



**Modelo de Atención basado en APS en Pacientes Crónicos con  
Enfermedad Cardiovascular del Hospital Timbío ESE**

Daniela Stephania Rodríguez

Diego Manuel Ortega Rengifo

Universidad EAN

Maestría Administración de Empresas de Salud - MBA en Salud

Popayán, Colombia

28 de octubre del 2022

**Modelo de Atención basado en APS en Pacientes crónicos con  
Enfermedad Cardiovascular del Hospital Timbío ESE**

Daniela Stephania Rodríguez

Diego Manuel Ortega Rengifo

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:  
Magister en Administración de Empresas de Salud - MBA en Salud

Director (a):

Jacqueline Jaimes Trespalacios

Modalidad:

**Trabajo Dirigido**

Universidad EAN

Magister en Administración de Empresas de Salud - MBA en Salud

Popayán, Colombia

28 de octubre del 2022

Nota de aceptación:

---

---

---

---

---

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del director del trabajo de grado

Popayán, 28 de octubre del 2022

Dedicatoria

Hoy quiero dar gracias a la vida y sobre todo a Dios, por permitirme saber que con la ayuda correcta todos los sueños pueden alcanzarse, al poner siempre en el camino el complemento perfecto, con el que he crecido para ser mejor persona. Saber que en la vida no venimos solos es saber que la persona que hoy me acompaña en las buenas y en las malas en la alegría y en la tristeza ha sido el motor que me impulso a llevar a cabo este trabajo por eso para mí grandiosa Esposa Yancy Castillo, le dedico este trabajo porque sin tu ayuda apoyo y sobre todo sin ser única, me habría demorado mucho más en llevarlo a feliz término.

Diego Manuel Ortega.

Con todo mi cariño y amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y apoyarme en todas las decisiones que he tomado, a mi familia que forjo mis alas con amor, coraje y sabiduría para volar tan alto como me lo propongo.

Daniela Rodríguez.

### **Agradecimientos**

Agradezco a mi compañera de tesis, a la universidad EAN y la coordinadora de la maestría Profesora Claudia Fabiola Rey Sarmiento, por todo ese apoyo que nos brindaron para llegar a este último paso y así poder obtener nuestro título de Magister en Administración en Salud, con el cual llegaremos a mejorar en algún poquito la salud de Nuestros Municipios, Departamentos y con ello la salud de nuestro País. Pero también agradezco a mi familia y sobre todo a mi esposa que apoyaron esta idea y todo este proceso para llevarlo a ser una realidad después de trasnochar acompañarme en clases y sobre todo estudiar a mi lado, en medio de una pandemia que nadie esperaba, pero que nos llevó a ampliar nuestro conocimiento y sobre todo a unirme más con quien es el amor de mi vida al encontrar su pensamiento en la crítica constructiva del conocimiento que estaba recibiendo y formando en mí.

Diego Manuel Ortega Rengifo.

### **Agradecimientos**

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, a mi madre que me enseñó a dar lo mejor de mí al mundo con amor y respeto, a mi padre que me enseñó que la perseverancia y el trabajo duro son el mejor camino, ustedes me enseñaron a creer en mí y que el éxito no llega por casualidad, gracias por todas las lecciones aprendidas hasta ahora, sé que aún tengo muchas cosas más por aprender.

A mi familia por apoyarme en cada paso que doy, por quererme por el amor, comprensión y respeto, por enseñarme que el amor y apoyo de la familia perdura a pesar de la distancia, diferencias y el tiempo.

A mi pareja, la ayuda que me has brindado ha sido sumamente importante, estuviste a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más tormentosas, siempre ayudándome. No fue sencillo culminar con éxito este proyecto, sin embargo, siempre me impulsaste a continuar con mis metas y superar las adversidades.

Finalmente, agradezco a mi compañero de tesis, Dieguito eres una de las mejores personas que he conocido, a mis maestros y a todas las personas que me han apoyado durante mi formación.

Daniela Rodríguez

## **Resumen**

Introducción: Considerando el hecho de que la Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia a través de la cual se pretende la atención integral de la población, este trabajo presenta una revisión de modelos de atención que han permitido su implementación, haciendo énfasis en el proceso adelantado por el Hospital Timbío ESE frente al manejo y control de la población con enfermedades crónicas cardiovasculares, y como este influye de manera directa en el comportamiento de una de las problemáticas actuales del sistema de salud, el alto costo de la enfermedad crónica no trasmisible. *Objetivo:* Proponer un modelo de prestación de servicios de salud basado en APS ajustado a la RIA de riesgo cardiovascular que posibilite un mejor balance en el logro de resultados y los costos asociados a la atención en salud para el hospital. *Método:* Estudio observacional, analítico, en el cual se determine variables de análisis de la población con enfermedades crónicas no transmisibles HTA y DM y riesgo cardiovascular. Para generar así un modelo diferencial para la población crónica del Hospital Timbío ESE. *Resultados:* Se obtiene del estudio que la población del municipio con mayor prevalencia de Enfermedad Crónica como HTA y DM enfermedades predisponentes para el riesgo cardiovascular, la población Femenina (67%) y sobre todo que esta se ubica en la zona urbana (54,87%). Además de que la mayoría son adultos mayores con edad superior a los 60 años (71.92%), por lo que, según datos se Propone un modelo de prestación de servicios de salud basado en la estrategia APS que se ajuste a la RIA de riesgo cardiovascular que permita mejorar los indicadores en el logro de resultados y los costos asociados a la atención en salud para el Hospital Timbío, impactando a su vez la generación de ingresos por la adecuada captación de pacientes. *Conclusión:* observamos que la aplicación de modelos de atención basados en APS pueden generar cambios circunstanciales en la población,

además de generar una atención más integral y holística de las comunidades, lo cual obviamente repercutirá en el costo y en los ingresos de las instituciones de salud.

**Palabras clave:** atención primera en salud (APS), enfermedades cardiovasculares, modelos de atención en salud.



### **Abstract**

*Introduction:* Considering the fact that Primary Health Care APS is a strategy through which the comprehensive care of the population is intended, this work presents a review of the care models that have allowed its implementation, emphasizing in the process carried out by Hospital Timbío ESE regarding the management and control of the population with chronic cardiovascular diseases, and how this directly influences the behavior of one of the current problems of the health system, the high cost of chronic noncommunicable disease. *Objective:* Propose a model for the provision of health services based on APS adjusted to the RIA of cardiovascular risk that allows a better balance in the achievement of results and the costs associated with health care for the hospital. *Method:* Observational, analytical study, in which analysis variables of the population with non-communicable chronic diseases HTA and DM and cardiovascular risk are determined. In order to generate a differential model for the chronic population of Hospital Timbío ESE. *Results:* It is obtained from the study that the population of the municipality with the highest prevalence of Chronic Disease such as HTA and DM predisposing diseases for cardiovascular risk, the Female population (67%) and above all that it is located in the urban area (54.87%). In addition to the fact that the majority are older adults over 60 years of age (71.92%), therefore, according to data, a model for the provision of health services based on the APS strategy is proposed that adjusts to the RIA of cardiovascular risk that allows improving the indicators in the achievement of results and the costs associated with health care for the Timbio Hospital, in turn impacting the generation of income due to the adequate recruitment of patients. *Conclusion:* we observe that the application of care models based on APS can generate circumstantial changes in the population, in addition to generating a more comprehensive and holistic

care of the communities, which will obviously have an impact on the cost and income of the institutions. of health.

**Keywords:** primary health care (APS), cardiovascular diseases, health care models.

## Tabla de contenido

<b><i>Lista de Tablas</i></b> .....	<b>13</b>
<b><i>Lista de Figuras</i></b> .....	<b>15</b>
<b><i>Introducción</i></b> .....	<b>17</b>
<b><i>Objetivos</i></b> .....	<b>24</b>
<b>Objetivo general</b> .....	<b>24</b>
<b>Objetivos específicos</b> .....	<b>24</b>
<b><i>Justificación</i></b> .....	<b>25</b>
<b>Marco Institucional</b> .....	<b>28</b>
Misión.....	28
Visión.....	28
<b>Generalidades Del Hospital Timbío ESE</b> .....	<b>30</b>
<b><i>Marco de Referencia</i></b> .....	<b>33</b>
<b>Enfermedades Cardiovasculares</b> .....	<b>33</b>
<b>Determinantes Sociales De La Salud</b> .....	<b>36</b>
<b>Atención Primaria En Salud</b> .....	<b>37</b>
<b>Modelos en Salud</b> .....	<b>42</b>
<b>Modelo de atención del hospital ESE Timbío</b> .....	<b>46</b>
<b><i>Diseño Metodológico</i></b> .....	<b>48</b>

<b>Modelo de Atención basado en APS en Pacientes Crónicos con Enfermedad Cardiovascular del Hospital Timbío ESE</b>	<b>12</b>
<b><i>Contribuciones Esperadas</i></b> .....	<b>49</b>
<b><i>Diagnóstico Organizacional</i></b> .....	<b>50</b>
<b><i>Análisis de Resultados</i></b> .....	<b>55</b>
<b><i>Plan de intervención</i></b> .....	<b>69</b>
<b>Modelo</b> .....	<b>69</b>
<b><i>Conclusiones</i></b> .....	<b>75</b>
<b><i>Recomendaciones</i></b> .....	<b>77</b>
<b><i>Referencias</i></b> .....	<b>78</b>

### Lista de Tablas

Tabla 1 Viabilidad del proyecto.....	26
Tabla 2 Facturación y costo de la atención médica a pacientes con enfermedades crónicas HTA y DM hospital Timbío E.S.E en los años 2019, 2020 y 2021 .....	52
Tabla 3 Distribución de la Población HTA y DM Atendida por el Hospital Timbío ESE por Genero año 2021 .....	55
Tabla 4 Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío ESE por Género y Ubicación Año 2021 .....	57
Tabla 5 <i>Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío ESE por Edad y Genero 2021.</i> .....	58
Tabla 6 <i>Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío ESE por Ubicación y tipo de DX 2021.</i> .....	59
Tabla 7 <i>Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío ESE por Edad y Genero 2021.</i> .....	60
Tabla 8 <i>Distribución de la Población DM Atendida por el Hospital Timbío ESE por Genero 2021.</i> .....	61
Tabla 9 <i>Distribución de la población HTA atendida por el Hospital Timbío ESE por condición de Obesidad 2021.</i> .....	62
Tabla 10 <i>Distribución de la población HTA atendida por el Hospital Timbío ESE consumo de frutas y verduras diarias 2021.</i> .....	63
Tabla 11 <i>Distribución de la población HTA atendida por el Hospital Timbío ESE realización de actividad física semanal 2021.</i> .....	64

Tabla 12 <i>Distribución de la población DM atendida por el Hospital Timbío ESE realización de actividad física semanal 2021</i> .....	65
Tabla 13 <i>Distribución de la población DM atendida por el Hospital Timbío ESE consumo de frutas y verduras diarias 2021</i> .....	66
Tabla 14 <i>Distribución de la Población HTA Atendida por el Hospital Timbío ESE por Condición de Obesidad 2021</i> .....	67

**Lista de Figuras**

Figura 1 <i>Mapa de Procesos Hospital Timbío ESE</i> .....	29
Figura 2 Estructura orgánica y funcional Hospital Timbío E.S.E .....	30
Figura 3 Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío ESE por Genero Año 2021 .....	56
Figura 4 Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío E.S.E por Sexto y Ubicación Geográfica .....	57
Figura 5 Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío ESE por Edad y Genero 2021.....	59
Figura 6 Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío ESE por Ubicación y tipo de DX 2021 .....	60
Figura 7 Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío ESE por Edad y Genero 2021.....	61
Figura 8 Distribución de la población DM atendida por el Hospital Timbío ESE por Genero....	62
Figura 9 Distribución de la población DM atendida por el Hospital Timbío ESE por condición de obesidad 2021 .....	63
Figura 10 Distribución de la población HTA atendida por el Hospital Timbío ESE por consumo de frutas y verduras diarias 2021 .....	64
Figura 11 Distribución de la Población HTA Atendida por el Hospital Timbío Realización de Actividad Física Semanal 2021 .....	65
Figura 12 Distribución de la población HTA atendida por el Hospital Timbío realización de actividad física semanal 2021 .....	66

Figura 13 Distribución de la población DM atendida por el Hospital Timbío ESE por consumo de frutas y verduras diarias 2021 .....	67
Figura 14 Distribución de la población DM atendida por el Hospital Timbío ESE por condición de obesidad 2021.....	68
Figura 15 Modelo de atención pacientes crónicos HTA y DM con riesgo cardiovascular del Hospital Timbío ESE .....	71



## **Introducción**

Las enfermedades no transmisibles (ENT), principalmente las enfermedades cardiovasculares (ECV) como la diabetes mellitus (DM), las enfermedades respiratorias y el cáncer, representan la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo (Kane, J Landes, M., Carroll, C., Nolen, A., Sodhi, S 2006). Según estimaciones de la obra *Causes of death 2008 update* en 2008 se produjeron 57 millones de defunciones en el mundo, 36 millones de estas asociadas a enfermedades no transmisibles, siendo la causa más frecuente de muerte tanto en países desarrollados como subdesarrollados, donde se observó además una transición epidemiológica, de las causas de mortalidad que variaron de enfermedades infecciosas a crónicas no infecciosas, un tema tratado desde los años 70 por Milbank Quarterly (Ramírez y Romero, 2008) pero que solo desde hace 10 años comenzó a reconocerse su gran importancia.

Detrás de esta transición que se ha presentado en los países en desarrollo se evidencia un proceso social tendiente a la urbanización, que conlleva a variantes demográficas generalizadas; representadas en poblaciones cada vez más ancianas con cambios en sus estilos de vida, como lo son las dietas poco saludables e inactividad física, algo que sostienen los autores Weisz y Vignola-Gagné, (2015) trayendo consigo, el aumento del número de personas que padecen una o varias enfermedades crónicas.

Este tipo de enfermedades no se transmiten directamente de persona a persona y lo que es más significativo e importante es su aparición prematura y el alto índice de muertes que se ven en cada una de las regiones, las cuales son en gran medida prevenibles. Es por ende que las intervenciones que reducen los factores de riesgo ambientales, metabólicos y conductuales (ejemplo: contaminación del aire, consumo de tabaco, obesidad, hipertensión, una dieta poco saludable,

inactividad física y consumo nocivo de alcohol) influyen de manera directa en la reducción del riesgo de aparición y complicaciones de estas enfermedades.

Sin embargo, pese a que las enfermedades crónicas no transmisibles pueden ser prevenibles, presentan un número de muertes en aumento a nivel mundial, a medida que los cambios demográficos no alcanzan a compensar la disminución de las tasas de mortalidad; generando que la proporción total de muertes sea aún mayor y la tendencia afecte a todos los grupos socioeconómicos desde países de bajos ingresos hasta países más ricos. En consecuencia, las enfermedades no transmisibles (ENT) representan en la actualidad la mayor cantidad de muertes que se presentan por año en el mundo. (OMS, 2014).

