

***PROYECTO – IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ACCIÓN TERRITORIAL
EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIO CEREBRO VASCULAR EN EL
MUNICIPIO DE LA MERCED CALDAS***

Mauricio Arbeláez Vargas

Dayanna Martínez Medina

Rosa Margot Mosquera Ocoro

Luisa Parías Giraldo

Natalia Salazar Londoño

Tatiana Valencia Zapata

Richard Nelson Román Marín

Asesor docente

Universidad Católica de Manizales

Especialización Administración en Salud

Investigación II

2020

Contenido

Descripción del problema.....	3
Pregunta problema.....	4
Antecedentes.....	5
Justificación.....	18
Objetivos.....	20
Marco teórico.....	21
Diseño Metodológico	28
Enfoque y Tipo de Investigación	28
Población	29
Criterios de inclusión	29
Criterios de exclusión	30
Unidad de análisis	30
Plan de recolección de la información	31
Fuentes de Información	31
Consideraciones éticas.....	32
Análisis de riesgos.....	¡Error! Marcador no definido.
Conclusiones.....	47
Recomendaciones para la institución	49
Cronograma de Actividades	51
Presupuesto.....	51
Bibliografía.....	52

Descripción del problema

Para hablar de la salud en Colombia es necesario hacer referencia a los diferentes modelos, normas, estrategias y demás instrumentos que se han implementado o proyectado para intervenir la salud en el país, para efectos de nuestra revisión es importante mirar la atención primaria en salud, concebida como una estrategia que busca por diferentes medios tales como los tecnológicos, los métodos sociales, clínicos y científicos, brindar asistencia integral a cada individuo colombiano que así lo requiera, entendiendo que esta atención tiene mayor relevancia que la práctica asistencial, curativa y rehabilitadora como lo plantea la OMS en su informe de 2008.(1)

Caldas es pionera en los temas de salud pública en el territorio nacional buscando implementar estrategias que impacten positivamente las diferentes comunidades del departamento, de esta manera se articula al MODELO DE ACCIÓN INTEGRAL TERRITORIAL “MAITE”, con enfoque en la salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo, y el enfoque diferencial para los territorios.

La puesta en marcha de esta estrategia requirió de mucho tiempo, esto debido a los diferentes modelos de atención existentes y a la necesidad de des estandarizarlos para que fuera acorde a las necesidades de las diferentes regiones.

La responsabilidad en la implementación del MODELO DE ACCION INTEGRAL TERRITORIAL corresponde a las entidades territoriales de salud, las administradoras de planes de beneficios, los prestadores de servicios de salud públicos y privados y a las entidades con responsabilidad en todos los temas de salud, ninguna de estas, con las herramientas ni la capacidad instalada para la implementación de la estrategia. (1)

Las EPS de igual manera hacen parte activa en la implementación del modelo, mas sin embargo estas entidades tampoco tienen clara la mecánica para articularla dentro de los procesos que estos realizan, las razones para este desconocimiento no son claras y profundizar en este tema se puede considerar como pretencioso, puesto que la información generada en este sentido por las EPS es precaria.

En esta revisión temática sobre el MODELO se intenta hacer un acercamiento al objetivo, a los beneficios en la intervención y a los retos que desde las entidades de salud encargadas de su implementación deberán asumir para dar cumplimiento a esta estrategia; nuestro ejercicio busca un acercamiento real entre una entidad de bajo nivel de complejidad, y las propuestas de atención que plantea el ministerio de salud de cara a la idea de una población sana.

Es aquí donde nace la pregunta sobre EL CÓMO, EL CUÁNDO Y EL CON QUIÉN se va a implementar este modelo, que aunque en teoría es una herramienta que acerca la comunidad a las instituciones y se logra una atención integral como debe ser, la realidad es que las instituciones prestadoras de salud no cuentan con la suficiencia en sus

estructuras, ni con la capacidad de contratación para la realización de las diferentes actividades planteadas en el modelo; No es oposición al cambio, al mejoramiento, ni a una intervención integral y digna, es simplemente que la realidad de la gran mayoría de las instituciones, no cuentan con el recurso económico para la implementación de la misma, sin olvidar que cada institución actualmente debe responder por un número importante de exigencias normativas las cuales de no ser cumplidas, genera sanciones.

Es importante conocer los beneficios del nuevo modelo, pero también es importante conocer en la línea objeto de la revisión, (pacientes con HTA) cuáles serán los impactos positivos y negativos a los que se verá expuesta la institución en la tarea de implementar el modelo.

Debido a la problemática establecida anteriormente se hace pertinente resolver la siguiente pregunta

Pregunta problema

¿Cómo influiría la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial en pacientes con patologías cardio cerebro vascular en el municipio de la Merced Caldas?

Antecedentes

Para la revisión bibliográfica se tienen en cuenta 10 artículos que oscilan entre el año 2015 y 2020, estos sobre temas relacionados con el tema de interés. A continuación se adjuntan las matrices de análisis por cada uno de los artículos.

1. Costos adicionales en la implementación de las RIAS en el departamento del Cauca

Título	Costos adicionales en la implementación de las RIAS en el departamento del Cauca
Autor y Año	Angelli Danielly Mera, Carolina Marín Bastidas, Elizabeth Ruiz Rivera y Teresa Palechor Caicedo 2018
Tipo de documento	Trabajo investigativo
Citación Bibliográfica en norma Vancouver	Mera AD, Marín Bastidas C, Ruiz Rivera E, Palechor Caicedo T. Costos adicionales en la implementación de las RIAS en el departamento del Cauca [Internet]. UCM. 2018 [citado 30 enero 2020]. Disponible en: http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/2059/Angelli%20Danielly%20Mera.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Objetivo del artículo	Establecer el costo adicional de la implementación de las RIAS priorizadas en el departamento del Cauca con respecto a las actividades establecidas a la resolución 412
Palabras Clave	RIAS, Promoción, Salud, Ruta, servicios.
Resultados	Con la realización de esta investigación se logró llegar al análisis del incremento de las actividades propuestas en la ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, determinando que para su implementación se genera un costo adicional de 8.994.00 pesos. Este comportamiento puede establecer tanto la distribución de recursos financieros para la salud, como la importancia del costo – beneficio, teniendo en cuenta que esta ruta es la más importante, ya que va enfocada a la gestión del riesgo y la prevención de la enfermedad. La ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud tiene un costo total para su implementación de 10.800.000 pesos, esto teniendo en cuenta las frecuencias en las actividades propuestas.
Conclusiones	<ul style="list-style-type: none">• El costo adicional de la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud es significativo frente a las actividades planteadas en la resolución 412, puesto que la ruta

	<p>plantea más frecuencias, al igual que más actividades lo que por consiguiente termina aumentando el costo de su implementación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el departamento del Cauca aún se habla de la fase de alistamiento en la implementación de estas rutas, en la actualidad solo se encuentra en esta fase la ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. • Con la implementación de este nuevo modelo de salud se busca articular todos los actores del sistema y lograr una integralidad donde el paciente sea el centro de dicha atención y se logre cerrar las brechas de inequidad. • Se deben articular esfuerzos técnicos, tecnológicos, presupuestales y de recurso humano para la implementación de esta ruta, de lo contrario no se llegaría a materializar su implementación. • Se hace necesario determinar el rol del asegurador y las redes que en la actualidad en el departamento no se han definido. • El departamento del Cauca para avanzar en esta fase de alistamiento, se ha dividido en siete zonas, lo que ha permitido socializar el nuevo modelo con todos los actores involucrados en el sector, pero aún falta más compromiso, para avanzar a otra fase. • Incrementar los conocimientos de los prestadores de servicios de salud, especialmente el prestador primario, y la comunidad para la identificación y atención de los riesgos en salud. • Es notable el impacto económico que se generara con la implementación de esta ruta, frente a las actividades que se venían manejando en la resolución 412. • La realización de esta investigación nos lleva a analizar que el departamento del Cauca aún no está preparado para la implementación de este nuevo modelo de atención en salud y específicamente para la implementación de la ruta de Promoción y Mantenimiento.
--	---

2. Prevención cardiovascular y promoción de salud

Título	Prevención cardiovascular y promoción de salud
Autor y Año	German del Rio Caballero, José Arturo de Dios Lorente 2014
Tipo de documento	Artículo
Citación Bibliográfica en norma	Caballero G del R, Lorente JA de D. Prevención cardiovascular y promoción de salud [Internet]. Scielo. 2014 [citado 30 enero 2020]. Disponible en:

Vancouver	http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200020
Objetivo del artículo	Analizar algunos datos estadísticos de interés epidemiológico y presentar un resumen actualizado de las guías de práctica clínica, criterios y opiniones que aparecen de forma dispersa en la bibliografía médica disponible, a fin de facilitar la labor de los profesionales de la atención primaria fundamentalmente
Palabras Clave	Prevención cardiovascular, estilo de vida, promoción de salud, competencia profesional.
Resultados	<p>En las guías de prevención cardiovascular deben priorizarse:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida. 2. Individuos asintomáticos con riesgo cardiovascular elevado por las causas siguientes: <ol style="list-style-type: none"> a) Múltiples factores de riesgo que alcanzan o superan 5 % de riesgo de muerte cardiovascular a los 10 años. b) Diabetes mellitus de tipos 2 o 1 con microalbuminuria. c) Marcado incremento de un único factor de riesgo, especialmente si se asocia con daño en algún órgano. <p>Conseguir que la población se mantenga saludable. Se considera una salud cardiovascular ideal</p>
Conclusiones	La prevención cardiovascular está llamada a contribuir de forma significativa a la reducción de la morbilidad y mortalidad a escala mundial, se sustenta en la "medicina del estilo de vida", que se ocupa de intervenir en las diferentes determinantes de salud y factores motivacionales, del comportamiento, clínicos y terapéuticos, para mejorar la salud y calidad de vida. Es necesario dotarse de un marco referencial viable y adoptar criterios, indicadores y estándares de calidad si se quiere garantizar su efectividad

3. El nuevo modelo de atención integral en salud -MIAS- para Colombia. ¿la solución a los problemas del sistema?

Título	El nuevo modelo de atención integral en salud -MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema?
Autor y Año	German Alberto Moreno Gómez

	2016
Tipo de documento	Artículo
Citación Bibliográfica en norma Vancouver	Moreno Gómez GA. El nuevo modelo de atención integral en salud -MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? [Internet]. Scielo. 2016 [citado 30 enero 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672016000200001
Objetivo del artículo	Analizar el modelo de atención integral en salud enmarcado en la problemática del sistema de salud Colombiano
Palabras Clave	Salud, modelo de atención integral en salud, sistema de salud
Resultados	<p>Este tipo de modelo tiene desarrollos similares en otros países. La evaluación del modelo de atención integral desarrollado en Perú, evidencia aspectos positivos en la implementación, pero se llama la atención en aspectos que no han mejorado o no fueron planteados adecuadamente como integralidad, universalidad, interculturalidad, el enfoque de género, curso de vida, el mayor costo de operación de la estrategia, la confrontación entre una propuesta integral para el primer nivel y un sistema centrado en la atención en los otros niveles de complejidad.</p> <p>Quedan entonces muchas inquietudes por resolver: ¿Cómo conciliar un modelo regulado por el mercado, con un enfoque patocéntrico con un nuevo modelo basado en APS?, ¿cómo conciliar los intereses del mercado con los intereses de lo público?, ¿cómo conciliar el modelo individualista de la prestación de servicios con un modelo familiar y comunitario?</p>
Conclusiones	<p>Para el adecuado funcionamiento del modelo de atención en salud integral se parte de la caracterización de la población, según curso de vida y grupos de riesgo; se definen rutas integrales de atención en salud en promoción y mantenimiento de la salud, grupos de riesgo y eventos específicos de atención; se propone la gestión integral del riesgo en salud, identificando los grupos de riesgo, seguimiento de cohortes, diseñando modelos predictivos, evaluando la efectividad de los servicios y garantizando la interoperabilidad de los sistemas de información; se plantea una delimitación territorial que comprende lo urbano, la alta ruralidad y la población dispersa; las redes integradas de prestadores de servicios de salud con su componente primario y complementario; la definición del rol del asegurador hacia la gestión del riesgo financiero, interacción con otros actores y la</p>

	<p>gestión de las redes de prestación de servicios.</p> <p>Pues si bien lo anterior trata de dar solución a muchas de las problemáticas del sistema de salud surgen muchas dudas con respecto a su implementación y efectividad para resolver los problemas planteados.</p>
--	---

4. Las enfermedades cardio-cerebro-vasculares en Medellín - Colombia, entre 2000- 2013: ¿un referente para las políticas públicas en salud?

