



**METODOLOGIA DE EVITABILIDAD BASADA EN ATENCION PRIMARIA
COMO RESPUESTA AL CONTROL DEL COSTO EN LA
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA**

JAVIER ENRIQUE GUZMAN CARRASCAL

Trabajo de grado para optar por el título de
Maestría en Administración

Directora del trabajo de grado:
Dra. Danny Viviana Moreano

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONOMICAS
SANTIAGO DE CALI, JUNIO DE 2011**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Trabajo de grado “Metodología de evitabilidad basada en atención primaria como respuesta al control del costo médico en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica” presentado por Javier Enrique Guzmán Carrascal en cumplimiento del requisito para optar por el título de Maestría en Administración.

Directora: Danny Viviana Moreano

Santiago de Cali, Junio de 2011

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi esposa e hijos por el apoyo en la consecución de esta meta, al igual que a mis compañeros del Servicio Occidental de Salud, por su acompañamiento incondicional.

RESUMEN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, es una patología que alcanzará una relevancia en el mundo, por los altos costos en salud que produce, al igual que las incapacidades que le ocasiona a los pacientes. Se considera que en el 2020 será la tercera causa de muerte y la quinta causa de incapacidad (Masa, Sobradillo, Villasante, Jiménez-Ruiz, Fernandez-Fau, Viejo y Miratvilles. 2004; Naberan, De la Roza, Lamban, Gobartt y Miravittles 2006)^{22,31}

El objetivo de este trabajo es poder construir una metodología que a partir de acciones en el nivel primario, permita reducir los costos que se producen en niveles superiores, esta patología afecta por igual hombres y mujeres mayores de 40 años, que además son fumadores crónicos y también corresponde a un grupo de pacientes expuestos a riesgo, como inhalación de humos y químicos que producen los mismos efectos.

Al realizar el análisis de los datos, se encontraron altos costos incurridos por parte de la Empresa Promotora de Salud sobre todo en la unidad de cuidados intensivos, hospitalizaciones, y urgencias.

Las conclusiones importantes se orientan hacia la implementación de un programa decisivo en el primer nivel encaminado a la educación y al acompañamiento del usuario y su familia, para lograr impactar en el bienestar

general, pero además se disminuirán los costos de niveles superiores, dados por el impacto que tiene la personalización de la atención de estos pacientes.

Hoy en día la intervención por focos de riesgos encaminados al bienestar de la población seleccionada, logra contrarrestar los sobrecostos ocasionados como consecuencia de la poca cultura de autocuidado, que tienen los usuarios de los planes de salud obligatorios.

El aumento de la esperanza de vida de los colombianos, hará que la cronicidad de esta patología, siga ocasionado un desequilibrio económico sobre los actores del sistema de seguridad social en salud de Colombia y el mundo.

Palabras Claves: Atención primaria en salud, EPOC, Calidad de vida, evitabilidad, costo médico.

ABSTRACT

The Chronic obstructive pulmonary disease will become relevant in the world due to the high health care costs that produces as well as the disabilities it causes to the patients that suffer it. It is considered that in 2020 will be the third leading cause of death and the fifth leading cause of disability.

The aim of this work is to build a methodology where the actions of the primary level can reduce the costs of higher levels, this disease affects both men and women over

40 years who are also chronic smokers as well as a group of patients at risk of the inhalation of smoke and chemicals that produce the same effects.

Analyzed the data it is found the high costs incurred by the Company Health Promotion especially in the intensive care unit, hospitalization, disability and physical therapies.

The major findings are that having a decisive program in the first operative level aimed to the education and to give support to the user and his family, will impact on the general welfare but also will decrease the costs of higher levels, given by the impact that causes a personalized attention to these patients.

Today by the intervention of focused risks aimed to achieve the welfare of the target population will offset cost overruns caused as a result of the low culture of self-care users of the health plans have.

The increased life expectancy of Colombians will cause that the chronicity of this disease continue causing economic imbalance on the actors of the social security system in health of Colombia and worldwide.

Keywords: Health primary attention, COPD, quality of life, preventability, medical cost.

CONTENIDO

	PÁGINA
INTRODUCCION.....	9
1. OBJETIVOS.....	13
1.1 OBJETIVOS GENERALES.....	13
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
2. JUSTIFICACION.....	14
3. MARCO TEORICO.....	15
4. METODOLOGIA.....	35
5. RESULTADOS.....	36
6. PROPUESTA A IMPLEMENTAR.....	44
7. METODOLOGIA DE ATENCION PRIMARIA EN LA EPOC.....	46
7.1 GENERALIDADES.....	46
7.2 EL PAPEL DE LA ENFERMERA Y EL MÉDICO DEL PROGRAMA DE EPOC.....	48
7.3 EL PAPEL DEL ESPECIALISTA (NEUMOLOGO) EN EL PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA EN EPOC.....	48
7.4 ARTICULACIÓN DEL NEUMÓLOGO DE ATENCIÓN PRIMARIA	

CON EL MÉDICO Y LA ENFERMERA DE LA COMUNIDAD.....	49
7.5 LOS GRUPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN	
(UNIDAD PROGRAMÁTICA).....	50
7.5.1 COMPOSICIÓN Y ESTRUCTURA.....	51
7.5.2 FUNCIONES OPERATIVAS.....	51
7.5.3 FUNCIONES DE CONTROL.....	52
8. INSTITUCIONES DE SALUD DE TERCER NIVEL PARA LA	
 ATENCIÓN DEL PACIENTE CON EPOC.....	53
9. GUÍAS O PROTOCOLOS.....	53
10. INDICADORES.....	54
11. CONCLUSIONES.....	55
12. RECOMENDACIONES.....	56
13. RESULTADOS ESPERADOS.....	57
GLOSARIO DE TÉRMINOS	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS.....	74
ANEXO 1: CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE	
 SAINT GEORGE (CRSG).....	74
ANEXO 2: PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE	
 PACIENTES CON EPOC.....	81

INTRODUCCION

El sistema general de seguridad social en Colombia ha presentado muchos tropiezos desde su inicio, al igual que su implementación, debido a muchos factores, algunos económicos y otros por la tardía regulación en su inicio.

En materia de salud, Colombia ha pasado por varias etapas, donde la cobertura ha ido incrementando y hoy podemos encontrar un cubrimiento de la seguridad social de aproximadamente 90% de todos los colombianos (www.minproteccionsocial.gov.co, consultado en enero 20 del 2011) ⁵¹.

Los modelos de atención en salud han fracasado en la contención del costo, sobre todo en enfermedades crónicas no transmisibles, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

1. La EPOC es una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo. Se calcula que en Colombia la padecen aproximadamente 600.000 personas y es reconocida sólo en el 25% de estas.(Caballero,Torres-Duque,Jarramillo,Grimaldos,Sanabria,Osorio,Orduz,Guevarray Maldonado 2007)⁵.

A pesar de la mejora en el diagnóstico y la existencia del programa en el primer nivel, las hospitalizaciones por causa de esta enfermedad son significativas e impactan al costo médico.

La falta del auto cuidado de los pacientes a riesgo y el desconocimiento de su patología hacen que transiten por los niveles de atención sin control, consumiendo servicios que se evitarían si el primer nivel funcionara.

Las fallas de las atenciones tienen varias explicaciones, por ejemplo el tipo de contratación, modelo de atención, etc; pero a pesar del conocimiento que se tiene de la enfermedad, no se invierte en soluciones de raíz.

Es urgente crear una metodología que permita la contención del costo sin afectar las características de calidad de la atención en salud, como oportunidad, accesibilidad, seguridad, pertinencia y continuidad de las enfermedades crónicas no transmisibles como el EPOC, y que nos permita extrapolarlas al resto de enfermedades crónicas no transmisibles (Decreto 1011 del 2006 MinproteccionSocial)²⁶.

El modelo curativo de nuestro sistema, no permite que las actividades que denominamos de promoción y prevención tengan impacto sobre este descontrol del costo médico.

La evitabilidad hospitalaria es un indicador fundamental en el proceso de auditoría de calidad en la atención médica de los pacientes que entran en contacto con los servicios de un sistema sanitario. Sin embargo, el modelo de atención de la EPS implica que la empresa no espere a que las personas sólo consulten sus servicios por motivos de su enfermedad y se les resuelva de manera puntual el evento; debido a que en muchas ocasiones este tipo de visión no sólo lleva a eventos en salud prevenibles y discapacitantes, afectando la calidad de vida de los usuarios, sino también por su alto impacto económico para el sistema y la empresa misma.

Los eventos de hospitalización evitables son todas aquellas hospitalizaciones que hubiesen podido evitarse si el cuidado médico se hubiese producido a tiempo y de manera efectiva. También se han definido como los eventos hospitalarios que son susceptibles de no llegar a desarrollarse si son intervenidos previamente con acciones de salud debidamente comprobadas, de acuerdo al conocimiento tecnológico actual que tenemos disponible, que impidan o disminuyan la probabilidad de que se presenten.

La metodología lo que busca es evitar la hospitalización y generar un verdadero control en el primer nivel de atención para esta patología repensando el modelo, con intervenciones concretas en dos vías desde el punto de vista educativo y asistencial.

Esto no pone en duda de ninguna manera la pertinencia clínica de hospitalizar a los pacientes, cuando a su estado de salud lo amerite. Es más, la evitabilidad hospitalaria no debe confundirse nunca con limitaciones al acceso, bloqueos en la atención o necesidad de hospitalización.

Esta metodología nos debe permitir verificar la efectividad de la atención médica, los criterios de hospitalización domiciliaria, la cobertura y efectividad de los programas de P&P y de los programas para el control del riesgo de grupos especiales. Por ello se debe insistir en que el señalamiento de las patologías de carácter evitable es el punto de entrada al modelo.

De acuerdo con varios autores, altos índices de hospitalizaciones de este tipo, implican fallas en la accesibilidad de la atención médica, en los protocolos de atención del paciente ambulatorio, el seguimiento de los pacientes o falta de adherencia a los tratamientos (Alvarez, Miravittles, Calle, Gobartt, Lopez, Martin, 2007; Alvarez, Cimas, Masa, Miravittles, Molina, Naberan, Simonet y Viejo 2001; Naberan et al, 2006; y plaza, 2004)^{2, 3, 31, 36}.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Crear una metodología de evitabilidad que permita controlar el costo médico en las enfermedades crónicas no transmisibles como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Crear una metodología que permita disminuir los costos médicos por la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Permitir desarrollar intervenciones para el mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios en los niveles primarios en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

2. JUSTIFICACIÓN

La dinámica que ha alcanzado el sistema de seguridad social en salud en la actualidad nos lleva a repensar el Modelo de la atención en salud, no sólo desde el punto de vista del aseguramiento, sino desde el punto de vista de las prestaciones.

