



**RECURSOS Y CAPACIDADES EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE  
SERVICIOS DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD  
RENAL CRÓNICA EN EL MUNICIPIO DE PAMPLONA**

**CAÑAS RICO MARÍA MAGDALENA  
CARVAJAL ROJAS ALIRIO  
MARIÑO ALSINA YULY ANDREA  
RODRÍGUEZ LOZANO LIDA MILENA  
RODRIGUEZ TARAZONA ATANAEL**

**VANESA MERCEDES RIVERA ROSERO  
TUTOR**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES  
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD  
INVESTIGACION II  
CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER  
2021**

## TABLA DE CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO .....  | 7  |
| 2. RESUMEN.....  | 7  |
| 2.1 INTRODUCCIÓN.....  | 12 |
| 2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....  | 13 |
| 2.3 JUSTIFICACIÓN.....   | 20 |
| 3. OBJETIVOS .....   | 22 |
| 3.1. OBJETIVO GENERAL.....   | 22 |
| 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....   | 22 |
| 4. MARCO TEORICO .....   | 23 |
| 4.1 ANTECEDENTES.....  | 23 |
| 4.1.1 Antecedentes Internacionales .....   | 24 |
| 4.1.2 Antecedentes Nacionales .....  | 29 |
| 4.1.3 Antecedentes Locales .....   | 33 |
| 4.2 MARCO CONCEPTUAL.....  | 35 |
| 4.3 MARCO REFERENCIAL .....  | 39 |
| 4.3.1 Marco Histórico.....   | 41 |
| 4.3.2 Marco Legal.....   | 46 |
| 4.4 Caracterización demográfica del municipio de Pamplona .....                      | 49 |
| 4.4.1 Instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de pamplona .... | 50 |
| 5. METODOLOGÍA.....  | 52 |
| 5.1 ENFOQUE Y DISEÑO .....   | 52 |
| 5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....   | 54 |
| 5.3 PLAN DE RECOLECCION DE INFORMACION.....  | 56 |

5.4 INSTRUMENTO ..... 57

5.5 PLAN DE ANALISIS DE INFORMACIÓN ..... 59

5.6 COMPONENTE ÉTICO E IMPACTO ..... 60

6. RESULTADOS Y DISCUSION ..... 61

7. CONCLUSIONES ..... 88

8. RECOMENDACIONES ..... 90

9. PLAN DE MEJORA ..... 92

10. BIBLIOGRAFÍA ..... 95

## LISTA DE TABLAS

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1. Clasificación de los Recursos .....      | 38 |
| Tabla 2. IPS del municipio de Pamplona .....      | 50 |
| Tabla 3. Operativización de Variables .....       | 53 |
| Tabla 4. Criterios de Inclusión y Exclusión ..... | 55 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1. Incidencia de la ERC por cada 1.000 habitantes Colombia 2015-2019. ....  | 17 |
| Figura 2. Casos incidentes de la enfermedad renal crónica según su estadio, Colombia 2017 – 2019. ....   | 18 |
| Figura 3. Pirámide poblacional del municipio de Pamplona, 2018, 2020, 2021 .....   | 50 |
| Figura 4. Distribución de la frecuencia con que se clasifican los pacientes con enfermedad renal crónica en sus diferentes estadios. ....              | 62 |
| Figura 5. Distribución de la frecuencia respecto a la capacidad de atención de pacientes con ERC estadios 1 a 3.....                                   | 63 |
| Figura 6. Distribución de la frecuencia respecto a la capacidad de atención de pacientes con ERC estadios 4 a 5.....                                   | 64 |
| Figura 7. Distribución de la frecuencia en relación a la oportunidad de capacitación y actualización del Talento humano para el manejo de la ERC ..... | 65 |
| Figura 8. Distribución de la frecuencia del Recurso humano especializado en Nefrología para atender pacientes con ERC.....                             | 67 |
| Figura 9. Distribución de la Frecuencia en relación a la ejecución del programa de promoción y prevención de la ERC .....                              | 68 |
| Figura 10. Distribución de la Frecuencia en la aplicación del protocolo para el manejo de pacientes con ERC.....                                       | 69 |
| Figura 11. Distribución de la Frecuencia de las Alianzas de la IPS con entidades especializadas para el manejo de ERC.....                             | 70 |
| Figura 12. Distribución de la Frecuencia respecto al Presupuesto disponible en las IPS para el manejo de pacientes con ERC .....                       | 71 |
| Figura 13. Distribución de la caracterización Profesional del personal que dispone la IPS para la atención de pacientes con ERC .....                  | 73 |
| Figura 14. Distribución de personal que realiza seguimiento periódico en la IPS para medir efectividad de la atención médica a pacientes con ERC ..... | 74 |

|  |    |
|--|----|
| Figura 15. Distribución de necesidad de contar en la IPS con algún mecanismo que ofrezca atención especializada a la población con ERC en el municipio de Pamplona y su área de influencia ..... | 75 |
| Figura 16. Distribución de Frecuencia del total de pacientes atendidos que reciben terapia de hemodiálisis.....  | 76 |
| Figura 17. Distribución estadística institucional de pacientes con hipertensión arterial que estén en el programa de control y seguimiento de esta enfermedad .....                              | 77 |
| Figura 19. Distribución de las estrategias que implementa la IPS para la atención de pacientes con ERC.....  | 79 |
| Figura 20. Distribución de los pacientes que requieren hemodiálisis en la IPS según datos de las EPS (Coosalud, Comfaorienté, Medimas, otras EPS) .....  | 80 |
| Figura 21. Distribución de usuarios que consultan en la institución que requieren trasladarse a otros municipios para recibir hemodiálisis .....   | 81 |



Universidad  
Católica  
de Manizales

## VICERRECTORÍA ACADÉMICA

CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y DESARROLLO

### 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: Recursos y capacidades en instituciones prestadoras de servicios de salud para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica en el municipio de Pamplona.

Investigadores:

María Magdalena Cañas Rico

Alirio Carvajal Rojas

Yuli Andrea Mariño Alsina

Lida Milena Rodríguez Lozano

Atanael Rodríguez Tarazona

Línea de Investigación: Administración de la salud

Programa de Posgrado al que se articula: Especialización en Administración de la Salud

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad: Pamplona

Departamento: Norte de Santander

Duración del Proyecto (periodos académicos): Dos periodos.

### 2. RESUMEN

La investigación se realizó en el municipio de Pamplona que es perteneciente a la zona sur occidental del departamento de Norte de Santander (Colombia), dicha población para el año 2020 contaba con 53.909 habitantes, quien para este año posee 1.275 pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica, según base de datos cuenta de alto costo (15), y es donde se centra la atención médica de toda la provincia

de Pamplona compuesta por Cacota, Cucutilla, Mutiscua, Chitaga, Silos y Pamplonita, según el sistema integrado de información de protección social (SISPRO) cuenta con dos IPS que prestan servicios de nefrología(47).

Bajo el anterior contexto organizacional y territorial, se planteó analizar los recursos y capacidades organizacionales de prestadores de servicio de salud para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica en el municipio de Pamplona, Norte de Santander. Para tal propósito, la investigación estuvo soportada en el enfoque cuantitativo, exploratoria y con alcance descriptivo, no experimental y correlacional utilizando el muestreo censal como mecanismo para recoger datos en las IPS con mayor volumen de usuarios del sistema de salud del lugar; así como la posibilidad de acceso a fuentes de información primarias tales como personal directivo, administrativo y de talento humano en salud. Se contó con la participación de 52 sujetos, de los cuales tres fueron excluidos por criterios fijados previamente para el estudio, la recolección de información se realizó mediante formulario Google forms usando como instrumento cuestionario Likert y entrevista estructurada para lo cual los colaboradores accedieron voluntariamente a contestar 18 interrogantes que fueron basadas a expensas de los modelos de prevención y control de enfermedad renal crónica (46).

En las IPS evaluadas se analizó la frecuencia de respuesta y los hallazgos principales demostraron estadísticamente que el 37,87% de los encuestados respondió siempre que corresponde a administrativos satisfechos con la importancia y/o frecuencia de los recursos y capacidades en instituciones prestadoras de servicios de salud para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica.

Nunca en un 29% (percepción de importancia y/o frecuencia baja de los recursos y capacidades en instituciones prestadoras de servicios de salud para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica.).

El 19,73% algunas veces (administrativos satisfechos con la importancia y/o frecuencia de los recursos y capacidades en instituciones prestadoras de servicios de salud para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica).

Ocasionalmente corresponde al 13% que hace referencia a un discernimiento de importancia y/o frecuencia baja de los recursos y capacidades en instituciones prestadoras de servicios de salud para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica.

Respecto a la investigación realizada se encontró que las IPS tienen capacidad para atender pacientes con ERC que se encuentran en los primeros estadios de la enfermedad, señalando también que no tienen los recursos, el personal y los equipos médicos necesarios para brindar atención de calidad a aquellos pacientes con una condición más severa de la enfermedad; es decir, aquellos cuya tipología se encuentra en los estadios 4 y 5. Aunado a lo anterior, es necesario referir que ambas instituciones señalan no contar con los recursos económicos requeridos para tratar de forma oportuna una enfermedad de alto costos como lo es ERC.

La falta de personal capacitado para brindar atención a pacientes vinculados a la ERC es un punto negativo para el sistema de salud del municipio de Pamplona; se hizo evidente el déficit que hay de médicos nefrólogos. Los datos recogidos revelan que las instituciones no suelen realizar alianzas con otras instituciones especializadas, para garantizar la atención requerida por los pacientes con ERC que se encuentran diagnosticados y con algún tipo de tratamiento para mejorar sus condiciones de vida.

Si bien las IPS conocen el programa de promoción y prevención de la ERC y el protocolo para el manejo de pacientes con ERC no se aplican de forma adecuada, lo que se traduce en una debilidad para la institución en su misión de ofrecer una atención de calidad a los pacientes; al no ser aplicados de forma cabal, esto se traduce en: pacientes con comorbilidades que no son atendidos para prevenir complicaciones a

nivel renal y por otra parte, en pacientes con ERC a quienes no se les hace el seguimiento y control requeridos (esto se evidencia en la falta de información – datos que tienen las IPS).

Las IPS no pueden ofrecer o mejorar sus capacidades en la gestión de pacientes con ERC por causas que muchas veces sobrepasan la posibilidad de respuesta y actuación de las instituciones, como es el déficit de presupuesto respecto a las enfermedades de alto costo; la falta de áreas especializadas en nefrología para atender las afecciones de aquellos pacientes que presenten compromisos a nivel renal; la carencia de personal de salud con formación especializada en el área. Por todo ello, es posible señalar que la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el municipio de Pamplona no pueden garantizar la prestación de un servicio efectivo, integral, pertinente y óptimo frente a la ERC.

### **ABSTRACT**

The research was carried out in the municipality of Pamplona, which belongs to the south western area of the department of Norte de Santander (Colombia), said population for the year 2020 had 53,909 inhabitants, who for this year has 1,275 patients diagnosed with chronic kidney disease , according to a high-cost account database (10), and it is where the medical care of the entire province of Pamplona is focused, composed of Cácuta, Cucutilla, Mutiscua, Chitaga, Silos and Pamplonita, according to the integrated social protection information system (SISPRO) has two IPS that provide nephrology services (47).

Under the previous organizational and territorial context, it was proposed to analyze the resources and organizational capacities of health service providers for the management of patients with chronic kidney disease in the municipality of Pamplona, Norte de Santander. For this purpose, the research was supported by the quantitative,

exploratory approach and with a descriptive, non-experimental and correlational scope, using the census sampling as a mechanism to collect data in the IPS with the highest volume of users of the local health system; as well as the possibility of access to primary information sources such as directive, administrative and human talent in health personnel. 52 subjects participated, of which three were excluded by criteria previously established for the study, the collection of information was carried out through Google forms using the Likert questionnaire and structured interview as an instrument, for which the collaborators voluntarily agreed to answer. 18 questions that were based at the expense of the prevention and control models of chronic kidney disease (46).

In the IPS evaluated, the frequency of response was analyzed and the main findings statistically demonstrated that 37.87% of the respondents always answered that it corresponds to administrators satisfied with the importance and / or frequency of the resources and capacities in institutions that provide health services. health for the management of patients with chronic kidney disease.

Never in 29% (perception of importance and / or low frequency of resources and capacities in institutions that provide health services for the management of patients with chronic kidney disease.).

19.73% sometimes (administrators satisfied with the importance and / or frequency of resources and capacities in institutions that provide health services for the management of patients with chronic kidney disease).

Occasionally it corresponds to the 13% that refers to a discernment of importance and / or low frequency of resources and capacities in institutions that provide health services for the management of patients with chronic kidney disease.

Regarding the research carried out, it was found that the IPS have the capacity to care for patients with CKD who are in the first stages of the disease, also pointing out

that they do not have the resources, personnel and medical equipment necessary to provide quality care to those patients with a more severe disease condition; that is, those whose typology is in stages 4 and 5. In addition to the above, it is necessary to mention that both institutions state that they do not have the financial resources required to treat a high-cost disease such as CKD in a timely manner.

## **2.1 INTRODUCCIÓN**

La enfermedad renal crónica (ERC) es considerada hoy en día un problema de salud pública en el ámbito mundial debido a su prevalencia e incidencia creciente en la población, su importancia relativa en la carga de enfermedad, su comportamiento crónico o permanente, su potencial letal y porque representa un importante gasto en salud para el sistema dado que requiere una alta complejidad técnica en su manejo. Más del 70% de los trasplantes que se realizan en el país son de riñón y de las 2.833 personas en lista de espera por un órgano en Colombia, 2584 esperan por este órgano.

Las cifras además de revelar una mayor prevalencia de la enfermedad renal crónica, reflejan también una mayor cobertura y acceso a servicios de salud. El 68% de los trasplantes en el país favorecen personas en los estratos 1, 2 y 3.

La enfermedad renal crónica es el estado clínico-patológico que puede conducir a una enfermedad renal en etapa terminal, cualquiera que sea la naturaleza del proceso fisiopatológico, desde enfermedades genéticas o Inmunes específicas (como la nefritis lúpica) hasta lesiones más sistémicas (como la nefropatía diabética). La enfermedad renal crónica (ERC) se asocia con una disminución de la función renal la cual puede estar relacionada con la edad y se encuentra acelerada en la hipertensión, diabetes, obesidad y trastornos renales primarios.

La ERC ha sido identificada como una patología de alto costo, no solo

por su creciente prevalencia e incidencia, sino también, debido al riesgo elevado de presentar complicaciones, muerte, deterioro de la calidad de vida y de la capacidad laboral del paciente y consumo de recursos superior a la población general, por lo cual se hace necesario gestionar e intervenir la enfermedad y sus desenlaces evitables, protegiendo a los casos, sus familias y la sociedad contra el riesgo de catástrofe financiera.

La ERC afecta a un 10 % de la población mundial. Más de dos millones de personas en el mundo se encuentran en terapias de reemplazo renal, pero lamentablemente son muchas quienes no lo reciben.

Según los reportes de la cuenta de alto costo de nuestro país, en Colombia se tienen 996.000 pacientes con esta enfermedad, de los cuales 43.000 están en terapia de reemplazo renal y más del 85% se encuentra con el proceso de nefropatía crónica, constituyéndose en un grupo grande que requerirá en el futuro de estas terapias.

En Norte de Santander, en la cuenta de alto costo se tiene con ERC a 4.500 pacientes, en terapia de reemplazo renal a 1.089, mientras que en Cúcuta son 723 pacientes. Lo que evidencia no solo un mayor acceso y cobertura de los servicios de salud: también muestra que los colombianos se enferman principalmente a causa de enfermedades crónicas, siendo la enfermedad renal una de las más relevantes y de mayor impacto para los trasplantes en Colombia.

## **2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Constitución Política de Colombia de 1991 define la atención de la salud como un servicio público a cargo del Estado que debe garantizarse a todas las personas a partir del acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. El articulado constitucional destaca que es deber del Estado organizar, dirigir y

reglamentar la prestación de dicho servicio a los habitantes conforme a principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (1)

Los citados servicios son ofertados por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las cuales desde el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia se definen como “aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud” (2). Invocando la carta magna se asume como una tarea permanente el fortalecimiento y sostenibilidad de tales Instituciones para cumplir el principio constitucional de eficiencia, atañendo este último a la naturaleza organizacional de las mismas.

Las organizaciones son concebidas como una “entidad social orientada hacia la consecución de metas con base en un sistema coordinado y estructurado vinculado con el entorno” (3), haciendo parte de sus dinámicas la utilización de recursos para alcanzar resultados, la generación de bienes o servicios, el desarrollo del sentido de pertenencia y respeto de sus integrantes, y la creación de valor para sus grupos de interés; pudiendo ser éstos sus trabajadores, clientes, usuarios, accionistas, el Estado y la sociedad civil.

Desde el pensamiento administrativo se destaca que la eficiencia es alcanzar los fines con el mínimo de recursos (4); éstos son definidos por O Regan y Ghobadian (5) como el conjunto de conocimientos, activos físicos, capital humano, y otros factores tangibles e intangibles que disponen las organizaciones y les permiten producir eficiente y efectivamente para ofertar sus productos y servicios. Adicional a los recursos se plantea desde una perspectiva teórica que las organizaciones están integradas por capacidades, éstas corresponden a aquellas rutinas de tipo comportamental que definen lo que las empresas realizan para desarrollar una tarea específica (6) y que permiten llevar a cabo una actividad concreta (7); el acceso a recursos y capacidades

en las organizaciones puede generarse a través de alianzas estratégicas, aprendizaje, innovación, y adquisición (8).

Se infiere que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desde su carácter organizacional están llamadas a desarrollar capacidades que les permitan adecuadamente combinar recursos para lograr su sostenibilidad y enfrentar un entorno cambiante frente a los determinantes sociales, económicos, culturales y en general todos aquellos que determinan el perfil de salud de una población frente a los factores de riesgo; entendido éste último como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Un elemento determinante en la eficiencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud es la atención de enfermedades de alto costo, éstas representan una alta complejidad técnica en su manejo y tratamiento y una gran carga emocional y económica (9). Diversas patologías son consideradas como enfermedades de alto costo, para el caso colombiano entre otras se identifican el VIH, el cáncer, la hemofilia, las enfermedades huérfanas, la artritis reumatoide, la hepatitis C, y la enfermedad renal crónica (ERC) (10).

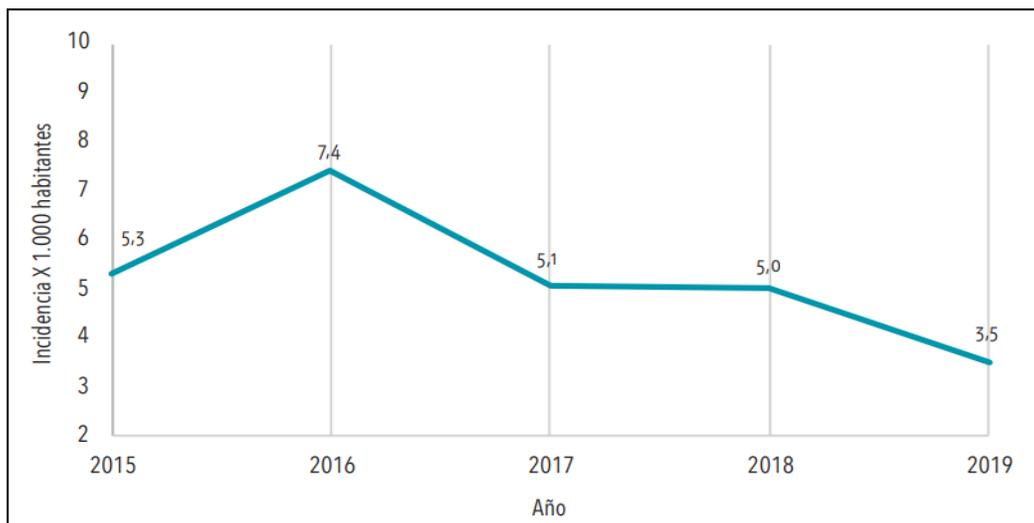
La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la enfermedad crónica del riñón como la pérdida gradual de la función renal cuyos signos y síntomas se desarrollan con el paso del tiempo y el daño renal suele avanzar lentamente y pueden ser causadas por otras enfermedades; al respecto destaca que “la enfermedad renal crónica no tiene cura, pero en general, el tratamiento consiste en medidas para ayudar a controlar los síntomas, reducir las complicaciones y retrasar la progresión de la enfermedad.”(11). Bajo las anteriores características, la ERC se considera un problema de salud pública importante, se estima que 850 millones de personas en el mundo padecen de enfermedad renal y se le atribuyen al menos 2,4 millones de muertes anualmente (12).

De acuerdo a su progresión, según Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) la ERC se clasifica en 5 estadios de acuerdo a la tasa de filtración glomerular (TFG), que corresponde a la medida del volumen de sangre filtrada por los riñones por minuto en una persona promedio con índice de masa corporal de  $1,73m^2$  (13). De todos los estadios, el estadio 5 es el que indica una falla renal terminal, que requiere para su tratamiento una de las siguientes modalidades: diálisis (peritoneal ó hemodiálisis) o trasplante renal.

La ERC en Colombia como enfermedad de alto costo es monitoreada por el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, éste realiza mediciones anuales respecto a su incidencia y prevalencia. La incidencia permite determinar los casos nuevos que se presentan en una población en un tiempo determinado, en tal sentido para su cálculo se requiere un periodo de seguimiento; por otra parte, la prevalencia mide la proporción de personas que se encuentran enfermas al momento de evaluar el padecimiento en la población, en función de ello no hay tiempo de seguimiento (14).

Los últimos datos disponibles de la situación de la ERC en el país corresponden al año 2019 (15), para éste se reportaron 178.802 casos nuevos con una incidencia de 3,5 por cada 1.000 habitantes; tendencia que para los últimos cinco años documentados es la de menor comportamiento como se evidencia en la gráfica 1. De los casos nuevos, el 62,2% corresponde a personas con edades comprendidas entre 50 y 75 años, el promedio de la edad de los casos incidentes fue de 63,18 años; adicionalmente se reconoce que el 59,1% son mujeres.

**Figura 1. Incidencia de la ERC por cada 1.000 habitantes Colombia 2015-2019.**

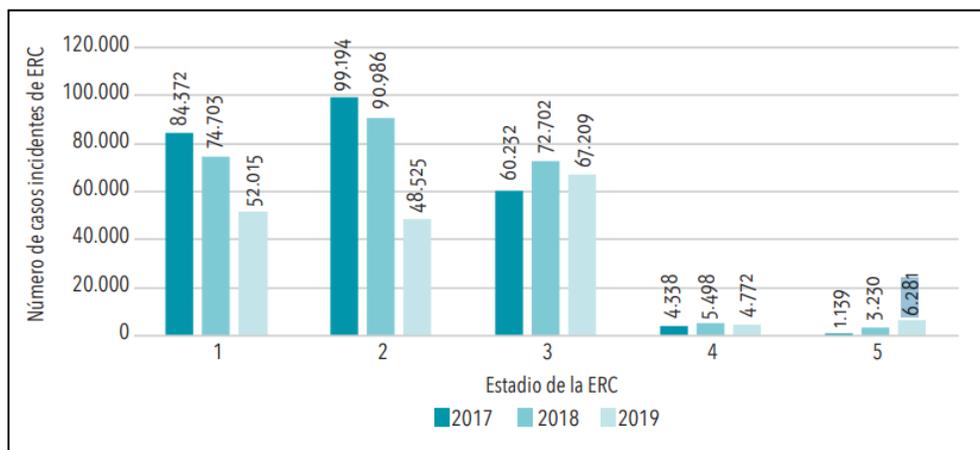


Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2019).