Título	Las enfermedades cardio-cerebro-vasculares en Medellín - Colombia, entre 2000- 2013: ¿un referente para las políticas públicas en salud?
Autor y Año	María Victoria López, María del Pilar Pastor, Gustavo Alberto Arango y Yesica Restrepo 2016
Tipo de documento	Artículo investigativo
Citación Bibliográfica en norma Vancouver	López MV, Pastor M del P, Arango GA, Restrepo Y. Las enfermedades cardio-cerebro-vasculares en Medellín - Colombia, entre 2000- 2013: ¿un referente para las políticas públicas en salud? [Internet]. Scielo. 2016 [citado 30 enero 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a05.pdf
Objetivo del artículo	Analizar la importancia que las enfermedades cardio-cerebro-vasculares tuvieron en la formulación de las políticas públicas en salud en Medellín entre 2000-2013
Palabras Clave	Políticas públicas, promoción de la salud, formulación de políticas; factores de riesgo.
Resultados	Los principales responsables de la formulación de las políticas relacionadas con las enfermedades cardio cerebro vasculares ECCV son el Concejo y la Administración Municipal. En la revisión de los acuerdos considerados pertinentes sólo se encontró registro de una propuesta generada por la población. Orientados al análisis de la importancia de las ECCV en el ciclo de las políticas públicas, los resultados se presentan en función de tres ejes: el contexto de las políticas de salud, el Acuerdo 03 de 2007 por el cual se crea la política pública para la prevención de la morbimortalidad por causas cardio-cerebro-vasculares en el municipio de Medellín y la relación entre las políticas municipales en salud y el control de las ECCV.
Conclusiones	Los acuerdos analizados sugieren la necesidad de una concepción

	<p>amplia de la salud que <i>oriente la formulación de las políticas locales e impacte un problema complejo e importante para el Municipio, como son las ECCV</i>. Lo anterior es posible si las motivaciones son compartidas entre quienes formulan y quienes ejecutan estas políticas; si estos últimos mantienen su esencia al ponerla en marcha porque consideran que ambas fases hacen parte de un mismo proceso; si se cumplen las condiciones de factibilidad incluidas Universidad y Salud en el diseño; si se hace seguimiento y evaluación para introducir los cambios pertinentes. Es necesario enfatizar en el carácter público de las políticas como respuesta a necesidades sociales complejas, cuyas dinámicas no tienen actores, causas ni periodos de tiempo claramente delimitables; es por ello que para interpretar los aportes de las políticas municipales al control de las ECCV, se requiere comprender la complejidad de las lógicas que subyacen entre ellas y su relación con la realidad, asunto en el cual el carácter público de las acciones no se refiere de manera exclusiva al Estado, aunque sí es su responsabilidad central.</p> <p>Por último, este trabajo permite reafirmar la importancia de leer las políticas desde el hacer de actores clave bajo una perspectiva histórica y la pertinencia que tiene, en el análisis de las políticas, acercarse a ellas con problemáticas concretas, pero a la vez con una posición teórica que permita el análisis de la relación de dichas políticas con otras; en el caso que nos ocupa la relación de las ECCV y otras referidas a la promoción de la salud y prevención de ellas.</p>
--	---

5. Riesgo cardiovascular en pacientes de primer nivel de atención

Título	RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
Autor y Año	Núñez Rocha Georgina Mayela, López Enríquez Ivette, Ramos Hernández Sergio Ricardo, Ramos Peña Esteban Gilberto, Guevara Valtier Milton Carlos, González Treviño Irma Marcela. 2015
Tipo de documento	Artículo de Investigación
Citación Bibliográfica en norma Vancouver	Núñez Rocha, G. M., López Enríquez, I., Ramos Hernández, S. R., Ramos Peña, E. G., Guevara Valtier, M. C., & González Treviño, I. M. (2018). Riesgo cardiovascular en pacientes de primer nivel de atención. <i>Revista Salud Pública y Nutrición</i> , 14(1), 1-8.
Objetivo del	Establecer la prevalencia en RCV en la población de una Unidad

artículo	de primer nivel de atención de una institución de seguridad social.
Palabras Clave	Riesgo cardiovascular, factores de riesgo, atención primaria
Resultados	El promedio de edad fue 51.4±12 años, eran hombres en el 49.9%, casados 75%. La prevalencia de RCV alto fue de 21.6%, sobrepeso y obesidad en el 58.7% de la población y factores de RCV modificables principalmente en hombres. En la prueba de t, se encontró diferencia entre género únicamente en VLDL (.005) y en la X2 en la mayoría de las variables estudiadas. El promedio de RR en esta población fue 2.4±1.9.
Conclusiones	<p>En el presente estudio se comprobó la hipótesis establecida ya que se observó una prevalencia de 21.6% de pacientes con RCV, semejante a lo descrito por Fanghanel-Salomon en su estudio sobre la epidemiología cardiovascular en México; en donde encontraron que el 20% de la población era portadora de RCV alto. Los resultados de la presente investigación reflejan dentro del perfil socio demográfico una prevalencia marcada de pacientes casados y con escolaridad de nivel medio; mayoritariamente trabajadora con comorbilidades, lo cual es preocupante porque potencialmente esta problemática, es causa de incapacidades y afectaría la productividad en las empresas y la estabilidad económica en su entorno familiar.</p> <p>La prevalencia de RCV fue mayor a la encontrada en otros estudios y se observa una alta prevalencia de factores de RCV en el grupo de estudio. Se recomienda el apego a las Guías Diagnóstico Terapéuticas y tabuladores de RCV por el médico familiar para identificar oportunamente grupos de riesgo.</p>

6. Sinergias y continuidades en las políticas públicas relacionadas con enfermedades cardio-cerebro-vasculares. Medellín, Colombia, 2000-2013

Título	SINERGIAS Y CONTINUIDADES EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES CARDIO-CEREBRO-VASCULARES. MEDELLÍN, COLOMBIA, 2000-2013
Autor y Año	María Victoria López-López, María del Pilar Pastor-Durango, Gustavo Alberto Arango-Tamayo 2017
Tipo de documento	Artículo de Investigación
	López-López MV, Pastor-Durango MP, Arango-Tamayo GA.

Citación Bibliográfica en norma Vancouver	Sinergias y continuidades en las políticas públicas relacionadas con enfermedades cardio-cerebro-vasculares. Medellín, Colombia, 2000-2013. Rev. Gerenc Polít Salud. 2017; 16 (32): 138-149. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.scpp
Objetivo del artículo	Analizar sinergias y continuidades entre acuerdos municipales relacionados con enfermedades cardio-cerebro-vasculares en Medellín, Colombia entre 2000-2013, como un proceso que trasciende la formalización del discurso.
Palabras Clave	Políticas públicas de salud; enfermedades cardiovasculares, factores de riesgo; evaluación en Salud; Colombia; investigación cualitativa
Resultados	Al analizar algunos acuerdos municipales relacionados con ECCV durante el periodo de estudio, se encuentra continuidad y coherencia en cuanto a: la secuencia en el ciclo de la política, su formulación como respuesta a orientaciones de políticas externas o aquellas iniciativas locales, y luego sirven como base a políticas nacionales. Algunos acuerdos se formulan inicialmente como programa y luego se aprueban como políticas locales; otros, desde su inicio se diseñan como políticas y más adelante se concretan en programas y proyectos. Asimismo, del análisis de los acuerdos y las entrevistas a los actores clave emergen distintas acepciones del concepto de salud y se identifican sinergias en torno a la problemática de las ECCV, aunque esta no se mencione de manera explícita.
Conclusiones	<p>El análisis implicó considerar relaciones entre políticas que contemplen acciones que incidan en las enfermedades cardio-cerebro-vasculares y posibiliten su continuidad por las condiciones presupuestales, administrativas y de ejecución.</p> <p>Las políticas se concretan como productos históricos definidos por la estructura de relaciones sociales e intereses de grupos existentes en un marco institucional particular, referidas siempre a situaciones específicas o a problemáticas socialmente reconocidas.</p> <p>En la comprensión de las lógicas e interrelaciones en las políticas públicas orientadas al control de las ECCV, se resaltan la vida y el proceso vital humano como centro de atención de las políticas. Por lo anterior, las intervenciones propuestas por el municipio requieren incluir en su plan de desarrollo económico, social y de obras públicas, intervenciones que contribuyan a la disminución de esta problemática y al control de sus factores de riesgo, de tal manera que cumpla con lo establecido en la Constitución Política del país.</p>

7. Rutas integrales de atención en salud de la normatividad a la realidad

Título	Rutas Integrales de Atención en Salud de la Normatividad a la Realidad
Autor y Año	Erika Jaramillo Ramírez Enero 2019
Tipo de documento	Trabajo de Grado
Citación Bibliográfica en norma Vancouver	Jaramillo Ramírez, E. Rutas integrales de atención en salud de la normatividad a la realidad.
Objetivo del artículo	Establecer los factores determinantes que generen barreras o contribuyan como facilitadores en el proceso de implementación de las rutas integrales de atención en salud, verificando los lineamientos técnicos y operativos dispuestos en las Resoluciones, 429/2006, 3202/2016 y 3280/2018
Palabras Clave	MIAS, RIAS, APS, SGSSS
Resultados	Al ser un estudio descriptivo sobre un tema relativamente nuevo en su implementación, los resultados aún no podrían ser medidos; en la actualidad se están siguiendo los lineamientos técnicos y operativos publicados en agosto del 2018 mediante Resolución 3280, se espera que las rutas integrales inicien su implementación en febrero del 2019 de forma progresiva, de acuerdo a la inclusión de nuevas tecnologías y recurso humano; por esta razón el estudio realizado ha sido más de análisis conceptual basado en experiencias registradas de anteriores normas y políticas y estado actual de la salud en Colombia.
	Articular las intervenciones realizadas por los diferentes actores del Sistema General de Seguridad en Social con los programas de Protección Específica, Detección Temprana y Salud Pública con el fin de fortalecer y garantizar la atención integral propuesta por la política PAIS en el individuo, familia y comunidad, en los diferentes entornos, incluyendo los determinantes que pueden

<p>Conclusiones</p>	<p>impactar el estado de salud.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se evidenció que los factores determinantes de mayor impacto que generan barreras en la atención en salud están relacionados con el acceso a los servicios y la oferta en zonas rurales y dispersas.• Se observa que en el sistema de salud se cuenta con intervenciones facilitadoras como las socializaciones y acompañamiento por parte del Ministerio para apoyar el proceso de implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud.• Se puso de manifiesto que la Red de prestadores con competencias suficientes para la implementación de las RIAS a nivel nacional es deficiente, ya que pocas tienen los servicios y tecnologías estipuladas para la aplicación de las intervenciones propuestas, para lograr dar alcance a las rutas se deben generar negociaciones y contratos con los Aseguradores que garanticen la oferta de los servicios requeridos.• Se determina que los prestadores de la salud, no cuentan con la formación adecuada en Atención Primaria en Salud, evidenciándose la necesidad de actualizar la cátedra desde el pregrado incluyendo asignaturas relacionadas con programas de Promoción y Prevención de la salud y atenciones en primeros niveles de atención.• Se considera que el abordaje de la salud no debe ser únicamente enfatizado en los resultados de indicadores basados en el cumplimiento de una norma, debe tener más un giro hacia una política universal que tenga como principal objetivo la preservación y cuidado de la salud bajo acciones éticas y morales.• Se evidencia la necesidad de la creación de un sistema de salud flexible en cuanto al acceso, integrado al ser holísticamente desde lo físico, emocional y ambiental que satisfaga las necesidades no solo del individuo sino también de las comunidades.• Se Identifican las diferentes condiciones que permiten la realización de las actividades propuestas como facilitadores en la atención, para llevar a cabo APS.• Se verifica que los recursos económicos y la capacidad instalada en el sistema de salud son insuficientes para llevar a cabo las intervenciones establecidas en las RIAS• Se determina que la inclusión de nuevos tamizajes deberá estar sujeta a progresividad de la norma y a la adquisición
----------------------------	---

	<p>de nuevas tecnologías por parte de los prestadores y aseguradores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se refuerza los conceptos respecto a afirmar que las prestaciones de los servicios de salud deben ser considerados un derecho fundamental y que para dar cumplimiento a la norma deben estar ligados a la Atención Primaria en Salud (APS) • Se corrobora la importancia de impartir educación al usuario durante la atención ya que de esta manera conocerá su condición de salud y el cuidado que debe ejercer para evitar complicaciones
--	--

8. Funcionalidad De La Marcha En La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud En Adultos Con Enfermedad Cerebro Vascular: Revisión Sistemática

Título	Funcionalidad De La Marcha En La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud En Adultos Con Enfermedad Cerebro Vascular: Revisión Sistemática – Meta análisis
Autor y Año	Carolina Sandoval-Cuellar Aura Cristina Quino-Ávila Elisa Andrea Cobo-Mejía Guayaquil mayo / ago. 2019
Tipo de documento	Artículo de revisión
Citación Bibliográfica en norma Vancouver	Sandoval-Cuellar Carolina, Quino-Ávila Aura Cristina, Cobo-Mejía Elisa Andrea, Hernández-Álvarez Edgar Debray. Funcionalidad De La Marcha En La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud En Adultos Con Enfermedad Cerebro Vascular: Revisión Sistemática – Meta análisis. Rev. Ecuat Neurol [Internet]. 2019 Ago [citado 2020 Feb 09]; 28(2): 92-104. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812019000200092&lng=es .
Objetivo del artículo	Determinar el efecto de la funcionalidad de la marcha en la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con enfermedad cerebrovascular.
Palabras Clave	Adulto; Persona de mediana edad; Anciano; Marcha; Calidad de vida; Accidente Cerebrovascular; Balance postural.
Resultados	El Lokomat como estrategia de rehabilitación para la funcionalidad de la marcha tiene un efecto positivo en la mejora de la calidad de vida en personas con enfermedad

	cerebrovascular. El análisis de los estudios incluidos mostró un bajo nivel de heterogeneidad estadística con base en el I^2 y Chi^2 , para la escala global de la calidad de vida. Los resultados obtenidos para la calidad de vida relacionada con la salud, cuando la intervención propuesta se desarrolla con el uso de Lokomat y medida con la escala SF-36, se evidencia post-intervención un aumento de 1.83 puntos.
Conclusiones	La rehabilitación de la funcionalidad de la marcha a través de diferentes protocolos y estrategias de intervención no presenta diferencias, debido a su variabilidad en cuanto a la técnica, método de aplicación, compromiso clínico de la enfermedad cerebrovascular y el tiempo de duración en su aplicación, no obstante, se observan cambios clínicos que favorecen la calidad de vida relacionada con la salud.

9. Trombólisis endovenosa como tratamiento del ACV isquémico agudo en Colombia: una revisión sistemática de la literatura

Título	Trombólisis endovenosa como tratamiento del ACV isquémico agudo en Colombia: una revisión sistemática de la literatura
Autor y Año	Eder Moreno, Jaime Rodríguez, Hernán Bayona-Ortiz Bogotá Jul/Sept. 2019
Tipo de documento	Artículo de Revisión.
Citación Bibliográfica en norma Vancouver	Moreno Eder, Rodríguez Jaime, Bayona-Ortiz Hernán. Trombólisis endovenosa como tratamiento del ACV isquémico agudo en Colombia: una revisión sistemática de la literatura. Acta Neurol Colomb. [Internet]. 2019 Sep [citado 2020 feb 09]; 35 (3): 156-166. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482019000300156&lng=en . http://dx.doi.org/10.22379/24224022262 .
Objetivo del artículo	Conocer la experiencia de centros acerca del uso de trombolíticos para el ACV en Colombia, a fin de establecer brechas de atención y oportunidades de mejoría.