Según estimaciones de la OMS entre 2011 y 2025 las pérdidas económicas acumuladas debidas a las enfermedades no transmisibles (ENT) en los países de ingresos bajos y medianos ascenderán a US\$ 7 billones; así mismo estima que el costo de reducir la carga mundial de las enfermedades no transmisibles es de US\$ 11.200 millones por año, o sea, una inversión anual de US\$ 1.3 Billones por persona. Así mismo, las altas tasas de defunción y morbilidad, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos son un reflejo de la inversión insuficiente en intervenciones costo eficaces relacionadas con las ENT, razón por la cual la OMS recomienda que, a partir de 2015, todos los países pasen del compromiso a la acción mediante el establecimiento de metas nacionales y la aplicación de intervenciones que supongan «inversiones óptimas». (OMS, 2014)

En Colombia las tres enfermedades que más costos generan en el sistema de salud son las cardiovasculares, las neoplasias y la insuficiencia renal; representando el 65 % de los costos generados por las enfermedades llamadas catastróficas, de los cuales, el 30 % de los dineros fueron destinados al tratamiento de enfermedades crónicas de alto costo se invirtieron en personas que

fallecieron durante el tratamiento (Ramírez, et al. 2013). De lo anterior se puede decir que, se ha demostrado que la inversión en prevención y control de las enfermedades cardiovasculares reduce la frecuencia de ataques al corazón y los accidentes cerebrovasculares y como resultado la discapacidad y la pérdida de vidas humanas, lo que redonda en beneficios económicos notorios (Gallardo- Solarte, et al., 2016).

A pesar de que en Colombia existe reglamentación que establece el mínimo de actividades e intervenciones que deben cumplir las Empresas Promotoras de Salud (EPS), tanto del régimen contributivo como del subsidiado, para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades de interés en salud pública, las estadísticas de las Secretarías de Salud demuestran indicadores con aumento en la incidencia y la prevalencia de Enfermedad Crónica no Trasmisible y una baja cobertura en la prestación de los servicios. Ministerio salud y de Protección Social (2009).

Según la encuesta nacional de salud de 2007, se encontró que, en el departamento del Cauca, tan solo el 18% de los motivos de consulta están relacionados con la atención preventiva. En esta encuesta se observó que los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa, solo el 3,9%, ha recibido entrenamiento sobre estilos de vida saludable, como es la realización de actividad física, al 78,2% se le recomendó no fumar, al 23,5% se le recomendó como manejar el estrés de la vida diaria, el 24,4% ha recibido la recomendación de bajar de peso y el 52,4% sobre cómo reducir el consumo de alcohol. El porcentaje no aumenta en los pacientes de hospitalización, ya que solo al 5,5% se le brindo información para dejar de fumar, 5,6% se le recomendó como manejar el estrés de la vida diaria, 5,6% se le informó como bajar de peso, 9,3% como reducir el consumo de alcohol, grasas y sal. Por último, solo el 54,7% recibe y acepta esta información Ministerio salud y de Protección Social (2009).

Por otra parte y según el ASIS del Departamento del Cauca, es importante mencionar que la Hipertensión arterial, representa la tercera causa de morbilidad y mortalidad departamental, dentro del grupo de enfermedades del sistema circulatorio. La incidencia en morbilidad tiene un comparativo importante del 0,64%, teniendo en cuenta que para el 2010 se presentó un comportamiento del 14,1% por 100.000 habitantes, a comparación del año 2019 que presento un comportamiento fluctuante con una tasa de 13,46% por 100.000 habitantes (Carabali, et al., 2021).

Si se revisa la incidencia de morbimortalidad por género, se podría observar que el comportamiento se ve mayormente reflejado en los hombres, teniendo presente que para el 2019 se cierra con una tasa del 15, 41%, por 100,000 hombres, a comparación de las mujeres que cierran el año 2019 con un 11,74%. (Carabali et al., 2021)

Además, es importante mencionar que la Diabetes mellitus, se encuentra valorada dentro de las enfermedades crónicas como la segunda enfermedad con mayor relevancia entre las causas de morbilidad y mortalidad, teniendo así un comportamiento que disminuye en un 2,57% en comparación del año 2005 al 2019, dicha disminución se ve reflejada en la variación porcentual que se tiene entre los diferentes años donde para el año 2005, se tiene una tasa de incidencia del 13,81% por 100.000 habitantes y para el 2019 de 11,24% por 100.000 habitantes (Carabali et al., 2021).

En cuanto a la incidencia de la DM por género, se podría mencionar que es contraria al comportamiento por genero de la HTA, teniendo que esta influye más en las mujeres, dado que para el año 2019 se cuenta con un 13,23% de incidencia por 100.000 mujeres, mientras que en hombres se ubica en un 3,03% por 100.000 hombres (Carabali et al., 2021)

Lo anterior da cuenta de que las actividades de prevención y promoción de la salud, y lo referente a la atención primaria en salud (APS) tiene un bajo impacto en la población colombiana

y caucana, lo cual se ve reflejado en la carga de morbilidad de la población y en los resultados de la encuesta de 2007. De allí la importancia de llevar a cabo un nuevo proceso metodológico que permita identificar en la vigencia 2022 como se está aplicando las acciones de prevención y promoción dentro de la atención primaria en salud.

Es importante resaltar que, en el año 2016 se promulgo para Colombia la Resolución 429 del 2016, por la cual se establece la política de atención integral en salud que pretende generar mejores condiciones de salud para las comunidades, sustentada en un gran volumen de normatividad, que comprende desde la Ley 100 del 1993 y sus posteriores modificaciones; así como, la Ley 1438 del 2011 que pretendía fortalecer la atención primaria en salud, el plan decenal de salud pública, hasta la más reciente la Ley 1751 de 2015, Ley estatutaria que consagra la salud como un derecho fundamental. Sin embargo, pese a los esfuerzos legislativos, no ha sido posible para el sistema de salud colombiano resolver los problemas que se presenta como son: la fragmentación y desintegración de la atención, la baja resolutivead, la alta carga de la enfermedad, entre otros: lo que ha conllevado a la inequidad, corrupción, maltrato del usuario deshumanización de la salud, con modelos de salud morbicéntricos y solo centrados en los actores del sistema y no en las necesidades de los usuarios (Moreno-Gómez, 2016).

Cabe mencionar que, en Colombia se promulga y nace la política de atención integral en salud y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) como alternativas en la mitigación del problema que acontecen por el desequilibrio económico y la baja accesibilidad que se tiene a los servicios de protección y detección temprana de la enfermedad, debido a la brecha entre los territorios y al interior de los mismos, así mismo la desarticulación que se da en acciones de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Lo cual, a su vez, promovió el desarrollo e implementación de un modelo de acción integral, fundamentado en

APS, que se centra en las personas, sus familias y las comunidades, denominado Modelo de Atención Integral Territorial MAITE (Resolución 2626 de 2019). Este Modelo pretende ajustar la respuesta del sistema de salud a las necesidades de los territorios y sus poblaciones (2019), esto en la población crónica presenta mayor peso dado que esta población tiene un alto gasto de los recursos del sistema a raíz de las diferentes complicaciones que la enfermedad crónica genera.

La política en mención busca retomar y potencializar la atención primaria en salud en todo el territorio colombiano, unificando los procesos de todos los actores del sistema, a fin de lograr una caracterización de la población, según su curso de vida y grupo de riesgo, con el objetivo de generar un planteamiento claro de la atención. No obstante, considerando la realidad del sistema actual, se observa que este no se encuentra preparado con las medidas necesarias para alcanzar dicho objetivo, y es aquí donde surgen muchas dudas que se deben compensar en el análisis y generación de modelos sectorizados según las condiciones particulares que tienen las comunidades de cada región del país. (Moreno-Gómez, 2016)

En la población crónica del municipio de Timbío, población objeto de estudio, se ha evidenciado un alto número de remisiones a segundo y tercer nivel de complejidad de atención en salud, debido a las complicaciones por falta de un adecuado control médico. Esto asociado entre otros factores a que el Hospital Timbío ESE no tiene asignado a todos los usuarios crónicos del municipio para la atención por el servicio de consulta externa y, en consecuencia, no puede llevar a cabo los correspondientes controles de riesgo cardiovascular y manejo de enfermedades crónicas. Es de resaltar que, el Hospital se ve afectado de manera directa por estas medidas administrativas debido a que, debe asumir la atención de urgencias de la población.

Adicionalmente, se evidencia que dentro del municipio no se cuenta con una adecuada caracterización de la población, que considere los problemas socioeconómicos y demográficos como factores relevantes que limitan el acceso a los servicios de salud y a la atención primaria brindada en promoción y prevención de la enfermedad para mejorar su calidad de vida.

Por ende, se evidencia un aumento de la morbilidad y desmejoramiento de la calidad de vida en la población crónica del municipio de Timbío. Así como un incremento del costo de la atención en salud que reciben por las complicaciones clínicas que se generan, las cuales requieren manejos de mayor nivel de complejidad, lo que, a su vez limita el retorno a la atención primaria brindada por el Hospital Timbío ESE, además de las alteraciones en el desarrollo de actividades de la cotidianidad que les permiten el sustento. Al mismo tiempo se evidencia que el manejo inadecuado de la enfermedad crónica provoca una carga para la familia y puede desencadenar en ellos la aparición de otras enfermedades repercutiendo en las condiciones socioeconómicas del grupo familiar.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Proponer un modelo de prestación de servicios de salud basado en APS ajustado a la RIA de riesgo cardiovascular que posibilite un mejor balance en el logro de resultados y los costos asociados a la atención en salud para el hospital.

### **Objetivos específicos**

- I. Identificar variables influyentes en la población crónica de la zona urbana y rural del Municipio de Timbío (HTA Y DM).
- II. Investigar la dimensión de los modelos de la APS que se encuentran en la literatura.
- III. Evaluar el costo de atención de los pacientes crónicos (HTA Y DM) dentro del hospital Timbío ESE.



### **Justificación**

A nivel mundial, las enfermedades crónicas tienen un alto porcentaje de gasto para los servicios de salud, afectando principalmente la población adulta mayor. En Colombia, no existe una estimación ajustada sobre la participación de las enfermedades crónicas en el gasto en salud; no obstante, considerando que dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles se encuentran la Hipertensión y la Diabetes Mellitus, las cuales representan una severa carga para el sistema de prestación de servicios de salud por el alto costo de su manejo asociado a la identificación e intervención tardía y las complicaciones que se pueden presentar, tales como: problemas cardiacos, neurológicos, renales, visuales y pérdidas funcionales por discapacidad física, principalmente cuando ya no se puede obtener un beneficio significativo del tratamiento sobre las condiciones de salud del paciente, esto sin dejar de lado la carga emocional tanto para el paciente como para el grupo familiar primario de apoyo, que asume también problemas de salud asociados al cuidado y a la falta de fortalecimiento de las redes sociales que el sistema de salud les brinda dada la normatividad que regula a nuestro país y por ende al sistema de salud.

Dentro de la implementación de un modelo de atención primaria, es importante incluir el proceso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, además de generar acciones que permitan fortalecer el manejo primario de la enfermedad crónica no transmisible, que este dirigido no solo al paciente, sino a la red de apoyo (cuidador primario), debido que son de vital importancia en el proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de estos usuarios; es por ello, que con la presente propuesta se pretende generar impacto en una problemática que afecta no solo el sistema de salud, si no también el entorno social, debido a las posibles rupturas en la dinámica familiar, por la sobrecarga asumida por los miembros del núcleo familiar.

Para generar este impacto se inicia por presentar un modelo de atención basado en APS, que permitirá a la población crónica un mejor acceso a los servicios de salud, y así mismo proporcionar herramientas que les permita una mejor calidad de vida, brindando control temprano y adecuado de las enfermedades crónicas no trasmisibles, que conlleve a disminuir las complicaciones y secuelas de los pacientes crónicos y por ende se reduzca el gasto en Salud.

Finalmente se pretende que el Hospital Timbío ESE incorpore un nuevo modelo y con ello mejore la prestación de los servicios que hoy tiene contratados, para dar a una respuesta efectiva a las necesidades de la población, de forma que pueda reducir los costos de la atención en salud mejorando los ingresos de la institución.

**Tabla 1**

*Viabilidad del proyecto*

Criterio	Viabilidad o facilidad (siendo 1 menor y 5 mayor)
Acceso a la información	5
Procesamiento estadístico o disponibilidad de software	3
Desarrollo de entregables en el tiempo	5
Calidad de la información	5
Costos de la investigación	2
Promedio	4

Para el proyecto se cuenta con acceso a la información de calidad, con un tiempo adecuado para desarrollar el proyecto, es factible la implementación de un modelo de atención y de

la evaluación del impacto para la población; adicionalmente, se tiene como posible limitación los recursos para su implementación; no se hará uso de ayudas de entidades con conflicto de interés; para el manejo o seguimiento de los pacientes, debido a limitaciones en el acceso a software de análisis y manejo de datos, se decidió utilizar la herramienta ofimática Excel para el manejo de información.

### **Marco Institucional**

El trabajo se realizará en la empresa social del estado Hospital Timbío ESE, institución de salud de baja complejidad ubicada en el Municipio de Timbío Departamento del Cauca; se prestan servicios de consulta externa general como consulta médica general, promoción y prevención, odontología, psicología, vacunación, así como hospitalización de baja complejidad, urgencias médicas, rayos x, laboratorio clínico y fisioterapia. Dentro de su estructura cuenta con la siguiente plataforma estratégica.

#### ***Misión***

Prestar servicios de salud a la comunidad Timbiana de manera humanizada, segura y oportuna, con un personal idóneo, a través de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

#### ***Visión***

Ser para el 2024 una institución reconocida por una estrategia de atención basada en la satisfacción del usuario, teniendo como pilares la humanización, la calidad del servicio y la sostenibilidad financiera

Figura 1

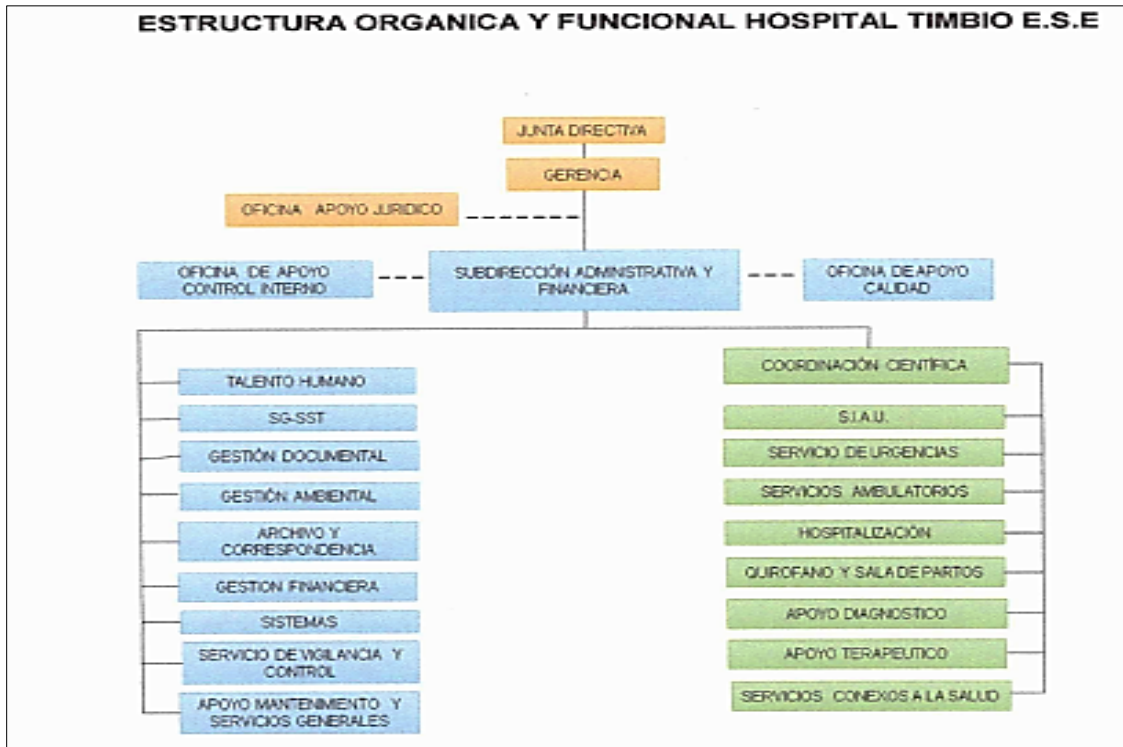
Mapa de Procesos Hospital Timbío ESE



Nota. Mapa de Procesos Hospital Timbío ESE, Acuerdo 017 de diciembre 27 del 2019. Hospital Timbío ESE, 2009, Hospital Timbío, CC BY 2.0.

