IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA “HOSPITAL - DÍA” PARA LA ATENCIÓN A LOS DIABÉTICOS EN LA ESE – HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA HUILA

GUILLERMO CABRERA FALLA – MÉDICO ENDOCRINOLOGO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
NEIVA
2003

IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA “HOSPITAL - DÍA” PARA LA ATENCIÓN A LOS DIABÉTICOS EN LA ESE – HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE LA CIUDAD DE NEIVA HUILA

GUILLERMO CABRERA FALLA – MÉDICO ENDOCRINOLOGO

Proyecto de grado para optar el título de especialista en
Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
NEIVA
2003

Nota de aceptación

_____
_____
_____
_____
_____

_____
Firma del presidente del jurado

_____
Firma del jurado

_____
Firma del jurado

Neiva, Junio de 2003

AGRADECIMIENTOS

El Autor expresa sus agradecimientos a todas las personas que de una u otra forma, colaboraron con la realización de este proyecto y en especial a:

Dr. Pedro Reyes Gaspar, por su apoyo durante el desarrollo del programa de especialización.
Y a mis Hijos, Marianela y Sergio, cada uno hizo lo suyo.

CONTENIDO

Página

0. INTRODUCCIÓN 11
1. DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO DEL PROYECTO 14
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA CIUDAD 14
1.1.1 Historia de la ciudad 14
1.1.2 Aspectos Geográficos y sociodemográficos 15
1.1.3 Composición social por estrato 15
1.1.4 Identificación de elementos ambientales 16
1.1.5 Aspectos económicos
1.1.6 Idiosincrasia del neivano 16
1.2 RED DE ATENCIÓN EN SALUD 17
1.2.1 Identificación de la Empresa Social del Estado (ESE) 17
1.2.2 Cultura Organizacional 17
1.2.3 Objetivos de la empresa 18
2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA 19
3. JUSTIFICACIÓN 22
4. ASPECTOS LEGALES Y NORMATIVOS 23
5. MARCO REFERENCIAL 28
5.1 MARCO TEÓRICO 28
5.1.1 Las cualidades de una ciudad sana 28
5.1.2 Estadísticas de la Diabetes Mellitus 29
5.1.3 Síntomas y tratamiento de la diabetes 29
5.1.4 La prevención es esencial 30
5.1.5 Educación en diabetes y control de costos 30
5.1.6 Qué es el hospital de día? 31
5.1.7 Sistema de hospital de día en la atención integral de pacientes diabéticos. 31
5.1.8 Por qué el hospital de día ofrece mayores posibilidades de éxito en el tratamiento de los diabéticos? 31
5.1.9 Procesos de atención del hospital de día 32
5.1.10 Diabetes and the day hospital 32
5.2 MARCO CONCEPTUAL 33
5.3 CONCEPTO DE RED 34
6 DIAGNÓSTICO DE LA RED DE ATENCIÓN AL DIABÉTICO 37
6.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CIUDAD DE NEIVA 37
6.1.1 Diez primeras causas de morbilidad por consulta externa 37
6.1.2 Diez primeras causas de morbilidad por urgencias 38
6.1.3 Nueve primeras causas de morbilidad por hospitalización 39
6.2 INDICADORES GENERALES 39
6.3 ATENCIÓN DE DIABÉTICOS ESE – HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO. 40
6.3.1 Causas de hospitalización de 2000 40
6.3.2 Causas de hospitalización de 2001 41

6.4 ATENCIÓN DE DIABÉTICOS CLÍNICA CENTRAL DE ESPECIALISTAS 2001 41
6.5 ATENCIÓN DE DIABÉTICOS CLÍNICA FEDERICO LLERAS ACOSTA ISS – NEIVA – HUILA. 42
6.6 ATENCIÓN DE DIABÉTICOS CLÍNICA SALUDCOOP 2001 42
6.6.1 Causas de hospitalización en el 2001 42
6.7 ATENCIÓN DE DIABÉTICOS CLÍNICA NEIVA 43
6.8 ANÁLISIS DOFA SOBRE EL AMBITO PROBLEMÁTICO 45
6.8.1. Direccionamiento estratégico del proyecto 46
6.8.2. Nudos críticos potenciales 47
6.8.3. Factores claves de éxito potencial 47
7 PROTOCOLOS ASISTENCIALES Y GUIAS INTEGRALES DE ATENCIÓN 48
7.1 GUÍA DE ATENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1
7.2 GUÍA DE ATENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 51
8 METODOLOGÍA 53
9 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL DÍA 54
9.1 ELEMENTOS BÁSICOS DE PORTAFOLIO DE SERVICIOS
9.1.1 Demandantes del programa 54
9.1.2 Oferentes del programa 54
9.2 PROCEDIMIENTOS BÁSICOS A DESARROLLAR 56
9.3 FLUJOGRAMA DEL PROGRAMA HOSPITAL DÍA 57
9.4 HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA HOSPITAL – DÍA 57
9.5 COMPONENTES Y TIPOS DE SERVICIOS DEL HOSPITAL DÍA 57
10 ANÁLISIS DE GESTION Y RESULTADOS 60
10.1 RED DE ATENCIÓN AL DIABÉTICO – HOSPITAL DE DÍA 60
10.2.0 CONTROL DE GESTIÓN Y RESULTADOS 60
10.2.1 Indicadores de eficiencia 60
10.2.2 Indicadores de calidad 62
10.2.3 Oportunidad 62
10.2.4 Indicadores de eficacia 62
10.2.5 Indicadores de efectividad 63
10.2.6 Análisis de beneficios del Hospital Día 63
10.3 ANÁLISIS DE BENEFICIOS DEL HOSPITAL DE DÍA 64
11 ESTRATEGIAS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL HOSPITAL DÍA 64
11.1 PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 65
11.2 ACTIVIDADES 65
12 PERSPECTIVA DEL PROGRAMA DE HOSPITAL DÍA 67
12.1 RESULTADOS ESPERADOS DEL PROGRAMA 67
13 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 69
BIBLIOGRAFÍA 71
ANEXOS 73

LISTA DE CUADROS

Página

Cuadro 1. Distribución de la diabetes no complicada por grupo etáreo como sexta causa de morbilidad por consulta externa. 37

Cuadro 2. Distribución de la diabetes no complicada por sexo como sexta causa de morbilidad por consulta externa. 37

Cuadro 3. Distribución de la diabetes por grupo etáreo como quinta causa de morbilidad por urgencias. 38

Cuadro 4. Distribución de la diabetes por sexo como quinta causa de morbilidad por urgencias. 38

Cuadro 5. Distribución de la diabetes por grupo etáreo en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo. 39

Cuadro 6. Distribución de la diabetes por sexo en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo. 39

Cuadro 7. Distribución de la diabetes por grupo etáreo en la Clínica Central de Especialistas. 40

Cuadro 8. Distribución de la diabetes por sexo en la Clínica Central de Especialistas. 41

Cuadro 9. Distribución de la diabetes por grupo etáreo en la Clínica Federico Lleras Acosta. 41

Cuadro 10. Egresos hospitalarios(2500Dx) Abril 2001-Enero 2002 42

Cuadro 11. Análisis DOFA. 43

Cuadro 12. Indicadores y metas. 60

LISTA DE ANEXOS

Página

ANEXO A. Flujograma del programa Hospital de Día 68

ANEXO B: Historia clínica para el programa Hospital de Día 69

OBJETIVOS

GENERAL

Mediante un análisis de la experiencia en la atención a los Diabéticos en el Huila y la Región Surcolombiana, que hacen parte del área social de mercado del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo; precisar acciones y estrategias innovadoras como el HOSPITAL DIA, para contribuir con la Calidad y calidez humana de la atención a pacientes que padecen dicha enfermedad y pueden ser tratados en forma más optima para aliviar su sufrimiento, disminuir riesgos de hospitalización y ahorrar costos de atención.

ESPECIFICOS

- Implantar las estrategias y procesos que demanda EL HOSPITAL DÍA, para una atención integral a las personas con diabetes del entorno como un nuevo concepto de tratamiento y rehabilitación con estilos de vida saludable.

- Conocer e interpretar en el contexto actual del Sistema General de la Seguridad Social en Salud, como adaptar una atención integral al paciente diabético en el entorno del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, en el proceso del HOSPITAL DÍA.

- Tomar como referentes los procesos asistenciales y administrativos de otros entornos exitosos para la atención adecuada y especializada del paciente diabético en función de la promoción de la salud, control de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación de la mejor manera posible.

- Analizar y proporcionar conocimientos sobre la funcionalidad del HOSPITAL DÍA y su incidencia en el aumento de las coberturas, calidad de la prestación del servicios y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes atendidos.

- En el transcurso del proyecto establecer estrategias de mejoramiento continuo basadas en indicadores y Técnicas administrativas para monitorear en forma práctica como se puede desarrollar El HOSPITAL DE DÍA en nuestro medio, con flujogramas y requisitos esenciales, de acuerdo a: marco legal, los procedimientos de: Plan Obligatorio de Salud; Admisiones; Clasificación de Usuarios, Tipos de Régimen, Tipos de riesgo; Comprobación de derechos y demás actividades inherentes al desarrollo empresarial hospitalario.

- Proponer el manejo de herramientas que proporcionen conocimientos especializados en el sistema de seguridad social en salud para una atención integral al usuario desde los procesos de HOSPITAL DE DÍA**.**

- Evaluar y proponer procesos de manejo de los programas de atención al diabético desde el contexto del HOSPITAL DE DÍA y proyectar la conveniencia socioeconómica y factibilidad técnica de su implantación en nuestro entorno.

- Brindar la oportunidad de poseer un centro en donde se irradien conocimientos a los estudiantes, internos, residentes y demás especialistas interactuando multidisciplinariamente sobre el paciente diabético.

- Facilitar la investigación en el campo de la diabetes en el aspecto clínico y también educativo y social.

- Determinar los resultados deseados y los fines esperados si el proyecto se hace realidad en el Hospital Universitario de Neiva y como sería el contexto organizativo.

- Sentar las bases para que otras patologìas crónicas puedan enrutarse por estrategias innovadoras que den capacidad de respuesta efectiva a quienes las padecen.

- Mejorar la calidad de vida del paciente diabético.

0. INTRODUCCIÓN

La seguridad social en salud consagrada la carta magna colombiana y regida por la Ley 100 de 1.993 y sus decretos Reglamentarios, estipula que la atención de la salud es un servicio público de carácter obligatorio, que se prestará por parte de las Instituciones de salud públicas o empresas sociales del estado y privadas o Instituciones prestadoras de servicios de salud bajo la regulación y control del estado en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad, basados en el principio de eficiencia, universalidad y solidaridad, con fundamentos en la equidad, calidez humana y garantía de calidad de los servicios.

Por ello, el Sistema de Seguridad Social en Salud vigente ha venido ejecutando acciones de cambios sectoriales, tendientes a mejorar la cobertura en la prestación de los servicios a la población, para lo cual las instituciones prestadoras de los servicios de salud deben ir adaptando mecanismos que le permitan obtener y mantener una autonomía administrativa y financiera, soportados en la utilización eficiente de sus recursos con productividad, competitividad y rentabilidad económica y social, que permitan brindar los servicios que allí se generan con eficiencia, oportunidad y calidad.

No obstante, muchos Hospitales no logran alcanzar un nivel adecuado de satisfacción para sus usuarios, a pesar de contar con el personal más especializado y la tecnología más sofisticada disponible y lograr grandes éxitos en la recuperación de la salud de un enfermo, lo cual podría resultar contradictorio, si se piensa que la misión institucional en principio está basada en la posibilidad de lograr mejorar las condiciones de salud de la población. Es frecuente observar que los usuarios a pesar de egresar “sanos” del Hospital se retiran con grados diferentes de insatisfacción con la entidad, lo cual es explicable, en el ámbito del conjunto de procesos que se encuentran alrededor de las actividades propiamente asistenciales, por ello se hace importante que dentro de dicho proceso de atención en el caso de los pacientes que padecen una enfermedad como la diabetes mellitus II o diabetes tipo I, se tengan en cuenta las acciones tendientes a implantar condiciones de atención asistencial adecuados a su padecimiento, que mejoren sus condiciones como pacientes, salvaguardando la garantía de la calidad en la respectiva prestación de los servicios de salud.

Sin embargo, existen muy a pesar, que el tratamiento y la rehabilitación de muchas patologías se hacen no cumpliendo por parte de las instituciones hospitalarias tanto con la garantía de Calidad y los requisitos esenciales, como con la calidez humana. La racionalidad científico técnica y la gestión administrativa de dichos procesos de atención deben ir mas allá de la relación médico –paciente de la consulta y debe generar procesos integrales de atención que permitan al que padece enfermedades como la Diabetes Mellitus mejores procesos de atención

que contribuyan a un nuevo estilo de vida saludable, y creemos que las estrategias y técnicas de atención en salud del programa “HOSPITAL DE DÍA”, pueden llegar a jugar un papel fundamental para las necesidades de estos y otros usuarios con padecimientos semejantes y la prospectiva de mejoramiento continuo de las instituciones como prestadoras de servicios de salud en su área social de mercado.

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad que crece vertiginosamente, a tal punto de ser catalogada como Epidémica su evolución en la sociedad mundial y obviamente en la nuestra donde existe una prevalencia del 8% en los adultos mayores de 35 años. De otra parte es de aceptación mundial que la educación del paciente diabético es el sustento de su tratamiento médico y que su estricto control es la única garantía para evitar las complicaciones crónicas que llevan a una baja calidad de vida, invalidez y ser una grave carga económica para la familia y el estado de su supervivencia.

Por ello, el grupo de actividades inherentes al Programa HOSPITAL DE DÍA, deben disponerse en las instituciones de la Red local de atención en salud de tal forma que se conviertan en servicios capaces de agregar valor al servicio asistencial. Con ellos, es posible satisfacer las demás necesidades del usuario, que no son solo las de subsistencia, sino que atañen con su condición humana y el estado de sufrimiento que traen consigo las enfermedades. Aquí, es posible mencionar las acciones propias que resultan de las interacciones humanas (en este caso entre el prestador y el usuario) y que llenan las expectativas de una persona: el respeto por su dignidad, el derecho a ser debida y suficientemente informado en todo sentido, estar ubicado en un ambiente en condiciones cálidas, a recibir un trato amable y afectuoso, a ser oportunamente atendido, entre otros deberes y derechos contemplados en el Sistema general de Seguridad Social en Salud, de allí la importancia del presente trabajo de grado y el aporte científico técnico y de gestión administrativa que se quiere presentar esperando fortalezca la labor gerencial y el desarrollo empresarial hospitalario en nuestro entorno, para bien del cliente externo e interno en salud.