Del total de nuevos casos de ERC anteriormente reseñado, 100.540 se clasificaron en estadios 1 y 2 (56,2%), comparativamente con el año 2018 el número de pacientes incidentes en estadio 3 aumentó un 8,1%; los de estadio 4 aumentaron un 0,4% y los de estadio 5 aumentaron un 2,2%. Al respecto, destaca el Fondo que según lo reportado a la Cuenta de Alto Costo “aproximadamente 6,13 casos por cada 100 personas con diagnóstico nuevo de ERC se encontraban en estadio 4 o 5 de la enfermedad (n = 11.053)” (15).

Señala el Fondo que en aproximadamente el 43% de la población incidente el diagnóstico fue realizado cuando los pacientes ya se encontraban con la enfermedad avanzada con estadio igual o mayor a 3; aspecto que demanda mayor eficiencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para la gestión de los pacientes y su consecuente tratamiento considerando que a mayor estadio el costo se eleva. La figura 2 revela los casos incidentes de la ERC según su estadio para el periodo de años 2017 a 2019 en Colombia.

**Figura 2. Casos incidentes de la enfermedad renal crónica según su estadio, Colombia 2017 – 2019.**



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2019).

Respecto a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que atienden pacientes con ERC se identifica que el 53,19% de los casos incidentes fueron reportados por entidades del régimen contributivo y el 43,74% por entidades del subsidiado, siendo Capital Salud EPSS S.A.S la Institución con mayor número de casos (28.372), seguida de Medimás (20.166), E.P.S. Famisanar Ltda., (16.926), y Salud Total S.A. Entidad Promotora de Salud (14.693). (15)

Las estadísticas respecto a la prevalencia de la ERC en Colombia confirman que el país no es ajeno a la referida problemática de salud pública. En efecto, resulta oportuno destacar que entre el 1º de julio de 2018 y el 30 de junio de 2019 se reportaron a la Cuenta de Alto Costo (CAC) 925.996 personas con diagnóstico de ERC en sus diversos estadios; lo anterior equivale a una prevalencia de 1,84 casos por cada 100 habitantes, siendo predominante esta patología en el sexo femenino (15). La gestión de la población colombiana con prevalencia de ERC es mayoritariamente atendida por Nueva E.P.S S.A., Medimás, E.P.S. Famisanar Ltda. y el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

Señala el Fondo (15) que: “La mayoría de los pacientes que tienen ERC estadio 1 tienen edades comprendidas entre los 55 y 59 años, un gran porcentaje de los que se encuentran en el estadio 2 están en el rango de edad entre 65 y 69 años y en los estadios 3, 4 y 5 la mayoría tienen 80 años o más. Por esta razón, la población mayor de 80 años es la que reporta un mayor número de casos, que corresponden al 24,7% del total de las personas reportadas con enfermedad renal (n = 229.087)”.

Delimitando la problemática de la ERC en Colombia, se identifica para el Departamento Norte de Santander un total de 4.727 casos incidentes por cada 1.000 personas y una prevalencia de 19.364 casos por cada 100 personas, de éstos el 77% concentra su atención en San José de Cúcuta como ciudad capital. Respecto al referido estadio 5, se revela que por cada 100.000 personas se presentan 143 de incidencia y 1.010 de prevalencia (15).

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda (16) realizado en el año 2018 por el Gobierno de Colombia a través del Departamento Nacional de Estadística (DANE) Norte de Santander cuenta con 1.346.806 habitantes de los cuales el 50,5% corresponde a mujeres. De la población total el 62,1% se encuentra en rangos de edad entre 15 y 64 años y el 6,1% son mayores de 65 años.

Territorialmente, la población del Departamento se concentra en las subregiones oriental (Cúcuta, El Zulia, Los Patios, Puerto Santander, San Cayetano y Villa del Rosario), sur oriental (Bochalema, Chinácota, Durania, Herrán, Labateca, Ragonvalia, Toledo) y sur occidental (Cácuta, Chitagá, Mutiscua, Pamplona, Pamplonita, Silos). Para ésta última subregión, el municipio de Pamplona centraliza importante oferta de instituciones prestadoras de servicios de salud considerando su desarrollo demográfico y urbanístico frente a los demás municipios de la región sur oriental y circunvecinos de la región sur occidental.

De acuerdo a los planteamientos anteriores, se deduce que la ERC es un real problema de salud pública no solo por las personas que la padecen sino por la población en riesgo de desarrollarla, especialmente mujeres. Los usuarios del sistema de salud colombiano que se encuentran en los estadios 4 y 5 de la ERC configuran para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud colombianas un aspecto relevante para gestionar eficientemente frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad; gestión en la que son determinantes los recursos y capacidades disponibles independientemente de su naturaleza jurídica como organización para incidir positivamente en el cumplimiento de su función social y el encargo constitucional de garantizar el servicio público de la atención de la salud en la población colombiana con pertinencia y oportunidad.

En tal sentido, y con el ánimo de aportar desde el programa de Especialización en Administración de la Salud al Departamento Norte de Santander el interrogante a develar en este trabajo académico se configura a partir de ¿cuáles son los recursos y capacidades disponibles en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el municipio de Pamplona para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica?

### **2.3 JUSTIFICACIÓN**

Por medio de este estudio se abordó el tema de la Enfermedad renal crónica que hace parte de las ENT y buscó caracterizar dicha patología y determinar en qué medida es una carga para el sistema de servicios de salud por sus altísimos costos, intervención inoportuna y reducido beneficio significativo para esta población y sus familias. (18).

Son pocos los estudios que abordan los costos generados por el tratamiento de pacientes con enfermedad no transmisible (ETN) que muestran el impacto económico que experimentan las instituciones públicas y privadas que brindan y promueven los

servicios de salud. La mayoría de ellos olvidan los costos económicos, familiares y sociales que debe sufrir la población afectada.

Desde la clasificación de la ERC en 5 fases se ha empezado a diagnosticar esta enfermedad en estadios precoces donde se podría realizar intervenciones para la mejora de los pacientes, reducir la progresión de la enfermedad y tratar los factores de riesgo. La prevención y vigilancia se debería hacer en las primeras fases de la enfermedad, frenando la progresión de las mismas, realizando valoración sistemática de las personas que la padecen mediante programas de detección; de esta forma seguramente se podría reducir los efectos negativos de la enfermedad. (17).

Aunado a esto la evidencia científica actual, desarrollada ampliamente en artículos y distintas publicaciones científicas sobre la ERC define al sujeto en estadios avanzados de la enfermedad renal en los cuales es necesario restituir la función renal, mediante la diálisis o el trasplante, sin embargo, hay escasa evidencia para las fases anteriores de la enfermedad, encontrando menor cantidad de estudios publicados.

Ahora, si bien es cierto que la Constitución Política de Colombia garantiza en el artículo 49 el acceso a los servicios de promoción, protección, recuperación de la salud y que corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y el saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, adicional establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control (1), y que las entidades e instituciones prestadoras de servicios son reguladas mediante resoluciones y decretos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social quien define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, además ya están estipuladas normas, guías y protocolos a los prestadores de Servicios de Salud que deben cumplir como condiciones, criterios y requisitos para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud como son: Capacidad Técnico-

Administrativa, Suficiencia Patrimonial y Financiera, Capacidad Tecnológica y Científica; y que para constatar dicho cumplimiento se realiza un Plan de visitas de verificación constituyendo la herramienta fundamental para controlar el cumplimiento de las condiciones de habilitación, a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, se debe reconocer que los prestadores de servicio de salud deben cumplir con todos los estándares de habilitación y por lo tanto tienen el compromiso de administrar eficientemente los recursos económicos, ya que actualmente las IPS tiene la responsabilidad de fomentar actividades de Promoción y Prevención de la salud en sus usuarios y así prevenir la aparición de complicaciones derivadas por un déficit en la detección precoz de esta patología y convirtiéndose así en un riesgo financiero para el sistema de salud.

Por todo lo anterior, con este estudio se pretende el análisis de los recursos y capacidades disponibles en el municipio de Pamplona para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica, y si estos garantizan una prestación de servicios de salud en forma segura, efectiva, integral, continua, pertinente, óptima y oportuna, es por esto que se hace meritorio y justificable el desarrollo de este estudio.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar los recursos y capacidades organizacionales de prestadores de servicio de salud en el municipio de Pamplona para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reconocer cómo los prestadores de servicio de salud atienden a los pacientes con enfermedad renal crónica en el Municipio de Pamplona.
- Caracterizar la necesidad del servicio de atención de pacientes con enfermedad renal crónica.
- Determinar los recursos y capacidades existentes en los prestadores de servicio de salud del municipio de Pamplona para la atención de pacientes con enfermedad renal crónica.

## 4. MARCO TEORICO

### 4.1 ANTECEDENTES

Para el presente proyecto se tomaron en cuenta antecedentes teóricos, antecedentes de campo en trabajos de grado, postgrado, trabajos de ascenso, investigaciones institucionales, ponencias, conferencias, congresos, revistas especializadas que incluyeran dos o más concordantes relacionadas con el tema investigativo inherente al presente manuscrito, dichos motores de búsqueda fueron:

- Estudios - tesis – proyectos - evaluación prestación de servicios sistema de salud
- Estudios - tesis – proyectos - atención al sistema de salud
- Estudios – tesis – proyectos - evaluación atención pacientes con enfermedad renal crónica.
- Estudios – tesis- proyectos -evaluación atención pacientes nefrología
- Estudios – tesis – proyectos -Evaluación manejo gerencial – administrativo de - rutas- enfermedad renal crónica.
- Evaluación de gestión de procesos administrativos en aplicación de rutas, manuales, protocolos, capacidad de atención, obstáculos y análisis de barreras en la atención pacientes con enfermedad renal crónica en las instituciones de salud priorizadas en Norte de Santander.

Es importante acotar que los antecedentes hallados no cumplen el mismo objeto de la investigación en curso, ya que no se encontró estudios previos sobre evaluación de gestión de procesos administrativos en aplicación de rutas, manuales, protocolos, capacidad de atención, obstáculos y análisis de barreras en la atención a pacientes con enfermedad renal crónica en las instituciones de salud priorizadas en Norte de Santander, pero son un material de instrucción, enseñanza, guía, que a través de enunciados claros, objetivos, resultados y conclusiones precisos, brindan una estructura o base importante para el abordaje de temas que se relacionan directamente al presente estudio.

Los referentes encontrados fueron plasmados en orden cronológico y dividido según lugar de ocurrencia.

#### **4.1.1 Antecedentes Internacionales**

Castro Serralde E, Cadena Antonio G. Dimensiones de la satisfacción del paciente con insuficiencia renal crónica respecto a la calidad del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017; 25(4):271-8. Dimensiones de la satisfacción del paciente con insuficiencia renal crónica respecto a la calidad del cuidado de enfermería. Este estudio hace apunte a la satisfacción del paciente como una medida de resultado de la relación profesional entre la enfermera y el paciente, la cual puede afectar la eficiencia de las intervenciones y, por consiguiente, la calidad de estas. El objetivo del estudio era evaluar la satisfacción del paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) respecto a la calidad del cuidado de enfermería en los servicios de Nefrología y Medicina Interna de un hospital. La Metodología utilizada fue el diseño transversal descriptivo en una muestra de 300 pacientes con IRC, a los cuales, previo consentimiento, se les aplicó el SERVQHOS modificado. El análisis fue con estadística descriptiva e inferencial (SPSS, versión 22). Los resultados fueron que: de los 569 instrumentos entregados para el estudio, 300 (53%) fueron devueltos; el 51.7% fueron mujeres y 48.3% hombres. A quienes se les aplicó la muestra entre el 54% y el 31.3%

se sintió muy satisfecho respecto a las dimensiones de comunicación y profesionalidad y el 39% con la atención de enfermería. Los pacientes con escolaridad de primaria y secundaria se sintieron muy satisfechos a diferencia de los pacientes con mayor grado de escolaridad. Concluyeron que el grado de satisfacción no depende solo de la prestación de los servicios, sino también de la solución de las expectativas del paciente.

Carranza ME. Gestión de procesos en la calidad de vida de los pacientes que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital II-EsSalud –Tarapoto – 2016 [Maestría]. Tarapoto: Escuela de Posgrado Universidad Cesar Vallejo; 2016. El estudio tuvo como objetivo conocer la relación entre la gestión de procesos con la calidad de vida de los pacientes que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital II – EsSalud en Tarapoto. Estudio no experimental, descriptivo correlacional. La población de estudio estuvo conformada por 260 pacientes que recibieron diálisis peritoneal y una muestra de 155 pacientes. La técnica utilizada para el estudio de investigación fue una encuesta, que tenía como finalidad recolectar datos, mediante la entrevista y el instrumento fue un cuestionario aplicado a los pacientes luego de recibir tratamiento. Los resultados encontrados fueron: El 47,1% (73) de los pacientes califican al nivel de gestión de procesos de diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital II – EsSalud Tarapoto como “Mala” de acuerdo a la escala planteada. El nivel de la calidad de vida en los pacientes que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital II – EsSalud Tarapoto, se califica por el 59,1% de los pacientes como “Buena”. De acuerdo a la evaluación del Chi cuadrado, se acepta la hipótesis nula de independencia, el nivel de la gestión de procesos y la calidad de vida de los pacientes que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital II – EsSalud Tarapoto, no guarda relación significativa

Navarro Gonzales C. Evaluación de la calidad de atención a través de la medición del nivel de satisfacción del usuario externo en las Unidades de Diálisis del SUA- Nefrología de la UPCH [Licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2015. El objetivo de esta investigación fue evaluar la calidad de atención en

las Unidades de Diálisis del SUA- Nefrología de la UPCH a través de la medición del nivel de satisfacción de los usuarios externos. Los materiales y métodos utilizados fueron casos de corte transversal. La muestra obtenida estuvo compuesta por 93 pacientes con Enfermedad Renal Crónica estadio 5 tratados en las unidades de diálisis peritoneal y hemodiálisis del Hospital Cayetano Heredia y de la Clínica Médica Cayetano Heredia. El tipo de muestreo fue por conveniencia. Usaron la escala SERVQUAL modificada y parcialmente validada. El nivel de satisfacción se midió con la brecha entre las expectativas normativas y la percepción recogida de los usuarios externos. En los resultados se obtuvo que el nivel promedio de satisfacción global fue de  $-0.93 \pm 0.73$ , el 7.53 % de los pacientes encuestados manifestaron encontrarse completamente satisfechos con el servicio mientras que el 92.47% refirió algún grado de insatisfacción, solo el 1.08% manifestó encontrarse completamente insatisfecho. De las 5 dimensiones evaluadas, la Confiabilidad y la Capacidad de respuesta mostraron el puntaje promedio más bajo ( $-1.01 \pm 0.88$  y  $-0.99 \pm 0.88$ ) y fueron las dimensiones con menor proporción de usuarios completamente satisfechos (13.98% y 21.51%). Estas dimensiones también mostraron una mayor proporción de pacientes completamente insatisfechos (2.15% y 3.23%). El grado de instrucción superior se relacionó con un menor grado de satisfacción en comparación al nivel primario ( $p: 0.018$ ). Se concluyó que un bajo porcentaje de usuarios externos atendidos en las Unidades de Diálisis del SUA - Nefrología de la UPCH mostraron estar completamente satisfechos, una mayor proporción mostraron insatisfacción parcial con el servicio y un bajo porcentaje mostraron estar completamente insatisfechos con la atención recibida.

Tejada Tayabas LM, Partida Ponce KL, Hernández Ibarra LE. Cuidado coordinado hospital-hogar para enfermos renales en hemodiálisis desde la perspectiva del personal de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(2), 225-233. El estudio se llevó a cabo en Potosís (México) mediante entrevistas semiestructuradas a nueve enfermeras, seleccionadas mediante muestreo intencional. emplearon análisis de contenido estructurado. El resultado: el personal de enfermería apunta sobre necesidades y desafíos que implica el cuidado al enfermo renal. Señaló las barreras

que limitan el cuidado del enfermo en el hospital y en el hogar de manera coordinada, principalmente, la sobrecarga de trabajo en la unidad de hemodiálisis y la falta de una estrategia sistemática para la educación y orientación permanente a los enfermos, sus familiares y cuidadores. Conclusión: El estudio muestra la importancia y necesidad de establecer una estrategia que supere la orientación convencional que se brinda a los cuidadores de enfermos renales, integrándolos al grupo multidisciplinar de profesionales de la salud que brindan atención a estos enfermos en el hospital, para establecer un cuidado coordinado hospital-hogar que permita incrementar la adhesión a la terapéutica, la efectividad del tratamiento sustitutivo y la calidad de vida del enfermo.

Amaral de Paula E, Barros Costa M, Basile Colugnati F, Rodriguez Bastos R, Pereira Vanelli C, Augusto Leite C et al. Strengths of primary healthcare regarding care provided for chronic kidney disease. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24: e2801. El objetivo era evaluar la estructura, el proceso y los resultados del Programa de Atención a Enfermos Renales Crónicos, en un municipio brasileño. El estudio epidemiológico transversal, fue realizado en 14 unidades de atención primaria y en un centro de atención secundario, en el período de 2010 a 2013. Se utilizó el referencial metodológico de Donabedian para evaluación de estructura y proceso. Fueron entrevistados 14 médicos, 13 supervisores y 11 agentes comunitarios de salud de la atención primaria. Para evaluación del resultado, fueron utilizadas 1.534 fichas médicas en la atención primaria y 282 en la atención secundaria. Los resultados en la mayoría de las unidades faltaban consultorios para la atención médica y de enfermería, los equipos estaban incompletos y la mayoría de los profesionales no participó de capacitaciones sobre la atención a la enfermedad renal crónica. Los médicos de las unidades primarias, clasificados como capacitados, encaminaron usuarios para la atención secundaria en etapas más precoces de la enfermedad renal crónica (etapa 3B) que comparados a los médicos de las unidades no capacitadas (58% vs 36%) ( $p=0,049$ ). Las unidades de atención primaria, clasificadas como capacitadas, presentaron mejores tasas de estabilización de la filtración glomerular (51%) cuando

comparadas a las unidades parcialmente capacitadas (36%) y no capacitadas (44%) ( $p=0,046$ ). En conclusión, los usuarios atendidos en las unidades de atención primaria, con puntuación más elevada en criterios de estructura y proceso, presentaron mejores resultados clínicos.

Vargas Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia [tesis doctoral]. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina; 2009. En este estudio se hace alusión al sistema de salud colombiana perteneciente al modelo de competencia gestionada – managed competition – que se caracteriza por la introducción de un mercado regulado en el que numerosas aseguradoras compiten por la afiliación de la población y aduce que Colombia es una de los pioneros en adoptarla convirtiéndose en un ejemplo paradigmático. El objetivo del estudio era analizar los factores y actores que influyen en el acceso continuo a los servicios de salud en cuatro redes de servicios de salud de Colombia y realizar propuesta de mejora al acceso, desde la perspectiva de los actores sociales. Se realizó mediante un estudio cualitativo, explorativo y descriptivo en Ciudad Bolívar (Bogotá) la cumbre (Valle). La información adquirida fue por casos de estudio, proveedores dentro de la red e informantes. La muestra fue entre 24 y 61 dependiendo del caso a estudio. Los resultados del estudio reseñaron que el acceso es difícil y poco adecuado, con independencia del tipo de aseguramiento y área, las dificultades se producen principalmente en el acceso a la atención especializada, aunque encontraron que en la red urbana también existen problemas para acceder a la red primaria. Las barreras estaban íntimamente relacionadas con las políticas de aseguramiento, dificultad en la extensión y continuidad de la afiliación, prestaciones cubiertas, instrumentos de control de la utilización y compra de servicios, deficiencias en infraestructura y organización de red.

#### **4.1.2 Antecedentes Nacionales**

Lopera Medina M. La enfermedad renal crónica en Colombia: Necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. Gerencia. Polít. Salud. 2016; 15(30): 212-233. [http:// dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.erc](http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.erc). Este ensayo es uno de los productos derivados de la investigación titulada “*Caracterización clínica, sociodemográfica y financiera de los eventos de alto costo en Antioquia (2012-2013)*”, financiada por el Fondo de Apoyo Docente de la Facultad Nacional de Pública, Universidad de Antioquia y la Estrategia de Sostenibilidad del Comité para el Desarrollo de la Investigación (codi) de la Universidad de Antioquia 2012-2013. En este la autora afirmo, que se conocen *pocos estudios de las condiciones de atención específicamente*, pero que son múltiples los estudios que en Colombia develan las importantes limitaciones estructurales y organizativas del sistema de salud para la población general y las poblaciones vulnerables. Además, que en el caso de la ERC se desconocen el acceso, la utilización y la continuidad de los servicios de salud en Colombia y adicionalmente que quienes acceden al servicio no siempre continúan o finalizan su tratamiento.

Ortiz Gutiérrez L, Pérez Mantilla L. Estrategias para el mejoramiento de calidad del servicio al usuario en la IPS ASSALUD en Bucaramanga [pregrado]. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander; 2015. Hace referencia a la formulación e implementación de estrategias para mejorar la calidad del servicio a al usuario, mediante un diagnóstico interno y externo mediante la herramienta SERVQUAL. Se llegó a la conclusión final que dentro de las principales falencias estaba en el deficiente funcionamiento de información y servicios al Usuario. El programa de nefro protección y hemofilia de dicha IPS la percepción de satisfacción de los pacientes es buena.

Baldovino Meza K, Luna Mora K, Muñoz Santacruz V. Verificación de cumplimientos de condiciones de habilitación en la Unidad renal CEDIT LTDA en la ciudad de San José de Pasto [especialista]. Pasto: Universidad mariana - facultad de

postgrados y relaciones internacionales; 2014. La metodología del estudio fue cualitativa, se usaron descripciones, observaciones e interpretaciones de los estándares y criterio que deben cumplir los servicios de medicina especializada (Nefrología), y cuantitativo al utilizar una evaluación numérica en la recolección y análisis de datos. El tipo de investigación es descriptivo de corte transversal. La recolección de datos se realizó mediante la observación y la lista de verificación de cumplimiento de los estándares de habilitación. Se concluyó que la institución cuenta con personal idóneo, y que cumple con la verificación interna de las condiciones técnico científicas de habilitación (autoevaluación) y hace actualización del portafolio de servicios. Los hallazgos negativos es que no cumplen con los requisitos a las buenas prácticas de la seguridad del paciente.

Roldán P, Vargas C, Giraldo C, Valencia G, García C, Salamanca L. Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso. *cm [Internet]*. 2001; 32(1):14-8. El estudio fue de tipo descriptivo exploratorio, utilizando las herramientas que propone el modelo DOPRI para la medición del contexto, la demanda, la oferta, los procesos, los resultados y la satisfacción en 6 instituciones de salud públicas de niveles 1, 2 y 3 de complejidad en un departamento de la zona suroccidental de Colombia. El objetivo de evaluar la calidad de la atención en los servicios de nutrición y dietética, fonoaudiología, terapia respiratoria y fisioterapia en seis instituciones de salud pública, por considerar que en ellas se pueden reproducir las características de los hospitales de la red pública de ese departamento, al encontrar representación de los tres niveles de complejidad. El estudio se llevó a cabo durante 8 meses comprendidos entre los años 1999 y 2000. Los objetivos intermedios que permitieron alcanzar este propósito general se cumplieron de la siguiente forma: Realizó una descripción de las características de la atención en los servicios antes mencionados con relación al contexto, la demanda, la oferta, los procesos, los resultados y la satisfacción. Evaluó el perfil de capacidad interno y externo para cada servicio a partir de la utilización de la matriz DOFA para proponer lineamientos de mejoramiento de la situación encontrada a partir de las conclusiones sobre la evaluación generada del modelo DOPRI y las

recomendaciones obtenidas de la matriz DOFA para los servicios de salud incluidos en el estudio. Aplico el modelo de evaluación en la evaluación de la calidad de la atención en estos servicios. Las categorías que se utilizaron para evaluar la calidad de la atención en el estudio fueron: Evaluación del contexto, Evaluación de la demanda, Evaluación de la oferta, La normatividad y planeación de la institución, la correspondencia de estos aspectos con el funcionamiento del servicio. Se utilizó una encuesta de satisfacción. Para cada categoría se obtuvo una plantilla general, que resultó del diligenciamiento de los instructivos con sus respectivas guías de aplicación. Los resultados obtenidos reflejan una situación preocupante en cuanto a la organización y funcionamiento de los servicios evaluados, que atraviesan hoy más que en cualquier otro momento un desconocimiento de la importancia de su quehacer.