Figura 2

Estructura orgánica y funcional Hospital Timbío E.S.E



Nota. Estructura orgánica y funcional Hospital Timbío E.S.E, Acuerdo 017 de diciembre 27 del 2019. Hospital Timbío ESE, 2009, Hospital Timbío, CC BY 2.0

### Generalidades Del Hospital Timbío ESE

El Hospital Timbío ESE, se encuentra en la cabecera Municipal de Timbío, situado estratégicamente para fácil acceso de las personas a la prestación de servicios de salud, está ubicado a 15 kilómetros -15 minutos promedio de Popayán, capital del Departamento del Cauca, en la parte Centro Oriental del mismo.

El Hospital Timbío ESE está identificado en el Registro Especial de Prestadores (RESPE) con el Código No 1980700017, como CENTRO DE SALUD DE TIMBIO E.S.E, pero

de conformidad a la nueva Tipología de Portafolio de Servicios definida en el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de ESE del departamento de Cauca y las nuevas exigencias normativas de implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS en el Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud, se hizo necesario el cambio de razón social a Hospital Timbío ESE.

Mediante Acuerdo 009 de 17 de diciembre de 2018 del Honorable Concejo Municipal de Timbío (Cauca) se modificó la denominación del Centro de Salud de Timbío Empresa Social del Estado a Hospital Timbío Empresa Social del Estado, y por medio del Acuerdo 002 de 30 de enero de 2019 la Junta Directiva del Centro de Salud De Timbío Empresa Social del Estado (E.S.E) adopta el Acuerdo 009 de 2018, encontrándose en un proceso de trámite ante las entidades competentes para registrar el cambio de razón social.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 y Ley 1608 de 2013, El Ministerio de Salud y Protección Social según Resolución 2184 de 2016, realizó la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado para la vigencia 2016, según información reportada a 31 de diciembre de 2015. En esta categorización El Centro De Salud De Timbío Empresa Social Del Estado, fue categorizado con Riesgo Medio, motivo por el cual presentó un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero que tenía por objeto restablecer su solidez financiera y económica con el objetivo de mantener la continuidad en la prestación del servicio público de salud al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el cual después de su evaluación se declaró no viabilizado.

Por esta razón fue necesario estructurar un Plan de Gestión Integral de Riesgo bajo los parámetros y lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud para mitigar los problemas de liquidez generados por disminución de recaudos, aumento en gastos y pasivos asociados a la

pésima contratación que se venía desarrollando con los diferentes aseguradores que no permitían cubrir las obligaciones adquiridas.

La gerencia realizó las gestiones y esfuerzos pertinentes para que la ESE lograra fortalecer la contratación con las Entidad Responsable de Pago (ERP), reorganizó la estructura de costos de la entidad y rediseñó administrativamente la institución, logrando superar la condición de riesgo, cancelando el 100% del pasivo exigible laboral y de proveedores que ascendía a 1.392 millones de pesos con recursos propios de la ESE, sin requerir de cofinanciación municipal, departamental o nacional contemplada en Ley 1608 de 2013 Artículo 2°. La evidencia de la superación del riesgo se puede constatar en la categorización de riesgos de hospitales públicos emitida en la vigencia 2019 mediante la resolución 1342 de 2019 en la cual la institución fue categorizada sin riesgo en el desarrollo del plan de gestión integral del riesgo que venía desarrollando con la superintendencia nacional de salud.

La ESE, obtuvo un punto de equilibrio sobre ingresos corrientes (recaudo) en las vigencias 2017, 2018 y 2019, que generaron excedentes que permitieron crear fondos de contingencias laborales y judiciales que mitigan el riesgo de desestabilizar la institución financieramente por procesos jurídicos en contra, además se fortaleció la inversión con esfuerzo propio en dotación de equipos biomédicos, además de contar con la cofinanciación de un proyecto de dotación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social por valor de seiscientos millones de pesos (\$600.000.000) en el año 2019, los cuales incluían equipos ofimáticos, redes eléctricas y de datos, lo que permite se presten Servicios de Salud con calidad buscando siempre el bienestar de nuestros usuarios.



## **Marco de Referencia**

### **Enfermedades Cardiovasculares**

Las enfermedades no transmisibles (ENT), son un grupo heterogéneo de enfermedades de larga duración y cuya evolución generalmente es lenta y progresiva, asociadas a una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (Pérez-Romero, et al., 2017); siendo, las enfermedades cardiovasculares (ECV), la Hipertensión Arterial (HTA), la Diabetes Mellitus (DM), las enfermedades respiratorias y el cáncer, siendo estas una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, según las estadísticas mueren cerca de 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% dentro de los cuales, la OMS estima que alrededor de 15 millones de estos decesos ocurren en personas de entre 30 y 69 años de edad con ENT; más del 85% de estas muertes “prematuras” ocurren en países que por su condición de desarrollo presentan ingresos bajos y medianos(*OPS/OMS*). [2007].

Las enfermedades asociada a la Hipertensión arterial como las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de mortalidad según *Journal of the American College of Cardiology* Ministerio de Salud (2022) y constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), sus implicaciones no solo son letales sino también muy costosas para los sistemas de salud, ya que generan una gran carga económica a los sistemas de salud por los altos gastos de su tratamiento, así como también deterioran el sistema laboral, ya que acorta los años de vida laboral e incrementa las ausencias por discapacidad, impidiendo el desarrollo social y económico. Adicionalmente se considera que las enfermedades asociadas a la Hipertensión arterial como también los accidentes cerebrovasculares, la enfermedad coronaria (infarto de miocardio), la enfermedad cerebrovascular (accidente cerebro-vascular), la enfermedad vascular periférica, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad cardíaca reumática, la enfermedad cardíaca

congénita y cardiomiopatías, producen alrededor del 30 % de las muertes anuales a nivel global, lo que la convierte en la principal causa de muerte y discapacidad, afectando especialmente a los países emergentes, donde alrededor del 40% de las muertes ocurren en individuos que se encuentran en edad productiva. En los referente a la discapacidad causada a los sobrevivientes resulta en altos gastos para los sistemas de salud (Mijangos,et al., 2017).

Su incidencia está proporcionalmente relacionada con la presencia de factores de riesgo que en su mayoría están relacionadas con los estilos de vida del individuo, tales como el consumo de tabaco, una dieta poco saludable, inactividad física, obesidad, falta de controles periódicos de la presión arterial, lípidos sanguíneos anormales (dislipidemia) y niveles elevados glucosa en sangre lo cual puede desencadenar otra grave enfermedad crónica como lo es la Diabetes Mellitus (DM). Estos factores, al no ser debidamente tratados en la población a través de actividades de promoción y prevención de la enfermedad que hacen parte de la atención primaria en salud, desencadenan en complicaciones que conllevan a la aparición de enfermedades que pueden afectar en mayor proporción la calidad de vida de una persona, como lo es la aterosclerosis, que determina en el desarrollo de la enfermedad coronaria, el infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca y el accidente cerebrovascular (Minsalud, 2022). Enfermedades que generan un desequilibrio económico en la atención en salud por el alto costo que implican para el sistema de salud dado el largo proceso de rehabilitación al que se debe someter el paciente y su núcleo familiar.

En Colombia, el 29.5 % de todas las muertes se deben a Enfermedad Cardio vascular (ECV), representando la primera causa de mortalidad en el país, a expensas de la cardiopatía isquémica. Es por ende que los gastos originados en el sistema de salud son cercanos a 3.84 mil millones de pesos para 2017, lo que significa que Colombia dedica el 6.55 % de su gasto total en atención médica, de la cual la nación se encarga del 76 % y el resto del sector privado (Rubio,

2021). A estos gastos deben agregarse pérdidas de no productividad por valor de 2.58 mil millones de pesos por año (Minsalud, 2022). Es de vital importancia implementar y fortalecer la aplicación de medidas preventivas costos eficaces para lograr evitar complicaciones y sus desenlaces fatales, siendo que la mayoría de las enfermedades cardio cerebro vasculares se pueden evitar mediante la prevención de sus factores de riesgo, así como el tratamiento adecuado y oportuno; adicionalmente, el personal de salud debe tener la capacidad de reconocerlos y gestionarlos logrando así los resultados en salud deseados.

Ante esta situación, aún hay consenso mundial a favor de continuar implementando acciones de política pública hacia la prevención de las enfermedades cardio cerebro vasculares mediante la intervención principalmente en los grupos de población identificados con riesgo y evitar al menos un 80% de la enfermedad cardíaca y cerebro vascular según el Ministerio de Salud de Colombia (2022). Además caracterizar los usuarios es un requisito básico para realizar un adecuado direccionamiento estratégico, planeación e implementación de políticas administrativas en las entidades públicas que permitan diseñar una ruta para su gestión institucional. En el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE) (Resolución 2626 de 2019) se enmarca, dentro de su línea de acción del aseguramiento, la caracterización como herramienta y marco normativo indispensable para que la planeación de los servicios sea coherente con las necesidades de la población y permita el acceso de las personas a los servicios de salud. A través de la Política PAIS, se postula el actual modelo de atención y las Rutas Integrales de Atención en Salud, como herramienta operativa, las cuales pretenden el mejoramiento de los resultados en salud y la reducción de la carga de la enfermedad, articulada a la acción intersectorial y comunitaria. En el marco, de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud (Resolución 3202 de 2016), desde el Ministerio de Salud se disponen las condiciones necesarias que pueda garantizar

la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la generación de una cultura que proporcione el cuidado de las personas desde las comunidades para realizar una detección temprana de la población con riesgo.

### **Determinantes Sociales De La Salud**

Los determinantes sociales de la salud, según la Organización Mundial de la Salud (2014), comprenden las condiciones en las que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen las personas, incluidas las condiciones del sistema sanitario. Estos determinantes vislumbran la mayor parte de causas de morbilidades, inequidades y desigualdades sociales evitables en el mundo, los cuales buscan perder impactar positivamente las condiciones de vida de las comunidades (Castro, et al., 2020). Actualmente, los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) se encuentran en el establecimiento de acciones concretas que permitan a las comunidades reducir la pobreza y las desigualdades, resaltando la importancia de la cobertura universal en salud solventada en equidad, bajo la medida de acceso y calidad de los servicios (Flores-Hernández, et al., 2019).

Los diversos determinantes sociales de salud influyen de manera positiva o negativa en la aparición y desarrollo de enfermedades, es por ello que deben ser considerados por el personal de salud. La atención debe ser individualizada, es decir, acorde a las necesidades específicas de los usuarios, donde los determinantes sociales juegan un rol fundamental, por lo que requieren, ser considerados en el plan de cuidados de atención en salud (David, 2013).

Según (Moscoso, et al., 2017) es importante reconocer los determinantes en salud, para poder intervenir en las condiciones e instrumentar las acciones necesarias para incidir sobre ellas. Ante esto es importante garantizar acciones efectivas y anticipatorias de la enfermedad e invirtiendo en la promoción de la salud para constituir una garantía en la contribución del

mejoramiento de la salud de la población y reducir los gastos que producen la atención de la enfermedad.

Colombia es un país multiétnico y pluricultural, se reconoce múltiples pueblos conformados por campesinos, indígenas, comunidades afros entre otros, los cuales se encuentran en su mayoría agrupados y representados dentro del estado colombiano por diferentes organizaciones locales y nacionales. (Blandón y Herney 2020), el Municipio de Timbío cauca por su parte cuenta con población de origen étnico diverso, debido a los procesos migratorios que presenta por su ubicación geográfica, encontrando en su mayoría comunidades campesina. Por ello es importante conocer las causas diferenciales entre los grupos que allí residen a fin de intervenir de forma concisa la salud de la población campesina que conforma ampliamente la mayoría de los habitantes presentes en el municipio de Timbío; es por ende que, las decisiones tomadas en los territorios del país en materia de salud y sus determinantes, deberán garantizar en un marco democrático que se tomen con la participación de todos los grupos culturales. Esto implica el respeto a la diversidad étnica y cultural y al desarrollo de procesos especiales de consulta previa, a los pueblos y grupos étnicos (Pardo, et al., 2018).

### **Atención Primaria En Salud**

La salud en Colombia declarada como un derecho fundamental bajo la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), presenta el reto de trabajar por una salud más dinámica que permita intervenir todas las necesidades de las comunidades y en especial actuar sobre problemas individuales y colectivos que tiene que ver con la salud pública de una población, es este el punto donde estrategias como la Atención Primaria en Salud APS, con la implementación de modelos que delimiten la población tienen su efecto.

Ahora bien, para iniciar, hay que definir y entender lo que es la atención primaria en salud, para ello la OMS expone para el 2003 lo siguiente (Elorza, et al., 2017) "no existe una definición uniforme, universalmente aceptable del término Atención Primaria en Salud APS", pero esta tiene como marco operacional para la atención primaria en salud: el transformar la visión en acción (p. 433), es ahí donde las ambigüedades estaban presentes en el mismo documento de Alma-Ata, donde el concepto fue discutido de forma amplia, ante lo cual se expone por Elorza et al (2017): "como un nivel de atención como un enfoque integral de política de salud y provisión de servicios" (p.2); Esto plantea que el termino APS es amplio y que no solo se enmarca en la provisión de servicios de salud si no en una integralidad que busca satisfacer necesidades de una determinada población.

Dentro de los conceptos de Atención Primaria en Salud APS y su manejo entendido en la "Alma Ata" (David, 2013) es importante establecer que esta debería contener ciertos elementos y actividades donde se exponen acciones importantes que permiten generar un impacto en la salud, destacando los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, mientras que como elementos de valor se enfatizaron la educación en salud, la promoción de una nutrición adecuada, la provisión de agua y saneamiento básico, la atención materno-infantil (incluyendo planificación familiar), las inmunizaciones, el tratamiento apropiado de enfermedades frecuentes, la prevención o control de enfermedades endémicas locales y por último la provisión de medicamentos esenciales. ( Franco-Giraldo, 2011).

