

**DISEÑO DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN QUE IDENTIFIQUE Y  
CATEGORICE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA POBLACIÓN USUARIA DE LAS  
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, PARA EL APOYO DE  
PROCESOS DE INTERVENCIÓN QUE IMPACTEN EN LA CARGA DE LA  
ENFERMEDAD POR PATOLOGÍAS CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

**INTEGRANTES**

**CLAUDIA MILENA CANTOR JOVEN**

**TOMÁS AUGUSTO ODUBER RODRIGUEZ**

**JEISON JAVIER SALAMANCA RINCÓN**

**MARIA PAOLA VARGAS TAVERA**

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA**

**ESCUELA DE POSTGRADOS**

**ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

**BOGOTÁ FEBRERO**

**2017**

**DISEÑO DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN QUE IDENTIFIQUE Y CATEGORICE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA POBLACIÓN USUARIA DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, PARA EL APOYO DE PROCESOS DE INTERVENCIÓN QUE IMPACTEN EN LA CARGA DE LA ENFERMEDAD POR PATOLOGÍAS CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

**INTEGRANTES**

**CLAUDIA MILENA CANTOR JOVEN  
TOMÁS AUGUSTO ODUBER RODRIGUEZ  
JEISON JAVIER SALAMANCA RINCÓN  
MARIA PAOLA VARGAS TAVERA**

**Trabajo de grado para optar al título de  
Especialista en Gerencia en Servicios de Salud**

**Tutor Temático**

**Dr. Walter Puerto Gómez**

---

**Director de la Especialización**

**Dr. Héctor Gómez Triviño**

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA**

**ESCUELA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD  
BOGOTÁ FEBRERO**

**2017**

## **SIGLAS**

**APB:** Administradora de Planes de Beneficios

**ARS:** Aseguradora de Régimen Subsidiado

**AVPP:** Años de Vida Potencialmente Perdidos

**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística

**EPS:** Entidades Promotoras de la Salud

**GIRS:** Gestión Integral del Riesgo en Salud

**ICONTEC:** Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación

**MIAS:** Modelo Integral de Atención en Salud

**NTC:** Norma Técnica Colombiana

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PAIS:** Política de Atención Integral en Salud

**RIAS:** Rutas Integrales de Atención en Salud

**SGSS:** Sistema General de Servicios de Salud

## GLOSARIO

- **CARGA DE ENFERMEDAD** Medida de las pérdidas de salud, que para una población representan tanto las consecuencias mortales como no mortales de las diferentes enfermedades o lesiones y también las atribuibles a distintos factores de riesgo.
- **GERENCIAR:** Administrar algo. (Real Academia de la Lengua Española).
- **GERENCIA DE RIESGOS:** La gestión de riesgos es un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza, a través de una secuencia de actividades humanas que incluyen evaluación de riesgo, estrategias de desarrollo para manejarlo y mitigación del riesgo utilizando recursos gerenciales.
- **GERENCIAMIENTO DE RIESGO DE POBLACIONES:** Es un proceso de transformación estratégica orientado a disminuir el avance de la enfermedad, complicaciones, discapacidad, mortalidad evitable de los pacientes con enfermedad de alto riesgo, a través de acciones individuales y grupales según las necesidades del paciente, asegurando la optimización de los recursos para los resultados esperados en salud y en costos. El gerenciamiento de riesgo de poblaciones tiene dos enfoques: el gerenciamiento de riesgo colectivo y gerenciamiento de riesgo individual.
- **GERENCIAMIENTO DE RIESGO COLECTIVO:** Corresponde a la gestión clínico-administrativa vista desde la perspectiva del riesgo macro de la población gerenciada en la IPS de gerenciamiento de la enfermedad de alto riesgo, por ello mismo, de competencia del DIRECTOR DE LA UNIDAD.

- **GERENCIAMIENTO DE RIESGO INDIVIDUAL:** Corresponde a la práctica clínica del equipo de salud asistencial con liderazgo del médico especialista de cada programa, en procura de lograr la mayor eficiencia y eficacia de sus actividades como gestor o administrador de los riesgos individuales de los pacientes.
- **GESTIÓN DE RIESGOS:** Es el proceso por el que las organizaciones tratan los riesgos relacionados con sus actividades, con el fin de obtener un beneficio sostenido en cada una de ellas y en el conjunto de todas las actividades. Una gestión de riesgos eficaz se centra en la identificación y tratamiento de estos riesgos. FERMA. (2003).
- **GESTIÓN DE RIESGO EN SALUD:** puede entenderse como el proceso de identificar la vulnerabilidad de las poblaciones ante una amenaza, luego analizar las posibles consecuencias derivadas del impacto de la amenaza sobre esa población, delimitar la incertidumbre relativa a la ocurrencia del evento crítico que se desea evitar y mecanismos para reducir la amenaza, la vulnerabilidad y para afrontar el evento crítico si llegara a ocurrir. (Gómez Rivadeneira 2014 Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación)

La gestión del riesgo en salud se puede comprender como el proceso de afrontar la incertidumbre sobre la situación de salud de una población o de una persona que busca reducir o mantener la ocurrencia de enfermedades en niveles aceptables combinando simultáneamente:

Medidas preventivas enfocadas a anticiparse modificando factores de riesgo y protectores que sean modificables para evitar que ocurra la enfermedad y

Medidas mitigadoras que modifican los efectos de la enfermedad evitando complicaciones (secuelas, discapacidad, incapacidad y muerte) costos para el SGSSS,

el paciente y su familia; posibles eventos adversos derivados de la atención médica, afectación de la imagen pública y posibles sanciones legales.

- **GESTIONAR:** Ocuparse de la administración, organización y funcionamiento de una empresa, actividad económica u organismo. (Real Academia de la Lengua Española).
- **RIESGO:** El riesgo se puede definir como la combinación de la probabilidad de un suceso y sus consecuencias. (ISO 31000). FERMA. (2003). ESTÁNDARES DE GERENCIA DE RIESGOS.

En términos de la OMS riesgo se define como la probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad (OMS 2002)

El riesgo se conceptúa como el efecto de la incertidumbre sobre los objetivos. Un efecto es una desviación de aquello que se espera, sea positivo, negativo o ambos. (ISO 31000).

- **RIESGO EN SALUD:** Es la posibilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución desfavorable y sus causas son los diferentes factores asociados. (El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, Resolución 1841 de 2013, p. 51]).

**TABLA DE CONTENIDO**

1	INTRODUCCIÓN.....	7
2	PROPÓSITO: .....	8
3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
4	JUSTIFICACIÓN.....	14
5	OBJETIVO GENERAL .....	17
5.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
6	ANTECEDENTES NORMATIVOS .....	17
7	MARCO TEÓRICO .....	22
7.1	Enfoque de los riesgos para la salud .....	24
7.1.1	Transición Demográfica .....	24
7.1.2	Transición de los Riesgos.....	26
7.1.3	Priorización del enfoque de gestión de riesgos .....	27
7.1.4	¿A quién corresponde la tarea para la prevención de riesgos?.....	30
8	MARCO LEGAL COLOMBIANO .....	31

8.1	Historia Clínica .....	38
8.2	El registro de los datos .....	40
9	DESCRIPCIÓN ETAPAS Y FASES DE IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA .....	40
9.1	Planeación .....	40
9.2	Preparación.....	41
9.3	Desarrollo .....	41
9.4	Tabulación.....	41
9.5	Análisis.....	42
9.6	Informe .....	42
10	MODELO DE APLICABILIDAD DE HERRAMIENTA.....	43
10.1	Momento 1. Ingreso y Valoración Inicial.....	43
10.2	Momento 2. Estimación del riesgo, meta y caracterización .....	44
10.3	Momento 3. Seguimiento .....	45
11	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
12	ANEXOS .....	50



## 1 INTRODUCCIÓN

Dentro del histórico de la salud en Colombia, la Ley 100 de 1993 estaba orientada hacia la promoción y la prevención de las enfermedades, por ello a las aseguradoras las denominó Entidades Promotoras de la Salud (EPS). Sin embargo, hace aproximadamente 20 años no existía el significado actual de la gestión integral del riesgo, se hablaba del concepto de prevención, el cual podría ser primario, secundario o finalmente terciario, siendo estos dos últimos los de mayor enfoque aún en la actualidad.

