoriales con el propósito de alimentar el documento y evaluar lo realizado a la fecha. Esta fase de diseño incluyó el trabajo articulado con el área de comunicaciones para el proceso de actualización y unificación de rutas institucionales de los programas priorizados por la ESE; las cuales fueron socializadas a funcionarios de territorio y asistenciales, con publicación de las mismas en video institucional que se proyecta en los ocho puntos de atención de la ESE.

FASE II: Apropiación

Esta fase fue realizada en el año 2013 mediante reuniones de trabajo con coordinadores de centros de atención y posterior proceso de capacitación y asistencia técnica a colaboradores de centros de atención y de territorio. Es de aclarar que esta fase continúa en el sentido que cada funcionario que ingresa nuevo a la institución y las instituciones de educación superior con las cuales se tienen convenios docente asistenciales

deben recibir la inducción en el programa para garantizar seguimiento al mismo. De igual forma en segundo semestre de 2014 se realizó un proceso de autoaprendizaje de la guía institucional de HTA seguida de un proceso de evaluación virtual mediante estudio de caso como producto de un trabajo conjunto con la Subgerencia de Desarrollo de Servicios.

Por otra parte es importante recalcar que se realizó mesa de trabajo conformada por coordinador de medicina interna de HSB, coordinador médico de puntos de atención y un médico en representación de territorio y de centro de atención; con el propósito de actualizar la guía institucional para el manejo de personas con diagnóstico de HTA; la cual será normalizada y socializada en 2015.

FASE III: Implementación

La implementación del programa “Usaquén Vive Saludable” permanece desde su inicio en el mes de Marzo de 2013 en el total de los puntos de atención. El programa se centra en una atención integral, continua, basada en el cumplimiento de la normatividad vigente en el distrito frente al control de personas con condiciones crónicas, y buscando la

eliminación de barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud.

Los usuarios vinculados y capitados, identificados con diagnósticos de HTA, DM y/o EPOC tanto en los servicios de consulta externa, urgencias y desde territorios, son inscriptos al programa en el punto de atención más cercano al lugar de residencia; esta actividad es realizada por la auxiliar de enfermería del punto de atención quien ingresa al usuario a la base de datos; asigna cita de inscripción con medicina general y fecha de sesión educativa la cual se realiza una vez al mes. Posterior a la cita de inscripción el usuario se realiza paquete de laboratorios según lo descrito en la Resolución 4003 del 2008. Posterior a revisión de resultados y partiendo de la anamnesis y examen físico realizados el médico clasifica el RCV y estadio renal; partiendo de ello y teniendo como orientación del manejo la guía de atención institucional de Hipertensión Arterial se define periodicidad de consulta y manejo farmacológico. El usuario asiste de forma mensual a taller educativo en el cual la enfermera del punto realiza valoración individual, la enfermera ERI desarrolla la sesión educativa correspondiente al mes, se entregan medicamentos y se asigna cita de próxima consulta y fecha del taller del mes siguiente. El programa de atención busca un cuidado diferencial para las personas afectadas por

condiciones crónicas; con las acciones anteriormente descritas se disminuyen las barreras de acceso a la población subsidiada y vinculada de la localidad; evitando el desplazamiento de los usuarios para reclamar medicamentos, filas para asignación de citas, control mensual del estado de salud, valoraciones médicas con la periodicidad establecida por la normatividad vigente e identificación de usuarios sin adherencia al tratamiento farmacológico.

En el primer semestre de 2014 se trabajó a través de la coordinación SIRC de la ESE en el proceso de remisión a Medicina Interna de usuarios vinculados y afiliados a Capital Salud; de forma interna se realizaba el proceso de autorización con el asegurador y se tramitaba la cita con HSB. En ocasiones los usuarios perdían las citas lo que llevo a dificultar el proceso alcanzado con el HSB y por otra parte los usuarios manifestaban que aunque el internista explicaba la importancia del control exclusivo por el especialista prefieren la asistencia a los puntos de atención por el acercamiento a la vivienda, el vínculo con los profesionales del centro y la facilidad en el proceso de entrega de medicamentos. Por lo anterior se realizó un pilotaje en UBA Buenavista en el mes de Octubre, en el cual la ESE asumió el proceso administrativo de autorización con Capital Salud y agendamiento de usuarios en HSB; para

realizar la valoración de los usuarios en el punto de atención de forma conjunta con el médico de la unidad y el internista; el ejercicio fue satisfactorio para profesionales y usuarios puesto que facilitó la apropiación conceptual de los médicos generales y se eliminaron barreras geográficas y administrativas para los usuarios del programa. Por los resultados obtenidos se dio continuidad a la estrategia; como resultado se valoraron el 100% de usuarios de Buenavista con RCV Muy Alto y no controlados y posteriormente se realizó el ejercicio en UPA Codito, para 2015 se dará continuidad con UPA Orquídeas y CAMI Verbenal; lo anterior en razón a la distribución de usuarios partiendo del RCV clasificado.