No siendo estas las únicas acciones que se deben proyectar podemos encontrar que también se proponen algunos principios básicos que debe respetar la Atención Primaria en Salud APS, como la participación comunitaria, definida como, la activa participación de sus miembros

en la planificación, el financiamiento, la organización, el funcionamiento y el control del servicio de salud o la intersectorialidad del sistema.

Según Franco- Giraldo (2011) aspectos como, determinar las condiciones en salud de la población, su accesibilidad a los servicios y sus necesidades, son de gran importancia en la aplicación de acciones de Atención Primaria en Salud APS, que en conjunto con el desarrollo de modelos enfocados en grupos poblacionales específicos, generan un impacto más amplio y concreto a los problemas de salud que se pueden encontrar en los territorios, permitiendo esto, una adecuada articulación de todos los recursos para obtener un resultado positivo en las condiciones de vida de la comunidad.

Pero hay que entender claramente el fundamento de la Atención Primaria en Salud APS, es ahí donde se debe tener en cuenta que se justifica el porqué de su importancia en los modelos de salud; dado que este impacta benéficamente en la salud de las poblaciones y aun mayormente en la eficiencia de los sistemas sanitarios, sin ignorar los modelos que existen o surgen según las condiciones de la población, por ende, es donde un aspecto importante de la APS surge y debe ser tenido en cuenta, es aquí donde:

Calderón (2019) expone que la integralidad en la atención a las personas constituye el principal reto al que debe responder una Atención Primaria en Salud APS de calidad. La enfermedad, los cuidados o las prácticas educativas y preventivas, siempre se concretan en personas que requieren ser asistidas como un todo biopsicosocial (p.19)

Como lo enuncia Calderón Colombia sufre de los efectos de la pobreza y la desigualdad, los cuales acrecientan el envejecimiento de la población, la multimorbilidad, la polifarmacia y el consumismo sanitario por las nuevas tecnologías hacen que el enfoque biomédico se quede orientado exclusivamente a la patología dejando al margen a la persona, la familia y todo su

entorno social. Según Calderón a partir de la Atención primaria en salud APS, surge la coordinación y colaboración bidireccional con los niveles de atención especializada y con sectores como la salud pública, aspecto imprescindible para hacer eficiente y sostenible un modelo de salud, porque es ahí donde se puede hablar con la continuidad de la atención, es decir el seguimiento a la persona en su medio social y a lo largo de su proceso de atención en salud y todo esto debe articularse con la garantía de la accesibilidad geográfica, económica, y cultural, principalmente para las personas más vulnerables sin generación de ninguna condición de discriminación. Aquí se puede resaltar una conclusión de lo que es la Atención Primaria en Salud APS. Según Calderón (2019):

Hablar de Atención Primaria en Salud APS de calidad, es hablar del derecho a la salud y de derechos humanos de las personas; de profesionales comprometidos con la calidad de la asistencia en condiciones dignas en cuanto a recursos, formación y reconocimiento; y, por supuesto, de políticas sanitarias que apuesten por servicios públicos de calidad y eviten el cortoplacismo y la incoherencia entre discursos y prácticas. (p.10).

En Colombia es importante tener este concepto claro, porque la normatividad actual busca que la salud se encamine en la reducción de la brecha social que existe en el sistema y sobre todo en las brechas que el modelo neoliberal del país ha generado, junto con el incremento de enfermedades crónicas no trasmisibles, que desencadenan un desequilibrio financiero claro para todo el sistema en el tiempo y que ponen en riesgo la estabilidad de este para las futuras generaciones (Méndez, et al., 2008).

Recogiendo estas condiciones se ve como la normatividad actual propone y se actualiza con un modelo de atención en salud territorial bajo la (Resolución 2226 del 2019) “Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y se adopta el Modelo de Acción



Integral Territorial – MAITE”, donde se retoma el concepto de Atención Primaria en Salud APS y se fortalece en un política más territorial que permite un impacto más claro en la población, por la articulación de todos los actores que intervienen en el sistema de salud actualmente, desde los gobernantes locales, (gobernadores y alcaldes) sus apoyos administrativos (Secretarios de Salud departamentales y municipales), Aseguradores (EAPB), prestadores de Servicios de Salud (E.S.E e IPS) hasta la comunidad con sus líderes, veedores y ligas de usuarios o pacientes.

No Siendo, este modelo, el resultado de una seria de políticas locales, si no, el resultado de una tendencia mundial, que trata de garantizar un mejor acceso a los servicios de salud, expuesto en el Marco operacional para la atención primaria de salud, donde se busca transformar la visión en acción, Proyecto que se someterá a la consideración de los Estados Miembros en la 73<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción, (2021).

En él se expone que existen un panorama general para la atención en salud, entre los cuales se encuentran, como aspectos relevantes en el proceso de crear nuevos modelos, una interacción sectorial donde no solo el gobierno actué si no también se involucren muy claramente a la comunidad, para con ello buscar alcanzar un mayor impacto en salud, reduciendo problemas crónicos y permitiendo darles una dinámica más efectiva a los sistemas de salud (Mardones, et al., 2008).

En este aspecto es importante reconocer los siguientes aspectos, Compromiso y liderazgo, en el cual se evidencia el compromiso y el liderazgo políticos que sitúan la Atención Primaria en Salud APS en el centro de las iniciativas, para lograr la cobertura sanitaria universal y reconocer la contribución de la APS a los objetivos de Desarrollo sostenibles. Según los autores (Franco-Giraldo, 2011) también está la participación de la comunidad y otras partes interesadas,

para definir los problemas y las soluciones y dar prioridad a las acciones mediante un diálogo sobre políticas en salud. En donde distingamos como convergen puntos trascendentales en el marco de generar una adecuada implementación de la APS, pero no solo está en condiciones generales, también se deben articular aspectos como modelos de atención, que promuevan una atención primaria de calidad, centrada en la persona, en funciones esenciales de salud pública, como pilar de los servicios de salud, integrados a lo largo de los cursos de la vida (Delgado, et al., 2014).

Conjuntamente (Ruiz-Rodríguez, et al., 2015) para poder lograr una condición efectiva, que llegue a la población en general, es necesario no sólo hablar de esquemas y procesos, también se requiere de las acciones operativas; es decir, el personal de salud que participa en la atención primaria, evaluando el adecuado número de profesionales, el nivel de competencias y la distribución de los mismos multidisciplinariamente, conjuntamente se debe incluir agentes de salud de la comunidad para mejorar la adecuada promoción; con el acompañamiento de una supervisión efectiva de la gestión y una remuneración adecuada.

### **Modelos en Salud**

Al hablar de modelos de salud se debe hablar de modelo de atención y modelo de prestación los cuales, aunque tienen relación también presentan diferencias y es ahí donde se requiere precisar la definición de modelo de atención, para entender claramente como interviene en las reales necesidades de la comunidad. Antes de contextualizar el modelo de atención, miremos la definición de modelo de prestación, entendiéndolo como el modelo que define la forma en la cual se presta la atención integral al usuario o paciente, mediante un enfoque sistemático orientado en la accesibilidad, la calidad y la eficiencia de los servicios que presta la IPS.

Ahora bien, el concepto de modelo de atención, se define, dentro de la prestación de servicios de salud donde se encuentran enmarcada la entidad encargada del aseguramiento, en articulación con la entidad prestadora de servicios de salud, como responsables de la gestión en la prestación de los servicios de salud, en su territorio geográfico, según las características de las comunidades que tiene a su cargo. Es aquí, que se llega a la siguiente definición del Marco Operacional para la Atención Primaria de Salud (2020):

Modelo de atención. Es una conceptualización de la forma en que deben prestarse los servicios, incluidos los procesos de atención, la organización de los prestadores y la gestión de los servicios. El modelo de atención evoluciona para cumplir los objetivos y prioridades de salud de la población y mejorar el desempeño del sistema de salud. (p. 11)

Según Franco-Giraldo (2020) esta definición evidencia la interacción que tiene tanto el asegurador del sistema responsable del flujo de recursos económicos, como la del prestador de servicios de salud quien debe garantizar una armonía entre la prestación del servicio y el gasto de los recursos económicos asignados, con el fin de maximizar la prestación de servicios de salud y generar un adecuado proceso de promoción y prevención de la enfermedad.

Según los autores Macinko, Arriagada (Macinko, et al., 2007) se puede pensar en un modelo de atención y un Modelo de Prestación de Servicios de Salud (MPSS) que se interpreta como un conjunto de acciones concreta permitiendo que una institución prestadora de servicios de salud logre mejorar su atención médica en los grupos poblaciones específicos ayudando al mejoramiento de varios aspectos de la vida diría de las comunidades.

Una IPS que adquiera un modelo de atención en salud, enfocado en atención primaria de baja complejidad, debe tener claro y pensar en organizar un conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el acceso a los servicios; materializado en

atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades con las cuales se obtenga una promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y un adecuado proceso de rehabilitación, esto enfocado en la disminución y contención del riesgo en salud de las comunidades que para el caso de la enfermedad crónica como la HTA y la DM. Según lo recomiendan (Cordero, et al., 2017).

Según Diaz y Machado (2005) las enfermedades crónicas generan un impacto bastante negativo en la dinámica económica del sistema por las complicaciones asociadas a estas, por lo tanto, el manejo medico resulta ser de alto costo por el largo proceso que se requiere para su rehabilitación. Según Franco- Giraldo (2020) la importancia de los modelos de salud estriba en su capacidad para disminuir la incertidumbre, por ello, el modelo de salud es una necesidad creada desde distintas vertientes del conocimiento y de la práctica política aplicable al sector salud con el fin de estructurar unas normas y determinar la manera de hacerla efectiva en términos de instituciones, incentivos, etc., así mismos precisar las relaciones entre los actores de los sistemas de salud y establecer las reglas de juego, algo que algunos autores plantean desde la escuela del neo-institucionalismo; con lo cual, se favorece el desarrollo de la respuesta social en salud, evitando la incertidumbre; enlazando las elecciones individuales y colectivas que se requieren dentro de las organización sanitarias, que en algunos momentos resultan ser complejas.

Según (Yzquierdo, et al., 2007) la salud pública puede enfocar los problemas relacionados con la vida, la salud y la manera de enfermar y de morir de las poblaciones. Un modelo en salud pública debe dar cuenta de la salud de la población, y no sólo de las meras relaciones interpersonales, o de las relaciones del proceso de atención médico-paciente, como se planteaba a mediados del siglo pasado; debe, ante todo, referirse al resultado colectivo de las intervenciones sanitarias. Lo que se entiende como un aspecto en el cual, el sistema de salud debe enfocarse

primordialmente en lo “público de la salud”, entendido como la atención general de la población denotando “un nivel de análisis poblacional” para definir así las necesidades básicas en salud de la comunidad del territorio.

Según Minisalud (2019) el modelo de atención evoluciona en respuesta a los cambios de los objetivos y prioridades de la población, para mejorar el desempeño de los sistemas sanitarios. Un modelo de atención armoniza las actividades para el cuidado de la salud y responde a la interacción entre el prestador y el usuario, comprende todo el universo de los servicios del sistema, pero en especial los que una IPS de baja complejidad puede ofertar en la atención primaria.

Aquí es donde comienza un análisis que identifica un equilibrio entre los servicios personales y colectivos, para con ello obtener una dinámica más equilibrada para los servicios curativos, de fomento y prevención de la enfermedad. En este punto es donde se crea el campo de lo colectivo, que implica mirar a la persona en todo el conjunto que lo rodea aspecto que se conforma por su familia y entorno social, ahora bien, la importancia de llevar esta relación en equilibrio permite a los servicios médicos que realmente impacten en el progreso de la enfermedad, lo que previene que esta se desvíe hacia estados más severos, previniendo complicaciones y secuelas en la persona, de ahí que se genere una prevención primaria y secundaria adecuadas donde se posibilita la limitación y atenuación de los efectos de la enfermedad avanzada.

La creación de un modelo en atención primaria en salud fortalece la prestación de los servicios de salud para una IPS de baja complejidad, al generar un impacto positivo en el desarrollo de sus actividades, en su ejercicio financiero y sobre todo en el impacto a la salud de las comunidades, de igual manera por la disminución de gasto en el alto costo asociado a las complicaciones de las patologías en especial de los pacientes crónicos, a propósito de que se dé la posibilidad al reducir el gasto de obtener una mayor inversión en todo el sistema; fortaleciendo a las

instituciones que desarrollan y tiene bajo su cargo la ejecución de las actividades de atención primaria en salud para las diferentes comunidades.

En Colombia el sistema de salud tiene un marco legislativo que pretende fortalecer la atención primaria, atacando la alta carga de enfermedad, comorbilidades y complicaciones, las cuales han contribuido a un mayor costo de la atención de los pacientes. Ahora bien, dado este marco se debe comenzar con un análisis de la provisión de servicios de salud, donde se encuentran que los marcos conceptuales más tradicionales se basan en el análisis de la estructura, los procesos y el análisis de los resultados, según Temporelli (2009):

La utilidad de este tipo de marcos es mayor para el análisis de organizaciones individuales o niveles organizacionales menores, aunque también se usan para el análisis de las redes y los sistemas de servicios de salud. Su principal limitación es que no logran discriminar los aspectos más estructurales del sistema. Además, tienden a centrar el análisis en la oferta y el uso de los servicios y no tanto en las necesidades y las demandas en salud de la población. (p. 33).

Se encuentra un análisis relevante para enfocar este tipo de acciones para generar un mayor impacto en la salud de las comunidades; se integran los modelos de atención en salud entre la oferta de servicios de salud y la demanda; respondiendo a las necesidades, expectativas y demandas en salud de las comunidades.

### **Modelo de atención del hospital ESE Timbío**

El modelo de atención actual del hospital se basa en la resolución médica de las necesidades en salud, enfocada tanto en la prevención primaria (mantenimiento de la salud), como en prevención secundaria (curación) o terciaria (rehabilitación), pero bajo la priorización de los

procesos contractuales de recuperación de la salud y no los de promoción y prevención, al mismo tiempo no toda la población crónica es manejada en la institución, a pesar de tener la capacidad instalada necesaria para garantizar la atención, debido a que su enfoque de Atención Primaria en Salud, en años anteriores no se ha establecido en proceso de promoción y prevención, ni en el mejoramiento del acceso a los servicios para la población crónica, dado que, simplemente su atención se enfoca en el control médico mensual, para proceso de formulación de tratamiento. (Rey y Acosta, 2013).

Siendo por ello que el adecuado funcionamiento del Primer Nivel de Atención y el desarrollo integral de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, permitirán la utilización racional de los recursos de los otros niveles de atención y el mejor cumplimiento del régimen de referencia y contrarreferencia, complemento indispensable para que la Atención Primaria no se quede en una “medicina para pobres” como lo enuncia Franco Giraldo (2020).