De manera reciente se vienen implementando en el mundo los conceptos de atención con enfoque gerencial y el de gestión del riesgo de la enfermedad. Colombia, desde la Ley 1438 de 2011 viene evolucionando hacia la adopción de modelos de gestión integral del riesgo. El gobierno y sus entidades gestoras en salud han trabajado en la caracterización de las poblaciones y la identificación de grupos de pacientes con determinadas enfermedades. Teniendo en cuenta los múltiples factores e influencias internas y externas, se recomienda que las organizaciones en salud tengan la tarea de identificar y analizar criterios del riesgo. La definición de riesgo depende de un sinnúmero de factores, que dependiendo de matices particulares se puede ver desde múltiples campos de aplicación. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea el concepto de riesgo en salud desde los factores, como esa particularidad o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

La Ley Estatutaria de 2015 presenta un marco normativo para aterrizar la gestión integral, resaltando la salud más que la enfermedad y eso es lo que recoge la Política de Atención Integral en Salud. Las EPS actualmente vienen adoptando modelos de gestión integral del riesgo para

cohortes de pacientes ya sean crónicos, como de alto costo, así como para pacientes críticos, en donde se identifica y segmenta la población a un riesgo específico, inscribiéndolos en grupos de atención especial, caracterizados por la atención integral, la continuidad y por el seguimiento mediante algoritmos con guías clínicas y pautas específicas de control. Sin embargo, es importante recordar que la gestión integral del riesgo se puede aplicar a todas las organizaciones en sus múltiples áreas, en cualquier tiempo, inclusive a una actividad específica.

La gestión de riesgo debe entenderse más allá de la limitante de la atención de las personas que padecen una enfermedad o una condición; por el contrario, debe abarcar a toda la población, incluyendo a los sanos, para evitar que adquieran las patologías consideradas como de interés prioritario, entre otras. Este enfoque a lo que en definitiva lleva es a múltiples ventajas entre las que están, mayor probabilidad de lograr objetivos tanto para la organización como para la salud, la necesidad de analizar, identificar y manejar los riesgos, mejorar los controles y seguimientos, por esto se deben contemplar y desarrollar instrumentos que permitan optimizar las labores y espacios encaminados a la identificación y gestión del riesgo entre las que están el diseño y la utilización de herramientas que faciliten la tarea a quienes tienen en sus manos la puesta en marcha de esta

## **2 PROPÓSITO:**

El propósito del presente trabajo de grado es el de considerar los conceptos concernientes a la gestión de riesgo aplicado al sector salud y su posicionamiento en el contexto del sistema general de salud colombiano, su papel a nivel de la política nacional, los antecedentes y actualidad del mismo en la legislación colombiana y a su vez el diseño de una herramienta donde se integren a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Colombiano(SGSSS) como parte importante en la obtención , clasificación de riesgo individual y colectivo a través de la detección de riesgos en la población.

### **3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La política de Atención Integral en Salud (MIAS) busca generar mayores condiciones de salud por medio de la regulación de la participación sectorial e intersectorial, sustentado en lo dispuesto por la normatividad previa comprendida desde la ley 100, incluyendo la ley 1438 de 2011 donde su principal objetivo es fortalecer la Atención Primaria en Salud, el Plan decenal de Salud Pública, e inclusive, la Ley estatutaria 1751 de 2015, que luego de un gran debate y mesas de trabajo, consagra por fin, la salud como un derecho fundamental. Sin embargo, no se han podido resolver los graves problemas por los que atraviesa el sector, los cuales han sido reconocidos por el propio estado dentro de los cuales resalta: fragmentación, desintegración de la atención; alta carga de enfermedad; falta de gerencia del riesgo en salud; lo que ha conllevado a aumentar la inequidad y un modelo de prestación de servicios de salud “hospitalocéntrico” (primera atención en hospitales) deshumanizado; descontextualizado y sin prevalencia de derechos.

Sumado a todas estas falencias es importante reconocer que actualmente el riesgo se enfoca en la enfermedad y su entorno, y lo que se propone desde la salud, es la detección de aquellos factores de riesgo que me pueden alertar sobre la presentación de una enfermedad, más que la detección de factores de riesgo que me permiten determinar el empeoramiento de una patología. Teniendo en cuenta que estamos en periodo de transición en el cual está cambiando el perfil demográfico (menor natalidad y mayor longevidad), el perfil de morbilidad e identificación de riesgo, obliga a tener un modelo con un enfoque de atención diferente al

tradicionalmente empleado, por ende, nace la necesidad de un modelo que integre la caracterización y la gestión del riesgo. Por esto es necesario el diseño y la implementación de herramientas que consideren las diversas necesidades de una población o una organización específica, con objetivos, estructuras, procesos, y actividades particulares.

Según el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud publicado por el Ministerio de la Protección Social en el 2015, entre 2005 y 2012, la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio, y aunque han seguido una tendencia descendente en el tiempo, al pasar de 166,43 a 147,00 muertes por cada 100.000 habitantes, causaron el 29,80% (466.665) de las defunciones y el 16,01% (6.228.441) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP).

El grupo de las demás causas que se consolida como una agrupación de diagnósticos residuales, conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus, las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado, entre otras, produjo el 24,20% (378.960) de las muertes y el 20,37% (7.925.017) del total de AVPP.

En tercer lugar, las neoplasias aportaron un 17,59% (275.419) de las muertes y el 14,27% (5.554.785) de los AVPP. Las causas externas constituyen la cuarta causa de muerte, con un 17,08% (267.450) del total de la mortalidad en el periodo.

Actualmente Colombia se encuentra en una fase intermedia del proceso de transición en salud; el país experimenta un proceso de envejecimiento acelerado, habiéndose triplicado el

número de personas mayores de 65 años en los últimos 40 años e incrementado la expectativa de vida al nacer a 74 años.

Esta transición en salud que se menciona es quien define la forma de enfermar y morir de la población, por esto se deben valorar fenómenos de cambio generando un criterio para su mejor entendimiento, ya que generan varios aspectos entre los que están; la transición demográfica, que se visualiza en el envejecimiento de la población; la transición de riesgos que señala exposiciones a distintos factores que modulan la salud; la transición tecnológica, cuyos avances apoyan los cambios en el contorno de salud colectiva, y la transición epidemiológica, que expresa cómo en una comunidad y las diferencias en los perfiles de salud están establecidos por contextos sociales, económicos y demográficos. Este tipo de especificaciones en la población generan demandas en el sistema de salud.

El perfil de morbilidad y mortalidad se caracteriza por un predominio de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles que son desde hace ya varios años las principales causas de morbilidad y mortalidad: los cánceres, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades metabólicas y las enfermedades neurodegenerativas aparecen en los primeros lugares a nivel nacional en los estudios de carga de enfermedad de 1995 y 2005. Para las mujeres se evidencia que estas en el tiempo han ido desplazando a patologías como el cáncer de cuello uterino.

*Tabla 1 Diez primeras causas de carga de enfermedad en mujeres de 15 y más años (años perdidos por muerte prematura -AVISA de mortalidad x 1.000-). Colombia 1995*

<b>Primeras diez causas 15-44 AÑOS</b>		<b>Primeras diez causas 45-59 AÑOS</b>		<b>Primeras diez causas 60 y + AÑOS</b>	
Agresiones	5,39	Cardiopatía isquémica	17,21	Cardiopatía isquémica	57,10
Cardiopatía isquémica	2,16	Cáncer cérvico-uterino	7,99	Enf. pulmonar obstructiva crónica	15,91
Anemia por deficiencia de hierro	0,16	Enfermedad cerebrovascular	11,99	Enfermedad cerebrovascular	32,52
Cáncer cérvico-uterino	2,05	Cáncer de mama	5,96	Enfermedades hipertensivas	14,49
Enfermedad cerebrovascular	2,61	Enfermedades hipertensivas	3,48	Diabetes mellitus	13,45
Sepsis puerperal	0,65	Diabetes mellitus	6,08	Infec. de vías respiratorias inferiores	6,76
Enfermedades hipertensivas	0,56	Enf. pulmonar obstructiva crónica	3,12	Cáncer cérvico-uterino	7,62
Accidentes de tránsito	2,74	Artritis reumatoide	0,32	Cáncer de estómago	9,79
Artritis reumatoide	0,04	Cáncer de estómago	4,22	Nefritis y nefrosis	3,93
Nefritis y nefrosis	0,98	Anemia por deficiencia de hierro	0,34	Cáncer de mama	4,53

*Fuente: República de Colombia. Ministerio de Salud. Mortalidad y Años de Vida Ajustados por Discapacidad como medidas de la Carga de Enfermedad. Colombia 1985-1995. Bogotá, agosto 1999.*

*Tabla 2 Diez primeras causas de carga de enfermedad en mujeres de 15 y más años (años perdidos por muerte prematura -AVISA de mortalidad x 1.000-). Colombia 2005.*

<b>Primeras diez causas</b>	<b>15-44</b>	<b>Primeras diez causas</b>	<b>45-59</b>	<b>Primeras diez causas</b>	<b>60 y +</b>
Agresiones	4,49	Cardiopatía isquémica	7,94	Cardiopatía isquémica	30,16
Accidentes de tránsito	1,85	Enfermedad cerebrovascular	5,89	Enfermedad cerebrovascular	16,01
Cáncer cérvico-uterino	1,58	Cáncer de mama	4,83	Enf. pulmonar obstructiva crónica	10,29
Suicidios	1,33	Cáncer cérvico-uterino	4,49	Diabetes Mellitus	8,88
Enfermedad cerebrovascular	1,26	Diabetes Mellitus	3,69	Enfermedades hipertensivas	7,61
Cardiopatía isquémica	1,23	Cáncer de estómago	2,09	Infec. de vías respiratorias inferiores	5,93
VIH-SIDA	1,17	Otras enfermedades del sistema circulatorio	2,02	Cáncer de estómago	3,71
Cáncer de mama	0,96	Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón	1,76	Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón	3,05
Leucemia	0,74	Cáncer de colon y recto	1,51	Cáncer de mama	2,46
Infec. de vías respiratorias inferiores	0,69	Cáncer de ovario	1,49	Cáncer cérvico-uterino	2,38

*Fuente: Pontificia Universidad Javeriana. CENDEX. Rodríguez J., Peñaloza R., Acosta N., CARGA DE ENFERMEDAD COLOMBIA 2005: RESULTADOS ALCANZADOS. Documento Técnico ASS/1502-08. Bogotá, octubre de 2008*

En hombres de igual forma, las enfermedades crónicas no transmisibles han mantenido su prevalencia en los estudios de carga de enfermedad a través del tiempo.