Respecto a la entrega de medicamentos se evidenció que aquellos usuarios que reciben más de tres medicamentos realizan toma inadecuada de los mismos, presentando mayor dificultad en aquellas personas que no saben leer o no tienen un cuidador en casa; ante esta problemática el área de Farmacia de la ESE trabajó en una estrategia para facilitar la toma de los medicamentos, mediante el uso de stickers.

Se realizó la identificación de 58 usuarios insulino dependientes los cuales se organizaron para talleres independientes puesto que las necesidades de educación de esta población son diferentes a los

usuarios con terapia farmacológica vía oral, en el mes de mayo se realizó el primer ejercicio de acercamiento y organización de esta población; se dio continuidad al grupo conformado en UPA San Cristóbal en el II Semestre de 2014.

Como garantes de la detección temprana la institución oferta el servicio de detección temprana de alteraciones del joven y del adulto, mediante la consulta médica en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 412 de 2000. Lo anterior fortalecido con las acciones de demanda inducida realizadas por territorios saludables.

FASE IV: Seguimiento y monitoreo de la implementación del programa

Esta fase es continua, incluye el análisis de la situación de salud de la población con condiciones crónicas que hacen parte del programa, el desarrollo de sesiones educativas y el seguimiento a la calidad del dato en el sistema de información institucional del programa. El seguimiento es liderado por los referentes institucionales de PyD y el PDA de condiciones crónicas; los hallazgos son socializados de forma periódica a la Sugerencia de Desarrollo de Servicios, con el objeto de realizar el análisis de la situación de salud de los usuarios y tomar

las medidas que correspondan de forma oportuna.

Hace parte de esta fase las asistencias técnicas a las IPS de la ESE en la cual se realiza la revisión y socialización de hallazgos de aspectos a mejorar en el registro de datos en la base del programa y se da orientación según se requiera para garantizar la atención y seguimiento de los usuarios.

En cuanto al fortalecimiento de los sistemas de información, teniendo como punto de partida la actualización de la base de datos del programa realizada el año anterior, se realiza seguimiento periódico a las auxiliares de los puntos para verificar la calidad del dato; pues de este insumo se generan los análisis de la situación de salud de las personas inscritas al programa y se socializan hallazgos a los directivos de la ESE; fruto de ese ejercicio se organizó el proceso de evaluación de diligenciamiento de Historias Clínicas de cada uno de los profesionales verificando el cumplimiento de parámetros establecidos en la Resolución 4003 de 2008; con el cual se generaron los respectivos planes de mejora. De igual forma la institución cuenta con un trabajo de investigación de tipo descriptivo junto con un artículo en el cual se obtiene la línea base del programa con corte a diciembre de 2013.

LOGROS DEL PROGRAMA USAQUEN VIVE SALUDABLE

La implementación del programa generó cambios en la prestación de servicios de salud permitiendo disminuir barreras de acceso a consultas, laboratorios y entrega de medicamentos; de igual forma permitió una articulación entre acciones individuales y colectivas para un abordaje integral de las personas afectadas por condiciones crónicas; y una madurez en el sistema de información que se convierte en una herramienta para que la institución pueda conocer el estado de salud de las personas inscritas y a partir de ello realizar evaluaciones periódicas para la toma de decisiones.

A continuación se describen los aspectos más relevantes de la implementación del programa dentro de la ESE:

- ✓ Conformación de equipo funcional; en el cual participan las áreas involucradas en el proceso y liderado por la subgerencia de desarrollo de servicios. Este equipo hizo parte del proceso de revisión de lineamientos generales del programa, hace la planeación y evaluación de acciones propuestas cada año y realiza el análisis del comportamiento del programa.
- ✓ Fortalecimiento de capacidades del talento humano a cargo de la atención de las personas inscritas al programa.

Para la institución es fundamental el generar espacios de capacitación para los funcionarios pero adicionalmente a través del trabajo en red se permite a los profesionales de medicina general realizar una consulta conjunta con medicina interna que le da las herramientas para el control de los usuarios.