Es así como vemos en los balances financieros presentados por las empresas promotoras de salud, que la gran mayoría se encuentran con pérdidas que ponen en peligro su viabilidad financiera en el sistema. Se requiere un nuevo modelo de aseguramiento, donde se les pueda permitir a los aseguradores recibir incentivos por mantener a su población sana y/o la enferma adherida a los programas de promoción y prevención, pero el sistema sigue siendo perverso y en un modelo de tipo curativo. Observamos que lo que contempló la Ley 100 de 1993 y luego de 17 años de puesta en vigencia esta ley ha necesitado mas de una reforma, primero lo previsto por la Ley 1122 del 2007 y la más reciente la Ley 1438 2011, donde se le da una importancia a los planes territoriales de salud y específicamente al auto cuidado y los modelos de atención primaria para las enfermedades crónicas no transmisibles, como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica(ley 100 de 1993 Congreso de Colombia, ley 1122 de 2006 congreso de Colombia,ley 1438 de 2010 Congreso de Colombia y Decreto 3039 de 2007 del Minproteccion social)

7, 10.12, 25.

Estas razones conllevaron a la iniciativa de plantear una metodología que permita generar un verdadero control de la EPOC en el primer nivel de atención, con intervenciones concretas en dos vías, desde el punto de vista educativo y asistencial, evitando la hospitalización y así mejorar la calidad de vida de los usuarios que la padecen y disminuir los costos de las aseguradores en salud.

3. MARCO TEORICO

Colombia, un país de estado de derechos, se guiaba por la Constitución de 1886 la cual rigió por más de 100 años. En la década de los noventa se realiza en el país una asamblea constituyente que tenía la tarea de reformar la constitución política vigente. Así nace la constitución política de 1991 en la cual se consagran los derechos fundamentales de los colombianos y esta misma constitución trae los mecanismos para defenderlos.

1. Así el derecho a la vida queda convertido en un derecho fundamental desde el punto de vista jurídico, y el derecho a la salud se ratifica en la sentencia T760 de 2008 donde se le indica al gobierno que todos los colombianos deben estar amparados bajo un sistema de seguridad social en salud (Constitución Política de Colombia 1991, Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional Sentencia T760 de 2008.)^{16, 41}.

Un sistema concebido como de seguridad social con todos los componentes intrínsecos, no solamente salud, sino vivienda, educación, y solución de las

necesidades básicas de la población, pero los recursos con que debería funcionar el sistema no se dieron, porque estaba basado en oferta de empleo que al momento de entrar en vigencia la ley, era escasa. La tasa de desempleo alcanzan valores en 1998 de 15,6 % y empeora en 1999 que llega a 18%(www.dane.gov.co consultado en septiembre 17 2010) ⁵⁰ entonces el surgimiento de la Ley 100 se encuentra con dos escollos importantes:

1. Transición de un cambio de gobierno.
2. La crisis que se desata a principios de 1996 y se extiende hasta finales de 1998 sobre todo el sector de la construcción y los rezagos de una apertura económica fallida para la cual no estábamos preparados (Ortega Gómez de segura Esther El derrumbe de las constructoras colombiana, revista América económica Internacional y Silva-Colmenares Colombia crisis del crecimiento económico 1990-2002 economía y desarrollo, Volumen 2 Numero 2, Septiembre 2003)^{33, 42}.

Los problemas surgidos en el conocimiento de la población de los planes de beneficios, la habilidad de esta para evadir los pagos y evitar el financiamiento del sistema, agravó la crisis.

La Ley 100 contempla dos grandes regímenes el contributivo y el subsidiado distribuidos así: en el contributivo se encuentra la población que tiene un contrato de trabajo vigente en Colombia, o aquellos que tiene ingresos superiores a un salario mínimo; los que tienen ingresos ocasionales y son inferiores a un salario

mínimo o no tienen ingresos, pertenecen al régimen subsidiado. A la población pobre vulnerable no asegurada, se les mal llama vinculados.

La población puede tener acceso a un plan de beneficios, que se encuentra estructurado en la Resolución 5261 del 1994 y derechos a medicamentos contemplado en el Acuerdo 228 del 2002 del consejo nacional de seguridad social en salud (Resolución 5261 de 1994 Ministerio de salud ,Acuerdo 228 del 2002 del Consejo nacional de Seguridad Social en Salud)^{14, 27}.

1. En el 2010 se unificó todo el plan de beneficios para ambos regímenes (contributivo y subsidiado) con el Acuerdo 008 de 2009 de la CRES, Comisión que entra a reemplazar al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. sin embargo esto no se ha podido alcanzar en términos reales, hoy solo es para niños y niñas del País (Ley 1122 de 2007 Congreso de Colombia, Comisión de Regulación en Salud, acuerdo 008 de 2009, Corte Constitucional Sentencia T760 de 2008).^{10, 13,41}.

Con este sistema la cobertura en salud mejoró ostensiblemente pasando de aproximadamente del 20% antes del sistema de seguridad social a una cobertura superior al 95% (www.minproteccionsocial.gov.co ,consultado en enero 20 del 2011)⁵¹.

Luego aparece la Ley 1122 del 2007 que aumenta el valor de la cotización por parte de los afiliados al régimen contributivo y pasa del 12% al 12,5% y por ende sube el punto de solidaridad al 1,5 %, se crea la CRES, el defensor de usuarios, las ARS se convierten en EPS del Régimen Subsidiado y se le da a la Superintendencia las competencias necesarias para aplicar las sanciones por el no cumplimiento por parte de las EPS de lo contemplado en el plan de beneficios (ley 1122 de 2007,Comision de regulación en Salud acuerdo 008 de 2009)^{10,13}

Otro punto contemplando por la Ley 1122 del 2007 elimina las 100 semanas de cotización para las enfermedades de alto costo y catastróficas dejándolas en 26 semanas de cotización, la ley también elimina la cuota de recuperación para la población clasificada como Nivel 1 del SISBEN (ley 1122 de 2007 Congreso de Colombia)¹⁰.

1. Con la tutela como herramienta para proteger los derechos fundamentales especialmente, el derecho a la vida, y la sentencia anteriormente mencionada T-760 del 2008, el servicio de salud se hace ilimitado y los recursos comienzan a escasear lo que obliga al estado a presentar un proyecto de ley por el gobierno de turno al congreso, para permitir la viabilidad del sistema de seguridad social en salud (Constitución Política de Colombia 1991,Corte Constitucional Sentencia T760 de 2008).^{16, 41}.

Luego según la Ley 715 del 2001 los recursos del sistema general de participaciones para los gastos en salud se destinaran entre otros para actividades de salud pública definidas por el gobierno como prioritarias, la evolución de las mal llamadas actividades de promoción y prevención que se vienen contemplando en la legislación (Ley 715 de 2001)⁹.

El gobierno a través de su Ministerio de Protección Social en la Resoluciones reglamentarias 412 y 3384 del 2000 y el Acuerdo 229 de 2002 estableció las actividades de promoción y prevención estableciendo metas específicas para la protección específica y detección temprana ^{15, 29, 30}.

La Resolución 412 del 2000 define como demanda inducida: las acciones encaminadas a informar y educar a la población para dar cumplimiento a la norma y define detección temprana como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte (Resolución 412 de 2000 del Ministerio de salud)²⁹.

Es obligación de las EPS del régimen subsidiado y contributivo, al igual que las empresas adaptadas y regímenes especiales, elaborar e implementar estas estrategias de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y

detección temprana así como la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Otro componente del sistema de seguridad social en salud está enmarcado en aquellas actividades que son individuales y colectivas garantizadas por el estado a través de los municipios y departamentos que se financiaban con el situado fiscal definido en la Constitución de 1991 (art 356,357) y que luego la Ley 60 de 1993 definiría la distribución de estos dineros, que permitían el financiamiento de salud y educación (Ley 60 de 1993 y Constitución política de Colombia de 1991)^{8,16}.

La Resolución 4288 de 1996, se refiere al Plan de Atención Básica PAB, el cual buscaba corregir un error de la Ley 100 de 1993 donde las actividades de salud pública quedaron relegadas a un segundo plano, no siendo suficiente con el PAB, se necesitó reglamentarlas con las Circulares 52 de 2003 del Ministerio de Salud y la Circular 18 del 2004 del Ministerio de la Protección (Ley 100 de 1993 Congreso de Colombia, Circular 52 de Minproteccionsocial, Circular 18 de 2004 y Resolución 4288 de 1996 Ministerio de salud)^{7,23, 24,28}.

El PAB comprendía las acciones individuales y colectivas de educación para la salud, prevención primaria, diagnóstico precoz de enfermedades e información en salud²⁶. Con este plan se pretendía llegar a toda la población, independiente de su

afiliación al sistema, ya sea a través de campaña individual o colectiva (Resolución 4288 de 1996 Ministerio de Salud)²⁸.

Los criterios del plan eran la focalización de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad promulgando así un beneficio para todas las personas del territorio nacional.

Este plan tiene acciones de prevención y las relacionadas con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son los hábitos de vivienda saludables, la no exposición al humo de leña y a los alquitranes de las minas y sobre toda la más importante el control del consumo de tabaco o cigarrillo.

Preocupado por los pobres resultados que se obtuvieron con las actividades del PAB, el gobierno nacional luego de promulgar la Ley 1122 del 2007 que corrige algunas situaciones de la Ley 100 1993 anteriormente comentadas, promulga el Decreto 3039 de 2007 “Plan Nacional de Salud Pública”, que tiene los siguientes propósitos(Ley 1122 de 2007 Congreso de Colombia y Decreto 3039 de 2007)^{10,25}.

1. Mejorar el estado de salud de la población colombiana.
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
4. Disminuir las inequidades en salud de la población colombiana.

El PNSP (Plan Nacional de Salud Pública) es de obligatorio cumplimiento por parte de los entes territoriales y de los actores del sistema.(Decreto 3039 de 2007)²⁵

Las enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto (ECNTA) son la principal causa de muerte prematura y de morbilidad en América Latina y el Caribe. "Enfermedades de etiología incierta, con largos períodos sin síntomas conocidos como periodos subclínicos de latencia, con curso clínico prolongado, sin tratamiento específico, sin resolución espontánea en el tiempo, de etiología transmisible no demostrada (excepto algunos cánceres) y, de gran impacto en la población adulta". (www.cdc.gov consultado en octubre 17 de 2010). Lo anterior indica que se genera un serio impacto, que involucra deterioro de la calidad de vida y empobrecimiento en los niveles individual, familiar y comunitario. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), determinó las enfermedades crónicas más frecuentes de mayor importancia para la Salud Pública en nuestra región así: Enfermedades Cardiovasculares que incluye: la Cardiopatía Coronaria, y las enfermedades crónicas respiratorias.

En la historia natural de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se observa que es una patología más relevante del mundo industrializado, en España se estima que la prevalencia es del 9.1% para la población de 40-69 años, se caracteriza por la presencia de una limitación al flujo aéreo que no es completamente reversible y se asocia con una respuesta inflamatoria exagerada a la inhalación de partículas tóxicas, gases y otras sustancias como el consumo del tabaco.

La EPOC tiene un comportamiento lento progresivo que causa deterioro de la salud al igual que un grado discapacidad que se va haciendo incapacitante a medida que avanza la enfermedad que lleva a los pacientes a una pérdida de la calidad de vida en varios aspectos como muestra el estudio de EPIDEPOC (Carrasco, Diez, rejas et al 2006)⁶.

Las agudizaciones de EPOC ocupan un lugar muy destacado. Estas descompensaciones afectan notablemente la calidad de vida relacionada con la salud generando una fuerte carga asistencial, producen un elevado impacto económico e incluso actúan como factor pronóstico adverso⁶.