Es aquí donde el componente del MAITE que integro las acciones y avances del MIAS, integra las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales, así como las acciones de gestión de la salud pública, reconociendo que la atención en salud es un proceso continuo y en este sentido, define una serie de atenciones ordenadas e intencionadas a cargo de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

### **Diseño Metodológico**

Se realiza un estudio observacional, analítico, a partir de minería de datos estadísticos de la prestación de servicios del Hospital, para lograr identificar características de la población con enfermedades crónicas no transmisibles Hipertensión y Diabetes del municipio de Timbío que son atendidos por la institución, los datos relacionados son: ubicación (urbana o rural), la presencia de factores de riesgo en los pacientes entre 15 y 69 años (porcentaje de consumo de frutas o verdura, actividad física, sobrepeso u obesidad), la prevalencia de enfermedades no transmisibles por edad y género, la clasificación de la enfermedad (HTA y DM), además de la evaluación de los ingresos previstos por la facturación de las atenciones y la utilidad que se genera al Hospital Timbío ESE.

Adicionalmente, se pretende diseñar una propuesta de modelo de atención para la población con enfermedad crónica HTA y DM, acorde a las necesidades de los usuarios siendo la base para posibles intervenciones futuras, en lo que atañe al estado de salud y al costo de la atención a corto y a largo plazo.

Para identificar opciones para un modelo de atención soportado en la evidencia basados en APS, que sean costos efectivos, realizamos una revisión de la literatura apoyada en la web buscando principalmente en PubMed y EBSCO, utilizando los términos de búsqueda "mejora de la calidad"; "atención primaria" o "servicios de salud" o "atención"; "enfermedades crónicas" o "enfermedades no transmisibles". Para seleccionar el modelo que mejor se ajustaba al contexto del sistema de salud de colombiano, específicamente en la población de Timbío, consideramos la alineación con las políticas y directrices nacionales existentes. También consideramos la transición en curso del ministerio de salud, que es un cambio de paradigma de enfoques centrados en



la curación y programas específicos de enfermedades a un énfasis en la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento integrado.

### **Contribuciones Esperadas**

Con este proyecto se espera dar respuesta a una problemática que no solo afecta la salud de la población crónica del municipio de Timbío, si no, también que afecta económicamente al Hospital Timbío ESE, en su flujo de recursos económicos, por la prestación de servicios de salud, debido a la reducción que las EAPB realizan al primer nivel dentro del valor de la unidad de pago por capitación UPC, por medio de la contracción anual, a razón del incremento que se genera en la mediana y alta complejidad hospitalaria para el manejo de los pacientes crónicos.

Efecto que genera en instituciones como el Hospital Timbío ESE, empresa autosostenible, la afectación en su crecimiento económico por la falta de recursos financieros que se contraen en el primer nivel, así como por la disminución de la población, la cual por las complicaciones médicas en sus patologías de base se queda en atenciones y manejos médicos en la mediana y alta complejidad, dando como resultado el no retorno a la atención del primer nivel.

Con este modelo de atención se busca contribuir a la garantía del derecho fundamental a la salud y al desarrollo integral de las personas, familias y comunidades en los entornos donde viven y se desarrollan, mediante la atención integral en salud en lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a través de:

a. La acción coordinada y efectiva del Estado y la sociedad sobre los determinantes sociales de la salud.

b. El seguimiento del estado de salud y el desarrollo integral de las personas en cada uno de los momentos de curso de vida.

c. La identificación oportuna de vulnerabilidades, factores de riesgo, riesgos acumulados y alteraciones que emergen en cada momento vital, que permita establecer intervenciones en salud a las personas, familias y comunidades.

d. El desarrollo de capacidades, habilidades y prácticas en las personas, las familias y las comunidades para el cuidado y mantenimiento de la salud, potenciando su desarrollo.

e. La afectación de los entornos para que sean protectores y potenciadores de la salud y el desarrollo.

Por lo que la aplicación de este proceso investigativo bajo el conocimiento adquirido en la maestría sobre modelos económicos, procesos gerenciales y modelos de atención en salud, nos permitirá impulsar y generar en el Hospital Timbío ESE un nivel de competencia en el mercado más amplio; generando así, un mayor desarrollo económico para la empresa y por ende un mejor posicionamiento dentro del mercado de IPS y atención en Salud.

### **Diagnóstico Organizacional**

El Hospital Timbío E.S.E. es una institución de primer nivel que tiene su atención médica fundamentada en el cuidado de pacientes a través de acciones de promoción y prevención, además de acciones en salud pública tanto individuales como colectivas que mejoren las condiciones de salud y bienestar de las personas y de comunidad a su cargo, sin dejar de lado que es una empresa auto sostenible y depende de la venta de servicios para su funcionamiento y crecimiento, ahora bien podemos observar en la siguiente tabla se evidencia que en el año 2020 la utilidad total por las atenciones a pacientes crónicos HTA y DM disminuyó por el menor número de atenciones presentadas, comparando los años 2019 con el 2020, está asociada a una condición de automatización de la atención médica, al no tener en cuenta factores sociales y de acceso de la

población del territorio además de no contar con un modelo que priorice la atención primaria en salud y la interacción entre otras entidades según las condiciones de la comunidad.

**Tabla 2**

*Facturación y costo de la atención médica a pacientes con enfermedades crónicas HTA y DM  
hospital Timbío E.S.E en los años 2019, 2020 y 2021*

Año	Servicio Prestado	Total consultas	Valor facturado promedio por consulta	Total facturado por año	Costo Promedio de la Atención en salud por consulta**	Total Costo de la Atención en Salud por Año	Utilidad Promedio por Año
2019	Consulta médica general	736	\$ 29.000	\$ 21.344.000	\$ 22.040	\$ 16.221.440	\$ 5.122.560
	Consultas de control	3043	\$ 21.500	\$ 65.424.500	\$ 16.340	\$ 49.722.620	\$ 15.701.880
	Laboratorios	3680	\$ 45.000	\$ 165.600.000	\$ 34.200	\$ 125.856.000	\$ 39.744.000
	Servicios de urgencias	260	\$ 105.000	\$ 27.300.000	\$ 79.800	\$ 20.748.000	\$ 6.552.000
	Remisiones	180	\$ 185.500	\$ 33.390.000	\$ 140.980	\$ 25.376.400	\$ 8.013.600
Total		7899	\$ 386.000	\$ 313.058.500	\$ 293.360	\$ 237.924.460	\$ 75.134.040

2020	Con- sulta médica general	281	\$ 32.000	\$ 8.992.000	\$ 24.000	\$ 6.744.000	\$2.248.000
	Consul- tas de control	2200	\$ 24.500	\$ 53.900.000	\$ 18.375	\$ 40.425.000	\$ 13.475.000
	Labora- torios	1405	\$ 50.000	\$ 70.250.000	\$ 37.500	\$ 52.687.500	\$ 17.562.500
	Servi- cios de urgen- cias	210	\$ 120.000	\$ 25.200.000	\$ 90.000	\$ 18.900.000	\$ 6.300.000
	Remi- siones	190	\$ 200.000	\$ 38.000.000	\$ 150.000	\$ 28.500.000	\$9.500.000
<b>Total</b>		<b>4286</b>	<b>\$ 426.500</b>	<b>\$ 196.342.000</b>	<b>\$ 319.875</b>	<b>\$ 147.256.500</b>	<b>\$ 49.085.500</b>

2021	Consulta médica ge- neral	481	\$ 35.000	\$ 16.835.000	\$ 24.960	\$ 12.005.760	\$4.829.240
	Consultas de control	2780	\$ 28.000	\$ 77.840.000	\$ 19.110	\$ 53.125.800	\$ 24.714.200
	Labora- torios	2405	\$ 52.500	\$ 126.262.500	\$ 36.000	\$ 86.580.000	\$ 39.682.500
	Servicios de urgen- cias	235	\$ 164.184	\$ 38.583.240	\$ 93.600	\$ 21.996.000	\$ 16.587.240
	Remisiones	200	\$ 220.000	\$ 44.000.000	\$ 156.000	\$ 31.200.000	\$ 12.800.000
<b>To- tal</b>		<b>6101</b>	<b>\$ 499.684</b>	<b>\$ 303.520.740</b>	<b>\$ 329.670</b>	<b>\$ 204.907.560</b>	<b>\$ 98.613.180</b>

*Nota.* Hospital Timbío ESE. (ESE, 2021)

Con el anterior análisis se pretende dar solución el tercer objetivo que determina evaluar el costo de la atención en salud del Hospital Timbío ESE, Como se puede evidenciar en el cuadro anterior, para el Hospital Timbío ESE el tener una mayor participación en la atención medica con pacientes crónicos HTA y DM, le generaría una nueva fuente de ingresos que en el momento se

ha visto limitada debido a la fuga de pacientes hacia Instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, ahora el garantizar que los pacientes que ya están a su cargo tenga una fidelización con la institución y que esto genere la llegada de nuevos pacientes al programa, daría al Hospital la posibilidad de aumentar su margen de utilidad, generando inversión que daría como resultado una mejor atención en salud dentro de su territorio.

Es por ende en este aspecto donde la creación de modelos en atención primaria en salud fortalece la prestación de los servicios de salud para una IPS de baja complejidad, generando así un impacto positivo en el desarrollo de sus actividades en su ejercicio financiero y sobre todo en el impacto que se da en la salud de las comunidades, esto visto por la disminución de carga en el alto costo por las complicaciones de la patologías en especial de los pacientes crónicos, dando la posibilidad de que se pueda generar una mayor inversión en todo el sistema y que esto termine en fortalecer a las instituciones que desarrollan y tiene bajo su cargo la ejecución de las actividades de atención primaria en salud para las diferentes comunidades.

### Análisis de Resultados

Dentro de los resultados obtenidos y teniendo que el Hospital Timbío ESE no cuenta con un proceso de gestión de la información y que los datos recolectados depende del área de facturación de la institución, se determina en la propuesta del modelo que el Hospital Timbío ESE debe adoptar para la caracterización de la población crónica las siguientes variables: Género (Masculino y Femenino), Georreferenciación (rural o urbana), Edad y Diagnostico de la enfermedad crónica no trasmisible (HTA, MD) con el fin de obtener información relevante para el diseño de la propuesta de modelo, para que, seguidamente con estas características el Hospital pueda presentar un acercamiento diferencial más favorable para cada uno de sus actuales clientes como para los futuros usuarios o entidades que estén en deseos de tomar los servicios del Hospital. Ahora dentro de las variables analizadas vemos la siguiente información:

**Tabla 3**

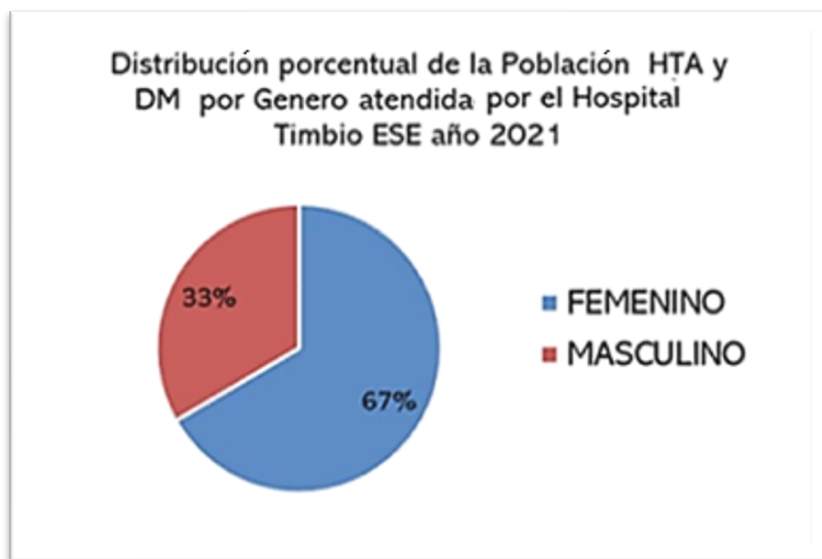
*Distribución de la Población HTA y DM Atendida por el Hospital Timbío ESE por Genero año 2021*

Género	Total género
Femenino	390
Masculino	195
Total General	585

*Nota.* Datos aportados por el área de facturación del hospital Timbío E.S.E

**Figura 3**

*Distribución porcentual de la población HTA y DM por genero atendida por el Hospital Timbío ESE Año 2021.*



*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE, CC BY 2.0

En este gráfico observamos que el 67% de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío ESE corresponde a mujeres mientras que el 33% de la población corresponde a Hombres lo cual implica que la prevalencia de las enfermedades Crónicas del municipio está más alta en mujeres, además de esto es importante mencionar que la mayor concentración de la población se ubica en la zona urbana del municipio con un porcentaje equivalente al 54.87% (321 personas) de la población con HTA y DM, mientras que en la zona rural se concentra el 45.12% (264 personas) de la población, como se observa en la tabla 4 y Figura 4, factores que se pueden asociar a condiciones ambientales y condiciones sociales.



**Tabla 4**

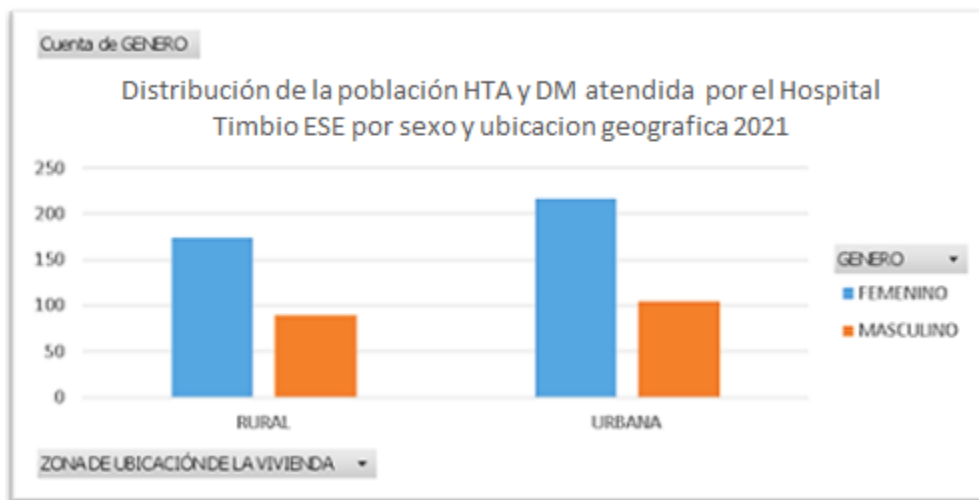
*Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío ESE por Género y Ubicación Año 2021*

Ubicación	Femenino	Masculino	Total General
Rural	174	90	264
Urbana	216	105	321
Total General	390	195	585

*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE

**Figura 4**

*Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío E.S.E por Sexo y Ubicación Geográfica*



*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE, CC BY 2.0

En el análisis se identificó que el mayor número de población con problemas de HTA y DM y de estos a la vez con problemas cardiovasculares, son el segmento de adultos mayores de 70 años con el 44.7% (261 personas), seguidos de los adultos ubicados entre los 60 y los 70 años

con el 27.22% (159 personas), y los adultos entre 50 y 60 años con el 21.06 (123 personas), por ultimo están las personas menores de 40 años los cuales representan el 7.02% (41 personas) de la población, como lo pueden ver en la tabla 5, en esta observación se sigue evidenciando que las mujeres son las más afectadas por su mayor proporción.