- ✓ Clasificación del RCV de los usuarios de acuerdo a lo establecido en la Res. 4003 de 2008. Gracias al monitoreo permanente del programa los puntos de atención realizan la clasificación del riesgo de los usuarios en cumplimiento de la normatividad vigente y de igual forma partiendo del mismo se define la periodicidad de los seguimientos.
- ✓ Reorganización de los servicios de salud, consultas médicas mensuales o trimestrales de acuerdo al RCV. Con esta nueva estructura el usuario no se ve obligado a realizar múltiples acercamientos innecesarios a la unidad de atención de su preferencia; de allí se deriva la disminución de barreras de acceso geográficas y administrativas; puesto que es la auxiliar del punto de atención quien se encarga en el taller mensual de realizar la asignación de la cita del usuario y de facturar de forma interna el servicio.
- ✓ Entrega de medicamentos en los puntos de atención, evitando el desplazamiento de los usuarios ubicados en la zona de los cerros

orientales hacia la parte plana de la localidad, descongestionando las farmacias de a ESE para prestar un mejor servicio a otros usuarios. De igual forma esta estrategia permite tener un trato más cercano con las personas del programa, reforzar temas relacionados con la toma adecuada de medicamentos e identificar usuarios no adheridos a tratamiento.

- ✓ Actualización al sistema de información del programa con seguimiento mensual; como herramienta para conocer el estado de salud de las personas, hacer seguimiento al comportamiento del programa y realizar monitoreo a los puntos de atención.
- ✓ Trabajo articulado con territorio que permite el abordaje de acciones colectivas en respuesta a la promoción de prácticas saludables y cuidado de la enfermedad crónica.
- ✓ Asesoría farmacológica al grupo de usuarios insulino requirientes; en UPA San Cristóbal, puesto que son población con mayores riesgos y requieren una atención diferencial dentro del programa para orientar en cuanto al control de la enfermedad.
- ✓ Seguimiento a indicadores del programa. Es un avance significativo puesto que al inicio del programa solo se contaba con el indicador de HTA; a la fecha se cuenta con un perfil demográfico de la población y se miden indicadores de cobertura y de

calidad en la atención, definidos en el documento del programa.

- ✓ Trabajo en red que permite el cumplimiento de la normatividad vigente y disminuye barreras de acceso para consultas de medicina interna.
- ✓ Se realizó capacitación por perfiles socializando el cambio en la prestación de servicios de salud, se realiza asistencia técnica mensual al 100% de los centros de atención verificando el diligenciamiento del sistema de información, asistencia técnica a territorios en las cuales se socializa ruta de atención del programa, asignación de tiempos de estudio de la guía con proceso de evaluación y consultas conjuntas con medicina interna para fortalecer habilidades en los médicos generales frente al proceso de atención de los usuarios del programa.

RETOS PARA EL AÑO 2015

- ✓ Para garantizar el mejoramiento continuo del programa se considera de vital importancia el implementar y/o fortalecer los siguientes puntos:
- ✓ Dar continuidad al trabajo en red y mediante el trabajo articulado con aseguradores.
- ✓ Validación, normalización e implementación de la guía institucional de HTA; actualizada en

último trimestre de 2014 por un grupo conformado por el coordinador de medicina interna del HSB, coordinador médico de la ESE, representantes de los profesionales de medicina general de los centros de atención y del ERI, y referente del programa desde acciones colectivas.

- ✓ Seguimiento de pacientes que ingresan al servicio de urgencias, Hospitalización y cuidado intermedio, para identificar problemáticas y definir acciones de mejora que apunten al mejoramiento de servicios.
- ✓ Actualizar el sistema de información del programa de tal forma que permita realizar un enfoque de determinantes y no solo el abordaje de la situación de la salud de las personas inscritas al programa.
- ✓ Seguimiento a costos de medicamentos de programa.
- ✓ Fortalecimiento de capacidades para los colaboradores a cargo de la atención de las personas inscritas.

REFERENCIAS

AJ, C. (1986). ECONOMICS. OXFORD BLACKWELL.

ANGEL, C. J. (2008).

BREIL, J. (2010). LA EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA: UNA NUEVA FORMA DE MIRAR LA SALUD EN EL ESPACIO URBANO. SALUD COLECTIVA, BUENOS AIRES .

BRITO, P. E. (S.F.). ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI, UN COMPROMISO CON LA EQUIDAD. CONFERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN EL

SIGLO XXI, UN COMPROMISO CON LA EQUIDAD, (PÁG. 18).