*Tabla 3 Diez primeras causas de carga de enfermedad en hombres de 15 y más años (años perdidos por muerte prematura -AVISA de mortalidad x 1.000-). Colombia 1995.*

<b>Primeras diez causas 15-44 AÑOS</b>		<b>Primeras diez causas 45-59 AÑOS</b>		<b>Primeras diez causas 60 y + AÑOS</b>	
Agresiones	68,59	Cardiopatía isquémica	27,25	Cardiopatía isquémica	73,19
Accidentes de tránsito	11,58	Agresiones	18,83	Enf. pulmonar obstructiva crónica	23,02
Cardiopatía isquémica	4,45	Enfermedad cerebrovascular	11,31	Enfermedad cerebrovascular	32,20
Ahogamiento y sumersión accidental	4,08	Transtornos mentales /comportamiento por uso de alcohol	0,08	Cáncer de estómago	14,13
VIH-SIDA	3,26	Enfermedades hipertensivas	4,11	Enfermedades hipertensivas	6,95
Caídas	3,00	Cirrosis hepática	4,28	Infección de vías respiratorias inferiores	6,50
Enfermedades hipertensivas	0,75	Cáncer de estómago	6,74	Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón	10,19
Enfermedad cerebrovascular	2,82	Artritis reumatoide	0,06	Cáncer de próstata	9,86
Suicidios	2,43	Enf. pulmonar obstructiva crónica	3,11	Diabetes mellitus	8,71
Nefritis y nefrosis	1,52	Accidentes de tránsito	5,35	Cirrosis hepática	4,28

*Fuente: República de Colombia. Ministerio de Salud. Mortalidad y Años de Vida Ajustados por Discapacidad como medidas de la Carga de Enfermedad. Colombia 1985-1995. Bogotá, agosto 1999.*

*Tabla 4 Diez primeras causas de carga de enfermedad en mujeres de 15 y más años (años perdidos por muerte prematura -AVISA de mortalidad x 1.000-). Colombia 2005*

<b>Primeras diez causas</b>	<b>15- 44</b>	<b>Primeras diez causas</b>	<b>45- 59</b>	<b>Primeras diez causas</b>	<b>60 y +</b>
Agresiones	53,06	Cardiopatía isquémica	16,67	Cardiopatía isquémica	36,63
Accidentes de tránsito	9,13	Agresiones	15,62	Enfermedad cerebrovascular	13,90
VIH-SIDA	4,38	Enfermedad cerebrovascular	6,13	Enf. pulmonar obstructiva crónica	13,57
Suicidios	4,04	Accidentes de tránsito	5,18	Diabetes Mellitus	6,67
Cardiopatía isquémica	2,49	Cáncer de estómago	4,47	Enfermedades hipertensivas	6,57
Ahogamiento y sumersión accidental	1,52	Diabetes Mellitus	3,69	Cáncer de próstata	6,27
Enfermedad cerebrovascular	1,25	Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón	3,01	Infección de vías respiratorias inferiores	5,71
Caídas	1,07	VIH-SIDA	2,72	Cáncer de estómago	5,52
Leucemia	0,93	Cirrosis hepática	2,54	Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón	5,00

Infección de vías respiratorias inferiores	0,90	Enf. pulmonar obstructiva crónica	2,25	Nefritis y nefrosis	3,12
--	------	-----------------------------------	------	---------------------	------

*Fuente: Pontificia Universidad Javeriana. CENDEX. Rodríguez J., Peñalosa R., Acosta N., CARGA DE ENFERMEDAD COLOMBIA 2005: RESULTADOS ALCANZADOS. Documento Técnico ASS/1502-08. Bogotá, octubre de 2008*

A pesar de estas estadísticas se continúa trabajando en la enfermedad y no en la salud, en el manejo de las complicaciones de estas patologías y no en la prevención de las mismas, subestimando el reconocimiento de factores de riesgo que no necesariamente deben ser identificados en pacientes con patologías, no abordando dentro de este grupo a la población sana, quienes figuran como determinantes en este tipo de estrategia como es la gestión integral del riesgo.

#### **4 JUSTIFICACIÓN**

De acuerdo a los datos mencionados, se hace necesario contextualizar de manera global por las Administradoras de planes de beneficios, que la administración del riesgo de las poblaciones se pueda identificar, implementar y mantener a través de herramientas que contemplen la gestión integral y particular de acuerdo a necesidades específicas y reproducibles propuesto por los entes reguladores como elemento estratégico, que no solo permita manejar los recursos económicos con eficiencia , si no que logre el mejor nivel de salud fortaleciendo la satisfacción del usuario , permitiendo realizar una detección temprana de factores de riesgo que generen predisposición a una patología específica.



El SGSS en Colombia consume gran parte de los recursos en el financiamiento de la curación y rehabilitación soportada en el uso de tecnología de alto costo disminuyendo la inversión en los estilos de vida y el medio ambiente.

Esta situación conlleva a un círculo vicioso negativo de alta prevalencia de factores de riesgo, débiles condiciones sociales, económicas y de ausencia de redes de apoyo, deficientes condiciones del ambiente físico y social de las personas que perpetúan la presencia de la enfermedad o el empeoramiento de las condiciones de salud de los afiliados.

Los factores prevenibles vinculados con la morbilidad y mortalidad son los pilares para conocer el accionar de la salud tanto individual como colectiva ya que permiten el diseño de competencias para el diagnóstico temprano de algunas enfermedades de interés poblacional. Los descensos de las tasas de mortalidad por patologías cardiovasculares interaccionan a nivel multifactorial, sin embargo, modificaciones en prácticas de estilo de vida saludable, se consideran fundamentales de impacto en estas variables. Teniendo en cuenta la incidencia y prevalencia de las patologías cardiovasculares se pueden tener estrategias de comportamiento aplicadas para posponer el inicio o diagnóstico de la enfermedad; dichas estrategias relacionadas con la conducta del ser humano requieren para su implementación una detección oportuna o un conocimiento individual de los factores de riesgo que permiten determinar el empeoramiento de una patología o mejor la identificación de un factor clave para determinada patología.

Enfocar el sistema de salud colombiano desde la estrategia de la gestión de riesgos se ajusta a la premisa mundial de que la identificación y prevención de los riesgos para la salud es un procedimiento de carácter político y deberá adoptar medidas en los cuatro componentes principales de la estrategia: evaluación, gestión, comunicación y vigilancia.

La adecuada ejecución de dicha estrategia permitirá que los objetivos de la misma se cumplan y que el sistema, que está enfocado en el paciente como eje central, potencialice los resultados en salud y optimización de recursos. Haciendo alusión a lo esperado en las organizaciones que adopten la estrategia y contemplados en la Norma Técnica Colombiana (NTC) 31000 se esperaría que para el sistema ocurra:

- Aumento de la probabilidad de alcanzar los objetivos
- Fomento de la gestión proactiva
- Conciencia de la necesidad de identificar y tratar los riesgos
- Cumplimiento de las normas legales (contempladas en Plan Decenal, Política de Atención Integral en Salud y Plan de Desarrollo) y los requerimientos internacionales
- Mejorar el gobierno
- Mejorar confianza y honestidad de los actores del sistema de salud colombiano
- Establecer una base para toma de decisiones y planificación
- Mejorar los controles
- Mejorar el uso eficaz de los recursos del sistema
- Mejorar el desempeño del Sistema
- Mejorar la prevención de pérdidas y gestión de incidentes
- Mejorar el aprendizaje organizacional y porque no convertirse en un referente

Para hacer una adecuada gestión del riesgo en salud se necesita tener información detallada de aspectos de salud-enfermedad, psicosociales, demográficos e incluso los relacionados con autopercepción de la salud y del riesgo que permitan a los actores del sistema

integrar, escalonar o adoptar las acciones necesarias para alcanzar los resultados y metas propuestos.