1. En promedio los pacientes con EPOC sufren entre 1 y 4 agudizaciones al año, lo que significa que el paciente que padece esta enfermedad consulta frecuentemente los servicios de urgencias, no obstante, su distribución y gravedad varían entre personas. En el estudio ISOLDE, donde pacientes con EPOC moderada-grave fueron seguidos de forma prospectiva durante 3 años, hasta un 20% de los casos no presentó ninguna agudización (Jimenez.fernandez,Hidalgo, Calidad de la asistencia hospitalaria y riesgo de ingreso precoz en la exacerbación aguda de la epoc An med interna(Madrid)vol20,pp340-46,2003;Soler,Martinez,Roman,Orero,Terrazas y Martinez 2006;Soler,Calle,Cosio,Marín,Monso,2009).)^{19, 44, 46}.

Las guías de práctica clínica ayudan a mejorar la asistencia a usuarios al sintetizar evidencias científicas, mejorar la calidad de vida asistencial, procuran

dar uniformidad de las actuaciones clínicas, mejoran la relación costo – efectividad, orientan agencias reguladoras, e identifican principales áreas para enfocar las investigaciones (Reynales, Juárez, Valdés, 2005). Costos de atención médica atribuibles al tabaquismo en el IMSS, Morelos. *Salud Pública de México*, 47(6), 451- 457; Sáenz, Sívori, Blaho, 2001; Soler, Martínez, Román et al. 2006)^{39,40,44}.

La GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) define la EPOC como un “Proceso patológico que se caracteriza por una limitación del flujo aéreo que no es completamente reversible” (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2006)²⁰.

La limitación al flujo aéreo es, por lo general, progresiva y relacionada con una respuesta inflamatoria pulmonar anormal a partículas y gases nocivos Global Initiative for Chronic obstructive Lung Disease 2006 (Pérez, Murillo, Pinzón, Hernández, 2007)^{20, 35}.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una entidad clínica con manifestaciones muy relevantes como una limitación progresiva de falta de respiración y que no es completamente reversible al flujo en las vías aéreas, acompañada a una respuesta inflamatoria de los pulmones, causada especialmente por el humo del tabaco. El indicador de la progresión y la

gravedad de la enfermedad es la medida de la obstrucción al flujo aéreo (volumen espiratorio forzado en el primer segundo (Global Initiative for Chronic obstructive Lung Disease 2006)²⁰.

Los tratamientos actuales para la EPOC no han mostrado tener un efecto claro en la progresión y mortalidad de la enfermedad, debido a que la EPOC tiene un comportamiento heterogeo y una amplia variedad de fenotipos de pacientes, situaciones clínicas y evolución de la enfermedad.(Global Initiative for Chronic obstructive Lung Disease 2006; Soler, Martínez 2008)^{20, 45}.

Según la Organización Mundial de la Salud, la EPOC provoca la muerte de unos 3 millones de personas en el mundo anualmente⁴⁵. En España se estima que anualmente mueren más de 18.000 personas por la EPOC, que es la quinta causa de fallecimiento más común entre los varones, con una tasa anual de 55 muertes por 100.000 habitantes, y la séptima para las mujeres, con una tasa anual de 18 muertes por 100.000 habitantes. Se estima que para el año 2020 la EPOC será la tercera causa mundial de defunción además la EPOC origina, aproximadamente, un 10-12% de las consultas de medicina primaria y un 35-40% de las de neumología Global Initiative for Chronic obstructive Lung Disease 2006;Soler;martinez,2008;Soler,Sanchez,Latorre,Alamar,Roman, Perpiña y Impacto)^{20, 45,48}.

En Colombia no existen datos confiables se estiman 600.000 casos y esto representa solamente el 25%, los casos se presentan más en zona urbana. (Caballero, Torres, Jaramillo, et al.2007).⁵

Para diagnosticar las enfermedades respiratorias crónicas se utiliza la medición del volumen espirado en el primer segundo cociente (FEV1) cuyo valor normal es más del 80% y su relación con la capacidad vital forzada FEV1/FVC cuyo valor normal debe ser superior a 0.70. Este procedimiento consiste en hacer que el paciente exhale todo el aire de sus pulmones y se realiza la medición.(Global Initiative for Chronic obstructive Lung Disease 2006)²⁰

En el EPOC es preciso realizar una espirometría, en condiciones basales y con la inhalación de un broncodilatador, que muestre un valor del cociente FEV1/FVC menor de 0,70. Esta medida es el mejor indicador de la progresión y la gravedad de la enfermedad. (Global Initiative for Chronic obstructive Lung Disease 2006)²⁰.

La GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) que fue un consenso de expertos de diferentes naciones y miembros de la OMS y el National Heart Lung and Blood Institute (NHLB) de los Estados Unidos en el año 2001, se han venido reuniendo, su último consenso fue del año 2007 y están próximo a reunirse. Este consenso se realizó con toda la evidencia existente.

La GOLD estimula la implementación de estrategias que direccionan hacia la prevención y progreso de la enfermedad, la disminución de los síntomas, mejorar

la tolerancia y el estado de salud, prevenir y tratar complicaciones, exacerbaciones y reducir la mortalidad. Esto lo establece a través de cuatro componentes que garantizan un manejo efectivo e integral de la EPOC como son

1. Valoración y monitoreo de la enfermedad.
2. Reducción de factores de riesgo.
3. Manejo de la EPOC estable.
4. Manejo de exacerbaciones.

La GOLD pide concientizar a toda la comunidad científica para seguir las guías existentes y seguir investigando sobre esta patología y su manejo teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de cada país, con el fin de crear estrategias que permitan mejorar el diagnóstico y tratamiento.

La Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), clasifica la enfermedad en cuatro estadios.

Clasificación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

EPOC leve (1) FEV1/FVC < 0,70 FEV1 ≥ 80% referencia
EPOC moderada (2) FEV1/FVC < 0,70 50% ≤ FEV1 < 80% referencia
EPOC grave (3) FEV1/FVC < 0,70 30% ≤ FEV1 < 50% referencia
EPOC muy grave (4) FEV1/FVC < 0,70

FEV1 < 30% referencia o
FEV1 < 50% referencia con insuficiencia respiratoria crónica
o insuficiencia cardíaca derecha

Fuente: Estudio Global Initiative for Chronic obstructive Lung Disease

Al progresar la enfermedad, la mayor gravedad de la obstrucción al flujo aéreo se asocia con más síntomas, disminuye la calidad de vida y conlleva a una mayor incidencia de exacerbaciones(Jimenez,Fernandez, Hidalgo et al, Calidad en la asistencia hospitalaria y riesgo de ingreso precoz en la exacerbación aguda de epoc An med Interna vol 20 pag 340-346 2003;Soler, martinez,Roman at al 2006)^{19,44} La mayoría de los tratamientos existentes para la EPOC son sintomáticos y no han mostrado tener un efecto claro en la progresión y mortalidad de la enfermedad, probablemente debido al hecho de que la EPOC es un proceso heterogéneo de muy larga duración, con una gran variedad de fenotipos de pacientes, de situaciones clínicas y de evolución de la enfermedad (Global Initiative for Chronic obstructive Lung Disease; Soler, martinez,Roman at al 2006)^{20,44}

En materia de género los estudios muestran una mayor prevalencia de EPOC en hombres que en mujeres sin embargo las consecuencias devastadoras de la enfermedad son mayores en el sexo femenino que se puede explicar según

algunos autores por el efecto antiestrogénico del tabaco que ocasiona la disminución del calibre de la vía aérea por no estar regulado el tamaño, número de alveolos y regeneración de estos (Amigo,Erazo,Oyarzun 2006)⁴. Esto explicaría la siniestralidad mayor que se presenta en las mujeres cuando se hospitalizan porque los costos para las atenciones en salud son mayores que para los hombres frente a la misma causa. (Amigo,Erazo,Oyarzun 2006)⁴.

En los últimos años el número de estudios sobre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se han incrementado datando que es una de las patologías que causa más reingresos en los servicios de urgencias, los cuales se evidencian en la red de prestadores de la empresa promotora de salud donde se hizo el estudio, el Servicio Occidental de Salud (SOS) .

Los cuidados intrahospitalarios son de vital importancia al momento del egreso del paciente con EPOC, para así evitar su reingreso y por ende sobrecosto en la hospitalización. Al realizar una metodología basada en evidencia para mejorar estándares de calidad asistencial de EPOC conlleva a unificar criterios de asistencia y establecer márgenes de cumplimiento mejorando así la atención de usuarios con esta patología (Soler,Calle,Cosio,Marin y Menso,2009)⁴⁶. La población objeto son los profesionales de la salud implicados en el diagnóstico y tratamiento del usuario con EPOC, y personal administrativo para garantizar la calidad asistencial, de esta forma se disminuiría el 80% de usuarios con EPOC

que no han sido diagnosticados previamente y el 80% de casos graves que no recibían tratamiento específico (Soler, Calle, Cosio, Marin y Menso, 2009)⁴⁶

1. En el estudio de EFRAM se evidenció que el 85% de reingresos hospitalarios por exacerbación de EPOC ocurría debido a que los usuarios no habían participado en programas de rehabilitación respiratoria, correlacionado además con calidad asistencial mejorable y variaciones en manejo por parte de profesionales de la salud de análisis de costo-minimización (Aymerich, Monso, Marrades, Escarrabill y Efram study;)¹.

La atención en salud debe evaluarse no sólo con la descripción de resultados y costos, eficacia y efectividad, análisis de costos y descripción de costo – consecuencia, sino con una evaluación económica completa de análisis de costo-minimización, costo-utilidad, costo-efectividad y costo beneficio (Saenz, Sivori Blaho 2001)⁴⁰.

El consumo de recursos disponibles depende de los factores relacionados con el usuario como son edad, comorbilidad, sexo, tipo y severidad de la enfermedad; y los factores relacionados con intervención en salud como son lo preventivo, terapéutico y rehabilitación. (Martínez, Palominoy Josefata 2008; Pérez, Murillo, Pinzón, Hernández 2007; Solanes, Casan, Sangenis, 2007).^{21, 35, 43}.

Para lograr un programa de atención de patologías crónicas se debe mejorar la capacitación del usuario y su cuidador, para que sean sujetos activos en el

cuidado de la enfermedad crónica, mejorar capacitación de profesionales implicados, desarrollar programas de formación y educación en cuidado, identificar a los usuarios con diagnóstico de EPOC, normalización de los procedimientos y la calidad de los cuidados hospitalarios y extra hospitalarios, y aumentar el grado de coordinación inter-niveles. (Saenz,Sivori Blaho 2001)⁴⁰

Las aseguradoras en salud en Colombia han buscado los mecanismo necesarios para el control de las enfermedades crónicas donde la idiosincrasia y los patrones culturales definido en la comunidad al igual que creencias y tabúes que existen sobre estas enfermedades no ha permitido que el control del costo médico sea un éxito.