Palabras Clave	Accidente cerebrovascular; terapia trombolítica; pronóstico; mortalidad; Colombia (DeCS)
Resultados	Al final se obtuvieron seis estudios, con 179 sujetos que recibieron trombólisis. Todos los estudios cumplieron con los requisitos mínimos de calidad de publicación, con un número total de pacientes por año de 7,5 a 12. El periodo de estudio más corto fue de dos años y el más largo de ocho años. Entre cuatro ciudades encontradas se estableció que un total de 30 pacientes por año recibió el tratamiento. Tan solo en dos estudios se pudo establecer el porcentaje de pacientes trombolizados en su población, porcentaje que oscilaba entre 9,5 y 17,5 %. El tiempo puerta aguja promedio de los estudios fue de 124,8 min (DE \pm 64,1). A los 90 días se obtuvo un promedio de 58,3 % de escala de Rankin modificada entre 0 y 2 puntos.
Conclusiones	En Colombia existe un subregistro de trombólisis. Es necesario tener un registro nacional de ACV que permita contar con la información para la toma de decisiones en políticas en salud.

10. La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida.

Título	La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida.
Autor y Año	Miriam Álvarez Estupiñán 2013
Tipo de documento	Artículo
Citación Bibliográfica en norma Vancouver	Álvarez Estupiñán Miriam. The promotion and prevention: pillars for health and the quality of life. CCM [Internet]. 2013 Mar [citado 2020 Feb 14]; 17(1): 79-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000100013&lng=es .
Objetivo del artículo	Capacitar los profesionales en la salud para ejercer un mayor control sobre la salud y aumentarla. Por medio de inversiones y de acciones.
Palabras Clave	Salud, estrategia, salud pública, concepto, promoción y prevención, capacitar.
Resultados	Las investigaciones y los estudios de casos realizados en el mundo prueban que la promoción de salud es efectiva. Las

	<p>estrategias de promoción de salud pueden crear y modificar los estilos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud. La promoción es un enfoque práctico para lograr mayor equidad y resultados en la gestión salud.</p>
<p>Conclusiones</p>	<p>Seguir trabajando en la implementación de la estrategia para responder a los principales problemas.</p> <p>Es indudable que la estrategia de promoción de salud de la provincia Holguín ha experimentado avances. Su implementación ha estado dirigida al fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención que retardan o eviten la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles y sus secuelas, según los principales problemas de salud del territorio, además, del enfrentamiento a eventos epidemiológicos donde la estrategia de comunicación social en salud desempeña un papel muy importante. Su impacto en los indicadores de morbi-mortalidad es evidente.</p>

Justificación

Esta exploración temática busca evidenciar el impacto del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE en la población del municipio de la Merced Caldas, para dar respuesta a sus necesidades en salud. Específicamente, se pretende determinar cómo influyen las herramientas del MAITE desde sus líneas mínimas de acción en los pacientes con patologías cardio cerebro vascular; lo anterior teniendo en cuenta que esta es la primera causa de morbilidad en Colombia. Así mismo, es importante analizar los beneficios financieros que puede tener la institución de salud con la adecuada implementación del modelo, particularmente de la ruta cardio cerebro vascular. (1)

Este estudio tiene el apoyo de los directivos del ESE hospital de la Merced Caldas, y se desarrolla bajo el trabajo mancomunado del asesor docente, un fisioterapeuta, una instrumentadora quirúrgica y cuatro profesionales en enfermería, se cuenta además con acceso a bases de datos, a la planeación de la estrategia de intervención y con recursos propios de los estudiantes para asumir los valores generados durante el desarrollo de esta actividad investigativa.

En síntesis, se torna necesaria la materialización del enfoque del modelo desde el ámbito de promoción y prevención para que este proyecto sirva de base en cualquier institución de primer nivel del país que pretenda poner en marcha la ruta cardio cerebro vascular. Además, dicha implementación genera beneficios para la comunidad en general, sobre todo para los pacientes diagnosticados con patologías crónicas.

Una de esas instituciones es LA ESE HOSPITAL LA MERCED donde actualmente se está tratando de hacer adherencia a las rutas de atención integral propuestas por LA POLITICA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD, y que por las nuevas disposiciones se debe implementar un nuevo modelo y no se hace claridad cómo será el manejo de la información hasta hoy obtenida y generando expectativas importantes desde lo asistencial y desde lo financiero, motivo por el cual hacer una revisión del modelo permitirá acercar la teoría de este, a la realidad de lo que significa financiera y asistencialmente la puesta en marcha del MODELO DE ACCION INTEGRAL TERRITORIAL.

Objetivos

General

Evaluar la implementación del modelo de acción territorial en pacientes con patologías cardio cerebro vascular en la ESE hospital de la Merced Caldas.

Específicos

- 1.** Establecer que beneficios financieros tiene para la ESE hospital de la Merced Caldas la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial en pacientes con patología cardio cerebro vascular
- 2.** Evidenciar si la estructura del ESE hospital de la Merced Caldas se adecua para la implementación del modelo de acción territorial en pacientes con patologías cardio cerebro vascular
- 3.** Determinar la adherencia de la población de la Merced Caldas a la implementación de las ruta cardio cerebro vascular

Marco teórico

E.S.E Hospital de la Merced Caldas

La Merced empezó vida Municipal en 1973. Localizada en el Noroccidente del Departamento de Caldas sobre la cordillera Central, margen derecha del río Cauca.

La E.S.E. HOSPITAL LA MERCED fue creada mediante ordenanza 0017 del 18 de julio de 2.003 como empresa de salud de primer nivel de atención y con una categoría especial de entidad pública, descentralizada, del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, presta servicios de salud enfocados en Consulta externa, Odontología, Urgencias, Hospitalización, laboratorio clínico, Atención partos, Promoción y Prevención. (2)

Presta servicios de salud de baja complejidad con recursos humanos y tecnológicos calificados, brindados con calidad, seguridad, oportunidad, eficiencia y honestidad, aportando a un mejoramiento continuo de las condiciones de vida del municipio de La Merced, complementados con nuestros recursos técnicos, tecnológicos y humanos, aportando así a nuestra comunidad un estilo de vida saludable, con una satisfacción manifiesta de la comunidad y conservando un adecuado equilibrio financiero. (2)

Prevención de la enfermedad y promoción de la salud

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejore sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable y para mantenerse sanos.

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo, y afectan no solo a países industrializados, sino sobre todo a países de ingresos medios-bajos, la combinación de factores de comportamiento, sociales, medioambientales, biológicos y relacionados con sistemas de salud que contribuyen al desarrollo de la enfermedades cardiovasculares requiere una estrategia multisectorial que promueva estilos de vida saludables, reduzca los factores de riesgo cardiovascular y disminuya la mortalidad y la morbilidad a través de servicios sanitarios de calidad. Dichas propuestas deben ser dirigidas por líderes de la comunidad científica, el gobierno, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades locales. Se consideran las estrategias y medidas de intervención costo-efectivas que han probado ser eficaces, así como un modelo operativo que posibilite su adecuada instrumentación y aplicación en todo el territorio nacional. (3)

Se estima que las personas sedentarias tienen aproximadamente el doble de riesgo de presentar una cardiopatía isquémica, o de morir por esta enfermedad, que las personas que son activas. También se ha observado que la práctica regular de actividad física se asocia con un menor riesgo de presentar enfermedad cerebrovascular. La cardiopatía isquémica, junto con la enfermedad cerebrovascular y otras enfermedades

cardiovasculares, causan el mayor número de muertes en los países industrializados. Por este motivo, la prevención de este tipo de enfermedades es un elemento importante de los programas de salud de estos países. En este contexto, la promoción de la práctica de actividad física debe ser una pieza importante en la prevención y la promoción de la salud. (4)

La promoción y la prevención es una pieza fundamental para el sistema de salud, no solo para los pacientes con enfermedades cardio cerebro vasculares si no para cualquier persona, con la promoción y la prevención en salud se pueden llegar a reducir costos inimaginables, menos pacientes hospitalizados, disminución de patologías de alto costo y sobre todo se mejoraría la calidad de vida de las personas, por lo que las estrategias implementadas deben ser eficaces y aplicable en toda la comunidad. (5)

El personal de salud debe estar en la capacidad de educar de manera asertiva para mejorar estilos de vida, que mejoraría la salud por ende la promoción y la prevención es la primera estrategia para cambiar hábitos en pro de la salud.

Atención primaria en salud

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. (6)

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en occidente y la mayor parte de sus causas son conocidas y modificables. La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo cardiovascular modificable más frecuente y se estima que causa un 6% de muertes en el ámbito mundial. (6)

Los servicios públicos en atención primaria deben ser de acceso libre, cobertura universal, equitativos, continuos, de calidad probada y gratuitos. Deberán contar con guías específicas para las acciones programadas. Guías propias generadas en cada país, ajustadas a sus posibilidades y a la cultura de la población. (5)

Los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) y su entorno económico, social, medioambiental y cultural son el escenario donde pueden realizarse de modo óptimo la promoción de salud y la prevención de enfermedades. Esto es particularmente relevante en lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares. (5)

La gran magnitud del problema y su gravedad pueden ser controladas. La promoción de salud, la prevención de las enfermedades cardiovasculares, el tratamiento oportuno y continuado, sobre una plataforma amplia de educación sanitaria dirigida a toda la población, pueden ser eficaces y reducir la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades. Esto se alcanza a partir de la organización de los servicios de APS como parte de un sistema nacional. (5)

La prioridad en la APS la tendrá el personal, en especial médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, entrenados en profundidad en la aplicación del método clínico, sobre la base de las habilidades para realizar una adecuada entrevista, donde se debe escuchar todo, interrogar cuidadosamente y examinar exhaustivamente, conquistando y motivando al paciente. Es imprescindible la muy satisfactoria relación con los pacientes, es necesario obtener la motivación, ganar la empatía, tanto para medidas de prevención, como para la adherencia al tratamiento de los pacientes. (5)

Política de Atención Integral en Salud (PAIS)

La Política de Atención Integral en Salud tiene como objetivo orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, contemplado en la ley estatutaria en salud 1751 del 2015

La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud. (1)

Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS)

Es necesario para PAIS implementar un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en la salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas.

El propósito de MIAS es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Esto implica generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales

El Modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. (1)

Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS)

Las RIAS son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la

integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales. A partir de la RIAS, se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. Las intervenciones incluidas se basan en la mejor evidencia disponible. (1)

Se dio inicio con la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y el Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS, que posteriormente paso a ser -MAITE. Este modelo cuenta con 3 clases de grupos: el primero es promoción de la salud y prevención de la enfermedad; el segundo, para grupos de riesgo y el tercero, para eventos específicos. En la actualidad Colombia tiene implementadas 2 rutas que son promoción y prevención y la ruta Materno- perinatal, la cual hace parte del segundo grupo. Es importante destacar que el departamento de Caldas es pionero en la implementación de las rutas.

Normativa

Uno de los precursores más importantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud fue la Ley 100 de 1993, mediante la cual se definen las funciones generales y se conforma el Sistema como un conjunto de instituciones, normas y procedimientos encargados de velar por el aseguramiento, acceso y beneficios en salud abordando todos sus niveles de complejidad.

Otras de las normas trazadoras en la atención en salud que han impactado directamente su desarrollo e implementación son:

- Resolución 260 del 2004 “Por la cual se definen los regímenes de pago compartido y las cuotas moderadoras para recibir atención en salud” (11).
- Ley 1122 de 2007: “Mediante la cual se realizan ajustes al SGSSS en aspectos tales como dirección, universalización, financiación y equilibrio entre los actores del sistema, velando por la racionalización, mejoramiento, fortalecimiento de los programas incluida la salud pública y reforzando funciones de inspección, vigilancia y control para la prestación de servicios de salud” (12)
- Decreto 4747 de 2007: “El cual tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo y se establecen requisitos mínimos a tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios” (13).

- Ley 1438 del 2011:” Mediante la cual se fortalece el SGSSS a través de modelos de prestación dirigidos a la Atención Primaria en Salud, con el fin de permitir acción coordinada y articulada del Estado, Instituciones y Sociedad para mejorar las condiciones de salud, generar un ambiente sano y brindar servicios de mayor calidad e igualitarios. Incluye la unificación del Plan de Beneficios, universalidad del aseguramiento y garantía de portabilidad en cualquier lugar del país, velando por un estado financiero seguro” (14).
- Ley 1751 Ley Estatutaria en Salud de 2015: “Ley que posiciona la salud como un derecho fundamental, constitucional y tiene como objetivo regularlo y establecer los mecanismos de protección de la misma; incluye el acceso oportuno, eficaz y con calidad a los servicios de salud, con el fin de garantizar la preservación, mejoramiento y promoción de la salud. En esta ley el Estado se compromete en la adopción de políticas para asegurar la equidad y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas “(15).
- Ley 1753 de 2015(PND, 2014-2018):” Plantea dentro de sus objetivos, reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes, para asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales como la salud, la educación y la vivienda para toda la población” (16).
- Resolución 1441 de 2016:”Mediante la cual se vigila la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud –RIPSS y su implementación como componente lineal de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, determina la conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación de las redes, dicha Resolución aplica para Entidades Aseguradoras de Planes de Beneficios EAPB, Entidades Departamentales y Distritales de Salud, Entidades Municipales, Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, Superintendencia Nacional de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud IPS”(17).
- Resolución 429 2016 PAIS: “Encargada de velar por el cumplimiento de todas las actividades dirigidas al ejercicio del derecho fundamental a la salud además de orientar los objetivos del sistema a la garantía del derecho a toda la población, generará un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano. El objetivo de PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. La Política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB y de los prestadores de

servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con: los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018” (7).

- Resolución 3202 del 2016, RIAS: “Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud —RIAS, también es la encargada de establecer las disposiciones requeridas para llevar a cabo las responsabilidades de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS” (8).