Por esta razón se hace necesario diseñar una herramienta que permita optimizar la obtención de datos, la clasificación adecuada del riesgo desde diferentes enfoques y que cumpla con los preceptos legales de ser multidisciplinario e integre los diferentes estamentos que condicionan los determinantes en salud y de esta manera hacer una adecuada gestión del riesgo.

## **5 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar un instrumento que identifique y categorice factores de riesgo en salud de la población usuaria.

### **5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Diseñar una herramienta que contemple gestión del riesgo en salud.
- Identificar factores de riesgo en salud en la población, a través de la utilización de la herramienta.
- Caracterizar a través de la herramienta a la población según el riesgo identificado.

## **6 ANTECEDENTES NORMATIVOS**

La gestión de riesgos en salud en Colombia tiene unos antecedentes normativos que denotan la evolución del concepto y la progresión de su aplicación, así como la relevancia que a través del tiempo ha ganado hasta ocupar el día de hoy la atención y concentrar los esfuerzos del enfoque del sistema de salud colombiano. A través de un normograma se muestran los elementos

legislativos que enmarcan esta estrategia en lo referente a salud. Los conceptos en estas normas desarrollados se ampliarán más adelante en este trabajo

<b>NORMA</b>	<b>AÑO</b>	<b>ORIGEN</b>	<b>TITULO</b>
Constitución Política	<b>1991</b>	Asamblea Nacional Constituyente	
Decreto 1295	<b>1994</b>	Ministerio de Hacienda y Crédito Público/ Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales
Decreto 1485	<b>1994</b>	Ministerio de Salud	Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.
Decreto 723	<b>1997</b>	Presidencia de la república	Por el cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.
Acuerdo 117	<b>1998</b>	Consejo nacional de seguridad social en salud	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.
Decreto 093	<b>1998</b>	Presidencia de la república	Por el cual se adopta el Plan Nacional para la Prevención y Atención de Desastres
Resolución 412	<b>2000</b>	Ministerio de Salud	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 3384	<b>2000</b>	Ministerio de Salud	Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000
Decreto 1537	<b>2001</b>	Departamento Administrativo de la Función Pública	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado
Informe mundial OMS	<b>2002</b>	Organización mundial de la salud	INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO: Reducir los riesgos

			y promover una vida sana
Ley 789	<b>2002</b>	Congreso de Colombia	Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.
Decreto 4110 y NTC 5254	<b>2004</b>	Presidencia de la República	Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.
Decreto 1599	<b>2005</b>	Presidencia de la República	Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.
Ley 1122	<b>2007</b>	Congreso de Colombia	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 574	<b>2007</b>	Presidencia de la República	Por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas
Decreto 1698	<b>2007</b>	Presidencia de la República	Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007
Decreto 3039	<b>2007</b>	Presidencia de la República	Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

Resolución 1740	<b>2008</b>	Ministerio de la Salud y Protección Social	Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas previstas en el Sistema de Habilitación – Condiciones financieras y de suficiencia patrimonial, se definen las fases para su implementación y se dictan otras disposiciones
NTC 31000 y GTC 137	<b>2011</b>	ICONTEC	GESTIÓN DEL RIESGO. PRINCIPIOS Y DIRECTRICES
Ley 1438	<b>2011</b>	Congreso de Colombia	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Resolución 1861	<b>2013</b>	Ministerio de la Salud y Protección Social	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021
LEY ESTATUTARIA 1751	<b>2015</b>	Congreso de la república	POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
LEY 1753 DE 2015 (PROYECTO DE LEY 138/2015)-	<b>2015</b>	Congreso de la república	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”

RESOLUCIÓN 518	<b>2015</b>	Ministerio de la Salud y Protección Social	Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC
RESOLUCIÓN 429	<b>2016</b>	Ministerio de la Salud y Protección Social	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud

*Fuente: NORMOGRAMA DE AUTORÍA PROPIA \**

## 7 MARCO TEÓRICO

En todos los tipos de empresa, ámbitos laborales e incluso en lo personal, existe un potencial de sucesos y sus consecuencias, que constituyen oportunidades para conseguir beneficios (lado positivo) o amenazas para el éxito (lado negativo). La concepción y estructuración de esta premisa ha llevado a desarrollar los conceptos de la gestión y el gerenciamiento del riesgo, los cuales ha sido más explorados y aplicados en ámbitos como el financiero, atención de desastres, riesgos profesionales y aseguramiento y desde hace algunos



años el estado colombiano estableció que todas las entidades públicas debían contar con políticas y sistemas para administrar riesgos mediante el Decreto 1537 de 2001.

Para el sector salud este concepto adquirió protagonismo mucho después que, en los sectores anteriormente mencionados, pero se ha constituido en el foco de atención de los planes y programas de salud a nivel mundial, generando interés en la construcción de modelos e iniciativas, así como expectativas en los resultados que se puedan obtener con la aplicación de los mismos. Sin embargo, se debe entender que aunque el concepto es relativamente nuevo, casi todos los grandes adelantos de la salud pública trajeron como consecuencia la reducción o la supresión de los riesgos, como por ejemplo las medidas de saneamiento básico que impactaron en la reducción de las enfermedades transmitidas por microorganismos causantes de enfermedades diarreicas y respiratorias, los programas de vacunación masiva han reducido la amenaza que representan enfermedades infecciosas; medidas ampliamente aplicadas en el territorio colombiano.

Para Colombia dicho enfoque ha tenido un desarrollo escalonado que ha estado soportado por la legislación y que ha pretendido involucrar a todos los actores del sistema de salud y más que eso en sus planteamientos, ha concebido una participación intersectorial para impactar en los determinantes de la salud.

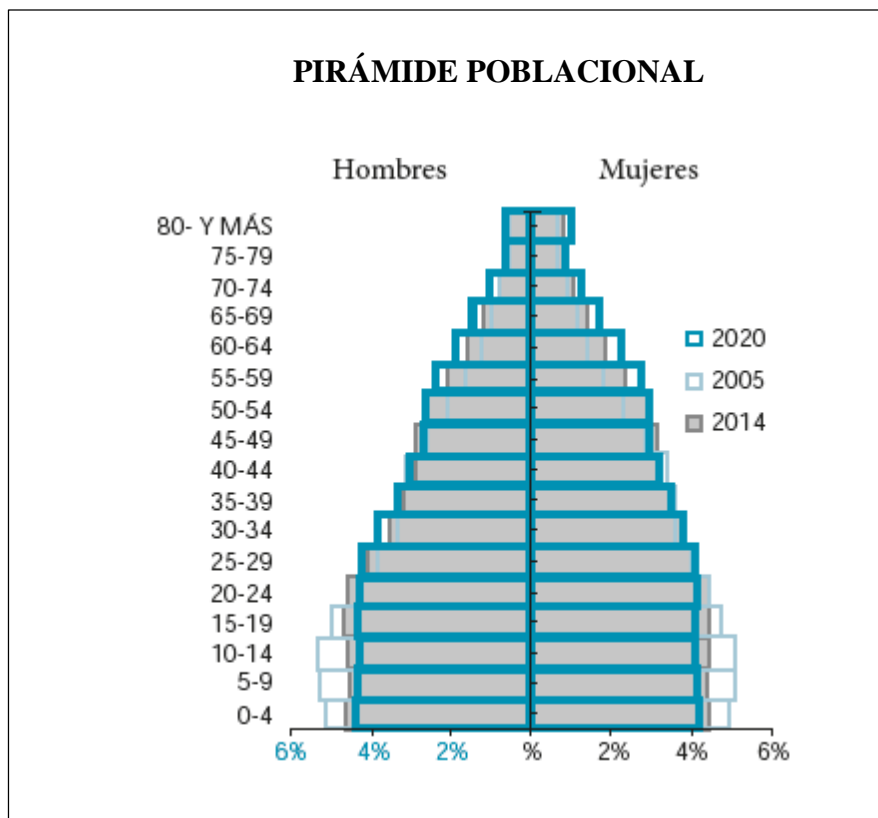
Desarrollemos pues los conceptos y enfoques que son pertinentes a la gestión de riesgos y la evolución normativa en el marco legal colombiano.

## **7.1 Enfoque de los riesgos para la salud**

### **7.1.1 Transición Demográfica**

Alrededor del mundo y no siendo ajenos a este fenómeno en los países de América Latina y por supuesto en Colombia, se están experimentando cambios en las estructuras poblacionales por edad, con una reducción en la población infantil y un aumento en la población de personas mayores.

La pirámide poblacional de Colombia es regresiva, e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad, con un estrechamiento en su base para el año 2014, comparado con el año 2005; los grupos de edad en los que hay mayor cantidad de población son los intermedios, y a medida que avanza la edad se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en la mortalidad.