1. Ante este panorama la Empresa Promotora de Salud Servicio Occidental De Salud ha diseñado a través del modelo moderador de riesgo unas estrategias basadas en el concepto de evitabilidad y entiéndase por evitabilidad la posibilidad que tiene un paciente de no padecer una complicación de su enfermedad de base por la falta de atención de esta misma, y se han diseñado programas para evitar que los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles no presenten eventos que sean evitables y pongan en peligro su vida (Protocolo para el Manejo Ambulatorio de Pacientes Adultos con riesgo o con Diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). (2006). Serie APS PCBE No. 3 Versión 1, 1-17. Disponible en www.sos.com.co)³⁷

2. La evitabilidad hospitalaria es un indicador fundamental en el proceso seguimiento de la cohorte de los pacientes que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (Protocolo para el Manejo Ambulatorio de Pacientes Adultos con riesgo o con Diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). (2006). Serie APS PCBE No. 3 Versión 1, 1-17. Disponible en www.sos.com.co)³⁷

El modelo para el caso de la EPOC de SOS implica que la empresa realiza un seguimiento a posteriori de los eventos evitables y se hacen unos planes de mejora sobre hechos causados y que hacen más costosa la atención en salud.

1. La evitabilidad hospitalaria no debe ocasionar dificultad al acceso de la atención, por el contrario debe garantizar la continuidad de la atención en todos los niveles requeridos, la evitabilidad se utilizará como un indicador indirecto de la efectividad de la atención médica, incluyendo hospitalización domiciliaria, y efectividad de los programas de P&P(Protocolo para el Manejo Ambulatorio de Pacientes Adultos con riesgo o con Diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). (2006). Serie APS PCBE No. 3 Versión 1, 1-17. Disponible en www.sos.com.co)³⁷

Los objetivos que se deben plantear en la identificación de los casos evitables son³⁷.

- Desarrollar intervenciones en prestación de servicios en los niveles primarios con guías de manejo claras.
- Medir las hospitalizaciones evitables e identificar sus costos de no calidad.
- Estimar comportamientos críticos de las patologías evitables como el EPOC.
- Incentivar la salida oportuna a manejo domiciliario de los pacientes.

De otra parte encontramos los costos incurridos por la atención de enfermedades profesionales o incapacidades por enfermedades generales ocasionado por esta patología. Las incapacidades ocupan un valor muy importante como lo muestran estudios españoles, chilenos y argentinos, esto nos debe llevar a evitar que personas que se encuentran en edad productiva tengan incapacidades prolongadas o terminen con una incapacidad temporal o permanente, y esto los lleve a una pensión que son erogaciones mensuales que debe asumir el sistema por paciente que hayan cotizado o las aseguradoras de riesgo profesionales a pesar de la existencia de legislación sobre prohibiciones del consumo de tabaco en zonas cerradas y en ambientes de trabajo de los efectos directos de este sobre la enfermedad (Ley 1335 de 2009 Congreso de la republica de Colombia)¹¹.

Las orientaciones que tienen los médicos generales de nuestro sistema de salud no están enfocadas en la enfermedad profesional o el accidente de trabajo lo que ocasiona que haya subregistros de estas patologías y con el agravante que no se realizan los recobros a los que hay derechos por parte de las aseguradoras. Por

eso al tratar de precisar cuál es el costo al sistema de las incapacidades ocasionadas por esta patología, no se tiene datos fiables en Colombia sin embargo en España se reporta que la EPOC es el responsable del 35% de las incapacidades laborales definitivas, consumen el 2% del presupuesto del ministerio de sanidad y el 0.25% del PIB. Se espera que para el 2020 la EPOC sea la quinta causa de incapacidad en el mundo (Alvarez,Cimas, masa et al 2001;Soler,Sanchez,Latorre et al 2001)^{3,48}

La desarticulación que se presenta entre nuestros niveles de atención y el no seguimiento oportuno de los pacientes en relación con las evaluaciones especializadas, es decir lo que tiene que ver con la referencia y contra referencia, ocasionando que el paciente quede “suelto” luego de la evaluación, igual situación suceda con los pacientes que han sido hospitalizados y en su egreso no tienen el acompañamiento efectivo del asegurador ya que la visión de la auditoria concurrente esta centrada en el costo médico y no en la característica de calidad que involucran la atención médica, el sistema tiene auditores de cuenta y no auditores de calidad.

Con respecto a los modelos económicos que se intentan crear para disminuir los costos en salud de estos pacientes se observa que es una preocupación mundial. Se espera que para el año 2020 la EPOC ocupe el quinto lugar en el mundo como la enfermedad con mayor impacto económico, en España el costo de las prácticas asistenciales en 1998 se estimó en 201.000 millones de pesetas, y de

los costos indirectos los más relevantes se estimaron entre el 63-65% del costo total de la enfermedad, en los costos directos la hospitalización es el ítem más representativo que alcanza hasta el 72% del costo total. Teniendo en cuenta que la esperanza de vida de los pacientes en el mundo ha mejorado hará que estos costos se aumenten exponencialmente lo que se considera un “éxito” por un lado pero puede generar un “fracaso” por el otro ((Alvarez, Cimas, masa et al 2001; Soler, Sanchez, Latorre et al 2001)^{3, 48}

Debido a que estas consultas y costos producidos son de alto impacto económico para el sistema y la empresa misma. Se busca una metodología capaz de garantizar la disminución de las hospitalizaciones por eventos evitables y realizar un seguimiento a la cohorte de los pacientes de SOS que padecen esta enfermedad y mejorar su calidad de vida.

4. METODOLOGIA

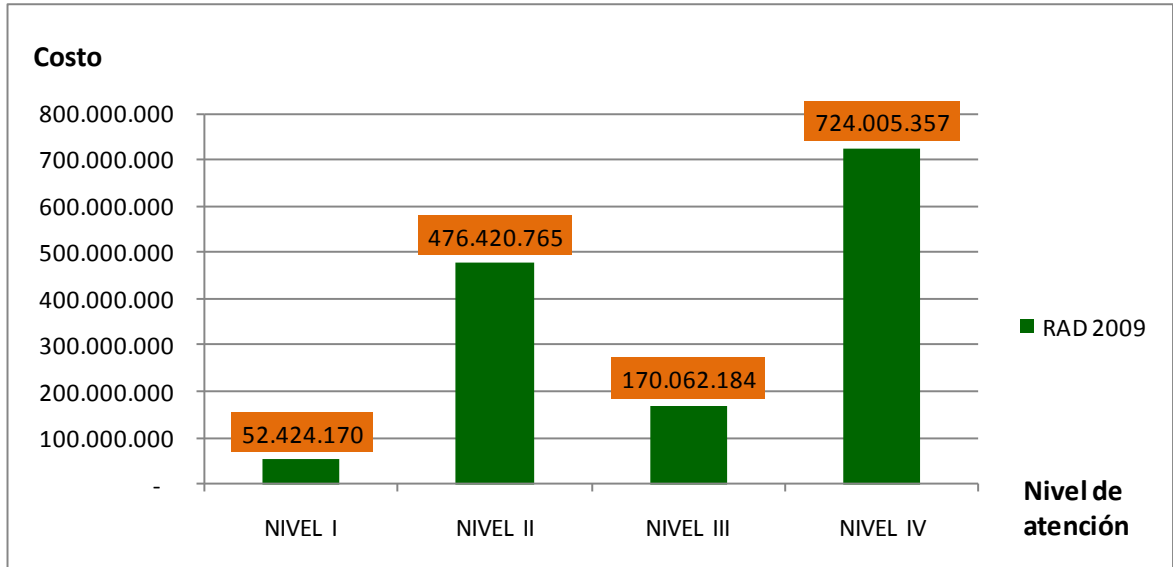
Esta investigación es de tipo descriptivo y retrospectiva, realizada en Cali, durante el año 2010 teniendo como referencia de criterios de inclusión los usuarios con diagnóstico de EPOC afiliados a Servicio Occidental de Salud S.O.S. – EPS del régimen contributivo. Se definió como muestra los datos que S.O.S. tuviera de usuarios cotizantes y beneficiarios que con EPOC hayan

consultado durante el año 2009 los servicios de nivel I, II, III, y IV de IPS contratadas por la EPS como son las Cajas Socias e IPS Adscritas (hospitales públicos, clínicas particulares y profesionales independientes). De igual forma con revisión bibliográfica se realizó evaluación económica de los modelos existentes para el manejo del EPOC y su viabilidad en Colombia para realizar la metodología de evitabilidad basado en acciones en el nivel primario con enfermedades prevalentes como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que pueda ser extrapolable a otras patologías, diseñando un programa para el manejo de EPOC que tenga impacto en el costo médico.

5. RESULTADOS

Acorde a los datos del costo radicado en el año 2009 por la atención en salud de usuarios con diagnóstico de EPOC afiliados a S.O.S – EPS fue mayor en los niveles IV (\$724.005.357) y II (\$476.420.765), seguido del nivel III (\$170.062.184) y por ultimo del nivel I de atención (\$52.424.170). (Ver Figura 1).

Figura 1: Costo radicado en S.O.S. año 2009 por nivel de atención de usuarios afiliados con diagnóstico de EPOC.



Fuente: base de datos EPOC S.O.S. – EPS año 2009

El costo específico en los niveles de complejidad altos ha sido por atenciones brindadas en atención quirúrgica de alta complejidad, consulta e interconsultas con especialistas, atención médica de alta complejidad, medicamentos especiales y atención médica hospitalaria. (Ver Tabla 1).

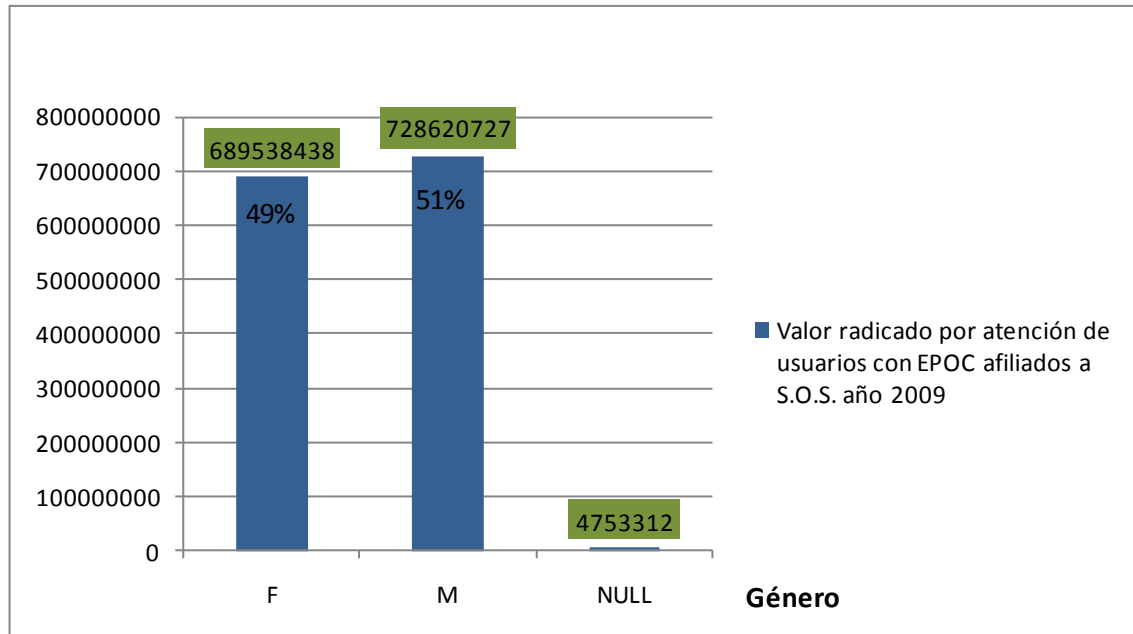
Tabla 1: Tipo de atención brindada durante el año 2009 a usuarios con EPOC afiliados a S.O.S.