Por ello, el HOSPITAL DE DÍA para el tratamiento de los Diabéticos debe garantizar: la adecuada disposición de los servicios de información, el correcto diligenciamiento de sus registros clínicos, la oportuna programación de la atención y la citación a los servicios, el fácil acceso a los sitios para ellos y la celeridad en los procedimientos, La Lúdica de la atención y nuevos valores cognitivos en el paciente, en términos que atenderlo no equivale a sufrimiento; el debido recibimiento y egreso en los centros de prestación de los diferentes servicios junto con la efectiva prestación del servicio asistencial, que permitan lograr en conjunto un nivel óptimo de satisfacción de los usuarios. Como un proceso de atención de forma innovadora, puesto que es un enfoque gerencial moderno en donde todos los procesos de salud están integrados y buscan resultados proactivos de pasar

de “dejemos las cosas como están” a “ hay que mejorar los procesos de salud más adecuados a las circunstancias actuales”; manteniendo y mejorando los esquemas tanto del aseguramiento, como de la integración funcional del Sistema de atención en términos de promoción, fomento de la salud, tratamiento y rehabilitación..

1. DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO DEL PROYECTO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA CIUDAD Y SU ENTORNO:

1.1.1 Historia de la Ciudad.

"La ciudad de Neiva, Capital del Departamento del Huila fue fundada en tres ocasiones, siendo la última el 24 de mayo de 1.612 por don Diego de Ospina y Medinilla en el sitio que actualmente ocupa, el desarrollo del municipio se ha dado desproporcionadamente a favor de la parte urbana, comenzando con un área aproximada de seis hectáreas formando cuadrículas concéntricas alrededor de una plaza central, en donde convergían las edificaciones de los principales núcleos sociales, religiosos, educativos y de Gobierno" (Alcaldía de Neiva. 1998).

Con pocas variaciones urbanísticas hasta el siglo XVIII, el poblado se extendió hacia la margen del Río Magdalena y las construcciones de Bahareque y Palmicha dieron origen además de El Centro, a los barrios de San Pedro , Los Mártires y Cantarranas con sus respectivas plazuelas, ocupando la ciudad un área de 33 hectáreas; posteriormente se agregaron Quebraditas y La Toma.

Al final del siglo XIX, Neiva tenia un área de 85 hectáreas, habiéndose desarrollado hacia el norte, al sur y al occidente, al oriente sólo se había formado el barrio Chapinero. En 1910 se construyó el puente sobre el Río Las Ceibas y el camellón de la Carrera Quinta, siendo la vía más importante, pues conectaba el norte con el sur del Departamento. En 1912 se tenían 122 hectáreas y la ciudad, alcanzaba la Ribera del Río Magdalena, comienza su desarrollo hacia el oriente.

En el año 1960 se completan 503 hectáreas, con un aeropuerto de 60 hectáreas y el batallón Tenerife de 172 Hectáreas, con nuevos barrios como Calixto Leiva, Modelo y Obrero y Asentamientos como Santa Isabel, Ventilador, Tenerife, Primero de Mayo, La Libertad Santa Teresa entre otros. En 1967 ya registra la ciudad un total de 900 Hectáreas y su crecimiento continua hacia el oriente y el norte. En 1985 alcanza un área de 2.267 hectáreas ocupada con 33.775 viviendas y una población de 189.857 habitantes. En 1997 alcanza un área urbanizada de 4.425 hectáreas y una Población de 305.044 habitantes" (Gobernación del Huila. Anuario Estadístico 1994)

Actualmente la ciudad muestra un desarrollo urbano con planeación deficiente, que no corresponde al acelerado ritmo de crecimiento poblacional, aunque han existido obras relevantes para su desarrollo planificado y de ordenamiento territorial, las cuales han tenido tropiezos de malos manejos, más que de ordenamiento; como son Surabastos, Avenida Surabastos, Mercaneiva y El Centro Comercial los Comuneros entre otros.

1.1.2 Aspectos Geográficos y Socio-demográficos.

Neiva, es la capital del Departamento del Huila, se encuentra ubicada en la zona Noreste, por la margen derecha del Río Magdalena, con una altura sobre el nivel del mar de 442 metros. Tiene una extensión de 155.300 Hectáreas. De las cuales el 87.5% corresponden al área rural y el 12.% restante a la zona urbana. Es el segundo Municipio en extensión del Departamento, su clima va desde lo cálido templado hasta lo cálido frío. Es bordeado por los ríos Magdalena, las Ceibas, del Oro y Fortalecillas. Cuenta con cuatro Corregimientos, 16 Inspecciones Municipales de Policía, 59 veredas, diez comunas y 233 barrios entre los cuales algunos son Asentamientos subnormales con familias identificadas con necesidades básicas insatisfechas.

La población estimada del Municipio estimada para 1998 era de 310209 habitantes, de los cuales el 91.4% (291.906) corresponde a la zona urbana y el 5.9% (18.303) esta localizado en la zona rural y están distribuidos en los siguientes grupos etáreos:

Menores de un año:	8.996
De 1 a 4 años	30.710
De 5 a 14 años	68.556
De 15 a 44 años	164.170
De 45 a 59 años	22.956
De 60 y más años	15.821 (Fortich, 2001)

1.1.3 Composición Social por Estrato.

“Neiva no ha estado marginada del proceso de estratificación que viene implementándose en el País con la finalidad de ser utilizado como soporte a la factura de cobro de los servicios públicos, sin embargo, esto ha causado inconvenientes, ya que la metodología del Departamento Nacional de Planeación registra problemas de confiabilidad y no refleja en forma correcta unos criterios sanos de estratificación, en prejuicio de los habitantes y elevando los costos por servicios conforme a lo estipulado en la Ley 136 y en concordancia con la ley 617/01 que plasma la estructura orgánica del Municipio, Neiva no cumple una de las dos condiciones básicas como es la generación de renta, la cual debe sobrepasar las 14 mil soluciones anuales y por ello pasará de la categoría uno a la segunda, aunque si cumple con los habitantes, en más de 100 mil” (Alcaldía de Neiva, 2.001).

1.1.4 Identificación de Elementos Ambientales.

En razón a que en el Municipio subyace un desarrollo económico, social y político, de bajo comprometimiento con el desarrollo sustentable; estos no pueden sustraerse de propender por el desarrollo sostenible para que las generaciones

futuras puedan disfrutar un ambiente sano, con las alternativas de desarrollo ambiental que le dejan como herencia las generaciones presentes, en el ámbito de la tolerancia y la convivencia ciudadana que estimulan una cultura normativa de la construcción regional en donde cada día lo urbano y lo rural no son separables, para el presente estudio se identifican los elementos ambientales de Neiva en su contexto integral así:

- Contaminación y degradación ambiental de las cuencas hidrográficas que abastecen el Acueducto municipal. Con base en lo anterior el Río del Oro es una cloaca.
- Mala disposición de los residuos sólidos y vertimiento de aguas negras indiscriminadas a corrientes superficiales sin ningún control, especialmente al Río Magdalena.
- Destrucción de los parques.
- Deforestación de la cuenca del Río Las Ceibas.
- Contaminación por emisiones industriales.
    - Contaminación y degradación por explotación de hidrocarburos.
    - Incremento de la deforestación por la tala indiscriminada de bosques, quemas, Rocerías, causando erosiones y deterioro de las vertientes hídricas.
- Contaminación por los beneficiaderos de café.
- Extinción de la fauna propia de la región.
    - Aumento de niveles de sedimentación y disminución de caudales de ríos y quebradas. (Fortich, 2001).

1.1.5 Aspectos Económicos.

"El mayor porcentaje de su población en los estratos medios y bajos, dependen de una economía fundamentalmente agropecuaria y comercial en crisis y recesión; en la cual sigue siendo el estado el mayor empleador y con una industrialización muy a pesar de los incentivos de la ley Páez incipiente. No tiene resuelto su desarrollo de infraestructura, vías, saneamiento Básico y servicios públicos; ni mucho menos la cobertura y calidad de los servicios de salud y educación, muy a pesar de que proliferan en los últimos años un creciente número de universidades que le permiten una mejor preparación académica a sus habitantes" (Fortich. 2001).

1.1.6 Idiosincrasia del Neivano.

"De acuerdo con los comentarios que hacen los mismos habitantes y al peyorativo de Célio que le han inculcado el simbolismo huilense, el neivano es amable con el extranjero, es envidioso y celoso de sus patrones culturales por un lado, pero no tiene interculturalidad marcada sino transculturalidad que trasciende sus raíces las cuales solo renacen en las fiestas de Junio. No es emprendedor por naturaleza , es apegado a muchas costumbres campesinas y hoy en día por haber sido Neiva

una ciudad de paso desde la colonia hasta hasta hoy, sus raíces se confunden con muchas costumbres de otras regiones, puesto que muchos nativos tienen descendencia en muchas otras partes del país y de otras regiones del Sur colombiano lo que hace una gran heterogeneidad cultural, la cual se ha fortalecido con la llegada de las Universidades nuevas que se instalaron en la ciudad."(Fortich, 2001)

1.2 RED DE ATENCIÓN EN SALUD

Existen en la Ciudad de Neiva, más de 10 EPS's que administran los recursos del régimen contributivo y unas 7 ARS's que manejan el aseguramiento del régimen subsidíado; la Secretaría Municipal de salud, que desarrolla y regula la política de salud local y más de 20 Clínicas e IPS'S Privadas entre las cuales sobresalen, la Clínica Neiva, Clínica de Fracturas, Medilaser ,La Clínica De Emcosalud, La Clínica De Coomsusalud, La Clínica Saludcoop, Clínica De La Madre Y El Niño Y La Clínica De Especialistas; pero el soporte del servicio público en salud de la ciudad en términos de referencia y contrarreferencia están determinados por las siguientes empresas Sociales del Estado: Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo; ESE _ Carmen Emilia Ospina; con sus centros de atención del primer nivel de complejidad en las Granjas, Oriente y Sur, los cuales a la vez registran puestos y centros de salud urbanos y rurales.

1.2.1 Identificación de la Empresa Social del Estado (ESE)– Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

La Empresa Social del Estado – Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo es la institución de mayor complejidad de atención en Salud en el Departamento del Huila de cuarto nivel de atención; y es referencia de todos los hospitales de primer y segundo nivel de atención del Departamento y la región Surcolombiana; de allí su importancia para que se estudien sus diferentes procesos de salud especialmente el área de atención a pacientes que requieren tratamiento especializado como uno de sus principales servicios que presta, con gran capacidad de respuesta en el tratamiento y rehabilitación del pueblo huilense.

1.2.2 Cultura Organizacional.

- Misión. Somos el Hospital Departamental de Neiva – " Hernando Moncaleano Perdomo", una empresa Social del Estado dedicada a generar desarrollo integral y equidad social, dignificando la vida de las personas con servicios de salud oportunos y de calidad dirigidos a toda la comunidad.

- Visión. Participar activamente en el desarrollo y mejoramiento de las condiciones sociales, respondiendo a las necesidades de la población, medíante la prestación de servicios de óptima calidad y eficiencia, basados en los principios de

universalidad, equidad, excelencia técnica y científica, educando a la comunidad para comprometerla en el destino de su salud.

1.2.3 Objetivos de la Empresa.

- Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.
- Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la empresa social de estado – Hospital Departamental de Neiva – " Hernando Moncaleano Perdomo", de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.
- Garantizar medíante un manejo Gerencial adecuado una rentabilidad social y financiera de la ESE.
- Ofrecer a las EPS,s y demás personas naturales o jurídicas que la demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.

2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA

El Sistema General de seguridad social en salud, dentro del proceso de atención en salud contempla la prestación de los servicios a la comunidad sujeto de atención en las instituciones prestadoras de los servicios de salud, públicas (ESE,s) y Privadas. Las IPS.s son las Instituciones que realizan contratos con las EPS – ARS (Administradoras del Régimen Subsidíado) y afines; para la atención de los servicios en salud de sus afiliados. Todas las entidades públicas y privadas cuyas actividades están dirigidas a la protección y recuperación de la salud en las comunidades. Comprenden los hospitales, centros de salud, asociación de profesionales, cooperativas, etc. El afiliado podrá escoger libremente la IPS que más le convenga, atendiendo a la calidad y oportunidad de los servicios que cada una ofrece.

Con la aparición de la ley 100/93, desaparecieron en el país muchas instituciones, voluntariados y asociaciones de Diabéticos que de alguna manera daban educación al paciente diabético.

Los Programas actuales existentes en las diversas EPS's y ARS's de control de enfermedades crónicas entre las cuales cuentan la Diabetes Mellitus le garantizan al paciente su medicación dentro de la ley y las tomas periódicas de glicemias, pero en ningún momento están educando, controlando y previniendo las complicaciones crónicas en estos pacientes.

Los Hospitales se pueden definir como sistemas sociales autónomos que cumplen una finalidad específica dentro de las comunidades donde operan, y que han sido creadas para lograr una FINALIDAD DE BENEFICIO SOCIAL, entendida ésta, como la contribución que el Hospital hace al desarrollo de las comunidades donde actúan, generando tanto los servicios de salud que la población necesita, como un consumidor de los recursos que la misma comunidad provee (incluido el talento humano de sus pobladores), y que en conjunto con los demás actores sociales potencian el mejoramiento de las condiciones de bienestar y calidad de vida de las personas dentro de su ámbito de influencia.

De otra parte, un Hospital ESE debe lograr una "AUTONOMIA ECONÓMICA", lo que significa que para alcanzar su razón de ser, debe tener la intención de obtener los recursos necesarios para lograr un equilibrio en su funcionamiento, buscando que como mínimo, sus ingresos económicos producto de su venta de servicios de salud sean iguales a sus gastos. Sin esta condición la ESE no podrá sobrevivir y por tanto no podrá cumplir con su MISION SOCIAL; Incluso una ESE en plenas condiciones de eficiencia, podría generar UTILIDADES, logrando un nivel de ingresos por encima del nivel de gastos y con lo que esta podría no sólo sobrevivir, sino también crecer y desarrollarse.

“Las ESE, están conformadas por un conjunto DE PROCESOS GERENCIALES, ADMINISTRATIVOS, LOGÍSTICOS Y ASISTENCIALES (y en ocasiones de tipo docente y de investigación científica) organizados y sometidos a unas normas de funcionamiento (acuerdos de la junta directiva, estatutos, regímenes, códigos, legislación, estándares, metas, manuales de procedimientos, protocolos, etc.), dentro de los cuales se toman RECURSOS FINANCIEROS, HUMANOS, FÍSICOS Y DE INFORMACIÓN, y se procesan ó transforman a través de un procedimiento predeterminado agregándoles valor, para producir finalmente SERVICIOS (de Urgencias, Ambulatorios, Hospitalarios, Quirúrgicos, etc.), con los que se deben satisfacer plenamente las necesidades de salud y expectativas de atención de los usuarios y sus familias” (Recrear, Minsalud, 1.996).