*Gráfico 1 Pirámide Poblacional*

**Fuente:**

Según datos del DANE la esperanza de vida al nacer cambió de 64,23 años en mujeres y de 71,69 años en hombres con una media de 67,87 años entre 1985-1990, a 70,95 años en mujeres y de 77,10 años en hombres con una media de 73,95 años entre 2010 y 2015. Así mismo la tasa de mortalidad infantil se redujo de 41,40 por mil entre 1985-1990 a 19,10 años entre 2010 y 2015. La tasa de fertilidad pasó de 2,69 (infantes nacidos/mujer) en el 2000 a 2,07 en 2014. A pesar de que las tasas de fecundidad en Colombia han disminuido, en la población adolescente la fecundidad se ha incrementado, especialmente en el grupo de 15 a 19 años.

### **7.1.2 Transición de los Riesgos**

Al mismo tiempo que se da esta transición poblacional, los investigadores están observando cambios notables en las pautas de consumo, particularmente de alimentos, alcohol y tabaco, en todo el mundo. Esa evolución de las pautas reviste una importancia crucial para la salud del mundo y representa nada menos que una «transición de los riesgos» que está provocando un aumento alarmante de los factores de riesgo en los países de ingresos medianos y bajos, donde originan una doble carga al sumarse a las enfermedades infecciosas que aquejan aún a los países más pobres.

A medida que la globalización se extiende a sociedades de todo el mundo, la transición de los riesgos parece estar acelerándose. Hoy en día, más personas que en ninguna otra época están expuestas a productos y hábitos de vida importados o imitados de otros países que, a largo plazo, entrañan graves riesgos para su salud. En realidad, los denominados riesgos «occidentales» ya no existen como tales. Sólo hay riesgos mundiales, y riesgos a los que se enfrentan los países en desarrollo. Cada vez más, el tabaco, el alcohol y algunos alimentos elaborados son comercializados a escala mundial por empresas multinacionales, cuyos principales objetivos de expansión son los países de ingresos bajos y medianos. Los cambios en la elaboración y producción de alimentos y en las políticas agrícolas y comerciales han influido en la alimentación diaria de cientos de millones de personas. Al mismo tiempo, los cambios en los hábitos de vida y de trabajo han llevado a una disminución de la actividad física y el trabajo físico. La televisión y la computadora son dos razones evidentes de que la población pase muchas más horas al día sentada y relativamente inactiva que la generación anterior. El consumo

de tabaco, alcohol y alimentos elaborados o «rápidos» encaja con facilidad en ese tipo de vida. (INFORME OMS 2002)

### **7.1.3 Priorización del enfoque de gestión de riesgos**

Reducir los riesgos para la salud ha sido desde hace varios años la preocupación y fuente de las iniciativas e intervenciones de autoridades mundiales y locales y cada vez con mayor auge se escuchan voces que promueven la intervención de estos riesgos como medida básica y fundamental para obtener logros importantes en el estado de salud de la humanidad. En todos los lugares, las personas están expuestas a lo largo de su vida a una serie prácticamente ilimitada de riesgos para su salud, en forma de enfermedades transmisibles o no transmisibles, traumatismos, productos de consumo, actos violentos o catástrofes naturales (INFORME OMS 2002).

En materia de reducción de riesgos se han definido dos enfoques generales. El primero consiste en centrar la intervención en las personas que más probablemente o en mayor grado se beneficiarán de ella. El segundo consiste en tratar de reducir los riesgos en toda la población con independencia del grado de riesgo que corre cada individuo y de los beneficios que pudiera reportarle la intervención. En algunos casos pueden utilizarse ambos enfoques al mismo tiempo.

Centrarse en los individuos de alto riesgo puede reducir los costos a nivel de la población, pues la intervención se centra en menos personas, pero por otra parte ello tenderá a aumentar también el costo inherente a la tarea de identificar el grupo de personas que más probablemente se beneficiará de la intervención. Las medidas que se centren en las personas que más probablemente se beneficiarán sólo repercutirán de manera significativa en la salud del país

cuando su número sea considerable. Incluso diseñar las intervenciones pensando en las personas en que concurren varios de factores de riesgo puede resultar más eficaz que proporcionar tratamiento a la población atendiendo únicamente uno.

La otra alternativa es disminuir los factores de riesgo de toda la población. Esto brinda la posibilidad de mejorar la salud de la población mucho más que cualquier estrategia orientada a los individuos de alto riesgo, al tiempo que se reducen los costos asociados a la identificación de esos individuos. Sin embargo, el costo de la intervención destinada a toda la población sería en este caso más elevado que el de una intervención dirigida únicamente a los individuos. La estrategia más costo eficaz en un determinado contexto dependerá de la prevalencia de individuos de alto riesgo en la población y del costo que entrañaría identificarlos, en comparación con el costo de las estrategias disponibles para reducir los factores de riesgo de toda la población (INFORME OMS 2002).

De igual forma se cuentan con más datos de los costos y repercusiones acerca de las intervenciones individuales que de las poblacionales ya que estas últimas no se han aplicado o evaluado con frecuencia, pero el impacto global podría ser menor de las primeras que de las segundas.

En el Informe sobre la salud en el mundo 2002 de la OMS, sus conclusiones son sumamente interesantes. Parecen indicar que la reducción de esos riesgos podría dar lugar en todos los países a un aumento considerable de la esperanza de vida sana, de hasta diez años posiblemente en algunas poblaciones. Ello se obtendría haciendo mayor uso de las intervenciones y estrategias costos eficaces ya existentes para reducir riesgos en poblaciones enteras.

Concluye el informe que, entre los factores de riesgo seleccionados, los diez principales por la carga de morbilidad que originan en todo el mundo son: la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión arterial, el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el agua insalubre y la higiene y el saneamiento deficientes, la carencia de hierro, el humo de combustibles sólidos en espacios cerrados, el hipercolesterolemia y la obesidad.

En Colombia según el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud, 2015, la mortalidad ha tendido al descenso en el transcurso del tiempo y sus causas cambian conforme se produce la transición demográfica. Entre 2005 y 2012, la primera causa de muerte corresponde a las enfermedades del sistema circulatorio, seguida de las demás causas (crónicas, metabólicas, entre otras), y las neoplasias, esto coincide con el aumento de los índices de vejez y envejecimiento, y significa un reto para el sistema de salud en la prevención y limitación del daño de las enfermedades crónicas

La mortalidad materna, neonatal, infantil y en la niñez ha tendido al descenso, al alcanzar los valores más bajos del decenio; sin embargo, estas muertes son evitables y consideradas injustas.

Variables como la ubicación geográfica, la etnia, la pobreza y el porcentaje de analfabetismo han demostrado ser determinantes de estas muertes; por lo tanto, su intervención debe estar enfocada al mejoramiento de las condiciones sociales que generan brechas de desigualdad.

El análisis de la morbilidad atendida muestra resultados congruentes con los hallazgos en el análisis de mortalidad: alrededor del 50% de las atenciones se dan por enfermedades no

transmisibles, que aparecen como primera causa de atención a partir de la adolescencia en todos los ciclos vitales y en todos los departamentos del país. Cobra relevancia la prevención de la cronicidad con el fomento de la dieta sana, la actividad física constante y el abandono de hábitos como el consumo de tabaco y de alcohol, entre otros.

#### **7.1.4 ¿A quién corresponde la tarea para la prevención de riesgos?**

El reto y la responsabilidad de reducir los riesgos en la medida de lo posible para vivir una vida larga y saludable incumben a las personas, las poblaciones y sus gobiernos.

Es de creencia común popular que el gobierno es quien tiene como obligación, controlar y reducir los riesgos a los que se expone la población especialmente aquellos a los cuales apenas el individuo puede controlar su exposición. Esas medidas suelen denominarse «intervenciones». Se entiende por intervención «toda acción sanitaria – actividad de promoción, prevención, curación o rehabilitación cuyo propósito principal es mejorar la salud». (INFORME OMS 2002)

Aunque rara vez los gobiernos pueden esperar eliminar por completo los riesgos, pueden intentar aminorarlos hasta un nivel más aceptable y explicar, mediante una comunicación franca con el público, por qué y cómo lo están haciendo. Los gobiernos también deben conseguir la confianza del público, pues éste no tarda en juzgar si los riesgos se están gestionando debidamente en su beneficio. Esto sucede siempre, se trate de una nueva epidemia de propagación rápida o de una exposición a largo plazo. (INFORME OMS 2002)

Sin embargo, el control y gestión de los riesgos no puede concebirse como algo puramente político o normativo o de exclusiva incumbencia estatal, sino que debe integrar a las comunidades y a los individuos en el autocuidado y más allá de la norma debe extenderse y



comunicarse a la sociedad quien se encargará entre otras cosas de evaluar la pertinencia de la gestión y las alternativas de la misma. Además de esto es fundamental hacer un cambio del paradigma de la responsabilidad y atención de las necesidades de salud y dar un mayor protagonismo al individuo como responsable de su autocuidado y las comunidades como primeros gestores de los riesgos a los que sus integrantes están expuestos. Es así como cada vez más las políticas tendientes a formalizar la implementación de la estrategia de gestión de riesgo, tienen en cuenta además de lo que incumbe al gobierno y su legislación, a las comunidades y quienes las integran.