Tipo de servicio para atenciones de EPOC	Cantidad de servicio año 2009	Valor radicado en S.O.S. año 2009	% de participación
ATEN. QUIRURGICA ALTA COMP.	920	382.981.381	27
CONS. E INTERC. ESPECIALIS. URG, y ELECT	2.259	255.616.042	18
ATEN. MEDICA ALTA COMP.	1.835	177.862.941	12
MEDICAMENTOS ESPECIALES	13.603	163.161.035	11
ATENCION MEDICA HOSPITALARIA	3.243	154.008.602	11

Fuente: base de datos EPOC S.O.S. – EPS año 2009

El valor radicado en año 2009 por la atención de usuarios con EPOC afiliados a S.O.S. - EPS fue mayor para el sexo masculino con un valor de \$728.620.727 que corresponde a 51% que para el del sexo femenino por \$689.538.438 que representa el 49% del costo total. Existe un valor por \$4.753.312 radicados en el mismo año, al cual no le fue identificado el género de los usuarios atendidos que se expresa como null. (Ver Figura 2).

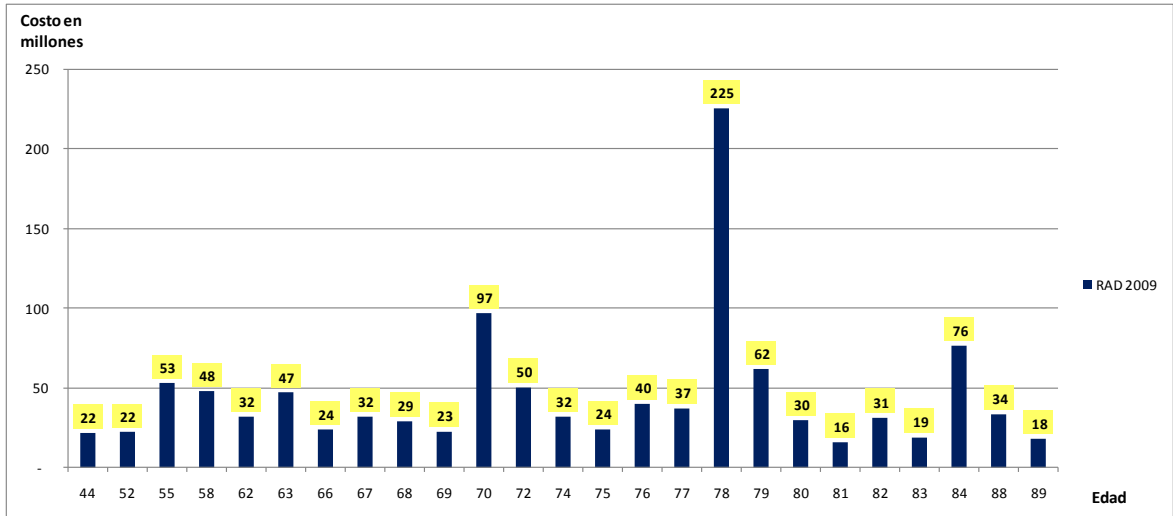
Figura 2: Valor radicado por género por atención de usuarios con EPOC afiliados a S.O.S. año 2009.



Fuente: base de datos EPOC S.O.S. – EPS año 2009

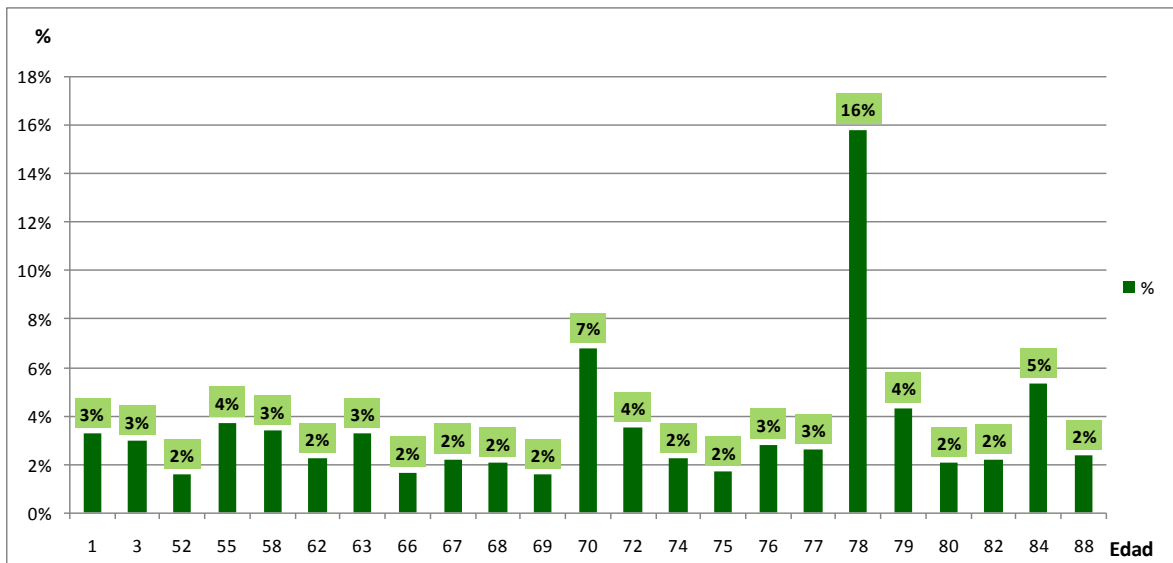
El rango de edad de usuarios afiliados a S.O.S - EPS que presentan EPOC oscila entre los 44 y 89 años con mayor predominio de costo para la atención en salud a los 78 años con 225 millones de pesos, 16% del costo total, seguido para los de 70 años con 97 millones 7% del costo y de los de 84 años con 76 millones, 5% del costo radicado durante el año 2009. (Ver figuras 3 y 4).

Figura 3: Costo por atenciones de EPOC radicado en 2009 en S.O.S. por edad de usuarios afiliados.



Fuente: base de datos EPOC S.O.S. – EPS año 2009

Figura 4: % de Costo por atenciones de EPOC radicado en 2009 en S.O.S. por edad de usuarios afiliados.



Fuente: base de datos EPOC S.O.S. – EPS año 2009

Al revisar los datos que se presentan se encuentra un gran consumo en el cuarto nivel versus el primero dejando como evidencia el poco impacto del nivel uno en el control de esta enfermedad y la no existencia de una política de atención primaria que permita el control de estos usuarios y sus cuidadores además que se suministre los medicamentos atendiendo la prescripción médica y otro factor es el tema de alimentación que en muchos casos se encuentra que son pacientes desnutridos o con malos hábitos alimentarios que evitan que la recuperación de estos pacientes una vez salen de la hospitalización sea la más óptima. Otro aspecto que considero de mucha relevancia es tener un conocimiento del entorno familiar en que se desarrolla el paciente.

La EPS ha realizado algunas intervenciones puntuales sobre estos pacientes que es la creación de una guía médica para la atención de usuarios afiliados con EPOC, donde se permite un seguimiento a los pacientes post hospitalizados y se le aplica vacunación profiláctica contra *haemophilus influenzae* y neumococo para evitar complicaciones por neumonías bacterianas muy frecuentes en estos pacientes por la dificultad que presentan para la movilización de secreciones. No se evidencia socialización de este documento a la red nacional de prestadores, ni se hace de obligatorio cumplimiento contractualmente, ni tampoco un seguimiento para verificar si se cumple la guía en los casos presentados.

Un aspecto importante y que puede estar impactando a la EPS no sólo en este aspecto sino en general en el costo médico es el tipo de contratación. Los tres primeros niveles están contratados por capitación y el cuarto nivel que en esta patología es el que más impacta se tiene por evento, es decir que las medidas que se tomen para el control del costo en el cuarto nivel deben ser articuladas desde el primer nivel pero la manera como está contratado el control del riesgo no permite una efectiva intervención.

Cuando se revisa la literatura existente sobre el consumo de recursos por EPOC por sexo se encuentra en los datos de S.O.S. - EPS que estadísticamente es similar sin embargo en estudios españoles se observa que es más frecuente que se hospitalicen los hombres⁴⁶.

Los hallazgos muestran que los pacientes que padecen esta patología se encuentran todavía en etapa productiva lo que tiene un gran impacto sobre el sistema, por los costos en las variables como incapacidades temporales y permanentes además reubicaciones laborales que a veces son imposibles y algunos terminan con una pensión vitalicia por su enfermedad.

Al revisar estos datos cobra vigencia la creación de una metodología que le permita al sistema general de seguridad social en salud unas intervenciones que mejoren la calidad de vida de los pacientes y disminuyan los costos en salud por esta y otras patologías crónicas no transmisibles.

Existen modelos probados en países tanto desarrollados como del tercer mundo que ven en la atención primaria una salida para los altos costos en salud, la gran dificultad que tiene este tipo de intervención es que necesitan una gran inversión al inicio y que los resultados son a largo plazo, y aquí en nuestro sistema se quiere un impacto inmediato y esa es la razón por la que se abandonan este tipo de estrategias.

Hoy el avance de la tecnología médica hace que las atenciones sean más onerosas inclusive con iguales resultados que la tradicional y estos costos no se encuentran contemplados en la UPC y un estado proteccionista donde no se le exige a los usuarios del sistema el autocuidado y la asistencia oportuna a sus controles médicos.

Otra puesta en marcha de la EPS es el programa de atención domiciliaria que aplica no solamente para los pacientes con EPOC sino los pacientes que padecen alguna patología que lo mantengan postrado.

Con esta metodología espero poder dar una herramienta a las EPS para el seguimiento médico a estos usuarios con un impacto sobre el costo médico y calidad de vida de los usuarios.

6. PROPUESTA A IMPLEMENTAR

La propuesta para organizar la atención del manejo de los pacientes con la EPOC, ante la sospecha de que la padezcan se debe hacer lo siguiente:

Confirmar diagnóstico y hacer unas pruebas de ingreso al programa:

1) Pruebas diagnósticas iniciales:

- Espirometría forzada
- Prueba broncodilatadora
- Radiografía de torax

Una vez se hace la evaluación inicial se clasifica al paciente según el tipo de EPOC que padece y se pueden considerar otras pruebas diagnósticas.

- Gasometría arterial
- Pulsioximetría
- Análisis de sangre y orina
- Electrocardiograma
- Determinación de alfa-1 antitripsina sérica

Este tipo de abordaje se hará el con el médico general y la enfermera encargada del programa y se llevará un reporte del número de hospitalizaciones por año y determinar el grado de mejoría o empeoramiento de la enfermedad una vez el paciente se encuentre en el programa.

Todos los pacientes tendrán evaluación especializada por neumólogo quien hará el seguimiento de todos los pacientes que han sido hospitalizados al igual que los pacientes que cambien de estadio y determinar quien debe seguir en manejo por atención primaria. El equipo estará conformado por médico general, enfermera jefe, neumólogo, trabajadora social, terapeuta y psicólogo.

En la propuesta metodológica se tendrán en cuenta los aspectos descritos en el marco teórico, esta metodología tendrá como base un programa centrado en la EPOC sus cuidados y el seguimiento estricto a cada uno de los casos con un análisis integral de las variables socioculturales de la población.