Pabón Lasso H. Los hospitales regionales de Colombia. Cali: Departamento de Medicina Social. Universidad del Valle; 1985. Revisión bibliográfica de Casas Donneys ME. Medellín. 1986. Este estudio fue realizado por el grupo Prides, quienes estudiaron los hospitales regionales orientando la investigación de la gestión administrativa, financiera y de servicios. Los datos recopilados en dicha investigación señalaron que para los años 70-80 en el país presentaba tendencia a la desfinanciación, además que únicamente el 27% de los hospitales regionales se lograron catalogar con un buen desempeño en los servicios hospitalarios, las instituciones de mayor tamaño poseen los insumos y equipos necesarios para atender la patología asignada a su nivel, que la programación de actos quirúrgicos no se está realizando en la mayor parte de las instituciones y cuando se realiza muestra incumplimiento. El análisis de personal presenta en volumen, plantel de personal acorde con el número de camas, pero en estructura incongruentes con el tamaño de las instituciones. El incremento de las plantas de persona durante el periodo 77-80 fue del 13%, los gastos en este rubro apuntan hacia un deterioro en los salarios del personal de salud que influyen negativamente en su satisfacción con el trabajo. Hayo que el área financiera presentaba desfases en los estados de tesorería de mayor magnitud en hospitales más

grandes, aunque el saldo de operación fue negativo durante el periodo tiende a reducirse hasta comprometer en un mes el funcionamiento de las instituciones.

Molineros Gallón LF, Hernández Carrillo M, Castro Espinosa J, Hidalgo Vallejo D, Basante Tello LM, Gutiérrez Posso AG. Evaluación económica del tratamiento sustitutivo renal, atendidos en una unidad de pasto Nariño – Colombia [internet]; 2014. Este estudio analiza la costo-efectividad en intervenciones para pacientes con insuficiencia renal crónica, comparando tres alternativas: prediálisis, hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP). La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es considerada hoy en día un problema de salud pública a nivel mundial debido a su prevalencia e incidencia creciente en la población, por la cronicidad de la patología, el alto impacto social y por el comportamiento crónico, su potencial letal y porque representa un importante gasto en salud para el Sistema de Seguridad Social; dado que requiere técnica de alta complejidad para su manejo, lo cual ha dejado como resultado deficiencias financieras en las Entidades Administradoras de Servicios (EPS) en salud. De allí la importancia de conocer los costos económicos de las diversas intervenciones en el paciente Las decisiones en salud pública se encuentran influidas por dos aspectos a tener en cuenta en la producción de servicios de salud: las necesidades infinitas de la población y la escasez de recursos financieros. En torno a estos dos aspectos, surge la necesidad de desarrollar marcos teóricos-metodológicos de referencia, planes de acción estratégica, evaluación tanto de la teoría como de la práctica; pero sobre todo surge la necesidad de generar insumos de información que permitan tomar decisiones con la mayor racionalidad para implementar las intervenciones que permitan disminuir, en la medida de lo posible los efectos de la falta de equidad, eficiencia y calidad en la prestación de servicios médicos . Se realizó un estudio de descripción de costos y consecuencias por tratamiento. El universo incluyó a 112 pacientes con enfermedad renal crónica en los estadios 3, 4 y 5 que recibieron servicios en la Unidad Renal de CEDIT del sur de Pasto-Nariño Colombia. Se utilizó información de cuatro años (2009-2012), Se compararon tres alternativas mutuamente excluyentes: prediálisis, la hemodiálisis y diálisis peritoneal. Se realizaron análisis de sobrevida y se establecieron diferencias

significativas a partir del método de Kaplan-Meier y Log –Rank test. La perspectiva para el cálculo de la efectividad fue la de un tercero-pagador, estableciendo el cálculo de un horizonte temporal de cuatro años (transformado en meses). El tratamiento dialítico más costo efectivo es la Diálisis Peritoneal por su bajo costo y por su efectividad en los años de vida ganados, además porque su impacto en la salud no genera incapacidades, se facilita la dieta alimentaria y su recuperación es más rápida.

#### **4.1.3 Antecedentes Locales**

Tamayo Jaimes E. Propuesta una de política pública para disminuir la prevalencia de las enfermedades crónicas no trasmisibles en el municipio fronterizo de Ocaña, Norte de Santander [Maestría]. Bucaramanga: Universidad de Santander – UDES Facultad de Ciencias Sociales, Políticas y Humanidades Maestría en Gestión Pública y Gobierno Bucaramanga; 2018. El presente estudio, es descriptivo de corte transversal. Este tipo de estudio busca describir las propiedades, características y rasgos importantes de un fenómeno de salud, el porqué de un fenómeno y en qué condiciones se da este. Es transversal ya que se encarga de recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único. El presente estudio, es descriptivo de corte transversal. Este tipo de estudio busca describir las propiedades, características y rasgos importantes de un fenómeno de salud, el porqué de un fenómeno y en qué condiciones se da este. Es transversal ya que se encarga de recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único. Se estimó un tamaño muestral de 379 personas. El tipo de muestreo aleatorio por conglomerados en una sola etapa, ya que considera una agrupación de elementos que representan correctamente el total de la población en relación con las características que se desea medir. La investigación se realizó en cuatro etapas: Delimitación del problema de estudio, Adaptación del modelo de cuestionario y aplicación prueba piloto, Aplicación del cuestionario a la población objeto de investigación y análisis de resultados, Diseño de la propuesta. Dentro de las conclusiones el autor refiere que el proyecto contribuyó a identificar y resaltar los puntos que hay que cubrir y considerar para llevar a cabo una implementación exitosa de la

política propuesta en el municipio de Ocaña. Dentro de los puntos que se considera tienen más importancia son el detectar cuáles son las necesidades reales de las personas beneficiarias de dicha política y las barreras actuales que condicionan el acceso a los servicios de salud en el área rural, generando situaciones de inequidad que perjudican la efectividad de los programas de promoción y prevención actuales.

González A, Jaimes J, Rozo A, Omaña C, Chia C. Prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital universitario Erasmo Meoz en Cúcuta- Norte de Santander, en el período comprendido de febrero del 2017 hasta febrero del 2018 [internet]; 2018. El objetivo principal de este estudio fue estimar la prevalencia de los pacientes con enfermedad renal crónica hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Universitario Erasmo Meoz en el período de febrero del 2017 - febrero del 2018. Metodología. Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional, en pacientes hospitalizados con diagnóstico de enfermedad renal crónica en el servicio de medicina interna en el período de febrero del 2017-febrero del 2018. Se llevó a cabo una revisión sistemática de historias clínicas, aplicando un instrumento recolector de datos asociados al desarrollo y evolución de la enfermedad. Resultados. La prevalencia de enfermedad renal crónica en el servicio de medicina interna del Hospital Universitario Erasmo Meoz en el período de febrero del 2017-febrero del 2018 fue de 0.26%, siendo mayor el porcentaje en el sexo masculino, con una media de edad de 59.1 años; 55.6% de los pacientes se encontraban en terapia de reemplazo renal. Se observó mayor prevalencia en los pacientes con hipertensión arterial. El 70.83% de los pacientes se encontraban en categoría G5 de la enfermedad renal. Conclusiones. La prevalencia de enfermedad renal crónica en el Hospital Universitario Erasmo Meoz fue menor a la encontrada a nivel nacional, sin embargo, se demuestra una prevalencia mayor de pacientes en estadio G5 respecto a la media nacional. Debido a la falta de estudios previos en el hospital, no se realizaron comparaciones respecto a la prevalencia institucional.

Angarita Toro N, Carrillo Becerra VH, Chaparro Quintero AM, Peñaranda Arévalo D. Percepción de la calidad del servicio de urgencias ofertado por el ESE hospital universitario “Erasmus Meoz” de la ciudad de San José de Cúcuta, Norte de Santander [Especialista]. San José de Cúcuta: Universidad Católica de Manizales, Especialización de administración en salud; 2014. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 96 usuarios que recibieron atención en el servicio de urgencias durante el mes de noviembre de 2014. El instrumento utilizado para recolectar la información fue un cuestionario con la escala Liker. El estudio permitió determinar que el nivel de percepción de los usuarios, frente a la calidad de cuidado que brinda el personal de urgencias, se encuentra en mediana importancia con 20 tendencia a baja importancia. Se concluyó que el conocer la percepción de la calidad del cuidado permite evaluar los servicios de salud, satisfacer las necesidades de los pacientes y estimular la calidad del cuidado que brinda el personal de urgencia.

#### **4.2 MARCO CONCEPTUAL**

A continuación, se destacan conceptos específicos que enmarcan el tema objeto del estudio, con el fin de brindar mayor comprensión del contexto en que se desenvuelve la investigación:

**Administración.** La palabra administración viene del latín *ad* (hacia, dirección, tendencia) y *minister* (subordinación u obediencia), y significa: aquel que realiza una función bajo el mando de otro, es decir, aquel que presta un servicio a otro.

Fayol, padre de la estructura organizativa define la administración, como el proceso de planificar, organizar, dirigir, controlar los recursos y proceso de una organización. Siendo un engranaje cuyo como propósito final es lograr objetivos propuestos de manera eficiente, efectiva y eficaz (36).

**Calidad del servicio de salud.** Existen diversos conceptos que definen la calidad en el sector salud. Pero el punto en que coinciden todos es que la calidad gira en torno a la satisfacción del paciente.

La Organización Mundial de Salud (OMS) (34) define: "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". La OMS es el ente especializado en gestionar, promocionar e intervenir en las políticas de la salud mundialmente de ahí la importancia de acuñar este término.

Donabedian (19) propone tres puntos de vista diferentes que la definen: Calidad absoluta: es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional. Calidad individualizada: desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costos, los beneficios y los riesgos que existen. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá. Calidad social: desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad. (Eficiencia: distribución del beneficio a toda la población).

En Colombia se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (20). Esta definición está incluida y es normativa dictada por el Ministerio De La Protección Social de Colombia.

En el Diccionario de la Real Academia Española se definen los siguientes términos así:

**Eficacia:** “f. Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera” (37). Se define como la relación entre los resultados reales contra cumplimiento tácito de las normas.

**Eficiencia.** “f. Capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado”. (37). Es la relación entre recursos y resultados. Se entiende que la eficiencia se da cuando se utilizan menos recursos para lograr un mismo objetivo, o cuando se logran más objetivos con los mismos o menos recursos.

**Efectividad:** “f. Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera” (37). Es la relación entre resultados reales versus resultados esperados (37).

**Enfermedad alto costo.** Son las que representan una alta complejidad técnica en su manejo y tratamiento y una gran carga emocional y económica como la Enfermedad Renal Crónica; Cáncer de cérvix; Cáncer de mama; Cáncer de estómago; Cáncer de colon y recto; Cáncer de próstata; Leucemia linfocítica aguda; Leucemia mielocítica aguda; Linfoma Hodgkin; Linfoma no Hodgkin; Epilepsia; Artritis reumatoide; VIH/SIDA.

**Enfermedad Renal Crónica (ERC).** Es una patología progresiva, no transmisible y estrechamente ligada a otras enfermedades, como las cardiovasculares (ECV) y la

diabetes mellitus (DM) (17). Su incidencia está en aumento en todo el mundo principalmente en épocas de globalización, en las que se han introducido nuevos factores de riesgo derivados de la producción y consumo, riesgos que se han sumado a la pobreza e inequidad social y sanitaria.

**Gestión integral del riesgo en salud.** La gestión integral del riesgo en salud es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población (21). La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias. El objetivo que persigue la estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos.

**Recursos.** Según autores clásicos como Chiavenato y Fowler Newton; consideran los recursos como sinónimos de bienes económicos, materiales o medios para con un valor económico y una finalidad determinada. Los recursos pueden ser clasificados en tangibles, intangibles, financieros y de talento humano.

**Tabla 1. Clasificación de los Recursos**

| RECURSOS    | DESCRIPCION   |
|-------------|---|
| Tangibles   | Aquellos que pueden tocarse, acumularse, almacenarse y desplazarse, o sea, que son concretos y físicos. Como los equipos médicos, medicamentos, mobiliarios, Infraestructura etc. |
| Intangibles | Aquellos que no pueden tocarse. Como el conocimiento llamado el Know how, permisos, patentes, software, base de datos etc.  |

|                |   |
|----------------|---|
| Financieros    | Es la cantidad de dinero que hay en el patrimonio empresarial, incluyendo el conjunto de sus bienes liquidables, así como su capacidad de endeudamiento o de obtención de capitales por medio de financiación externa. Dentro de este término se incluye el financiamiento (Como se recauda el dinero), rentabilidad (generación de superávit para sostenibilidad) inversión (como asigna, ejecuta el presupuesto en un tiempo y porcentaje determinado), y la liquidez (capacidad de circular el dinero, generar facturación, dinero en efectivo). |
| Talento Humano | Personal que se encarga de ejecutar, planificar, organizar, dirigir, controlar los recursos y procesos de la organización.  |

Fuente: Elaboración propia

**Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).** “El SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud” (22). Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

#### **4.3 MARCO REFERENCIAL**

El sistema actual de salud colombiano es el modelo pluralismo estructurado, creado por Julio Frenks y Londoño en 1997. Dicho modelo organiza a los agentes en cuatro núcleos interdependientes definidos según sus funciones: regulación, financiamiento, articulación (aseguramiento) y la prestación de servicios que busca el uso costo efectivo de los recursos.

Dentro del sistema general de salud entre otros se encuentran los organismos de dirección, vigilancia y control, los ministerios de salud y trabajo, las Entidades

Promotoras de Salud (E.P.S) que son quienes organizan y garantizan a los afiliados la prestación de los servicios en el plan obligatorio de salud, ya sea directamente o a través de contratos con terceros (21). Los servicios son suministrado por las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S) que correspondan a su respectiva red, las cuales deben contar con la estructura de recursos tanto financieros, de talento humano, infraestructura, software, guías y protocolos que les permita ejecutar los debidos procesos de atención centrada en el paciente, seguros, eficaces, oportunos, continuos y pertinentes que conlleven a los resultados esperados que se traducen en servicios de salud prestados, cambios en el comportamiento de la salud, cambio en el estado de la enfermedad y satisfacción del usuario.

Las personas deben estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (21), este proceso se realiza inscribiéndose junto con sus beneficiarios en Entidades Promotoras de Salud. Al utilizar el servicio deberá identificarse con su cédula de ciudadanía, sin perjuicio de las formas de identificación que adopten las Entidades Promotoras de Salud. En el caso de los menores, estos lo harán con la de sus padres, o con algún otro medio que se utilice para ello por parte de las Entidades Promotoras de Salud. La historia clínica deberá tener como código básico de identificación el número de la cédula de ciudadanía del afiliado. Aunado a lo anterior la disponibilidad del servicio y acceso a los niveles de complejidad que se presten en cada municipio están sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud autorizadas para ello y cuando las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará solamente a través de la red de servicios asistenciales que establezca cada E.P.S(21).

El Ministerio de Salud orientará la adopción de Guías de Atención Integral Para las principales enfermedades en razón del perfil de morbimortalidad y del costo Efectividad de sus tratamientos, las cuales deberán contener sin excepción actividades de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad específica Todo paciente que padezca alguna

enfermedad cuyo manejo este definido en una de las Guías de Atención Integral, deberá inscribirse en ella y seguir las recomendaciones tendientes a mantener su salud, recuperarse de la enfermedad y a evitar consecuencias críticas.

En cuanto a la enfermedad renal crónica la complejidad de su manejo deriva de varios factores interrelacionados (17). Estos son 1) su complejidad clínica y psicosocial, demanda largos, complejos y costosos tratamientos para un creciente número de afectados, y por lo tanto es una enfermedad de alto costo para el sistema de salud; 2) en el sistema de salud colombiano, la enfermedad se ha manejado preferentemente dentro de un modelo de atención individual y biomédico que desestima la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; 3) en relación con lo anterior, la política incentiva la compensación económica a las EPS en razón de la atención del alto costo, en lugar de incentivar los resultados alcanzados en términos de salud y procesos preventivos; 4) aún si se analiza desde el paradigma biomédico, la organización del sistema de salud presenta importantes fallas para lograr el diagnóstico y la atención oportuna, lo que aumenta el riesgo de progresión y genera mayor carga de enfermedad, al tiempo que disminuye la calidad de vida de los pacientes; y 5) el debilitamiento de la función rectora de la autoridad sanitaria, que delega la vigilancia en salud pública y la gestión financiera de las enfermedades catastróficas en terceros, lo que permite la escalada de costos de medicamentos e insumos.

#### **4.3.1 Marco Histórico**

En 1965, los autores Leavell y Clark crearon un paradigma o modelo de la historia natural de la enfermedad y lo relacionaron con los niveles de prevención (23). Es una representación gráfica que puede ser aplicada a cualquier tipo de enfermedad ya sea transmisible o no transmisible, aguda o crónica. Basados en el modelo

tradicional de Leavell y Clark la historia de la enfermedad renal crónica, se podría dividir en tres periodos:

**Periodo Pre-patogénico.** Esta fase se da previo al inicio de la enfermedad (24), es decir el ser vivo no presenta manifestaciones clínicas, ni cambios celulares, tisulares u orgánicos. Está conformado por las condiciones del huésped, el agente y el medio ambiente, llamada la triada ecológica. Brevemente haremos explicación de este periodo:

El Agente (25): Es un factor que puede ser un microorganismo, sustancia química, o forma de radiación cuya presencia, presencia excesiva o relativa ausencia es esencial para la ocurrencia de la enfermedad. Estos a su vez se subdividen biológicos (organismos vivos con capacidad de producir infección o enfermedad) y los no Biológicos que son los agentes químicos y físicos.

En el caso de nuestro campo de estudio la enfermedad renal crónica, tiene una etiología multifactorial; entre los agentes biológicos se encuentran las infecciones como la glomerulonefritis, pielonefritis o nefritis. Cuyos gérmenes causales de estas infecciones están las bacterias del grupo de los estreptococos, estafilococos, salmonellas, los virus de categoría citomegalovirus, oncornavirus, hepatitis tipo B, también causales por hongos, rickettsias y protozoarios.

Los agentes químicos (27), abarcan los medicamentos nefrotóxicos (D-penicilina, ácido acetilsalicílico), sustancias provenientes de los metales pesados. Por otra parte, agentes químico endógenos la diabetes mellitus, Agente biológico interno se encuentran las anormalidades congénitas, enfermedades metabólicas, amiloidosis y gota.

Los agentes físicos encierran alteraciones por aplastamientos, traumatismo, agentes punzocortantes que dañen o afecten la función renal, igualmente trastornos

quirúrgicos, obstrucciones urinarias, oclusión de las arterias venosas, tubulopatias, glomerulopatias.

El Huésped: Persona o animal vivo que permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso de forma casual, convirtiéndose en la persona que enferma. Este Huésped tiene factores como: la edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico, hábitos y costumbres, características hereditarias, y susceptibilidad (27). La enfermedad renal crónica puede manifestarse en cualquier grupo etáreo, no tiene inferencia con el sexo, edad, raza. El huésped puede tener enfermedades preexistentes como uropatías obstructivas, alteraciones cardiovasculares y hematógenas, diabetes e infecciones a repetición de vías urinarias.

El Medio Ambiente: Proporciona el vínculo entre el agente y el huésped. Directamente relacionado con factores físicos (clima, geografía), Socioeconómicos (ingresos, vivienda, hacinamiento, escolaridad), Biológicos. En la enfermedad renal incide el estado socioeconómico por acceso a los servicios de salud en forma completa y oportuna, la higiene es predisponente en la presencia de infecciones severas que desencadena patología renal crónica.

Prevención Primaria de la enfermedad renal crónica:

Promoción de la salud: Por medio de la educación médica se orienta a los individuos la importancia de realizar chequeo médico dos veces al año, orientar sobre las consecuencias de la automedicación, brindar información sobre la detección temprana de las enfermedades (29). Hace conciencia en la población en general sobre la importancia de la planificación familiar, educación sexual, hábitos de higiene personal, educación nutricional, disposición de excretas, tratamiento del agua para consumo, y ejercitación física.

Protección específica. Para la enfermedad renal crónica no existe barreras biológicas o inmunizaciones, pero si puede detectarse de manera temprana los

desencadenantes como los procesos infecciosos, fortalecer el sistema inmune con dieta y ejercitación según condiciones individuales. Promover la participación en programas de detección oportuna de enfermedades prevalentes como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

**Periodo Patogénico.** Es el período donde se presenta la enfermedad, en este se muestran los cambios que se presentan en el huésped una vez realizado un estímulo efectivo (26). Es decir, este periodo da origen cuando se coordine un huésped susceptible, un momento determinado del tiempo, un rompimiento del equilibrio de la triada ecológica y el huésped sea afectado por la enfermedad. El periodo patogénico de la enfermedad renal crónica inicia con la entrada y desarrollo del agente causal, posteriormente se producen cambios anatomo fisiológicos locales y sistémicos como inflamación en cualquier área del sistema renal, pérdida de nefronas funcionales, disminución del flujo sanguíneo renal y de filtración glomerular, la carga de eliminación de solutos recae (28), cuando todo este proceso ocurre se produce un deterioro de la capacidad renal.

Signos y síntomas inespecíficos. Pérdida del apetito, fatiga, cefalea, náuseas, vómito, diarrea. Signos y síntomas específicos: Disminución del flujo salival, deshidratación, hipo, oliguria, anemia, presencia de cilindros en el sedimento de la orina, piel seca, hipertensión, disminución del índice de filtración glomerular, hemorragia por membranas y mucosas (27).

**Enfermedad Renal Crónica.** En esta etapa hay pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo. La fisiología del riñón es eliminar los desechos y exceso de agua del cuerpo (29). Esta patología presenta 5 estadios, que se enfoca en la severidad de la disfunción renal y no en consideraciones diagnósticas y como tal complemento y no reemplaza en modo alguno los esquemas tradicionales de clasificación basados en la etiología, estas fases o estadios son:

1. Daño renal con tasa de filtración glomerular normal o alta

2. Daño renal leve baja de tasa de filtración glomerular
3. Disminución moderada de la tasa de filtración glomerular
4. Disminución severa de la tasa de filtración glomerular
5. Falla renal

Complicaciones de la enfermedad renal crónica. Dentro de las más notorias son infecciones por trastornos o deficiencia de la inmunidad humoral o celular, osteodistrofia renal, neuropatías, anemia, confusión mental, por sí sola la enfermedad renal no causa insuficiencia cardiaca congestiva pero frecuentemente se encuentran acompañadas, incapacidad, dependencia, fallas en la menstruación, disminución de posibilidad de embarazo y la muerte. (27)

Prevención secundaria:

Diagnóstico Precoz. Dentro del diagnóstico precoz se incluye establecer presencia de neuropatología por medio de interrogatorio de antecedentes familiares, presencia de enfermedades sistémicas como la diabetes, antecedentes de trastornos miccionales. Igualmente se aplica la auscultación o exploración física para identificar lesiones, el diagnóstico precoz se realizará basado en la enfermedad primaria, cuadro clínico de las alteraciones detectadas en las pruebas de funcionamiento renal. Haciendo estudios sanguíneos rutinarios y pruebas de funcionamiento renal, estudios radiológicos de los riñones o vías urinarias dependiendo de los signos y síntomas (28). La radiografía de tórax ayuda a calcular el tamaño del corazón e indica la presencia de hipertensión antigua, el electrocardiograma puede indicar insuficiencia cardiaca e hiperpotasemia siendo esta complicación de la insuficiencia renal crónica avanzada

Tratamiento oportuno (27). Se basa en el tratamiento dietético para mantener peso corporal ideal, controlar la ingesta de sodio para prevenir la hipo e hipertensión o sed excesiva, controlar los líquidos para que no haya riesgo de edema, disminuir las proteínas de la dieta para bajar el nivel de ácidos según el nivel de función renal.

