

# SISTEMA DE GESTIÓN DEL CUIDADO CRÓNICO



Luis carlos Durán Reyes, MD. Esp. SO.

Barrancabermeja 2015



# **SISTEMA DE GESTIÓN DE CUIDADO CRÓNICO (SGCC)**

**LUIS CARLOS DURÁN REYES, MD. Esp. SO**

**Barrancabermeja, 2015**

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Resumen	2
1. Introducción	4
1.1. Sistema Kaiser Permanente	4
1.2. Enfoque Evercare	5
1.3. Enfoque Pfizer Health Solution	5
1.4. Modelo de Cuidado Crónico (MCC)	5
1.5. Modelo Extendido para El Cuidado Crónico (MECC)	6
1.6. Modelo Innovador para el Cuidado Crónico (MICC)	6
2. ¿Qué es?	6
3. ¿Para qué sirve?	7
4. ¿Cómo funciona?	8
5. ¿Cómo hacerlo?	9
6. Procedimientos para elaborar un SGCC	10
6.1. Diagnóstico	10
6.2. Alcance del Sistema de Gestión	10
6.3. Índices	11
6.4. Plantear el problema	12
6.5. Política	12
6.6. Planificación	13
6.6.1. Objetivos	13
6.6.2. Requisitos Legales	14
6.6.3. Recursos	14
6.6.4. Planificación para la realización de los procedimientos	15
6.7. Implementación y Operación	15
6.7.1. Capacitación	15
6.7.2. Funciones y responsabilidades	16
6.7.3. Documentos y Registros	17
6.7.4. Implementación de los pilares de los modelos de Cuidado Crónico	18
6.7.5. Subprogramas y actividades Suplementarias	21
6.7.6. Adherencia al tratamiento	21
6.7.7. Diseño y desarrollo	24
6.7.8. Comunicación Asertiva, Información Efectiva y Educación Consistente	25
7. Auditar	25
8. Ajustar	25
9. Verificación Permanente del Sistema	26
10. Retroalimentar al Sistema	27
11. Glosario	28
12. Referencias/fuentes consultadas	30
13. Lecturas Recomendadas	32
14. Anexos	33
Anexo 1: Lista de chequeo para una Auditoria Interna del SGCC	33
Anexo 2: Derechos y deberes de los Pacientes	42

## RESUMEN

Los cambios demográficos producidos por el aumento de la expectativa de vida, han transformado el panorama epidemiológico en forma dramática. En la actualidad, las

enfermedades crónicas, más frecuentes en las personas mayores, son cada día más prevalentes; con el inconveniente que el paciente crónico no es dado de alta del sistema sanitario y por el contrario cada día están más expuestos a desarrollar comorbilidades, convirtiéndolo en portador de polipatologías y en polimedicado, con el alto costo que ello implica en años y calidad de vida de la población a riesgo y en costos para los sistemas de salud. Como respuesta a este fenómeno se propone el desarrollo de Sistemas de Gestión de Cuidado Crónico (SGCC), basados en: la provisión orientada a la prevención, el fomento del autocuidado, la priorización de la atención primaria, la estratificación de la población enferma, la coordinación de los diferentes niveles de atención y el desarrollo de un sistema de información basado en el perfeccionamiento de una historia clínica electrónica única.

El sistema de información debe ser capaz de proveer información completa y veraz en cualquier momento, con el fin de mantener un monitoreo no solo del sistema, sino también del paciente, para los ajustes pertinentes.

El éxito del SGCC depende del compromiso de todos los niveles de la organización, de la cuidadosa documentación de los procesos y tareas y del cumplimiento de las normas legales en materia de salud. Además deben utilizarse: las ayudas tecnológicas (correo electrónico, cibercharla, teléfono) y actividades específicas, materializadas en programas de cuidado guiado, promoción de hábitos de vida saludable, del manejo del estrés y vigilancia e identificación de factores de riesgo (como, por ejemplo, violencia, alcohol, vivienda, entorno, etc).

## **ABSTRACT**

Demographic changes caused by increasing of life expectation, have changed the epidemiological picture dramatically. Nowadays, chronic diseases, more common in older people, are becoming more prevalent, with the disadvantage that the chronic patient is discharged from the health care system and instead each day it is more likely to develop secondary comorbidities, making him/her a carrier of polypathologies and in a polymedicated patient. This involves high costs in years and quality of life of the population at risk and also costs to health systems. In response to this phenomenon is proposed to develop systems Chronic Care Management (SGCC), based on: the provision aimed to the prevention, the promotion of self-care, prioritization of primary care, the stratification of sick population, the coordination of the different levels of care and the development of an information system based on the development of electronic medical records only.

The information system must be able to provide complete and accurate information at any time, to not only maintain a monitoring system, but also the patient, for adjusting it.

The success of the SGCC depends on the commitment of all levels of the Organization, the careful documentation of processes and tasks and compliance with legal standards in the field of health. Also, it should be used: technological supports (e-mail, chat, telephone), specific activities materialized in programs of guided care, promote the habits of healthy living, stress management and monitoring and identifying risk factors such as violence, alcohol, housing, environment, etc.

Besides, technological supports (e-mail, chat, telephone), and specific activities such as programs of guided care, promotion of healthy living habits, stress management and monitoring and identifying risk factors (violence, alcohol, housing, environment, etc.) should be used to improve the attention of the patient.

*“En Estados Unidos la principal causa de muerte es el sistema sanitario, por errores médicos, efectos secundarios de medicamentos y complicaciones de intervenciones, incluyendo infecciones. El 70 por ciento de lo que ocurre en los hospitales no debería pasar ahí. Ir a una consulta a que le chequeen la presión arterial es como ir a la tienda de la esquina a comprar leche en helicóptero. Los hospitales se deben dejar solo para atender las enfermedades agudas, como las fracturas, la apendicitis o las que requieren cuidados intensivos porque la mayoría de las dolencias de la sociedad contemporánea son crónicas e incurables, como la artritis, la diabetes o la demencia”.*

Dr. Alejandro Jadad. El Tiempo 10/12/12

## **1. Introducción**

El presente documento recoge propuestas de investigadores interesados en resolver la contradicción “costo-calidad” que se presenta con la epidemia de enfermedades crónicas, las cuales desafían los viejos paradigmas de la prestación de servicios de salud, que durante largo tiempo sirvieron para atender la demanda de patologías agudas. Su objetivo es el de servir de modelo para el desarrollo de un programa de gestión de cuidado crónico en el ámbito de las empresas prestadoras de servicios de salud.

El incremento en la expectativa de vida ha producido cambios demográficos que han desencadenado, a nivel mundial, una verdadera epidemia de enfermedades crónicas. El avance de estas enfermedades precisa que los marcos conceptuales actuales se transformen, para que sea la comunidad, su entorno y sus necesidades sanitarias el centro del sistema de Salud, desplazando a la enfermedad o las necesidades de los administradores y políticos, del papel protagónico que han tenido hasta ahora.

La diferencia de enfoques cuando se enfrenta al paciente crónico difiere del enfoque que se le da al paciente agudo, ya que estos, una vez solucionado su problema generalmente son dados de alta, mientras que aquellos, requieren de un seguimiento permanente, lo cual expone no solo la calidad de la atención sino también el costo de la misma. Es decir, nos encontramos ante una situación nueva que precisa de la modificación de las estrategias para manejar y prevenir las enfermedades crónicas, utilizando métodos tanto efectivos como eficientes basados en las mejores evidencias, con el fin de manejar los costos sin prescindir de la calidad de la atención. Los dos sistemas propuestos, para servir de marco a estos desarrollos son: el sistema Kaiser Permanente y el Modelo de Cuidado Crónico (MCC).

### **1.1. Sistema Kaiser Permanente:**

El káiser Permanente es el grupo del sector salud sin ánimo de lucro más grande de los EEUU de Norteamérica; este modelo se basa en la integración de servicios eliminando las barreras entre atención primaria y secundaria para todos los pacientes incluidos en la “pirámide de Kaiser”, la cual fragmenta la población de usuarios en tres niveles según su riesgo:

- a. En el primer nivel ubica a los miembros sanos de la población para quienes, la prevención y el diagnóstico temprano de la enfermedad son las prioridades.
- b. En el segundo nivel, están los pacientes que tienen algún tipo de enfermedad crónica, para quienes el manejo está orientado hacia el autocuidado, la administración apropiada de medicamentos y la educación en aspectos sanitarios.

- c. En el tercer nivel, se ubican los pacientes identificados como complejos (del 3% al 5% del total) a ellos se les asignan planes de cuidado guiados por proyectos de gestión de caso diseñados para reducir el uso inadecuado de servicios especializados y evitar ingresos hospitalarios.

Esta pirámide se constituye en la mejor herramienta que aporta este modelo a los Sistemas de Gestión de Cuidados Crónicos.

### **1.2. Enfoque Evercare**

Se fundamenta en la asignación de enfermeras especializadas para apoyar individualmente a personas de alto riesgo con el fin de evitar las hospitalizaciones frecuentes. Su enfoque fundamental está en la integración de la atención social y de salud, para satisfacer las necesidades de los pacientes. Este esquema se asocia a mejoras en la calidad de vida y la reducción de las admisiones hospitalarias.

En concreto algunas investigaciones reportan los logros siguientes:

- Reducción del 50% en ingresos no programados, sin efectos negativos para la salud.
- Reducciones significativas en consumo de medicamentos, con beneficios para la salud.
- 97% de satisfacción de familiares y cuidadores y elevada satisfacción de los profesionales.

### **1.3. Enfoque Pfizer Health Solution**

Utiliza sistemas de telefonía para monitorizar y controlar a las personas de alto riesgo.

Este enfoque usa guías clínicas basadas en la evidencia e información a los pacientes para enseñarles cómo manejar la enfermedad.

### **1.4. Modelo de Cuidado Crónico (MCC):**

Este modelo, desarrollado por Ed Wagner y asociados en el MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle (EE.UU.), fue el resultado de la experiencia acumulada por las tentativas encaminadas a mejorar la gestión de los cuidados crónicos dentro de sistemas de proveedores integrados, tales como el Group Health Cooperative and Lovelace Health System de los EEUU de Norteamérica. El desarrollo del modelo se hizo mediante la revisión sistemática de la bibliografía médica y las aportaciones de un panel nacional de expertos, enfatizando en la importancia de replantear y rediseñar la práctica clínica a escala comunitaria.

El MCC reconoce que la gestión de las enfermedades crónicas es el resultado de la interacción de tres áreas superpuestas:

- a. La comunidad como grupo, con sus políticas y recursos públicos y privados
- b. El sistema sanitario, con sus organizaciones proveedoras y sistemas de seguros
- c. La práctica clínica.

Dentro de este marco, el MCC identifica seis elementos esenciales interdependientes:

- La organización del sistema de atención de salud.
- Las relaciones con la comunidad.
- El apoyo y soporte del auto cuidado.
- El diseño del sistema de servicios de salud
- El apoyo para la toma de decisiones (ver glosario).
- Los Sistemas de Información Clínica.

A partir del MCC se han desarrollado dos enfoques:

### **1.5. El Modelo Extendido para el Cuidado Crónico (MECC)**

Desarrollado por el Gobierno de la Columbia Británica de Canadá en base a los principios de la Declaración de Ottawa para la Promoción de la Salud en la que se referencian cinco áreas de acción:

- Construcción de políticas públicas saludables
- Creación de ambientes que favorezcan la salud
- Desarrollo de habilidades personales
- Refuerzo de la acción comunitaria
- Reorientación de los servicios de salud.

Por esta razón el MECC plantea cuatro áreas de trabajo:

- El apoyo al auto cuidado
- El soporte de decisiones
- El diseño de sistemas de prestación
- Los sistemas de información

### **1.6 El Modelo Innovador para el Cuidado Crónico (MICC)**

Este modelo, promovido por la OMS, añade una perspectiva de política sanitaria. Uno de sus aspectos clave es el énfasis que pone en la necesidad de optimizar el uso de los recursos sanitarios disponibles dentro de un contexto geográfico y demográfico específico. Tal enfoque es crucial en muchos países de ingresos medios y bajos donde coexisten infraestructuras de múltiples proveedores, con evidente duplicación de esfuerzos y servicios. Las ideas claves sobre las que se construye este modelo son:

- La toma de decisiones basada en la evidencia.
- Orientado en la salud pública.
- Centrado en la prevención.
- Énfasis en la calidad de la atención y en la calidad del sistema.
- Flexibilidad/adaptabilidad.
- Énfasis en la integración que se constituye en el elemento principal y está presente a lo largo del modelo.