Nuestro entorno epidemiológico, al igual que otras regiones y países; vive una transición en salud, determinada por los cambios en los perfiles de morbilidad y mortalidad y por las modificaciones en la conformación de la población. Esta transición aunada a lo fundamental que resulta generar procesos como los establecidos en reglamentaciones del gobierno nacional en materia de salud como la resolución 412 en la que se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida (conjunto de acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas) para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública que coadyuvan a generar un mejor estilo de vida saludable como determinante del proceso salud enfermedad (políticas que no estaban establecidas previamente como obligatorias por la ley y que por tanto se dejaban en manos de los prestadores de servicios como única iniciativa propia, mas no como un derecho y a la vez herramienta fundamental en el desarrollo de conductas saludables) y la evidencia científica disponible hacen que en la práctica clínica como la propuesta en nuestro proyecto Hospital día que se ajusta perfectamente con la legislación vigente con respecto a los intereses de generar en la población patrones de conducta saludables; consideremos un concepto amplio de la salud; que permita promover factores protectores, valorar e intervenir factores de riesgo de complicaciones a las enfermedad crónica como es la Diabetes Mellitus y adelantarnos al diagnostico de otras enfermedades concomitantes o que compliquen al paciente. La búsqueda de la salud, privilegia las acciones de prevención de la enfermedad a nivel del individuo, de la familia, y de la comunidad; para lo cual el desear mejorar la salud de la población requiere de estrategias saludables como el hospital día para enfermedades crónicas como la que planteamos.

“La Diabetes tipo 1 es una enfermedad auto inmune, es decir se produce como consecuencia de la destrucción de las células que producen insulina en el

páncreas por sus propias defensas. La Diabetes tipo 2 que es la forma más común de diabetes, se produce por que la insulina tiene reducido su efecto hipoglucemiante. Por eso se denomina como con, resistencia a la insulina. El tratamiento inicial es el mismo para toda persona con diabetes. Realizar una alimentación saludable y un estilo de vida saludable son los primeros pasos necesarios para su control. (Revista de la SED. No.5 . 2.001 Pág.19)".

El ámbito problemático del presente trabajo de grado se orienta a resolver en los pacientes diabéticos; una atención integral y de calidez humana puntual que debe hacerse por parte de los endocrinólogos, en la forma como están concebidos en el SGSSS. colombiano la atención hospitalaria; ya que existe en Neiva una alta prevalencia de dicha enfermedad y se considera que el tratamiento requiere de procesos ex – ante y ex – post hospitalarios en el paciente, en donde el componente de control, promoción de la salud y prevención de la enfermedad es de vital importancia para cambiar el perfil epidemiológico por este concepto patológico, ya que la atención al diabético o a sus orígenes tiene que ver con factores tales como: Insulina y Glucemias; Alimentación y Diabetes; Tabaco, Alcohol y Diabetes; Actividad física y diabetes; Sistema de infusión de insulinas; Tratamientos en mujeres embarazadas y niños; impacto en la familia y problema hereditario; controles y resistencia a la insulina, alimentación entre otros; que por las características de los hospitales colombianos no apuntan a mitigar el sufrimiento y un cambio de estilo de vida para los que padecen esta patología y su severidad y complicaciones son las consecuencias de una relación médico – paciente insuficiente.

Por ende, para el desarrollo de procesos que permitan una atención integral en el diabético en el contexto de la gestión hospitalaria, se hacen las siguientes formulaciones a resolver en el presente trabajo de grado:

¿ Registran las IPSs del nivel local, un tratamiento y rehabilitación adecuada para las personas diabéticas?.

¿ Existe la suficiente racionalidad científico-técnica y la capacidad administrativa para dar una respuesta adecuada a la atención en salud especializada de los diabéticos en nuestro entorno?

¿Es el Hospital Día, una estrategia y un proceso viable para la atención integral y de calidez humana que brindan los especialistas a los pacientes diabéticos?

¿ Es posible adaptar y adoptar el PROCESO DE ATENCIÓN DE HOSPITAL DÍA, al sistema de aseguramiento de la salud vigente?.

3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio lo se decidió llevarlo a cabo por las siguientes consideraciones :

- La experiencia de uno de los autores del trabajo de grado como Endocrinólogo y Profesor universitario en Medicina Interna; obliga a reflexionar sobre la eficacia terapéutica y los objetivos educativos del diabético que deben ir más allá de la relación médico – paciente que hasta ahora brindan los hospitales del sistema local de salud.

- Porque lo que desea con las patologías que requieren atención con calidez humana, oportunidad y continuidad, es que la atención sea integral y de la misma manera que los rigores Psicológicos del sometimiento al tratamiento y rehabilitación intra hospitalaria se minimice en el paciente y este pueda seguir llevando una vida productiva, combinada con un estilo de vida saludable.

- Porque la racionalidad lógica científica, en la medicina especializada, debe abordar nuevos y constantes procesos de atención integral, mirando los resultados del desarrollo empresarial hospitalario en otros entornos donde la gestión de atención en salud como el Hospital Día tiene mejores resultados que en nuestro medio como es el HOSPITAL DÍA en España y Argentina, por ejemplo como en toda Europa.

- Porque por encima del economicismo hospitalario reinante hoy en día, debe ser combinada eficientemente con un servicio asistencial gratificante para quienes padecen enfermedades como la diabetes, el cual pueden habilitarse a una vida normal con estrategias asistenciales validas científica y administrativamente en nuestro medio.

- Porque la experiencia ha demostrado que pese a las dificultades inherentes a nuestro medio hospitalario, es de máxima importancia evaluar y demostrar la gran eficiencia de un nuevo panorama hospitalario con gran eficiencia en la educación y el auto cuidado como parte fundamental del tratamiento antidiabético.

4. ASPECTOS LEGALES Y NORMATIVOS

En razón a que los procesos del Hospital Día para el tratamiento integral de diabéticos requiere de actividades de promoción de la salud, control de la enfermedad y tratamiento y rehabilitación adecuados a continuación se establece la normatividad básica para el desarrollo del trabajo de grado así:

- Ley 10 de enero 10 de 1990, Por el Cual se Reorganiza el Sistema Nacional de Salud. Logra intervenir las prácticas que han caracterizado el conjunto de las relaciones institucionales existentes al interior del sector salud en su dimensión nacional, regional y local, y en las instancias medíadoras de las relaciones Estado – Sociedad Civil, buscando en la prestación de los servicios mayor cobertura territorial y social, métodos más eficientes de planificación y control, procesos más modernos de gestión y participación comunitaria y nuevos recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros y organizativos; como base esencial de la descentralización del sector salud.

- Resolución No. 13437 del 1 de noviembre de 1991. Por el cual se constituyen los comités de ética hospitalaria y se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes. Ministerio de Salud.

- Decreto No. 2759 del 11 de diciembre de 1991. Por el cual se organiza y establece el régimen de Referencia y Contrarreferencia. Ministerio de salud.

- Resolución No. 14707 del 5 de diciembre de 1991. Por el cual se organiza el registro especial de las personas que prestan servicios de Salud. Ministerio de Salud.

- Constitución Nacional de 1991. Se refrendó en la salud el proceso de autonomía Local de los entes territoriales y estipuló que la salud se organizará por niveles de atención y con participación social; que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio; que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado, quien garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, que ésta y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado y entre otros, determina, que la ley regulará el control de calidad de bienes y servicios prestados a la comunidad que afecten la salud y fija las competencias y responsabilidades relativas al servicio de la salud.

- Ley 100 de diciembre 23 de 1993 Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral y se Adoptan Otras Disposiciones. Reforman substancialmente el Sistema de Salud en Sistema de Seguridad Social en Salud integral, ratificándose la Autonomía territorial y lo complementa con criterios de competitividad entre el sector público y privado, medíante una estructura organizacional con dos regímenes: el contributivo y el subsidíado, fortalece el sistema financiero, crea nuevas organizaciones de prestación de servicios de salud como las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Empresas Sociales del Estado (ESE), fortalece el sistema por áreas y unidades funcionales, clarifica las responsabilidades de los niveles directivo y ejecutoras de la prestación de los servicios de salud y reafirma nuevos fundamentos para cumplir con los principios reguladores como la calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad, obligatoriedad, equidad, protección integral, libre escogencia, autonomía, complementariedad, participación social, concertación, continuidad, oportunidad, integración funcional y racionalidad lógica - científica; los que regularan la productividad del sistema, de acuerdo al nuevo modelo de desarrollo donde se juega el rol del ciclo vital y el mercado asigna los recursos.

"La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley, las asambleas o concejos, según el caso y sometidas al régimen jurídico descrito en el art. 195". (Ley 100/93 art. 194).

- Resolución No. 3905 del 8 de junio de 1994. Por el cual se adopta un formato para la recolección de información en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Ministerio de Salud.

- Resolución No. 5039 del 25 de julio de 1994. Por el cual se desarrollo el Artículo 88 del Decreto 1298 de 1994 Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En lo referente a la Evaluación de Tecnología Biomédica. Ministerio de Salud.

- Decreto No. 1769 del 3 de agosto de 1994. Por el cual se reglamenta el artículo 90 del decreto 1298 de 1994. En lo referente a la asignación y utilización de los recursos financieros del 5% del presupuesto total, destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria. Ministerio de Salud.

- Resolución No. 4445 del 2 de diciembre de 1996. Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas. Ministerio de Salud.

- Decreto No. 2240 del 9 de diciembre de 1996. Por el cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Ministerio de Salud.

- Circular Externa No. 09 del 3 de julio de 1996. Referente a la Atención al usuario, trámite de quejas y peticiones. Superintendencia Nacional de Salud.

- Resolución No. 741 del 14 de marzo de 1997. Por el cual se imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud. Ministerio de Salud.

- Decreto No. 2753 del 13 de noviembre de 1997. Por el cual se dictan normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud.

- Decreto 204 de enero 28 de 1998. Por el cual se modifican parcialmente los Decretos 1392 y 2753 de 1997. Autoriza a las Direcciones Territoriales de Salud de los Departamentos, Distritos y Municipios que estén certificadas, para otorgar plazo máximo a las I.P.S.s con el fin de que presenten la declaración de requisitos esenciales y cumplan con la totalidad de los mismos hasta el 29 de enero de 1999".

- Resolución 239 de 1999. Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 4252 de 1997 y 4445 de 1996 y se dictan unas disposiciones complementarias. Adopta las fichas de Requisitos Esenciales para la Prestación de los Servicios de Salud relacionadas a continuación, las cuales modifican las fichas equivalentes del anexo técnico de la Resolución 4252 de 1997.

- Resolución Número 00412 del 25 de febrero de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

- Resolución 1745 de junio 30 de 2000. Por la cual se modifica la fecha de entrada en vigencia de la Resolución 412 de 2000 que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las Normas Técnicas y Guías de Atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

- Resolución 3374 de diciembre 27 de 2000.- RIPS - Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las

entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados

- Resolución 3384 de 2002.Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.

- Acuerdo No. 117 Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

- Resolución 968 del 24 de julio de 2002. Por el cual se establecen mecanismos para la incorporación de las acciones de promoción y prevención del POS-S al PAB y el inicio de su ejecución a nivel territorial.

- Acuerdo No. 229 de 2002. Por el cual se define la proporción de UPC – S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidíado a cargo de las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidíado y se dictan otras disposiciones

- Decreto 2309 de octubre 16 de 2002. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Registra los nuevos procesos del Sistema de Garantia de Calidad en la Prestación de los servicios de salud, determinado la habilitación y la acreditación dentro de los requisitos esenciales y compatibilizando los procesos hospitalarios con los requisitos de normas técnicas de Icontec.

COMPONENTES DEL SOGCS:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

- Sistema único de habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, medíante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

- La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares

de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

- Sistema único de acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada éstas que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

- Sistema de información para la calidad. El Ministerio de Salud implantará un Sistema de Información para la Calidad que estimule la competencia por calidad entre los agentes del sector y que, al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5. MARCO REFERENCIAL

Con el fin de abordar los tres elementos claves a trabajar en términos técnicos y administrativos que compatibilicen los intereses de los usuarios, con los de las entidades de salud y los del sistema general de seguridad social en salud, el contexto de la diabetes, el HOSPITAL DÍA y los procesos de gestión, se estipula teórica y conceptualmente así:

5.1 MARCO TEÓRICO

5.1.1 Las cualidades de una ciudad sana o de un municipio saludable.

Toda ciudad debe esforzarse por proporcionar:

- Un entorno físico limpio, seguro y de alta calidad (incluso la calidad de la vivienda).
- Un medio ambiente que sea estable actualmente y sostenible a largo plazo.
- Una comunidad sólida, con apoyo recíproco y sin afán de explotación.
- Un alto grado de participación y de control por parte de la población en las decisiones que afectan a su propia vida, salud y bienestar.
- La satisfacción de las necesidades básicas (alimentos, agua, techo, ingresos, seguridad, y trabajo) para todos los habitantes de la ciudad.
- Acceso a una amplia gama de experiencias y recursos, con la oportunidad de hacer una gran variedad de contactos interacciones y comunicaciones.
- Una economía vital, innovadora y diversa.
- Aliento a la vinculación con el pasado, con la herencia cultural y biológica de la población urbana, así como otras agrupaciones e individuos.
- Una forma compatible con las características antes enumeradas, que tienda a enaltecerlas.
- Un nivel óptimo de servicios apropiados de salud pública y atención de los enfermos, accesibles a todos.
- Una situación sanitaria de alto nivel (altos niveles de salud positiva y bajos niveles de enfermedad).
- Se identifican tres metas principales: la promoción de la salud para el desarrollo de patrones de vida sana, la prevención de enfermedades prevenibles y el establecimiento de redes de servicio de salud.
- La promoción de la salud deberá basarse en :
- El enfoque intersectorial y la participación ciudadana en el mejoramiento de las condiciones sociales y económicas de la población.
- El desarrollo de la conciencia individual frente a los riesgos para la salud y los cambios necesarios en la conducta para superarlos.

- La presencia de riesgos para la salud, como fruto de las propias dinámicas sociales y culturales, que requieren el establecimiento de medidas legales y la aplicación de controles sociales.
- La meta de la salud para todos tiene un peculiar desarrollo según cada región o país y por ello, la especificación de objetivos y factores de operación, son aspectos fundamentales en las estrategias mediante las cuales se busca alcanzarla"(Cruz, Guerrero y Alzate, 2000).

5.1.2 Estadísticas de la Diabetes Mellitus (DM).

La Diabetes Mellitus tipo 1 es una enfermedad crónica que puede aparecer a cualquier edad, sin embargo suele ser más frecuente entre los 5 a 7 años de vida y en el período de máximo crecimiento en la adolescencia. Antes de los 5 años es rara, y excepcional en el primer año. En Colombia es una enfermedad con una baja incidencia, la cual oscila entre 1 y 4 casos anuales por cada 100.000 niños menores de 15 años. Esta cifra probablemente es valida para la mayoría de las ciudades pero debe ser mucho menor en la zona rural (Guía de Atención de la Diabetes tipo1 – Federación Diabetológica Colombiana - Viernes 31 de marzo de 2.000 Diario Oficial).

En América Latina, se considera que la prevalencia de diabetes mellitus (DM) tipo 2 va desde menos de 1% en algunas comunidades indígenas y poblaciones rurales, hasta más del 10% en algunas ciudades y se considera que entre el 30% y 40% de las personas con diabetes tipo 2 de las ciudades de América Latina y posiblemente hasta un 90% de los enfermos del área rural de la región no se han diagnosticado.