El tratamiento con diálisis y hemodiálisis. Es meritorio cuando el tratamiento dietético no es suficiente, y así impedir que se presentes complicaciones como la uremia. La hemodiálisis es un procedimiento paliativo cuyo objeto es depurar toxinas por medio de equipo especializado. Por último, está el trasplante renal que no cura la enfermedad renal, es un método adicional de tratamiento.

Prevención terciaria

Rehabilitación por medio de terapia ocupacional, dieta, cuidados en el hogar.

#### **4.3.2 Marco Legal**

Posteriormente se esboza el marco legal que se relaciona con el desarrollo del objeto de análisis de la presente investigación:

- **Constitución Política De Colombia:** En el Artículo 49 enuncia que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Se garantizan a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficacia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo establece las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Igualmente, como los servicios de salud se organizan en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los

términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

La constitución dilucida que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

- **Ley 100 de 1993** decreta que el sistema de seguridad social integral en Colombia es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen las personas 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 desarrolla para proporcionar la cobertura integral de la contingencia, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integral de la comunidad
- **Ley 1438 del 2014:** Artículo 1°. Cuyo objeto ley tiene el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.
- **Decreto 5261 de 1994:** Establece el Plan de Beneficios del sistema general de seguridad social en salud. Infiere que se prestará en todos los municipios de la república de Colombia, por todas aquellas instituciones y personas de carácter público, privado o de economía mixta, catalogados y autorizados para desempeñarse como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (I.P.S). El plan obligatorio de salud responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud

se prestará en aquellas I.P.S. con las que cada E.P.S. establezca convenios de prestación de servicios de salud; o sin convenio en cualquier I.P.S. en los casos especiales que considera el presente reglamento.

- **Resolución 3100 del 2019.** Contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en todo el territorio nacional.
- **Decreto 2699 de 2007:** En su artículo 1° creó la “Cuenta de Alto Costo” destinada a administrar financieramente los recursos dirigidos a las enfermedades ruinosas y catastróficas y aquellos correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo
- **Resolución 4700 del 2008:** Determina que las EPS y las demás entidades obligadas a compensar deben reportar información detallada de los pacientes catalogados como enfermedad de alto costo entre las cuales se encuentra la enfermedad renal crónica de manera que se pueda monitorear la evolución de dichos pacientes y la progresión de la enfermedad, esta información sirve además como apoyo para distribuir los recursos según lo estipulado en la resolución 3215 del 2007.
- **Acuerdo 217 del 2001:** Se ha considerado la Enfermedad Renal Crónica en la etapa de hemodiálisis renal y diálisis peritoneal como aquella que tiene un mayor impacto financiero y una mayor desviación del perfil epidemiológico.
- **Sentencia t- 760 del 2008:** Revisión de 22 acciones de tutela originadas por situaciones que vulneran el derecho constitucional a la salud en Colombia. Síntesis de la jurisprudencia colombiana sobre el derecho a la salud. El acceso a servicios sanitarios oportunos y de calidad está garantizado por el derecho a la salud.

#### **4.4 Caracterización demográfica del municipio de Pamplona**

El municipio de Pamplona es perteneciente a la zona Sur-occidental del Departamento de Norte de Santander, Colombia. Está dividido en Área Rural y Área Urbana con 59 Barrios y 35 veredas.

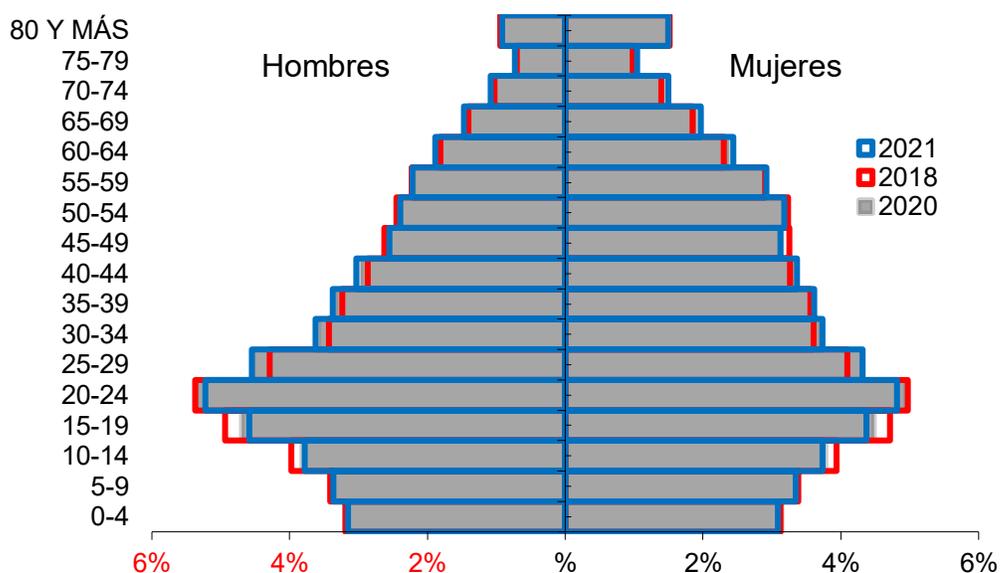
Los límites geográficos son:

- Oriente: Con el Municipio de Labateca.
- Occidente: Con el Municipio de Cucutilla.
- Norte: Con el Municipio de Pamplonita y Cucutilla.
- Sur: Con los Municipios de Mutiscua, Cácuta y Chitagá. (Fuente PBOT).

Para el 2020 Pamplona contaba con una población de 53.909 habitantes 25.852 hombres y 28.057 mujeres; con una razón de 92,14 hombres por cada 100 mujeres; para el año 2020 se identificó una disminución de la población de 15-19 años y en menor grado de 10 a 14 años con respecto al año 2018, el resto de rangos de edad se han mantenido, a lo largo de las vigencias mencionadas, sin embargo, para el 2021 se proyecta un aumento en la población de 25 a 29 años.

El rango de edad con mayor número de población se encuentra en las edades de 20 a 24 años con un 10% del número total de habitantes, las personas en edad productiva (entre los 15 a 64 años) representan el 69% del total de habitantes; el 21% están entre el rango de los 0 a 14 años y el 10% son mayores de 64 años. Se evidencia un aumento en aproximadamente 2,4 puntos porcentuales en el número personas de 80 años y más, lo que puede estar asociado al aumento de la esperanza de vida.

**Figura 3. Pirámide poblacional del municipio de Pamplona, 2018, 2020, 2021**



Fuente: Proyecciones DANE 2005 – 2023

En la dinámica poblacional se observa que la pirámide sigue siendo regresiva debido a que en la base existe menos población que en los tramos intermedios, mientras que en la cumbre existe un número importante de población.

#### **4.4.1 Instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de pamplona**

Las IPS habilitadas del municipio de Pamplona con servicios de medicina interna son 11 para nefrología 2 según lo encontrado en el sistema de información de protección social (SISPRO) (47).

**Tabla 2. IPS del municipio de Pamplona**

| SERVICIO         | DESCRIPCIÓN Y NÚMERO  |   |
|------------------|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia            | 4 |
|                  | Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general      | 9 |
|                  | Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria | 1 |

|                        |   |    |
|------------------------|---|----|
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos                                      | 3  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería   | 12 |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia   | 5  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar  | 1  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación                                 | 4  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general   | 14 |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna   | 11 |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología   | 2  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad                                  | 5  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de urología   | 3  |
| INTERNACION            | Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adultos  | 1  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos                                       | 1  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos  | 2  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica   | 2  |
| OTROS SERVICIOS        | Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente agudo                          | 6  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años) | 5  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino                    | 4  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno                                 | 4  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar   | 3  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica  | 2  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de otras cirugías   | 1  |
| TRANSPORTE ASISTENCIAL | Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico                                    | 2  |
|                        | Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial medicalizado.                             | 2  |

|           |  |   |
|-----------|--|---|
| URGENCIAS | Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias | 2 |
|-----------|--|---|

Fuente: SISPRO

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1 ENFOQUE Y DISEÑO

Esta investigación se planteó bajo el plano metodológico de enfoque cuantitativo, como lo enuncia Sampieri (30); este enfoque utiliza recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico. Los fenómenos observados no fueron afectados por el investigador. Se evitó en lo posible que los temores, creencias, deseos y tendencias influyeran en los resultados del estudio o interfirieran en los procesos y tampoco fueron alterados por las tendencias de otros.

De acuerdo con Galeano (31) los estudios de corte cuantitativo pretenden la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva. La intención fue buscar con exactitud mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar los resultados a poblaciones o situaciones amplias.

Al ser un estudio descriptivo (32), midió de forma independiente las variables, y aunque no se formularon hipótesis, tales variables se reflejan directamente en los objetivos de la investigación.

El método es correlacional (33), constituye un tipo popular de investigación, su principal ventaja es que permitió analizar la relación entre muchas variables en un solo estudio. Se puede analizar cómo varias variables, cada una sola o combinada puede afectar un patrón particular de conocimiento, proveyó información concerniente al grado de relación entre las variables a ser estudiadas.

La presente investigación cumple con estas características, en atención a que se asoció y cuantifico la relación de las variables independientes y dependientes, con el fin de analizar los recursos y capacidades organizacionales de prestadores de servicio de salud en el municipio de Pamplona para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica, como se evidencia en la siguiente tabla:

**Tabla 3. Operativización de Variables**

| OBJETIVO   | VARIABLE                      | DEFINICIÓN  | TIPO DE VARIABLE | DIMENSION   | INSTRUMENTO  |
|--|-------------------------------|---|------------------|---|--|
| Medir estrategias gerenciales en el manejo de la enfermedad renal crónica. | Estrategias gerenciales       | Proceso que implica liderazgo, coordinación de recursos disponibles planificación, organización, dirección y control. Es el recurso a través del cual el gerente formula y evalúa decisiones que generen acciones para el logro de objetivos.   | Dependiente      | 1.Liderazgo<br>*Toma de decisiones<br>*Planeación estratégica<br>2. Estructura<br>*Accesibilidad a la atención<br>*Geográfico:<br>Distancia de IPS a los centros poblados y cabecera.<br>*Organizativo<br>Horarios de atención y disponibilidad de personal.<br>*Recursos humanos<br>*Infraestructura | Cuestionario<br><br>Preguntas relacionadas:<br>1, 4, 8, 9<br><br>Entrevista    |
| Determinar eficacia, eficiencia en el uso de los recursos                  | Recursos en una unidad renal. | El proceso mediante el cual los insumos se convierten en productos, que a su vez tienen efectos e impactos en el mundo exterior, debe considerarse desde la perspectiva del buen aprovechamiento de los recursos a fin de permitir un despliegue óptimo de los esfuerzos y los recursos; asegurar que la consecución de | Cuantitativa     | 1.Procesos<br>*Utilización<br>*Extensión de uso<br>*Productividad<br>*Rendimiento<br>*Calidad<br>*Actividades<br>*Economía<br><br>2.Resultado   | Cuestionario<br><br>Observación directa<br><br>Preguntas relacionadas:<br>2, 3 |

|   |                         |   |              |  |   |
|---|-------------------------|---|--------------|--|---|
|   |                         | la misión y los objetivos de la IPS siga yendo por el buen camino.  |              | *Cobertura<br>*Eficacia<br>*Eficiencia<br>*Efectividad   |   |
| Medir cobertura, disponibilidad de servicio, recursos económicos. | Atención pacientes ERC. | Conjunto de actividades interrelacionadas que ofrece una EPS con el fin de que el usuario obtenga una atención adecuada por parte de las IPS. | Cuantitativa | 1. Disponibilidad<br>*Adecuación<br>*Adecuación de Volumen:<br>Adecuación de distribución.<br>*Relación entre los recursos humanos, físicas y financieros. | Cuestionario y Análisis de registros por sistematización en herramienta Excel.<br><br>Preguntas relacionadas: 5, 6, 7, 8, 9 |

Fuente: elaboración propia

La investigación fue descriptiva, no experimental, correlacional y cuantitativa, ya que por medio de los instrumentos elegidos fue posible medir las variables, cuantificar, analizar e interpretar los datos obtenidos en el estudio de la gestión de recursos y capacidades en instituciones prestadoras de servicios de salud para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica en Pamplona (30).

## **5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

Se define población como el total de los individuos o elementos a quienes se refiere la investigación, es decir, todos los elementos que vamos a estudiar, por ello también se le llama universo (38).

La población es un conjunto de individuos de la misma clase, limitada por el estudio. "La población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (39). La población es el conjunto integrado por todas las mediciones u observaciones del universo de interés en la investigación.

Se asumió el censo como el mecanismo para identificar la muestra del estudio. Entendiéndole como un procedimiento que permite obtener información de carácter primario y abarca a todas las unidades poblacional, puede ser periódico en forma esporádico o una sola vez, es utilizado a distintas poblaciones (humanos, animales y objetos).

El censo se lleva a cabo a través de la aplicación de un instrumento estandarizado o encuesta a toda la población objetivo; en esto, se proceden a medir todos los elementos de dicha población (40)

La población del presente estudio estuvo conformada por los gerentes y administrativos de las entidades de salud: Centro Médico Integral y Hospital San Juan de Dios del Municipio de Pamplona, entidades que manejan el mayor número de usuarios de la provincia de Pamplona con enfermedad renal crónica, siendo en total 52 sujetos, el instrumento (cuestionario y entrevista) se aplicó a 49 colaboradores teniendo en cuenta que tres fueron excluidos por no cumplir con el criterio de inclusión y exclusión como es el de acceder de forma voluntaria.

Los participantes en el estudio debieron cumplir con los siguientes criterios:

**Tabla 4. Criterios de Inclusión y Exclusión**

| <b>CRITERIOS DE INCLUSION</b>   | <b>CRITERIOS DE EXCLUSION</b>  |
|---|--|
| IPS con mayor volumen de usuarios del sistema de salud.   | IPS que ofrecen de servicio de salud de carácter privado; esto es, que no se enmarcan dentro de los regímenes subsidiado o contributivo. |
| Disponibilidad de acceso a fuentes de información primarias tales como personal administrativo y directivo. | Talento humano administrativo sin vinculación directa con la IPS   |
| Talento humano administrativo con vinculación directa con las IPS.  | No acceder de forma voluntaria a contestar el cuestionario y la entrevista.  |

A continuación, se muestra la discriminación de los participantes a partir de la responsabilidad o cargo que ocupa en la institución de salud:

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| Gerente                   | 2         |
| Administrativo directivo  | 17        |
| Administrativo financiero | 3         |
| Administrativo jurídico   | 3         |
| Auxiliar administrativo   | 24        |
| <b>Total</b>              | <b>49</b> |

### **5.3 PLAN DE RECOLECCION DE INFORMACION**

Este plan de recolección de datos inició con la solicitud de autorización al Hospital San Juan de Dios y al Centro Médico Integral, quienes otorgaron el aval después de someter el estudio ante consejo de ética; ambas instituciones emitieron respuesta escrita de aprobación (ANEXOS 5 y 6), dirigida a la Universidad Católica de Manizales.

Fue necesario solicitar la base de datos del talento humano administrativo de las Instituciones y dicha información fue trasladada a Excel: Posteriormente se procedió a elaborar Instrumento bajo la herramienta de Google Forms, para luego ser enviado a los correos institucionales de la subdirección administrativa; quienes mediante socialización e invitación abierta convocaron a participar libremente en el estudio y responder virtualmente debido a los protocolos acogidos por pandemia.

En virtud de la aplicación on-line del instrumento de recolección de datos, el lapso para recibir respuestas se extendió (en tiempo) lo suficiente hasta que se logró obtener el mayor número de ellas; logrando 49 respuestas de un total de 52. Esto permitió garantizar la validez del estudio.

Finalmente, una vez cumplido el tiempo de espera para la obtención de respuestas, se descargó la información para su respectiva organización y análisis.

#### **5.4 INSTRUMENTO**

De acuerdo con Hernández (30), después de haber definido el diseño de la investigación y su respectiva población, se procede a la recolección de datos sobre las variables objeto de estudio, para lo cual se desarrolló un instrumento validado por expertos.

Chávez (41), argumenta que los instrumentos de investigación son los medios que utiliza el investigador para medir el comportamiento o atributos de las variables, entre los cuales se destacan los cuestionarios, entrevistas y escalas de clasificación, entre otros. En relación con el cuestionario, señala Bavaresco (42), que “es el instrumento que más contiene los detalles de la población que se investiga tales como: variables, dimensiones e indicadores”.

Adicionalmente, señalan Hernández et al (30), que el cuestionario es un conjunto de preguntas respecto a una o más variables están sujetas a mediciones sobre lo que se pretender medir.

En la presente investigación se seleccionó y se utilizó como técnicas de recolección de información un cuestionario tipo Likert propuesto por Navarro et al. (43), quienes ya establecen la forma de interpretar la información, tal como se evidencia en este estudio en los apartados correspondientes a resultados y discusión. El cuestionario Likert ofrece opciones de respuesta, que otorgan un puntaje de importancia y/o frecuencia, que serán usados en el momento de la medición (ANEXO 1). Para este estudio 4 es el mayor grado y 1 el menor:

4. Siempre

3. Algunas Veces
2. Ocasionalmente
1. Nunca

Igualmente se realizó una entrevista estructurada (44) con preguntas cerradas de opción múltiple, constituido por 9 interrogantes, con la que se buscó dar soporte a los datos encontrados a través del cuestionario (ANEXO 1).

La Clínica Universidad de Navarra (45) en su apartado de diccionario médico, describe la figura de la entrevista cerrada como un instrumento estructurado bajo un formato más o menos rígido, cuyo objetivo es recopilar la mayor cantidad de datos fiables (muy semejante a la encuesta); no se permite que el entrevistado manifieste otros aspectos fuera de la línea de preguntas. Para realizar un análisis estadístico de los datos recolectados, es necesario codificar mediante opciones de respuesta para cada uno de los ítems (30).

Las preguntas fueron elaboradas con apoyo del modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica (46), quien instruye sobre los componentes guía en atención de salud en este ámbito.

La entrevista fue realizada con el propósito de obtener datos de mayor calidad respecto a las variables que componen el estudio, abordando aspectos del ámbito gerencial (personal disponible y profesionalización del personal), los recursos humanos y tecnológicos con los que cuenta la institución de salud y la atención (integral) que se ofrece a los pacientes con enfermedad renal crónica. La entrevista se aplicó a la totalidad de la población que dio respuesta al cuestionario vía on-line.

## **5.5 PLAN DE ANALISIS DE INFORMACIÓN**

El cuestionario realizó caracterización inicial de los colaboradores, incluyendo nombre, apellido y cargo.

La evaluación se llevó basándonos en las mediciones de escala de Likert expuestas por Navarro et al. (42), la cual establece que una respuesta posee un valor numérico. Para efectos de la investigación el valor 1 y 2 hace referencia a una percepción de importancia y/o frecuencia baja de los recursos y capacidades en instituciones prestadoras de servicios de salud para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica.

Si, la respuesta está entre 3 y 4, el personal administrativo está satisfecho con la importancia y/o frecuencia de los recursos y capacidades en instituciones prestadoras de servicios de salud para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica.

Se usó una hoja de cálculo en Excel para realizar los conteos, se utilizó como técnica estadística la medida de frecuencia para el procesamiento de los datos, los cuales fueron representados a través de gráficos circulares donde la información se muestra en términos de porcentaje. Este proceso de análisis se siguió para los dos instrumentos aplicados (cuestionario y entrevista).

Los datos de las respuestas fueron situados de manera organizada, unificada y agrupada, su calificación corresponde a la percepción y conocimiento del talento humano administrativo sobre los recursos y capacidades en instituciones prestadoras de servicios de salud para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica en el municipio de Pamplona.

## **5.6 COMPONENTE ÉTICO E IMPACTO**

La Investigación se rigió de acuerdo con los principios establecidos en el Reporte de Belmont (31) como son respeto a las personas, beneficencia y justicia. El informe Belmont es ampliamente reconocido en el campo de la ética médica y es el referente que enmarca las consideraciones éticas de este documento.

Se encuentra enmarcada en la normativa colombiana sobre estudios en salud, de la resolución 08430 de octubre de 1993 Capítulo I y II (35), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En su Artículo 10 y 11 dicha investigación se encuentra caracterizada como sin riesgo al ser un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental, retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio ya que los métodos de investigación planteados no involucra experimentos clínicos ni condiciones que puedan afectar la integridad social ni personal.

La participación de los informantes fue de carácter voluntario, previo consentimiento escrito sin coacción alguna para la obtención de la información. Dicha información se midió de forma apropiada y anónima por parte del grupo investigativo y su análisis no identificó el origen de fuente personalizada. (ANEXO 4 Y 5). Se llevó a cabo con la autorización de los directivos del Hospital San Juan de Dios y del Centro Médico Integral del Municipio de Pamplona e igualmente con aval de la Universidad Católica de Manizales (ANEXO 2 Y 3).

## **5.7. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Para la recolección de los datos fue necesario ubicar la base de datos de los gerentes y administrativos de las dos entidades de salud: Centro Médico Integral y Hospital San Juan de Dios del Municipio de Pamplona, en primera instancia para

informarles del objetivo del estudio, así como también del uso y confidencialidad de los datos suministrados, para lograr su aceptación respecto a la participación en la investigación.

Para dar cumplimiento con el consentimiento informado y contar con el aval de los participantes el equipo de investigadores se incluyó en el cuestionario Google Forms la pregunta si estaba de acuerdo en participar en la investigación sobre recursos y capacidades en la institución prestadora de servicios de salud sobre gestión de pacientes con enfermedad renal crónica, se obtuvieron al final sólo 49 respuestas de los 52 colaboradores (ANEXO 1).

## 6. RESULTADOS Y DISCUSION

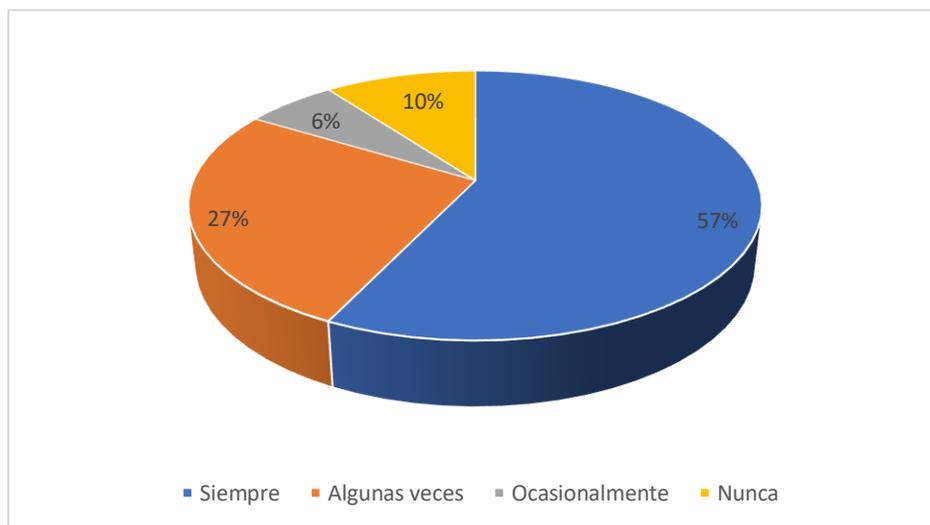
A continuación, se presenta análisis descriptivo de los datos obtenidos como resultado del cuestionario aplicado al personal administrativo en el estudio de las Instituciones Centro Médico Integral y Hospital San Juan de Dios de Pamplona, nominadas de acuerdo con la presentación de las variables: Estrategias gerenciales, Recursos en una unidad renal, Atención pacientes ERC.