1. Clasificación de los pacientes según estadio de su enfermedad como leve moderada o grave (definición en marco teórico).
2. Seguimiento a los familiares quienes además del paciente recibirán educación en hábitos saludables y control de los factores de riesgo de la enfermedad.
3. Se determinarán criterios de terapias respiratorias al igual que seguimiento para la oxígeno terapia en domicilio.
4. Educación a la familia o al cuidador sobre la enfermedad, signos de alerta y manejo de urgencia en casa, antes de llevar al paciente con EPOC a un centro asistencial para higiene respiratoria.

5. Se crearán indicadores de seguimiento al paciente con respecto a su patología al igual que indicadores con respecto a su calidad de vida.
6. Se aplicará encuesta de ingreso al programa que mida la calidad de vida del paciente y además su entorno familiar.
7. Evaluación y tratamiento nutricional para los pacientes inclusive si no estan en el plan de beneficios (costo-efectivo).
8. Estimación de aspectos familiares y psico- sociales.
9. Seguimiento por un call-center a los pacientes que hayan sido hospitalizados.

7. METODOLOGIA DEEN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

7.1 Generalidades

El concepto de atención primaria es amplio al momento de extrapolarlo a la realidad, son muchos los intentos a nivel mundial preocupados por las desigualdades que existen en ciertas regiones y la dificultad de los mas necesitados para acceder a los servicios de salud ,desde la declaración de Alma Ata en 1978 “salud para todos en el año 2000”³² y declaraciones mundiales subsiguientes que buscaban que esta estrategia se cumpliera para toda la humanidad,con el fin de conseguir la salud al alcance de toda la sociedad. hoy 33

años de esa importante declaratoria el sistema de salud Colombiano tiende a recuperar y aplicar las directrices de modelos de atención en salud basados en estrategias de atención primaria.

Esta estrategia es la mas adecuada para mejorar las condiciones basicas indispensable para suplir a los mas necesitados sus necesidades basicas insatisfecha, la base de la atencion primaria esta enfocada en la promocion de la salud y la interaccion con otros sectores formando redes para cumplir con estos propositos propuesto a traves de la organizacion panamericana de la salud

En la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, estos principios son de vital importancia para evitar que esta enfermedad produzca todos los estragos que tiene por la falta de control y además realizar una actividad preventiva en los niños y jóvenes para evitar esta enfermedad en estas edades avanzadas a través de campañas dedicadas a evitar el consumo de tabaco y exposiciones ambientales como gases, humos, y sustancias irritantes pulmonares.

En esta metodología, se propone intervención en los diferentes niveles de atención dependiendo del estadio de la enfermedad, y actividades de promoción y preventivas para aquellos grupos vulnerables que no la padecen.

7.2 El papel de la enfermera y el médico del programa de EPOC:

Serán la unidad básica del programa, actuarán en un consultorio médico con citas programadas y de estricto control y seguimiento, al igual que un trabajo comunitario si se requiere, para el control efectivo de la patología.

Estos profesionales realizarán una evaluación de la población a su cargo y aplicarán la encuesta de calidad de vida y la encuesta de la patología a controlar (EPOC).

Tendrán la responsabilidad de administrar el riesgo de la población haciendo énfasis en los pacientes que padezcan o tengan riesgo de tener EPOC al igual que la vigilancia de los factores ambientales a los que estén expuestos en la comunidad, para así garantizar la integración con los demás actores del sistema.

El médico además de hacerles seguimiento a los pacientes con la EPOC, será el responsable de la salud de las familias asignadas programando con estas acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación si es del caso.

7.3 El papel del especialista (Neumólogo) en el programa de atención primaria en EPOC:

La atención especializada no es recomendada en los modelos de atención primaria y lo que buscan estos esquemas es que se le resuelva el 90% de sus necesidades a los pacientes, y que sólo el 10% sea visto por los especialistas.

Lo que se encuentra en los datos del sistema de salud Colombiano es que el primer nivel no es resolutivo siendo esta la razón por la que las patologías terminan manejándose en nivel de alta complejidad.

La presente metodología lo que propone, es que el especialista Neumólogo valore a los pacientes que estuvieron hospitalizados en UCI, intermedio, o larga estancia, realiza clasificación del estadio de EPOC, el respectivo seguimiento requerido y luego lo contrarefiere al médico general o la enfermera dependiendo de la gravedad para continuar con el seguimiento y realización de actividades de promoción y prevención.

Toda la actividad del especialista es ambulatoria en consultorio o a nivel domiciliario, los pacientes que sean detectados por el equipo de auditoria inmediatamente deben informar al programa para iniciar desde antes del egreso una evaluación de la historia clínica y tener planteado el esquema de seguimiento.

7.4 Articulación del neumólogo de Atención Primaria con el médico y la enfermera de la comunidad.

Debe existir una estrecha relación entre el equipo encargado del programa de EPOC y el neumólogo, esta relación debe ser tangible no solo en consultorios, hospitales y clínicas sino también en la comunidad, para lograr el desarrollo no sólo de la intervención clínica sino de las actividades educativas enfocadas en los

factores de riesgo que producen esta enfermedad, como son la prevención del tabaquismo, cocinar con leña, exposición a químicos y sustancias irritantes, prevención de alergias, cáncer pulmonar, y otras patologías respiratorias, al igual que educación en uso de inhaladores, medicamentos y actividad física diaria.

El especialista hará actividades de docencia con el equipo de atención primaria al igual que de investigación.

La complejidad de la atención primaria se observa cuando se trata de engranar todo el sistema por la magnitud de los problemas que se puedan presentar y que de todas maneras requerirán de los otros niveles de atención.

7.5 Los grupos Básicos de Atención (Unidad Programática).

Las unidades programáticas constituyen la base del programa que dirigen y controlan el trabajo del médico y la enfermera con el enfoque siempre educativo, asistencial e investigativo e intervendrán en los procesos de la planificación, dirección y control de las actividades que tendrá el programa; esta planificación será anual con seguimiento a través del ciclo PHVA y con indicadores de seguimiento.

Dependiendo la manera que se organice el programa así estarán conformados los grupos básicos la idea es que exista un neumólogo por cada 5 médicos generales y 10 enfermeras quienes manejarán las zonas tanto urbanas como rurales.

A cada médico se le asignará población general y seguimiento especial al grupo de pacientes con la patología EPOC, de tal manera que gestione la población.

Estas unidades recibirán apoyo del grupo extramural para las actividades de psicología, terapia, e intervenciones grupales y seguimiento.

7.5.1 Composición y estructura

Los grupos básicos de atención o unidades programáticas estarán bajo la supervisión de la Subgerencia de Salud, Auditoría Médica y el área de Garantía de Calidad.

Se presentarán informes mensuales a la Subgerencia de Salud, sobre los avances, oportunidades de mejora y el impacto de la intervención en el costo médico.

7.5.2 Funciones Operativas

Los integrantes de las unidades programáticas participarán de las siguientes actividades:

- Actividades de consultas médica general y especializada (en consultorio de IPS contratadas por la EPS).
- Censo de pacientes hospitalizados con EPOC (Auditoría móvil).
- Referencia y contrareferencia de pacientes a consulta especializada.

- Actividades educativas a la población asignada como a los médicos y enfermeras por parte del neumólogo.
- Investigación en atención primaria.
- Comités primarios del grupo con periodicidad semanal
- Reuniones de auditoria para análisis de casos complejos y/o evento adversos.
- Diagnóstico y vigilancia de los caso nuevos de EPOC.

7.5.3 Funciones de Control

- Análisis y cumplimiento del programa de atención primaria.
- Evaluación de:
 - la calidad técnica, procedimientos y habilidades del personal asistencial.
 - Utilización adecuada de interconsulta.
- Verificación de la pertinencia en la utilización de servicios de segundo y tercer nivel.
- Cumplimiento con el seguimiento al censo hospitalario.
- Evaluación en la utilización del servicio de urgencias.
- Evaluación de historia clínica general y especializada y la encuesta de calidad de vida.
- Evaluación de la historia familiar.
- Evaluación y seguimiento de la mortalidad por EPOC.

8. INSTITUCIONES DE SALUD DE TERCER NIVEL PARA LA ATENCION PACIENTE CON EPOC.

Una vez el paciente este en el programa debe existir una institución de referencia en caso de consultar por urgencia para el seguimiento y el control que debe tener el especialista de la patología con un alto nivel técnico científico que brinde seguridad en el manejo pero además pertinencia en los tratamientos. Una vez el usuario salga de su atención en urgencias o de hospitalización debe ser remitido a la unidad programática para el seguimiento y control.

1. GUIAS O PROTOCOLOS

Las guías deben ser un documento de seguimiento tanto para el paciente como para los profesionales de la salud tratantes estas deben contener parámetros avalados internacionalmente y aceptados por las sociedades científicas del país además deben ser motivo de negociación en la contratación con los prestadores y de obligatorio cumplimiento. Se deben revisar cada seis meses para su actualización.

10. INDICADORES

* Para evaluar y determinar el éxito del programa de EPOC se puede realizar la medición de los pacientes que se hospitalizan de todos los que se encuentran en el programa.

Número de pacientes hospitalizados / total de pacientes en el programa de EPOC

* En los pacientes que tengan diagnóstico previo de EPOC se realizará una evaluación confirmatoria del diagnóstico de la siguiente manera:

Número de pacientes correctamente diagnosticados / sobre el total de los pacientes diagnosticados.

* Con respecto a los exámenes de ingreso al programa se debe hacer seguimiento para evitar repetir exámenes innecesarios o evitar que se dejen de realizar.

Número de pacientes con ayudas DX / total de pacientes con EPOC

* Todo paciente con EPOC debe tener recomendación de hacer ejercicios para ello se realizará seguimiento con un indicador de control sobre la recomendación dada.

Número de pacientes que recibieron recomendación de hacer ejercicio/ total de pacientes con EPOC.

* Se debe verificar la vacunación para el grupo de pacientes mayores de 65 años teniendo en cuenta que se ha comprobado que disminuyen las hospitalizaciones.

Número de pacientes con EPOC que se les aplicó las vacunas del programa / total de pacientes con EPOC.

* Todos los pacientes que hayan sido hospitalizados deben ser vistos por neumólogo.

Número de pacientes hospitalizados valorados por neumólogo / total de pacientes hospitalizados por EPOC.

* Todos los pacientes deben ser visitados por el grupo de profesionales de la salud que conforman la unidad programática por los menos una vez al año.

Número de pacientes visitados por la unidad programática / total de pacientes con EPOC.

11. CONCLUSIONES

La atención primaria es la base de la atención en salud en cualquier sistema de salud en el mundo, recuperar su trascendencia es fundamental para la viabilidad financiera de nuestro sistema.

La EPOC es una enfermedad catastrófica que ocasiona daños irreparables en los pacientes y que disminuyen su productividad, lo que obliga a actuar con acciones

a largo plazo que permitan disminuir sus hospitalizaciones frecuentes y así mejorar su calidad de vida

la EPOC consume más recursos en los niveles superiores de atención debido a su gran externalidad y poco control

la conclusión más importante es que debemos intervenir decididamente sobre las comunidades que tienen factores de riesgo que lleven a esta patología pero además concientizar al que la padece que su enfermedad es controlable y que se necesita toda la colaboración del paciente y su núcleo familiar.