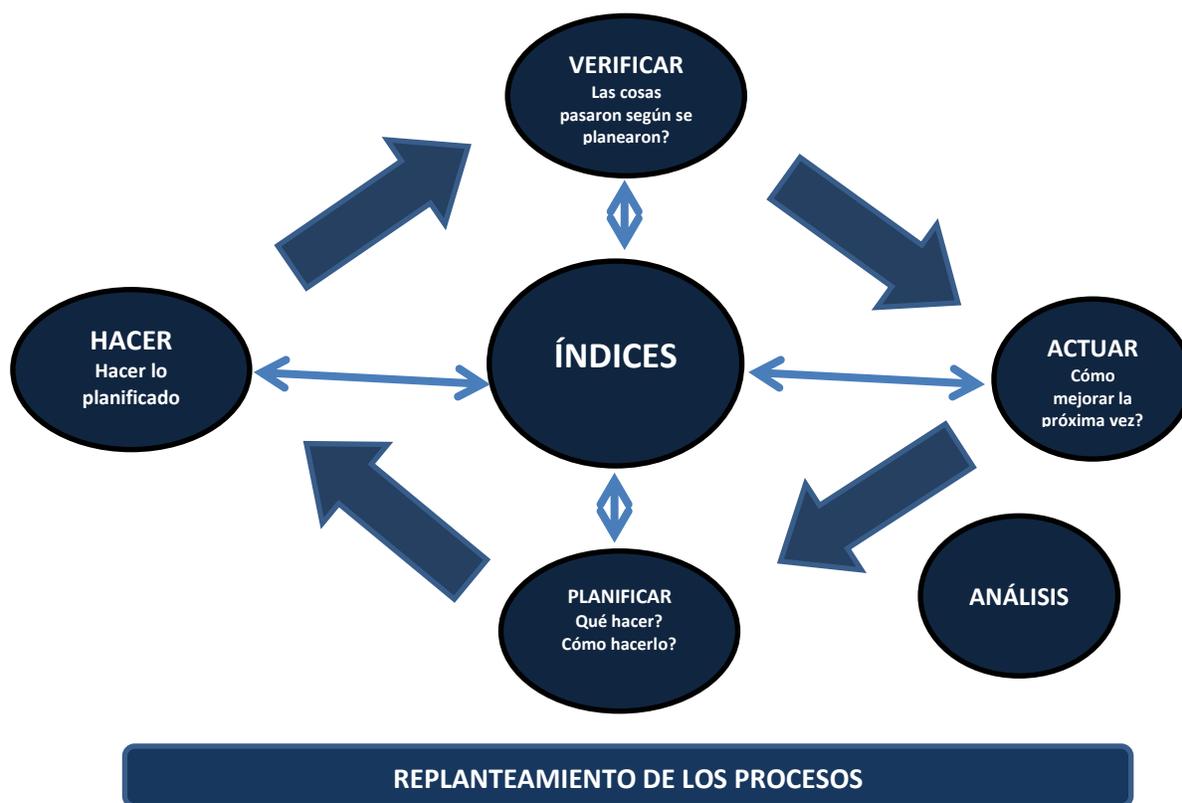
## **2. ¿QUÉ ES?**

Un Sistema de Gestión para el Cuidado Crónico (SGCC), es un instrumento para organizar y diseñar procedimientos y mecanismos dirigidos al cumplimiento estructurado y sistemático de todos los requisitos establecidos por los sistemas probados y confrontados con la evidencia, que hayan demostrado su efectividad.

Para ser considerado un programa de Gestión, el sistema, debe cumplir con al menos dos de tres intervenciones:

- Intervenciones relacionadas con los pacientes.
- Intervenciones relacionadas con los profesionales.
- Intervenciones relacionadas con la organización.

El concepto hace referencia a una mejor coordinación entre los diferentes componentes del sistema de salud: atención hospitalaria, atención primaria, rehabilitación, atención en domicilio y la aplicación de instrumentos específicos diseñados para la población de pacientes en cuestión, como son: guías clínicas, educación y sistemas de información.



GRÁFICA 1. CICLO PHVA

### 3. ¿PARA QUÉ SIRVE?

El SGCC, tiene utilidad siempre y cuando incorpore los modelos específicamente diseñados para mejorar la gestión de enfermedades crónicas múltiples, teniendo en cuenta la situación específica de la institución, aplicando con pertinencia lo mejor de los diferentes enfoques; con el fin de frenar el crecimiento exponencial de costos asociados y centrando su interés en el cuidado crónico. Esto es posible otorgando a los pacientes, cuidadores y a la comunidad un papel protagónico como agentes de cambio, con una diversificación de las funciones de los profesionales de la salud, mediante la optimización de los procesos de cuidado y el uso de nuevas tecnologías, así como el desarrollo del ámbito de servicios más allá de los límites del sistema sanitario actual.

Tanto en países de altos, como de bajos ingresos, estos modelos pueden transformar los sistemas sanitarios reaccionarios, dispersos y centrados en el cuidado especializado, en sistemas más dinámicos y coordinados con intervenciones con base en la comunidad.

El SGCC sirve, además, para mejorar la gestión mediante la incorporación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a todos los niveles. Desarrollando herramientas para disminuir la comorbilidad y el incremento de riesgo del paciente y los altos costos derivados de estos fenómenos.

#### 4. ¿CÓMO FUNCIONA?

Los Sistemas de Gestión se sustentan en seis columnas: la PLANEACIÓN en base a las necesidades de la organización, la INFORMACIÓN veraz y oportuna de los procesos y resultados, la COORDINACIÓN entre los niveles operativos, la VERIFICACIÓN y la RETROALIMENTACIÓN del sistema, estos primeros pilares deben conducir al sexto y más importante, la capacidad de RESILIENCIA del sistema (gráfica 2).

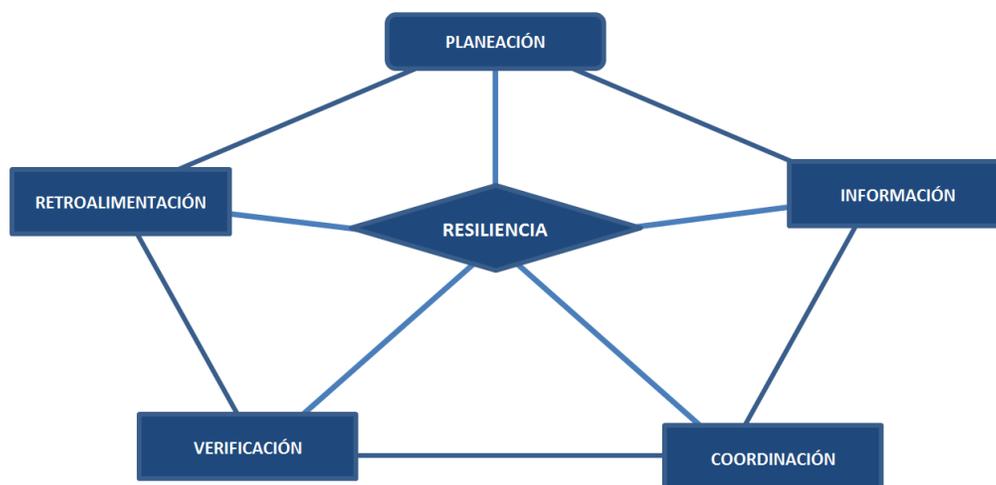


Gráfico 2: Elementos necesarios para el funcionamiento de un SGCC

Para una mejor comprensión debemos remitirnos a Parsons, quien dice: *“la condición más decisiva para que un análisis dinámico sea válido, es que cada problema se refiera continua y sistemáticamente al estado del sistema considerado como un todo”*, es decir que cada elemento del sistema debe estar correlacionado con lo demás. Este planteamiento ha venido siendo desarrollado a nivel de la medicina y ha dado paso a la llamada “Medicina Cognitiva”, que tiene sus raíces en el modelo de inmunología cognitiva propuesto por Frijol Capra y los trabajos de Francisco Varela. En el describe al sistema inmune como una “red-de-trabajo” (network) con la *“capacidad de ‘percibir’ agentes agresores en todo el cuerpo y de responder en forma local inmediata o de comunicarse con otras partes de la red para ejercer una respuesta posterior coordinada e integrada. Por lo tanto, al percibir y luego al responder en forma coordinada (pensada), cumple con los criterios de un modelo cognitivo”*<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> RINCÓN, Hernán G. **Medicina Cognitiva: un modelo ecológico**. Consultar en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=24844&id\\_seccion=1798&id\\_ejemplar=2559&id\\_revista=115](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=24844&id_seccion=1798&id_ejemplar=2559&id_revista=115).

## 5. ¿CÓMO HACERLO?

### LAS 10 CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS DE ALTO RENDIMIENTO

- 1.- **Cobertura universal.**
- 2.- **Prestación gratuita para el paciente.**
- 3.- Provisión orientada a la prevención.
- 4.- Incorporación de estrategia de fomento del autocuidado.
- 5.- **Priorización del desarrollo de la Atención Primaria.**
- 6.- Enfatización del enfoque poblacional: estratificación y atención proactiva.
- 7.- Desarrollo de un “**modelo de atención integrada**” territorial.
- 8.- **Impulso de las TIC.**
- 9.- Coordinación efectiva de los cuidados.
- 10.- Estas estrategias deben estar imbricadas en un todo coherente (estrategia multipalanca).

*Fuente: Ham Chris, “The Ten Characteristics of the High Performing Chronic Care System”. Health Economics, Policy and Law; 5: 71-90. 2010*

#### **Gráfico 3: Características de los Modelos de atención a Pacientes Crónicos de alto rendimiento.**

Antes de iniciar el proceso es necesario conformar el equipo de trabajo, el cual debe incluir a trabajadores de todos los departamentos de la organización, especialmente: Médicos, Psicólogos, Odontólogos, Enfermeras, Nutricionistas, Trabajadores Sociales, etc. Una vez conformado el equipo se inicia el procedimiento de acuerdo a la gráfica 4.

En el momento de iniciar el montaje de un SGCC se debe garantizar:

1. La excelencia: por ello los modelos que se utilicen deben basarse en el ciclo de mejora continua Planificar — Hacer— Verificar — Actuar (Ciclo del Kaizen o Círculo de Deming), para lo cual se requiere un sistema de información que permita evaluar en cualquier momento cómo va el sistema (gráfica 1).
2. El conocimiento del problema y el análisis de la situación
3. La formulación de una política Institucional frente al problema, la cual debe cumplir con los siguientes principios:
  - Que este adaptada a la realidad Institucional
  - Que priorice la calidad en la atención
  - Que sea costo – efectiva
  - Que sea práctica
  - Que rompa paradigmas (gráfica 2)

La revista “Health Economics, Policy and Law” (Economía sanitaria, política y legislación), plantea 10 características de los modelos de atención a pacientes crónicos, las cuales pueden

observarse en el grafico 3. A estas características solo se le agregaría un Sistema de Información de comprobada eficiencia.

## 6. PROCEDIMIENTOS PARA ELABORAR UN SGCC

### 6.1. DIAGNÓSTICO



**Gráfica 4: Proceso de Gestión del Cuidado crónico**

Punto de partida del sistema. Se revisan todas las actividades y documentos para obtener una información y en base a ella se formularán diferentes planes para el logro de objetivos y mejoras en el sistema de gestión

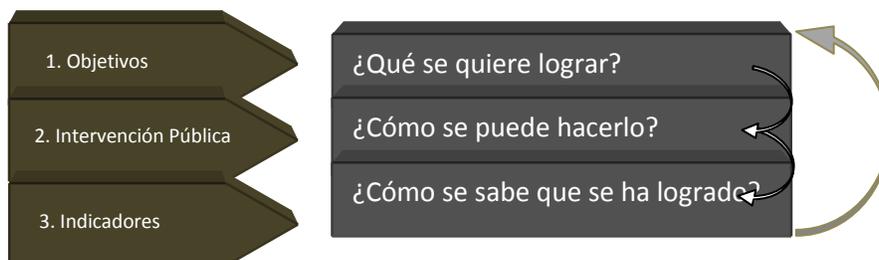
En esta fase se debe:

- Revisar los datos de morbi-mortalidad de la institución
- Identificar las principales enfermedades crónicas que se presentan
- Construir una base de datos provisional de pacientes crónicos
- Hacer la fragmentación inicial de la población de pacientes crónicos según su riesgo
- Establecer los costos por patología o grupo de patologías
- Evaluar los riesgos
- Revisar los procedimientos existentes
- Identificar los indicadores más relevantes para evaluar los programas de gestión de enfermedades crónicas

### 6.2. ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN

La institución podrá elegir que patologías crónicas incluir en el Sistema de Gestión. Lo ideal es extender el alcance a todas las patologías crónicas diagnósticas.

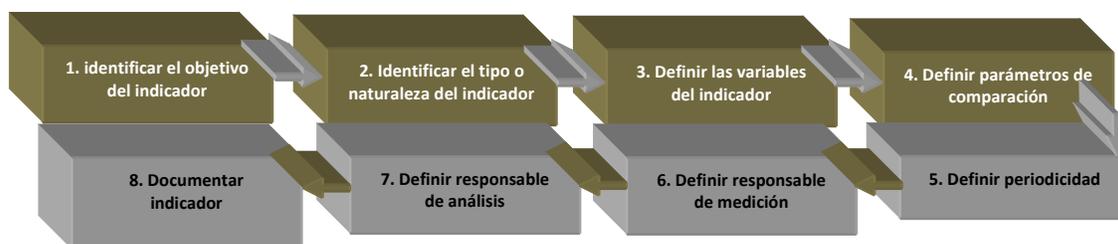
### 6.3. ÍNDICES



**Gráfica 5: Elementos para establecer los objetivos de los indicadores**  
Fuente: Adaptado de Bonnefoy (2005)

El comportamiento en materia preventiva se mide mediante un indicador. La formulación de éste se inicia con su caracterización. El indicador es un instrumento que nos permite, en cualquier momento, observar el comportamiento del Sistema de Gestión y predecir los resultados finales u objetivos trazados; éstos se pueden establecer contestando tres preguntas, como se describe en la gráfica 5.