En las IPS evaluadas se analizó la frecuencia de respuesta, el 37,87% de los encuestados respondió siempre, el 19,73% algunas veces, ocasionalmente corresponde al 13% y nunca en un 29%, utilizando la siguiente expresión:

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i * 100}{P}$$

## VARIABLE ESTRATEGIA GERENCIAL

**Figura 4. Distribución de la frecuencia con que se clasifican los pacientes con enfermedad renal crónica en sus diferentes estadios.**



Fuente: Cuestionario aplicado a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

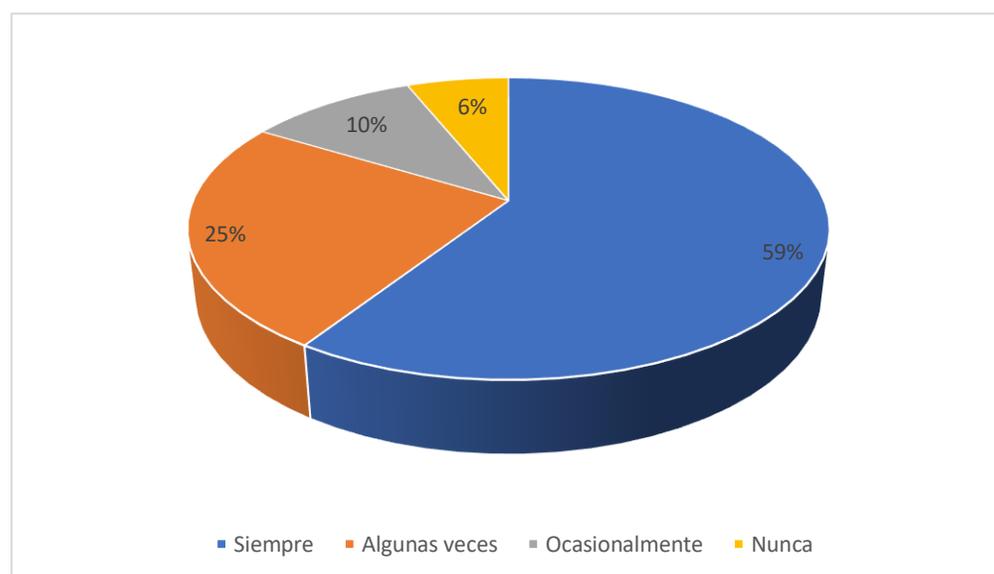
En atención a los resultados obtenidos es posible señalar que el 57% de los participantes de las instituciones de salud evaluadas refieren que las IPS tienen la capacidad de clasificar a los pacientes con enfermedad renal crónica según los estadios de la enfermedad, mientras que el 27% precisó que sólo algunas veces se hace dicha clasificación en las instituciones en mención, un 6% manifiesta que ocasionalmente realizan tal clasificación, finalmente un 10% de los encuestados señalan que nunca se ha aplicado tal clasificación.

En atención a los datos proporcionados, se puede inferir que las IPS cuentan con el recurso humano calificado y con las herramientas necesarias para clasificar al paciente con ERC por lo menos en los primeros estadios de la enfermedad; donde amerita ser referido al médico especialista. No obstante, un porcentaje importante

señala que no se realiza dicha clasificación en los pacientes, esto puede deberse a: a) personal poco capacitado para realizar estos diagnósticos, b) falta de equipos y estudios que permitan identificar la ERC, c) falta de interés por brindar un servicio de calidad al paciente, d) desconocimiento respecto a la ocurrencia de la ERC cada vez más amplia.

## VARIABLE ATENCION DE PACIENTES

**Figura 5. Distribución de la frecuencia respecto a la capacidad de atención de pacientes con ERC estadios 1 a 3**



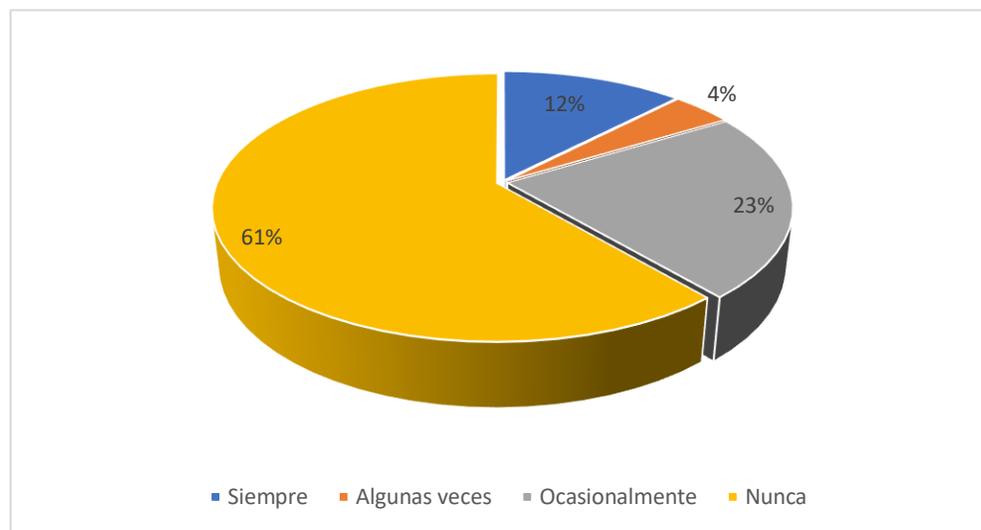
Fuente: Cuestionario aplicado a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

Al respecto, se encontró que el 59% de los funcionarios reconocen que su institución prestadora tiene capacidad para atender este grupo de pacientes en los estadios mencionados; llamando la atención que el 25% manifestó que solo algunas veces se está en capacidad de atender pacientes con ERC, el 10% reveló no tener capacidad para prestar atención al grupo de pacientes en los estadios 1 a 3 de ERC y un 6% ha indicado que la institución prestadora de salud no tiene capacidad para brindar atención a estos pacientes, aunque no requieran cuidados especiales.

Ante la realidad manifiesta por parte de los participantes en la investigación, es necesario indicar que la ERC en estadios iniciales, esto es del 1 al 3 no requieren uso de tecnología ni terapia sustitutiva renal; de manera que, se trata de pacientes que podrían ser manejados con prestadores de servicio de salud de I y II nivel, es decir que la mayoría de las IPS ubicadas en Pamplona pueden brindar atención oportuna a estos pacientes.

### VARIABLE ATENCION DE PACIENTES

**Figura 6. Distribución de la frecuencia respecto a la capacidad de atención de pacientes con ERC estadios 4 a 5**



Fuente: Cuestionario aplicado a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

Tal como lo muestra la figura 6 los participantes en el estudio reconocen que no están en capacidad de atender los pacientes con enfermedad renal en los estadios 4 y 5, representando un 61% del total encuestado; mientras que un 23% y 4% respectivamente, apuntan que ocasionalmente y algunas veces pueden atender las afecciones de pacientes con ECR 4 y 5; exclusivamente un 12% de los encuestados

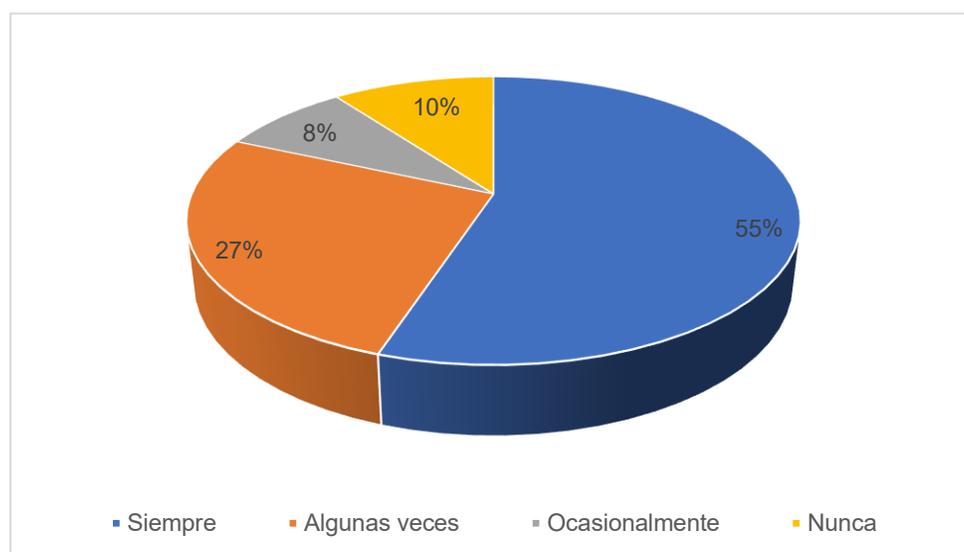
manifiesta que está en capacidad de prestar todos los servicios que requiere un paciente con ECR en etapa avanzada.

La atención de pacientes con ERC en estadios 4 a 5 demanda la existencia de recurso humano, técnico y científico especializado para la adecuada atención de este grupo de pacientes con enfermedad renal, habida cuenta que estos son los estadios más avanzados de la enfermedad, los cuales generalmente se atienden en instituciones especializadas y habilitadas para prestar servicios de terapia sustitutiva renal.

Al respecto, es de señalarse que Pamplona sólo cuenta con 2 instituciones de salud con las condiciones para atender pacientes con ERC, puesto que están equipadas con servicios de nefrología. Siendo estas las únicas que cuentan con los especialistas y recursos para brindar una atención adecuada a los enfermos.

## VARIABLE ESTRATEGIAS GERENCIALES

**Figura 7. Distribución de la frecuencia en relación a la oportunidad de capacitación y actualización del Talento humano para el manejo de la ERC**



Fuente: Cuestionario aplicado a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

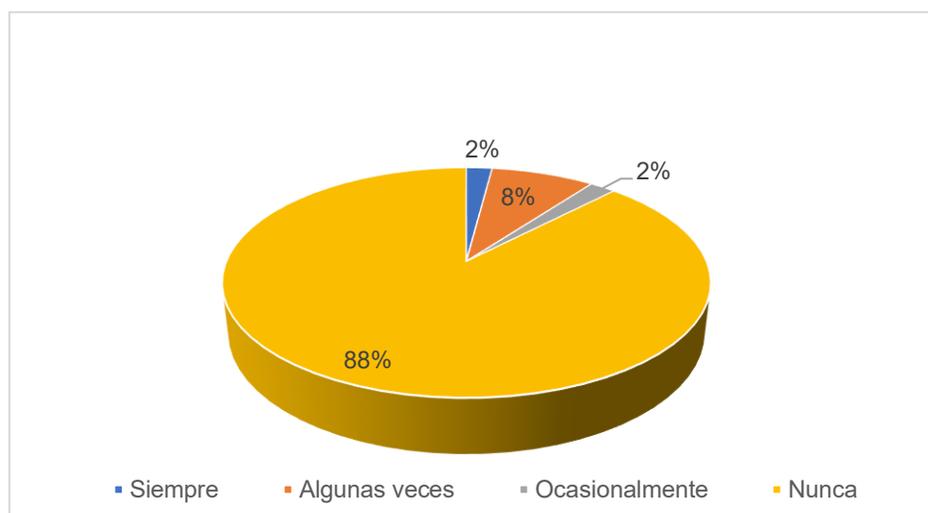
Respecto a la variable de estrategias gerenciales, vinculada a la oportunidad de capacitación y actualización del personal que atiende a los pacientes con ERC el 55% de los encuestados reconoce que facilita la capacitación y actualización de sus colaboradores para el manejo de la ERC en sus instituciones, mientras que un 27% apunta que algunas veces se prestan esas facilidades de capacitación del talento humano; por su parte, el 8% y 10% respectivamente manifiestan que ocasionalmente o nunca proveen oportunidad para que el talento humano de la institución prestado de servicio se capacite a fin de ofrecer un mejor servicio a los pacientes que requieran del apoyo médico-hospitalario.

Si bien más de la mitad de los participantes han señalado que brindan oportunidades de formación para su personal, se tiene que exaltar ese porcentaje que manifiesta no propiciar las condiciones y oportunidades para que el personal de salud se forme y capacite frecuentemente.

La formación del personal médico, de enfermería, técnico y logístico dentro de una institución de salud requiere grandes inversiones, mayor, cuando se trata de enfermedades crónicas y de alto costo; donde el personal para especializarse debe invertir largos periodos de tiempo e inversiones económicas importantes que no pueden ser cubiertas por el Estado (por lo menos no para todos y de forma total), por lo que deben correr por cuenta de la persona que quiera formarse y mantenerse actualizado profesionalmente.

## VARIABLE RECURSOS EN UNA UNIDAD RENAL

**Figura 8. Distribución de la frecuencia del Recurso humano especializado en Nefrología para atender pacientes con ERC**



Fuente: Cuestionario aplicado a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

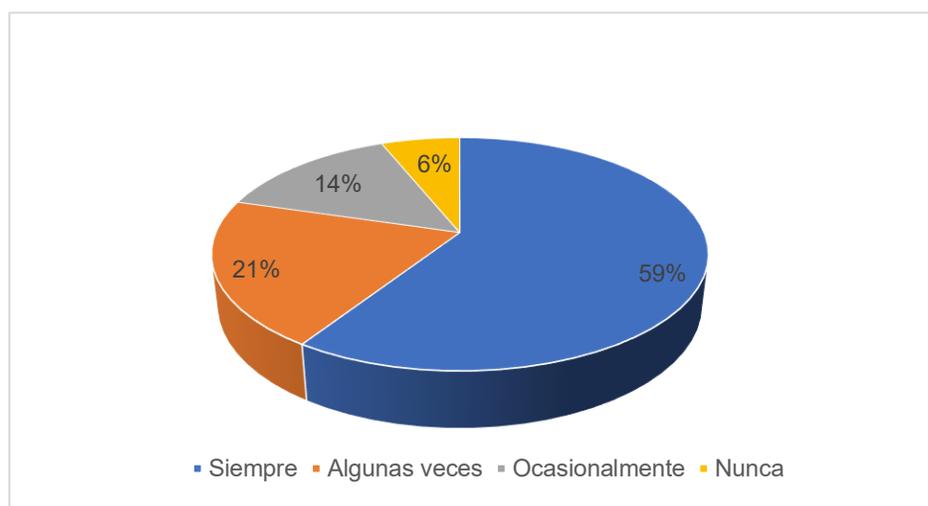
La información recolectada revela que el 88% de las instituciones participantes en el estudio no cuentan con un recurso humano especializado para atender los pacientes con ERC, mientras que un 2% y 8% mencionan que ocasionalmente y algunas veces (respectivamente) cuentan con personal capacitado en dicha área de la salud, en última instancia sólo un 2% de los participantes aseguran contar con personal calificado en el área de nefrología para brindar la atención que requieren los pacientes con afecciones renales.

Estos resultados evidencian que en Pamplona sólo dos instituciones de salud cuentan con el talento humano especializado para atender y manejar cualquier eventualidad con pacientes que presentan ERC en cualquiera de sus estadios. Es decir que, sólo dos IPS cuentan con personal profesional en el área de nefrología con la formación y capacidad para atender cualquier cuadro clínico relacionado con ERC. Vale señalar que en las demás instituciones son médicos generales quienes se encargan de

brindar atención a los pacientes antes o después de ser diagnosticados con ERC; sin lugar a duda la atención no es igual a la brindada por un especialista o en una institución equipada con todos los elementos que pueda requerir un paciente que ingrese con ERC.

## VARIABLE ATENCION PACIENTES ERC

**Figura 9. Distribución de la Frecuencia en relación a la ejecución del programa de promoción y prevención de la ERC**



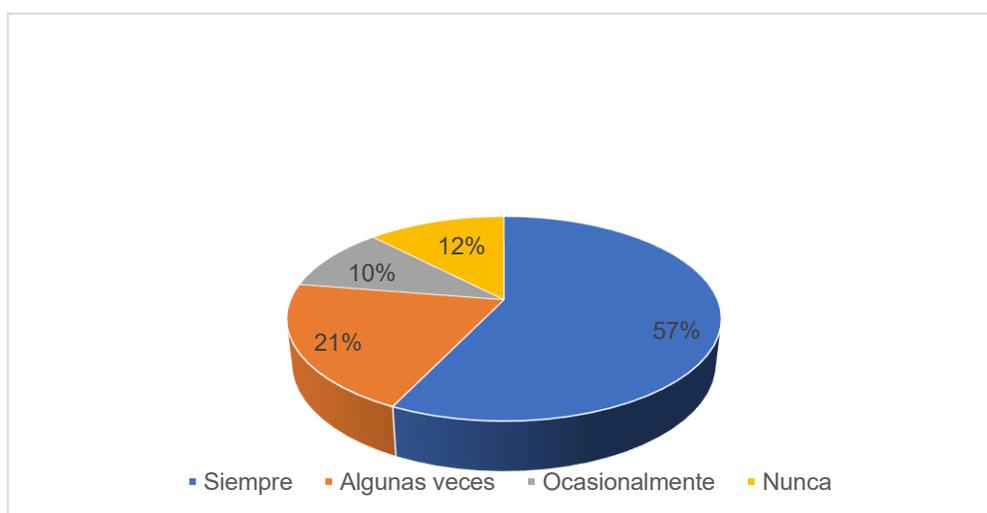
Fuente: Cuestionario aplicado a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

El 59% de los encuestados reconoce que en sus instituciones se ejecuta el programa de promoción y prevención de la ERC, un 21% manifiesta que algunas veces se aplica el programa, un porcentaje de 14% y 6% respectivamente señalan que ocasionalmente o nunca se pone en práctica el programa. El programa de promoción y prevención de la ERC es un instrumento útil para identificar tempranamente la enfermedad renal y otras relacionadas que coadyuvan negativamente en la evolución de la patología (como hipertensión y la diabetes). Por otra parte, atender de forma temprana la ERC puede permitir una atención adecuada para el paciente, consiguiendo

así, evitar que la enfermedad avance a los estadios 4 y 5 donde se transforme en una patología de alto costo.

## VARIABLE ATENCION DE PACIENTES

**Figura 10. Distribución de la Frecuencia en la aplicación del protocolo para el manejo de pacientes con ERC**



Fuente: Cuestionario aplicado a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

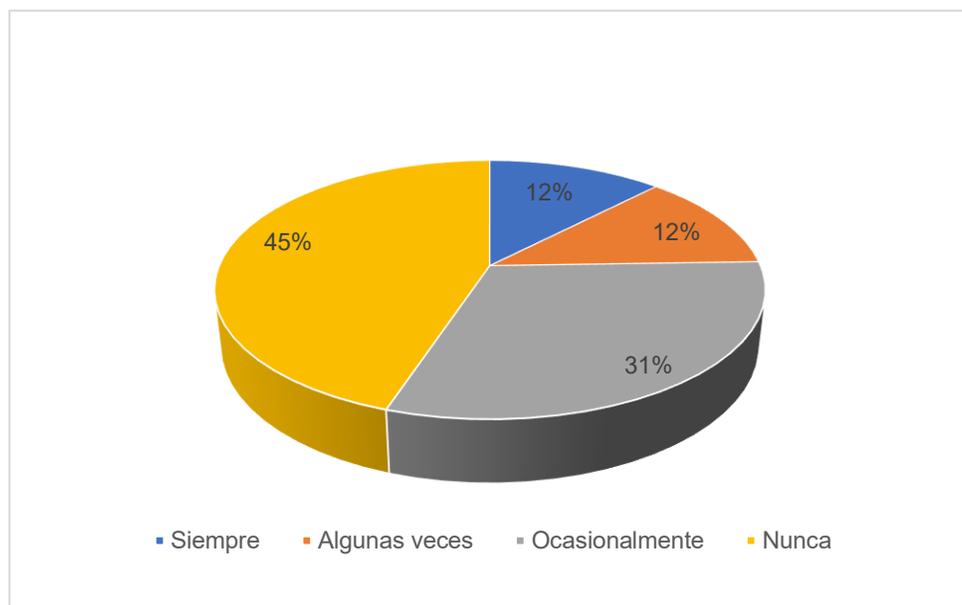
En relación con el protocolo para el manejo de pacientes ERC el 57% de los participantes señalan que la institución donde laboran cuenta con dicho protocolo, el 21% por su parte señala que algunas veces lo manejan, mientras que un 10% lo utiliza ocasionalmente para la atención de pacientes con enfermedad renal y un 12% señala que en sus instituciones no se maneja el protocolo para atender a los pacientes. El protocolo de manejo de paciente con ERC se encuentra disponible, si bien más de la mitad de las instituciones prestadoras de salud manifiestan tenerlo disponible, lo

realmente importante es su aplicabilidad; en primer lugar, para garantizar una atención apropiada al paciente.

No obstante, estas guías tienen otros alcances como permitir al profesional de la salud tener un soporte ante la toma de decisiones que implica atender la salud de un paciente; también puede ayudar en el manejo efectivo de los recursos económicos (un diagnóstico acertado hace que la atención médica sea efectiva) reduciendo las pérdidas, ante una patología que tiene gran impacto en el sistema de salud por los costos que acarrea. Su aplicación va a mostrar la ruta que debe seguir el paciente en atención al nivel de patología identificada por el médico y dará muestra de los servicios profesionales (humanos y tecnológicos) que requiera para tratarse.

#### **VARIABLE ATENCION PACIENTES ERC**

***Figura 11. Distribución de la Frecuencia de las Alianzas de la IPS con entidades especializadas para el manejo de ERC***

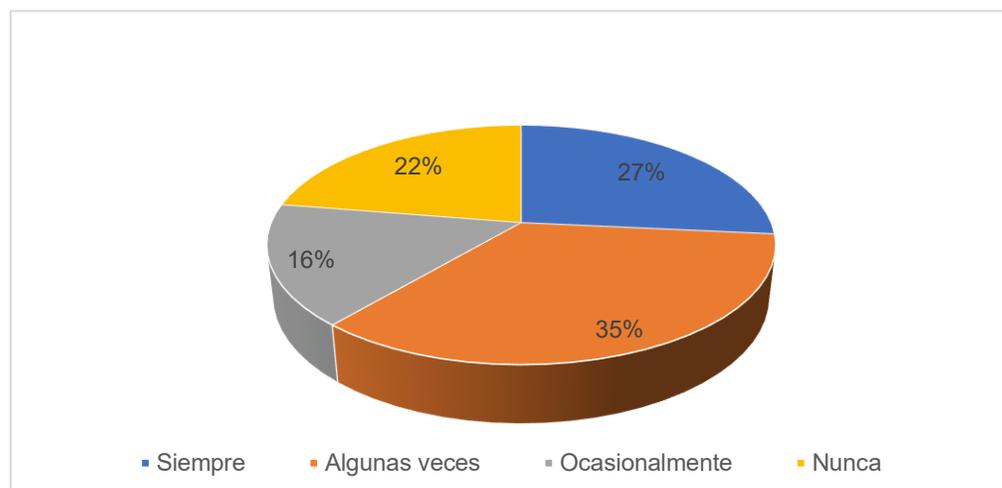


Fuente: Cuestionario aplicado a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

El 45% de los encuestados reconocen que en su institución no se realizan alianzas estratégicas para facilitar la atención a pacientes con ERC, mientras que el 31% reconoce que ocasionalmente se han materializado este tipo de convenios, un 12% señala que algunas veces han hecho lazos con entidades especializadas para atender a pacientes ERC y sólo un 12% del total manifiesta que siempre refieren a IPS especializadas en nefrología a los pacientes que lo ameritan, puesto que tienen alianzas con dichas instituciones. Ahora bien, las instituciones prestadoras de servicios de salud como toda empresa deben establecer alianzas estratégicas con otras instituciones, para así ofrecer un mejor servicio a los pacientes; en el caso puntual de pacientes ERC estos convenios hacen posible que se les preste atención especializada en concordancia con la patología que les afecta. Así se podría garantizar que el paciente no salga sin atención de la institución, por no contar con el personal especializado en ese campo de la salud.