Se espera que con esta propuesta disminuya el costo en niveles superiores pero lo más importante mejorar su calidad de vida.

12.RECOMENDACIONES

En las enfermedades crónicas como la EPOC, es necesario tener toda una infraestructura disponible y articulada en el primer nivel para evitar las altas hospitalizaciones que tienen este grupo de pacientes, y este primer nivel debe tener un grupo de promotores de salud o vigías que realicen la atención primaria comunitaria para el seguimiento y control de estas patologías.

GLOSARIO DE TERMINOS

AFILIACIÓN: Es el acto jurídico, que requiere de la inscripción a una EPS, por medio del cual el usuario y su grupo familiar adquieren los derechos y las obligaciones derivados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

AFILIADO: La persona con o sin capacidad de pago (cotizante o familiar beneficiario) que tiene derecho a la cobertura de riesgos en salud.

ASEGURAMIENTO EN SALUD: Es la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

ATENCIÓN DE SALUD: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

ATENCIÓN PRIMARIA: Es el conjunto de cuidados de salud básicos contruidos sobre métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden sufragar en forma sostenible en cada etapa de su desarrollo. La Atención Primaria es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, trayendo los cuidados de salud tan cerca como sea

posible al lugar donde la gente vive y trabaja, y constituye el primer eslabón de la atención ideal.

AUTOCUIDADO: actividades particulares y determinadas que una persona hace para sí misma de un conjunto de principios, recomendaciones y precauciones, destinadas a conservar la salud.

BENEFICIARIOS: Son las personas afiliadas, que no hacen aporte de cotización, Pertenecientes al grupo familiar del cotizante al sistema, quienes reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por su parentesco y/o dependencia económica.

CAPITACION: tipo de contratación en la cual se paga un valor constante por la atención de un grupo de personas independientemente de su estado de salud.

COBERTURA: Es la garantía para los habitantes del Territorio Nacional de acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Plan Obligatorio de Salud.

COMISIÓN REGULADORA DE SALUD: Unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO: Organismo o junta cuya función primordial es analizar, para su autorización, las solicitudes presentadas por los profesionales de la salud tratantes de los afiliados, el suministro de medicamentos, insumos y procedimientos que están por fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS). Está conformado por un (1) representante de la EPS, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), y un (1) representante de los usuarios.

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de carácter permanente, adscrito al Ministerio de la Protección Social cuya función actual es de asesoría.

COPAGO: Es el aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio requerido por el beneficiario; tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se cobra sólo a los afiliados beneficiarios (familiares del cotizante). NO se paga en: Actividades de promoción y Prevención, Atención Inicial de Urgencias y Enfermedades catastróficas.

COTIZACIÓN: Es la fuente de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Régimen Contributivo y corresponde al monto del descuento que se le hace al pensionado, trabajador (dependiente e independiente) y del aporte que le corresponde al empleador. Corresponde al 12.5% del ingreso base de cotización.

COTIZANTE: Las personas, nacionales o extranjeras residentes en Colombia, que por estar vinculadas a través de un contrato de trabajo, ser servidores públicos, pensionados o jubilados o trabajadores independientes con capacidad de pago, aportan de los ingresos para recibir los beneficios del sistema de salud.

CUOTAS MODERADORAS: Son los aportes en dinero que se cobra a todos los afiliados (cotizantes y a sus familiares) por servicios que éstos demanden que tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular el buen uso del servicio de salud, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las Entidades Promotoras de Salud.

DEFENSOR DEL USUARIO EN SALUD: Es el vocero de los afiliados ante las respectivas Entidades Promotoras de Salud en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

DEMANDA INDUCIDA: Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

DETECCION TEMPRANA: Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD: Son las entidades responsables de la afiliación, registro de los usuarios, del recaudo de las cotizaciones y de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Obligatorio, así como de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

EVENTO: tipo de contratación que se paga por cada atención a las tarifas acordadas

EVITABILIDAD HOSPITALARIA: todas aquellas hospitalizaciones que hubiesen podido evitarse si el cuidado médico se hubiese producido a tiempo y de manera efectiva. También se ha definido como los eventos hospitalarios que son susceptibles de no llegar a desarrollarse si es intervenido previamente con acciones de salud debidamente comprobadas, de acuerdo al conocimiento tecnológico actual que tenemos disponible, que impiden o disminuyan la probabilidad de que se presenten.

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA: Es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública (Ley 80 de 1993), compuesto por cuatro (4) subcuentas a saber: Compensación, Solidaridad, Promoción de la salud, Enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito. Tiene por objeto garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de seguridad Social en Salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en la ley.

HABILITACIÓN: Cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema único de habilitación, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD (IPS): Son entidades oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los habitantes del territorio colombiano. Pueden ser clínicas,

hospitales, centros de salud, grupos de profesionales que ofrecen un servicio, instituciones de rehabilitación, consultorios, entre otros.

INTEGRIDAD: Significa que la información enviada a través de un mensaje de datos no carece de alguna de sus partes, como tampoco ha sido transformada.

LEY 100: es el marco jurídico del sistema de seguridad social en Colombia que está vigente actualmente, fue promulgada en Diciembre 23 de 1993.

LEY 1122: es la ley que reforma algunos artículos de la ley 100 y dicta otras disposiciones fue promulgada en Enero 8 de 2007.

LEY 1438: es la ley más reciente de reforma en salud la cual se encuentra vigente y está pendiente la reglamentación fue promulgada el 19 de enero del 2011.

LIBRE ESCOGENCIA: Es el principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud que le da al afiliado la facultad de escoger entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud cual le administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Obligatorio. A su vez, la Entidad Promotora de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger, entre un número plural de prestadores, la o las Instituciones Prestadoras de servicios a través de las cuales accederá al Plan Obligatorio de Salud.

NIVEL DE ATENCION: corresponde a la atención que recibe un usuario de salud cuando consulta por alguna enfermedad, se dividen en 4 niveles dependiendo la complejidad.

PAB: Es el plan de atención básica, desarrollado por la Nación, Departamentos, Distritos y Municipios, que permite obtener beneficios colectivos e individuales para promocionar estilos de vida saludables y prevenir enfermedades.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA: Es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: Es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

PARTICIPACIÓN SOCIAL: Proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. Comprende la participación ciudadana y comunitaria.

PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA EN SALUD (PAB): Es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en Salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, el cual se realiza con participación social donde se tienen en cuenta la capacidad efectiva del ciudadano y sus organizaciones para que influyan en las decisiones que le afectan en especial aquellas que contribuyen al desarrollo social y al bienestar humano, con base en los principios de Equidad , Solidaridad y Universalidad consagrados en las constitución.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS): Son los servicios de salud determinados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a que tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PLANES TERRITORIALES DE SALUD: son planes que definen las prioridades en salud de los próximos cuatro años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento, y las enmarca en las competencias de todos los actores involucrados conforme a los recursos disponibles.

PROTECCION TEMPRANA: Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través de un aporte o cotización.

RÉGIMEN SUBSIDIADO: Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. Este régimen fue creado con el propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de pago de cotizar.

SALUD PÚBLICA: Está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

SEGURIDAD SOCIAL: Es un servicio público esencial y obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por

las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidas en las leyes que regulan la materia.

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Es el derecho que tienen todas las personas a protegerse integralmente contra los riesgos que afectan sus condiciones de vida, en especial los que menoscaban la salud y la capacidad económica.

SISBEN: Es el sistema de selección de beneficiarios del régimen subsidiado, mediante una encuesta que permite obtener información sobre su situación socioeconómica, nivel educativo, número de integrantes de su grupo familiar, situación sanitaria y ubicación de vivienda, con el fin de identificar el nivel de pobreza de las personas.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias que menoscaban la salud de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y colectivo.

UPC: Es el valor fijo anual que del sistema, por afiliado recibirán las EPS, por la prestación de los servicios de salud del POS. Siempre que el grupo familiar haya pagado las cotizaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aimerich, J. Monso, E., Marrades, R. Escarrabill, J. and the Efram Investigators, Efram study
2. Alvarez, F.J. Miravittlesb, M. Calle, M. et al. (2007). Impacto de la EPOC en la vida diaria de los pacientes. Resultados del estudio multicéntrico EIME *Arch Bronconeumol.* 43(2), 64-72.
3. Álvarez, J.L. Cimas, E. Masa, J.F. et al. (2001). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*, 37, 269-278.
4. Amigo. Erazo, Oyarzun. Tabaquismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Determinación de fracciones atribuibles. *RevmedChile* 2006; 134: 1275-1282
5. Caballero, A. Torres, CA. Jaramillo, C. et al. (2007). Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in five Colombian cities situated at low, medium and high altitude (PREPOCOL Study). *Chest Journal*, 1-27.
6. Carrasco, P. Díez, J. Rejas, J. et al. (2006). Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the health-related quality of life of patients. Results of the EPIDEPOC study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(31), 1-9.
7. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993.
8. Congreso de la República de Colombia. Ley 60 de 1993.
9. Congreso de la República de Colombia. Ley 715 de 2001..
10. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007.

11. Congreso de la República de Colombia. Ley 1335 de 2009
12. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011
13. Comisión de Regulación en salud (CRES). Acuerdo 008 de 2009.
14. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 228 de 2002.
15. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 229 de 2002.
16. Constitución Política de la República de Colombia de 1991.
17. Díaz, S. González, F. Gómez, M. A, Mayoralas S. et al. (2005). Evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria en pacientes con EPOC agudizada *Arch Bronconeumol*, 41(1), 5-10.
18. Diez, J.M. Carrasco, P. García, M. et al. (2008). Determinants and predictors of the cost of COPD in primary care: A Spanish perspective. *International Journal of COPD*, 3(4), 701–712.
19. Jimenez, A. fernandez, J. Hidalgo, L et al Calidad de la asistencia hospitalaria y riesgo de ingreso precoz en la exacerbación aguda de la epoc An med interna (Madrid) vol 20, pp340-346, 2003
20. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2006). Estrategia Global para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva.
21. Martínez, J.A. Palomino, R. Josefatz, B.S. (2008). Problemas metodológicos más relevantes en los estudios de mortalidad y progresión de la enfermedad en pacientes con EPOC. *Arch Bronconeumol*, 44 (2), 11-20.

22. Masa J.F. Sobradillo V. Villasante C. et.al. (2004). Costes de la EPOC en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional. *Arch Bronconeumol*, 40(2), 72-9.
23. Ministerio de la Protección Social. Circular 52 de 2003.
24. Ministerio de la Protección Social. Circular 18 de 2004.
25. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007.
26. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006
27. Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 1994.
28. Ministerio de Salud. Resolución 4288 de 1996 (PAB).
29. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000.
30. Ministerio de Salud. Resolución 3384 de 2000.
31. Naberan, K. Roza, C. Lamban, M. et al. (2006). Utilización de la espirometría en el diagnóstico y tratamiento de la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol*, 42(12), 638-44.
32. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS" Washington, D.C.
33. Ortega Gómez de segura Esther El derrumbe de las constructoras colombiana, revista América económica Internacional
34. Peces, G. Barbera J.A. Agustí, A. Casanova, C. et al. (2008). Guía clínica SEPAR-ALAT de diagnóstico y tratamiento de la EPOC. *Arch Bronconeumol*, 44(5), 271-81.