Siendo las enfermedades no transmisibles la principal causa de muerte prematura y discapacidad en las Américas, responsables de las dos terceras partes del total de las defunciones en la región, se hace necesario desarrollar indicadores directos e indirectos de salud, los cuales con frecuencia son utilizados en diversas combinaciones para evaluar la eficacia y los efectos. El análisis de costo-efectividad es un indicador importante en el momento de priorizar las intervenciones que producen los mayores beneficios para la salud al costo más bajo. Información que debe ser analizada por los administradores de la institución.



**Gráfica 6: Pasos para caracterizar un indicador**

En general un indicador debe cumplir con características específicas (ver gráfica 6) y además debe tener atributos científicos: *validez* (debe medir realmente lo que se supone debe medir), *confiabilidad* (mediciones repetidas por distintos observadores deben dar como resultado valores similares del mismo indicador), *sensibilidad* (ser capaz de captar los cambios) y *especificidad* (reflejar sólo cambios ocurridos en una determinada situación). Un indicador requiere siempre del uso de fuentes confiables de información y rigurosidad técnica en su construcción e interpretación. Se deben desarrollar índices de oportunidad y calidad en la atención, cumplimiento, gestión y desempeño, con el fin de hacer un seguimiento al sistema, que permita reajustes en búsqueda de la mejora continua y utilizar los indicadores de

desempeño de los sistemas de salud y las herramientas de control de calidad para medir e informar públicamente sobre la calidad de la atención proporcionada.

Existen tantos indicadores como elementos se quieran medir, los más usados son:

- a. Indicadores Económicos
- b. Indicadores Sociales
- c. Indicadores Ambientales
- d. Indicadores Específicos
- e. Indicadores de proceso
- f. Indicadores de resultados
- g. Indicadores del estado de Salud, esta última categoría puede evaluarse entre otros por medio de:
  - Indicadores de morbilidad: son indicadores que intentan estimar el riesgo de enfermedad (carga de morbilidad) y cuantificar su magnitud e impacto. Los eventos de enfermedad pueden no ser fáciles de definir y pueden prolongarse y repetirse en el tiempo, lo que plantea dificultades en la elaboración de indicadores de morbilidad.
  - Indicadores de calidad de vida: estos indicadores, generalmente compuestos, intentan objetivar un concepto complejo que considera aspectos como: capacidad funcional de las personas, expectativa de vida, y nivel de adaptación del sujeto en relación con su medio<sup>2</sup>.

#### **6.4. PLANTEAR EL PROBLEMA**

El planteamiento del problema se inicia con la construcción de la Pirámide de Riesgo de la institución, la cual se realiza con la fragmentación de la población de crónicos, enseguida se hace un análisis de los programas que tiene la institución para el manejo de estos pacientes, en donde se debe evaluar:

- Uso o no de guías y vías clínicas y su pertinencia
- Método de almacenamiento de la información: seguridad y pertinencia del mismo
- Recursos invertidos
- Conocimiento por parte de todos los funcionarios de la institución sobre los programas ofrecidos y forma de acceder a ellos
- Pertinencia y oportunidad de la prestación de los servicios
- Estado de los canales de comunicación entre los diferentes niveles de atención y entre la institución y sus proveedores de servicios.

#### **6.5. POLÍTICA**

Con los datos anteriores se procede a establecer la política del SGCC, la cual debe ser coherente, realista y vinculante con la organización; su finalidad es establecer los principios asumidos por la alta dirección para el cambio en todos sus aspectos y promover la mejora constante del sistema.

Además debe:

- Cumplir con los requisitos legales en la prestación de servicios de salud
- Proporcionar el marco de referencia para establecer y revisar los objetivos

---

<sup>2</sup> Web Gabriel Rada. Revisado 2007 Tomás Merino. Consultado en: <http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/insIntrod6.htm>.

- Estar escrita, firmada, publicada y difundida al interior de la empresa
- Ser revisada periódicamente y ser conocida por la organización
- Ser coherente con la realidad de la organización
- Incluir un compromiso de mejora continua y cumplir con los requisitos
- Ser adecuada y evidenciar que es entendida por el personal de la organización
- Tener documentada su metodología para la revisión de la política

## **6.6. PLANIFICACIÓN**

1. Evaluar e identificar las enfermedades crónicas que afectan la salud de los afiliados a la institución.
2. Identificar los grupos más expuestos a este tipo de enfermedades, por género, edad, etc.
3. Identificar los requisitos legales para cumplir con la legislación en materia de salud
4. Fijar unos objetivos y elaborar un plan de acción para cumplir los mismos

Esta fase es un proceso lógico de aplicación de las técnicas de manejo, se debe desarrollar una metodología y registrar los resultados.

Los pasos fundamentales son:

- Elaborar la base de datos de pacientes crónicos
- Elaborar la pirámide de riesgo de la institución
- Evaluar las patologías más frecuentes
- Identificar los grupos de pacientes con mayor riesgo de desarrollar comorbilidades
- Identificar la población expuesta
- Evaluar los mejores procedimientos basados en la evidencia, para el manejo de estas patologías
- Diseñar los procedimientos de control

### **6.6.1. OBJETIVOS**

Es importante a continuación fijar los objetivos dirigidos a cumplir con los compromisos establecidos en la política. Para su cumplimiento se elabora un programa que debe fijar las metas para la consecución de cada uno de los objetivos y además se le fijará un responsable, los medios y los recursos necesarios.

Dentro del marco de un sistema de gestión los objetivos deben ser: medibles, alcanzables, relevantes, específicos y delimitados en el tiempo. Para fijar los objetivos se deben implementar programas (planes de acción) orientados a lograr los objetivos del sistema y la organización debe fijar las responsabilidades, autoridades y cronograma que asegure el cumplimiento de los mismos.

Los objetivos deben:

- Estar de acuerdo a las directrices de la política
- Fijarse en funciones y niveles adecuados que ofrezcan mejora continua de la organización
- Ser medibles y estar asociados a un indicador
- Encontrarse desarrollados en planes de actividades para su cumplimiento
- Definir los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos
- Evidenciar la mejora continua respecto a valores de periodos anteriores

- Desarrollarse y seguirse según lo planificado.

### **6.6.2. REQUISITOS LEGALES Y OTROS**

Se deben relacionar las actividades y procesos desarrollados en el establecimiento con la normatividad vigente. Una vez identificadas y analizadas todas las actividades desarrolladas, se debe proceder a la elaboración de un inventario de requisitos legales que sólo considere aquellos que sean aplicables, donde éstos, sean sistematizados y categorizados según su rango normativo o jerarquía, ordenados cronológicamente de acuerdo a su fecha de publicación en el diario oficial. Los requisitos legales que normalmente debieran encontrarse en cada inventario, corresponden a los siguientes:

- Constitución Política
- Leyes
- Decretos con Fuerza de Ley
- Decretos Ley
- Resoluciones
- Ordenanzas Municipales
- Directrices particulares de la institución

El listado de requisitos legales aplicables debe ser revisado, actualizado y evaluado periódicamente, para incorporar los nuevos cuerpos legales que sean promulgados, o sus modificaciones, así como aquellos cambios en las actividades, procesos y/o procedimientos que realiza la empresa.

Algunas fuentes de información que pueden ser consultadas son: el diario oficial, sitios web de organismos del estado, entre otros.

Debe redactarse un documento donde se describa como se identificará la legislación, como acceder a la misma, como actualizar dicha normativa para que la información llegue a todos los afectados y establecer los mecanismos para actuar frente a normatividad legal derogada.

### **6.6.3. RECURSOS**

La gerencia debe definir y asignar los recursos financieros, técnicos y el personal necesario para el diseño, implementación, revisión evaluación y mejora del SGCC.

Debe diseñar y desarrollar un plan de trabajo anual para alcanzar cada uno de los objetivos propuestos en el Sistema de Gestión de Cuidado Crónico, el cual debe identificar claramente metas, responsabilidades, recursos y cronograma de actividades, el cual debe ser firmado por el empleador y contener los objetivos, metas, actividades, responsables, cronograma y recursos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST

Además la organización debe disponer los recursos necesarios para mantener el SGCC y aumentar la satisfacción de los afiliados al sistema, utilizando los medios y los equipos adecuados.

El recurso humano debe ser cualificado y sus perfiles deben garantizar la competencia para la realización de los trabajos. Debe garantizarse planes de capacitación en forma continua con el fin de garantizar la competencia del empleado frente a cada puesto de trabajo, en concordancia con los procesos planteados por el SGCC.

La infraestructura debe adecuarse a las normatividad legal necesaria de acuerdo al tipo de procesos que se desarrollen y garantizar los planes o rutinas de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos.

#### **6.6.4. PLANIFICACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS**

La organización debe planear sus procedimientos teniendo en cuenta los requisitos de los afiliados al sistema los cuales deben ser identificados y conocidos por los implicados en el servicio y plenamente documentados.

Para la planificación de la realización de los procedimientos se debe aplicar una metodología con el fin de determinar los requisitos necesarios para el proceso. Entre los requisitos que se deben tener en cuenta están los requisitos legales.

La metodología para identificar los requisitos debe ser plenamente documentada debe quedar evidencia de su revisión.

#### **6.7. IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN**

Desarrollar un SGCC en una institución dentro de un país como el nuestro en donde no existe un marco político adecuado es difícil más no imposible, ya que el desarrollo de estos sistemas se adecuan a cualquier institución en donde la alta dirección esté comprometida con ellos, además, si la institución tiene un sistema de gestión de calidad o ambiental se facilitará aún más, puesto que esto sugiere que existe una cultura organizacional que garantiza el cumplimiento de normas y la documentación y registro de sus procesos.

La importancia de la alta dirección en estos menesteres se deriva de su control sobre los recursos, infraestructura, información, etc. de la organización. Estas funciones pueden ser delegadas, sin embargo la responsabilidad no se puede delegar. El procedimiento que debe seguir el gerente en esta fase, además de la definición de funciones, responsabilidades, documentación de dichas funciones, formación e información a todos los trabajadores, es su participación activa.

Para implementar programas de gestión de enfermedades crónicas la OMS<sup>3</sup> sugiere seguir el proceso con medidas inmediatas a corto y medio plazo, basadas en el estudio realizado por Gaciano et al<sup>4</sup>.

En esta fase se desarrollan los siguientes puntos:

- a. Capacitar al personal para darle competencia necesaria frente a la prestación de servicios del paciente crónico
- b. Definir y concretar funciones y responsabilidades
- c. Documentar y registrar los procesos
- d. Desarrollar métodos de medición (índices)
- e. Desarrollar actividades y subprogramas de seguimiento, vigilancia, educación y control del cuidado crónico para mejorar la calidad de la atención y garantizar el cumplimiento por parte del paciente

##### **6.7.1. CAPACITACIÓN**

Es importante establecer un proceso de educación continua, para:

---

<sup>3</sup> 20 Singh, Debbie: **How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?** World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008

<sup>4</sup> Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. **Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence.** Lancet, 2007, 370:1939–1946.

- Habituarse a los profesionales de los equipos de cuidado crónico y demás trabajadores al nuevo lenguaje y mejorar las habilidades y el número de miembros del personal formados específicamente en la gestión de enfermedades crónicas a todos los niveles.
- Sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de la gestión de las enfermedades crónicas.
- Enfocar la política de salubridad hacia la salud pública con una perspectiva que tenga en cuenta los determinantes de las enfermedades crónicas y se centre en los factores de riesgo.

Para hacer frente a estos desafíos, hay que adoptar un cambio de paradigma radical....



**Gráfica 7: Nuevos Paradigmas**

Tomado de: **Hacia una Sanidad Conectada: El reto de Venezuela**

[http://www.sela.org/attach/258/default/Hacia\\_una\\_ciudad\\_conectada-El\\_reto\\_de\\_Venezuela.pdf](http://www.sela.org/attach/258/default/Hacia_una_ciudad_conectada-El_reto_de_Venezuela.pdf)

- Promover la capacitación dirigida a los pacientes, cuidadores y familiares, cambiando la forma de pensar y actuar frente a los problemas de salud de los pacientes (gráfica 7), involucrándolos como parte integrante del equipo de atención y centrarse en los usuarios del servicio como un recurso, promoviendo la autogestión, el autocontrol, y las oportunidades para el voluntariado (gráfica 8).
- Crear redes de servicios y vías que rompan las barreras entre servicios de salud y servicios sociales y otros subsectores de salud.
- Asegurar los sistemas adecuados para compartir información entre los proveedores.
- Asegurar las herramientas para ayudar a identificar a las personas con diferentes niveles de necesidad y orientar los servicios en función de las necesidades.
- Prestar los servicios en base a la comunidad.

### 6.7.2. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

Son funciones de la gerencia:

- Comunicar a la organización la importancia de satisfacer los requerimientos de los pacientes y los requerimientos legales
- Establecer la política del SGCC
- Asegurar el establecimiento de objetivos del SGCC?