Es importante tener en cuenta que en la percepción pública de los riesgos y de sus factores intervienen valores y creencias, por lo que debe tenerse en cuenta de manera más consistente la percepción que el público general y los profesionales de la salud tienen de esos riesgos.

## **8 MARCO LEGAL COLOMBIANO**

Desde la constitución Política Colombiana de 1991 “se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social” y que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”. Es decir, ya se empiezan a contemplar estrategias para la gestión de riesgos medioambientales que condicionan riesgos para la salud y garantizan la gestión y gerenciamiento de los riesgos directos de salud.

El decreto 1485 de 1994 en su artículo segundo “RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD” les delega la tarea de “Administrar el riesgo en

salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema”.

A través del acuerdo 117 de 1998 se acuñan los términos de “Protección específica refiriéndose a la aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo, Detección temprana; actividades, procedimientos e intervenciones para protección específica y detección temprana, atención de enfermedades de interés en salud pública, la responsabilidad de las EPSs y ARSs de establecer los mecanismos necesarios para identificar los riesgos en su población afiliada.

La resolución 412 del 2000 que es la Normatividad que contiene compendio de guías y protocolos para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y atención de eventos de interés en salud pública y se constituye en la herramienta más difundida y usada en la prestación de los servicios de salud actual, contiene las guías de Detección Temprana que son las recomendaciones para la identificación e intervención oportuna de los principales riesgos de salud presentes en todas las etapas del ciclo vital humano (incluida la gestación) y la detección temprana de signos y síntomas de enfermedades prevalentes en el país. Además, contempla las Guías de Protección Específica que son recomendaciones basadas en la evidencia para el desarrollo de actividades en torno a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención de situaciones en salud en poblaciones específicas (como las gestantes y la población fértil). Esta resolución es complementada con la resolución 3384 del 2000 que aclara el sistema de fortalecimiento de la gestión las administradoras, indicando matrices de programación, indicadores de gestión y de calidad de las administradoras

Mediante el Decreto 1537 del 2001 se decreta que las entidades públicas y las autoridades correspondientes establecerán políticas de administración del riesgo

En el 2002 se emitió el informe sobre la salud en el mundo cuyo enfoque es el de reducir los riesgos y promover una vida sana, cuyos contenidos se han y se seguirán explorando a lo largo de este trabajo.

El Ministerio de la Protección Social gesta los Decretos 574 y 1698 de 2007 y la resolución 1740 de 2008 que plantean la gestión del riesgo en salud en el marco de la habilitación financiera de las EPS, buscando un manejo prudencial inspirado en las regulaciones del sector financiero del Acuerdo de Basilea.

En el 2011 aparece la NTC 31000 de ICONTEC que enuncia once principios para una gestión eficaz del riesgo cuyo fin es el de conformar y reorientar los aspectos del enfoque de la organización u empresa a la gestión del riesgo

La NTC ISO 31000 identifica las ventajas de integrar desde la alta dirección de la organización o empresa, así como en sus funciones y procesos la gestión del riesgo y lo hace de manera genérica de tal forma que estos principios puedan ser desarrollados en cualquier tipo de organización

Los principios contemplados en esta Norma Técnica son el marco en la aplicación de la estrategia a cualquier nivel que se quiera implementar y vale la pena nombrarlos:

- a) Crear valor
- b) Es parte integral de los procesos de la organización

- c) Es parte de la toma de decisiones
- d) Aborda explícitamente la incertidumbre
- e) Es sistemática, estructurada y oportuna
- f) Se basa en la mejor información disponible
- g) Está adaptado
- h) Toma en consideración a los factores humanos y culturales
- i) Es transparente e inclusiva
- j) Es dinámica, reiterativa y receptiva al cambio
- k) Facilita la mejora y realza a la organización

También en el 2011 la Ley 1438 esta norma delega al estado la responsabilidad de garantizar la ejecución y los resultados de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de atención primaria en salud, sin excluir a las entidades promotoras de salud o administradoras de planes de beneficios, contempla además que esta estrategia aplique acciones intersectoriales para impactar en los determinantes de la salud , cultura del autocuidado que tiene que ver con al autopercepción del riesgo , orientación individual, familiar y comunitaria, dándole una relevancia mayor al enfoque empresarial de la gestión del riesgo que netamente al individual cuyo impacto general y económico es menos visible.

El plan decenal de Salud Pública 2012-2021 adoptado por la Resolución 1841 de 2013 busca "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano" de todos los colombianos mediante sus tres objetivos estratégicos que son: Alcanzar mayor equidad en salud, Mejorar las condiciones de vida y salud de la población y cero tolerancias con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables. Así mismo define las orientaciones operativas para lograr este propósito a través de las siguientes líneas de acción:

- Línea de promoción de la salud
- Línea de gestión de la salud pública
- Línea de gestión del riesgo en salud

Esta última línea “reúne las acciones que sobre una población específica con individuos identificables y caracterizarles , deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse”.

- Las acciones incluidas en son las de:
- Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial
- Planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial
- Modificación del riesgo
- Vigilancia de la gestión del riesgo
- Gestión de la calidad de la atención
- Coordinación administrativa – técnica de los servicios y planes

Este Plan decenal de Salud Pública 2012-2021 tuvo en cuenta los resultados obtenidos de su antecesor el Plan Nacional de Salud Pública 2006-2010 en el que las metas que no lograron niveles óptimos o aceptables, cerca del 51 % de las planteadas, se enfocaron en lo concerniente a en salud mental, la salud ambiental, la salud oral y en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y discapacidad. Además, se encuentra en total sincronía con el plan nacional de desarrollo 2014-2018 que tiene como objetivo, entre otros, el de construir una Colombia equitativa, en cuyo plan contempla una visión de desarrollo humano integral. En su artículo 61 delega al ministerio la responsabilidad de definir el Modelo Integral de Atención en Salud el cual debe contemplar la implementación de la gestión de riesgo en salud y el establecimiento de los esquemas de incentivos y conjuntos de información requeridos para su seguimiento y evaluación.

Así mismo en el 2015 se sanciona la ley Estatutaria de Salud que consagra la salud como un derecho fundamental y que “comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”.

En concordancia con lo ordenado en el plan de desarrollo, suscita la Resolución 429 del 2016, en la que se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) , cuyo objetivo está dirigido “hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, Tratamiento, rehabilitación y

paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución”.

El modelo operacional establecido por el PAIS es el Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS el cual cuenta con diez componentes:

- 1) Caracterización de la Población: se deben organizar las poblaciones según el curso de vida y los grupos de
- 2) Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS. Que define las condiciones necesarias para asegurar la integralidad, dentro de estas se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Rutas de Grupo de Riesgo; Rutas de eventos Específicas de Atención.
- 3) Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS. “La implementación de la GIRS en la operación del modelo comprende la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo. Las intervenciones están dirigidas a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, la familia y la comunidad, prevenir las enfermedades y los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad”.
- 4) Delimitación Territorial del MIAS. El MIAS reconoce tres tipos de ámbitos territoriales: urbanos; con alta ruralidad y dispersos.
- 5) Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.
- 6) Redefinición del rol del asegurador. Los aseguradores, en cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia, deben fortalecer la gestión de riesgo

financiero, la capacidad técnica para la gestión de riesgo en salud de los afiliados y la interacción con los demás integrantes del Sistema.

- 7) Redefinición del Esquema de incentivos para orientar a los actores alrededor de los resultados en salud.
- 8) Requerimientos y procesos del sistema de información.
- 9) Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud
- 10) Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

## **8.1 Historia Clínica**

Mediante la resolución 1995de 1999, que aún se encuentra vigente, se establecieron las normas para el manejo de historia clínica. Para los propósitos del presente trabajo es pertinente la alusión a dos conceptos encontrados en esta norma:

- a) La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.
- b) Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.



Estas definiciones sumadas a una de las características de la historia clínica, también definidas en dicha resolución, como lo es el de Integralidad: “La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.”, soportan la necesidad de tener un instrumento que sea capaz de satisfacer todos estos requerimientos y que además le den un enfoque de gestión de riesgos.

En el año 2000 se expidió la norma (resolución 3374) que estableció el Sistema de Información de las Prestaciones de Salud, cuya base es el registro individual (RIPS), con el propósito de facilitar la relación entre prestadores y pagadores en materia de información y de soportes de los servicios efectivamente prestados a la población protegida en cualesquiera de los regímenes definidos por la Ley 100 o en transición a éstos.

La información de los registros individuales de prestación de servicios de salud, (RIPS), con todas sus estructuras se constituye en un subsistema de información prioritario para la evaluación y monitoreo del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cada uno de sus planes, programas y estrategias, frente a las metas fijadas a corto y mediano plazo, y de las acciones clínicas de los prestadores.