35. Pérez, N. Murillo, R. Pinzón, C. Hernández, G. (2007). Costos de la atención médica del cáncer de pulmón, la EPOC y el IAM atribuibles al consumo de tabaco en Colombia (proyecto multicéntrico de la OPS). *Colomb Cancerol*, 11(4), 241-249.
36. Plaza, V. (2004). Médico de familia y neumólogo: ¿coordinación o confrontación? Propuesta de un esquema de relación entre atención primaria y neumología. *Arch Bronconeumol*, 40(3), 15-7.
37. Protocolo para el Manejo Ambulatorio de Pacientes Adultos con riesgo o con Diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). (2006). Serie APS PCBE No. 3 Versión 1, 1-17. Disponible en www.sos.com.co
38. Protocolo para el Manejo Exacerbaciones EPOC. (2008). Disponible en www.sos.com.co
39. Reynales, L.M. Juárez, S.A. Valdés, R. (2005). Costos de atención médica atribuibles al tabaquismo en el IMSS, Morelos. *Salud Pública de México*, 47(6), 451- 457.
40. Sáenz, C. Sívori, M. Blaho, E. (2001). Costos en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Arg Med Respir*, 1, 45-51.
41. Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional Sentencia T760 de 2008.
42. Silva-Colmenares Colombia crisis del crecimiento económico 1990-2002
43. Solanes, I. Casan, P. Sangenis, M. (2007). Factores de riesgo de mortalidad en la EPOC. *Arch Bronconeumol*, 43(8), 445-9.

44. Soler, J.J. Martínez, M.A. Román, P. et al. (2006). Eficacia de un programa específico para pacientes con EPOC que presentan frecuentes agudizaciones. *Arch Bronconeumol*, 42(10), 501-8.
45. Soler, J.J. Martínez, M.A. (2008). Metodología e impacto clínico de los estudios de mortalidad en la EPOC. *Arch Bronconeumo*, 44 (2), 21-8.
46. Soler, J.J. Calle, MG. Cosio, B. Marín, J. Monso, E. (2009). Estándares de calidad asistencial en la EPOC. *Arch Bronconeumol*, 45(4), 196–203.
47. Soler, J.J. Martínez, M.A. (2008). Eficacia de un programa específico para paciente con EPOC. que presenta frecuentes agudizaciones *Arch Bronconeumol*. 2006;42(10):501-8
48. Soler, J.J. Sanchez, L. Latorre, Alamar, J. Roman, P. Perpiña, M. Impacto asistencial hospitalario de la epoc peso específico del paciente con epoc de alto consumo *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 375-381
49. www.cdc.gov
50. www.dane.gov.co
51. www.minproteccion-social.gov.co

ANEXO 1

CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAINT GEORGE (CRSG)

Instrucciones:

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a saber mucho más sobre sus problemas respiratorios y cómo le afectan a su vida. Usamos el cuestionario para saber qué aspectos de su enfermedad son los que le causan más problemas.

Por favor, lea atentamente las instrucciones y pregunte lo que no entienda. No use demasiado tiempo para decidir las respuestas.

Recuerde que necesitamos que responda a las frases solamente cuando este seguro (a) que lo (a) describen y que se deba a su estado de salud.

NOMBRE DEL PACIENTE:

TIPO DE IDENTIFICACION:

N° DE IDENTIFICACION:

EDAD: SEXO: M () F ()

FECHA:

A continuación, algunas preguntas para saber cuántos problemas respiratorios ha tenido durante el último año. Por favor, marque una sola respuesta en cada pregunta.

1. Durante el último año, he tenido tos:

La mayor parte de los días de la semana

Varios días a la semana

Unos pocos días a la semana

Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios

Nada en absoluto

2. Durante el último año, he sacado flemas (sacar gargajos):

La mayor parte de los días de la semana

Varios días a la semana

Unos pocos días a la semana

Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios

Nada en absoluto

3. Durante el último año, he tenido falta de aire:

La mayor parte de los días de la semana

Varios días a la semana

Unos pocos días a la semana

Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios

Nada en absoluto

4. Durante el último año, he tenido ataques de silbidos (ruidos en el pecho):

La mayor parte de los días de la semana

Varios días a la semana

Unos pocos días a la semana

Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios

Nada en absoluto

5. Durante el último año ¿cuántos ataques por problemas respiratorios tuvo que fueran graves o muy desagradables?

Más de tres ataques

Tres ataques

Dos ataques

Un ataque

Ningún ataque

6. ¿Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios? (si no tuvo ningún ataque serio vaya directamente a la pregunta No. 7)

Una semana o más

De tres a seis días

Uno o dos días

Menos de un día

7. Durante el último año ¿cuántos días a la semana fueron buenos? (con pocos problemas respiratorios):

Ningún día fue bueno

De tres a seis días

Uno o dos días fueron buenos

Casi todos los días

Todos los días han sido buenos

8. Si tiene silbidos en el pecho (bronquios), ¿son peores por la mañana? (si no tiene silbidos en los pulmones vaya directamente a la pregunta No. 9)

No

Sí

Parte 2

Sección 1

9. ¿Cómo describiría usted su condición de los pulmones? Por favor, marque una sola de las siguientes frases:

Es el problema más importante que tengo

Me causa bastantes problemas

Me causa pocos problemas

No me causa ningún problema

10. Si ha tenido un trabajo con sueldo. Por favor marque una sola de las siguientes frases: (si no ha tenido un trabajo con sueldo vaya directamente a la pregunta No. 11)

Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar

Mis problemas respiratorios me dificultan mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo

Mis problemas respiratorios no afectan (o no afectaron) mi trabajo

Sección 2

11. A continuación, algunas preguntas sobre otras actividades que normalmente le pueden hacer sentir que le falta la respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo usted está actualmente:

Cierto Falso

Me falta la respiración estando sentado o incluso descansando.....

Me falta la respiración cuando me lavo o me visto.....

Me falta la respiración al caminar dentro de la casa.....

Me falta la respiración al caminar alrededor de la casa, sobre un terreno plano.....

Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras.....

Me falta la respiración al caminar de subida.....

Me falta la respiración al hacer deportes o jugar.....

Sección 3

12. Algunas preguntas más sobre la tos y la falta de respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a como está usted actualmente:

Cierto Falso

Me duele al toser.....

Me canso cuando toso.....

Me falta la respiración cuando hablo.....

Me falta la espiración cuando me agacho.....

La tos o la respiración interrumpen mi sueño.....

Fácilmente me agoto.....

Sección 4

13. A continuación, algunas preguntas sobre otras consecuencias que sus problemas respiratorios le pueden causar. Por favor, marque todas las respuestas a cómo está usted en estos días:

La tos o la respiración me apenan en público.....

Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o mis vecinos.....

Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar.....

Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios.....

No espero que mis problemas respiratorios mejoren.....

Por causa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona insegura o inválida.....

Hacer ejercicio no es seguro para mí.....

Cualquier cosa que hago me parece que es un esfuerzo excesivo.....

Sección 5

14. A continuación, algunas preguntas sobre su medicación. (Si no está tomando ningún medicamento, vaya directamente a la pregunta No. 15)

Cierto Falso

Mis medicamentos no me ayudan mucho.....

Me apena usar mis medicamentos en público.....

Mis medicamentos me producen efectos desagradables.....

Mis medicamentos afectan mucho mi vida.....

Sección 6

15. Estas preguntas se refieren a cómo sus problemas respiratorios pueden afectar sus actividades. Por favor, marque cierto sí usted cree que una o más partes de cada frase le describen si no, marque falso:

Cierto Falso

Me tardo mucho tiempo para lavarme o vestirme.....

No me puedo bañar o, me tardo mucho tiempo.....

Camino más despacio que los demás o, tengo que parar a descansar.....

Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas o,
tengo que parar a descansar.....

Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir más despacio o parar.....

Si corro o camino rápido, tengo que parar o ir más despacio.....

Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como,
caminar de subida, cargar cosas subiendo escaleras, caminar durante
un buen rato, arreglar un poco el jardín, bailar o jugar boliche.....

Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, llevar
cosas pesadas, caminar a unos 7 kilómetros por hora, trotar, nadar,
jugar tenis, escarbar en el jardín o en el campo.....

Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, un
trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o
practicar deportes de competencia.....

Sección 7

16. Nos gustaría saber ahora cómo sus problemas respiratorios afectan normalmente su vida diaria. Por favor, marque cierto si aplica la frase a usted debido a sus problemas respiratorios:

Cierto Falso

No puedo hacer deportes o jugar.....

No puedo salir a distraerme o divertirme.....

No puedo salir de casa para ir de compras.....

No puedo hacer el trabajo de la casa.....

No puedo alejarme mucho de la cama o la silla.....

A continuación, hay una lista de otras actividades que sus problemas respiratorios pueden impedirle hacer (no tiene que marcarlas, sólo son para recordarle la manera cómo sus problemas respiratorios pueden afectarle).

Ir a pasear o sacar al perro.

Hacer cosas en la casa o en el jardín.

Tener relaciones sexuales.

Ir a la iglesia o a un lugar de distracción.

Salir cuando hace mal tiempo o estar en habitaciones llenas de humo, visitar a la familia o a los amigos, o jugar con los niños.

POR FAVOR, ESCRIBA AQUÍ CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD IMPORTANTE QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS LE IMPIDAN HACER:

A continuación ¿Podría marcar sólo una frase que usted crea que describe mejor cómo le afectan sus problemas respiratorios?

No me impiden hacer nada de lo que me gustaría hacer

Me impiden hacer una o dos cosas de las que me gustaría hacer

Me impiden hacer la mayoría de las cosas que me gustaría hacer

Me impiden hacer todo lo que me gustaría hacer

Gracias por contestar el cuestionario

ANEXO 2

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON EPOC

ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA DE INICIACION	FECHA DE CONTROL	INDICADOR DE SEGUIMIENTO
Identificación del riesgo a intervenir.				
Revisión de los RIPS del perfil epidemiológico.				
Determinar sistema de auditoría para el nivel I y II.				
Revisión del equipo de atención primaria para elaborar las estrategias.				
Revisiones de autorizaciones del grupo de seguimiento.				
Identificación del riesgo en el momento del aseguramiento.				

ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA DE INICIACION	FECHA DE CONTROL	INDICADOR DE SEGUIMIENTO
-----------------	--------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------------

Revisar y ajustar las metas y los objetivos del programa.				
Elaborar plan para cuatro años que contenga los				

resultados por año.				
Enviar informe a la subgerencia de salud para su revisión y aprobación.				

ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA DE INICIACION	FECHA DE CONTROL	INDICADOR DE SEGUIMIENTO
Diseño y planeación del programa.				
Determinar indicadores.				
Establecer la operatividad.				
Determinar los recursos necesarios y medir costo beneficios.				
Determinación de las metas.				

ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA DE INICIACION	FECHA DE CONTROL	INDICADOR DE SEGUIMIENTO
Negociación y contratación del programa.				
Revisión de la oferta.				
Selección del prestador				
Negociación y contratación.				
Legalización del contrato.				

ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA DE INICIACION	FECHA DE CONTROL	INDICADOR DE SEGUIMIENTO
Divulgación a los usuarios. A la red y a la organización.				
Implementación del programa para la administración de la enfermedad.				