CONGRESO DE COLOMBIA. (2009). LEY 1355. COLOMBIA.

DOCUMENTO NATIONAL HEART, L. B.(06 DE 02 DE 2014). DOCUMENTO NATIONAL HEART,LUNG,AND.[HTTPS://WWW.NHLBI.NIH.GOV/HEALTH HSPANISH/HEALTHTOPICS/TEMAS/COPD/](https://www.nhlbi.nih.gov/health/hspanish/healthtopics/temas/copd/).OBTENIDODE [HTTPS://WWW.NHLBI.NIH.GOV/HEALTH-SPANISH/HEALTH-TOPICS/TEMAS/COPD/](https://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/copd/).

DURÁN, A., & VALDERRAMA, L. (2010). ENFERMEDAD CRÓNICA EN ADULTOS MAYORES. UNIV. MÉD. BOGOTÁ (COLOMBIA), 16-28.

ESTHER AÑEZ, F. D. (2010). MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE UN ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD.VENEZUELA: ISBN: 978-980-6778-26-9.

GUZMÁN, R. E. (6 DE SEPTIEMBRE DE 2008). EPOC EN EL ADULTO MAYOR: CONTROL DE SÍNTOMAS EN CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA. MEXICO.

HARRIS M, Z. P. (HARRIS M, ZIMMET P. CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS AND OTHER CATEGORIES OF GLUCOSE INTOLERANCE. IN ALBERTI K, ZIMMET P, DEFONZO R, EDITORS. 1997. CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS AND OTHER CATEGORIES OF GLUCOSE INTOLERANCE. . HARRIS M, ZIMMET P. CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS AND OTHER CATEGORIES OF GLUCOSE INTOLERANCE. IN ALBERTI K, ZIMMET P, DEFONZO R, EDITO SECOND EDITION.

HOSPITAL DE USAQUÉN. (2013). [WWW. HOSPITAL USAQUÉN.GOV.CO](http://WWW.HOSPITALUSAQUEN.GOV.CO). OBTENIDO DE WWW.HOSPITALUSAQUEN.GOV.CO: WWW.HOSPITALUSAQUEN.GOV.CO.

MENVYN SUSSER, M. B. (MAY 1996, VOL. 86, NO. 5). CHOOSING A FUTURE FOR EPIDEMIOLOGY. MEDICINA ENFERMEDADES VASCULARES Y DEL CORAZON, HIPERTENSION ARTERIAL. (2013). MEDICINA ENFERMEDADES VASCULARES Y DEL CORAZON, HIPERTENSION ARTERIAL.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. (2008). RESOLUCIÓN 4003. ANEXO TÉCNICO. ACTIVIDADES PARA LA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PERSONAS DE 45 AÑOS O MÁS. COLOMBIA, BOGOTÁ:

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. (2007). GUÍAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD EN LA SALUD PÚBLICA. COLOMBIA.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.(2008).RESOLUCION 004700

MOISO, A. DETERMINANTES DE LA SALUD. EN H. L. BARRAGÁN, FUNDAMENTOS_DE_LA_SALUD_PUBLICA/CAP_6.PDF (PÁG. 162).

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2010). INFORME SOBRE LA SITUACION MUNDIAL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMITIBLES. OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (S.F.). ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OBTENIDO DE ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [TTP://WWW.WHO.INT/MEDIACENTRE/FACTSHEETS/FS317/ES/SALUD:TTP://WWW.WHO.INT/MEDIACENTRE/FACTSHEETS/FS317/ES/](http://WWW.WHO.INT/MEDIACENTRE/FACTSHEETS/FS317/ES/SALUD:TTP://WWW.WHO.INT/MEDIACENTRE/FACTSHEETS/FS317/ES/)

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (S.F.). CONCEPTO DE SALUD.

PÉREZ JIMÉNEZ DIANELYS, I. D. (2011). ENFOQUE ACTUAL DE LA SALUD AMBIENTAL . REVISTA CUBANA DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA VOL.49 NO.1 CIUDAD DE LA HABANA ENE.-ABR. 2011.

SALUD, O. M. (2007). LA RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN. RENEWING PRIMARY HEALTH CARE IN THE AMERICAS, 2007 .

SALUD, S. D. (2011-2012). VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO. BOGOTA: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.

SALUD, S. D. (2013). ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO FICHA OPERATIVA. BOGOTÁ: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.

SAMPIERI, F. Y. (2006). METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.