Sin embargo, y pese a que los distintos generadores y usuarios de los datos y la información reconocen su valor e importancia, en la actualidad se han identificado grandes falencias tanto en la calidad del registro primario como en la utilización para la gestión de IPS y EAPB, así como para la formulación de la política sobre la salud pública y el aseguramiento.

Esta situación muestra la necesidad de mejorar la calidad, oportunidad y confiabilidad de los datos que se reportan para que contribuyan a la toma de decisiones en condiciones de mayor certidumbre.

## **8.2 El registro de los datos**

Este proceso es el más importante del Sistema de Información de las Prestaciones de Salud. De su calidad, oportunidad y completitud depende la confiabilidad que se produzca y disponga para soportar las decisiones del Ministerio como ente regulador, y las de las EPS para su gestión del riesgo y las de IPS para su gestión y sostenibilidad.

Lo anterior quiere decir que estos datos básicos, son básicos y mínimos para los procesos de control del Ministerio como ente regulador del Sistema, y para que los pagadores puedan tener los elementos de juicio necesarios, pero el prestador generará “todos” los que sus requerimientos propios le exijan.

# **9 DESCRIPCIÓN ETAPAS Y FASES DE IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA**

## **9.1 Planeación**

Estructuración de actividades a desarrollar en la implementación de la herramienta: Frecuencias, Tiempos, instrumentos, despliegue y Responsables de la ejecución. De igual manera se detallarán las necesidades / requerimientos y condiciones mínimas que se deben tener para la correcta implementación. Dichas necesidades serán planteadas en este documento.

## **9.2 Preparación**

Consecución de los recursos necesarios que se identificaron en la elaboración de los costos financieros del ensayo de grado para la ejecución de lo planteado en la etapa anterior, la puesta en marcha indica un plan de trabajo y planeación estratégica, para el desarrollo de la herramienta, la cual se realizaría por medio de mesas de trabajo del grupo que conforma el ensayo de grado.

## **9.3 Desarrollo**

Elaboración de la herramienta, basados en la resolución 1995 de 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, la norma ISO 31000 la cual brinda los principios y las directrices genéricas sobre la gestión del riesgo, modelos de historia clínica que se encuentran en la RED y el modelo de historia clínica de la empresa Medical Room Services MRS S.A.S destinada a la prestación de servicios de salud domiciliaria. Así como el plan decenal de salud pública, el modelo de atención integral en salud MIAS, entre otros documentos normativos esenciales donde se describe la gestión del riesgo.

## **9.4 Tabulación**

Tabulación de la información descrita en cada historia aplicada, para la realización de este proceso se tendrá como base el formato en medio magnético para facilitar el posterior análisis. Con la identificación básica de cada uno de los pacientes a los cuales se les aplica la herramienta.

## **9.5 Análisis**

Análisis de la información tabulada, de lo cual se tendrán en cuenta variables específicas que buscan la identificación de riesgo. Se busca realizar un paralelo entre la herramienta para la identificación del riesgo y la historia clínica de medicina general empleada por la empresa Medical Room Services MRS S.A.S.

## **9.6 Informe**

Presentación de informe, con los hallazgos, resultados y análisis obtenidos por la aplicación de la herramienta.

## 10 MODELO DE APLICABILIDAD DE HERRAMIENTA

De acuerdo a lo establecido en los documentos verificados en la fase de desarrollo se presenta a continuación el modelo de aplicabilidad de la herramienta con enfoque de riesgo.

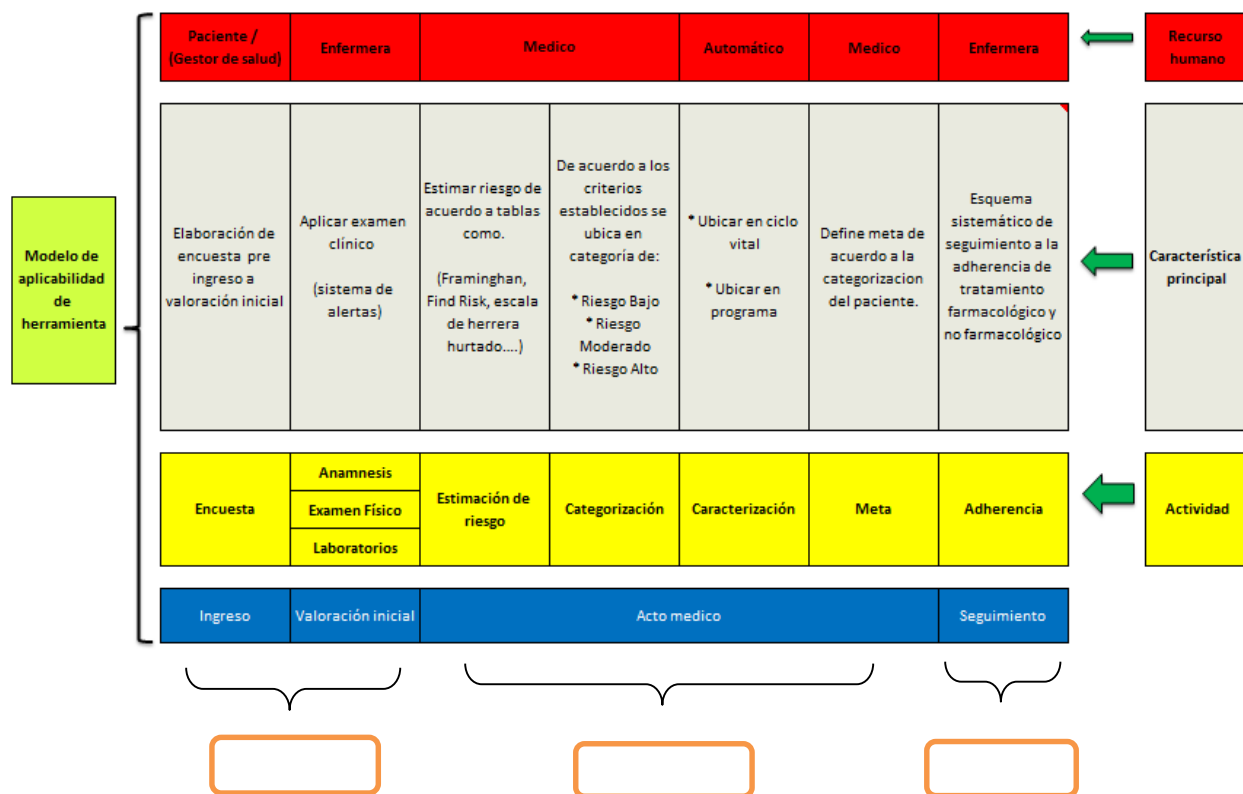


Ilustración 1 10 Modelo de Aplicabilidad de Herramienta

Fuente: Elaborado por el Autor

### 10.1 Momento 1. Ingreso y Valoración Inicial

Este primer momento está propuesto en dos actividades; La primera es la ENCUESTA, la cual su aplicación inicia desde la afiliación del paciente a las diferentes aseguradoras. El objetivo de esta primera parte de la herramienta es que el paciente diligencie por medio magnético indique de acuerdo a 12 patrones la situación actual de su salud, entorno social entre otros determinantes sociales. Su finalidad es buscar la identificación de factores de riesgo; La segunda

actividad es la VALORACIÓN INICIAL, que estará a cargo de una enfermera jefe, quien realizará un examen físico muy detallado, su característica principal es que ésta debe contar con un sistema de ALERTAS de acuerdo al diligenciamiento.

## **10.2 Momento 2. Estimación del riesgo, meta y caracterización**

La estimación del riesgo está basada en un componente cardiovascular, esto de acuerdo al incremento de patología cardiovascular y los índices de longevidad, y un componente de identificación del índice de masa corporal.

La conjunción de la encuesta, la valoración clínica y las tablas de estimación de riesgo y de acuerdo a los resultados obtenidos, se podrá determinar el riesgo del paciente, el cual se clasificará en alto, moderado o bajo, sustentados en el criterio médico.

Se caracterizará la población de acuerdo a ciclos vitales, los cuales estarán basados en la edad del paciente, se realiza la inclusión en cada ciclo y se ingresa a los programas que corresponde. Estos ciclos son: Ciclo vital Niños (0-9 Años); Ciclo vital Jóvenes 10-29 Años; Ciclo vital Adulto Joven 30-45 Años; Ciclo vital Adulto Maduro 46-60 Años; Ciclo vital Adulto Mayor más de 60 Años.

Se establece la meta de cada paciente de acuerdo al rango de edad y por cada variable, comprendidas en: Necesidades y recomendaciones Nutricionales, Tipos y cualidades del ejercicio, Intensidad de la actividad física, Cifras Tensionales, Índice de Masa Corporal, Perfil Lipídico, Glicemia. De acuerdo a esto se establece en tiempo y actividades en conjunto con el paciente las metas a lograr a corto mediano y largo plazo.