Según los datos presentados por la Federación Internacional de Diabetes, la prevalencia de DM en Colombia sería de 1.83%. Entre otros países de la región Venezuela figura con una prevalencia de 2,12% y Perú con 1.90%.
La prevalencia de la diabetes en Colombia no es bien conocida debido a la dificultad de trabajar con muestras representativas de la población y a las variaciones de los resultados por el uso de diferentes métodos y criterios diagnósticos. Los resultados de los estudios realizados antes de que la OMS unificara criterios de Dx. en 1.980 permiten tener una clara idea de la magnitud de este problema en el país. (Ministerio de Salud – CNC Estudio Nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas; Tomo IV Prevalencia de diabetes mellitus y de glucosa alterada en ayunas 1.999)

5.1.3 Síntomas y Tratamiento de la Diabetes .

Los síntomas iniciales de diabetes pueden pasar desapercibidos. Habitualmente se refiere también aumento de sed(polidipsia), aumento de la orinadera (poliuria) y del apetito (polifagia) y pérdida de peso. Debe hacerse análisis cuanto antes,

pues es muy importante hacer el diagnóstico lo más precoz posible e instaurar el tratamiento para corregirla.

La diabetes se diagnostica por presentar unos valores en ayunas por encima de 125 mg/dl, y dos horas después de una sobrecarga oral mayor de 200 mg/dl, aunque lo estrictamente normal es por debajo de 140 mg/dl. Por lo tanto estos serían los valores máximos. Las personas no diabéticas tienen el valor mínimo de glucosa cercano a 60 mg/dl entre 3 y 4 horas después de haberse acostado. Por lo tanto estos serían los valores entre los que debería oscilar la glucemia.

La persona con diabetes debe saber: Su estado cardiovascular y neurológico, cuando vaya a realizar actividad física; que el ejercicio más saludable no es el intenso, si no el que realiza con regularidad, pero incrementar su intensidad es más saludable, utilizar calzado adecuado le evita accidentes desagradables y todo el sistema cardiovascular y el estado metabólico le resultan favorecidos.

De igual forma suspender la ingesta de dulces o monosacáridos, reducir el consumo de grasa, especialmente el de grasa saturada si tiene un nivel elevado de colesterol y triglicéridos. Reducir el consumo de carnes, leche y sus derivados por que contienen grasa saturada, más aun si tiene sobrepeso, debe consumir cereales y legumbres que no tienen grasa."

5.1.4 La Prevención es esencial.

"Muchas de las complicaciones cardiovasculares que se presentan en la Diabetes Mellitus pueden prevenirse, si se tratan de forma sistemática los factores de riesgo para padecerlas, edad, sexo, herencia: que son inmodificables; pero otros como: Obesidad, control de los niveles de azúcar, colesterol en la sangre, Hipertensión arterial, tabaco, sedentarismo, hábitos dietéticos inadecuados etc., pueden ser modificados en muchos casos con un estilo de vida saludable. Por eso es importante controlar en forma sistémica: Los niveles de colesterol; Glucosa en la Sangre; presión arterial; peso y actividad física".(Diabetes, revista de la Sociedad Española de Diabetes – SED. No. 5 septiembre 2.001)

5.1.5 Educación en Diabetes y Control de Costos.

"En varios estudios de comparación se ha demostrado la eficacia terapéutica de la educación en la diabetes, que en la actualidad se considera una parte integrante de la asistencia interdisciplinaria de los pacientes con diabetes de tipo 1 como tipo 2. Sin embargo el aumento del costo de la atención médica y la competencia por los recursos cada vez más escasos, nos lleva a demostrar también su eficacia y su rentabilidad.

La educación en la diabetes *per se*, puede evaluarse analizando sus efectos sobre los cambios en el reconocimiento, las capacidades y el comportamiento ante

la enfermedad. La importancia específica de la educación en la diabetes en la consecución de los objetivos del tratamiento antidiabético sólo se puede determinar mediante estudios comparativos, planificados y ejecutados con exactitud, empleando los instrumentos adecuados." (Desg teaching Letters; Asociación Europea para el estudio de la Diabetes; Roma Italia, 2.001).

5.1.6 ¿Qué es el Hospital de Día?.

El servicio es uno de los primeros eslabones dentro del sistema de cuidados progresivos del paciente; una nueva modalidad de atención que no supera las 12 horas de internación. Uno de los problemas que enfrenta el sistema de salud es el elevado gasto sanitario y el ritmo creciente del mismo, se plantea entonces la necesidad de mejorar la calidad de atención haciendo uso adecuado de los recursos existentes. El Hospital día es uno de los caminos a seguir para evitar estadías innecesarias y reducir el tiempo que permanecen los pacientes especialmente los niños internados y de esta manera disminuir costos sin comprometer la calidad de la atención.
De hecho previene y evita nuevas hospitalizaciones llevando a una sensible disminución de costos en el manejo del paciente diabético
(http://www.hospitalalassia.com./especialidades/hospedía/hospi – día 0. htm.)

5.1.7 Sistema de Hospital Día en la Atención Integral de Pacientes Diabéticos.

"La institución debe garantizar la posibilidad de funcionamiento de la modalidad de atención Hospital de Día. Se atenderá desde las 7 a.m. hasta las 6 p.m.; está modalidad de atención permite la observación y el estudio de pacientes durante un período importante del día pudiendo realizarse educación, pruebas terapéuticas, reevaluación y ajuste de planes de tratamiento, atención de descompensaciones leves que no obliguen a una internación prolongada. La existencia de esta modalidad de atención reduce costos administrativos y sociales". (Hospital universitario la Fe, Generalitat de Valencia, España 2.001)

5.1.8 ¿Por qué el Hospital día ofrece mayores posibilidades de éxito en el tratamiento de los Diabéticos?.

- Se ofrece una amplia asistencia con una muy efectiva contención del paciente, sin recurrir al aislamiento social, ya que es muy conveniente que los cambios que se van generando con el tratamiento se consoliden en el entorno habitual, consiguiendo que el paciente continué integrado a su entorno familiar y social mientras recibe el tratamiento, facilitando su rápida recuperación.

- Brinda una amplia oferta terapéutica que posibilita ajustar un programa personalizado de tratamiento adecuado a las necesidades de cada paciente, ofreciendo una comodidad horaria que no tienen otros tratamientos convencionales.

- La reducción progresiva de su asistencia al tratamiento, siempre en función de su evolución clínica, disminuye el riesgo de recaídas y favorece la integración social.

- El porcentaje de éxito en los Hospitales de Día es de alrededor del 70% para los pacientes que finalizan el tratamiento. En relación directa al tiempo invertido tratamiento y costos .

- Permite realizar un proceso de orientación y apoyo a los familiares del paciente, ya que su colaboración es fundamental para el buen desarrollo y eficacia del tratamiento. (Hospital universitario la Fe, Generalitat de Valencia, España 2.001 Albarracin Álvarez J.J.)

5.1.9 Proceso de Atención del Hospital de Día.

- El paciente es atendido en la consulta externa, donde si se ajusta al programa, es pautado para un esquema de tratamiento.

- El paciente es citado para un ciclo de tratamiento, donde se le dice los distintos días que debe ser tratado.

- Se cita para un día determinado a través de su IPS, ARS o personalmente si es particular.

- Una vez finalizado un ciclo, y previa visita del facultativo, se cita un nuevo ciclo si es necesario teniendo en cuenta la cadencia que debe existir entre dos ciclos.

- Cuando finaliza el episodio, este debe ser cerrado. Hospital Universitario la Fe, (Generalitat de Valencia, España 2.001 Albarracin Álvarez J.J.).

5.1.10 Diabetes and the Day Hospital.

The day Hospital is relatively new way of hospitalization in Tunisia, the first experience beginning in 1985 tho the national institute of Nutrition. This Hospitalization avoid the drawbacks of classic hospitalization (Dependency, discomfort, separation) and boredom and present a lot advantages of social command, humanitarian, Psychological, medical and economical the cost of hospitalization is clearly reduced) This day hospitalization is beneficial in several pathologies notably the illness nutrition and metabolic diseases – diabetes, obesity, dyslipoproteinemia, hyperuricemia), where the patients continue to have a good physical activity and occupies a position of choice.(Journal Article; in French; where the education medico sanitary and dietary hygiéno Tunisia – La Tunisie médicale, volumen 78 Issue 4 April 2000 P. 223 –226).

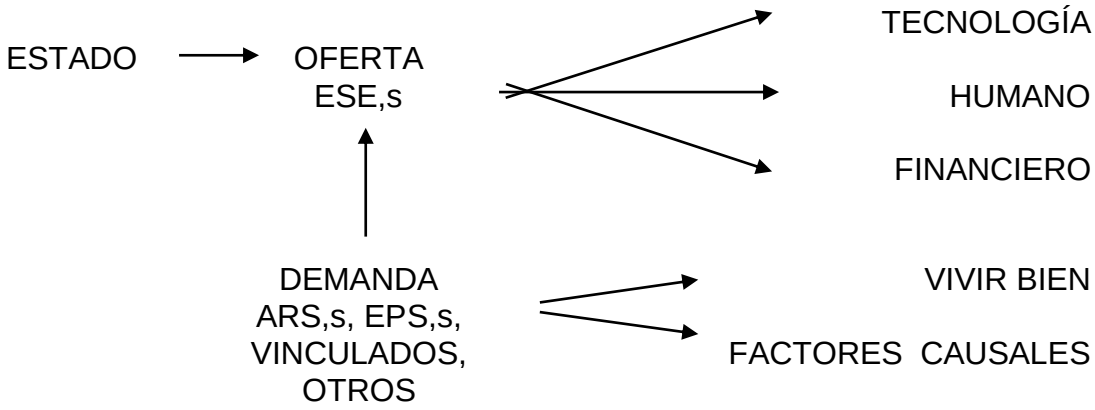
5.2 MARCO CONCEPTUAL

Los términos más utilizados en Endocrinología, tratamiento de la Diabetes y Hospital Día serán los siguientes:

- Diabetes: La diabetes mellitus se desarrolla cuando tu organismo deja de producir insulina, no produce suficiente insulina o es incapaz de utilizar de manera eficaz la insulina producida. Sin insulina tu organismo no puede obtener a partir de la comida la energía que necesita. Existen 2 tipos principales de diabetes, la tipo 1 o insulinodependiente(IDDM) y tipo 2 o no insulinodependiente (NIDDM).
- Cetosis: Situación que se produce cuando el organismo utiliza como fuente de energía las grasas en lugar de los carbohidratos. Como consecuencia de ello se producen una serie de compuestos químicos que se denominan cuerpos ce tónicos, y producen una serie de síntomas llamados de alarma o Cetosis.
- Prevalencia de la complicaciones crónicas y agudas en diabetes tipo 1: Es Conocer cuales son las complicaciones de la diabetes, su severidad y a cuantas personas afecta, es el primer paso fundamental para planificar la asistencia a las personas con diabetes y evaluar las estrategias diseñadas para lograr su prevención.
- Nefropatía: La insuficiencia renal es el estadio final de la afectación renal que produce la diabetes.
- Poliuria: Orinar mucho: es un síntoma de diabetes, no la única, auque es la más probable.
- Glucemia: son niveles de medición de glucosa en la sangre de las personas.
- Hipoglucemia: Cualquier valor por debajo de 60 mg/dl, en general, se recomienda estar por encima de 70 mg/dl.
- Insulina: Es una hormona producida por el Páncreas. La mayoría de la comida que ingerimos se convierte en glucosa, una forma de azúcar que nuestro cuerpo utiliza como energía. La insulina ayuda a que la glucosa obtenida a partir de los alimentos llegue a las células del organismo para suministrar energía. Sin Insulina, la glucosa se acumula en la sangre en vez de ir hacia las células.
- Hospital de Día: Unidad asistencial dedicada a la administración de tratamientos complejos, educación que marca la diferencia y cuidados especiales, con los mismos medios como si el paciente estuviera hospitalizado permanentemente, pero con un ingreso diurno únicamente. Existen 10 especialidades con su propio hospital día; entre ellos la Endocrinología; se hace el mismo trabajo en distintos lugares.

5.3 CONCEPTO DE RED

Figura 1. Red de atención.



Hablar de la red de atención involucra articular diferentes ideas que permitan una aplicación y un desarrollo en la practica del concepto de la red, ya que se corre el riesgo de quedarse en una sola formulación teórica, en este sentido se debe partir de ir clarificando cada uno de los aspectos para poder ir articulándolos.

A nivel general la red, parte de la necesidad de fortalecer un único sistema de seguridad social basado en la equidad, eficiencia y calidad del servicio y con el objetivo de optimizar los recursos existentes en una dimensión espacial que permitan que las diferentes IPS tanto publicas y privadas, existentes partiendo de la autonomía de estas, se complementen y se articulen, de esta forma se optimicen todos los recursos de estas y a su vez se logre una disminución de los costos con el objetivo de que los escasos recursos financieros del sistema general de seguridad social alcancen para lograr mayores coberturas de atención clínico asistencial.

A nivel individual, debe partir de la necesidad de " vivir y analizar los factores causales" (Amarta Syen), esto representa tener en cuenta la capacidad de agente del individuo como elemento importante, al igual que reconocer las diferencias existentes y como la solución para cada uno tiene una connotación especial, en este sentido son importantes conceptos como la libertad de escogencia, las condiciones para que realmente esta se cumpla, lo cual esta relacionada con el ingreso, la afiliación al sistema, en ultima los factores relacionados con la calidad de vida del individuo y a un nivel mas general con la relación existente entre prosperidad y bienestar, en resumen que la población tiene derecho a tener "una larga vida sana y feliz" (OPS).

A nivel del estado corresponde a este "regular, financiar y prestar los servicios de salud, es decir en este sentido es quien en última instancia termina

organizando la red, sin embargo si no existe claridad en el modelo de atención que se quiera desarrollar , se corre el riesgo de que se termine premiando la ineficiencia, se limite la competencia entre los proveedores, y la función de agente sea menoscabada, dando lugar a que los conceptos de equidad, eficiencia y calidad cada día estén mas alejados de la práctica con lo cual ahorren costos, se incrementa, por ejemplo, en el caso del departamento del Tolima, que razón justifica que una cesárea del municipio de Alpujarra termine en el municipio de Honda, pudiéndose realizar en Purificación cuando el usuario no tiene recursos económicos para su traslado a otro municipio y cuando el estado tampoco esta en capacidad de pagar este desplazamiento? (no hay que olvidar que "En 1994, el desembolso personal en atención a la salud entre la población ubicada en el decil mas pobre de la distribución del ingreso alcanzo el 12% del ingreso" , todo esto sin contar el impacto familiar. En este sentido se debe en primera instancia dimensionar los productos o la oferta de servicios para el área de referencia y solo en la medida que esta oferta sea suplida pensar en la especialización, entendiendo esto como el crecimiento de la institución hacia un nicho de mercado mas especifico que requiere una dimensión espacial mayor, por ejemplo nadie pensaría en colocar una clínica cardiovascular para satisfacer las necesidades del municipio de Purificación, la solución a los problemas cardiovasculares de este municipio estaría en una clínica ubicada en un sitio la accesibilidad y oportunidad para la dimensión espacial sea la adecuada.