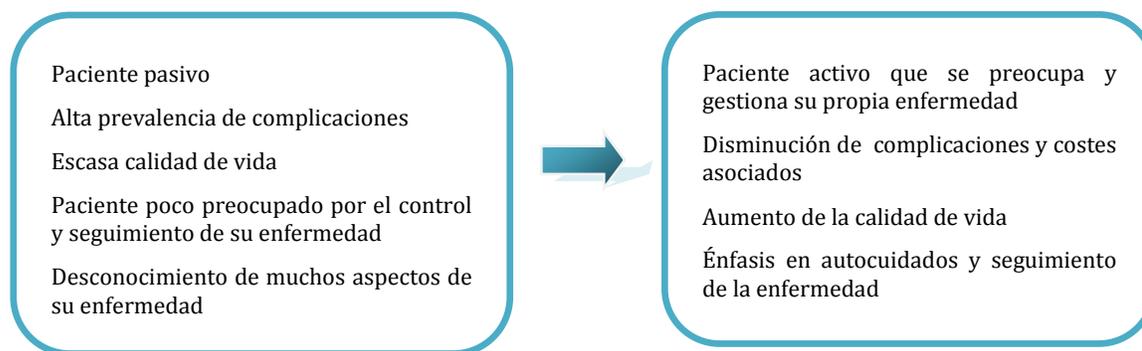
- Realizar las revisiones por la Dirección
- Asegurar la disponibilidad de recursos

Dentro de estas funciones es claro que la gerencia tiene como la responsabilidad de apoyar y el chequear en forma constante el desarrollo del sistema. Se hace necesario documentar y precisar las funciones de la gerencia como de cada uno de los miembros del equipo de atención primaria, frente al cuidado del enfermo crónico. Además deben fijarse responsabilidades a los pacientes, cuidadores y familiares las cuales deben ser avaladas y documentadas. Para esto se hace necesario:

- Asegurar que los usuarios de servicios y los cuidadores estén involucrados en la planificación, prestación y monitorización de los servicios.
- Dar cumplimiento a las directrices de los derechos y deberes de los pacientes (ver anexo 3)
- Hacer de los empleadores un elemento clave en la gestión de las enfermedades crónicas.
- Considerar las opciones de prestación de servicios tales como la gestión de casos y los equipos multidisciplinarios.

En el anexo tres están consignados los DERECHOS y DEBERES de los pacientes, los cuales deben ser difundidos entre los pacientes y los funcionarios de la institución y publicados en sitios visibles dentro de la institución.

### 6.7.3. DOCUMENTOS Y REGISTROS



**Gráfica 8**  
**APORTACIÓN DEL NUEVO PACIENTE AL SISTEMA**

**Documentación:** El proceso de documentación del sistema de gestión, se lleva a la práctica de modo de que el trabajo se organiza apropiadamente para lograr el estándar definido en cada proceso. La Gerencia, entre tanto, trabaja con elementos de la planificación estratégica, y deberá estar permanentemente monitoreando el proceso de implementación del SGC. Los documentos y registros se organizan, las actividades se planifican, los compromisos asumidos se cumplen. La organización progresa estructuradamente.

#### 6.7.3.1. Documentos:

- Desarrollar y documentar la metodología para el control de documentos
- Desarrollar y documentar la metodología adecuada para la aprobación de documentos

- Desarrollar y documentar una metodología adecuada para la revisión, distribución y actualización de los documentos, y la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente
- Desarrollar y documentar la metodología para su distribución
- Desarrollar y documentar la metodología para garantizar la legibilidad e identidad de los documentos e identificar los documentos de origen externo y su control y distribución
- Desarrollar y documentar la metodología para el manejo de los documentos obsoletos
- Desarrollar y documentar la metodología para la actualización periódica de los listados de los documentos existentes
- Desarrollar la documentación en donde se fija el protocolo de atención del paciente
- Desarrollar la documentación de atención del paciente crónico
- Desarrollar la documentación en donde se fijan las responsabilidades y funciones
- Desarrollar y documentar la metodología para la revisión periódica de la documentación en donde se fijan las responsabilidades y funciones y ajustarla a los cambios institucionales.
- Documentar y archivar para su consulta los cronogramas, presupuestos y demás procedimientos relacionados con la gestión del enfermo crónico.
- Desarrollar y documentar la definición de los cargos o funciones de la organización en organigrama y fichas de puesto
- Desarrollar y documentar la metodología para fijar las responsabilidades de cada puesto de trabajo referidas al SGCC
- Desarrollar y documentar la metodología para fijar las responsabilidades a cada uno de los empleados de la organización?
- Documentar la asignación del representante de la dirección a algún cargo o puesto de la organización

#### **6.7.3.2 Registros**

- Desarrollar y documentar la metodología para el control de los registros
- Desarrollar y documentar la metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros
- Desarrollar y documentar la metodología para describir la conservación y protección de registros en formato digital
- Desarrollar y documentar la metodología para la realización de copias de seguridad de los registros informáticos
- Registrar cuidadosamente las actividades de los diferentes protagonistas del equipo de cuidado crónico.
- Registrar los cambios en las políticas de salud, especialmente las que afecten específicamente el cuidado del paciente crónico.
- Registrar los ingresos hospitalarios no programados, así como el ingreso a los servicios de urgencias, con el fin de analizarlas causas y tomar las previsiones necesarias para minimizar estos ingresos.

#### **6.7.4. IMPLEMENTACIÓN DE LOS PILARES DE LOS MODELOS DE CUIDADO CRÓNICO**

**6.7.4.1. Promoción de la Salud:** es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Los pilares de estos programas son:

- a. acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas,
- b. acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.
- c. Acciones comunitarias promovidas a través de actividades de intervención y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y los grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.

**6.7.4.2. Autocuidado:** uno de los pilares más importantes en los modelos de atención de los enfermos crónicos, es el autocuidado, para ello se hace necesaria la participación decidida de los pacientes, familiares y cuidadores en la toma de decisiones. Igualmente la participación activa de la comunidad en los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. La experiencia a nivel mundial ha demostrado que las personas que practican el autocuidado de su enfermedad, tras haber recibido apoyo para conseguirlo, consiguen mejores resultados en su control que las que no lo hacen, máxime si cuentan con el apoyo de la comunidad y su entorno familiar.

**6.7.4.3. Priorización de la Atención Primaria:** El paciente crónico debe estar bajo el cuidado de un equipo de atención primaria. Puesto que el objetivo de cualquier sistema de salud es el de mantener sanos a sus usuarios, o por lo menos impedir que sus pacientes crónicos se compliquen y asciendan en la pirámide de riesgo, es lógico pensar que el incremento de las hospitalizaciones o en el número de remisiones a niveles superiores corresponde a un fracaso del sistema el cual debe ser revisado. Resumiendo, cuando un sistema de salud comienza a presentar una mayor infraestructura en servicios superespecializados o de alto costo, se puede inferir, que este sistema ha fracasado.

Con el fin de lograr que los servicios de salud, respondan en forma eficiente a las necesidades del sistema, es necesaria la provisión de recursos humanos y materiales en número y capacitación adecuados. En el área de la atención primaria se hace necesaria una formación integral y un compromiso total del personal profesional, para ello es necesaria la capacitación continuada en torno a los conceptos del SGCC, promoviendo el autocuidado, el manejo de las guías y vías clínicas y modelos eficaces de prevención que abarquen el conocimiento, por parte de los pacientes, de los estilos de vida saludable, factores de riesgo, cambios de comportamientos para contrarrestarlos y medidas específicas de autocuidado.

**6.7.4.4. Coordinación entre los niveles de Atención:** Dado que, por la misma dinámica de su patología, cualquiera de estos pacientes puede requerir en algún momento ingreso hospitalario, es necesaria la coordinación entre los servicios de Atención Primaria y el servicio de Hospitalización, con el fin de que el paciente esté bien vigilado y reciba continuidad en la atención. Esta coordinación debe existir también con los demás niveles de atención y con los diferentes proveedores (especialistas, farmacia, nutricionistas, etc.).

**6.7.4.5. Historia Clínica (HC):** Es tal vez el documento central del sistema de información, por lo cual le asignamos un apartado especial. Se debe diseñar, desarrollar y documentar la HC en un proceso de consenso en donde deben participar, los médicos, enfermeras y demás profesionales de atención primaria, con la asesoría de un especialista en medicina interna, medicina familiar o procesos de gestión de enfermedad. Deben atenderse las sugerencias de los pacientes y personal encargado de la custodia o cuidados de los mismos.

Este documento debe incluir un registro cuidadoso de:

- Datos demográficos, incluyendo grupo étnico y datos de identificación del paciente
- Motivación de la consulta

- Descripción cronológica de la enfermedad, registrada con el lenguaje del paciente
- Revisión por sistemas
- Descripción prolija de los antecedentes (médicos, quirúrgicos, familiares, perinatales, inmunológicos, traumáticos, tóxicos, alérgicos, farmacológicos, gineco-obstétricos, etc.)
- Registro de la aplicación de las encuestas\*:<sup>5</sup>
  - . Test de Zung o del inventario de depresión de Brink (según edad)
  - . Evaluación psicológica (Folstein Test)
  - . Tamizaje de adhesión al tratamiento (Test de Morisky-Green, o Test de cumplimiento autocomunicado (test de Haynes-Sackett), o Test de Prochaska-Diclemente, o métodos electrónicos, como el Electronic monitoring device o el dispensador electrónico de medicación)
  - . Valoración Funcional (grados de actividad diaria - escala abreviada)
  - . Valoración RCV (calculadora de RCV, Framingham, índice cintura/cadera)
  - . Familiograma
  - . Percepción del médico sobre la relación del paciente con la familia
  - . Núcleo social, soporte económico, apoyo social
  - . Ajuste social, otros riesgos sociales
- Examen Físico completo. Debe incluir índices de masa corporal, cintura/cadera, brazo/tobillo, fondo de ojo, agudeza visual, etc.)
- Exámenes Paraclínicos (listado de exámenes según guías de MBE.
- Informe sobre el tipo y gravedad de la incapacidad, si la hay
- Diagnóstico(s) confirmados, diagnósticos a descartar
- Análisis de riesgo (clasificar dentro de tres tipos de riesgo)
- Plan terapéutico trazado en común acuerdo con el paciente o sus cuidadores
- Indicaciones y recomendaciones

Es importante establecer un protocolo de atención del paciente crónico, en algunos países, entre ellos Colombia, no se le da al servicio de salud la importancia que tiene lo cual se refleja en el tiempo asignado a la consulta médica, la cual fluctúa entre 15 y 20 minutos por paciente. En este lapso se debe realizar la entrevista clínica, practicar el examen físico, dejar constancia en la historia clínica de sus hallazgos, formular y registrar el análisis y el plan, registrar indicaciones y recomendaciones, dar al paciente una charla sobre hábitos de vida saludable, explicarle su patología, considerar y diseñar el tratamiento, explicar los posibles efectos secundarios de las drogas, las posibles complicaciones y comorbilidad de su patología, las alternativas terapéuticas, realizar los documentos (prescripción, ordenes de exámenes, remisiones), etc. Toda esta actividad se convierte en un sofisma que solo sirve para que los informes de auditoría médica den la conformidad a un producto que muchas veces es mal calificado en el fuero interno del paciente. Esta es una de las razones por la que se propone ampliar el tiempo de la primera consulta médica a 30 o 45 minutos con el fin de poder hacer una buena valoración y calificación diagnóstica y de riesgo de nuestro paciente y decidir conjuntamente con este, el mejor tratamiento.

La puerta de entrada al sistema debe ser el servicio de enfermería, el cual cita al paciente para que la enfermera jefe le explique a él y a sus familiares o cuidador el propósito del programa e inicie el proceso de educación, inducción al autocuidado y los incentive a tomar parte de los talleres o demás actividades que se programen. A continuación debe aplicar las encuestas,

---

\*Los test y el orden de la Historia Clínica son solo sugerencias y están sujetos a lo indicado por las mejores evidencias sobre el manejo de los pacientes crónicos.

anotar sus resultados en la historia clínica y asignar una cita con el médico. Finalmente los exámenes solicitados son reclamados por la enfermera, quien junto con el médico procederá a tomar las decisiones sobre la necesidad o no de citar al paciente a un nuevo control o enviarlo a cualquiera de los programas de apoyo del SGCC y establecer la periodicidad de los controles médicos y de enfermería.