**Tabla 5**

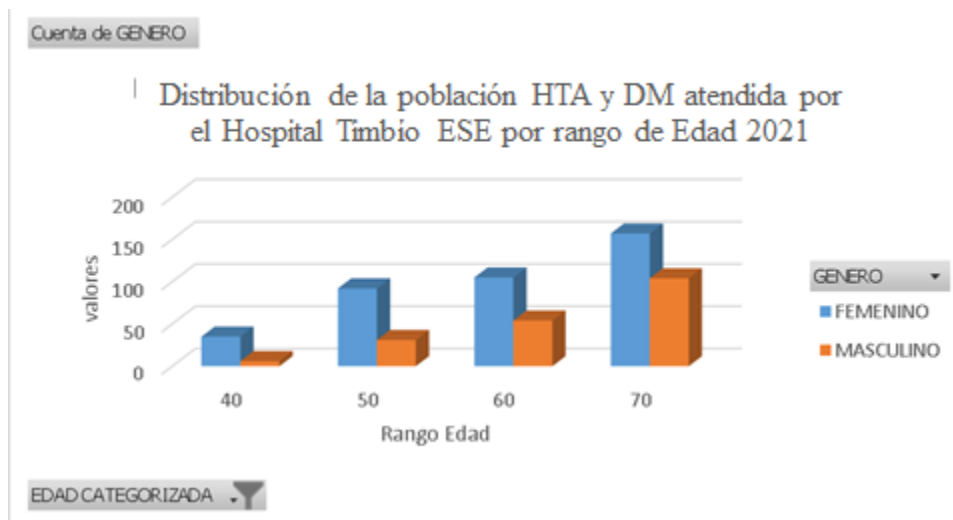
*Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío ESE por Edad y Género 2021.*

Rango Edad	Femenino	Masculino	Total General
40	35	6	41
50	92	31	123
60	105	54	159
70	157	104	261
Total general	389	195	584

*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE

**Figura 5**

*Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío ESE por rango de Edad 2021.*



*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE.

En el análisis de la población por su diagnóstico se puede evidenciar que esta se encuentra distribuida para el caso de los pacientes con diagnóstico de HTA en un 54.87% (321pacientes), en la zona urbana frente a un 45.12% (264 pacientes), se encuentran en la zona rural mientras que para el caso de la DM podemos observar un comportamiento muy similar donde el 54.81% (319 pacientes), de la población está en la zona urbana mientras que el 45.18 (263 pacientes), está en la zona rural. Como se observa en la tabla 6. Y así mismo se encuentra que la mayor prevalencia de la enfermedad por diagnóstico. Y ubicación se encuentra en mujeres tanto para HTA como en DM como se puede observar en las tablas 6 y 7.

**Tabla 6**

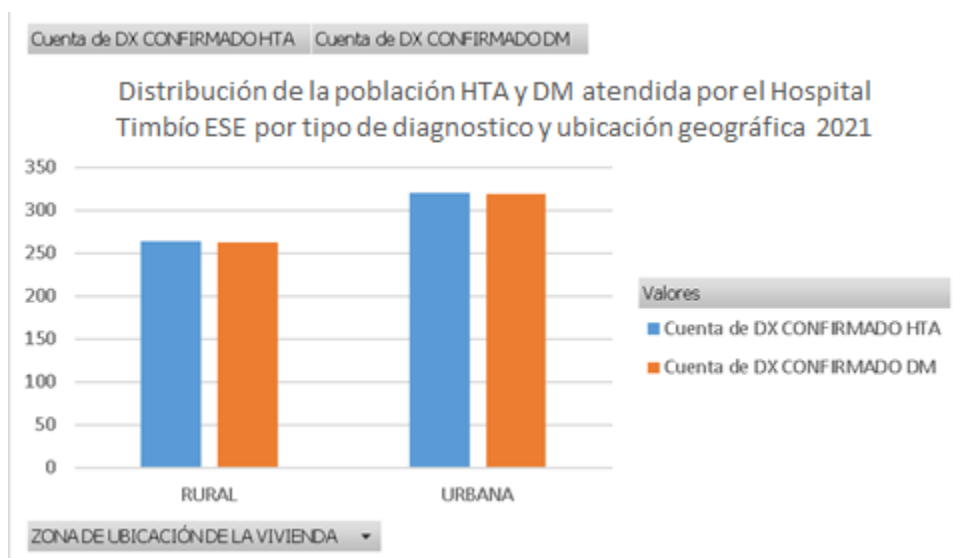
*Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío ESE por Ubicación y tipo de DX 2021.*

Ubicación	DX Confirmado HTA	DX Confirmado DM
Rural	264	263
Urbana	321	319
Total general	585	582

*Nota:* información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE.

**Figura 6**

*Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío ESE por tipo de diagnóstico y ubicación geográfica 2021*



*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE, CC BY 2.0

**Tabla 7**

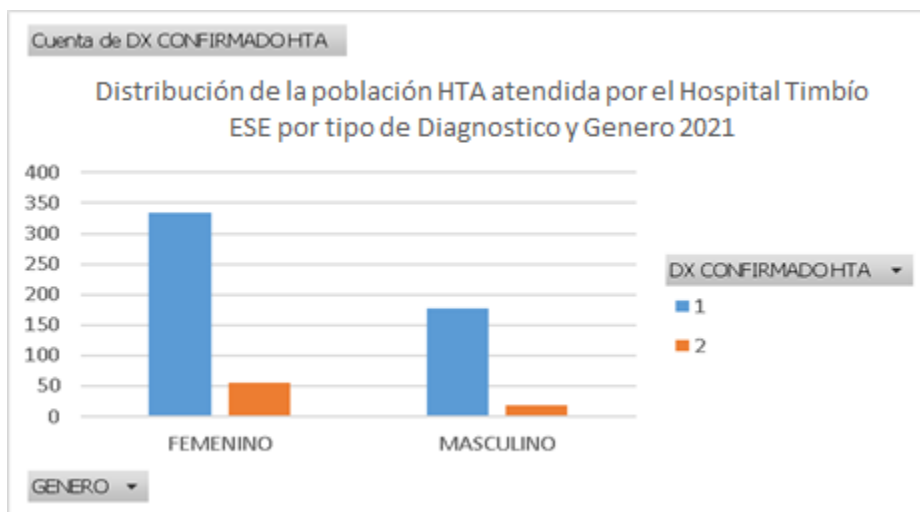
*Distribución de la población HTA y DM atendida por el Hospital Timbío ESE por Edad y Género 2021.*

DX Confirmado HTA	Clasificación de HTA		
	1	2	Total general
Genero			
Femenino	334	56	390
Masculino	177	18	195
Total General	511	74	585

*Nota:* información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE.

**Figura 7**

*Distribución de la población HTA atendida por el Hospital Timbío ESE por tipo de Diagnostico y Genero 2021*



*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE, CC BY 2.0.

**Tabla 8**

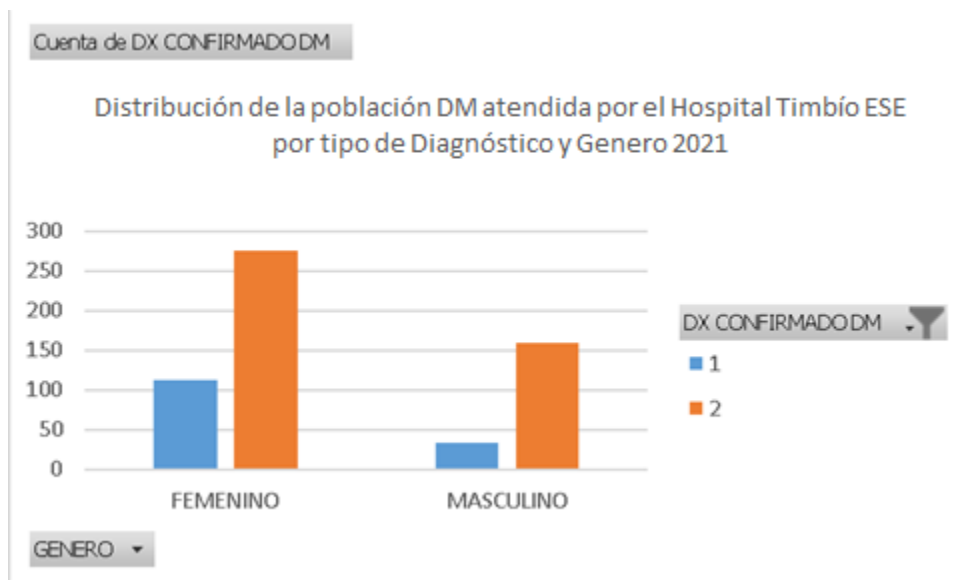
*Distribución de la Población DM Atendida por el Hospital Timbío ESE por Genero 2021.*

DX Confirmado DM	Clasificación de DM	Total General	
Genero	1	2	
Femenino	112	276	388
Masculino	34	160	194
Total General	146	436	582

*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE

**Figura 8**

*Distribución de la población DM atendida por el Hospital Timbío ESE por tipo de Diagnóstico y Genero 2021*



*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE, CC BY 2.0

**Tabla 9**

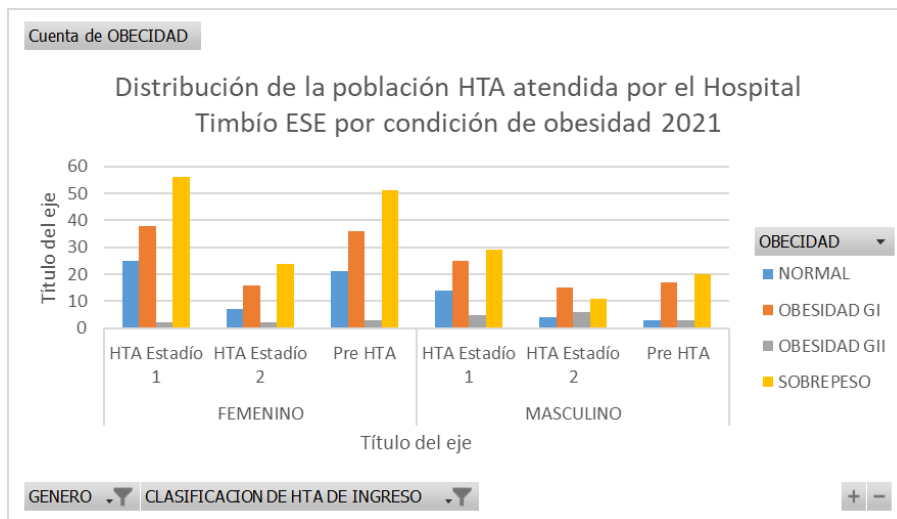
*Distribución de la población HTA atendida por el Hospital Timbío ESE por condición de Obesidad 2021.*

	Normal	Obesidad GI	Obesidad GII	Sobrepeso	Total General
Femenino	53	90	7	131	281
HTA Estadío 1	25	38	2	56	121
HTA Estadío 2	7	16	2	24	49
Pre HTA	21	36	3	51	111
Masculino	21	57	14	60	152
HTA Estadío 1	14	25	5	29	73
HTA Estadío 2	4	15	6	11	36
Pre HTA	3	17	3	20	43
Total general	74	147	21	191	433

*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE.

**Figura 9**

*Distribución de la población HTA atendida por el Hospital Timbío ESE por condición de obesidad 2021*



*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE, CC BY 2.0

**Tabla 10**

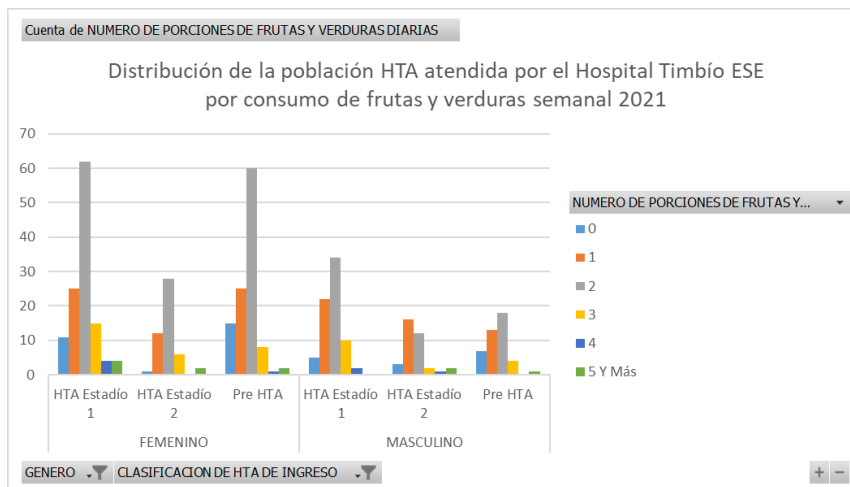
*Distribución de la población HTA atendida por el Hospital Timbío ESE consumo de frutas y verduras diarias 2021.*

	Porciones de Frutas y Verduras Diarias						Total general
	0	1	2	3	4	5 y Más	
Femenino	27	62	150	29	5	8	281
HTA Estadío 1	11	25	62	15	4	4	121
HTA Estadío 2	1	12	28	6		2	49
Pre HTA	15	25	60	8	1	2	111
Masculino	15	51	64	16	3	3	152
HTA Estadío 1	5	22	34	10	2		73
HTA Estadío 2	3	16	12	2	1	2	36
Pre HTA	7	13	18	4		1	43
<b>Total general</b>	<b>42</b>	<b>113</b>	<b>214</b>	<b>45</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>433</b>

Nota: información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE

**Figura 10**

*Distribución de la población HTA atendida por el Hospital Timbío ESE por consumo de frutas y verduras semanal 2021*



Nota. Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE, CC BY 2.0

**Tabla 11**

*Distribución de la población HTA atendida por el Hospital Timbío ESE realización de actividad física semanal 2021*

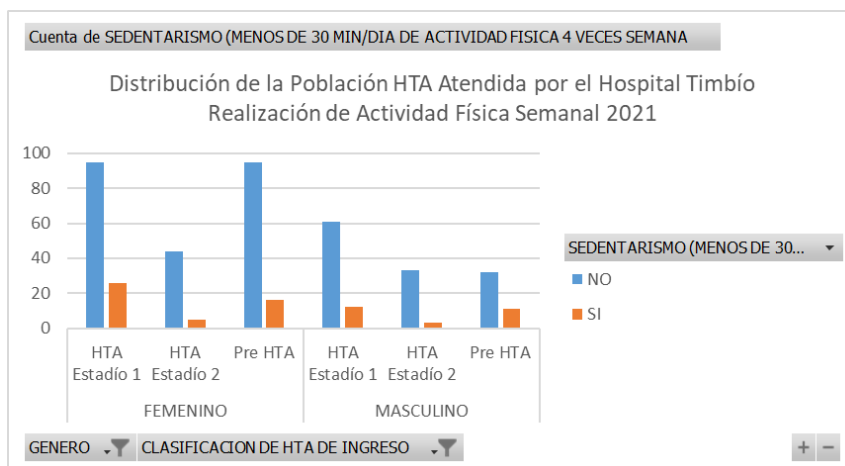
	Sedentarismo (Menos de 30 Min/Día de Actividad Física Cuatro Veces Semana)		
	No	Si	Total General
Femenino	234	47	281
HTA Estadio 1	95	26	121
HTA Estadio 2	44	5	49
Pre HTA	95	16	111
Masculino	126	26	152
HTA Estadio 1	61	12	73
HTA Estadio 2	33	3	36
Pre HTA	32	11	43
<b>Total General</b>	<b>360</b>	<b>73</b>	<b>433</b>

Nota. Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE.