## VARIABLE RECURSOS EN UNA UNIDAD RENAL

**Figura 12. Distribución de la Frecuencia respecto al Presupuesto disponible en las IPS para el manejo de pacientes con ERC**



Fuente: Cuestionario aplicado a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

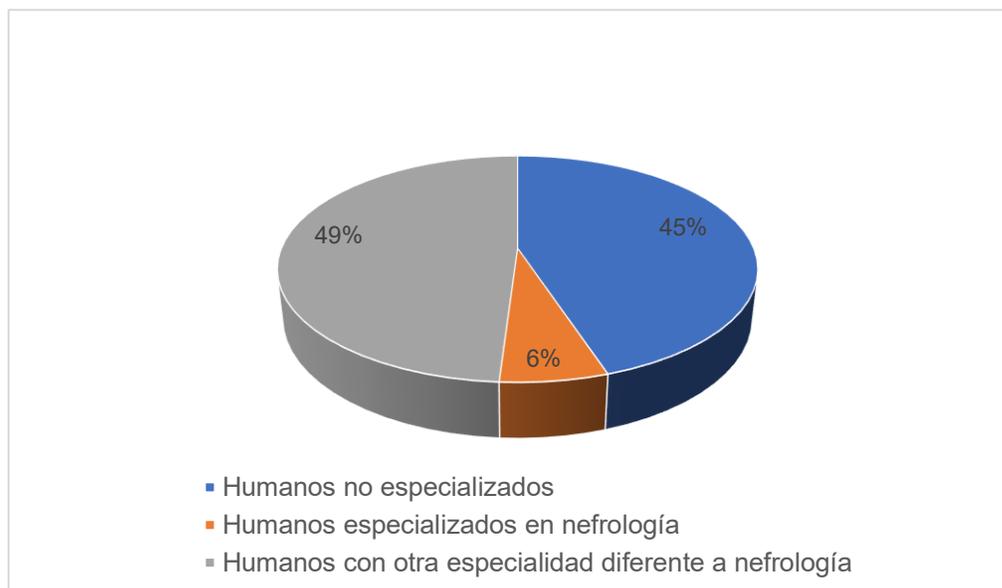
El 35% de los participantes manifiestan que algunas veces se dispone del presupuesto para el manejo de pacientes con ERC, un 27% señala que siempre se dirige presupuesto de la IPS para tratar estas afecciones, un 22% informa que nunca se destina presupuesto y un 16% restante argumenta que ocasionalmente en el presupuesto de la IPS se predestina presupuesto para el manejo de pacientes con patologías renales.

La salud califica como derecho fundamental, de manera que todas las instituciones prestadoras de salud deberían destinar un porcentaje de sus presupuestos para el manejo adecuado de aquellas patologías que califican como enfermedades de alto costo, tal es el caso de la ERC; para los afectados es difícil sufragar los gastos que trae consigo hacer análisis especializados, adquirir medicamentos, etc., razón por la cual muchas veces abandonan los tratamientos médicos; derivando consecuencias con el agravamiento de las afecciones, hasta provocar la pérdida de vidas en muchos casos.

No obstante, la realidad del sistema de salud colombiano es compleja, puesto que las contribuciones y los aportes asignados por el gobierno no son suficientes para brindar atención de calidad a toda la población. Existe una espesura de problemas, deudas, morosidad y el manejo inadecuado de fondos que han venido debilitando el sistema. El presupuesto para el área de salud nunca es suficiente para tratar los requerimientos médicos de todos los pacientes, el déficit se intensifica con las enfermedades de alto costo, como ERC, donde un solo paciente de estos que requiera terapia de hemodiálisis o trasplante de riñón requiere de una gran inversión económica (sumando el riesgo que supone).

**Resultados de la entrevista estructurada realizada a los administrativos de las instituciones a estudio apporto la siguiente información:**

***Figura 13. Distribución de la caracterización Profesional del personal que dispone la IPS para la atención de pacientes con ERC***

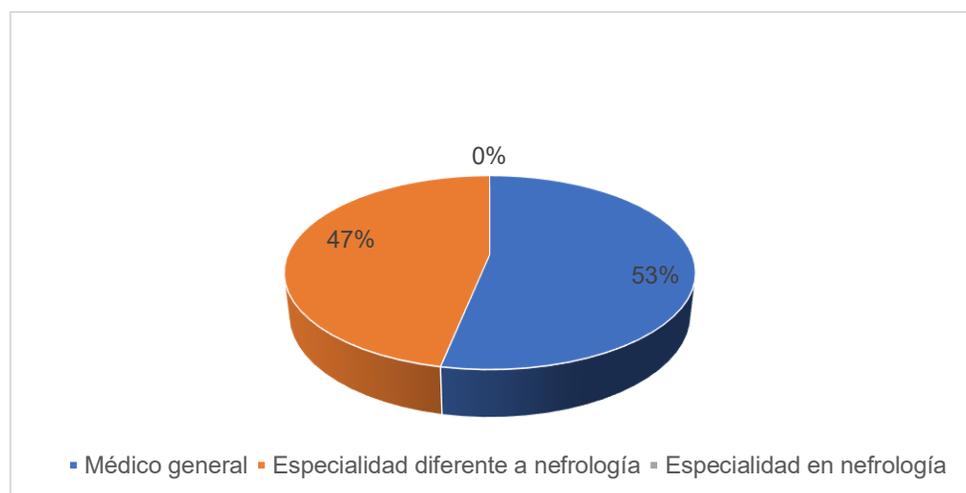


Fuente: Entrevista aplicada a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

La información colectada permite señalar que las IPS cuentan con recursos humanos especializados en áreas diferentes a la nefrología, significando un 49%, mientras que el 45% es personal no especializado y tan sólo un 6% reúne los requisitos para ser identificado como profesional en nefrología. Es así como se puede indicar que sólo algunas instituciones prestadoras de salud en Pamplona cuentan con personal especializado en el área renal, con experiencia para la atención de pacientes con ERC. Si bien se debe resaltar que más de la mitad del recurso humano que desarrolla actividades en la IPS del lugar es profesional en algún área de la salud (lo que resulta muy positivo para el sistema y para los pacientes que recurren en busca de ayuda), no

se cuenta con suficiente personal en un área como la nefrología, que cada año reporta cifras que en van en aumento.

**Figura 14. Distribución de personal que realiza seguimiento periódico en la IPS para medir efectividad de la atención médica a pacientes con ERC**



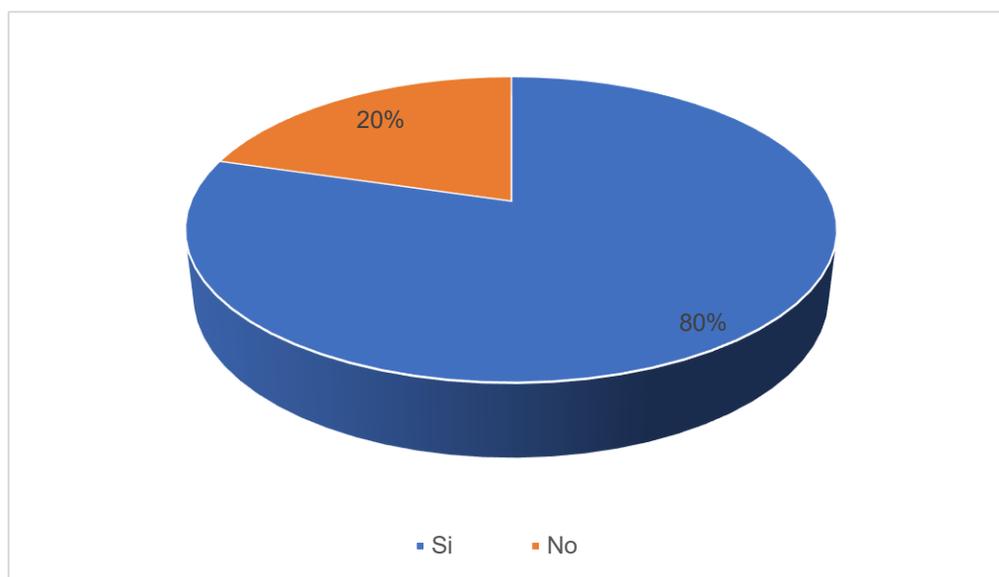
Fuente: Entrevista aplicada a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

El seguimiento que se realiza a los pacientes con ERC en un 53% lo hacen los médicos generales, según la información suministrada por los entrevistados, mientras que señalan con un 47% manifiesta que dicho seguimiento los hace médicos de otras especialidades; es de resaltar que ninguna IPS cuenta con especialista en nefrología. Al no contar con médicos especialistas, las IPS hacen rastreo a los pacientes con ERC por medio de médico generales; de modo que la atención médica no es tan efectiva a la hora de diagnosticar o mantener al paciente en las mejores condiciones a partir del tratamiento que debería seguir según el estadio en el que se encuentre la patología.

A razón de ello, seguramente muchos pacientes deben buscar el especialista en nefrología en otro lugar, a fin de ser tratado adecuadamente. El déficit de nefrólogos (en el lugar dónde se ejecutó el estudio – Pamplona) que puedan atender a los pacientes

con ERC compromete la eficiencia y la capacidad de respuesta del sistema de salud colombiano.

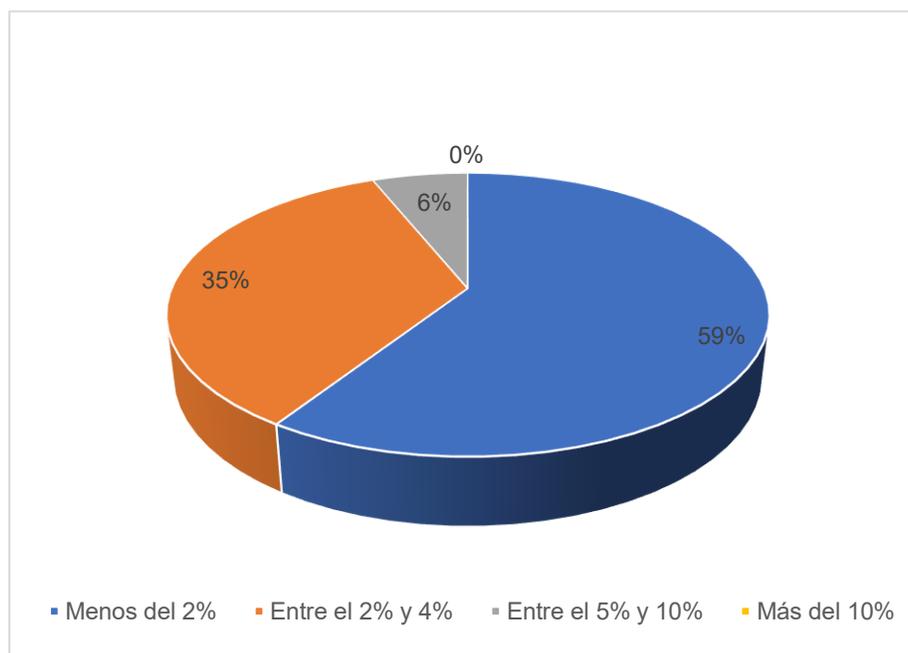
**Figura 15. Distribución de necesidad de contar en la IPS con algún mecanismo que ofrezca atención especializada a la población con ERC en el municipio de Pamplona y su área de influencia**



Fuente: Entrevista aplicada a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

El 80% de los entrevistados sugieren que es necesario que las IPS ubicadas en Pamplona cuenten con mecanismos que les permitan atender a pacientes con ERC, un 20% de los entrevistados comentan que no es necesario contar con dicho mecanismo; es decir que, no lo perciben como una necesidad para brindar atención a los pacientes que requieran un tratamiento y un cuidado específico atendiendo a la patología que les afecta.

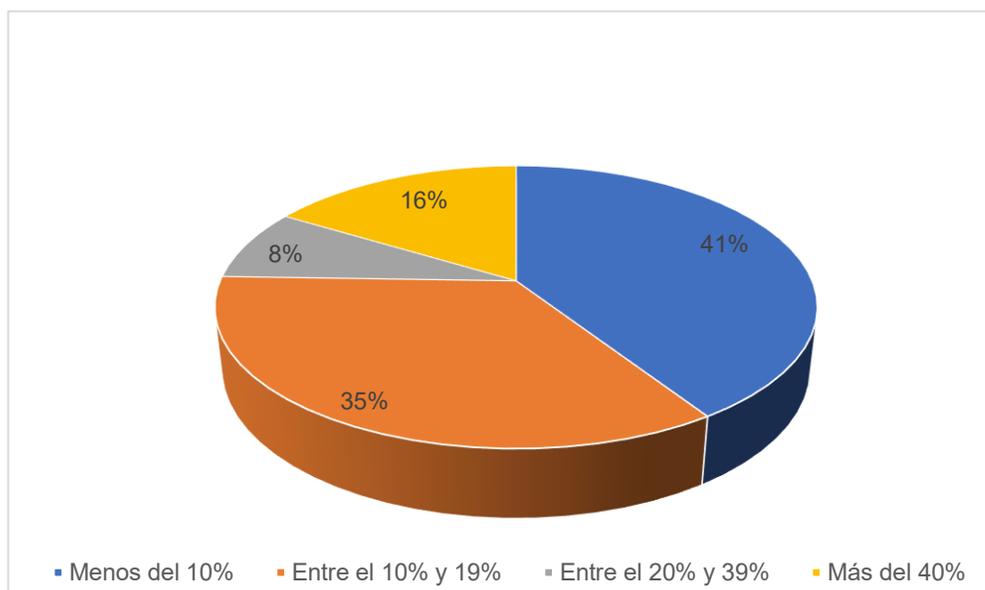
**Figura 16. Distribución de Frecuencia del total de pacientes atendidos que reciben terapia de hemodiálisis**



Fuente: Entrevista aplicada a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

Atendiendo a las estadísticas que manejan las IPS, un 59% de los encuestados manifiesta que menos del 2% de los pacientes atendidos (con patología de ERC) requieren de hemodiálisis, con un 35% señalan que entre el 2% y 4% reciben terapia de hemodiálisis y sólo un 6% de las instituciones del estudio indican que entre el 5% y 10% de los pacientes atendidos con ERC se les aplica hemodiálisis. Si bien el porcentaje de pacientes que requieren terapia de hemodiálisis para tratar la patología que les afecta es bajo, es imprescindible que las IPS cuente con mecanismo y protocolos para atender pacientes con ERC, de modo que, al encontrarse con un caso como esas características, tengan claro el protocolo a seguir para brindarles la atención que necesitan, de manera efectiva y oportuna.

**Figura 17. Distribución estadística institucional de pacientes con hipertensión arterial que estén en el programa de control y seguimiento de esta enfermedad**



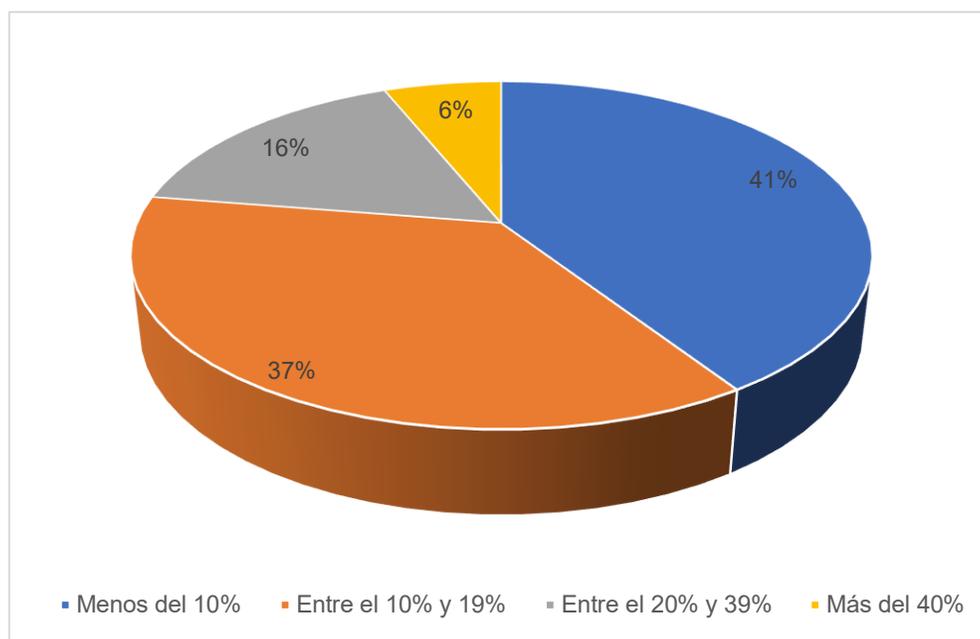
Fuente: Entrevista aplicada a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

La Hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de ERC, en el actual estudio el 41% de manifiesta que menos del 10% de los pacientes con HTA están en el programa de control y seguimiento de ERC a fin de prevenir ese tipo de complicaciones; el 35% de los entrevistado indican que menos del 20% de los pacientes diagnosticados con hipertensión se encuentran en el programa de control y seguimiento de ERC, sólo un 16% ha señalado que más del 40% de los pacientes hipertensos son monitoreados constantemente para evitar que su padecimiento se transforme en desencadenante de una complicación severa como es la enfermedad renal crónica.

Bien es sabido que la hipertensión arterial constituye junto con la diabetes mellitus (DM) configuran el principal factor de riesgo para padecer ERC, es muy importante que las instituciones prestadoras de salud realicen un seguimiento riguroso

a estos pacientes, para evitar que la persona termine con otra enfermedad que va a disminuir aún más su calidad de vida. Atención especial requiere la ERC sustancialmente cuando avanza a los estadios 4 y 5, debido a que el paciente requiere someterse a terapia de hemodiálisis para contrarrestar el mal funcionamiento de sus riñones, tratamiento que es de alto costo; donde Norte de Santander sólo contaba para 2018 con 6 IPS dotadas con servicio de hemodiálisis.

**Figura 18. Distribución de pacientes con diabetes que se encuentran en el programa de control y seguimientos de esta enfermedad**

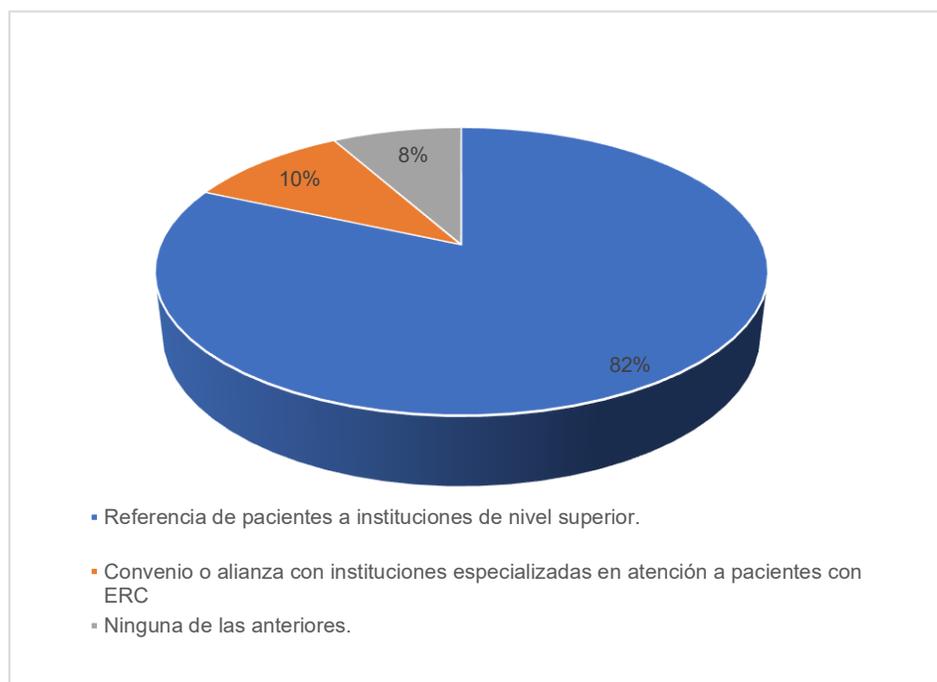


Fuente: Entrevista aplicada a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

Tal como se ha indicado anteriormente, la diabetes mellitus (DM) constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de ERC, en este caso el 41% de los encuestados manifiesta que menos del 10% de los pacientes con DM está en programa de control y seguimiento de la enfermedad, un 37% de los encuestados manifiesta que menos del 20% de los pacientes que padecen DM se encuentran en dicho programa, sólo un 6% señaló que más del 40% de los pacientes registrados en la estadística como diabéticos está monitoreado con el programa de control de ERC. Se

insiste aquí en la importancia de monitorear constantemente a este tipo de pacientes, a fin de prevenir complicaciones en la salud.

**Figura 19. Distribución de las estrategias que implementa la IPS para la atención de pacientes con ERC**

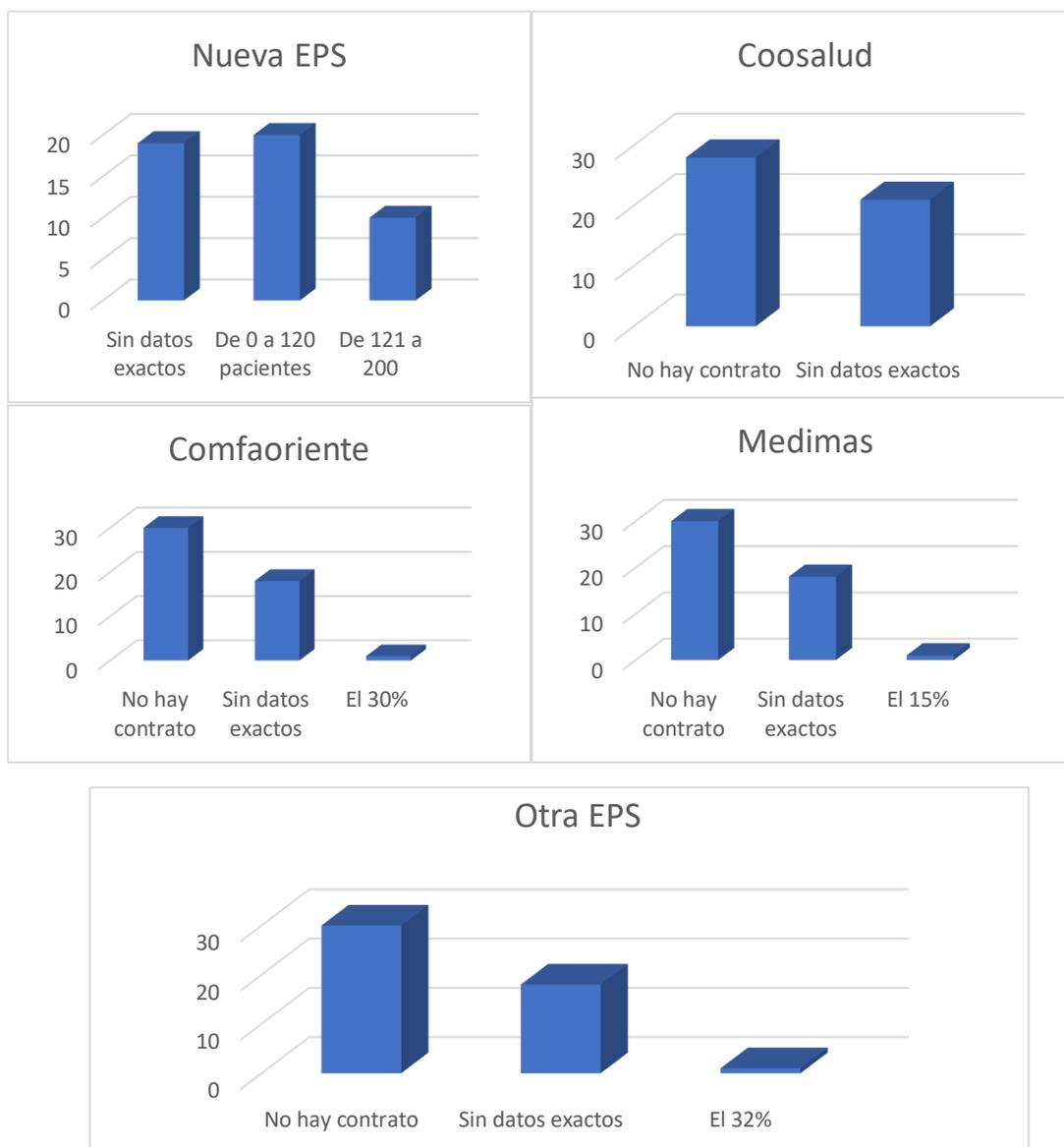


Fuente: Entrevista aplicada a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

Tal como era de esperarse, el 82% de la IPS refieren los pacientes con ERC a otras instituciones de salud que tengan las características, condiciones y los especialistas que puedan atender de forma idónea la patología; generalmente ubicadas fuera de Pamplona. Un 10% de los entrevistados manifiesta que tiene convenio con instituciones especializadas para atender la ERC y un 8% ha manifestado no tener ningún mecanismo o estrategia para atender un paciente con problemas renales crónicos. Estos datos admiten advertir que un número reducido de pacientes con ERC son atendidos en las IPS habilitadas en Pamplona, más de la mitad de los pacientes diagnosticados deben recurrir a otras instituciones, muchos seguramente no se hacen

los tratamientos requeridos o deben cancelar en instituciones privadas dichos tratamientos.