Costos en la atención a pacientes con enfermedades cardio cerebro vascular

Se estima que las enfermedades cardiovasculares son las causantes del 28% de las muertes en países de medianos y bajos ingresos. En Latinoamérica, en 2001 esta enfermedad fue la causante del 31% de todas las muertes y se prevé que el número de casos aumente debido a la transición epidemiológica que vive la región, además de la alta carga de factores de riesgo que tiene la población. (19)

En el informe sobre la situación actual en salud 2014 de Colombia, la enfermedad isquémica del corazón se posicionó como una de las principales causas de muerte en las personas mayores de 45 años o más, seguida de las enfermedades cerebrovasculares, representando tasas de muerte de 75,58 y 32,74 por 100.000 habitantes, respectivamente; en el desarrollo de la enfermedad están implicados numerosos factores de riesgo, como los trastornos del metabolismo de los lípidos (dislipidemias), la hipertensión y la diabetes.(20)

El costo total promedio al año del evento coronario fue de COP\$23.454.569,95, sin factor de riesgo diagnosticado previamente fue de COP\$23.848.023,32 y con antecedentes médicos tratados fue de COP\$17.040.335,95, COP\$22.075.708,19 y COP\$28.825.710,71 para dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes, respectivamente.(20)

Para el cálculo de los costos del manejo médico del evento coronario, se buscó en las bases de datos analizadas los servicios utilizados por estos pacientes, incluyendo servicios, insumos, medicamentos y dispositivos, relacionados por categorías: consultas a especialistas, consultas domiciliarias, urgencias, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, medicamentos, exámenes de laboratorio, terapias, imágenes diagnósticas, servicio de salas de cirugía, traslados, hospitalización e insumos (incluido entre ellos el stent). Dichos códigos fueron validados por dos investigadores profesionales de la salud, con el fin de validar que sí estuvieran relacionados con el evento de interés. Se excluyeron atenciones prestadas por servicios no asociados a la patología como eventos traumáticos, eventos infecciosos, cáncer y otros. (21)

El costo promedio de los servicios médicos ocasionados por un paciente cardiovascular es aproximadamente de 12,8 millones de pesos colombianos y excede en cerca de 50 % los costos generados por un paciente con enfermedad neoplásica. Si se acepta que el costo promedio de una persona con alguna de estas patologías es de 12,8 millones de pesos colombianos, el costo total de la atención a todos los pacientes de enfermedad de origen cardiovascular asciende a 13,2 billones de pesos colombianos; dinero que, si se utilizara en programas de educación con miras a la aplicación de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad fuera del contexto hospitalario, tendría mejores repercusiones sobre la salud y vida de las personas (22).

Las implicaciones de una hospitalización en materia de costos económicos y sociales están fuera de toda ponderación, y representan una proporción importante de todos los costos directos relacionados con la atención de la enfermedad, debido a la necesidad de contar con todos los avances tecnológicos para su diagnóstico y terapéutica, avances que suelen ser de alta sofisticación y alto costo en los esquemas de la atención moderna (22).

Un paciente sin diagnóstico temprano de enfermedades o factores de riesgo cardiovascular, al momento de presentar un evento coronario, tiene mayor costo en el manejo terapéutico del evento que aquel diagnosticado previamente y que recibe tratamiento para ello.(22)

Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)

El modelo de acción territorial (MAITE) regido por la resolución 2626 de 2019 modifica el modelo de atención integral en salud (PAIS), con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los diferentes actores del sector salud en el país. Es importante destacar que el departamento de Caldas es pionero en la implementación de las rutas. Se dio inicio con la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y el Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS, que posteriormente paso a ser -MAITE. Este modelo cuenta con 3 clases de grupos: el primero es promoción de la salud y prevención de la enfermedad; el segundo, para grupos de riesgo y el tercero, para eventos específicos. En la actualidad Colombia tiene implementadas 2 rutas que son promoción y prevención y la ruta Materno- perinatal, la cual hace parte del segundo grupo. (23)

Desde la década de los 80 las enfermedades cardiovasculares en Colombia han ocupado los 5 primeros puestos en la lista de las principales causas de mortalidad. Hablar de enfermedad cardiaca es diferente a hablar de enfermedad cardiovascular ya que, la enfermedad cardiaca solo comprende las alteraciones del corazón y de los vasos sanguíneos del corazón mientras que enfermedad cardiovascular comprende además del corazón todos los vasos sanguíneos del cuerpo (venas y arterias) que son las encargadas de transportar la sangre oxigenada y desoxigenada por todo el cuerpo. La disminución de la cantidad de sangre que llega al corazón debido a obstrucciones ocasiona los infartos “ataques al corazón” y La falta de flujo de sangre al cerebro ocasionada por un

coágulo de sangre o una hemorragia en el cerebro debido a la rotura de los vasos sanguíneos es lo que ocasiona un derrame cerebral. De esta manera resumimos la fisiopatología de las enfermedades cardio cerebro vascular. (23)

Diseño Metodológico

Enfoque y Tipo de Investigación

Este estudio tiene un enfoque cualitativo, el objetivo de este enfoque es el de proporcionar una metodología de investigación que permita comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven (Taylor y Bogdan, 1984). (24)

La metodología cualitativa no parte de supuestos teóricos, ella busca conceptualizar sobre la realidad con base en el comportamiento, los conocimientos, actitudes y valores de las personas estudiadas. El proyecto busca evaluar el impacto que tiene en pacientes con patologías cardio cerebro vascular y la implementación del nuevo modelo en las instituciones de salud. Este enfoque orienta la investigación hacia la observación de la magnitud, y la ejecución de las diferentes rutas de atención propuestas, buscando información que sirva de apoyo para las instituciones de salud en la ejecución del Modelo de Acción Integral Territorial y sus diferentes rutas. (25)

Para este enfoque se define el tipo de investigación descriptivo, refiriéndose en particular a la realidad de una población específica, este enfoque tiene una serie de ventajas que para este proceso investigativo presenta relevancia debido a la recolección de datos que se puede hacer a través de diferentes métodos, los datos recolectados pueden ser variables, es decir, cualitativos o cuantitativos y se puede dar una interpretación holística del tema de investigación. (25)

Este tipo de enfoque investigativo, es compatible con nuestro proyecto ya que se pretende hacer la valoración del impacto que puede tener el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE en la población objeto del estudio en el municipio de la Merced-Caldas. A través de este estudio podremos obtener datos cuantitativos, pero en su mayoría cualitativos lo que nos permite hacer un análisis a través de la descripción.

Población

Para establecer qué población debe estimarse dentro de la aplicación de MAITE en el municipio de La Merced, Caldas, hay que establecer según la evidencia científica, cuáles son los factores de riesgo para la enfermedad cerebro-cardiovascular, entendiéndose como esto la afección del músculo cardíaco y de los vasos sanguíneos. (26)

Al inicio del estudio, se evidenciaron como principales factores de riesgo modificables: presión arterial, sobrepeso y colesterol. Otros estudios agregan otros factores de riesgo modificables: tabaquismo y diabetes mellitus, añadido a un factor no modificable como lo es la edad y el sexo (27) (28) (29)

Criterios de inclusión

Entonces al definir los criterios de inclusión de los individuos a monitorizar para la prevención y tratamiento de enfermedad cerebrovascular estarían:

- Ser mayor de 35 años, sin importar sexo o raza.
- Personas con diagnóstico de Hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, falla cardíaca.
- Adultos con factores de riesgo modificables: obesidad (IMC > 30), fumadores independientemente de su índice paquete año.
- Antecedente personal de: Enfermedad cerebrovascular diagnosticada por clínica y corroborada por imagen, enfermedad arterial obstructiva crónica, infarto agudo de miocardio con diagnóstico clínico y confirmación bioquímica.
- En cuanto a la entrevista se tendrá en cuenta haber utilizado los servicios del hospital ESE la Merced al menos 6 meses antes.
- En cuanto a los profesionales y administradores de salud que se entrevistarán deberán tener al menos 1 año laborando con la institución, los cuales deberán tener algún vínculo con la implementación del modelo de acción territorial en pacientes con patologías cardio cerebro vascular.

Estos criterios van en consonancia con la evidencia a la actualidad. En cuanto a la hipertensión, se define según la guía de práctica colombiana en hipertensión arterial, la hipertensión arterial (HTA) se define como una elevación de la presión arterial medida mayor de 135/85 mmHg, con una segunda toma (30) (31) (32) (33).

Para definir los criterios de exclusión de la población se usará como base las poblaciones que excluyen las guías de práctica clínica para Colombia de: hipertensión arterial, diabetes mellitus y ECV.

Criterios de exclusión

- Embarazadas.
- Hipertensión de origen endocrino
- Cardiopatías de origen cardíaco.
- Que presenten alguna condición que les impida comunicarse verbalmente

Unidad de análisis

- **Adherencia a los programas de salud de los pacientes con patología cardiovascular:** Edad, sexo, clasificación de su IMC, consumo semanal de sal, perfil lipídico, glicemia, presión arterial, biométrica hemática, perímetro abdominal
- **Solvencia financiera de aplicación programa de atención en salud cardiovascular ESE La Merced:** Número de consultorios para consulta externa, médicos y enfermeras en programa de promoción y prevención, dotación física de consultorios, costos de funcionamiento del programa.
- **Siendo positiva y adecuada la adherencia de los pacientes al programa, vamos a tener disminución de los costos al evitar las re consultas, hospitalizaciones, remisiones a un tercer nivel de atención (manejo especializado) y medicamentos de alto costo:** análisis de RIPS, control de usuarios multiconsultantes, reingresos al servicio de urgencias, base de datos de remisiones a otros niveles de atención, entrega de medicamentos de farmacia.
- **Estructura física y operativa:** Número de consultorios para consulta externa, médicos y enfermeras en programa de promoción y prevención, dotación física de consultorios, demanda inducida

Plan de recolección de la información

Esta investigación se centra en el enfoque de evaluación realista, el cual se centra en comprender lo que funciona, para quién, en qué circunstancias y por qué en un contexto específico para identificar las interacciones que se dan en este caso, entre el modelo de acción territorial en pacientes con patologías cardio cerebro vascular en el ESE hospital de la Merced Caldas, permitiendo también determinar la adherencia de los usuarios al modelo. Ya que este enfoque metodológico ha sido desarrollado para vincular las teorías que tienen los grupos involucrados con los contextos en los que las intervenciones son llevadas a cabo y evidenciar los mecanismos detonados que generan los resultados de la aplicación en este caso el modelo de acción territorial en pacientes con patologías cardio cerebro vascular (34). El modelo de evaluación realista se desarrollará bajo las siguientes etapas:

1. Definir las necesidades de información del cliente y comprender el contexto político: Definición del modelo de teoría del programa, Identificar el tiempo, el presupuesto, los datos y las limitaciones políticas que debe abordar el programa
2. relacionar datos y métodos de recolección de la información
3. Recopilación y análisis de datos
4. Fortalecimiento del diseño de evaluación y la validez de conclusiones
5. Desarrollo del plan de acción o recomendaciones (35)

Fuentes de Información

Se tendrá en cuenta la revisión de base de datos de la institución de salud ESE hospital de la Merced Caldas e información de revistas científicas, bases de datos y artículos en línea que aporten al objetivo de esta investigación.

La observación se tendrá en cuenta ya que esta prioriza el acercamiento directo para conocer las prácticas sociales en los contextos naturales en que se desarrollan. (36)

La observación

La observación permite atender y explorar el contexto dónde se presenta el fenómeno de estudio relacionando la perspectiva de los usuarios y el centro de salud en el desarrollo del modelo de acción territorial en pacientes con patologías cardio cerebro vascular. (37)

La entrevista

La entrevista semiestructurada que se utilizara en este proyecto se elige por su flexibilidad debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados.

La entrevista en la presente investigación permite establecer aspectos importantes de la institución como sus actividades financieras y recursos con los que cuenta, para poder establecer que beneficios financieros tiene para el ESE hospital de la Merced Caldas la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial en pacientes con patología cardio cerebro vascular. (38)

La encuesta

Con la encuesta se pretende establecer directamente con el personal que labora en la institución de salud ESE hospital de la Merced Caldas, si la institución cuenta con la infraestructura adecuada para implementar el modelo de acción territorial en pacientes con patologías cardio cerebro vascular.

Procesamiento de los datos

En primera instancia se realizará una depuración de la base de datos del hospital para realizar un análisis que permita establecer la realidad de lo que significa financiera y asistencialmente la puesta en marcha del modelo de acción integral territorial.

En segunda instancia se grabarán las entrevistas realizadas a los involucrados para generar un posterior análisis de las mismas, posteriormente se confrontarán las diferentes entrevistas recogidas para establecer su relación.

De otro lado la observación permitirá evidenciar de manera directa la estructura del hospital frente a la adecuación del modelo de acción territorial en pacientes con patologías cardio cerebro vascular.

Consideraciones éticas

De acuerdo a lo establecido en la resolución 8430 de 1993 que regula las responsabilidades éticas en una investigación con seres humanos e instituciones prestadoras de servicios de salud, se considera que la actual investigación no contiene ningún riesgo para las personas ya que las técnicas y métodos empleados son documentales, en lo cual no se realiza ninguna intervención que pueda modificar variables biológicas, fisiológicas, sociológicas o sociales de los individuos participantes ya que en general las técnicas que se llevarán a cabo en el estudio son la entrevista semiestructurada revisión de base de datos de la institución prestadora de salud y la observación, para lo cual se pedirán los respectivos permisos de la institución para realizar los procedimientos de revisión de base de datos, además de generar consentimientos informados para realizar las diferentes entrevistas.

RESULTADOS

Estadística de Enfermedades Padecidas

Al realizar una evaluación cuantitativa de las enfermedades que han padecido y/o padecen las personas encuestadas, se constató que la que posee mayor frecuencia de ocurrencia es Hipertensión Arterial (HTA), la cual ha sido por el 100% de los encuestados, de la muestra poblacional estudiada las 240 personas indicaron sufrir esta enfermedad. Las otras dos enfermedades con alta probabilidad de ocurrencia ($\geq 50\%$) fueron la Colesterolemia y el enfermedad renal crónica (ERC) con 72,5% y 62,5% de ocurrencia respectivamente.

Otras enfermedades analizadas como el Infarto agudo de miocardio (IAM), Diabetes mellitus (DM), Insuficiencia cardíaca (IC), ICTUS y la Enfermedad Arterial Periférica, presentaron un porcentaje de ocurrencia entre la población encuestada menor al 11%, siendo la que presenta el mayor porcentaje entre los entrevistados, la insuficiencia cardíaca con 10,8% mientras la de menor porcentaje el ICTUS con 6,1%, por tal motivo se consideran de bajo riesgo en la población estudiada; si bien merecen atención, su probabilidad de ocurrencia son bajas. Por lo tanto, del análisis cuantitativo del resultado de la encuesta realizada se puede concluir que las enfermedades con mayor rango de probabilidad de ocurrencia en la población de estudio son la Hipertensión arterial, Colesterolemia y el Enfermedad renal crónica, siendo los que presentan alto riesgo de ocurrencia entre la población de estudio. En el Gráfico 1, se puede observar la tendencia de cada una de las enfermedades evaluadas.