Cuando se habla de especialización de una IPS, pública o privada se hace referencia a la necesidad de tener optimizados unos recursos en la dimensión tiempo – espacio teniendo en cuenta el crecimiento en el tiempo. (Juan Luis Londoño y Julio Frenk, pluralismo estructurado: hacia un modelo Innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina, BID, oficina del economista Jefe, documento de trabajo 353).

En el caso en estudio, el concepto de RED, debe referirse al manejo del hospital de día para pacientes que se remitan y se programen previamente y periódicamente su atención en la ESE de referencia del Surcolombiano.

6. DIAGNÓSTICO DE LA RED DE ATENCIÓN AL DIABÉTICO.

6.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CIUDAD DE NEIVA

De acuerdo a la información suministrada por la Ese – Carmen Emilia Ospina en Diciembre 31 de 2002 tenemos.

6.1.1Diez primeras causas de Morbilidad por consulta externa:

1. HTA benigna 18%
2. Caries 16%
3. Rinofaringitis aguda 14%
4. HTA no benigna, no maligna 11%
5. Parasitosis intestinal 10%
6. Diabetes no complicada 9% para un total año de 4133 eventos
7. Faringitis aguda 7%
8. Gastritis aguda 5%
9. Amigdalitis aguda 5%
10. Pirexia origen desconocido 5%

Cuadro 1. Distribución de la diabetes no complicada por grupo etáreo como sexta causa de morbilidad por consulta externa.

Edad (años)	Cantidad	%
<1	19	0.46
1 – 4	48	1.17
5 – 14	57	1.38
15 – 44	805	19.45
45 – 59	1365	33.03
> 60	1839	44.50
Total	4133	100

Cuadro 2. Distribución de la diabetes no complicada por sexo como sexta causa de morbilidad por consulta externa.

Sexo	Cantidad	%
Masculino	2243	54.2
Femenino	1890	45.8
Total	4133	100

El grupo de edad de 15 a 44 años es el más afectado en todas las patologìas, seguido por el grupo de mayores de 60 años y en tercer lugar el grupo de 45 a 59.

Cuadro 2.1 Población total a Atender y causa de morbilidad por consulta externa.

Régimen	Cantidad	%
Subsidiado	55.000	7.5
Vinculados	95.000	4.3
Contributivo	150.000	2.7
TOTAL	**300.000**	**1.3%**

6.1.2 Diez primeras causas de morbilidad por Urgencias

1. Dolor abdominal 19%
2. Díarrea infecciosa 16%
3. Pirexia de origen desconocido 12%
4. Calculo urinario sin especificar 9%
5. Diabetes no complicada 8% - para 147 eventos
6. Vértigo 8%
7. HTA no benigna 8%
8. Gastritis aguda 7%
9. Obstrucción vía respiratoria 7%
10. Insuficiencia cardíaca congénita 6%

Cuadro 3. Distribución de la diabetes no complicada por grupo etáreo como quinta causa de morbilidad por urgencias.

Edad (años)	Cantidad
1 – 4	1
5 – 14	1
15 – 44	15
45 – 59	60
> 60	70
Total	147

Cuadro 4. Distribución de la diabetes no complicada por sexo como quinta causa de morbilidad por urgencias.

Sexo	Cantidad	%
Masculino	85	58
Femenino	62	42
Total	147	100

Cuadro 5 Población total a Atender y causa de morbilidad por Urgencias

Régimen	Cantidad	%
Subsidiado	55.000	0,2
Vinculados	95.000	0,15
Contributivo	150.000	0,098
TOTAL	**300.000**	**0,049**

6.1.3 Nueve primeras causas de morbilidad por hospitalización

1. Bronco neumonía	17%
2. infección intestinal	14%
3. Catarata Senil	12%
4. Diarrea infecciosa	10%
5. Hiperplasia prostática	10%
6. Calculo de la Vesícula	12%
7. Pirexia de origen desconocido	9%
8. Infección urinaria	8%
9. Celulitis	8%

Lo anterior significa, que los pacientes por morbilidad por consulta externa diabéticos que ocupan el 6o. Lugar no son pacientes críticos, ni terminales para estar frecuentemente hospitalizados y son potenciales usuarios del Programa Hospital de Día.

6.2 INDICADORES GENERALES

En el año 2002 se atendieron en consulta externa por Diabetes Mellitus un 9% del total de los que acudieron a este servicio lo que corresponde a 4133 consultas por Diabetes sobre 45922 .
En el mismo año se presento una proporción de hospitalización a través del servicio de urgencias de 0.08 por Diabetes Mellitus lo que corresponde a 147 hospitalizaciones por diabetes sobre un total de 1837 de hospitalizaciones.
La población objetiva del proyecto es muy difícil de determinar exactamente por carencia de estadísticas confiables en nuestro medio.
Si Neiva cuenta con 348920 habitantes a diciembre del año 2002, con una población mayor de 40 años de 63311 personas y el estimado de prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 es aproximadamente de 7% estaríamos ofreciendo servicios a una población de 4432 pacientes.
Ya que se carece de información sobre la prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 1 tanto a nivel regional como nacional no se puede suministrar ese dato, pero si se puede mencionar la baja incidencia de esta patología estando aproximadamente en 1-4 por 100000 habitantes, sin embargo no se desconoce que a esta pequeña población se le debe hacer un gran énfasis ya que en ellos el manejo de la insulina requiere una especial minucia para su correcto empleo.

6.2.1 ATENCIÓN DE DIABÉTICOS ESE – HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

Cuadro 5. Distribución de la diabetes por grupo etáreo en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

Edad (años)	AÑO 2000		AÑO 2001	
	Cantidad	%	Cantidad	%
<1	-	-	-	-
1 – 4	-	-	1	1
5 – 14	-	-	-	-
15 – 44	8	18	10	12
45 – 59	11	25	25	30
> 60	25	57	48	57
Total	44	100	84	100

Cuadro 6. Distribución de la diabetes por sexo en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

Sexo	Cantidad	%
Masculino	16	37
Femenino	28	63
Total	44	100

6.3.1 Causas de hospitalización de 2000.

- DM descompensada (10)
- Pancreatitis (1)
- Sepsis – VIH (1)
- Pie diabético – (18)
- Colestitis (1)
- Enfisema Pulmonar (1)
- Receso Subcutáneo (2)
- Nefropatía (3)
- Anemia (1)
- Infecciones Urinarias (2)
- Hipoglucemia (1)
- Shock cardiogenia (1)
- Emergencia hipertensiva (1)
- Acceso alveolar (1)

6.3.2 Causas de hospitalización de 2001.

- Diabetes con trastorno circulatorio periféricos 18 (21%)
- Diabetes Mellitus sin mención de complicaciones 30 (35%)
- Coma diabético 2 (3%)
- Coma Hipoglicemico 7 (9%)
- Diabetes con complicaciones no especificados 15 (17%)
- Diabetes con otras manifestaciones especificadas 7 (9%)
- Diabetes con manifestaciones reales 5 (6%)

Días estancia 685
Promedio días estancia 14.2%
Promedio de facturación por día de hospitalización $210.889

6.4. ATENCIÓN DE DIABÉTICOS CLÍNICA CENTRAL DE ESPECIALISTAS 2001

Diabetes Mellitus sin mención de complicaciones
Número de egresos hospitalizados: 44 Pacientes

Cuadro 7. Distribución de la diabetes por grupo etáreo en la Clínica Central de especialistas 2001.

Edad (años)	Cantidad	%
<1	-	-
1 – 4	1	2
5 – 14	-	-
15 – 44	6	14
45 – 59	5	11
> 60	32	73
Total	44	100

Cuadro 8. Distribución de la diabetes por sexo en la Clínica Central de especialistas 2001.

Sexo	Cantidad	%
Masculino	16	37
Femenino	28	63
Total	44	100

Días estancia 237
Promedio días estancia 5.3%

6.5 ATENCIÓN DE DIABÉTICOS CLINICA FEDERICO LLERAS ACOSTA – ISS - NEIVA – HUILA 2001

Diabetes Mellitus sin mención de complicaciones como 8ª causa de morbilidad hospitalaria por grupo de edad y tipo de vinculación.

Número de egresos hospitalarios: 57 Pacientes
Días estancia 517 Promedio días de estancia 9.1
Cotizantes – 26
Beneficiarios – 31

Cuadro 9. . Distribución de la diabetes por grupo etáreo en la Clínica Federico Lleras Acosta 2001.

Edad (años)	Cantidad
15 – 44	8
45 – 59	17
> 60	32
Total	59

6.6. ATENCION DE DIABÉTICOS CLINICA SALUDCOOP 2001

6.6.1 Causas de hospitalización de 2001

- DM descompensado 13 (15%)
- Celulitis 3 (3%)
- H. A.+ DM. 24 (28%)
- Pie diabético 16 (19%)
- S. Febril 1 (1%)
- ICC + DM 8 (9%)
- Amputaciones 2 (2%)
- ACU + DM 3 (3%)
- IR + DM 1 (1%)
- EDA + DM 2 (2%)
- Nefropatias 4 (5%)
- DM + Epoc 5 (6%)
- B/n + DM 1 (1%)
- Glaucoma 1 (1%)
- DM enfermedad coronaria 1 (1%)
- Hipoglicemia 3 (3%)

  Días estancia: 733
  Promedio días estancia: 8.5%
  Promedio facturación día: $ 1.063.624

6.6 ATENCIÓN DE DIABÉTICOS CLINICA NEIVA

Cuadro 10. Egresos hospitalarios: (2500 Dx) abril 2001 – enero 2002.

AÑO	Cantidad
2001	30
2002	3
Total	33

Días de estancia 2001: 142 días
Días estancia 2002: 11 días
Promedio días estancia: 4.6%
Promedio facturación día por paciente: $263.907

6.7 ANÁLISIS DOFA SOBRE EL AMBITO PROBLEMÁTICO

Cuadro 11. Análisis DOFA

FORTALEZAS		OPORTUNIDADES		
ACTIVIDADES	ATRIBUTOS	EVENTOS	HECHOS	TENDENCIAS
PORTAFOLIO DE SERVICIOS	La Ese – Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo cuenta con los recursos humanos materiales, tecnológico y financieros para adelantar un programa de carácter integral como es el hospital de día en la atención a los pacientes con Diabetes Mellitus.	VOLUNTAD POLÍTICA	El programa Hospital de día no tiene ningún problema para implantarlo en la ESE-HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO; por cuanto existe por parte de los jefes de las áreas y Unidades funcionales y directivos, plena conciencia para su desarrollo	Las innovaciones tecnológicas de atenciones en salud son las llamadas a garantizar la rentabilidad social en la respuesta a patologías crónicas

DEBILIDADES		AMENAZAS		
ACTIVIDADES	ATRIBUTOS	EVENTOS	HECHOS	TENDENCIAS
DESARROLLO INSTITUCIONAL	La experiencia de Hospital de día en el Surcolombiano está en sus albores y por ende la red de atención hospitalaria no ha generado la capacidad de gestión adecuada para dar respuesta con mayor calidad en salud y calidez humana a los diabéticos del entorno.	CRISIS HOSPITALARIA	Si los problemas sociales como desempleo, desplazados por la violencia y vinculados sin seguridad social se vuelven más críticos y el estado no responde por la salud de estos en la red hospitalaria, se pierde capacidad de maniobra para masificar el hospital de día como estrategia viable; muy a pesar que disminuye costos a las instituciones.	La política de transformación de subsidios de oferta en subsidios a la demanda, hace que cada día sean más limitados los recursos para los hospitales y su red de atención.

6.8.1. Direccionamiento Estratégico del proyecto.

En concordancia con el diagnostico DOFA, para trazar estrategias que permitan la operatividad y funcionalidad del programa hospital día para diabéticos (HDPD) tenemos:

6.8.2 Nudos Críticos Potenciales

- Que no exista direccionamiento estratégico por parte de los actores responsables para entender cuales son las bondades del programa.

- Que no se destinen los recursos de inversión que necesita el programa para posicionarlo como una unidad funcional especifica del hospital.

- Que no se consolide una política de ahorro de costos para la atención de los sujetos beneficiarios del programa y no se viabilice una facturación rentable.

- Que no se lleve a cabo u forma sistematizada un control de gestión del programa para establecer metas y resultados con estándares.

- Que no exista compromiso organizacional por parte de los diferentes especialistas clínicos en la atención oportuna de los pacientes del programa.

6.8.3 FACTORES CLAVES DE ÉXITO POTENCIAL

El programa debe consolidar a corto y mediano plazo los siguientes factores claves de éxito:

- Una visión mas Humana de la atención de la diabetes para la comunidad.
- La familia del paciente como agente proactivo de los tratamientos y del programa.
- Aumento de los índices de satisfacción del paciente diabético
- Disminución de la estancia hospitalaria
- Aumento del giro cama
- Disminución de las infecciones intrahospitalarias
- Mayor entendimiento sobre las técnicas de tratamiento de la enfermedad.

7. PROTOCOLOS ASISTENCIALES Y GUIAS INTEGRALES DE ATENCIÓN

Para el desarrollo del programa hospital día para diabéticos a implantar se debe tener en cuenta en el componente asistencial, los parámetros dados por el Ministerio de Salud en este sentido:

7.1 GUÍA DE ATENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 1

Diagnóstico: considerando que la forma de presentación más frecuente es un episodio agudo, el diagnóstico se basa en la identificación de los síntomas clásicos: poliuria, polidipsia y baja inexplicable de peso, y el hallazgo de una concentración casual de glucosa plasmática igual o mayor a 200mg/dl (11.1mmol/l).

En la forma de progresión lenta se considera adicionalmente los siguientes parámetros:

- Glucemia plasmática en ayunas igual o mayor de 126mg/dl.
- Glucemia 2 horas postprandíal igual o mayor de 200mg/dl durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral. Si es un niño o un adolescente la dosis es 1.75 gramos de glucosa por kilo de peso (máximo 75 gramos).

En el momento del diagnóstico, la persona con diabetes tipo 1 se puede encontrar en cualquiera de las siguientes condiciones:

- En cetoacidosis.
- Sin cetoacidosis pero clínicamente inestable, con síntomas y signos de descompensación que incluyen deshidratación y compromiso del estado general.
- Con síntomas y signos leves o moderados pero clínicamente estable (sin deshidratación ni compromiso del estado general).
- En los dos primeros casos la persona debe hospitalizarse. En el tercero la persona puede ser manejada en forma ambulatoria si se cuenta con buena colaboración por parte del paciente y su familia (especialmente en el caso de los niños) y con un equipo interdisciplinario de atención díabetoligica.

Diagnóstico diferencial:

- Intoxicación por etanol.
- Intoxicación por paraldehido.
- Intoxicación por isopropil alcohol.