#### **6.7.5. SUBPROGRAMAS Y ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS**

- Diseñar, desarrollar e implementar los programas de P y P, de acuerdo a las directrices del ministerio de Salud Nacional y los organismos internacionales, al igual que los diseñados por necesidades de la institución
- Extender la asistencia sanitaria al hogar
- Monitorizar la evolución de enfermedades específicas utilizando ayuda tecnológica y actividades específicas
- Programar citas
- Tendencia de análisis y alertas
- Consultas a distancia: correo electrónico, chat, teléfono
- Desarrollar programas de Cuidado Guiado.
- Promover un régimen alimentario saludable
- Aumentar la actividad física
- Promover los Hábitos de Vida Saludable
- Talleres sobre manejo el estrés
- Vigilar e identificar factores de riesgo como violencia, alcohol, vivienda, entorno, etc.
- planificar y aplicar una estrategia integral de comunicación para cada uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas
- Cuantificar las percepciones y el conocimiento que tiene el público de los factores determinantes de las enfermedades crónicas y los cambios de comportamiento para prevenir las Enfermedades crónicas, antes y después de la intervención
- Desarrollar la guías y vías de manejo Médico basado en la Evidencia, para cada enfermedad o grupo de enfermedades crónicas
- Disponer de una estrategia para el uso racional de los medicamentos, que incluirá una lista de medicamentos esenciales, directrices de prescripción, dispensación, efectos cruzados con otros medicamentos

#### **6.7.6. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

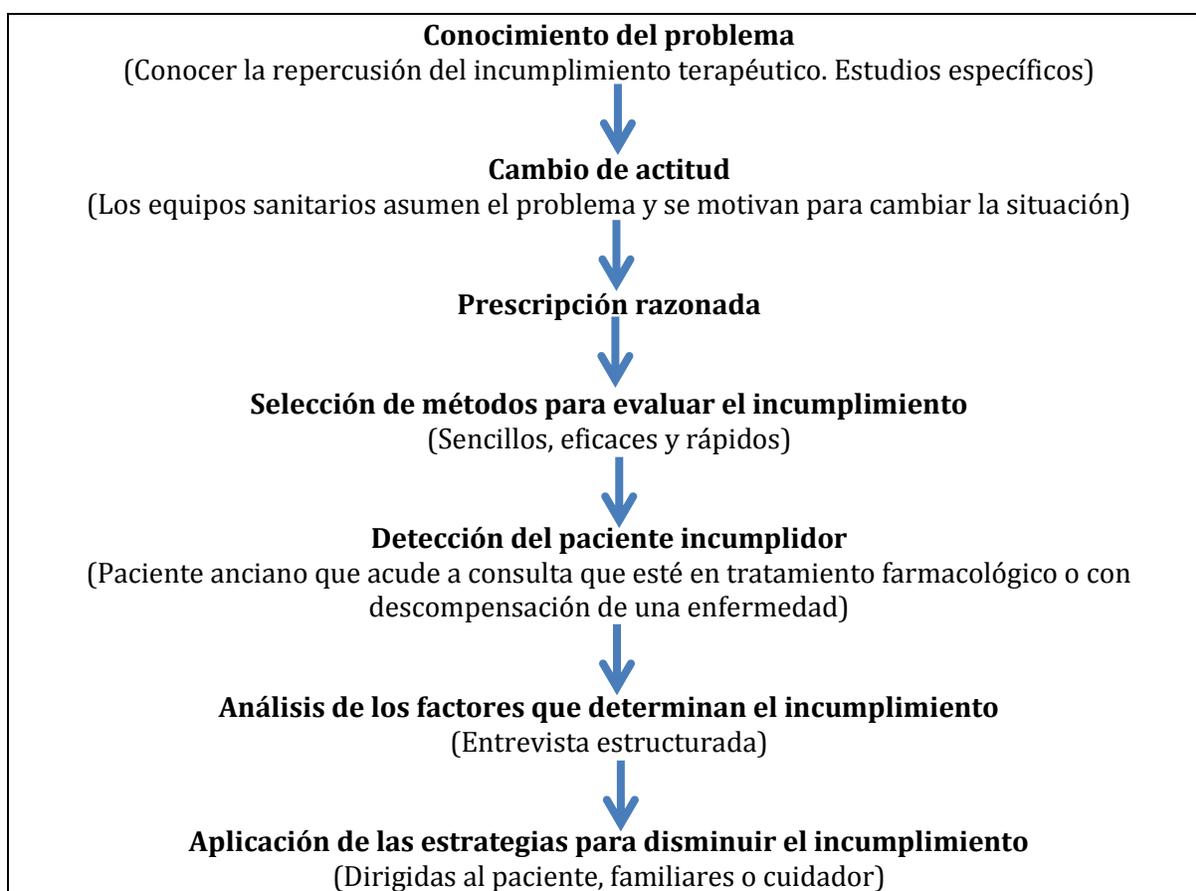
La adherencia al tratamiento, también llamada cumplimiento terapéutico, hace referencia a la aceptación, por parte del paciente, de las indicaciones que los encargados de proveer su asistencia sanitaria, le den. Estas recomendaciones incluyen: asistencia a citas programadas, toma de medicamentos en la forma y horario indicado, aceptación de las indicaciones sobre los cambios en el estilo de vida, completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas. La mayor parte de los estudios confirman que solo la mitad de los pacientes siguen adecuadamente el tratamiento farmacológico y que menos del 30% cambia sus hábitos o estilos de vida.

Entre los estudios mencionados tenemos el de Greebur, el cual confirma que el 50% de los pacientes diagnosticados con HTA, abandona el tratamiento al año y el otro 50%, que continua con la medicación, no se la toma en forma correcta. Por otra parte, el estudio de Jones, señala que solo entre el 40% y el 50% de los pacientes que inician cualquier tratamiento, mantienen la medicación a los seis meses de haberla iniciado.

Entre las razones más frecuentes para el abandono o modificación del tratamiento están:

- Efectos adversos del medicamento.
- Sensación de “sentirse peor” con la droga
- Costo de la droga
- Numero de dosis y cantidad diaria de medicamentos
- Falta de tiempo u olvidos por el estilo irregular de vida

Algunos estudios, como el de Hasford, han demostrado que la causa principal de abandono de la medicación fue por “sentirse bien”. Otra causa de la falta de adherencia al tratamiento puede ser un escaso conocimiento y entendimiento del régimen prescrito. Dunbar y colaboradores, mostraron en un estudio que, dos tercios de los pacientes olvidaron su diagnóstico y las explicaciones del tratamiento inmediatamente después de la consulta con el médico.



**Gráfica 9: FASES DEL PROCESO PARA ABORDAR Y MINIMIZAR EL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA<sup>6</sup>**

<sup>6</sup> LARREA Palop V, Martínez Mir. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. **Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud** Volumen 28–Nº 5-2004. Consultar en: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>.

En el estudio de Roberto Ingaramo (Argentina), sobre adherencia al tratamiento y previsión de la misma mediante la prueba de Morisky-Green-Levine, encontró: “... la adherencia al tratamiento a los 6 meses de iniciado no superó el 50%, y no se observaron diferencias significativas en el control de la HTA (sistodiastólica) entre adherentes y noadherentes (según test de Morisky-Green-Levine). Sin embargo en los pacientes adherentes los valores de la PA sistólicos y diastólicos aislados fueron menores y los porcentajes de control de las mismas significativamente mayores. La adherencia en los hombres sugiere un buen control de la presión arterial, pero no es así en las mujeres. El poseer algún tipo de cobertura u obra social determina una mejor adherencia. El test de Morisky-Green-Levine es un método de fácil implementación muy útil para determinar la adherencia y quienes no contestan correctamente las preguntas tendrían más probabilidades de lograr un control tensional menor y cifras de PA diastólica más elevadas”<sup>7</sup>. Es decir el estudio confirma una vez más la pobre adherencia al tratamiento por parte del paciente crónico a la vez que demuestra la validez de pruebas predictivas como la de Morisky-Green-Levine.

En España, la población mayor de 65 años es el 17% y consume más del 30% de los medicamentos, siendo el consumo promedio de dos a tres medicamentos por anciano día, de los cuales más del 75% los consume de forma crónica. Distintos trabajos indican que entre un tercio y la mitad de los ancianos tratados no realizan correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las prescritas por su médico. Esto quiere decir, que probablemente la no adherencia al tratamiento y por lo tanto un mal control en las enfermedades, este condicionando un mayor número de ingresos hospitalarios, incrementando el costo de los servicios de salud. En Colombia no hay muchos estudios sobre el tema. Durante el diagnóstico inicial para la implantación de un SGCC en la IPS MEDIREDA, en la ciudad de Bucaramanga, en donde se analizaron los pacientes diabéticos e hipertensos por la facilidad que se tiene para estudiar su evolución y grado de control, el hallazgo fue: el 72% de los pacientes diabéticos y el 37.25% de los hipertensos, no estaban controlados. Estos datos nos deben alertar sobre el incremento de costos en un futuro, asociado al aumento de comorbilidades o a la agravación de las patologías ya existentes.

La finalidad de medir la adherencia es porque los resultados de los estudios a nivel internacional nos muestran cifras como las encontradas en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de EEUU (National Health and Nutrition Examination Survey-NHANES), en donde, los pacientes que recibían tratamiento para la HTA, el 66% estaban mal controlados, (datos que son superiores comparados con los encontrados en nuestra muestra). Además en el Informe de Adherencia de la OMS (2004), se señala que la mitad de los pacientes no cumplen los tratamientos prescritos y que las cifras son mayores en países latinoamericanos. La OMS considera, igualmente, que la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas es un tema prioritario de salud pública. Por estas razones cualquier estrategia que se tome debe estar orientada a obtener el control de la enfermedad y además garantizar que definitivamente supera los programas de manejo del paciente crónico instituidos hasta este momento (ver gráfica 9). Hemos adaptado las recomendaciones recogidas por el estudio “Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-

---

<sup>7</sup> **INGARAMO** Roberto A. y Col. Hipertensión Arterial: **Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento** (ENSAT). Revista de la Federación Argentina de Cardiología. 2005; Vol. 34: 104 - 111. Consultada en: <http://200.59.199.13/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>.

adherencia”<sup>8</sup>, por considerar que resumen en forma perfecta las medidas que se deben tomar para mejorar la adherencia a los tratamientos, por parte de los pacientes:

1. Ayudas directas para mejorar la adherencia:
  - Formas impresas para diligenciar y adherir a los envases, dispositivos electrónicos sonoros o con indicadores luminosos que avisan en caso de olvido de una dosis, dispensadores electrónicos, ayudas nemotécnicas que involucran a los familiares (padres, esposa, hijos mayores, personas con las que se convive y en general cuidadores).
  - Conteo de tabletas en las visitas de control.
  - Visitas domiciliarias “sorpresa” para revisar signos vitales, glucometrías, dieta, conteo de droga, etc.
  - Tamizaje de adhesión al tratamiento por los métodos ya anotados.
2. El encuentro médico-paciente es una situación en la cual el paciente debe:
  - Entender el propósito de la medicación
  - Identificar el medicamento que debe tomar
  - Conocer la duración del tratamiento
  - Comprender el esquema de dosificación por seguir.

Tanto el médico como el fabricante deben verificar que el envase de los medicamentos tenga en cuenta las limitaciones físicas de los pacientes y que los insertos estén escritos en letra de tamaño adecuado y en lo posible, en el idioma del paciente. El tratamiento debe ser lo más sencillo y con los mínimos efectos secundarios posibles. La evidencia demuestra que con una adecuada motivación, educación y apoyo, se pueden superar las dificultades de lograr una adecuada adherencia. El éxito para lograr una adecuada adherencia radica en una buena educación.

### **6.7.7. DISEÑO Y DESARROLLO**

A pesar del viejo aforismo médico “NO TRATAR LA ENFERMEDAD SINO AL PACIENTE”, en los últimos años se imponen cada vez con mejores resultados a nivel costo-efectivo el uso de protocolos, guías y vías clínicas, estos documentos son producidos por grupos de expertos, después de analizar en forma rigurosa los diferentes estudios clínicos que se producen alrededor del mundo.

Durante el estadio de planificación del SGCC es importante el diseño, verificación y validación de los protocolos, guías y vías clínicas, las cuales deben ser revisadas periódicamente.

Igualmente debe tenerse en cuenta el diseño, verificación y validación del formato de la Historia Clínica, a la cual le dedicaremos un aparte de este documento.

¿Están definidas las responsabilidades para el diseño y desarrollo de los protocolos, guías y vías clínicas?

---

<sup>8</sup> SILVA Germán Enrique, GALEANO Esmeralda, CORREA Jaime Orlando. **Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia** (Compliance with the treatment Implications of non-compliance. Hot Topic). Volumen 30 N° 4 - octubre-diciembre - 2005. Consultar en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/v30n4a4.pdf>.

### **6.7.8. COMUNICACIÓN ASERTIVA, INFORMACIÓN EFECTIVA Y EDUCACIÓN CONSISTENTE:**

El concepto de relación médico-paciente, debe partir de la confianza mutua, en donde se hable sobre la enfermedad y se discuta sobre el mejor esquema de tratamiento en forma tal que el paciente entienda y acepte los riesgos y los beneficios derivados de este. Es decir involucrar al paciente en la toma de decisiones, como garantía de una mejor adherencia al tratamiento.

Los miembros del equipo de atención en salud (médico, enfermera, terapeuta, farmacéuta, etc.), deben estar entrenados para brindar las instrucciones claras, suficientes y pertinentes para el nivel mental y socio-cultural del paciente.

La educación debe entenderse como un proceso, que en algunos casos es más o menos prolongado, de acuerdo a la actitud y aptitud de cada paciente, que necesariamente redundará no solo en una mejor adherencia a las recomendaciones y prescripciones, sino que además conlleva a una mayor seguridad del paciente y a disminuir los ingresos hospitalarios.

## **7. AUDITAR**

El principal instrumento de mejoramiento continuo en los sistemas de gestión, son las auditorías internas. Estas auditorías deben realizarse para verificar el cumplimiento de los requisitos del sistema, así como los establecidos por la organización, para detectar los posibles puntos de mejora para el desempeño del sistema.

La metodología para la realización de las auditorías suele incluir la utilización de la "lista de chequeo" (Ver anexo 1) que permite ordenar el proceso y evitar los olvidos de determinados requisitos. También estos cuestionarios sirven como registro de la realización de la propia auditoría y para anotar las evidencias encontradas en la misma. Sin embargo la utilidad de esta herramienta además del aspecto procedimental no alcanza para asegurar la calidad de la auditoría, la cual depende más de la capacitación del auditor.

Es obligación de la dirección institucional, así como de los responsables del sistema solicitar auditorías periódicas para verificar la buena marcha de los procesos y para tomar los correctivos en casos necesarios; estas auditorías deben ser planificadas y documentadas.