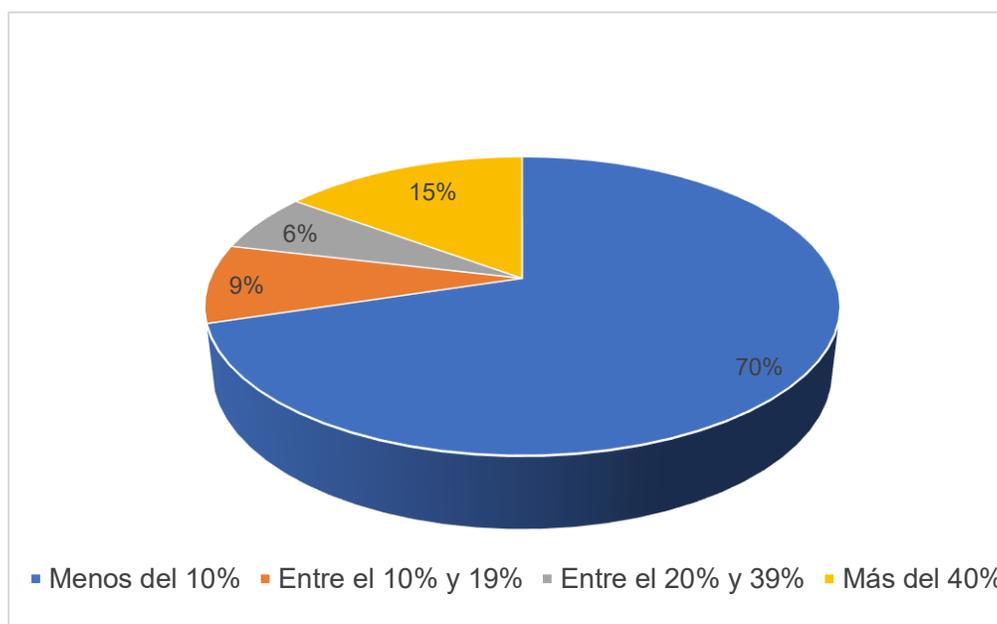
**Figura 20. Distribución de los pacientes que requieren hemodiálisis en la IPS según datos de las EPS (Coosalud, Comfaoriente, Medimas, otras EPS)**



Fuente: Entrevista aplicada a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

Las gráficas muestran que ninguna de las IPS que participó en este estudio cuentan con datos confiables que permitan conocer con exactitud el número de pacientes que requieren tratamiento de hemodiálisis (en Pamplona). Ha de señalarse la poca importancia que le otorgan a la ERC y al paciente que ha sido diagnosticado, al no contar con un registro exacto de la distribución que han hecho de tales pacientes a las distintas unidades de hemodiálisis disponibles; es decir que, no hay seguimiento y menos control de los casos identificados con ERC.

**Figura 21. Distribución de usuarios que consultan en la institución que requieren trasladarse a otros municipios para recibir hemodiálisis**



Fuente: Entrevista aplicada a los administrativos de las entidades HSJDP y CMI

El 70% de los encuestados refieren que menos del 10% de los usuarios requieren traslado a otros municipios para su tratamiento, según los resultados obtenidos menos del 15% de los pacientes necesitan traslado a otros municipios para tener acceso a la terapia de hemodiálisis. Es un porcentaje bajo; no obstante, todos los

pacientes deberían ser atendidos lo más cerca posible de sus lugares de origen, pues es un tratamiento que deben recibir varias veces por semana y ello implica un traslado constante que podría afectar aún más la salud del paciente.

Ahora bien, estos datos podrían ser cuestionados al contrastar con las respuestas relacionadas con la falta de datos confiables en las IPS respecto a los pacientes con ERC que requieren de tratamiento de hemodiálisis, recordando en este punto que el protocolo de control y seguimiento para pacientes con enfermedades renales no se aplica conforme a lo estipulado; suponiendo así que no hay exactitud en los datos que manejan respecto al tema, al tiempo que algunos pacientes no proporcionan toda la información a la IPS.

## DISCUSION

La estructura del sistema de salud en Colombia dispone que las IPS deben contar con la estructura de recursos tanto financieros, de talento humano, infraestructura, software, guías y protocolos que les permita ejecutar los debidos procesos de atención centrada en el paciente, traducándose esto en un servicio de salud de calidad y en la satisfacción del usuario- paciente. Todo ello contrasta con la capacidad que tienen actualmente las instituciones prestadoras de salud en el municipio de Pamplona donde se realizó el estudio respecto a la atención de pacientes con ERC ubicados en los estadios 4 y 5 en la evolución de la enfermedad, donde el 61% del total encuestados reconocen que no están en capacidad de brindar la atención requerida por estos pacientes.

Por otra parte, en el estudio realizado por Tejada Tayabas LM, Partida Ponce KL, Hernández Ibarra LE, sobre el cuidado coordinado hospital-hogar para enfermos renales en hemodiálisis desde la perspectiva del personal de enfermería se concluyó que hace falta una estrategia sistemática que permita un adiestramiento y la orientación permanente dirigida a familiares y cuidadores respecto a la ERC a fin de brindar una mejor atención y por ende mayor calidad de vida a los enfermos.

En correspondencia con esa necesidad de formación o capacitación a la que hacen referencia los autores antes señalados, en el presente estudio se encontró que el 55% de los encuestados reconoce que facilitan la capacitación y actualización de sus colaboradores para el manejo de la ERC en sus instituciones, mientras que un 27% apuntó que algunas veces se prestan esas facilidades de capacitación del talento humano. De esto es posible decir que la capacitación del personal de salud es un factor muy importante a la hora de valorar las capacidades organizacionales y operativas e las IPS, de esto depende no sólo su funcionamiento interno, sino también la atención, cuidado y tratamiento que se ofrece a los pacientes con ERC.

Ahora bien, el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (15) indica que aproximadamente el 43% de la población con ERC fue diagnosticada cuando los pacientes ya se encontraban con la enfermedad avanzada con estadio igual o mayor a 3. Precisando a su vez que se demanda una mayor eficiencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para la gestión de los pacientes y su consecuente tratamiento.

En el presente estudio en relación con la aplicación del protocolo para el manejo de pacientes ERC, se encontró que sólo el 21% de los individuos participantes señalo que la IPS donde laboran algunas veces lo manejan. Siendo esto un porcentaje bajo de aplicabilidad que se traduce en pacientes que no son diagnosticados a tiempo y de forma oportuna. Este punto evidencia un bajo nivel en términos de eficiencia para las IPS, las cuáles teniendo disponibles las guías de trabajo, no hacen uso adecuado de las mismas. Para la gestión de pacientes con ERC es imprescindible aplicar el protocolo de manejo de pacientes con ERC, allí se describe la ruta que debe seguir el paciente en atención al nivel de patología identificada por el médico y dará pauta de los servicios profesionales (humanos y tecnológicos) que requiera para tratarse.

El Ministerio de Salud señala las orientaciones con relación a la adopción de Guías de Atención Integral para las principales enfermedades en razón del perfil de morbimortalidad y del costo de Efectividad de sus tratamientos; el protocolo para el manejo de pacientes ERC es una de esas guías, por tanto, la IPS están obligadas a aplicarlas a los pacientes (46). Aplica también para el programa de promoción y prevención de ERC, cuya importancia radica en el manejo y monitoreo de afecciones como diabetes e hipertensión arterial que podrían derivar en ERC.

Estudios internacionales y nacionales reflejan que la complejidad en cuanto al manejo de la enfermedad renal crónica deriva de varios factores interrelacionados, entre

los que se destacan las fallas para prevenir el riesgo de aparición y progresión de citadas enfermedades. Esto tiene que ver con la falta de seguimiento a pacientes con comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes y afecciones menores a nivel renal a través del programa de promoción y prevención de ERC. En correspondencia, García DL., en su guía para el manejo de la enfermedad renal crónica –ERC– Basada en la evidencia Colombia (29), manifiesta que es necesario promover la participación en programas de detección oportuna de enfermedades prevalentes como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial para evitar la aparición de ERC.

En el caso del estudio realizado se pudo constatar que un 59% de los encuestados reconoce que en sus instituciones se ejecuta el programa de promoción y prevención de ERC, cifra que resulta interesante para lograr el objetivo de tener un monitoreo constante de pacientes con afecciones que podrían complicarse a futuro; es allí donde se debe aplicar la promoción de la salud, mediante el trabajo conjunto de especialistas, nutricionistas, psicólogos, etc., para orientar a los pacientes y lograr una detección temprana de enfermedades como ERC. Si bien, las instituciones evaluadas utilizan el programa de promoción y prevención, este no es una opción que se puede o no aplicar; debe aplicarse a cabalidad, para ellos las instituciones prestadoras de servicios de salud deben mantener actualizadas sus bases de datos de pacientes y afianzar el monitoreo permanente de aquellos pacientes que reúnan características y condiciones de alto riesgo a sufrir de ERC. En el seguimiento se encuentra el control e incluso la prevención.

En el estudio de Lopera-Medina M., referido a la enfermedad renal crónica en Colombia: Necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud se determinó que existen limitaciones estructurales y organizativas del sistema de salud, más específicamente en el caso de la ERC, describe que hay un vacío de información con respecto al acceso, la utilización y la continuidad de los servicios de salud en este grupo de pacientes. En correspondencia con la conclusión del citado autor, el estudio realizado teniendo como contexto el municipio de Pamplona refleja que las IPS participantes en el estudio no cuentan con datos confiables que permitan conocer con exactitud, por ejemplo, el número de pacientes que requieren tratamiento de hemodiálisis.

Concerniente a lo anterior la Resolución 4700 del 2008 determina que las instituciones prestadoras de salud tienen la obligatoriedad de reportar información de los pacientes catalogados con enfermedades de alto costo entre las cuales se encuentra la enfermedad renal crónica; de manera que se pueda monitorear la evolución de dichos pacientes y la progresión de la enfermedad. Ocurre que al no contar con información exacta de ese grupo de pacientes con ERC, esa falta de información se transforma en un obstáculo en la atención que se les debe brindar cuando su condición lo amerite; al tiempo que, es una limitante para la gestión integral y más eficiente del sistema de salud nacional.

Respecto a los recursos destinados por las IPS para atender las enfermedades denominadas de alto costo, el decreto 2699 de 2007 en su artículo 1º dispone la creación de la 'Cuenta de Alto Costo' para la administración financiera de los recursos dirigidos a este tipo de enfermedades. No obstante, la realidad del sistema de salud colombiano es compleja, puesto que las contribuciones y los aportes asignados por el gobierno no son suficientes para brindar atención de calidad a toda la población, menos en el caso de patologías como la ERC. El estudio develó que las IPS que participaron en el estudio no tienen los recursos suficientes para tratar de manera eficiente los casos de ERC, lo que radica en la violación del derecho a la salud que debe tener todo colombiano cualquiera sea su condición.

La gestión de pacientes con enfermedad renal crónica en el municipio de Pamplona se ve condicionada en primer lugar por el número de IPS con servicios de nefrología, que dicho sea de paso dentro del estudio realizado en esta oportunidad no se logró evidenciar que en verdad se cuente con el servicio de nefrología que algunos de los encuestados refieren en las encuestas. Se ve con preocupación que no se percibe interés (por parte de las IPS en estudio) de establecer alianzas estratégicas que beneficien a este grupo de pacientes, que requiere atención especializada. La falta de personal de salud capacitado o especializado para brindar una atención idónea a los pacientes con ERC, sin duda es otro condicionante negativo respecto a las capacidades que presentan las IPS. Es fundamental que sean aplicados los programas, protocolos y guías de promoción, monitoreo y prevención de ERC, junto con la existencia de bases

de datos confiables para poder hacer seguimiento a los casos que así lo requieran. Finalmente, el aspecto económico tiene gran impacto a la hora de diagnosticar y tratar a los pacientes con ERC en cualquiera de sus estadios, en virtud de los altos costos que involucran los medicamentos, los tratamiento de hemodiálisis, diálisis peritoneal, y trasplante renal; así las cosas, este tipo de estudios devela la realidad y la necesidad que el Estado colombiano a través de las entidades territoriales que hacen parte de la red de prestadores de servicios de salud fortalezcan mecanismos para incrementar la inversión en la atención oportuna, calidad y pertinente de pacientes con enfermedades que deterioran la calidad de vida como lo es la ERC.

## 7. CONCLUSIONES

De las instituciones prestadoras de servicio de salud que se encuentran en Pamplona solo dos refieren que cuentan con servicio de nefrología . Entendiendo así que cuentan con el personal especializado para atender patologías asociadas al riñón, como es la ERC. Entendiendo así que cuentan con el personal especializado para atender patologías asociadas al riñón, como es la ERC. Lo anterior es indicativo de la atención que se brinda a los pacientes que requieren vigilancia y cuidados dependiendo del estadio en el que se encuentre la afección. No obstante, las demás IPS no tienen las condiciones para recibir y brindar tratamientos médicos a pacientes con ERC catalogados en los estadios 4 y 5 por requerir tratamientos de alto costo, terapias de hemodialisis e incluso trasplante de organos (en el peor de los casos). Estos pacientes son referidos a las instituciones que pueden atenderlos en el municipio o fuera de este, lo que puede significar una larga espera o el esfuerzo de trasladarse fuera de su lugar de residencia para recibir tratamiento.

Se pudo constatar que las IPS tienen condiciones para atender pacientes con ERC en los estadios inferiores (1, 2 y 3), atendidos por personal no especializado. Mientras que manifiestan no tener condiciones para recibir pacientes con una patología en estadio 4 y 5 (avanzada). Hay poco personal en el área de nefrología y por múltiples circunstancias resulta muy difícil que pueda capacitarse y profesionalizarse para brindar una mejor atención al paciente. Ante ello, es fundamental apostar por la formación del personal médico, enfermeros y técnicos para que el diagnóstico y control de la ERC sea efectivo; esto requiere de incentivos desde el ministerio de salud para que los médicos tengan oportunidad de especializarse en el área de nefrología, también en inversión para que más IPS puedan ofrecer los servicios de nefrología e invertir en personal capacitado para ejecutar las labores que cualquier paciente con ERC requiera.

Con respecto al servicio de atención de pacientes con ERC ha de señalarse que el programa de prevención de ERC y el protocolo de atención para pacientes con enfermedad renal, son conocidos por las IPS, señalan que los aplican en cierta medida, pero no son 100% efectivos. Puesto que, no se hace un proceso de seguimiento a pacientes con patologías como diabetes e hipertensión arterial que podrían derivar en ERC, a fin de prevenir la enfermedad o por lo menos para lograr un diagnóstico temprano. Por otra parte, el protocolo de atención no se aplica en todas las instituciones, razón por la cual hay deficiencia en los datos que se manejan de estos pacientes con ERC.

Por su parte, ante el déficit de personal especializado en medicina interna o nefrología, los pacientes con ERC son atendidos en su mayoría por médicos generales. Dependiendo del estadio o evolución de la enfermedad se procede a referir a los pacientes a otras IPS donde se les pueda brindar los cuidados y tratamientos requeridos. Paradojicamente, los datos apuntan a la no existencia de alianzas entre instituciones para agilizar y brindar una mejor atención al paciente. Por lo que se hace necesario implementar un mecanismo para que las IPS trabajen de forma

mancomunada (sin menoscabo de la EPS a la que pertenezca el paciente) para ofrecer la atención que un paciente con ERC requiere.

Para brindar un mejor servicio de salud a los habitantes de Pamplona, e incluso de municipios aledaños, es fundamental que se definan políticas y recursos que permitan la profesionalización del personal de salud en el área de la medicina interna y más específicamente en nefrología. Igual para el personal de enfermería y otros cualquier otra personal técnico que se encarguen del manejo de equipos en las unidades de atención renal. Es preciso indicar que un número mayor de IPS deben contar con servicios de nefrología para la atención de pacientes con ERC, puesto que las existentes no tienen la cobertura necesaria.

Finalmente, las instituciones prestadoras de servicios de salud cuentan con la estructura gerencial e infraestructura para atender de la mejor manera posible a pacientes con ERC. No obstante, la realidad muestra problemas presupuestarios, específicamente cuando los participantes señalan que no cuentan con los recursos suficientes para una enfermedad de alto costo como es ERC. Las IPS no tienen todas las condiciones en términos de personal capacitado y de organización – logística para el diagnóstico, atención e incluso la prevención de la ERC. Este tipo de estudios sirven para reflejar la realidad de la situación estudiada y también como una forma de factibilidad para que se invierta en la salud de los colombianos.

## 8. RECOMENDACIONES

- Las instituciones prestadoras de salud deberían aplicar los programas y protocolos que permitan por un lado prevenir el avance de la enfermedad entre la sociedad y por otro lado, para brindar una atención justa a quienes tienen la patología de ERC.
- Apuntando a la prevención, las instituciones prestadoras de salud pueden ejecutar el programa mediante la puesta en marcha de acciones educativas por parte del

personal de salud que le permitan a la población conocer sobre la ERC, los factores de riesgo y la importancia de la detección temprana. La aplicación del programa de promoción y prevención de la ERC supone un beneficio para todo el sistema de salud del país, en términos de planificación, economía, alcance, actuación, profesionalización y desarrollo.

- Diseñar y ejecutar planes donde se puedan incorporar a todos aquellos trabajadores del sector salud que deseen capacitarse y profesionalizarse en el área de nefrología.
- La estructura gerencial debe gestionar los recursos necesarios para que las IPS puedan contar con un personal altamente capacitado para atender pacientes con ERC. Se recomienda realizar las proyecciones necesarias para abrir unidades de nefrología en el municipio y en la región que permitan una gestión efectiva de los pacientes con ERC.
- Destinar un mayor aporte del presupuesto nacional a las enfermedades de alto costo, como la enfermedad renal crónica; de manera que, las IPS puedan intervenir de manera positiva en los pacientes con ERC, en términos de reducir la progresión de la enfermedad, tratar los factores de riesgo u ofrecer los tratamientos especializados requeridos por algunos pacientes.
- La ejecución de estudios que muestren la realidad de sistema de salud de Colombia, son fundamentales para comprender y tener datos de primera mano para hacer propuestas y planes que permitan dotar de calidad y eficiencia al servicio médico que se ofrece a la sociedad; de manera que, se debe brindar el apoyo necesario en todas las fases de desarrollo (investigaciones).
- Contribuir con la información requerida para la ejecución de los estudios que se implementen en el campo de la salud, especialmente, relacionados con las

capacidades de las IPS. Esto va a contribuir en el funcionamiento de las mismas, al evidenciar fortalezas y debilidades en las funciones que realizan.

## 9. PLAN DE MEJORA

| <b>ACCIONES PARA OPTIMIZAR LA ACTUACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN LA GESTIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL MUNICIPIO DE PAMPLONA</b>  |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <b>Objetivo:</b> Definir líneas de acción para fortalecer las capacidades organizacionales y los recursos de las instituciones prestadoras de servicios de salud en la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica en el municipio de Pamplona con el propósito de ofrecer una atención de calidad. |   |  |   |  |
| Línea de Acción   | Acción Específica   | Recursos   | Medio de Verificación   | Responsable  |
| <b>1. Servicio Prestado al Paciente</b>   | - Promover y mantener las condiciones para la atención de manera eficiente a los pacientes diagnosticados con ERC | Disponibilidad de personal médico, enfermeras, técnicos y demás profesionales.<br>Infraestructura adecuada para las terapias de hemodiálisis y otros Tratamientos requeridos para este tipo de afecciones. | Contratación de personal idóneo requeridos para la adecuada atención de pacientes con ERC     | Ministerio de Salud.<br>Secretaría de Salud.<br>Directivos de las IPS. |
|   | - Manejar el Programa de Promoción y Prevención de la ERC.  | Todos los materiales y equipos necesarios para aplicar el programa de prevención de ERC.   | Seguimiento al cumplimiento de indicadores de los Programas Especiales (ERC)                  | Personal Gerencial de la IPS.<br>Personal de salud adscrito a la IPS.  |
|   | - Aplicar el protocolo de atención al paciente con ERC.   | Protocolo de atención pacientes con ERC.   | Aplicación de lista de Chequeo al cumplimiento del Protocolo de Atención a pacientes con ERC. | Personal Gerencial de la IPS.<br>Personal de salud adscrito a la IPS   |
|   | - Contratar alianzas estratégicas con otras IPS que cuenten con los servicios                                     | Proyecto de alianzas estratégica.  | Establecimiento de alianzas estratégicas para ampliación de cobertura en                      | Figura gerente de las IPS.   |

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
|   | requeridos para brindar atención a los pacientes con ERC.  |  | atención a pacientes con ERC.   |  |
|   | - Proponer el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) para el desarrollo de interconsultas de monitoreo y control de pacientes con ERC (evitando el desplazamiento físico del paciente).  | Guía o protocolo para el desarrollo de interconsultas asistidas por TIC. Materiales y equipos tecnológicos necesarios. Personal especializado o con formación en área de nefrología. | Contratación de software para implementación de telemedicina para pacientes con difícil acceso. | Personal Gerencial de la IPS.                                      |
| <b>2. Recursos Humanos, económicos y materiales</b> | - Conformar equipos con médicos especialistas (nefrólogos – internistas), profesionales de enfermería, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales para atender de forma integral a los pacientes ERC. | Personal Humano. Protocolo de atención a pacientes ERC.  | Contratación de personal suficiente para la atención integral de pacientes con ERC.             | Personal Gerencial de la IPS. Personal de salud adscrito a la IPS. |
|   | - Gestionar Planes de formación dirigido al personal de salud, para que los interesados puedan capacitarse y profesionalizarse en el área de la Nefrología.  | Asistencia a capacitaciones, eventos, cursos, diplomados u otros estudios técnicos y profesionales (para inscribirse).   | Convenios con instituciones educativas para la formación continua al personal de salud          | Figura gerente de las IPS.   |
|   | - Tramitar recursos económicos para brindar atención de calidad a pacientes con ERC.   | Disponibilidad económica para una mejor atención médica.   | Ampliación presupuestal para fortalecer el programa de atención a pacientes con ERC             | Ministerio de Salud, Gobernación, Alcaldía                         |
|   | - Formular proyectos para el establecimiento   | Materiales, financieros,   | Creación de unidades de atención de   | Secretaría de Salud de Pamplona;                                   |

|                                     |  |   |   |  |
|-------------------------------------|--|---|---|--|
|                                     | de otras unidades de atención a patologías relacionadas con el riñón para casos pediátricos y adultos.   | personal de servicio capacitado.  | pacientes pediátricos y adultos con patologías renales.   | Gobierno Regional y Ministerio de Salud.   |
| <b>3. Prevención e Información.</b> | - Organizar y mantener actualizada una base de datos de los pacientes ERC, donde se detallan sus afecciones y requerimientos para brindarles atención detallada y con sentido de calidad y eficiencia. | Herramienta para organizar la base de datos. Personal administrativo encargado de alimentar la base de datos. | Seguimiento continuo a la cohorte actualizada de pacientes con ERC.                                 | Personal de la IPS   |
|                                     | - Desarrollar campañas informativas entre la colectividad para prevenir la ERC.  | Materiales informativos. Personal especializado para desarrollar las charlas, talleres, etc.                  | Evidencia de material educativo entregado a los usuarios con el fin de prevenir ERC.                | Personal Gerencial de la IPS. Secretaria de Salud del Municipio.                                     |
|                                     | - Realizar actividades de prevención y promoción para la salud destinadas a cultivar hábitos de vida saludables y disminuir los factores de riesgo de ERC  | Equipos y materiales necesarios. Material impreso.  | Listas de asistencia de los usuarios que participaron en las actividades de Promoción y Prevención. | Secretaria de Salud del Municipio. Personal Gerencial de la IPS. Personal de salud adscrito a la IPS |
|                                     | - Campañas de difusión con información de salud renal en los diferentes medios de comunicación.  | Guion de información sobre la campaña. Contacto con los diferentes medios de comunicación del municipio.      | Contratación con medios de comunicación para la educación dirigida a toda la población.             | Secretaria de Salud del Municipio. Figura gerente de las IPS.  |

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Constitucional C. Constitución Política de Colombia 1991. Actualizada con los Actos Legislativos a 2016. Bogotá: Centro de Documentación Judicial–CENDOJ; 2016.
2. Hernández PRLyALA. Caracterización Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) - IPS. Estudio Sectorial. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017.
3. Fincowsky EBF. Organización de Empresas. 3rd ed. México: McGraw Hill; 2009.
4. Harold Koontz HWMC. Administración. Una perspectiva global y empresarial. 14th ed. México: McGraw Hill; 2012.
5. Ghobadian Noya. La importancia de las capacidades para la dirección estratégica y el desempeño. Management Decision. 2004 febrero; 42(2).
6. Winter RNyS. An evolutionary Theory of: Harvard University Press Cambridge; 1982.
7. David Teece GPyAS. Dynamic Capabilities and strategic management. Strategic Management Journal. 1997; 18(7).
8. Finkelstein CHyS. Dynamic capabilities and organizational processes. In Catali MPy. Dynamic Capabilities: Understanding Strategic Change in Organizations. Londres: Wiley-Blackwell; 2007. p. 160.
9. E.P.S. CS. [www.capitalsalud.gov.co](http://www.capitalsalud.gov.co). [Internet]. Disponible en: <https://www.capitalsalud.gov.co/transparencia/informacion-interes/glosario/enfermedades-alto-costo>.
10. Costo FCdEdA. Cuenta de Alto Costo. [Internet]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/normatividad/>.
11. Salud OPdl. Enfermedad crónica del riñón. [Internet]. [Citado 15 abril 2021] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-cronica-rinon#:~:text=La%20enfermedad%20renal%20cr%C3%B3nica%20del,son%20excretados%20en%20la%20orina>.