Tratamiento: Para iniciar el tratamiento de la persona díabética tipo 1 se requiere realizar una primera fase de clasificación del estado de conciencia, de hidratación,

a través de la cual el médico definirá si el manejo del paciente debe incluir o no la aplicación de líquidos intravenosos.

Tratamiento hospitalario: Las personas deben clasificarse de acuerdo a la siguiente tabla, la cual definirá el manejo del que deben ser objeto según el tipo de descompensación identificada. El paciente pediátrico debe siempre ser hospitalizado, aun aquellos niños con síntomas y signos leves o moderados pero clínicamente estables (sin deshidratación ni compromiso del estado general), para prevenir la descompensación.

Tratamiento ambulatorio: La persona díabética tipo 1 debe ser objeto de control y seguimiento médico permanente, se ha definido como ideal una evaluación trimestral por especialista, asociada a una evaluación multidisciplinaria anual y un período de educación anual de 24 horas dentro de las que no se encuentran incluidas las recibidas al momento del diagnóstico.

Primera consulta ambulatoria: Esta consulta debe ser realizada por médico general debidamente entrenado. En esta consulta se debe elaborar la historia clínica de ingreso y establecer el plan de manejo, esta debe contener los siguientes aspectos:

- Enfermedad actual con énfasis en :

    - Cuadro clínico inicial (síntomas, hallazgos de laboratorio, tipo de tratamiento).
    - Tratamiento farmacológicos recibidos (esquema de insulinoterapia, etc).
    - Historia del control metabólico (Hba1c, glucemia, perfil lipidico, etc).
    - Auto monitoreo (frecuencia, resultados, interpretación).
    - Patrones de alimentación y cambio de peso corporal.
    - Actividad física.
    - Descompensaciones agudas (frecuencia, severidad, tratamientos).
    - Hipoglucemias (frecuencia, severidad, causas, síntomas, tratamientos recibidos).
    - Educación Diabetológica recibida.

- Antecedentes con énfasis en :

    - Antecedentes familiares de diabetes (especificando parentesco y tipo de diabetes), de enfermedad coronaria temprana, hipertensión arterial, dislipidemias y obesidad.
    - Antecedentes personales de infecciones recientes.
    - Historia de desarrollo puberal y/o antecedentes gineco-obstetricias.
    - Antecedentes farmacológicos de medicamentos.

- Exámen físico:

    - Peso y talla
    - Signos vitales, incluyendo tensión arterial con un brazalete adecuado para la edad.
    - Examen de cavidad oral.
    - Oftalmoscopia indirecta.
    - Palpación de tiroides.
    - Auscultación cardíaca.
    - Valoración del crecimiento.
    - Maduración sexual – utilizando la escala de Tañer.
    - Inspección de piel.
    - Inspección de manos, buscando signos de rezo o de orador.
    - Examen de miembros inferiores que incluye palpación de pulsos periféricos.

Criterios de control metabólico: Además es necesario establecer metas de crecimiento y desarrollo que deben ser iguales a las recomendadas para las personas de la misma edad, sexo que no tiene diabetes. Se debe considerar el establecimiento de un plan de alimentación individualizado, de un plan de insulina terapia ajustado combase en la respuesta glucemica del paciente al plan de alimentación y al ejercicio y por último un plan de monitoreo.

Control seguimiento del paciente: Durante la fase de estabilización ambulatoria, la persona con diabetes tipo 1 debe tener al menos una consulta médica mensual. Cuando se haya logrado estabilizar y se hayan alcanzado las metas educativas y de buen control, los intervalos de consultase pueden prolongar hasta un máximo de tres meses.

Control cada 30 a 90 días: La consulta periódica se debe evaluar con el paciente los diferentes parámetros clínicos y paraclínicos relacionados con el control metabólico, analizar si se han alcanzado las metas y volver a establecer prioridades y estrategias.

Control anual: En cuanto el paciente se encuentre compensado, este control puede ser realizado por médico general debidamente entrenado.

El propósito de este control es la detección temprana de las complicaciones crónicas. Es mandatorio en todo niño que haya alcanzado la pubertad y en toda persona que haya alcanzado mas de cinco años de evolución con diabetes.

Esquemas de insulinoterapia:

- Una dosis diaria de insulina NPH.

    - Dosificación: aproximadamente dos tercios de la dosis se administra antes del desayuno y el resto antes de dormir.
    - Ventajas: horario cómodo de administración. Poco riesgo de hipoglucemia. Útil en gerentes, en personas en “luna de miel” de la diabetes tipo 1, en pacientes con - Nefropatía díabética avanzada. La administración de la NPH nocturna a las 9 – 10 PM facilita el control en el medio hospitalario.
    - Desventajas: difícil llegar a metas adecuadas de control glicémico con este esquema. El contenido de los alimentos debe ser constante y su horario debe coincidir con los picos de acción de la insulina. Se tiende a hiperinsulinizar al paciente. Este esquema no se utiliza en los niños.

Plan de monitoreo: Es recomendable que toda persona con diabetes tipo 1 tenga un aparato de monitoreo automatizado y disponga de las tiras reactivas que requiere el equipo para medir la glucemia capilar.

La medición de la glucemia en estos equipo es suficientemente precisa para que se pueda utilizar en la toma de decisiones.

El plan de auto monitoreo depende del esquema de insulinoterapia que se haya escogido y de las metas que se hayan establecido. El médico o educador debe recomendar su practica frecuente.

Ajuste de dosis de insulina con base en el resultado del auto monitoreo: Como no existe algoritmos para el ajuste de insulina aplicables a todos los casos, se recomienda si en dos días sucesivos una de las glucometrias se encuentra sistemáticamente por fuera del rango convenido, se debe incrementar o reducir la dosis de insulina correspondiente en una a dos unidades, dependiendo de la edad del paciente y la magnitud de la baja o alza de la glucemia.

7.2 GUÍA DE ATENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2:

Diagnóstico: La toma de glucemia es el método utilizado para la tensión temprana de la diabetes en los diferentes grupos de población. La glucemia debe ser realizada por bacterióloga, en laboratorio que cumpla los requisitos esenciales exigidos por el Ministerio de Salud. El reporte de la glucemia debe ser entregado en miligramos por decilitro mg/dl, con valor de referencia teniendo en cuenta la técnica usada.

Los criterios para el diagnóstico de la diabetes tipo 2 son los siguientes:

- Glucemia plasmática en ayunas igual o mayor de 126mg/dl (>7mmol\ L) en mas de dos ocasiones. Ayuno se define como un período sin ingesta calórica por lo menos de 8 horas y máximo de 12 horas.

- Glucemia 2 horas postprandíal igual o mayor de 200mg/dl (11.1 mmol/L) durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral. La prueba deberá practicarse según los criterios de la OMS usando una carga de glucosa equivalente a 75gr o 1.75 gramos x Kg. de peso de glucosa anhidra disuelta en agua.

- Glucemia > de 200 mg/dl (11.1 mmol/L) a cualquier hora del día con presencia o ausencia de síntomas clásicos de la enfermedad como poliuria, polidipsia, perdida de peso. Se define como cualquier hora del día, la glucemia realizada sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última comida.

Tratamiento: Esta dirigido a la obtención de un óptimo nivel educativo que le permita tener los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo un buen control metabólico de la enfermedad dirigido a la prevención de las complicaciones agudas y crónicas dentro de los mejores parámetros de calidad de vida posibles.

CONTROLES: Visita subsecuente: El período entre la evaluación inicial y visita subsecuente es individual y se determinara de acuerdo al estado metabólico y clínico inicial del paciente y de la terapia instituida.

COMPLICACIONES OFTALMOLÓGICAS: Manifestaciones clínicas: Las manifestaciones de la microangiopatía a nivel de retina se clasifican según el comité asesor de expertos de la OMS 1997, así:

Subclínica (alteración funcionales), clínica leve – moderada (No Proliferativa), clínica severa (Preproliferativa, Proliferativa, Edema Macular), terminal (Proliferativa con perdida severa de agudeza visual o ceguera).

Otras manifestaciones a tener en cuenta son: Maculopatía, Catarata de cornea y Glaucoma.

Hipoglucemia en diabetes tipo 2: Es una alteración metabólica y clínica caracterizada por el descenso de los niveles circulantes de glucemia en la sangre por debajo de 50 mg% como consecuencia del tratamiento farmacológico, manifestada por sintomatología diversa de acuerdo con su duración e intensidad.

Tratamiento: La prevención es importante para evitar el desarrollo de hipoglucemia. El paciente debe respetar los horarios de comidas y debe ingerir comidas suplementarias cuando hay alguna actividad física adicional.

Paciente consciente y tolerancia a la vía oral: ingerir en forma rápida líquidos azucarados. Jugos de frutas, gaseosas azucaradas.

Pacientes inconscientes sin tolerancia a la vía oral: Uso de glucagón 1 Mg. subcutáneo, intramuscular o intravenoso. En carencia de él: solución glucosada al 50-40-33 o 20% en bolos IV de 50 a 100 cc hasta que haya recuperación de la conciencia. Iniciar vía oral, administración de dextrosa al 5% en forma continua por espacio de 12 a 24 horas según la causa.

8 METODOLOGÍA

Para el presente estudio por atender un aspecto puntual en la problemática de un programa de gestión hospitalaria como es EL HOSPITAL DE DÍA, PARA LA ATENCIÓN DE DIABÉTICOS en la ESE – Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Atiende a los siguientes parámetros meteorológicos:

- Según su fin : Es un estudio aplicado porque trata de resolver un problema institucional del sector salud en la red de atención, para mejorar costos y la calidad de vida de los pacientes diabéticos.
- Según su alcance temporal: Es seccional porque estudia un momento específico de la red que va de Octubre/02 – Enero/03. Identifica un problema de salud de la región como es esta enfermedad crónica, plantea la estrategia del hospital día como una estrategia de intervención concreta de una realidad social de los huilenses y propone la atención a una población con capacidad de respuesta para minimizar la hospitalización y generar un mejor control y tratamiento de este padecimiento.
- Según su profundidad: Es un estudio explicativo porque mide variables precisas en términos económicos y administrativos como consecuencia de un problema de gestión en salud en donde el Programa Hospital de Día mejorará la calidad de la prestación de los servicios de salud en forma integral.

- Según su amplitud: Es micro - sociológico porque el problema tiene una localización puntual que son los pacientes diabéticos que clasifican en el programa hospital de día y que los remiten las entidades de aseguramiento para que se les preste este servicio. Sin descartar que pueda llegar a convertirse en el inicio de este Programa en todo el Surcolombiano, tanto en la atención de Endocrinología, mas concretamente en Diabetes Mellitus, como de aquí, irradiarse y aplicarse a las demás especialidades médicas cubriendo múltiples patologías.
- Según sus fuentes: Es secundaria e interna la información porque se basa en documentos y la experiencia que tienen los que desarrollan el trabajo aplicando instrumentos de diagnóstico como el de Evaluación de servicios asistenciales de la Supersalud. El MODIN o Modelos de desarrollo institucional; el SIMEG; o sistema de medición de la gestión y los instrumentos de implantación del Hospital de Día como son la Guía Integral de atención al diabético, el manejo de los Rips y la adopción de la Historia clínica.
- Según su conducta: Es cuantitativa porque se van a analizar variables e indicadores inherentes al proceso de Hospital de Día en la atención a los diabéticos.
- Según su objeto: Se hace sobre unas instituciones de salud, con criterios puntuales inherentes al programa Hospital de Día.

9. PROCESOS Y PROCEDIMIENTO DEL HOSPITAL DÍA

9.1 ELEMENTOS BÁSICOS DE PORTAFOLIO DE SERVICIOS

Si por hospital de día entendemos de acuerdo al marco teórico como el manejo médico asistencial diurno continuo e ininterrumpido por el lapso de 10 a 12 horas (de 7: 00 a.m. a 5:00 – 6:00 p.m.) los elementos básicos que deben tenerse en cuenta para esta jornada de atención con sus procesos y procedimientos correspondientes serían:

9.1.1 Demandantes del Programa: Pacientes diabéticos exclusivamente.

- Clase de pacientes preferenciales:

  - Diabéticos tipo 1
  - Con manejo insulínico
  - Diabéticos con descompensación leves a moderadas
  - Ambulatorios con pié diabético.
  - Diabéticos recientemente egresados de hospitalización
  - Con Dx reciente.
  - Diabética embarazada.

- Carácter general de la clase de paciente: Debe ser “autosuficiente”, lo que significa que no debe constituir riesgo alguno para si, ni para terceros.

- Pacientes diabéticos no aceptados en el programa que son objeto de otra forma de atención en salud:

  - Con descompensación aguda (cetoacidosis, Comas etc)
  - Psiquiátricos
  - Con incapacidad para recibir y aceptar educación por diferentes causas o motivos, entre otros por enfermedades concomitantes graves o agravadas.
  - Diabéticos en diálisis.

9.1.2 Oferentes del programa Hospital de Día

- Recursos Humanos: El capital humano asistencial para el desarrollo del programa que consideramos técnicamente básico y fundamental deberá contar con:

  - Endocrinológico
  - Nutricionista

- Enfermera con capacitación de diabetes
- Especialistas conexos con el servicio integral al paciente diabético tales como:
  - Psicólogo
  - Nefrólogo
  - Odontólogo
  - Ginecólogo
  - Optómetra
  - Cardiólogo
  - Podólogo
  - Cirujano vascular periférico
  - Pedíatra
  - Gastroenterólogo
  - Fisiatra
  - Fisioterapeuta
  - Oftalmólogo
  - Educador en diabetes

- Otros especialistas como servicios complementarios:
Médico interno – Médico residente en medicina interna, Nefrología etc, - Que rotación por el servicio que se prestara en el Hospital de día.

- Recursos materiales: Los elementos e instrumental médico a ofrecer para desarrollar el programa de Hospital de Día, en forma eficiente se estipula de la siguiente manera:

- Material didáctico:

  - Tablas de alimentos, manejos y consejos para el diabético.
  - Tableros
  - Ayudas audiovisuales: TV. – V.H.S. – Cuando se Haga necesario: video- beam – Diapositivas y Retroproyector.

- Instrumentos médicos:

  - Tensiómetro
  - Fonendoscopio
  - Tallímetro
  - Báscula
  - Glucómetro
  - Monofilomento de Semmes – Weinstein

- Instrumental para curación:

  - Pinzas

- Tijeras
- Bisturís
- Gasas
- Otros conexos

- Recursos físicos: El espacio físico de acuerdo a el cumplimiento de la capacidad científico técnica y racionalidad administrativa para el programa, se desarrollará en el 6º piso de la ESE – Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo por las siguientes consideraciones:

- Existe el espacio físico suficiente para las unidades funcionales que demanda el programa.
- Los usuarios del servicio tienen fácil accesibilidad – para llegar al piso.
- Los servicios de especialistas necesarios funcionan en este piso y el 7º, principalmente.
- No vemos problemas de flujos en los servicios de administración, facturación, laboratorios y otros, para que el usuario pueda tener una atención integral para un manejo asistencial diurno continuo e ininterrumpido.