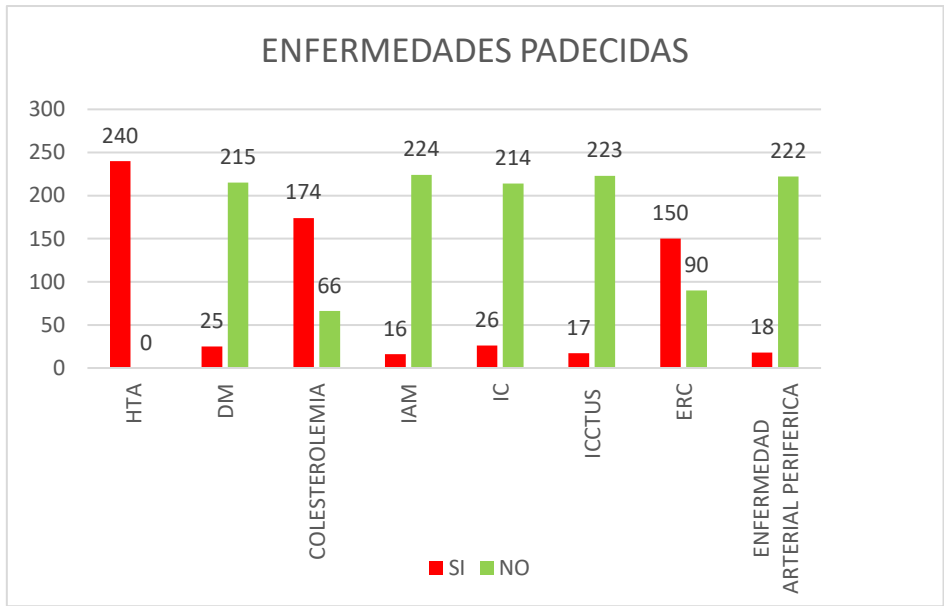


Grafico 1. Frecuencia de enfermedades padecidas.
Fuente: Propia.

Antecedentes de Patologías

En lo que respecta a los antecedentes patológicos de las enfermedades, la que presentó mayor probabilidad de ocurrencia fue la Hipertensión arterial, con un 43,3%, en los cuales manifestaron que tienen ascendencia con problemas de dicha enfermedad (padre, madre, abuelo, abuela). Sin embargo dista de la cantidad de personas que manifestaron padecer dicha enfermedad, por lo cual además de los antecedentes familiares, existen otras condiciones para desarrollar la patología en cuestión. Por otro lado, la enfermedad con menor cantidad de antecedentes familiares fue el ICTUS con un 6,3%.

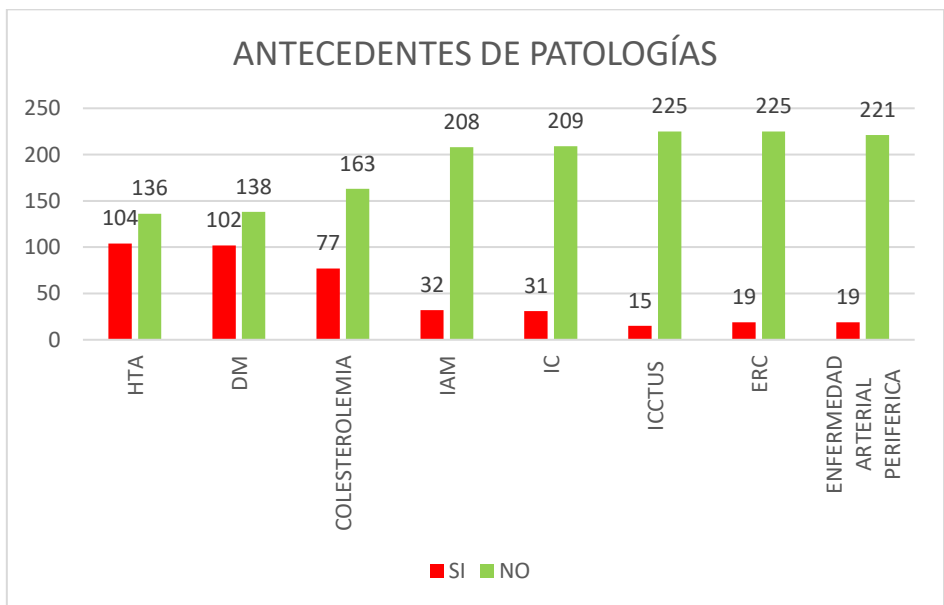


Grafico 2. Antecedentes de patologías.
Fuente: Propia.

Como se puede observar, en la mayoría de los casos las personas manifestaron no poseer antecedentes familiares de la enfermedad, salvo en la mencionada y en diabetes mellitus y la Colesterolemia con 42,5% y 32,1% de ocurrencia de familiares con dichas enfermedades respectivamente. En cambio las demás presentan porcentajes por debajo del 15%.

Si se evalúa una posible relación entre las personas que padecen cierta patología y los antecedentes familiares, se puede analizar cuál es la tendencia en cada una de ellas. Para ello se puede observar el Gráfico 3, en el cual se contrasta el número de personas que padecen cada enfermedad con el número de casos en los cuales poseen antecedentes familiares en dicha enfermedad.

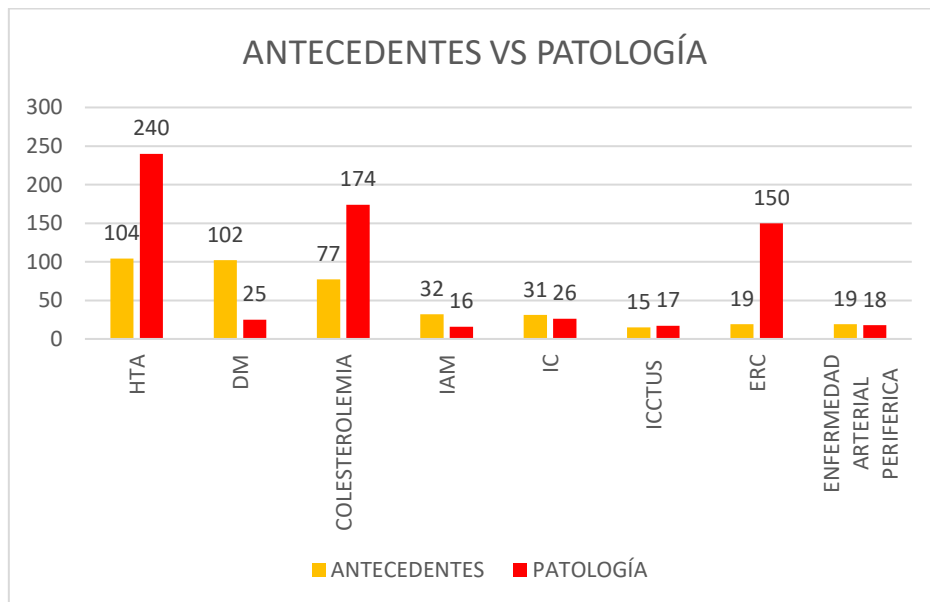


Gráfico 3. Antecedentes vs Patología de enfermedades
Fuente: Propia.

En la mayoría de los casos estudiados las personas presentan familiares con antecedentes de la enfermedad, sin embargo la relación no es tan directamente proporcional o tan estrecha como se cree comúnmente. Si se observa un caso particular como el Hipertensión arterial, el 100% de los encuestados manifestaron padecer dicha enfermedad, sin embargo únicamente el 43,3% indicaron tener antecedentes familiares. Caso contrario ocurre con la diabetes mellitus en el cual 42,5% de las personas indicaron tener antecedentes familiares, pero solo un 10,4% padecen dicha patología.

Ciertamente el tener antecedentes familiares de una enfermedad, incrementa en cierta medida las probabilidades de padecerla, sin embargo, existen otros factores que deben tomarse en cuenta.

Hábitos de las Personas

Un factor importante a tomar en cuenta durante la evaluación de patologías, y las probabilidades de ocurrencia, además de los antecedentes familiares, son los hábitos de las personas. Durante el presente estudio se evaluaron los más comunes como lo son: el sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo.

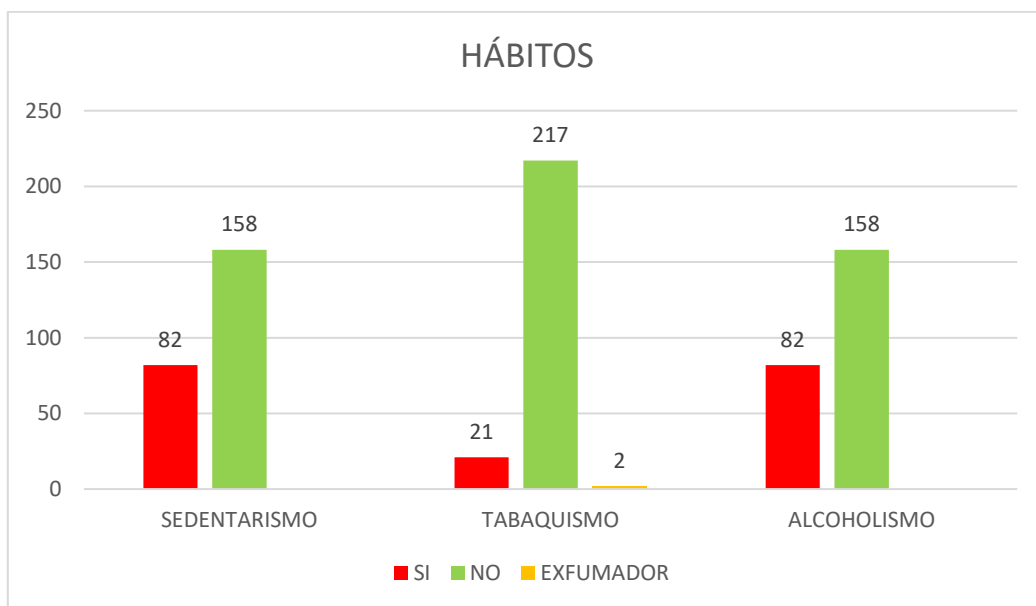


Grafico 4. Hábitos de las personas
Fuente: Propia.

Como se puede observar en la gráfica la mayoría de los encuestados no poseen hábitos dañinos para la salud. Siendo el tabaquismo el de menor frecuencia de uso con apenas el 8,8%, mientras que el sedentarismo y alcoholismo poseen el mismo porcentaje de incidencia con 34,2%. En líneas generales la mayoría de los encuestados poseen buenos hábitos de vida, manteniéndose alejados de los vicios habituales.

Adherencia de la población

Adherencia a los Medicamentos

Para controlar una patología o mitigar sus consecuencias a la salud, se debe llevar a cabo una adherencia a lo recetado por el médico, siguiendo las instrucciones sin saltarse el tratamiento. No seguir el tratamiento puede generar complicaciones de cualquier

índole agravando la situación del paciente que puede desencadenar en su deceso. Es por ello que es de vital importancia que se mantenga la medicación recomendada para poder controlar los efectos de la patología que se padezca.

En el caso de la población de la ESE de La Merced Caldas, se evaluó la adherencia a cada uno de los tratamientos recetados, obteniéndose los siguientes resultados.

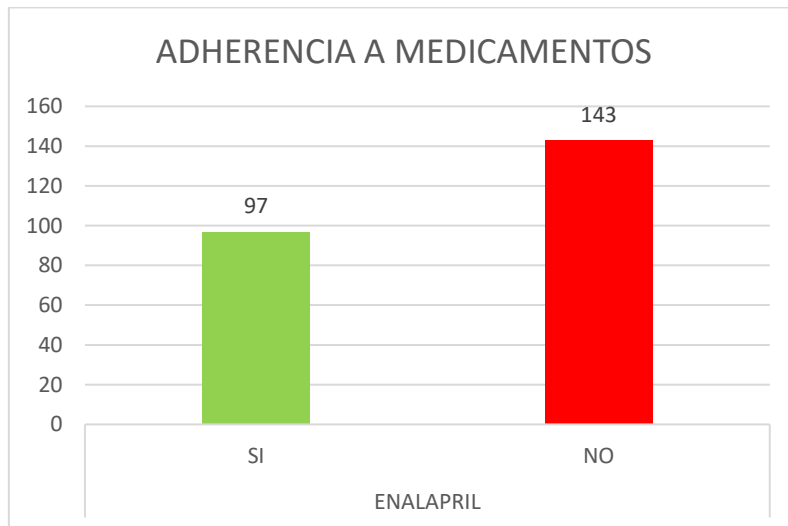


Grafico 5. Adherencia a Tratamiento. (Enalapril)
Fuente: Propia.

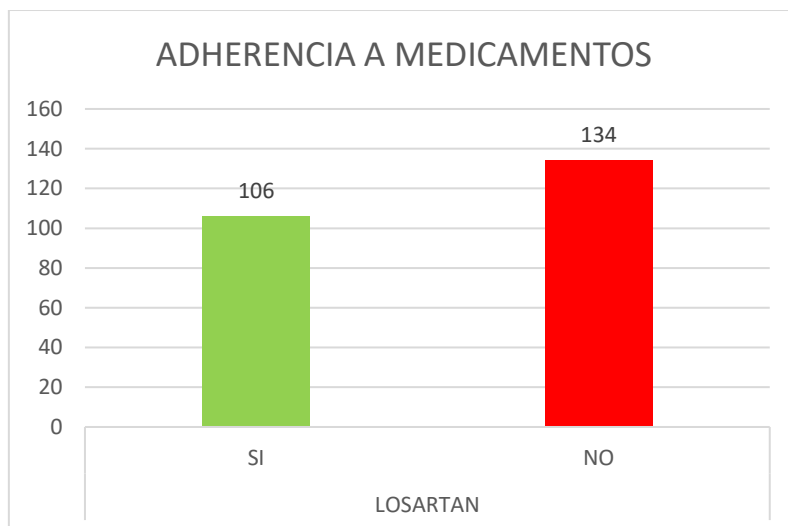


Grafico 6. Adherencia a Tratamiento. (Losartan)
Fuente: Propia.