## **8. AJUSTAR**

Conocer las desviaciones de los resultados es la base para conocer las causas de éstas. Todas las variaciones que se presenten, en relación con los planes, deben ser analizadas detalladamente para conocer las causas que las originaron. Analizar las razones que dieron origen a las variaciones permite eficiencia y efectividad en la búsqueda y aplicación de soluciones.

En términos preventivos, es importante considerar que lo más significativo es encontrar maneras constructivas que permitan que los resultados finales cumplan con los parámetros definidos (anticiparse), y no tan sólo en identificar y corregir los errores pasados. Es necesario documentar los resultados de satisfacción de los pacientes y sus reclamaciones al igual que el análisis de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos y el estado de las acciones correctivas y preventivas. Esto nos lleva al análisis juicioso de la nueva situación

con el fin de proponer nuevos objetivos o a modificar los índices con el fin de obtener cada vez mejores resultados.

El control del sistema se puede realizar siguiendo los siguientes tres pasos:

- a. Establecimiento de los estándares para la medición:
- b. Medición del desempeño:
- c. Detección de las desviaciones en relación al estándar establecido:

## 9. VERIFICACIÓN PERMANENTE DEL SISTEMA

El Dr. Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), en la inauguración de la jornada Polimedición y envejecimiento, organizada por la OMC en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social, plantea que el origen de *"la falta de calidad en la prestación del servicio al paciente crónico se debe, entre otras razones, al hecho de que "la información sanitaria de cada paciente no viaja con ella" y, cada vez que acude a un ambulatorio diferente, a un hospital de otra comunidad o a un centro del sistema privado "el paciente empieza su historial de nuevo, con el peligro de acumular medicación". Por este motivo, el presidente de la OMC ha pedido a la comunidad sanitaria "un esfuerzo por poner de moda la revisión de este problema", que en la actualidad es responsable de la "pérdida de calidad de vida de estos pacientes y de la generación de un sufrimiento artificial e inútil", tanto para los afectados como para sus familias."*<sup>9</sup>.

La propuesta para evitar este tipo de inconvenientes está en el uso de las nuevas tecnologías de información, las cuales ofrecen la posibilidad de establecer un programa de verificación permanente de los sistemas. Estas verificaciones al contrario de las auditorias, que ajustan el funcionamiento del sistema a través del cumplimiento de las normativas, evalúa al sistema a través de los resultados.

La multiplicidad de proveedores (IPS) puede impactar en forma negativa la calidad de la atención de los pacientes, sino también la economía de los presupuestos destinados a la prestación del servicio. Bien sea por ignorancia, falta de memoria o por la tendencia de algunos pacientes a resentirse con los resultados de los análisis clínicos, hace que en muchas ocasiones, se repliquen innecesariamente los exámenes, o se cambien tratamientos establecidos sin haberseles dado la oportunidad de mostrar algún tipo de acción terapéutica.

Por estas y muchas otras razones, es necesario el desarrollo de un sistema de información, en cuyo diseño deben participar los actores que van a tener relación con él (trabajadores de la salud y pacientes) y no solamente los técnicos (ingenieros y programadores). En el sistema sanitario, la Historia Clínica Electrónica (HCE) "virtualmente" única, es decir, con capacidad de gestionar de forma integrada toda la información relativa a un paciente, independientemente de su origen y lugar de almacenamiento, puede ser el mejor representante de la aplicación de estas nuevas tecnologías. Esta herramienta debe no solo almacenar la información sino que además debe ser capaz de proveer al equipo de cuidado del paciente crónico la información e índices necesarios para evaluar en cualquier momento, no solo el paciente sino también el sistema.

Se considera ideal que la información clínica de los pacientes sea manejada en documentos electrónicos a través de la red, sin embargo las dificultades de seguridad y de políticas

---

<sup>9</sup> Los pacientes crónicos, "gran problema" del SNS para Rodríguez Sendín. europapress.es.

públicas hacen difícil lograr la integración de la información a este nivel, por lo cual una propuesta sería dotar a los pacientes de memorias portátiles (Universal Serial Bus o USB) o el uso de tarjetas inteligentes o tarjeta con circuito integrado (smart card o TCI), lo cual permitirá a la información “viajar con el paciente” tal y como lo propone el Dr. Juan José Rodríguez Sendín, con la comodidad para los médicos y demás proveedores de poder interactuar con la información clínica del paciente, ya que estos artefactos permiten la descarga y la actualización de la información en ellas contenidas.

## **10. RETROALIMENTAR EL SISTEMA**

Así como el ajuste se hace de acuerdo con las auditorias sobre el funcionamiento del sistema, de las evaluaciones que se hagan periódicamente del sistema debe surgir la información necesaria para plantear los nuevos desafíos que puedan generar los resultados del sistema.

La HCE, debe ser capaz de suministrar una base de datos que nos permita conocer el comportamiento del paciente, grupos de pacientes o la totalidad de la población e igualmente el comportamiento fraccionado o total de los diferentes ítems susceptibles de evaluación. Es decir debe ser capaz de suministrarnos el comportamiento de la glicemia o de la tensión arterial cuando se interviene con una droga o con una asociación de drogas o darnos la tasa de pacientes compensados en su patología con este o aquel tratamiento, indicarnos la tasa de hospitalizaciones no programadas o de los ingresos al servicio de urgencias de los pacientes o grupos de pacientes y su relación con los tratamientos establecidos, etc. También debe permitirnos evaluar las iniciativas tomadas por el paciente o sus cuidadores y su influencia en la evolución clínica de los pacientes.

Es importante destacar que la finalidad del control es la detección de errores, fallas o diferencias, en relación a un planteamiento inicial, para su corrección o prevención. Por tanto, el control debe estar relacionado con los objetivos inicialmente definidos, debe permitir la medición y cuantificación de los resultados, la detección de desviaciones y el establecimiento de medidas correctivas y preventivas, así como el comportamiento de las mejores alternativas terapéuticas y de cuidados que pueden convertirse en base de nuevos manejos basados en las mejores evidencias.

## **11. GLOSARIO**

### **Apoyo Para La Toma De Decisiones**

Los sistemas de apoyo para la toma de decisiones son sistemas que ayudan en el análisis de información de negocios. Su propósito es ayudar a la administración para que “marque tendencias, señale problemas y tome decisiones inteligentes”.

La idea básica es recolectar datos operacionales del negocio y reducirlos a una forma que pudiera ser usada para analizar el comportamiento del mismo y modificarlos de una manera inteligente.

### **Atención Integrada**

La continuidad y la coordinación son elementos fundamentales en la apuesta por organizaciones de salud integradas.

### **Auto-Cuidados**

Los pacientes en colaboración con los profesionales de la salud asumen una mayor responsabilidad en las decisiones de la atención médica. Muchas de las funciones clínicas desarrolladas por los profesionales médicos, pueden ser efectivamente realizadas por los propios pacientes.

**Comorbilidad:** En medicina, la comorbilidad describe el efecto de una enfermedad o enfermedades en un paciente cuya enfermedad primaria es otra distinta, es importante que una vez identificada, se trace una estrategia para minimizarla, para ello es necesario responder tres preguntas:

- Qué problema se presenta?
- Cuál es la razón?
- Con qué frecuencia se origina?
- Cuáles son los efectos en el paciente?

### **Cuidado Guiado**

En este modelo, el personal de enfermería de cuidado primario, en coordinación con un equipo médico, se ocupa de la evaluación, planificación, cuidado y seguimiento de los pacientes crónicos complejos identificados por medio de un modelo de predicción. Los datos preliminares obtenidos a partir de un ensayo controlado aleatorio de grupo sugieren que este enfoque lleva a una mejora en los resultados sanitarios, a la reducción de costos, a una menor carga sobre cuidadores y familia, así como a mayores niveles de satisfacción entre los profesionales sanitarios.

### **Detección de las desviaciones en relación al estándar establecido**

Se determinan las acciones correctivas para corregir las causas de las desviaciones y orientar los resultados al estándar definido. Esto puede significar cambios en una o varias actividades, sin embargo, cabe señalar que podría ser necesario que la corrección se realice en los estándares originales, en lugar de las actividades.

### **Enfermedades Crónicas**

La OMS define como enfermedad crónica “enfermedades de larga duración y generalmente progresión lenta” y en EEUU el Centro para la Prevención y Control de enfermedades, lo define como “las condiciones que no son curadas cuando se adquieren son consideradas como crónicas”.

### **Estándar**

Un estándar es una norma o criterio que sirve como base para la evaluación o comparación. Los estándares, deben ser medidas específicas de actuación con base en los objetivos. Son los límites en los cuales se debe encuadrar la organización. Se pueden definir, entre otros, estándares de cantidad, calidad, tiempo y costos.

### **Gestión de Enfermedades**

La gestión de enfermedades 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 auto-cuidados por parte de los pacientes.

### **Guía Clínica**

Según el Institute of Medicine de los Estados Unidos (IOM), es un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención de salud más apropiada, seleccionando las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica".

### **Historia Clínica Electrónica (HCE)**

Es el registro longitudinal por medios electrónicos de todos los eventos y datos cualquiera que sea su forma, clase o tipo relativos a la salud de una persona (desde su nacimiento hasta su muerte), que permiten adquirir o ampliar conocimientos sobre su estado físico y su salud o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

### **Indicadores**

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos) para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. La OMS los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios".

### **Medición del desempeño**

Tiene como fin obtener resultados del desempeño para su posterior comparación con los estándares definidos. Luego, es posible detectar si hay desvíos o variaciones en relación a lo esperado.

### **Requisito Legal**

Un requisito legal es una obligación que establece la legislación aplicable a una actividad y cuyo incumplimiento puede ocasionar sanciones. Estos requisitos deben ser mantenidos en orden para facilitar el cumplimiento de las normas y deben ser actualizados periódicamente.

## 12. Referencias/fuentes consultadas

1. **Durán**, R. Luis Carlos. Informe sobre el estado del programa de gestión de pacientes crónicos en MEDIRED Bucaramanga. Presentado a la gerencia. 2012.
2. **Fuster V y Kelly BB**, eds. (2010). Promoting cardiovascular health in the developing world: a critical challenge to achieve global health. Washington dc: the national academies press.
3. **Gaziano T, Galea G y REDDY KS**. (2007). Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet* 370: 1939–1946.
4. **Gaziano TA, Reddy KS, Paccaud F. Horton S y Chaturvedi V**. (2006). Cardiovascular disease. En: Jamison DT et al., eds. Disease control priorities in developing countries (2a. Edición). Nueva York: Oxford University Press. Pp. 645–662.
5. **Glassman A, Gaziano TA, Bouillon Buendia CP y Guanais de Aguiar FC**. (2010). Confronting the chronic disease burden in Latin America and the Caribbean. *Health Affairs* 29:2142–2148.
6. Grupo regional de expertos de la **OPS/OMS** para la prevención de enfermedades cardiovasculares mediante la reducción de la sal alimentaria. (2009). Declaración política: prevención de las enfermedades cardiovasculares en las Américas mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria en toda la población. Se puede encontrar en: [http://new.paho.org/hq/index.php?gid=6368&option=com\\_docman&task=doc\\_download](http://new.paho.org/hq/index.php?gid=6368&option=com_docman&task=doc_download)
7. **INGARAMO Roberto A. y Col.** Hipertensión Arterial: **Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT)**. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*. 2005; Vol. 34: 104 - 111. Consultada en: <http://200.59.199.13/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>.
8. **Jadad Alejandro R., Cabrera León Andrés, Lyons Renée F., Martos Pérez Francisco, Smith, Richard.** **When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge.** recuperado 12/96/12 en: [http://www.opimec.org/media/files/BOOK\\_OPIMEC\\_100818.pdf](http://www.opimec.org/media/files/BOOK_OPIMEC_100818.pdf)
9. **Jha P, Chaloupka FJ, Moore J, Gajalakshmi V, Gupta PC, Peck R, Asma S y Zatonski W.** (2006). Tobacco addiction. En: Jamison DT, et al., eds. Disease control priorities in developing countries (2a. Edición). Nueva York: Oxford University Press. Pp. 869–886.
10. **Joffres M, Campbell NRC, Manns B y Tu K.** (2007). Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada. *Can J Cardiol* 23:437–443.
11. **LACLÉ-Murray Adriana, JIMÉNEZ-NAVARRETE, Manuel Francisco.** Calidad del control glicémico según la hemoglobina glicosilada vs la glicemia en ayunas: **Análisis en una población urbana y otra rural de diabéticos costarricenses.** *Acta Médica Costarricense*, versión ISSN 0001-6012. Consultada en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022004000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022004000300007&script=sci_arttext).