12. Consultor Salud. [Internet]. ERC más de 850 millones de personas en el mundo la padecen. 2019 [Citado 20 abril 2021]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/erc-mas-de-850-millones-de-personas-en-el-mundo-la-padecen/>
13. Skorecki K. Chertow G. Marsden P. Taal M. y Yu A. Brenner y Rector. El riñón. 10th ed. Madrid: Elsevier; 2012
14. Fajardo-Gutiérrez A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. Alergia México. 2017 marzo; 64(1).
15. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. [Internet]. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. 2020 [Citado 27 abril 2021]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/erc/situacion-de-la-enfermedad-renal-cronica-la-hipertension-arterial-y-la-diabetes-mellitus-en-colombia-2020/>
16. Departamento Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda - CNPV 2018. Bogotá D.C.: Departamento Nacional de Estadística; 2019.
17. Lopera-Medina MM. La enfermedad renal crónica en Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud [Internet]. 2016 [Citado 15 abril 2021]; 15 (30) 212-33 Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272016000100015](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272016000100015).
18. Gallardo K. Benavides F. y Rosales R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. Revista Ciencia y Salud [Internet]. 2016 [Citado 4 marzo 2021]; 14(1) 103-14. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-72732016000100010&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-72732016000100010&script=sci_abstract&tlng=es)
19. A D. Explorations in quality assessment and monitoring Chicago, IL: Health Administration Press; 1980.
20. Decreto Numero 1011. Colombia: Ministerio De La Protección Social; 2006.
21. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. 2016 [Citado 22 febrero

- 2021]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>
22. Gestión integral de riesgo en salud [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. 2018 [Citado 22 febrero 2021]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx>
23. García JC. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2010 [Citado 23 febrero 2021]. 36 (4) 371 – 80. Disponible en:  
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n4/spu14410.pdf>
24. Organización Panamericana de la Salud. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, Unidad 2: Salud y enfermedad en la Población [Internet]. Washington, D.C: OPS. 2011 [Citado 3 mayo 2021]. Disponible en:  
<https://www.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE2.pdf>
25. Morales A. Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención. [Internet] Academia; 2013 [Citado 3 marzo 2021]. Disponible en:  
[http://www.academia.edu/6341435/historia\\_natural\\_de\\_la\\_enfermedad\\_y\\_niveles\\_de\\_prevenici%C3%93n](http://www.academia.edu/6341435/historia_natural_de_la_enfermedad_y_niveles_de_prevenici%C3%93n)
26. Espinoza Jiménez M. Proceso de atención de enfermería a un paciente con insuficiencia renal crónica [Tesis]. Sonora: Universidad de Sonora. 1996
27. Valenzuela Flores O. Proceso de atención de enfermería a un paciente con insuficiencia renal crónica [Tesis]. Sonora: Universidad de Sonora. 1996.
28. Enfermedad renal crónica [Internet]. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. 2019 [Citado 3 marzo 2021]. Disponible en:  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000471.htm>.
29. García DL. Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica –ERC– Basada en la evidencia Colombia [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y

la Seguridad Social. 2007 [Citado 8 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VS/P/GUIA%20DE%20MANEJO%20Y%20MODELO%20PREVENCION%20CONTROL%20RENAL.pdf>

30. Hernández. Fernández y Baptista. Metodología de la investigación. 6ª Ed. México D.F: Editorial Mac Graw Hill; 2014.
31. INFORME BELMONT: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos [Internet]. Revista Médica Herediana, 2013 [citado 17 marzo 2021]; 4(3). Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/424/391>
32. Arias, F. G. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 5ta. Edición Caracas: Episteme; 2006.
33. Palella M. Metodología De La Investigación Cuantitativa. 3ª Ed. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador; 2012.
34. Balestrini, M. Como se elabora un proyecto de investigación. Caracas: Consultores Asociados B.L Servició Editorial; 1997.
35. Resolución 08430. Colombia: Ministerio De Salud; 1983.
36. Fayol H. Administración industrial y general. 1ª Ed. Santiago de Chile. Universitaria, Santiago de Chile; 1971.
37. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed. [Internet]. [citado 17 marzo 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es>
38. Hurtado I, Toro J. Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio. Caracas: Episteme Consultores Asociados C.A; 1998.
39. Tamayo M. Metodología formal de la investigación científica. 2ª Ed. México D.F: Limusa; 1997.
40. Vivanco M. Muestreo estadístico: diseño y aplicaciones. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2005.
41. Chávez N. Introducción a la Investigación Educativa. 3a Ed. Maracaibo: La Columna. 2007.

42. Bavaresco A. Proceso metodológico en la investigación. 3a Ed. Venezuela: Imprenta Nacional. 2013.
43. Navarro J, Quijano SD, Berger R, Meneses R. Grupos en las organizaciones: herramienta básica para gestionar la incertidumbre y ambigüedad crecientes [Internet]. Papeles del Psicólogo 2011 [citado 17 mayo 2021]; 32(1): 17-28. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1915.pdf>
44. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruíz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico [Internet]. Investigación en Educación Médica 2013 [citado 01 septiembre 2021]; 2(7) 162-67. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
45. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico: La entrevista cerrada [Internet]. 2020 [citado 25 octubre 2021]; Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/entrevista-cerrada>
46. Martinez FL, Valencia MB. Modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica. Ministerio de la protección Social [Internet]. 2005 [Consultado 19 Oct 2021]. Disponible en: [http://www.nuevaleislacion.com/files/susc/cdj/conc/mod\\_pyc\\_ecr\\_r\\_3442\\_06.pdf](http://www.nuevaleislacion.com/files/susc/cdj/conc/mod_pyc_ecr_r_3442_06.pdf).
47. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Sistema Integrado de Información de la Protección Social [Internet]. Colombia. Disponible en: <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesasis2/>

**ANEXOS**

### RECURSOS Y CAPACIDADES EN LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE LA GESTIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL MUNICIPIO DE PAMPLONA

Su participación en esta encuesta es voluntaria y no implica riesgos de ningún tipo por completar el cuestionario.

Aunque su opinión es muy importante para nosotros, usted es libre de suspender su participación en cualquier momento.

---

\*Obligatorio

1. Correo electrónico \*

\_\_\_\_\_

2. ¿Está de acuerdo en participar en la investigación sobre recursos y capacidades en la institución prestadora de servicios de salud sobre gestión de pacientes con enfermedad renal crónica? \* *Marca solo un óvalo.*

Sí

No

3. NOMBRE Y APELLIDO \*

\_\_\_\_\_

4. INSTITUCION \*

---

5. OCUPACION \*

---

6. CARGO \*

---

El siguiente cuestionario tiene 9 preguntas con 4 opciones de respuesta, que otorgan un puntaje de importancia y/o frecuencia, siendo 1 el menor grado, hasta el 4 el mayor.

1.Nunca. 2.Ocasionalmente. 3.Algunas veces. 4.Siempre

1. ¿En la institución se clasifica a los pacientes con enfermedad renal en sus diferentes estadios? \* *Marca solo un óvalo.*

|       | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |         |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------|
| Nunca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Siempre |

2. ¿La institución de salud está en capacidad de atender pacientes con ERC en estadios 1 a 3? \*

*Marca solo un óvalo.*

2 2 3 4

Nunca     Siempre

3. ¿La institución de salud está en capacidad de atender pacientes con ERC en estadios 4 a 5? \*

*Marca solo un óvalo.*

3 2 3 4

Nunca     Siempre

4. ¿La institución facilita la capacitación y actualización permanente a colaboradores (talento humano) para el manejo de la ERC? \* *Marca solo un óvalo.*

4 2 3 4

Nunca     Siempre

5. ¿La institución cuenta con recurso humano especializado en Nefrología, para la atención de los pacientes con ERC? \* *Marca solo un óvalo.*

5 2 3 4

Nunca     Siempre

6. ¿Se ejecuta en la institución el programa de promoción y prevención de la ERC? \*

Marca solo un óvalo.

|       |                       |                       |                       |                       |         |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------|
|       | 6                     | 2                     | 3                     | 4                     |         |
| Nunca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Siempre |

7. ¿Existe en la institución un protocolo para el manejo de pacientes con ERC? \*

Marca solo un óvalo.

|       |                       |                       |                       |                       |         |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------|
|       | 7                     | 2                     | 3                     | 4                     |         |
| Nunca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Siempre |

8. ¿La IPS cuenta con alianzas estratégicas con entidades especializadas para el manejo de pacientes de ERC? \* Marca solo un óvalo.

|       |                       |                       |                       |                       |         |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------|
|       | 8                     | 2                     | 3                     | 4                     |         |
| Nunca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Siempre |

9. ¿En el presupuesto de la IPS, ¿se dispone de rubro para el manejo de pacientes con ERC? \* Marca solo un óvalo.

|       |                       |                       |                       |                       |         |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------|
|       | 9                     | 2                     | 3                     | 4                     |         |
| Nunca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Siempre |

## ENTREVISTA ESTRUCTURADA

1. ¿Cuál es la característica del personal que dispone la IPS para la atención de pacientes con ERC? \* *Marca solo un óvalo.*

- Humanos no especializados
- Humanos especializados en nefrología
- Humanos con otra especialidad diferente a nefrología

2. Los seguimientos periódicos que realiza la IPS para medir la efectividad de la atención médica a pacientes con ERC se realiza por: \*

*Marca solo un óvalo.*

- Especialista en nefrología
- Médico general
- Especialidad diferente a nefrología

3. ¿Cree Usted que es necesario contar en la IPS con algún mecanismo que ofrezca atención especializada a población con ERC en el municipio de Pamplona y su área de influencia? \* *Marca solo un óvalo.*

- Si
- No

4. . Según la estadística de la institución, del total de pacientes atendidos por ustedes ¿Cuántos pacientes con ERC reciben terapia de hemodiálisis? \* *Marca solo un óvalo.*

- Menos del 2%
- Entre el 2% y 4%
- Entre el 5% y 10%
- Más del 10%

5. Según la estadística de la institución, ¿Cuántos pacientes con hipertensión arterial están en el programa de control y seguimiento de esta enfermedad? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Menos del 10%
- Entre el 10% y 19%
- Entre el 20% y 39%
- Más del 40%

6. Según la estadística de la institución, ¿Cuántos pacientes con diabetes están en el programa de control y seguimiento de esta enfermedad? \* *Marca solo un óvalo.*

- Menos del 10%
- Entre el 10% y 19%
- Entre el 20% y 39%
- Más del 40%

7. De las siguientes estrategias cuáles implementa la IPS para la atención de pacientes con ERC avanzada que acuden a su oferta de servicios: \* *Marca solo un óvalo.*

- Convenio o alianza con instituciones especializadas en atención a pacientes con ERC
- Referencia de pacientes a instituciones de nivel superior.
- Ninguna de las anteriores.

8. De los pacientes que atiende la IPS y que requieren hemodiálisis, cuántos pertenecen a las siguientes EPS:

Nueva EPS

Coosalud

Comfaorient

Medimas

Otra EPS

9. Qué porcentaje de usuarios que consultan en la Institución requieren trasladarse a otros municipios para recibir hemodiálisis?

*Marca solo un óvalo.*

- Menos del 10%
- Entre el 10% y 19%
- Entre el 20% y 39%
- Más del 40%

## ANEXO 2. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN CMI

Universidad Católica de Manizales  
Radicado No: 2454  
Fecha: 2021-07-17 10:01

PEAS-623,1-070,6/2454

1 de 3

Manizales, 17 de julio de 2021

Doctor  
**FABIO RENE RINCÓN NAVARRO**  
Gerente  
Centro Medico Integral (CMI)  
Carrera 5 Nro. 8B-40  
Pamplona, Norte Santander

Asunto: Solicitud autorización trabajo de investigación Centro Medico Integral (CMI)

Cordial saludo:

***En atención al plan institucional 2018-2025 y teniendo en cuenta la mega a la mega 5; desarrollar programas académicos pertinentes que fortalezcan la formación integral y el desarrollo humano y social, con estándares internacionales de calidad como referentes,*** la presente para solicitarle su autorización para la elaboración del trabajo de investigación de los estudiantes de la Especialización en Administración de la Salud: "Recursos y capacidades en Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud para la Gestión de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en el municipio de Pamplona".

El tiempo del proyecto, para la fase de recolección de información, será durante el segundo semestre de éste año, para realizar la revisión del anexo 1 y 2 sobre información referente a recursos y capacidades en instituciones prestadoras de servicio de salud para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica en el municipio de Pamplona.

La recolección de la información se realizará durante los meses de julio y agosto del 2021 los días martes y viernes de 3 a 5 pm de la tardes. La validación de la información requiere que por favor nos autorice la presencia del personal administrativo.

Dicho proyecto permitirá generar conocimiento institucional sobre el manejo de los recursos y capacidades organizacionales en gestión de pacientes con enfermedad renal crónica y fortalecer la capacidad científica de los prestadores de servicio de salud, esta información es relevante pues le sirve para implementar acciones de mejora que ayudaran a analizar el manejo de los recursos y priorizar acciones encaminadas al mejoramiento en la gestión de los pacientes con enfermedad renal crónica, caracterizar

la necesidades de los servicios de atención y determinar recursos y capacidades existentes en el municipio .

Así mismo los estudiantes entregarán a la institución los resultados del proyecto con sus respectivas recomendaciones. El anteproyecto ya tiene el aval institucional, por parte de la Universidad Católica de Manizales, es importante aclarar que desde el componente ético, el desarrollo del proyecto de investigación no implica ningún tipo de riesgo para los pacientes, pues no se llevará a cabo ningún proceso de intervención directa que impacte variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales en los individuos.

Los investigadores se comprometen a manejar la confidencialidad frente a la información recopilada y los nombres de los participantes que suministrarán dicha información, pues ésta será manipulada solo con fines investigativos.

El trabajo de investigación estará orientado por Vanesa Mercedes Rivera Rosero docente de investigación del posgrado.

Relaciono los nombres de los estudiantes interesados en realizar este trabajo de investigación:

|                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| María Magdalena Cañas Rico   | CC.60.262.440     |
| Alirio Carvajal Rojas        | CC.1094174195     |
| Yuly Andrea Mariño Alsina    | CC. 1.094.242.294 |
| Lida Milena Rodríguez Lozano | CC. 52.366.601    |
| Atanael Rodríguez Tarazona   | CC. 88.210.949    |

De antemano agradezco su amable atención y colaboración.

Atentamente,

USO EXCLUSIVO SAIA USO EXCLUSIVO SAIA  
USO EXCLUSIVO SAIA USO EXCLUSIVO SAIA



**PATRICIA GOMEZ GONZALEZ**  
Director (a) Especializacion en Administracion en Salud

## ANEXO 3. SOLICITUD AUTORIZACIÓN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS



Universidad Católica de Manizales  
Radicado No: 2307  
Fecha: 2021-07-08 19:00

PEAS-623,1-070,6/2307

1 de 3

Manizales, 08 de julio de 2021

Doctora  
**YANETH BLANCO MONTAÑO**  
Subdirección Científica  
ESE Hospital San Juan de Dios  
Carrera 9a Nro.6-39  
Teléfono: (7) 5682482  
Pamplona, Norte Santander

Asunto: Solicitud autorización trabajo de investigación ESE Hospital San Juan de Dios

Cordial saludo:

***En atención al plan institucional 2018-2025 y teniendo en cuenta la mega a la mega 5; desarrollar programas académicos pertinentes que fortalezcan la formación integral y el desarrollo humano y social, con estándares internacionales de calidad como referentes,*** de la manera más atenta me permito solicitar su autorización para la elaboración del trabajo de investigación de los estudiantes de la Especialización en Administración de la Salud: "Recursos y capacidades en Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud para la Gestión de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en el municipio de Pamplona".

El tiempo del proyecto, para la fase de recolección de información, será durante el segundo semestre de éste año, para realizar la revisión del anexo 1 y 2 sobre información referente a recursos y capacidades en instituciones prestadoras de servicio de salud para la gestión de pacientes con enfermedad renal crónica en el municipio de Pamplona.

La recolección de la información se realizará durante los meses de julio y agosto del 2021 los días martes y viernes de 3 a 5 pm de la tardes. La validación de la información requiere que por favor nos autorice la presencia del personal administrativo.

Dicho proyecto permitirá generar conocimiento institucional sobre el manejo de los recursos y capacidades organizacionales en gestión de pacientes con enfermedad renal crónica y fortalecer la capacidad científica de los prestadores de servicio de salud, esta información es relevante pues le sirve para implementar acciones de mejora que ayudaran a analizar el manejo de los recursos y priorizar acciones encaminadas al mejoramiento en la gestión de los pacientes con enfermedad renal crónica, caracterizar



PEAS-623,1-070,6/2307

2 de 3

la necesidades de los servicios de atención y determinar recursos y capacidades existentes en el municipio.

Así mismo los estudiantes entregarán a la institución los resultados del proyecto con sus respectivas recomendaciones. El anteproyecto ya tiene el aval institucional, por parte de la Universidad Católica de Manizales, es importante aclarar que desde el componente ético, el desarrollo del proyecto de investigación no implica ningún tipo de riesgo para los pacientes, pues no se llevará a cabo ningún proceso de intervención directa que impacte variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales en los individuos.

Los investigadores se comprometen a manejar la confidencialidad frente a la información recopilada y los nombres de los participantes que suministrarán dicha información, pues ésta será manipulada solo con fines investigativos.

El trabajo de investigación estará orientado por Vanesa Mercedes Rivera Rosero docente de investigación del posgrado.

Relaciono los nombres de los estudiantes interesados en realizar este trabajo de investigación:

|                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| María Magdalena Cañas Rico   | CC.60.262.440     |
| Alirio Carvajal Rojas        | CC.1094174195     |
| Yuly Andrea Mariño Alsina    | CC. 1.094.242.294 |
| Lida Milena Rodríguez Lozano | CC. 52.366.601    |
| Atanael Rodríguez Tarazona   | CC. 88.210.949    |

De antemano agradezco su amable atención y colaboración.

Atentamente,



**PATRICIA GOMEZ GONZALEZ**  
Director (a) Especialización en Administración en Salud

PEAS-623,1-070,6/2307

3 de 3

Transcriptor: Angela Cristina Hincapie Botia



## ANEXO 4. CONSENTIMIENTO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS



“Juntos Construyendo un  
Servicio con Calidad Humana”

SDCA-0361

Pamplona, 26 de julio de 2021

Doctora  
**PATRICIA GOMEZ GONZALEZ**  
Directora especialización en Administración en Salud  
Universidad Católica de Manizales  
Manizales

ASUNTO: Respuesta oficio PEAS-623,1-070,6/2307

Atento saludo

Dado respuesta a su solicitud en referencia, me permito informar que el proyecto cuyo título "Recursos y capacidades en Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud para la Gestión de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en el municipio de Pamplona", fue aprobado en el comité de ética.

Así mismo se solicita que la publicación del proyecto no se realice antes de ser avalado por la ESE. igualmente se requiere que una vez terminado el proyecto se socialice en el comité de ética, con las profesionales del área de promoción y mantenimiento de la salud y del área de crónicos, para que conozcan resultados.

Es necesario que nos informen la fecha inicio, para que las profesionales del área encargada faciliten la información requerida.

Sin otro particular.

Atentamente,

  
**JANETH BLANCO MONTAÑEZ**  
Subdirectora Científica

Proyectó: I. Ielba Villamizar Piórez



Gobernación  
de Norte de  
Santander



NIT: 890.501.019-9  
Pamplona, Norte de Santander Cra. 9a #5-01 Barrio Ursúa Tel: (7) 568 2482 – Línea gratuita 018000 944 471

## ANEXO 5. CONSENTIMIENTO CENTRO MÉDICO INTEGRAL



NIT 807.004.699-3

Floridablanca, 26 de julio de 2.021

Doctora:  
**PATRICIA GOMEZ GONZALEZ**  
Directora Especialización Administración en Salud  
Universidad Católica de Manizales  
Manizales

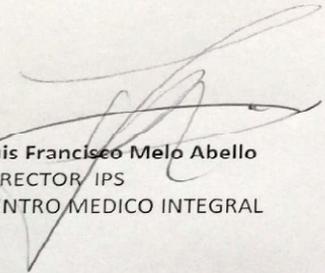
Asunto: *Respuesta of PEAS -623-1-070.6/2454*

Cordial saludo,

En referencia a su solicitud, me permito informar que el proyecto titulado "Recursos y capacidades en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para la gestión de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en el municipio de Pamplona", fue aprobada.

Se requiere informar con antelación la fecha de inicio para designar a un funcionario encargado para brindarles la información requerida.

Sin otro particular,



**Luis Francisco Melo Abello**  
DIRECTOR IPS  
CENTRO MEDICO INTEGRAL

Luisa Castañeda Nacional: 018000910363

Pamplona: Cra 5 No. 8B – 40 Barrio Centro Teléfono: 5682490  
cmisalud@gmail.com