9.2 Procedimientos básicos a desarrollar:

La necesidad inherente al programa de Hospital de día a desarrollar con los recursos físicos – humanos y materiales estipulados en forma concreta se sintetizan en:

- Actividades educativas (Promoción y Prevención)

  - En forma individual
  - Enseñanza del autocuidado y autocontrol.
  - Educación en nutrición
  - Que busquen evitar complicaciones agudas y crónicas
  - Enseñanza de la auto aplicación de la insulina (videos y charlas)

- Actividades asistenciales:

  - Manejo clínico para un mejor ajuste de la terapia

    - Hacer historia clínica del paciente diabético; la cual proponemos anexar al presente capítulo
    - Valoración obligatoria del Endocrinólogo y Nutricionista
    - Valoración de acuerdo a cada paciente por uno o varios especialistas mas
    - T.A.
    - Peso IMC
    - EKG

- Examen oftalmológico

- Administración de la terapia adecuada y pertinente en cada caso como:

  - Insulina
  - Antibióticoterapia
  - Hipoglicemiantes orales
  - Hipolipemiantes

- Prácticas de exámenes de laboratorio como:
  - HbA1c
  - Lípidos: Colesterol total, Triglicéridos, HDL-C, Creatinina, BUN, Microalbuminuria
  - Glicemias Preprandíales y Postprandíales (3 a 5 en el lapso de las 10 – 12 horas)
  - Otros, de acuerdo a los requerimientos del usuario, beneficiario del programa.

9.3 Flujograma del programa Hospital de Día:

En el anexo A registramos como funcionarían los procesos anteriores en la Ese – Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

9.4 Historia clínica del Programa Hospital – Día.

Cumpliendo las exigencias y estándares Bio estadístico del Ministerio de Salud en el anexo B proponemos la historia clínica para este programa.

9.5 COMPONENTES Y TIPOS DE SERVICIOS QUE SE PRESTARAN EN EL HOSPITAL DÍA.

De acuerdo a los criterios técnicos de la atención para los diabéticos, los servicios que como portafolio le ofreceremos a los pacientes son:

- Programa personalizado de tratamiento

Este servicio se caracteriza por individualizar la atención integral a cada caso en particular, respondiendo a las necesidades de cada paciente, enfocándose en corregir aquellas deficiencias particulares tanto de su patología como en sus conocimientos básicos necesarios para obtener un mejor autocontrol de su enfermedad; de esta forma se ofrece una mayor probabilidad de éxito en el tratamiento de los diabéticos sin apartar al paciente de su entorno social y familiar.

- Orientación y apoyo a los familiares

Este servicio se caracteriza por la atención integral de la persona en particular, teniendo como punto de partida que el individuo vive en un núcleo familiar que posee creencias, costumbres y patrones de comportamientos transmitidos verticalmente y por la sociedad que muchas veces se encuentran en contradicción con las pautas que se deben seguir para un acompañamiento inteligente de esta patología para con el afectado de determinado núcleo; se realiza un proceso de colaboración y apoyo que es fundamental para el buen desarrollo y eficacia del tratamiento, demostrándoles que ellos también forman parte del manejo del paciente y que por lo tanto deben participar activamente en su evolución.

- **Asistencia en su tratamiento:**

Este servicio se caracteriza por

- Examen médico general:

Lo cuàl es obligatorio para todos los pacientes que ingresan a este servicio un enfoque general de su estado de salud, recurriendo como ayuda en este punto a una anamnesis muy completa y a un examen físico general riguroso para comenzar con unas bases sólidas el enfoque personalizado para un tratamiento efectivo.

- Examen médico especializado:

Este servicio se caracteriza por: la revisión médica del paciente por parte de un especialista en el tema, en este caso un endocrinólogo o aquellas otras especialidades a las cuales se haya requerido intercosultar dependiendo de las condiciones y necesidades de cada caso; así, se precisan los pasos a seguir con órdenes claras de aquellos que son los mas documentados en el tema y por lo tanto son el personal mas adecuado para mejorar la calidad de atención haciendo uso adecuado de los recursos existentes.

- Exámenes de laboratorio y paraclínicos:

Este servicio se caracteriza por complementar el examen médico, recurriendo a aquellas pruebas de laboratorio y exámenes paraclínicos que permitan aclarar el estado en que se encuentra un paciente, así como también para el control de la evolución de su cuadro.

- Plan nutricional:

Este servicio se caracteriza por cubrir las necesidades de calorías y nutrientes de cada diabético determinados por varios factores como la edad, sexo, talla, actividad física, estados fisiológicos (embarazo, lactancia) como fisiopatológicos; con el fin de lograr un mejor control de la diabetes teniendo como objetivo lograr alcanzar y mantener los niveles glicémicos lo mas cerca al rango de lo fisiológico, evitando tanto las hiperglicemias como las hipoglicemias; de esta forma se mejora el episodio actual y además se previene o retarda el desarrollo y/o progresión de complicaciones asociadas.

- Formulación de medicamentos.

Este servicio se caracteriza por: garantizar la recuperación pronta del paciente recurriendo al uso de medicamentos que son los apropiados, a las dosis apropiadas y por las vías de administración correcta.

- Actividades de promoción y prevención

    - Educación: la educación es un concepto que tiende a capacitar al individuo para actuar en forma adecuada de acuerdo a la realidad de cada uno y por tanto indica el rumbo y las metas deseadas en torno de los cuales deben concentrarse todos los esfuerzos para lograr mejorar la calidad de vida del paciente y evitar las complicaciones crónicas.

    - Socialización de exámenes: Acercan entre si pacientes con una misma enfermedad y expuestos a unas mismas complicaciones, estimulándolos a una mejor compresión de la diabetes.

    - Enseñanza de:
        - Autoaplicación de insulina.
        - Uso de glucómetro.
        - Autocuidado de piel, ojos y piel.
        - Señales de alarma: Hipoglicemia, hiperglicemia.

10. ANÁLISIS DE GESTIÓN Y EFICIENCIA DEL HOSPITAL DE DÍA

10.1 RED DE ATENCIÓN AL DIABÉTICO – HOSPITAL DE DÍA

De acuerdo a los procesos estipulados para el programa de Hospital de día, la gestión de ventajas y desventajas de su implantación dependen no solo de los beneficios / costos económicos y sociales del programa, producto de la contratación con las entidades de aseguramiento en salud, sino de la implementación de una gestión integral en el régimen de referencia y contrarreferencia de los prestadores de los servicios de salud por ser la Ese – Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, la entidad hospitalaria de III y IV de referencia por excelencia de la región Surcolombiana; es pertinente atender sus servicios con el concepto de red de atención en salud de diabéticos para el programa Hospital DÍA, tal como se concibe en el marco teórico de nuestro trabajo y el flujograma de procesos que estipulamos para tal fin.

10.2 CONTROL DE GESTIÓN Y RESULTADOS

Para la evaluación de la gestión del programa Hospital de Día, de tal manera que la toma de decisiones mediante un proceso de mejoramiento continuo sirva para realizar los análisis periódicos correspondientes, para lo cual proponemos como herramientas de gestión institucional la aplicación de los siguientes indicadores de gestión:

10.2.1 Indicadores de eficiencia

- EFICIENCIA TÉCNICA

$$\text{Rendimiento} = \frac{\text{No. de actividades realizadas en un período}}{\text{Horas realmente laboradas en esa actividad en el período}}$$

$$\text{Porcentaje ocupacional} = \frac{\text{No. total de días cama utilizadas en el mes por diabéticos}}{\text{No. total de días cama disponibles en el mes}}$$

Este indicador se aplica al hospital para que sirva de referente al porcentaje ocupacional del programa hospital de Día.

$$\text{Porcentaje ocupacional HD} = \frac{\text{No. de pacientes diabéticos atendidos en el mes}}{\text{No. de pacientes programados en el mes}}$$

$$\text{Relación ocupacional} = \frac{\%\ \text{ocupacional total hospital}}{\%\ \text{ocupacional hospital dia}}$$

$$\text{Relación ocupacional} = \frac{\%\ \text{ocupacional M. Interna}}{\%\ \text{ocupacional hospital dia}}$$

$$\text{Promedio día estancia} = \frac{\text{No. total días de pacientes diabéticos hospitalizados en el mes}}{\text{No. total egresos producidos en el mes}}$$

$$\text{Relación estancias} = \frac{\text{Días estancia diabéticos HOSPITALIZADOS}}{\text{Días estancia diabéticos hospital día}}$$

$$\text{Giro cama} = \frac{\text{No. total de egresos hospitalarios diabéticos en el mes}}{\text{No. total de camas disponibles en la institución}}$$

$$\text{Relación giro cama} = \frac{\text{No. total de egresos hospital de día en el mes}}{\text{No. total de camas disponibles en la institución}}$$

- EFICIENCIA FINANCIERA

$$\text{Participación HD} = \frac{\text{Total facturado en HD en el mes}}{\text{Total facturado en hospitalización mes}}$$

$$\text{Participación diabético} = \frac{\text{Total facturado por diabéticos hospitalizados mes}}{\text{Total facturado en hospitalización mes}}$$

$$\text{Relación de participación} = \frac{\text{Participación HD}}{\text{Participación diabéticos}}$$

10.2.2 Indicadores de calidad.

En estas generales se toman solo para diabéticos hospitalizados y los del programa HD.

$$\%\ \text{Mortalidad} < \text{de 48 horas} = \frac{\text{No. de muertes} < 48\ \text{horas en el período}}{\text{No. de egresos en el período}} * 100$$

$$\%\ \text{Total mortalidad} = \frac{\text{No. de muertes en el período}}{\text{No. de egresos en el período}} * 100$$

$$\%\ \text{Infecciones intrahospitalarias} = \frac{\text{No. infecciones intrahospitalarias en el período}}{\text{Número de egresos en el período}} * 100$$

$$\%\ \text{Demanda no atendida} = \frac{\text{Total pacientes diabéticos no atendidos en el servicio}}{\text{No. de pacientes que solicitaron el servicio}} * 100$$

10.2.3 Oportunidad

Tiempo promedio de espera en cada servicio de HD.

$$\%\ \text{Usuarios satisfechos} = \frac{\text{No. de usuarios satisfechos encuestados}}{\text{No. total de usuarios encuestados}} * 100$$

10.2.4 Indicadores de eficacia

$$\%\ \text{Pacientes recuperados} = \frac{\text{No. pacientes que asimilaron el servicio de HD}}{\text{No. de pacientes tratados en el servicio}} * 100$$

$$\%\ \text{Complicaciones} = \frac{\text{No. de pacientes con complicaciones}}{\text{No. de pacientes tratados}} * 100$$

10.2.5 INDICADORES DE EFECTIVIDAD

- Diez primeras causas de morbilidad por tipo de diabetes mellitus tratadas en el programa hospital día.

- Diez primeras causas de morbilidad de diabetes mellitus por urgencias.

- Diez primeras causas de morbilidad por tipo de diabetes mellitus en hospitalización.

10.2.6 ANÁLISIS DE BENEFICIOS DEL HOSPITAL DE DÍA

El Hospital de día ofrece los mayores beneficios por los siguientes conceptos:

- Con este enfoque se ofrece una amplia asistencia con una muy efectiva contención del paciente, sin recurrir al aislamiento social, ya que es muy conveniente una atención integral con mecanismos de fomento y promoción de la salud con su tratamiento, para evitar que se complique y aprenda a vivir con su enfermedad.

- El sistema de información en salud para diabéticos registra unas bioestadísticas concretas que permitan llevar un mejor seguimiento a la casuística de la actividad del programa para prevenir la enfermedad, contribuir al cambio del perfil epidemiológico y acertar en el tratamiento y rehabilitación de esta enfermedad crónica.

- Garantizar la seguridad de la satisfacción integral del usuario y reduce los recursos humanos de respuesta médica a la patología sufrida por el paciente.

- Favorecer los estándares de protocolos entre el personal de enfermería y administrativa con el servicio médico de especialistas.

- Proporciona acceso a datos muy depurados y que serian muy difícil de conseguir sin el programa.

- Genera nuevas dinámicas de la hospitalización y estancias para el hospital.
- Disminuyen las estancias media de los pacientes y el numero de ingresos cuando se complica al tener una agilidad y monitoreo para el Dx precoz, Educación y tratamiento de las complicaciones.

- Reduce los costos del hospital, ofrece una asistencia continuada y tiene seguimiento permanente de patología crónica.

11. ESTRATEGIAS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL HOSPITAL DÍA

La institución debe garantizar la posibilidad de funcionamiento de la modalidad de atención Hospital de Día; se atenderá desde las 7:00 A.M hasta las 18 Horas P.M.. Esta modalidad de atención permite la observación y el estudio de pacientes durante un período importante del día; pudiendo realizarse educación, pruebas terapéuticas, reevaluación y ajustes de planes de tratamiento; atención de descompensaciones leves que no obligan a una internación prolongada. La existencia de esta modalidad de atención, reduce costos administrativos y sociales.

De acuerdo a lo estipulado en el desarrollo del trabajo el hospital de día para diabéticos puede implementar dentro de su desarrollo institucional las siguientes estrategias:

- Conciencia de la enfermedad:

Educar a los pacientes en la clase de enfermedad que padecen y concientizarlos de la importancia de la atención integral en el programa para hacerla mas llevadera su enfermedad y puedan asimilar los procesos de atención inherentes.

- Socializa experiencias:

Buscar actividades de compartimiento de experiencias en la educación, el fomento y el tratamiento para que sirvan de referente a los que no acojan el programa.

- Vida laboral y productiva:

Estimularlos a realizar labores productivas de acuerdo a su estado, perfil laboral, antecedentes ocupacionales, para que no se conviertan en una carga económica para su familia y hagan mas llevadera la enfermedad que padecen.

- Generar espacios lúdicos:

Generar procesos lúdicos donde compartan juegos aprendiendo de la enfermedad y puedan integrarse con normalidad y conciencia de su enfermedad a tener una vida social lo mas activa posible de acuerdo a la severidad de la patología.

- Desarrollo de integración funcional de acciones del programa con los municipios o ESE,s remitentes.

En el caso de pacientes vinculados que entran al programa se podían buscar mecanismos de financiación PAB de la presente y futura vigencia de conformidad

con las metas exigidas por Ministerio de Protección Social para los siguientes programas donde se contempla la prevención y manejo de la diabetes Mellitus.

11.1 PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS.

Con el objeto de lograr la acción integrada intersectorial para la reducción de la morbimortalidad por enfermedades crónicas en la población colombiana, es precisó elaborar e incorporar a los Planes de Atención Básica municipales y distritales un Plan Territorial Intersectorial que posibiliten el logro de las metas propuestas por la Nación para el período 2002 – 2006:

11.1.1 Actividades.

Formular y concertar un proyecto intersectorial de enfoque comunitario para promoción de la salud, orientado a la reducción integrada de tabaquismo, inactividad física y alimentación no saludable, según las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud.

Diseño, desarrollo y evaluación intersectorial de estrategias de Información, educación y comunicación, IEC, para el fomento de un estilo de vida activo, el reconocimiento social del derecho a un espacio libre de humo de cigarrillo y la promoción de una dieta balanceada para reducir el colesterol y el consumo de sal.