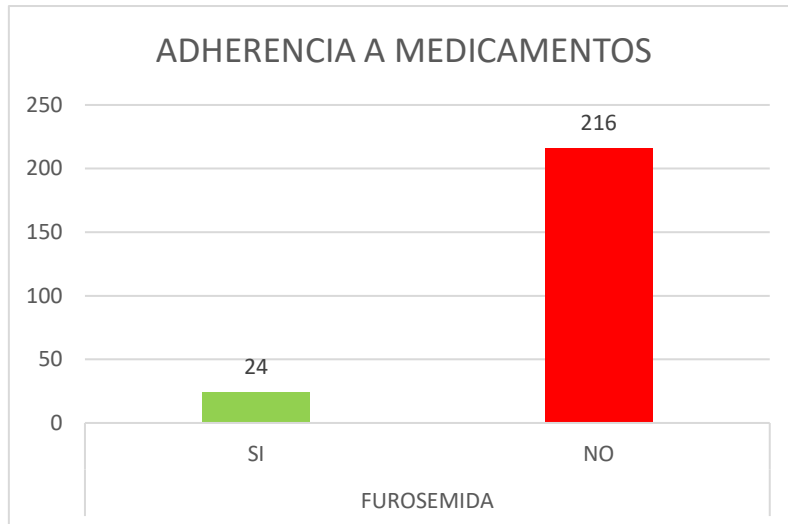


Grafico 7. Adherencia a Tratamiento. (Furosemida)
Fuente: Propia.

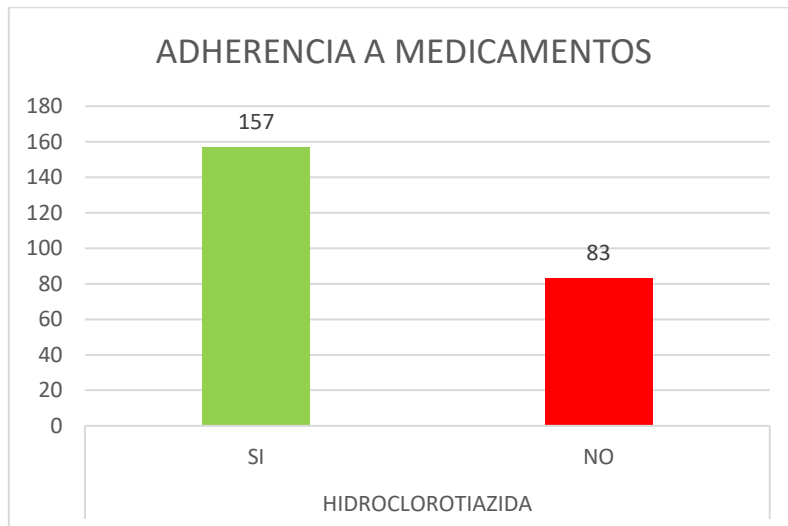


Grafico 8. Adherencia a Tratamiento. (Hidroclorotiazida)
Fuente: Propia.

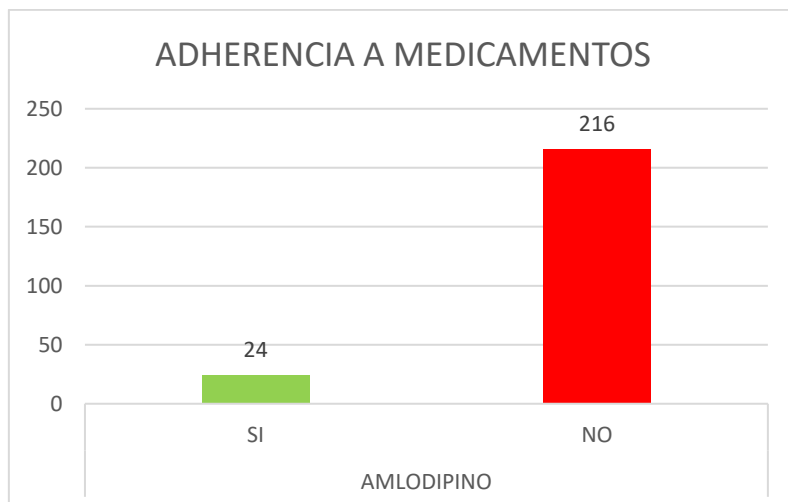


Grafico 9. Adherencia a Tratamiento. (Amlodipino)

Fuente: Propia.

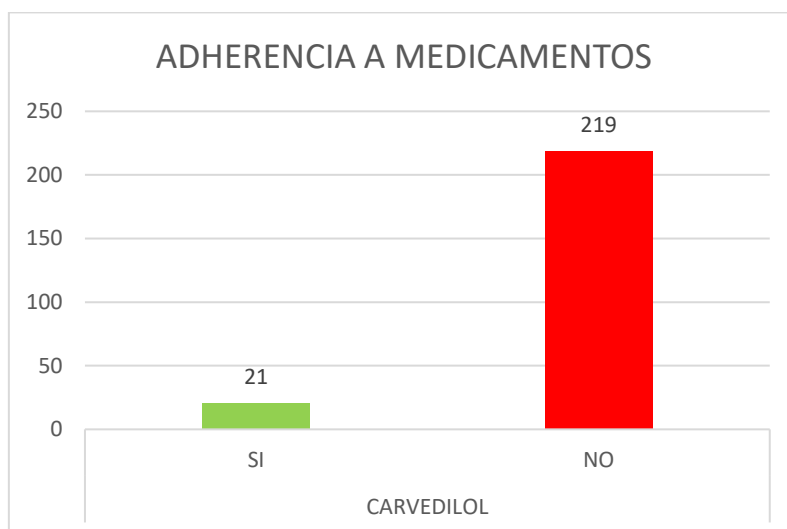


Grafico 10. Adherencia al tratamiento. (Carvedilol)

Fuente: Propia.

Para el caso del tratamiento, la tendencia en la mayoría de la medicación es la No Adherencia, siendo en cada uno de los casos mayor la cantidad de personas que no consumen los medicamentos que los que si llevan a cabo las instrucciones. A excepción de la Hidroclorotiazida, en la cual se observó que es mayor la cantidad de personas que llevan a cabo el tratamiento. Sin embargo, existen casos en los cuales el incumplimiento del tratamiento alcanza el 90%, como lo fue el caso del Amlodipino y el Carvedilol.

En líneas generales la No. Adherencia al tratamiento alcanza un promedio del 70,2% del total de los encuestados, lo que significa un porcentaje muy alto de incumplimiento del tratamiento recetado por el médico por parte de los pacientes.

Adherencia a Buenos Hábitos Alimenticios

La verdadera importancia de unos buenos hábitos alimenticios no es el tener una buena o una determinada apariencia sino estar saludable y tener una mejor calidad de vida. A medida que pasan los años el metabolismo baja y las personas deben cuidarse aún más, por lo que empezar cuanto antes a modificar los hábitos que otorgará una mejor calidad de vida. Todas las personas, en especial cuando se entra a una determinada edad, pueden beneficiarse mucho de un cambio en sus hábitos de alimentación y por consiguiente variación de su composición corporal.

Para el caso de las personas encuestadas, se observó una variedad de comportamiento en sus hábitos de alimentación, entre los cuales se presentan los resultados de algunos de los casos evaluados.

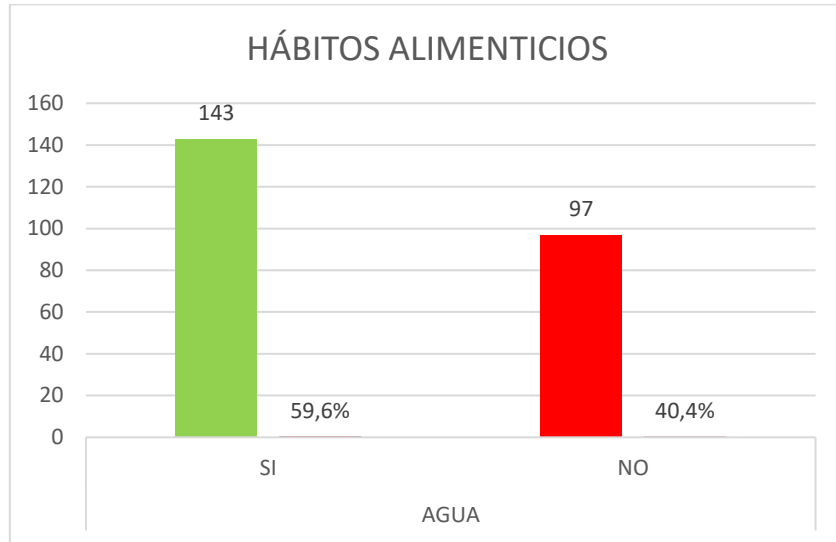


Grafico 11. Hábitos Alimenticios. (Consumo de Agua)
Fuente: Propia.

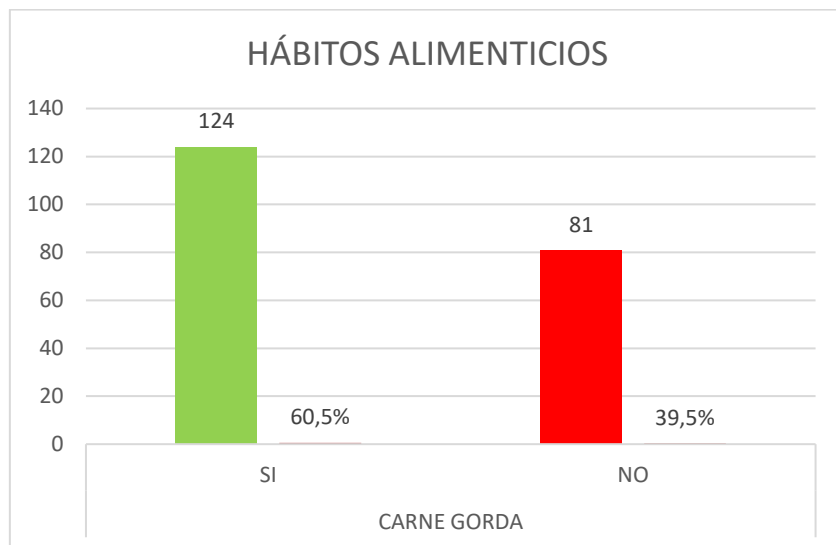


Grafico 12. Hábitos Alimenticios. (Consumo de Carne Gorda)
Fuente: Propia.

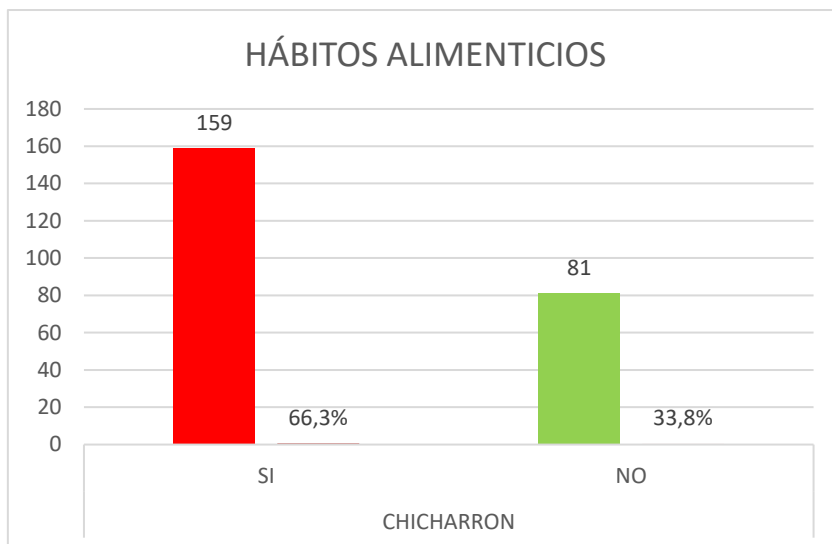


Grafico 13. Hábitos Alimenticios. (Consumo de Chicharrón)
Fuente: Propia.

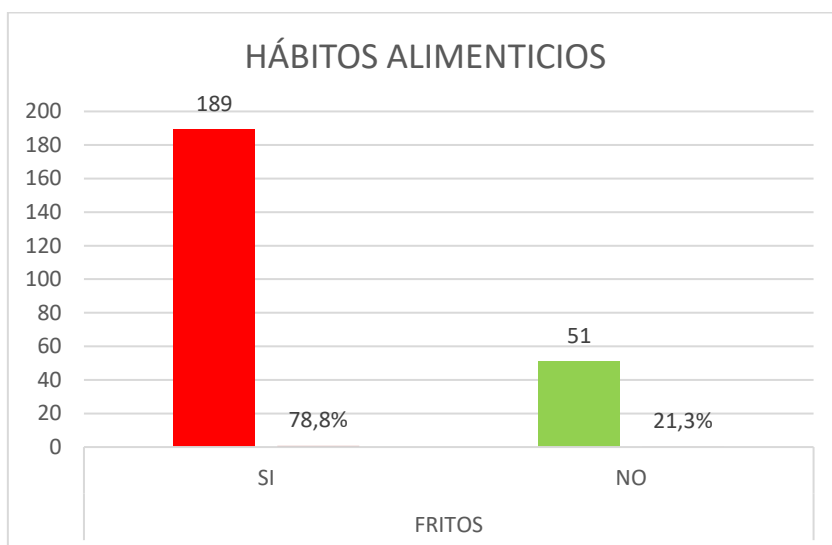


Grafico 14. Hábitos Alimenticios. (Consumo de Fritos)
Fuente: Propia.

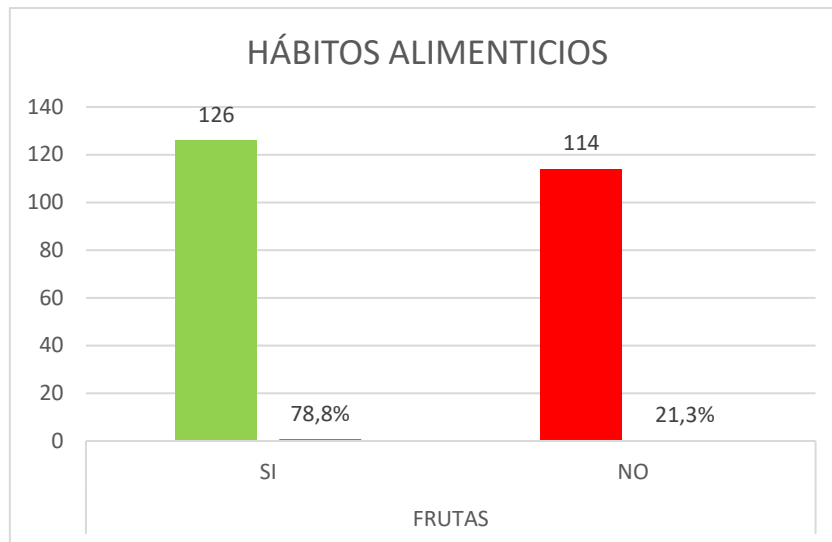


Grafico 15. Hábitos Alimenticios. (Consumo de Frutas)
Fuente: Propia.