12. **LARREA** Palop V, Martínez Mir. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. INFORMACION TERAPEUTICA del Sistema Nacional de Salud Vol 28-Nº 5-2004. Consultar en: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>.
13. **Laxminarayan R, Chow J y Shahid-Salles, SA.** (2006). Intervention cost-effectiveness: overview of main messages. En: Jamison dt et al., eds. Disease control priorities in developing countries (2a. Edición). Nueva york: oxford university press. Pp. 35-85.
14. Los pacientes crónicos, "gran problema" del SNS para Rodríguez Sendín. europapress.es. Consultado en: <http://www.europapress.es/salud/noticia-pacientes-cronicos-gran-problema-sns-rodriguez-sendin-20100622113330.html>.
15. Ministerio de Protección Social, Equipo UT - Universidad CES - GESAWORLD S.A. **Guía de Instrucción para el Diseño de Programas de Gestión de Enfermedades Crónicas.** En: [http://mps1.minproteccion-social.gov.co/evtmedica/linea%2014/descargables%20linea14/Linea14\\_%20Programas%20de%20enfermedades%20cronicas.pdf](http://mps1.minproteccion-social.gov.co/evtmedica/linea%2014/descargables%20linea14/Linea14_%20Programas%20de%20enfermedades%20cronicas.pdf)
16. **Musgrove P y Fox-rushby J.** (2006). Cost-effectiveness analysis for priority setting. En: jamison dt, et al., eds. Disease control priorities in developing countries. (2a. Edición). Nueva york: oxford university press. Pp. 271-286.
17. **Narayan KMV, Zhang P, Kanaya AM, Williams DE, Engelgau MM, Imperatore G y Ramachandran A.** (2006). Diabetes: the pandemic and potential solutions. En: jamison dt et al., eds. Disease control priorities in developing countries (2a. Edición). Nueva york: oxford university press. Pp. 591-603.
18. **Organización Panamericana de la Salud.** (2007). Estrategia regional y plan para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las Enfermedades Crónicas. Washington, DC: Ops.
19. **Organización Panamericana De La Salud.** (2011). Control del tabaco. En: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=1281&Itemid=1187&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1281&Itemid=1187&lang=es).
20. **Penz ed, Joffres MR y Campbell NR.** (2008). Reducing dietary sodium and decreases in cardiovascular disease in Canadá. Can j cardiol 24:497-501.
21. **Rodríguez López, Mérida Rosa. Abordaje del paciente hiperfrecuentador de servicios en atención primaria: un acercamiento desde la teoría.** Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 11 (22): 43-55, enero-junio de 2012.
22. **Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción.** Organización Mundial de la Salud/OMS, 2004; traducción de la OPS. Recuperado el 22/05/12 en: <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>.
23. **SILVA Germán Enrique, GALEANO Esmeralda, CORREA Jaime Orlando.** Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia (Compliance with the treatment Implications of non-compliance. Hot Topic). VOL. 30 N° 4 - octubre-diciembre ~ 2005. Consultar en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/v30n4a4.pdf>.
24. **Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D y Rocco L.** (2006). Chronic disease: an economic perspective. Londres: oxford health alliance.
25. **Willett WC, Koplan JP, Nugent R, Dusenbury C, Puska P y Gaziano T.** (2006). Prevention of chronic disease by means of diet and lifestyle changes. En: jamison dt et al., eds. Disease

control priorities in developing countries (2a. Edición). Nueva York: oxford university press. Pp. 833–850.

26. **World bank.** (2005). Addressing the challenge of non-communicable disease in brazil, latin america and the caribbean region. Washington dc: el banco mundial.
27. **World Health Organization.** (2005). Preventing chronic disease: a vital investment. Ginebra: oms. Panorama general. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. ([http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/overview.sp.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview.sp.pdf))

### 13. LECTURAS RECOMENDADAS

1. Revista Asociación Latinoamericana de Diabetes 2000; Suplenmento 1, Ed. Extraordinaria. Guías ALAD 2000. Para el **Diagnostico Y Manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia.** Consultar en: <http://www.surhta.com/PDF/Guias%20ALAD%202002%20Diabetes.pdf>.
2. Ministerio de Protección Social, Equipo UT - Universidad CES – GESAWORLD S.A. **Guía de Instrucción para el Diseño de Programas de Gestión de Enfermedades Crónicas.** Consultar en: [http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%2014/descargables%20linea14/Linea14\\_%20Programas%20de%20enfermedades%20cronicas.pdf](http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%2014/descargables%20linea14/Linea14_%20Programas%20de%20enfermedades%20cronicas.pdf).
3. Dres. Paul E. Stevens, Adeera Levin Ann Intern Med. 2013; 158:825- 830. **Enfermedad renal crónica** (guía de práctica clínica). Guía 2012 para la evaluación, manejo y tratamiento de la enfermedad renal crónica que no se encuentre bajo terapia de reemplazo renal. <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=80665&uid=399002&fuente=i-news>.
4. **PERALTA**, María Luisa, **CARBAJAL** Pruneda Patricia. Artículo de revisión: **ADHERENCIA A TRATAMIENTO.** Rev Cent Dermatol Pascua, Vol. 17, Núm. 3, Sep-Dic 2008. Medigraphic Artemisa en línea. Consultada en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>.
5. **RINCÓN**, Hernán G. **Medicina Cognitiva: un modelo ecológico.** Consultar en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=24844&id\\_seccion=1798&id\\_ejemplar=2559&id\\_revista=115](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=24844&id_seccion=1798&id_ejemplar=2559&id_revista=115).

## 14. ANEXOS

### ANEXO 1: lista de Chequeo para una Auditoria Interna del SGCC

	C	NC	CA	NV
<b>6.5. Diagnóstico</b>				
¿Se revisaron todas las actividades y documentos de la empresa para hacer el diagnóstico del estado de los programas del cuidado crónico?				
<b>6.6. Alcance del Sistema de Gestión</b>				
¿El alcance del Sistema de Gestión incluye todas las patologías crónicas diagnosticadas en la institución?				
<b>6.7. Índices</b>				
¿Los índices diseñados permiten evaluar correctamente y permanentemente los procesos y los resultados de gestión?				
¿Los indicadores de salud permiten evaluar la magnitud del impacto de las medidas correctivas?				
¿Los indicadores económicos reflejan la eficacia de los procesos correctivos?				
<b>6.8. Plantear el problema</b>				
¿La Pirámide de Riesgo de la institución es tomada en cuenta en el momento de diseñar el alcance y la política del sistema de gestión?				
<b>6.6. Política</b>				
¿La política del SGCC es coherente con la realidad de la organización?				
¿Incluye un compromiso de mejora continua y de cumplir con los requisitos?				
¿Los objetivos del SGCC están de acuerdo a las directrices de la política?				
¿La comunicación de la política es adecuada y se evidencia que es entendida por el personal de la organización?				
¿La política del SGCC cumple con requisitos legales en la prestación de servicios de salud?				
¿La política del SGCC está escrita, firmada, publicada y difundida al interior de la empresa?				
¿La política del SGCC es conocida por la organización y revisada periódicamente?				
¿La política del SGCC es coherente con la realidad de la organización?				
¿La política del SGCC incluye un compromiso de mejora continua y cumple con los requisitos del SGCC?				
¿La política del SGCC es adecuada y es entendida por el personal de la organización?				
<b>6.7. Planificación</b>				
¿Se encuentran planificados los procesos del sistema de gestión del SGCC?				
¿Se encuentran planificados los objetivos del sistema de gestión del SGCC?				
<b>6.6.1. Objetivos</b>				
¿Los objetivos del SGCC están de acuerdo a las directrices de la política?				

¿Los objetivos se han fijado en funciones y niveles adecuados que ofrezcan mejora continua de la organización?				
¿Los objetivos son medibles y están asociados a un indicador?				
¿Los objetivos se encuentran desarrollados en planes de actividades para su cumplimiento?				
¿Se encuentran definidos los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos?				
¿Los objetivos evidencian mejora continua respecto a valores de periodos anteriores?				
¿Las actividades de los objetivos y el seguimiento de los mismos se están realizando según lo planificado?				
<b>6.6.5. Requisitos Legales</b>				
¿Están relacionados las actividades y procesos desarrollados en el establecimiento con la normatividad vigente?				
¿Una vez identificadas y analizadas todas las actividades desarrolladas, se elabora un inventario de requisitos legales con aquellos que sean aplicables?				
¿Los requisitos legales están debidamente sistematizados y categorizados según su rango normativo o jerarquía y ordenados cronológicamente de acuerdo a su fecha de publicación?				
¿Existe una matriz legal debidamente documentada?				
¿La matriz legal es revisada, actualizada y evaluada periódicamente?				
¿Existe documentada la forma de identificar la legislación, como acceder a la misma, como actualizar dicha normativa?				
<b>6.6.3. Recursos</b>				
¿La gerencia define y asigna los recursos financieros, técnicos y el personal necesario para el diseño, implementación, revisión evaluación y mejora del SGCC.?				
¿Se diseña y desarrolla un plan de trabajo anual identificando los para su cumplimiento?				
¿Dispone la organización de los recursos necesarios para mantener el SGCC y aumentar la satisfacción de los afiliados al sistema?				
¿Se utilizan los medios y los equipos adecuados?				
¿El personal es competente para la realización de los trabajos?				
¿Es el personal competente para la realización de sus trabajos?				
¿Se encuentra definida la competencia necesaria para cada puesto de trabajo teniendo en cuenta la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?				
¿Existe un plan de formación o de logro de competencias?				
¿Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas?				
¿Existen registros de plan de formación, competencia necesaria de cada puesto, ficha de empleado y actos o certificados de formación, o similares?				
¿Existe evidencia documentada del cumplimiento de los requisitos de competencia para cada empleado de la organización?				
¿Es encuentra identificada la infraestructura necesaria y existente para la realización de los procesos?				
¿Existen planes o rutinas de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos?				
¿Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo realizadas?				

¿Existe una metodología definida para la realización de estas tareas de mantenimiento?				
Si existen condiciones específicas de trabajo, ¿Se encuentran definidas tales condiciones?				
¿Existe evidencias del mantenimiento de estas condiciones específicas de trabajo?				
<b>6.6.4. Planificación de la realización de los procedimientos</b>				
¿Se encuentran identificados los procedimientos del sistema?				
¿Dispone la organización de una planificación de procedimientos teniendo en cuenta los requisitos de los afiliados al sistema?				
¿Se encuentran documentados los requisitos de los afiliados al sistema?				
¿Se han definido requisitos no especificados por los afiliados al sistema pero propios del producto o servicio?				
¿Se han definido los requisitos legales o reglamentarios de los procedimientos?				
¿Existe una metodología definida para la determinación de estos requisitos?				
¿Se cumple con los requisitos específicos de la metodología?				
¿Se encuentra descrita la metodología, momento y responsabilidades para la revisión de los requisitos de los afiliados al sistema?				
¿Se cumple con los requisitos específicos de la metodología?				
¿Existe evidencia de la revisión de los requisitos?				
¿Existe una metodología definida para el tratamiento de modificaciones de ofertas y contratos?				
<b>6.7. Implementación y Operación</b>				
¿Hay participación activa de la alta gerencia en el desarrollo del SGCC?				
¿Se capacita al personal para darle competencia necesaria frente a la prestación de servicios del paciente crónico?				
¿Están definidas y concretadas las funciones y responsabilidades?				
¿Están documentados y registrados los procesos?				
¿Existen métodos de medición (índices)?				
¿Se desarrollan actividades y subprogramas de seguimiento, vigilancia, educación y control del cuidado crónico para mejorar la calidad de la atención y garantizar el cumplimiento por parte del paciente?				
<b>6.7.1. Capacitación</b>				
¿Existe un programa de educación continua, para habituar a los profesionales de los equipos de cuidado crónico y demás trabajadores al nuevo lenguaje y mejorar las habilidades específicamente en la gestión de enfermedades crónicas a todos los niveles?				
¿Se sensibiliza a los profesionales sobre la importancia de la gestión de las enfermedades crónicas?				
¿Se enfoca la política de salud pública con una perspectiva que tenga en cuenta los determinantes de las enfermedades crónicas y se centre en los factores de riesgo?				

Se promueven programas de capacitación dirigida a los pacientes, cuidadores y familiares, cambiando la forma de pensar y actuar frente a los problemas de salud de los pacientes, involucrándolos como parte integrante del equipo de atención y centrarse en los usuarios del servicio como un recurso, promoviendo la autogestión, el autocontrol, y las oportunidades para el voluntariado?				
Se han creado redes de servicios y vías que rompan las barreras entre servicios de salud y servicios sociales y otros subsectores de salud?				
¿Existen sistemas adecuados para compartir información entre los proveedores?				
¿Existen las herramientas para ayudar a identificar a las personas con diferentes niveles de necesidad y orientar los servicios en función de las necesidades?				
<b>6.7.2 Funciones y responsabilidades</b>				
¿La gerencia comunica a la organización la importancia de satisfacer los requerimientos de los pacientes y los requerimientos legales?				
¿La gerencia establece la política del SGCC?				
¿La gerencia asegura el establecimiento de objetivos del SGCC?				
¿La gerencia realiza las revisiones por la Dirección?				
¿La gerencia asegura la disponibilidad de recursos?				
¿Se encuentra documentada la asignación de representante de la dirección a algún cargo o puesto de la organización?				
¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye el aseguramiento del establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos del sistema?				
¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y de las necesidades de mejora?				
¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo del representante de la dirección se incluye la de asegurarse de la promoción de la toma de conciencia de los requerimientos del paciente?				
<b>6.7.3 Documentos y Registros</b>				
¿Existe un documento de política del SGCC?				
¿Está documentada la metodología para la revisión de la política del SGCC?				
¿Se encuentra documentada la metodología para la revisión de la política y se evidencia esta revisión?				
¿Existe un documento de objetivos del SGCC?				
¿Existen evidencias documentadas del cumplimiento de las responsabilidades?				
¿Existen procedimientos documentados necesarios para el desarrollo del sistema?				
¿El manual incluye el alcance del SGCC?				
¿El manual incluye o cita a todos los procedimientos documentados?				
¿El manual del SGCC incluye la interacción de los procesos?				
¿Existe un procedimiento documentado para el control de documentos?				
¿Existe una metodología documentada adecuada para la aprobación de documentos?				
¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de aprobación?				