**Figura 11**

*Distribución de la Población HTA Atendida por el Hospital Timbío Realización de Actividad Física Semanal 2021*



*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE, CC BY 2.0

**Tabla 12**

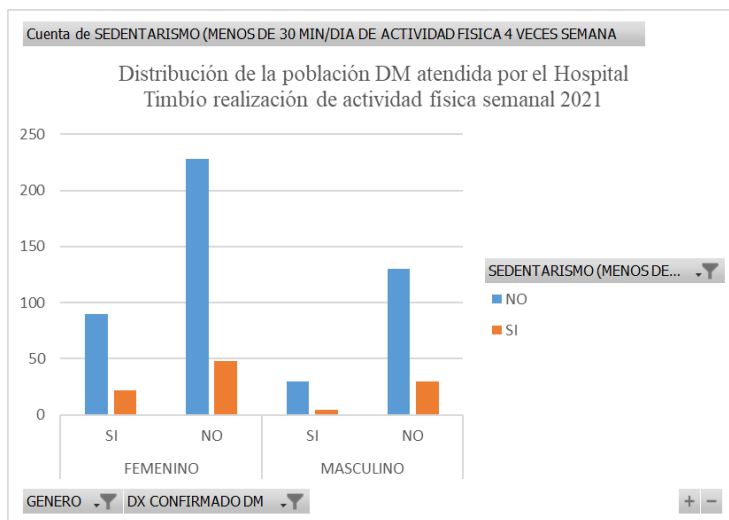
*Distribución de la población DM atendida por el Hospital Timbío ESE realización de actividad física semanal 2021*

Sedentarismo (Menos de 30 min/día de Actividad Física Cuatro Veces Semana)			
	No	Si	Total General
Femenino	318	70	388
Si	90	22	112
No	228	48	276
Masculino	160	34	194
Si	30	4	34
No	130	30	160
<b>Total General</b>	<b>478</b>	<b>104</b>	<b>582</b>

*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE

**Figura 12**

*Distribución de la población DM atendida por el Hospital Timbío realización de actividad física semanal 2021*



*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE, CC BY 2.0

**Tabla 13**

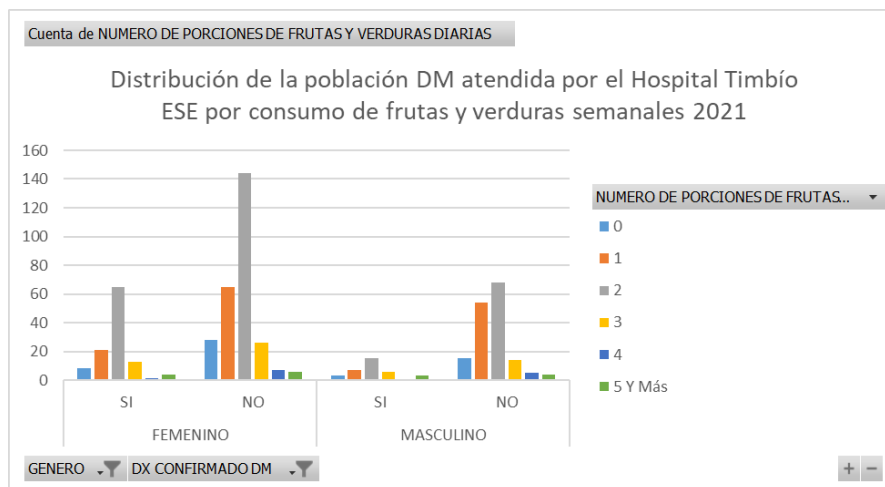
*Distribución de la población DM atendida por el Hospital Timbío ESE consumo de frutas y verduras diarias 2021*

	Número de Porciones de Frutas y Verduras Diarias						Total general
	0	1	2	3	4	5 y Más	
Femenino	36	86	209	39	8	10	388
Si	8	21	65	13	1	4	112
No	28	65	144	26	7	6	276
Masculino	18	61	83	20	5	7	194
Si	3	7	15	6		3	34
No	15	54	68	14	5	4	160
Total general	54	147	292	59	13	17	582

*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE.

**Figura 13**

*Distribución de la población DM atendida por el Hospital Timbío ESE por consumo de frutas y verduras semanales 2021*



*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE, CC BY 2.0

**Tabla 14**

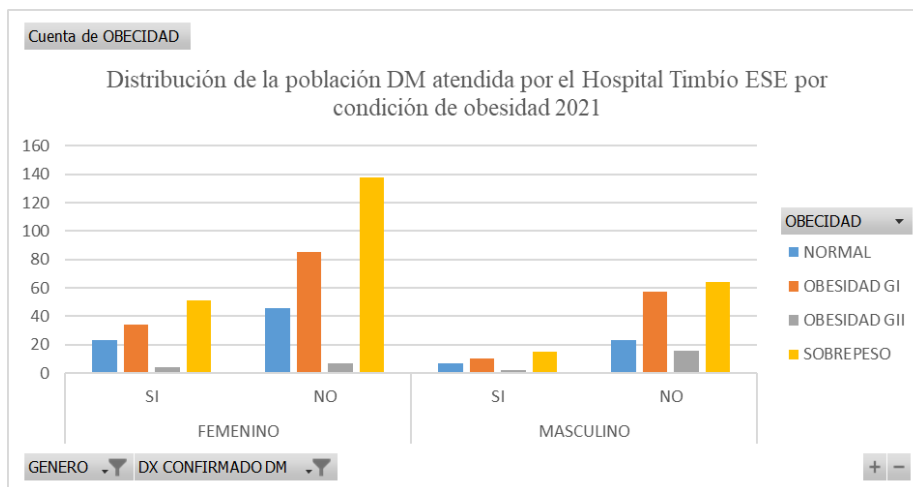
*Distribución de la Población HTA Atendida por el Hospital Timbío ESE por Condición de Obesidad 2021*

	Normal	Obesidad GI	Obesidad GII	Sobrepeso	Total General
Femenino	69	119	11	189	388
Si	23	34	4	51	112
No	46	85	7	138	276
Masculino	30	67	18	79	194
Si	7	10	2	15	34
No	23	57	16	64	160
Total general	99	186	29	268	582

*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE

**Figura 14**

*Distribución de la población DM atendida por el Hospital Timbío ESE por condición de obesidad 2021*



*Nota.* Información suministrada por el área de facturación del Hospital Timbío ESE, CC BY 2.0.

Ahora bien estos datos nos pueden indicar que la mayor población con enfermedad crónica está constituida por mujeres las cuales se encuentra en la zona urbana del municipio y que en su mayoría con adultas mayores de 60 años, lo cual nos indica que el riesgo de la enfermedad cardiovascular es alta además de que permite enfocar acciones dentro del planteamiento del modelos para llegar a una población como lo son las mujeres además de plantar el reto de realizar barridos más exhaustivos en la zona rurales para identificar nuevos casos que podrían estar sin manejo por la dispersión geográfica y lo extenso del territorio rural del municipio.

## **Plan de intervención**

### **Modelo**

El modelo planteado para el Hospital Timbío en relación a la población crónica y cardiovascular busca generar un impacto desde una dinámica de atención primaria en salud, con equipos que no solo identifiquen acciones dentro de la institución, si no, a nivel extramural, buscando impactar las diferentes necesidades de la población tanto crónica como de la población en general.

El Hospital Timbío ESE con este modelo buscara generar una fidelidad y adherencia de los usuarios, no solo por estar bajo un contrato por la entidad aseguradora, sino también por el contexto de que puedan encontrar como valor agregado una condición de análisis y escucha con relación a su patología; teniendo que, no solo se hable del paciente sino también de todo el contexto familiar que este tiene a su alrededor, ampliando su red de apoyo, pero sin dejar de lado como lo ha expresado la atención primaria en salud APS el apoyo comunitario dentro de la formación de redes articuladas con el hospital, para la asistencia integral de los pacientes crónicos en articulación con la diferentes políticas locales, como departamentales que involucren la atención en salud pública de la comunidad y sobre todo el engranaje entre la Entidad Administradora de los Planes de Beneficios EAPB, siendo este, el punto de partida para eliminar las barreras administrativas que se puedan generar.

La propuesta de modelo se basa en una atención diferenciada, donde el hospital a partir de la atención primaria en salud, determine un proceso de fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención de la enfermedad, junto con la implementación de las Rutas Integradas de Atención en Salud RIAS brindando acciones de promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en articulación de las Entidad Administradora de los Planes de Beneficios EAPB, y las

entidades territoriales, tanto municipales como departamentales; permitiendo observar al individuo no solo bajo las condiciones de enfermedad, si no también bajo un aspecto de suma importancia, como, son los determinantes sociales, así no solo se observa al paciente por parte del personal médico, si no, que se puede generar un impacto en su familia y en todo su entorno social.

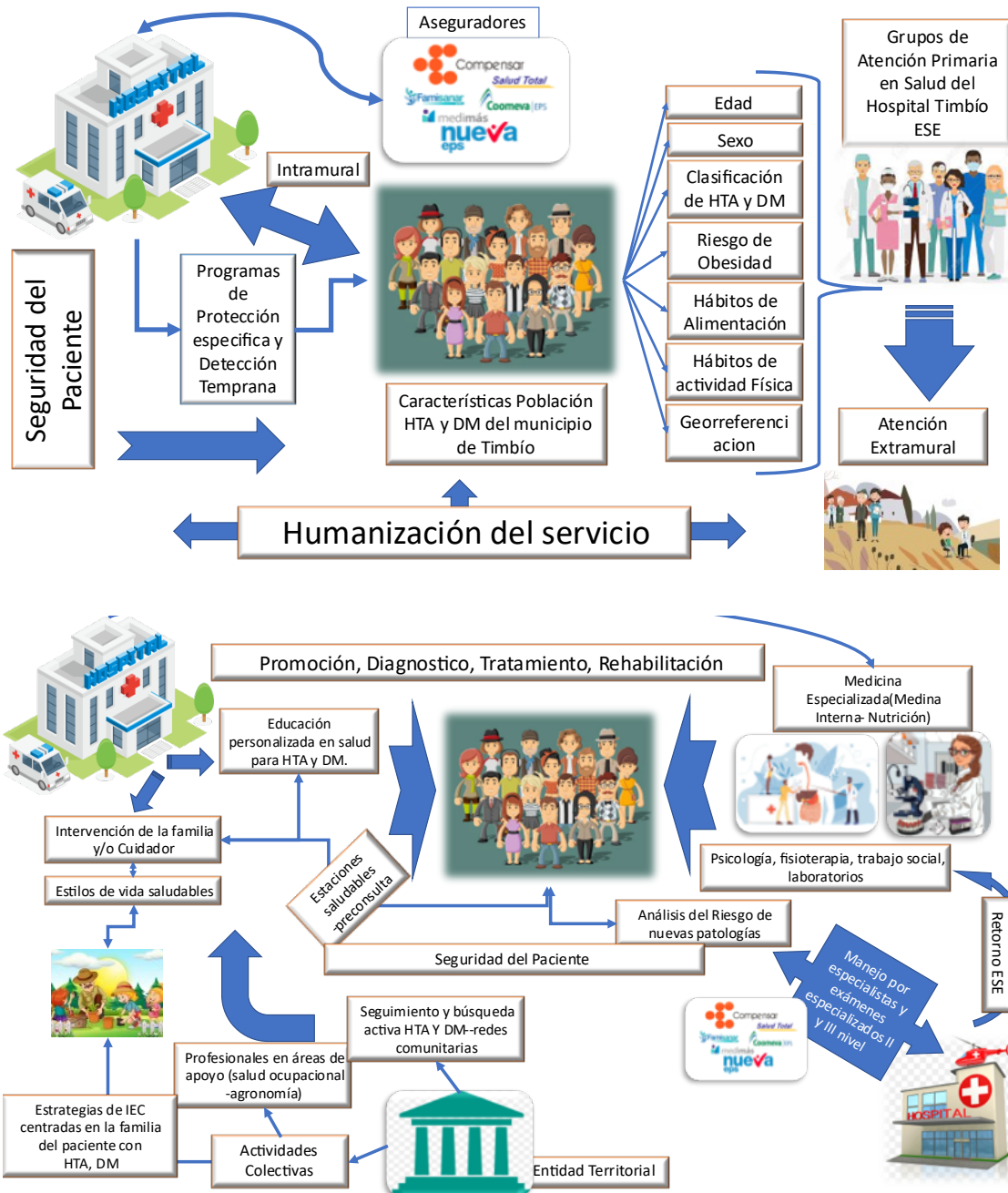
Aquí el hospital Timbío ESE deberá conjugarse con procesos de educación gestión de patologías bajo la implementación de las Rutas Integradas de Atención en Salud RIAS, que permite no solo actuar en la enfermedad si no en los estilos de vida del individuo y la comunidad, para así llegar a la articulación con la redes complementarias de atención médica y generar en ellas un impacto positivo, el cual favorezca el manejo de los recursos, no solo para las aseguradoras en salud, si no para todo el sistema; por ende, se descongestionen los otros niveles de atención complementaria; permitiendo que las actividades que desde los entes territoriales se generan en función de la salud pública se vean efectivos, generando un impacto en salud realmente representativo en el corto y largo plazo para la institución, la comunidad y sobre todo para el usuario y su familia.

Se espera que lo descrito anteriormente, genere en el hospital una atención de mayor calidad, al llevar un proceso de fortalecimiento para la atención de la población a su cargo, como también un incremento en los ingresos, a partir de obtener nueva población por parte de las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios EAPB que se encuentran en el municipio; debido a la presentación de resultados óptimos en salud y un balance en el costo de la enfermedad Crónica.

El proceso planteado para el modelo de atención que se implementara en el Hospital Timbío ESE es el siguiente:

Figura 15

Modelo propuesto de atención pacientes crónicos HTA y DM con riesgo cardiovascular del Hospital Timbío ESE



La propuesta de modelo planteada para el Hospital Timbío ESE está alineada a la política nacional de atención en salud y diseñado de acuerdo a las necesidades de la comunidad y el usuario, ofreciendo el tipo y la forma de servicios que garanticen oportunidad e integralidad en la atención, de acuerdo a las dimensiones geográficas, económicas, culturales, bajo un enfoque de mejoramiento prospectivo de la calidad y siempre orientado en una atención centrada en el usuario.

Dentro del modelo se contemplan continuar con una unidad de salud destinada para la prestación de servicios de salud asistenciales intramural y extramural de baja complejidad, acorde con la población y perfil epidemiológico, y con los servicios requeridos dentro de las rutas integrales de atención, buscando resultados en salud para el usuario y la comunidad.