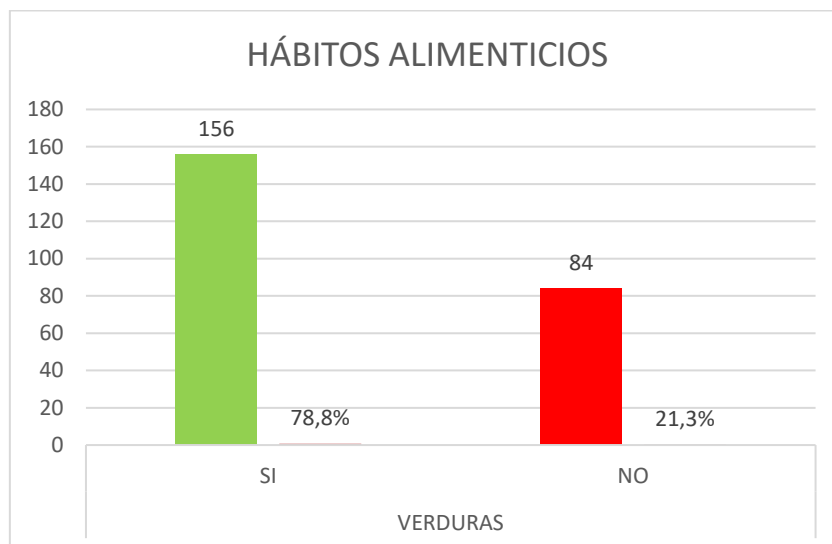


Grafico 16. Hábitos Alimenticios. (Consumo de frutas y Verduras)
Fuente: Propia.

Para el caso de los hábitos de alimentación, si bien la mayoría indicó que ingieren frutas y verduras, también se pudo constatar que la mayor parte de los encuestados tienen tendencia a consumir alimentos poco saludables, como lo son las carnes gordas, chicharrón y fritos, los cuales son dañinos para la salud debido a su alto contenido de grasa.

Si a los malos hábitos alimenticios se le agrega la No. adherencia a la medicación, las probabilidades de mejoras que tienen son muy bajas, al contrario las posibilidades de complicar su cuadro clínico son muy elevadas

Índice de masa corporal (IMC)

Se evidencia que del total de la población encuestada el 0.83% tiene peso baso, el 35.83% se mantiene en un índice de masa corporal normal, el 45% de los pacientes tienen sobrepeso y el 18.33% presenta obesidad, por lo que podemos analizar con estos datos que la población entrevistada tiende a tener sobrepeso, esto representando un riesgo para su salud sumando a su patología de base, esta tendencia puede relacionarse con estilos de vida poco saludables, como la falta de ejercicio y la mala alimentación, esta última evidenciada anteriormente con el consumo alto de fritos y bajo consumo en agua y frutas.

Con este análisis se evidencia que el riesgo de estos pacientes es muy alto ya que su patología más la poca adherencia al tratamiento y los estilos de vida incluyendo el sobrepeso tienden a traer consigo consecuencias de sus patologías como Infarto agudo de miocardio (IAM) o accidente cerebrovascular (ACV) que es lo que se pretende evitar en estos pacientes.

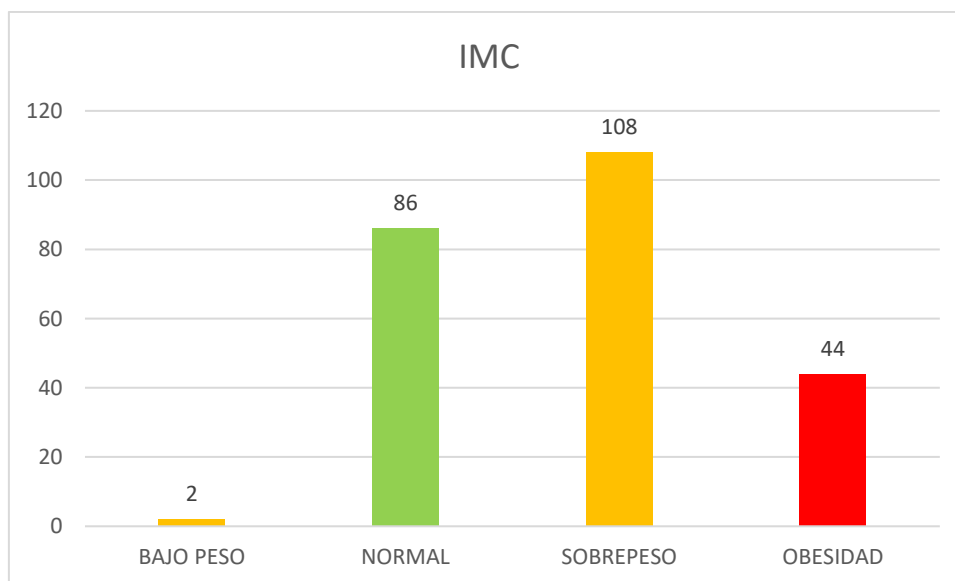


Gráfico 17. Índice de Masa Corporal.

Fuente: Propia

Percepción de las personas acerca de su salud

Un aspecto importante a evaluar es la percepción de las personas acerca de su propia salud, si bien es importante llevar a cabo un régimen de alimentación adecuado y la adherencia a la medicación, el cómo se sienten es un aspecto de vital importancia, por qué radica en que muchos pacientes pueden desviarse del tratamiento o incumplir con

los buenos hábitos alimenticios si consideran que están bien de salud y no requieren hacer adaptaciones en su estilo de vida para mejorar. Otro punto de vista también puede ser que a pesar de tener una enfermedad no se siente mal. En ese sentido se consultó a los encuestados sobre su percepción acerca de su salud, obteniendo los siguientes resultados:

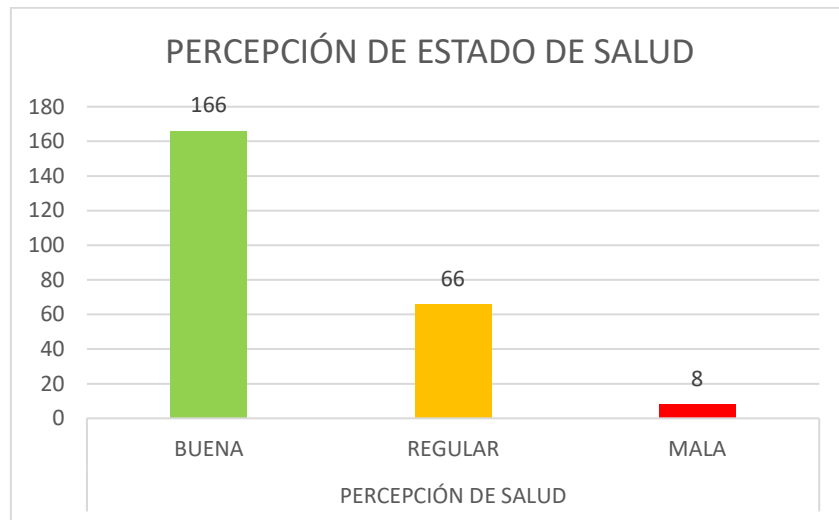


Grafico 17. Percepción de Estado de Salud.
Fuente: Propia.

Se puede observar que el 69,2% de los encuestados tienen la percepción de poseer una buena salud, mientras que únicamente el 3,3% consideran tener mala salud.

Al realizar un análisis de la percepción que tienen las personas respecto a su salud, sectorizado por rangos de edad se obtuvo lo siguiente:

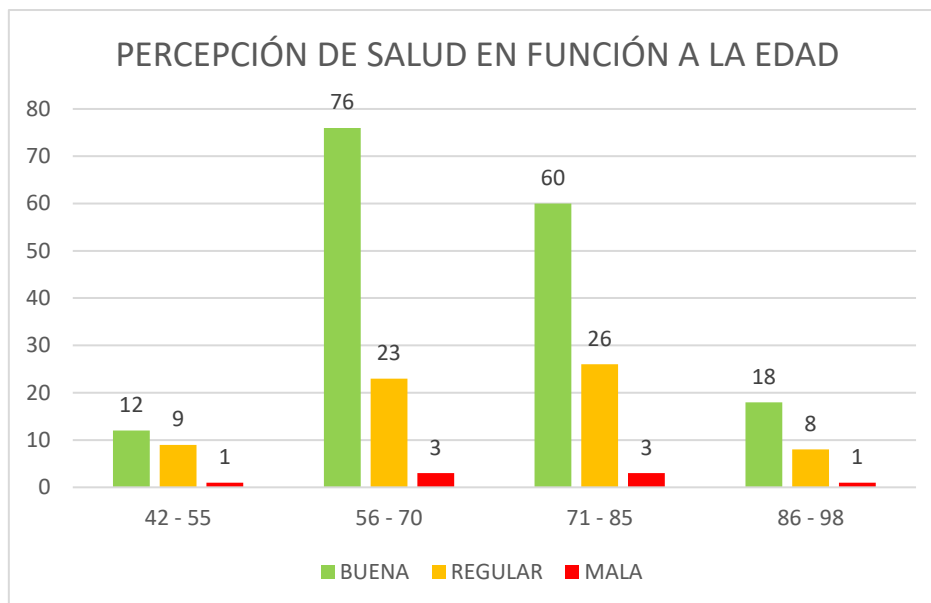


Grafico 18. Percepción de Estado de Salud por Rango de Edad.
Fuente: Propia.

Al observar la percepción dividida por rangos de edad, se puede notar que las personas con edades comprendidas entre 56 y 70 años son quienes presentan un mayor porcentaje que consideran que poseen buena salud, con un 74,5%. Por su parte, el rango de edad entre los 42 y 55 años posee un menor porcentaje (54,5%).

Análisis

En este punto de la investigación debe quedar demarcado que el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) corresponde a un conglomerado de acciones y herramientas que por medio de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma integral la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio, con el único fin de responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito (1).

Para lograr dicho cometido, el modelo de acción integral territorial (MAITE) en su primera fase debe concebir una formulación de riesgos, mediante la cual el territorio identifica prioridades en salud para cada línea de acción. Para ello, en el marco del entendimiento de la influencia de la implementación de este modelo en pacientes con patologías cardio cerebro vascular en el municipio de la Merced Caldas, era necesario establecer los factores de riesgos que predisponen a esta patología tales como (hábitos inadecuados para una vida saludable, la baja adherencia al tratamiento, la escasa

percepción de salud, los antecedentes familiares, entre otros.), para que con esta información se logrará la identificación oportuna de las prioridades en salud, que permitiera proseguir a la segunda fase (ejecución) del MAITE.

Evidentemente, con esta implementación del modelo se buscó un acercamiento real entre una entidad de bajo nivel de complejidad como la ESE La Merced caldas, y las propuestas de atención que plantea el ministerio de salud para lograr una población sana. De esta forma, se da una mirada futura hacia el objetivo de tener una población que cuente con una atención en salud idónea e integral por parte de los profesionales que hagan la intervención, y con una oportuna identificación de riesgos y sintomatologías que brinden la posibilidad de acciones eficaces.

Así las cosas, la identificación y sectorización de los pacientes con patologías cerebro cardio vasculares, asumiendo los factores y elementos positivos y negativos de la implementación del modelo de acción integral territorial (MAITE), toma cabida.

En síntesis, la pregunta de investigación que describe el modelo de acción integral territorial como una estrategia para la identificación de población en riesgo, requiere de una articulación con los diferentes actores de la salud, para garantizar adecuados proceso de intervención saludables en la comunidad, los cuales deben ser de igual manera rentables con el fin de garantizar la sostenibilidad de las instituciones, en especial las de baja complejidad, y fundamentando la atención primaria en salud, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones; raciocinios relevantes para el posicionamiento de una salud integral.

De esta manera, el impacto del modelo en la población objeto, consiste en la mejora de resultados en salud, buscando dar respuestas concretas a las prioridades identificadas, mediante una atención de calidad centrada en las personas, la familia y las comunidades.

Conclusiones

El análisis y la evaluación de los resultados obtenidos de la encuesta realizada, indica que la patología con mayor probabilidad de ocurrencia es la hipertensión arterial, seguida de Colesterolemia y la enfermedad renal crónica.

En lo referente a los hábitos de las personas encuestadas, se puede determinar que la mayoría de esta población no refiere sedentarismo, tabaquismo o alcoholismo, en ese sentido se puede inferir que la mayoría de los encuestados cuenta con menos factores de riesgo asociados a la patología, esto puede llevar a una menor probabilidad de asumir pacientes de alto costo.

En la adherencia a la medicación se evidencia una falencia relevante debido a que el porcentaje de personas que incumple con el tratamiento es muy elevado (70,2%), lo que puede indicar baja adherencia a la cultura de los cuidados por medio de la medicación.

Los hábitos alimenticios requieren ser intervenidos, debido a que un gran número de la población encuestada (>50%) manifestó comer de manera frecuente chicharrón, carne gorda y fritos, previo conocimiento de las desventajas nutricionales que trae el consumo de este tipo alimentos.

A pesar de existir un gran porcentaje de personas que poseen malos hábitos alimenticios y que no cumplen con la adherencia de los tratamientos, la mayoría (69,2%) poseen una percepción buena de su propia salud. Esto puede ser un indicativo de las primeras estadísticas, si el paciente considera que posee una buena salud, existen altas probabilidades que no cumpla cabalmente la medicación o no vea necesario cambiar sus hábitos de alimentación.

Es importante aclarar que esta investigación abarcó la fase “formulación” del modelo de acción integral territorial (MAITE), donde se pudo establecer que la población con factores de riesgo para enfermedades cerebro cardio vasculares como (hábitos inadecuados, baja adherencia al tratamiento, escasa o poca percepción de salud, y antecedentes familiares, entre otros), son datos necesarios para tener una información con la cual se pueda dar inicio a la implementación del modelo que tiene por objetivo el mejoramiento de la atención primaria en salud, con enfoque en la salud familiar y comunitaria mediante el cuidado y la gestión de riesgos.