¿Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos?				
¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de revisión y actualización?				
¿Existe una metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente?				
¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de identificación de cambios y estado de revisión?				
¿Existe una metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de trabajo?				
¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de distribución de documentos?				
¿Los documentos son legibles e identificables?				
¿Se han identificado documentos de origen externo y se controlan y distribuyen adecuadamente?				
¿Existe una metodología adecuada para evitar el uso de documentos obsoletos?				
¿Los documentos obsoletos han sido tratados según la metodología definida?				
¿Los listados de documentos existentes se encuentran correctamente actualizados?				
¿Existe un procedimiento documentado para el control de los registros?				
¿Existe una metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros?				
¿Los registros revisados cumplen con esta metodología?				
¿El procedimiento describe la conservación y protección de registros en formato digital?				
¿Se realizan copias de seguridad de los registros informáticos?				
¿Existe una metodología adecuada y documentada, para el manejo de las enfermedades que forman parte del alcance del sistema?				
¿Existe una metodología adecuada y documentada, para la escogencia de las guías y vías clínicas?				
¿Existe una metodología adecuada y documentada, para la revisión de casos?				
¿Están documentados los procedimientos y el cronograma para la revisión de casos clínicos?				
¿Existe el personal y la metodología adecuada y documentada, para responder las consultas telefónicas.				
¿Existe un procedimiento documentado para el control de los procedimientos no conforme y el tratamiento de las no conformidades?				
¿Existen registros conformes a la metodología definida?				
Si existen procesos para validar, ¿se han definido los requisitos para esta validación?				
¿Existen registros de la validación de los procesos?				
<b>6.7.4. Implementación de los pilares de los modelos de Cuidado Crónico</b>				
¿Existe un programa de Promoción de la Salud, revisado periódicamente y con asignación de recursos propios?				
¿El programa de promoción de la salud contempla acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas?				
¿El programa de promoción de la salud contempla acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud?				

¿El programa de promoción de la salud contempla acciones comunitarias promovidas a través de actividades de intervención y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y los grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades?				
¿Existe en la institución una cultura del Autocuidado de la Salud?				
¿Hay participación activa de la comunidad en los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud?				
¿Es prioritaria la Atención Primaria en la atención del paciente crónico?				
¿Se revisan periódicamente los registros de las hospitalizaciones o en el número de remisiones a niveles superiores y se hace el análisis correspondiente?				
¿Existe una formación integral y un compromiso total del personal profesional, que participa de la atención del paciente crónico?				
¿Existe la capacitación continuada en torno a los conceptos del SGCC?				
¿Se promueve el autocuidado, el manejo de las guías y vías clínicas y modelos eficaces de prevención que abarquen el conocimiento, por parte de los pacientes, de los estilos de vida saludable, factores de riesgo, cambios de comportamientos para contrarrestarlos y medidas específicas de autocuidado?				
¿Existe coordinación entre los niveles de Atención Primaria y el servicio de Hospitalización, con el fin de que el paciente esté bien vigilado y reciba continuidad en la atención?				
¿Existe. Coordinación entre los niveles de Atención Primaria con los demás niveles de atención y con los diferentes proveedores (especialistas, farmacia, nutricionistas, etc.)?				
¿Existe una Historia Clínica (HC), diseñada, desarrollada y documentada en consenso entre los médicos, enfermeras y demás profesionales de atención primaria, con la asesoría de un especialista en medicina interna, medicina familiar o procesos de gestión de enfermedad?				
¿Además de los datos demográficos y del estado clínico del paciente la HC contiene registro de los exámenes Paraclínicos?				
¿Además de los datos demográficos y del estado clínico del paciente la HC contiene un informe sobre el tipo y gravedad de la incapacidad, si la hay?				
¿Además de los datos demográficos y del estado clínico del paciente la HC contiene el o los Diagnóstico(s) confirmados, diagnósticos a descartar?				
¿Además de los datos demográficos y del estado clínico del paciente la HC contiene el Análisis de riesgo?				
¿Además de los datos demográficos y del estado clínico del paciente la HC contiene un Plan terapéutico trazado en común acuerdo con el paciente o sus cuidadores?				
¿Además de los datos demográficos y del estado clínico del paciente la HC contiene las Indicaciones y recomendaciones?				
¿Existe un protocolo de atención del paciente crónico?				
<b>6.7.5. Subprogramas y actividades Suplementarias</b>				
¿Existen en la institución los programas de P y P, de acuerdo a las directrices del ministerio de Salud Nacional, los organismos internacionales y las necesidades de la institución?				
¿Existe en la institución un programa de asistencia sanitaria al hogar?				
¿Existen procedimientos tecnológicos para Monitorizar la evolución de enfermedades específicas?				
¿Existe en la institución un sistema de Tendencia de análisis y alertas?				
¿Existe en la institución un programa de Consultas a distancia: correo electrónico, chat, teléfono?				
¿Existen en la institución programas de Cuidado Guiado?				
¿Se promueve un régimen alimentario saludable?				

¿Se promueve la actividad física?				
¿Se promueven los Hábitos de Vida Saludable?				
¿Existen en la institución Talleres sobre manejo el estrés?				
¿Están identificados los factores de riesgo como violencia, alcohol, vivienda, entorno, etc. entre los pacientes de la institución?				
<b>6.7.6. Adherencia al tratamiento</b>				
¿La organización tiene dispuestos mecanismos para garantizar la adherencia al tratamiento, por parte de los pacientes crónicos?				
¿Se garantiza el cumplimiento por parte de los pacientes, de la asistencia a citas programadas, toma de medicamentos en la forma y horario indicado, aceptación de las indicaciones sobre los cambios en el estilo de vida, completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas?				
¿Están documentados los mecanismos para saber si los pacientes siguen adecuadamente el tratamiento indicado por su médico y equipo de cuidado de su salud?				
¿Se le explica al paciente los Efectos adversos del medicamento?				
¿Se le explica al paciente el número de dosis y cantidad diaria de medicamentos?				
¿Se le explica al paciente que hacer en caso de olvidos en el horario para tomar su droga?				
<b>6.7.7. Diseño y desarrollo</b>				
¿Existe una planificación para cada uno de los protocolos, guías y vías clínicas?				
¿La planificación incluye etapas del diseño, verificación y validación de los protocolos, guías y vías clínicas?				
¿Están definidas las responsabilidades para el diseño y desarrollo de los protocolos, guías y vías clínicas?				
¿Existen registros de las revisiones realizadas a cada una de las etapas del diseño?				
¿Existen criterios de aceptación para cada etapa?				
¿Existe registro de la verificación de los resultados del diseño y desarrollo de los protocolos, guías y vías clínicas?				
¿Existe registro de los cambios realizados en el diseño de los de los protocolos, guías y vías clínicas?				
¿Estos cambios están sometidos a verificación y validación?				
<b>6.2. Comunicación asertiva, Información efectiva y Educación consistente</b>				
¿Se encuentran definidos los cargos o funciones de la organización en organigrama y fichas de puesto?				
¿Se encuentran documentadas las responsabilidades de cada puesto de trabajo referidas al SGCC?				
¿Se encuentran documentado el protocolo de atención del paciente?				
¿Se encuentran evidencia de la documentación de atención del paciente crónico?				
¿Están completamente diligenciados los registros de los diferentes ítems de la historia clínica de los pacientes?				
¿Se encuentran comunicadas las responsabilidades a cada uno de los empleados de la organización?				
¿Se encuentra evidencia de procesos de comunicación eficaces para el correcto desempeño de los procesos?				

¿Existe metodología eficaz para la comunicación con los afiliados al sistema?				
¿Se registran los resultados de satisfacción de los afiliados al sistema y sus quejas?				
<b>7. Auditar</b>				
¿Se encuentra definida la frecuencia y planificación de las auditorías?				
¿La auditoría interna comprende todos los procesos del sistema de SGCC?				
¿Son objetivos e imparciales los auditores internos?				
¿Se encuentran definidos y se cumplen los requisitos que deben cumplir los auditores internos para la realización de las auditorías internas?				
¿Existe un procedimiento documentado para las auditorías internas?				
¿Existen registros de las auditorías internas?				
¿El responsable de área toma las decisiones sobre las correcciones a realizar después de la auditoría?				
<b>8. Ajustar</b>				
¿Existen indicadores adecuados para cada uno de los procedimientos del SGCC?				
¿Está definida la responsabilidad y la frecuencia para la realización del seguimiento de los indicadores?				
¿Se emprenden acciones a partir del análisis de indicadores?				
¿Existen definidos procesos para realizar el seguimiento, medición, análisis y mejora?				
¿Se están empleando técnicas estadísticas?				
¿Existe definida una metodología adecuada para el análisis de la satisfacción de los afiliados al sistema?				
¿Existen registros conformes a la metodología definida?				
¿Se emprenden acciones a partir del análisis de satisfacción?				
<b>9. Verificación Permanente del Sistema</b>				
¿Se encuentran definida la frecuencia de realización de las verificaciones del sistema?				
¿Se incluye en el registro de informe de las verificaciones del sistema el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos del SGCC?				
¿Se identifican y mantienen los registros de las verificaciones del sistema?				
¿El informe de las verificaciones del sistema contiene los resultados de las auditorías internas?				
¿El informe de las verificaciones del sistema contiene los resultados de satisfacción de los pacientes, así como sus reclamaciones?				
¿El informe de las verificaciones del sistema contiene el análisis de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos?				
¿El informe de las verificaciones del sistema contiene el estado de las acciones correctivas y preventivas?				
¿El informe de las verificaciones del sistema contiene el análisis de las acciones resultantes de revisiones anteriores?				
¿El informe de las verificaciones del sistema contiene la necesidad de cambios que afecten al sistema del SGCC?				
¿El informe de las verificaciones del sistema contiene las recomendaciones para la mejora?				

¿El informe de las verificaciones del sistema contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del SGCC?				
¿El informe de las verificaciones del sistema define los recursos necesarios para el desarrollo de estas acciones?				
¿Existe una metodología adecuada definida para prestación del servicio?				
Si existen instrucciones de trabajo, ¿Se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas?				
¿Se realizan las inspecciones adecuadas durante el proceso de prestación del servicio?				
¿Se encuentran identificados todos los equipos de seguimiento y de medición?				
¿Existen definidas unas rutinas adecuadas de verificación o calibración de los mismos?				
¿Existen registros de las verificaciones o calibraciones realizadas?				
¿Los equipos se encuentran correctamente identificados con su estado de verificación o calibración?				
¿Están definidas las pautas de actuación cuando se observe que las mediciones han sido erróneas?				
¿Se confirma la capacidad de los programas informáticos cuando participen en actividades de seguimiento y medición?				
¿Se identifican y controlan los procedimientos subcontratados externamente?				
¿Se encuentran definidos por escrito los productos y los requisitos solicitados a los proveedores?				
¿Existe una selección de proveedores y se encuentran definidos los criterios de selección?				
¿Existe una evaluación de proveedores y sus criterios de evaluación?				
¿Existen registros de las evidencias de cumplimiento de los criterios de selección, evaluación y reevaluación?				
¿Existe definida una metodología adecuada para inspección de los productos?				
¿Están definidas las responsabilidades para la inspección de los productos?				
¿Existen registros de las inspecciones conformes a la metodología definida?				
<b>10. Retroalimentar al Sistema</b>				
¿Existe evidencia de acciones emprendidas para la mejora continua?				
¿Existe procedimiento documentado para las acciones correctivas?				
¿Existen registros conformes a este procedimiento?				
¿Existe análisis de causas?				
¿Existe evidencia del análisis de datos del sistema?				
¿Se emprenden acciones a partir de este análisis?				
¿Se verifica el cierre y la eficacia de las acciones?				
¿Existe procedimiento documentado para las acciones preventivas?				
¿Existen registros conformes a este procedimiento?				
¿Existe análisis de causas?				
¿Se verifica el cierre y la eficacia de las acciones?				
¿Se toman acciones para la solución de las no conformidades?				

## **ANEXO 2: DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES.**

### **DERECHOS DE LOS PACIENTES**

1. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.
2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.
3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.
5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
6. Solicitar una segunda opinión calificada de su condición médica.
7. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
8. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
9. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
10. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean transplantados a otros enfermos.
11. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

Resolución 13437 de 1991.

### **DEBERES DE LOS PACIENTES.**

12. Cuidar integralmente su salud y seguir las recomendaciones de su médico tratante.
13. Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en Salud
14. Informar al personal médico de manera veraz, clara y completa su estado de salud.
15. Cumplir con las normas establecidas en la Institución, hacer uso adecuado de sus recursos y seguir las recomendaciones de su médico.
16. Brindar un trato digno y humano al personal que lo atiende y respetar la intimidad de los demás usuarios.
17. Contribuir al cuidado del medio ambiente y cumplir con la correcta clasificación de los residuos sólidos hospitalarios.
18. Adoptar las medidas de seguridad según lineamientos dados por el personal médico - asistencial que lo atiende.

Adaptado de Ley 100 de 1993.

LUIS CARLOS DURÁN REYES  
Barrancabermeja, enero 3 de 2013  
Calle 86 No. 25-68, teléfono 6952711. Bucaramanga  
Teléfonos celulares: 3125828821 y 3177022869. [lucardurey@gmail.com](mailto:lucardurey@gmail.com)