En este sentido los servicios tendrán especial énfasis en la población hipertensa o con diabetes mellitus que serán atendidos dentro de la ruta cerebro cardiovascular y metabólico, los cuales serán planeados teniendo en cuenta la información ya recolectada en las consultas y atenciones previas en donde se identifican características como: edad, sexo, clasificación de la HTA y DM, hábitos de alimentación, actividad física y ubicación dentro del municipio.

Los servicios a incluir dentro del portafolio son las especialidades de medicina familiar, pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia y las profesiones de nutrición y dietética, de acuerdo al modelo de atención en salud y los requerimientos de las rutas integrales de atención, que permita garantizar la integralidad en la atención.

Adicionalmente se contempla un proceso de seguimiento y búsqueda articulado con las acciones de los planes de Intervenciones Colectivos, donde se pueda generar acompañamiento por terapia ocupacional, y agronomía, seguido de educación para el paciente y su familia desde las estrategias de Información y Educación para la comunidad (IEC), promoviendo estilos vida



saludables, la generación de huertas caseras y redes comunitarias, apoyado por las Entidades Territoriales del municipio y el departamento.

Teniendo en cuenta la facilidad de accesibilidad a todos los sitios del municipio de Timbío, se desplegara en el Territorio grupos de atención básica, conformados por medicina, enfermería, odontología, trabajo social, psicología y laboratorio clínico, con los cuales se haga una atención personalizada, integral, que permita conocer sus verdaderas condiciones de vida y se puedan ofrecer atenciones y recomendaciones de promoción y mantenimiento de la salud, de acuerdo a las condiciones de su territorio, ofreciendo accesibilidad, pertinencia y oportunidad en la atención.

El proceso de preconsulta que sería manejado de forma personalizada en un entorno saludable integra: Asignación de cita preferencial, manejo por el mismo grupo de profesionales, para garantizar continuidad, gestión y entrega de medicamentos, espacios con entrega de aporte nutricional saludable, seguimiento domiciliario periódico y evaluación clínica del paciente y familiar.

Por último, este modelo tiene otro eje esencial que son las alianzas estratégicas con los aseguradores de forma que los contratos y los servicios complementarios se articulen para lograr calidad en la atención y con esto los mejores resultados en salud propósito común de las EAPB y el Hospital.

Por medio de la articulación con los niveles superiores y los aseguradores para que sustentados en el análisis de riesgo para nuevas patologías y los factores de riesgo se cree una ampliación de la atención especializada, realizando la gestión y seguimiento desde el hospital Timbío ESE, por medio de la oficina de SIAU, donde tanto el paciente como la familia pueda tener la continuidad del acceso a los servicios de salud, sin necesidad de asumir la carga administrativa y garantizando que el usuario después de ser revisado en el nivel superior, retorne y continúe el

manejo de rehabilitación bajo la supervisión del Hospital Timbío ESE y todo el equipo multidisciplinario.

### **Conclusiones**

Los modelos de atención en salud basados en atención primaria en salud APS representan una base fundamental para la atención, ya que permiten conjugar tanto la concepción de atención médica como involucrar a muchos actores para obtener mejores resultados en salud para una comunidad. Por lo que generar diseños enfocados no solo en la generalidad si no en la particularidad de las comunidades permite alcanzar logros en la prevención de la enfermedad y en la contención del gasto que las complicaciones generan, condición muy relevante dentro de la población Hipertensa y Diabética.

Para el Hospital Timbío ESE se observa que la población crónica Hipertensos y Diabéticos y que es afectada por patologías de -riesgo -cardiovascular está representada en su mayoría por mujeres, con mayor concentración en la zona urbana del municipio, condición que no ha tenido en cuenta para la atención médica y la educación por lo que esto ha venido afectando el costo de la atención al solo enfocarse en el diagnóstico y tratamiento limitando de recursos al hospital, conjuntamente a esto es claro que en la zona rural falta un proceso de búsqueda más exhaustivo que permita identificar más población que puede estar sin caracterización y por fuera de los programas.

Por último, se puede determinar que la aplicación de la atención primaria en salud APS y de un modelo de atención basado en las condiciones específicas de la población de una región, permiten a una Empresa Social del Estado, generar un impacto en salud que mejora las condiciones propias de su zona de influencia. Posibilitando obtener nuevas fuentes de ingresos al lograr que este tipo de modelos disminuya el costo y mejoren los indicadores en salud que se encuentran a cargo de las EAPB, además de poder presentar a los entes territoriales una propuesta de impacto en los indicadores de salud pública del Municipio obteniendo así recursos adicionales

derivados de los planes de intervenciones colectivos, proyectos de Educación para la Salud y estilos de vida saludable para población Crónica.

### **Recomendaciones**

Se recomienda al Hospital Timbío ESE, la implementación de este modelo y el fortalecimiento de la atención médica enfocada en Atención Primaria en Salud APS, para generar una adherencia amplia de la población crónica atendida y su familia al programa, alcanzando una fuente de ingresos adicional que le permita generar un crecimiento institucional y un posicionamiento en la calidad de los servicios prestados dentro del departamento, que en un futuro pueda extrapolar a otros programas y en general a toda la población del municipio.

En segundo aspecto que se recomienda es levantar una caracterización completa de la población con análisis económico, social, y del estado de salud, con georreferenciación que permita dentro de la implementación del modelo, alcanzar un manejo más amplio de los factores de riesgos que se puedan presentar en la comunidad en el paciente y su familia.

### Referencias

- Apráez Ippolito, G. (2010). La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Polis*, 9(27), 369–381.  
<https://doi.org/10.4067/s0718-65682010000300017>
- Álvarez-Ortiz, J. G., Soto-Rivera, D. E., Cordero-Franco, H. F., & Salinas-Martínez, A. M. (2020). Evaluación del riesgo cardiovascular en trabajadores de atención primaria. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(2), 84–91.
- Blandón, M. F., & Herney, A. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22(4).
- Calderón, Carlos. (2019). Atención primaria de salud: por qué, dónde y cómo. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(1), 9-10.  
<https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.1.1>
- Castro A, Sáenz R, Avellaneda X, Cáceres C, Galvão L, Mas P et al. La Red de las Américas para la Equidad en Salud: inclusión, compromiso y acción. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44: e130.  
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.130>
- Carabali, E. L., Narváez, A. A., Quintero, D. E., & Ríos, E. A. (2021). *ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CON EL MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA 2021*.  
<https://saludcauca.gov.co/la-secretaria/procesos/misionales/proceso-vigilancia-en-salud-publica/176-analisis-de-la-situacion-en-salud/>

- Cifuentes, P. (2015). *Características sociales, demográficas y de morbilidad de los pacientes atendidos por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre del municipio de Toledo-Antioquia*.
- Chicaíza-Becerra, L. A., & García-Molina, M. (2008). Evaluación económica y sostenibilidad financiera del Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) en la localidad de Suba de Bogotá – Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 7(14).  
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2683>
- Cordero, R. L., Guillermo; Aguilar Méndez, J., Domínguez, A. G., & Lidia, O. (2017). Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud / Characterization of hypertensive senior adults in a health area González Rodríguez. *Magalys Díaz. Rev. cuba. med. gen. integr*, 33(2).
- David, A. (2013). Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*, 30, 283–287.
- Delgado, C. A., Naranjo, F., & Sánchez, P. Y. (2014). Reflexiones sobre el desarrollo histórico social de la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 30(2), 255–267.
- Diaz Novas, J., & Machado, G. (2005). Veinte principios básicos para el tratamiento de los problemas de salud en la APS. *Rev Cubana Med Gen*, 21(1–2).
- Fernandes Cruz, A., De Gouveia Vilela, M. F., Marques, D., & De Souza Santos, D. (2019). Internaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria: una mirada sobre el cuidado a las personas con enfermedad crónica. *International journal of integrated care*, 19(4), 595.  
<https://doi.org/10.5334/ijic.s3595>

Franco-Giraldo, A. (2011). Atención primaria en salud (aps). ¿De regreso al pasado? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30(1), 83–94.

Franco-Giraldo, Á., & Universidad de Antioquia. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3).

<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11>

Franco Giraldo, A. D. J. (2020). Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. *Gerencia y Políticas de Salud*, 19.

<https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps19.cmse>

Flores-Hernández, S., Mendoza-Alvarado, L. R., & Vieyra-Romero, W. I. (2019). La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza. *salud publica mex*, 61(6), 716–725.

Gallardo-Solarte, K., Benavides-Acosta, F. P., & Rosales-Jiménez, R. (2016). Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Rev Cienc Salud*, 14(1), 103–114.

Kane, J., Landes, M., Carroll, C., Nolen, A., & Sodhi, S. (2017). A systematic review of primary care models for non-communicable disease interventions in Sub-Saharan Africa. *BMC Family Practice*, 18(1).

<https://doi.org/10.1186/s12875-017-0613-5>

*La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. (2007).



*Ley 1751 de 2015*, (2015,16 de febrero) Congreso de la Republica Diario Oficial No 49.

[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)

Macinko, J. A., Arriagada, H. M., Nebot, C., & Pan American Health Organization. (2007). *Renewing primary health care in the Americas: A position paper of the pan American health organization/world health organization (PAHO/WHO)*.

*Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción.*

(2021). World Health Organization.

Mardones Hernández, M. A., Sepúlveda Romero, C., & Parra Flores, J. (2008). UNA MIRADA CRÍTICA DESDE LA SALUD FAMILIAR: ACOGIDA, VÍNCULO Y PARTICIPACIÓN DEL USUARIO DEL PROGRAMA CARDIOVASCULAR. *Theoria*, 17(2), 75–82.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29911533007>

Méndez, M., Andrea, P., Granados, Hidalgo, G., & Romero, V. (2008). La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 7(14), 88–109.

Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. (febrero 16, 2009). *Resolución 2626 del 2019, Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE. Secretaria General.*

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5751](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5751)

Ministerio salud y de Protección Social, C. M., Colciencias, & Pontificia Universidad Javeriana.

(2009). *Encuesta nacional de salud 2007: resultados nacionales.*

Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. (julio 25, 2016). *Resolución 3202 del 2016*, Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones. *Secretaría General*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. (agosto 2, 2018). *Resolución 3280 del 2018*, Por medio de la cual se modifica el artículo 4° de la Resolución 3280 de 2018 y se aclaran algunos contenidos de los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. *Secretaría General*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

Minsalud. (2019). *II Foro de Experiencias Exitosas en la Implementación en Salud Modelo de Acción Integral Territorial*.

[http://www.saludcapital.gov.co/Mias/Mias/MIAS\\_orientaciones\\_Colombia.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Mias/Mias/MIAS_orientaciones_Colombia.pdf)

Elorza, María Eugenia, Moscoso, Nebel Silvana, & Lago, Fernando Pablo. (2017). *Delimitación conceptual de la atención primaria de salud*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(3), 1-17.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662017000300011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300011&lng=es&tlng=es).

- Moscoso, N., Silvana, & Lago, F. (2017). Delimitación conceptual de la atención primaria de salud / Conceptual delimitation of the primary health care Elorza, María Eugenia. *Artigo em Espanhol | LILACS*, 43(3)
- Mosquera Méndez, P. A., Granados Hidalgo, G., & Vega Romero, R. (2008). La estrategia de atención primaria en salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 7(14).
- Moreno-Gómez, G. A. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud –MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? *Revista médica de Risaralda*, 22(2).  
<https://doi.org/10.22517/25395203.12711>
- Oms, O. M. (Ed.). (2014). *INFORME SOBRE LA SITUACIÓN MUNDIAL de las enfermedades no transmisibles 2014*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, © 2007.
- Pardo, H. I., Gil, J. C., & Arenas, Q. B. (2018). Una mirada de la salud desde la participación social en población dispersa del Pacífico Colombiano. *Rev cubana Med Gen Integr*, 34(3), 40–49
- Pérez-Romero, C., Ortega-Díaz, M. I., Ocaña-Riola, R., & Martín-Martín, J. J. (2017). Análisis de la eficiencia técnica en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Gaceta Sanitaria*, 31, 108–115.
- Ramírez Ramírez, Andrés Mauricio, Rocha Beltrán, David Ernesto, Durango Suárez, Luis Fernando, & Rodríguez Álvarez, Sara Bibiana. (2016). *Implicaciones de la ley estatutaria*

*1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. Revista CES Derecho*, 7(2), 13-41. Retrieved October 30, 2022, from

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-7719201600](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-7719201600)

Ramírez, F., Rodríguez, A., & Martínez, M. (2013). *Inequidades en Salud de las enfermedades no transmisibles en Colombia*. Escuela de salud pública. Cedetes. Universidad del Valle

Ramírez, N. A., & Romero, R. V. (2008). El caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá – Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 7(14).

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2684>

Restrepo Vélez, Ofelia, & Vega Romero, Román. (2009). Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud - APS. Bogotá: para la muestra un botón. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 153-164. Retrieved October 30, 2022, from

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-0272009000100009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-0272009000100009&lng=en&tlng=es).

Rey-Gamero, A. C., & Acosta-Ramírez, N. (2013). El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Gerencia y Políticas de Salud*, 12(25), 28–39.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272013000200003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272013000200003&lng=en&tlng=es).

Rodríguez-Villamizar, L. A., Universidad Industrial de Santander, Ruiz-Rodríguez, M., Acosta-Ramírez, N., Universidad Industrial de Santander, & Universidad Industrial de Santander. (2015). Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1).

<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a11>

Rubio, B. (2021). *Pago por desempeño en atención primaria de salud aplicado a la atención de enfermedades cardiovasculares.*

Sepúlveda Cardona, E. A., & Restrepo Escobar, S. M. (2018). e-Salud y el estado de las Apps para adicciones: un análisis articulado de los cibermedios para ecosistemas digitales pensados a la Atención Primaria en Salud. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 185–194.

<https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.366>

Santiago Mijangos, A. D., Lara Hernández, J., Martínez Ruíz, E., Jiménez Zúñiga, E. A., Fonseca, M., & Santiago, N. P. (2017). *Factores y nivel de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en una comunidad rural. Rev (Vol. 9). de Alta Tecnología y la Sociedad.*

Temporelli, K. (2009). Oferta y demanda en el sector sanitario: un análisis desde la economía de la salud. *Estud. Econ*, 26(53), 73–93.

Valencia-García, M. D., Aguilar, O. L., & Rodríguez-Morales, A. J. (2012). Caracterización de los pacientes en una consulta de hipertensión arterial de un municipio de Risaralda, Colombia, 2005-2012. *Revista médica de Risaralda*, 18(2), 122–128.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0122-06672012000200005&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672012000200005&lng=en&tlng=es)

Socomurcio Vilchez, J. G (2013). La atención primaria de la salud. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 30(2), 171–172.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000200001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000200001&lng=es&tlng=es)

Weisz, G., & Vignola-Gagné, E. (2015). The world health organization and the globalization of chronic noncommunicable disease. *Population and Development Review*, 41(3), 507–532.

<https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2015.00070.x>

Yzquierdo, R., Morales, A., Lazo, R., Muñiz, E., Medina, E., Alvarez, G., & Piñero, P. Y. (2007). Modelos para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con hipertensión arterial. *Revista cubana de ciencias informáticas*, 1(3), 48–57.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=378343633005>.