Este estudio también muestra que existe un porcentaje elevado de personas que padecen enfermedades cerebro cardio vasculares, por lo que se ratifica la necesidad de la implementación del modelo para orientar de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio, y así responder a las prioridades de salud de la población mediante la identificación de sus riesgos, y a partir de esto,

disponer medidas con las cuales se pueda intervenir, a fin de lograr una comunidad con personas sanas.

De esta forma, la influencia que demarcaría esta implementación, corresponde al entendimiento de las necesidades de la población en el marco de propender una mejor atención en las instituciones de salud de primer nivel como lo es la ESE Hospital La Merced y que permita una articulación ecuánime de los entes dispuestos en el sistema de salud.

Recomendaciones para la institución

La ESE HOSPITAL LA MERCED requiere hacer un trabajo articulado con la Secretaria de Salud del municipio con el fin de desarrollar estrategias que permitan mejorar los procesos de aseguramiento, porque de esta manera se puede canalizar el recurso que se está desviando hacia otros municipios con los proyectos implementados y aprobados que generan cambios benéficos para la población. También es importante que los profesionales de salud pública apoyen y fomenten la importancia del modelo, determinando las condiciones adversas con la eventualidad de pacientes de alto costo, no solo para las EPS, el hospital, sino también para las familias de los pacientes y finalmente articular su información con la estrategia de ATENCION PRIMARIA SOCIAL APS, con la cual se identifican de manera integral las oportunidades de mejoramiento de la población desde la base social que es la familia.

Se recomienda a la institución hospitalaria hacer una revisión presupuestal para realizar la implementación del modelo, todo esto a través de una proyección del costo beneficio y definición del recurso a usar para tal fin.

ANALISIS FINANCIERO

La realidad financiera de este modelo es incierto, motivo por el cual es adecuado hacer un ejercicio de costo-beneficio que permita dar mayor claridad en este sentido.

El incremento en el número de actividades a realizar, la contratación de nuevo talento humano, la adecuación de espacios físicos para la atención y la adición de insumos para llevar a cabo un adecuado ejercicio en el modelo de atención integral, requiere de una inversión financiera que permita dar cumplimiento a los requerimientos básicos, razón por la cual se hace necesario hacer un reajuste en los valores pagados por las EPS, para

lograr por lo menos la sostenibilidad del modelo y sin generar alguna exposición de riesgo financiero a la institución.

Actualmente el régimen subsidiado paga \$17.367 pesos por cada usuario, de los cuales para PyP son utilizados \$3.638 pesos y para morbilidad son utilizados \$13.729.

Haciendo una proyección austera de los valores para dar cobertura al modelo, se haría necesario un reajuste aproximado del 17%, para un incremento total de \$3.126 pesos por usuario, valor con el cual se puede pensar en sacar adelante la estrategia y solo permitir la sostenibilidad de la institución. Para este análisis se consideró el número de la población, que en el caso particular del municipio de la Merced no supera los cinco mil habitantes.

Los gastos aproximados para la implementación del modelo es de \$13.000.000 pesos, y los gastos fijos mensuales para el desarrollo del modelo ascienden a un valor aproximado de \$11.250.000 pesos.

La implementación de MAITE en nuestro país, requiere del concurso de los gobernantes para que hagan una regulación financiera y defina compromisos y responsabilidades de cada uno de los actores del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, la responsabilidad de este modelo no puede ser exclusivo de las entidades hospitalarias, se necesita que las entidades prestadoras de salud también se empoderen de las acciones de gestión del riesgo en salud.

Esta revisión debe incluir el recurso financiero para la contratación del talento humano responsable de la implementación y ejecución del modelo y para la consecución de los insumos, debe contemplar también la adecuación de espacios o consultorios con la correspondiente dotación para la atención de pacientes, se requiere garantizar los insumos de laboratorio, entre otros; en este sentido también se debe destacar la importancia de realizar una adecuada negociación con las EPS, pues son ellas las que auditaran el proceso de implementación del modelo con sus usuarios y con quienes se debe acordar el incremento de las tarifas para lograr satisfacer las necesidades propias de la implementación de MAITE.

CONCLUSIÓN

La implementación del modelo será una realidad en el país, por esta razón se debe iniciar la estructuración del plan de intervención para garantizar un adecuado proceso de salud, así como un óptimo cumplimiento de la norma, hoy las políticas públicas juegan un papel importante en el sistema de salud, por eso se debe avanzar en el proceso y actuar con determinación en la consecución de los procesos para obtener una vida saludable que disminuya las comorbilidades que perjudiquen la salud mental, física y social. El modelo debe ser implementado paso a paso, siguiendo los procesos propios de cada institución según su capacidad física, financiera y de talento humano, así mismo cada entidad debe aportar a que la implementación de la ruta sea efectiva aportando su granito de arena desde el nivel de complejidad en el que se encuentre, para que el resultado final sea efectivo y mejore las condiciones de los pacientes que padecen una enfermedad cardio cerebrovascular.

Cronograma de Actividades

MODELO DE ACCIÓN INTEGRAL TERRITORIAL		Mes JULIO				Mes AGOSTO		
		01 - 05 Julio	06 - 12 Julio	13 - 19 Julio	20 - 26 Julio	27 - 2 agosto	3- 9 agosto	10-16 agosto
Nº	Actividades	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7
1	RECOLECCIÓN DE DATOS (PACIENTES)							
2	RECOLECCIÓN DE DATOS (RIPS)							
3	VERIFICACIÓN ESTRUCTURA OPERATIVA							
4	ANÁLISIS DE RIPS							
5	DISEÑO DE ENCUESTA							
6	APLICACIÓN DE ENCUESTA (x PACIENTES)							
7	IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTA INFORMATIVA							
8	TABULACIÓN							
9	ANÁLISIS DE RESULTADOS							
10	ELABORACIÓN DE INFORME FINAL							
11	SOCIALIZACIÓN							

Mes	Mes SEPTIEMBRE						Mes OCTUBRE				Mes NOVIEMBRE					
AGOSTO	10-16 agosto	17-23 agosto	24-30 agosto	31-6 septi	7- 13 septi	14 - 20 sep	21 - 27 septi	28-4 octu	5-11 octu	12-18 octu	19-25 octu	26-1nov	2-8 nov	9-15 nov	16-22 nov	23-29 nov
	Semana 7	Semana 8	Semana 9	Semana 10	Semana 11	Semana 12	Semana 13	Semana 14	Semana 15	Semana 16	Semana 17	Semana 18	Semana 19	Semana 20	Semana 21	Semana 22

Presupuesto

RUBROS	cantidad	unidad	valor unitario	FUENTES				TOTAL
				UCM		CONTRAPARTIDAS		
				RECURRENTE	NO RECURRENTE	RECURRENTE	NO RECURRENTE	
Horas tiempo laboradas por persona	720	horas	40.000	28.800.000				28.800.000
Equipos de computo	6	U por persona	1.800.000	10.800.000				10.800.000
Visita al municipio alimentación	36	d - a - c	23.000	828.000				828.000
Visita al municipio transporte desde manizales	2	pasajes	40.000	160.000				
Visita al municipio transporte desde medellin	2	pasajes	38.000	152.000				
Visita al municipio transporte desde guatica	1	pasajes	45.000	135.000				
Visita al municipio hospedaje	2	hotel	25.000				300.000	
Transporte interveredal	x	pasajes	20.000				120.000	
Papelaria				100.000		450.000		550.000
TOTAL				40.975.000		450.000	420.000	41.845.000

Bibliografía

1. Minsalud.gov.co. [Internet]. 2020 [citado 11 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
2. ESE Hospital La Merced [Internet]. Esehospitallamerced.gov.co. 2016 [citado 11 marzo 2020]. Disponible en: <http://www.esehospitallamerced.gov.co/tema/entidad>
3. José M. Castellano, Jagat Narula, Javier Castillo, Valentín Fuster, Promoting Cardiovascular Health Worldwide: Strategies, Challenges, and Opportunities, *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, Volume 67, Issue 9, September 2014, Pages 724-730
4. José M. Castellano, José L. Peñalvo, Sameer Bansilal, Valentín Fuster, Promotion of Cardiovascular Health at Three Stages of Life: Never Too Soon, Never Too Late, *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, Volume 67, Issue 9, September 2014, Pages 731-737
5. Elosua, R. (2005). Actividad física. Un eficiente y olvidado elemento de la prevención cardiovascular, desde la infancia hasta la vejez. *Revista Española de Cardiología*, 58(8), 887-890.
6. Rojas Ochoa Francisco. La Atención Primaria de Salud y el desafío de las enfermedades cardiovasculares. Recomendaciones para el plan de acción. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2013 Sep [citado 2020 Mar 11]; 29(3): 336-341. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000300011&lng=es
7. Bertomeu, V., & Quiles, J. (2005). La hipertensión en atención primaria: ¿conocemos la magnitud del problema y actuamos en consecuencia? *Revista Española de Cardiología*, 58(4), 338-340.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D.C., Colombia: Alejandro Gaviria Uribe; 2016.

9. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud —RIAS. Bogotá D.C., Colombia: Alejandro Gaviria Uribe; 2016.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ Enfoque de Curso de Vida Bogotá D.C., Colombia: Grupo Curso de Vida; 2015.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis De Situación De Salud (ASIS). Bogotá D.C., Colombia: Dirección de Epidemiología y Demografía; 2018.
12. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 260 de 2004. Bogotá D.C., Colombia: Consejo de Estado; 2004.
13. Congreso de la República de Colombia. Ley Número 1122 de 2007. Bogotá D.C., Colombia: Congreso; 2007.
14. Ministerio de la protección social. Decreto Número 4747 DE 2007. Bogotá D.C., Colombia: Ministerio; 2007.
15. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011. Bogotá D.C., Colombia: Congreso; 2011.
16. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 Estatutaria del 2015. Bogotá D.C., Colombia: Congreso; 2015.
17. Congreso de la República de Colombia. Ley 1753 de 2015. Bogotá D.C., Colombia: Congreso; 2015.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441 DEL 2016. Bogotá D.C., Colombia: Ministerio; 2016.
19. Fernández García Ariana, Gálvez González Ana María, Castillo Guzmán Antonio. Costo institucional del infarto agudo de miocardio en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 Dic [citado 2020 Mar 11]; 34(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400006&lng=es.
20. <http://www.bvs.hn/RHN/pdf/2001/pdf/Vol5-1-2001-3.pdf>
21. <https://www.scielosp.org/article/spm/2001.v43n1/32-40/>
22. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-estimacion-costos-directos-eventos-coronarios-S0120563318301177>
23. Enfermedades Cardiovasculares [Internet]. Ministerio de Salud (Gob.). 2019 [citado 11 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-cardiovasculares.aspx>
24. Universidad de la Jaén. Metodología Cualitativa [Internet]. Ujaen.es. 2018 [citado 11 abril 2020]. Disponible en: http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfg/enfo_cuali.html
25. Monje Álvarez C. Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa Guía Didáctica [Internet]. Universidad Veracruzana (uv.mx). 2017 [citado 12 abril 2020]. Disponible en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
26. Tsao, C. W., & Vasan, R. S. (2015). Cohort Profile: The Framingham Heart Study (FHS): overview of milestones in cardiovascular epidemiology.

International Journal of Epidemiology, 1800â€“1813.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyv337>

27. Anderson, K. M., Wilson, P. W., Odell, P. M., & Kannel, W. B. (1991). An updated coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation*, 83(1), 356–362. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.83.1.356>
28. Baena Díez, J. M., del Val García, J. L., Tomàs Pelegrina, J., Martínez Martínez, J. L., Martín Peñacoba, R., González Tejón, I. Oller Colom, M. (2005). Cardiovascular Disease Epidemiology and Risk Factors in Primary Care. *Revista Española de Cardiología (English Edición)*, 58(4), 367–373. [https://doi.org/10.1016/s1885-5857\(06\)60667-1](https://doi.org/10.1016/s1885-5857(06)60667-1)
29. de Colombia, M. de salud. (2017). Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA).
30. WHO. (2006). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia RepoRt of a WHO/IDf ConsultatIon.
31. Cimminiello, C., Zambon, A., & Polo Friz, H. (2016). Hypercholesterolemia and cardiovascular risk: advantages and limitations of current treatment options. *Giornale Italiano Di Cardiologia* (2006), 17(4), 6S – 13. <https://doi.org/10.1714/2254.24276>
32. ANSELL, B. (2005). Evidence for a Combined Approach to the Management of Hypertension and Dyslipidemia. *American Journal of Hypertension*, 18(9), 1249–1257. <https://doi.org/10.1016/j.amjhyper.2005.03.740>
33. Fernández De Bobadilla, J., Sanz De Burgoa, V., Garrido Morales, P., & López De Sá, E. (2011). Riesgo cardiovascular: evaluación del tabaquismo y revisión en atención primaria del tratamiento y orientación sanitaria. *Estudio. Atención Primaria*, 43(11), 595–603. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.10.005>
34. Warnholtz, Evaluación de intervenciones sociales basadas en el turismo usando el enfoque metodológico de la Evaluación Realista, 2018. *Revista Pasos*, Vol. 16 (2) 501-522 [internet] Recuperado de: http://www.pasosonline.org/Publicados/16218/PS218_17.pdf
35. Bamberger, Evaluación del mundo real: trabajando bajo presupuesto, tiempo, datos y política restricciones, 2007, Programa de evaluación del trabajo [internet] Recuperado de: https://www.perfeval.pol.ulaval.ca/sites/perfeval.pol.ulaval.ca/files/publication_191.pdf
36. Hernández Sampieri et. Metodología de la investigación, México 2006. Mc Graw Hill, quinta edición, p. 1-607 [internet] Recuperado de: http://www.academia.edu/14841675/metodologia_investigacion

37. Stake, R, E. Investigación con estudio de casos, Madrid.1999 Ediciones Morata, p. 1-165 [internet] Recuperado de: https://documentos.tips/download/stake-investigacion-con-estudio-de-casos_5a0f35c1d64ab246dee66349_pdf
38. Díaz, Torruco, Martínez y Varela, La entrevista, recurso flexible y dinámico. México 2013 Revista Elsevier, 2(7) 162-167 [internet] Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>