Orientación de la población hacia los servicios de detección temprana, protección específica y atención del POS, para el control de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial.

Construcción de la línea de base sobre comportamientos, actitudes y prácticas para la evaluación del impacto de las intervenciones integradas comunitarias en la modificación de los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas.

Impulsar, en coordinación con el Sector educativo, la implementación de la estrategia “Instituciones Educativas Libres de Humo”

Impulsar, en coordinación con otros sectores, la implementación de estrategias que promuevan la actividad física en escolares, adultos mayores y población económicamente activa.

Cuadro 12. Indicadores y metas.

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	METAS 2003
Plan Territorial Intersectorial para enfermedades crónicas formulado	El 50% de los municipios y distritos han formulado el Plan Territorial Intersectorial para Enfermedades Crónicas.
No. y porcentaje de entidades territoriales con línea de base de CAP sobre los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas construida	40% de los municipios y distritos han construido la línea de base de CAP sobre los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas.
N° y Porcentaje de Instituciones educativas de nivel básico y superior que desarrollan la estrategia "Instituciones Educativas Libres de Humo"	El 30% de las Instituciones educativas, en cada entidad territorial, desarrollan la estrategia "Instituciones Educativas Libres de Humo".
N° y Porcentaje de municipios que promueven la actividad física".	El 50% de los municipios desarrollan estrategias para promover la actividad física.
N° y Porcentaje de estrategias de IEC sobre estilos de vida saludable implementadas.	50% de los municipios han implementado estrategias de IEC sobre estilos de vida saludable.

Orientación de la población hacia los servicios de detección temprana, protección especifica y atención del POS, para el control de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

12.PERSPECTIVA DEL PROGRAMA DE HOSPITAL DÍA

Los procesos de implantación y operación del programa hospital día para pacientes Diabéticos deben en prospectiva posesionarse de acuerdo al contexto de procesos y estrategias estipuladas para luego extender con programas permanentes de educación , fomento, promoción de la salud y prevención de la diabetes con conferencias tales como:

- Que es la diabetes Mellitus
- Aprenda a vivir con sus diabetes Mellitus
- Prevenga las Hipoglicemias
- Aprenda a cuidar sus pies
- Uso del glucómetro y autocontrol
- Aplíquese bien su insulina
- La vida sexual y la DM.
- Su dieta como paciente DM.
- Otros conexos.

De igual forma se consolidaría a mediano plazo en el programa Hospital- día, las actividades correspondientes al tele- cuidado y telemedicina en diabéticos.

Por tanto, inicialmente se recibirían llamadas y fax las 24 horas y le daría respuesta en las horas de la mañana.

Igualmente, una vez capacitados enfermeras, médicos y asistentes en educación y manejo de diabéticos usuarios del programa Hospital de Día, se podría extender a 24 horas el servicio en forma inmediata; lo mismo que se extendería en capacidad de asesorar médicos, hospitales, clínicas y pacientes (telé- monitorización).

12.1. RESULTADOS ESPERADOS DEL PROGRAMA

En términos de desarrollo empresarial hospitalario para el programa Hospital Día para el paciente Diabético, los resultados esperados en perspectiva lo podíamos concretar de la siguiente manera:

- Hacer eficiente y eficaz los procesos de la salud optimizando los recursos empleados y generando los resultados deseados.

- Hacer los procesos adaptables a las necesidades cambiantes de los clientes y de la ESE.

- Tomar decisiones de forma ágil y oportuna para aumentar la capacidad competitiva de la ESE. y tener adaptabilidad y respuesta al cambio en los

- requerimientos de las patologías crónicas que se presentan en el Sistema Local de Salud.

- Cumplir con la habilitación del programa y requisitos esenciales en el contexto del nuevo SOGCS del SGSSS, estipulado en el Decreto 2309/02 y sus reglamentarios para la satisfacción integral al cliente diabético.

- Fortalecer la especialidad endocrinológica. Con una mejor capacidad de respuesta y trabajo en equipo como desempeño fundamental médico y asistencial.

- Medir los costos de mala calidad y el desperdicio y prevenir posibles errores.

- Disponer de un sistema de evaluación para las unidades y áreas funcionales que intervienen en el programa de hospital día.

13.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se puede afirmar sin lugar a dudas que el programa HOSPITAL-DÍA PARA DIABÉTICOS**,** es una estrategia fundamental para el desarrollo empresarial hospitalario de la región y que como modelo asistencial es innovador y de integración funcional para endocrinólogos, oftalmólogos, neurólogos, educadores y biotecnología médica e instrumental con los procesos de fomento, promoción de la enfermedad en lo pertinente a la patología, lo que genera una dinámica integral.

El desarrollo del programa hospital de día se esta desarrollando en Latinoamérica (principalmente en Argentina y Brasil); cuando en Dinamarca, Alemania y los demás países de Europa cuentan con unidades de referencia importantes y con soportes investigativos; en Colombia, tarde o temprano tendrán los especialistas que acogerlo, diseminarlo y socializarlo en las instituciones prestadoras de servicios de salud de cualquier nivel de complejidad; ya se encuentran algunas experiencias en un hospital psiquiátrico de Santander y en la ESE – Hospital El Tunal de Bogotá, premio nacional de la calidad, por lo que nuestra experiencia en el Huila apunta a sembrarlo y posicionarlo definitivamente para satisfacción de los clientes de nuestro entorno; de allí que se recomienda que los actores responsables de su ejecución efectúen tareas de sensibilización y socialización de experiencias una vez entre en operación dicho programa.

Indudablemente el programa hospital de día para los diabéticos, tiende en mayor proporción a la atención de los diabéticos tipo 1 que se caracterizan por una secreción escasa o nula de insulina, que puede aparecer en cualquier edad como enfermedad crónica que a la diabetes mellitus tipo 2 donde juegan papel primordial 2 defectos: el primero, la resistencia a la insulina y el segundo el déficit de secreción y acción.

La diabetes es la alteración metabólica más frecuente en el mundo y una de las enfermedades que por su carácter invalidante y crónico impone más carga a los sistemas de salud; al ser conscientes de que esta patología crónica reduce la calidad de vida y representa un grave problema de salud pública que va en aumento, en la medida que la población envejece y tiende a desarrollar factores de riesgo asociados a la urbanización y la industrialización; se hacen necesarias las innovaciones de atención en salud para aminorar el sufrimiento y padecimiento por la severidad de la patología, convirtiéndose el hospital de día para diabéticos en una estrategia pertinente.

El II Estudio Nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas – ENFREC II (1999) concluyó:

“ Se estimó una prevalencia de Diabetes Mellitus para el país (IC 95%: 1,36 – 3,8) lo que significa que en Colombia hay aproximadamente 441.000 diabéticos de 18 a 69 años. La prevalencia del desorden metabólico denominado Glucosa Alterada en ayunas en Colombia es alrededor de 4,3% (IC 95%: 2,9 – 5,6) la prevalencia de DM es semejante a los valores que se han calculado para otros países de la región de condiciones socioeconómicas semejantes.”

“En el país parece ser mayor la prevalencia de diabetes mellitus entre los habitantes del área urbana, con relación a los que viven en el área rural, sin embargo la diferencia observada en este estudio no fue estadísticamente significativa.”

“La población colombiana mayor de 45 años no se somete a la medición de los niveles de glucosa en sangre para el diagnóstico de diabetes con la frecuencia recomendada para la realización de este examen en este grupo de edad.”

“En Colombia es mayor la proporción de mujeres que se someten a medición de los niveles de glucosa en sangre para el diagnóstico de diabetes, con relación a los hombres. Esta práctica es menos frecuente entre las personas que viven en el área rural con relación a los habitantes de las ciudades.”

“La medición de los niveles de glucosa en sangre como procedimiento diagnóstico para la detección de la diabetes, parece ser en el país una práctica menos frecuente entre los individuos con más bajo nivel educativo en relación con los que han tenido más educación y parece ser menos frecuente también entre las personas que viven en zonas más deprimidas desde el punto de vista socio-económico”.

“La medición de los niveles de glucosa en sangre como procedimiento diagnóstico para la detección de la diabetes, tiene en el país mayor cobertura entre los mayores de 40 años en el régimen contributivo que entre los individuos no afiliados y los pertenecientes al régimen subsidiado.”

“ En Colombia la gran mayoría de las personas mayores de 18 años que tienen diabetes no saben que padecen dicha enfermedad. En este sentido es de gran importancia promover a nivel de POS; la medición de la glicemia en ayunas de acuerdo a la periodicidad que se recomienda según la edad”.

Por lo anterior; el hospital de día, cobra cada vez mayor fuerza su implantación, para que con capacidad científico técnica y racionalidad lógica administrativa podamos dar soluciones pragmáticas al panorama que arrojan dichos resultados.

BIBLIOGRAFIA.

ALBARRACIN, Álvarez J.J. Hospital Universitario La Fe. Generalitat de Valencia. España, 2001.

ASOCIACIÓN EUROPEA PARA EL ESTUDIO DE LA DIABETES. Desg teaching Letters. Italia, 2001.

Cruz, Guerrero y Alzate. 2000, La salud Como empresa social, Cali Univalle.
FEDERACIÓN DIABETOLÓGICA COLOMBIANA. Guía de Atención de la Diabetes tipo 1. Diario Oficial. 2000.

Formatos de Evaluación diagnóstica del sistema de calidad en salud.- Superintendencia Nacional de salud.- Santa fe de Bogotá. 1997.

FORTICH, Fernán. Estilos Gerenciales en las IPS's. Grafiartes Impresores. 2002.

FORTICH, Fernán; PALENCIA, Eugenio. Control e indicadores de gestión para el desarrollo empresarial. Printed del Huila. Neiva, 2001.

FORTICH, Fernan; PALENCIA, Eugenio. Perspectiva Económica de Neiva, desde la cultura económica del neivano. USCO Facultad de Educación. Neiva, 2001.

GOBERNACIÓN DEL HUILA . Anuario estadístico del Huila. Neiva, 1994.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE. Generalitat de Valencia. España, 2001.

http://www.hospitalalassia.com./especialidades/hospedía/hospi – día 0. htm.

JOURNAL ARTICLE. Where the education medico sanitary and dietary hygiéno Tunisia. En: La Tunisie médicale. No. 78 (2000).

LEY 100 de 1993 y decretos reglamentarios.

LONDOÑO, Juan Luis; FRENK, Julio. Pluralismo estructurado: hacia un modelo Innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina, BID, oficina del economista Jefe, documento de trabajo.

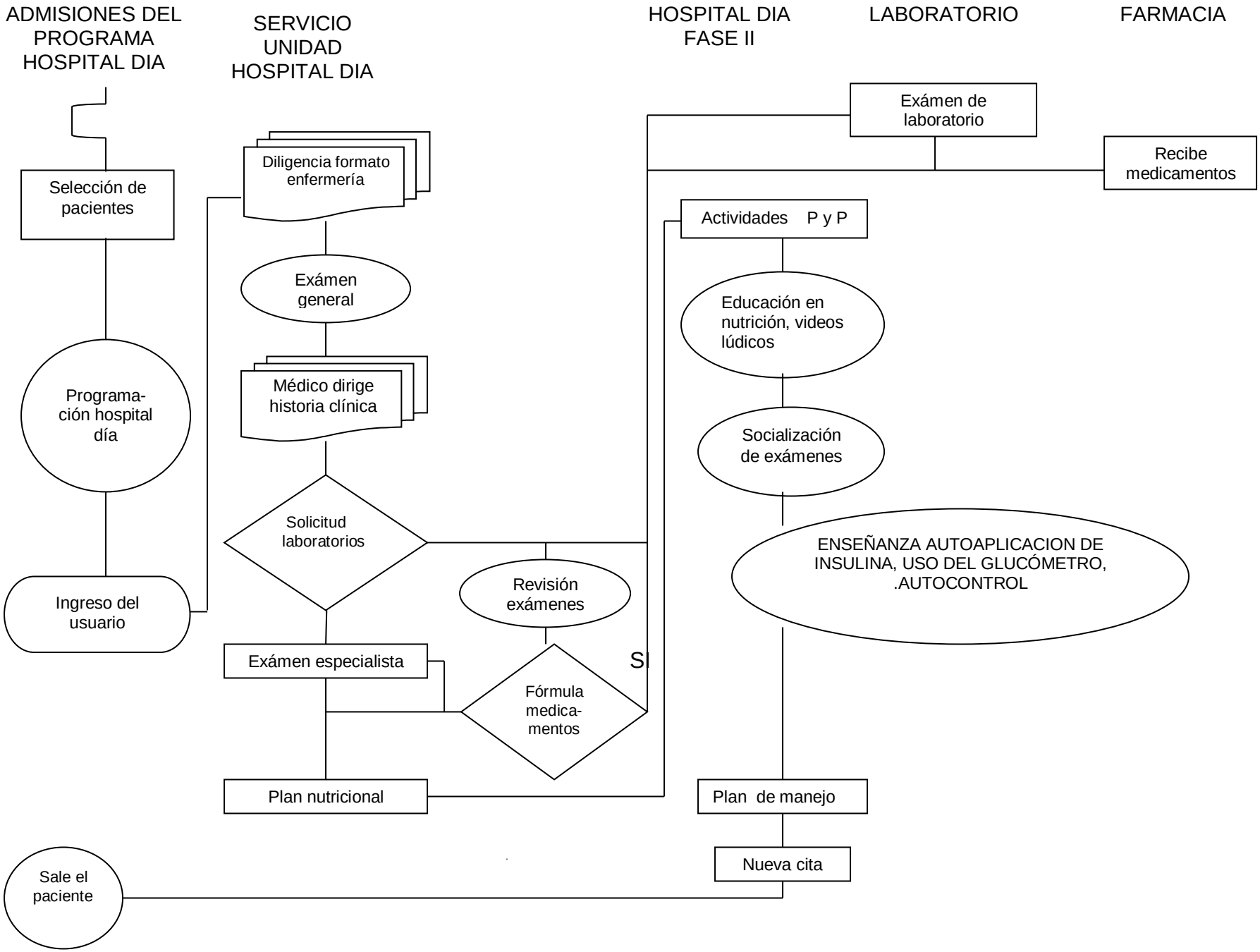
MINISTERIO DE SALUD – CNC Estudio Nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas; Tomo IV Prevalencia de diabetes mellitus y de glucosa alterada en ayunas. 1999.

MINISTERIO DE SALUD. Guías de Acreditación Hospitalaria (componente de Facturación y Costos).- 1997.

MINISTERIO DE SALUD. Programas de mejoramiento de los servicios de salud- Re – Crear,. Santafé de Bogotá, 1998.

MINISTERIO DE SALUD. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad- Decreto 2309/02 .- X

Plan de Desarrollo Municipal de Neiva. 2000 –2003.

UNIVERSIDAD NACIONAL. Documento Seminario Auditoría Entidades de Salud. Bogotá, 1998.

FLUJOGRAMA DE PROCESO HOSPITAL DIA