### **10.3 Momento 3. Seguimiento**

Se realiza seguimiento sistemático de cada paciente valorado, en un plazo no mayor a un mes posterior a la valoración, basado en la información registrada en el componente de la meta.

## 11 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Colectivo de autores. (2002). *Como registrar el Examen Físico en el paciente sano*. La Habana: Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (1998). *Acuerdo 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*. Bogotá.

Decreto 1295. (1994). *Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales*. Bogotá: Diario Oficial No. 41.405 de Junio 24 de 1994.

Decreto 1485. (1994). *Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Diario Oficial N. 41443.

Decreto 1537 . (2001). *Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado*. Bogotá.

Decreto 93. (1998). *Por el cual se adopta el Plan Nacional para la Prevención y Atención de Desastres*. Santa fe de Bogotá: Ministerio de Salud. Bogotá: Diario Oficial No. 43.217 de fecha 19 de enero de 1998 .

Ferma. (2003). *Estándares de Gerencia de Riesgos* . Obtenido de [www.ferma.eu](http://www.ferma.eu):  
<http://www.ferma.eu/app/uploads/2011/11/a-risk-management-standard-spanish-version.pdf>



- Gómez, A. (2014). Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. *Monitor estratégico*, 5, 4-11.
- Gómez, A., & Caicedo, C. (2015). Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. *Conexión Acemi*, 8, 42-4.
- Icontec. (2011). *Norma Técnica Colombiana ISO 31000*. Bogotá: Icontec.
- LEY 1751. (2015). *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.
- LEY 1753. (2013). *Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país"*. Bogotá.
- Llaneo, R et al. (1982). *Propedéutica clínica y fisiopatología*. México: Editorial Pueblo y Educación.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. .
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Gestión del Riesgo Lineamiento No. 1 SGCLSP 2015*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social, et. al. (2010). *Resúmenes de política: intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles*. Bogotá.

Ministerio Salud pública de Chile. (2010). *Implementación del enfoque de riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular*. Chile.

Ministerio Salud pública de Uruguay. (s.f.). *La construcción del sistema nacional integrado de salud 2005-2009*. Montevideo: Ministerio Salud pública de Uruguay.

Moreno, G. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud -MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? . *Revista médica Risaralda*, 22, 73-74.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe sobre la Salud en el Mundo: Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Suiza: OMS.

Resolución 1740 . (2008). *Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas previstas en el Sistema de Habilitación – Condiciones financieras* . Bogotá.

Resolución 1745. (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* . Bogotá.

Resolución 1841. (2013). *Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021* . Bogotá: Diario Oficial 48811 de junio 4 de 2013.

Resolución 1995. (1999). *Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica*. Bogotá.

Resolución 3374. (2000). *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*. Bogotá.

Resolución 3384. (2000). *Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000*. Bogotá.

Resolución 429. (2016). *Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud* . Bogotá.

Resolución 518. (2015). *Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC* . Bogotá.

Suárez, R. (2002). *Nociones sobre Examen Físico para estudiantes de Licenciatura en Enfermería*. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García Iñiguez.

## 12 ANEXOS

## Anexo 1

## A) Encuesta

PERCEPCIÓN DE SALUD-MANEJO DE SALUD				
¿Cómo ha sido su salud en general?				
Buena		Regular		Mala
¿Tuvo alguna enfermedad el año pasado?				
Si		No		
¿Qué cosas importantes realiza para mantenerse sano?				
¿Cree que estas cosas provocan un cambio en la salud?				
Si		No		
¿Realiza autoexámenes mamarios?				
Si		No		
¿Fuma cigarrillos?				
Si		No		
¿Cuantos al día ?				
¿En algún momento de su vida a consumido sustancia psicoactivas?				
Si		No		
¿Cuáles?				
¿Tuvo alguna vez problemas con la bebida?				
Si		No		
¿Cuándo bebió por última vez?				
¿Ha sufrido accidentes (en casa, en el trabajo, conduciendo)?				
Si		No		
Descripción breve				
En el pasado, ¿le resultó fácil seguir las recomendaciones que su médico o enfermera le indicaron?				
Si		No		
Toma algún medicamento actualmente				
Si		No		
<b>Descripción</b>				

	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
1		
2		
3		
4		
5		
6		

NUTRICIONAL-METABÓLICO			
¿Cuál es la ingesta típica diaria de alimentos?			
¿consume algún suplemento?			
Si		No	
Cual:			
¿Cuál es la ingesta típica diaria de líquidos? (describir)			
¿Ha habido pérdida/ganancia de peso?			
Si		No	
(Cuantificar)			
¿Restricciones en la dieta?			
Si		No	
Si procede: ¿está amamantando?			
Si		No	
¿Tiene algún problema?			
Si		No	

ELIMINACIÓN			
Patrón de eliminación intestinal (describir). Frecuencia, características, molestias. _____			
Problemas con el control para eliminación.			
Si		No	
Uso de laxantes.			
Si		No	
Cual			
Eliminación urinaria Frecuencia día.			
¿Problemas de control			
Si		No	
Drenajes			
Si		No	
Tipo			
Sondas			
Si		No	
Tipo			

ACTIVIDAD EJERCICIO	
Tipo	
Regularidad y Tiempo empleado	
Actividades de tiempo libre	

SUEÑO DESCANSO			
Generalmente, ¿se encuentra descansado y preparado para las actividades de la vida diaria después de dormir?			
Si		No	
Tiene problemas para conciliar el sueño			
Si		No	
Ayudas			
Si		No	
Tipo			
Sueños (pesadillas)			
Si		No	
Despertar temprano			
Si		No	
Períodos de descanso			
Si		No	

COGNITIVO-PERCEPTUAL			
Tiene dificultad para oír			
Si		No	
Ayudas			
Si		No	
<i>Visión.</i>			
Lleva gafas			
Si		No	
Cuándo se hizo la última revisión			
Algún cambio en la concentración de memoria			
Si		No	
Le resulta fácil/difícil tomar decisiones			
Si		No	
Algún malestar			
Si		No	
Dolor			
Si		No	
Cómo lo trata			



AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO			
Cómo se describe a sí mismo			
La mayor parte del tiempo, se siente a gusto (o no tan a gusto) consigo mismo.			
Se han producido cambios en su cuerpo o en las cosas que pueden hacer.			
Si		No	
Ha habido cambios en sus sentimientos hacia sí mismo o hacia su cuerpo (desde que comenzó la enfermedad)			
Si		No	
Hay cosas que le hacen enfadar frecuentemente			
Si		No	
Le hacen sentir miedo			
Si		No	
Le producen ansiedad			
Si		No	
Le producen ansiedad			
Si		No	
¿Qué le ayuda?			
Alguna vez ha perdido la esperanza			
Si		No	
No se siente capaz de controlar las cosas en su vida			
Si		No	
Qué le ayuda			

<b>PATRÓN ROL- RELACIONES</b>
-------------------------------

¿Vive sólo?				
Si		No		
¿En familia?				
Si		No		
Cómo trata la familia por regla general los problemas				
Bien		Regular		Mal
La familia, depende de usted para alguna cosa				
Si		No		
Qué tal lo trata				
Bien		Regular		Mal
Si procede: Cómo vive la familia/otros su enfermedad/hospitalización				
Bien		Regular		Mal
Si procede: ¿Tiene problemas con sus hijos				
Si		No		
Dificultad para tratar con ellos				
Si		No		
Pertenece a algún grupo social				
Si		No		
Tiene amigos cercanos				
Si		No		
Se siente sólo (con frecuencia)				
Si		No		
Situación laboral				
En el trabajo generalmente las cosas marchan bien				
Si		No		
Se siente parte (o aislado) del barrio donde vive				

SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN			
Si procede según la edad y situación: Las relaciones sexuales son satisfactorias			
Si		No	
¿Ha habido cambios			
Si		No	
Problemas			
Si		No	
Si procede: Utiliza contraceptivos			
Si		No	
Problemas			
Si		No	
En mujeres: Cuándo comenzó la menstruación			
Ultimo período menstrual.			
Problemas menstruales			
Si		No	
Fórmula menstrual si procede			
Numero de embarazos			

Adaptación - TOLERANCIA AL ESTRÉS			
Se ha producido algún cambio importante en su vida en el último año/dos últimos años?			
Si		No	
Cual			
Alguna crisis			
Si		No	
Cual			
Cuándo está tenso, qué le ayuda			
Utiliza alguna medicina, droga o alcohol			
Si		No	
Cual			
Cómo los ha tratado			
La mayor parte del tiempo, está (estas) forma (s) ha (n) tenido éxito			
Si		No	

VALORES - CREENCIAS			
Generalmente, consigue en la vida las cosas que quiere?			
Si		No	
Tiene planes de futuro importantes			
Si		No	
La religión es importante en la vida			
Si		No	
Si procede: Le ayuda esto cuando surgen las dificultades			
Si		No	

12.- OTROS			
¿Hay alguna otra cosa de la que no hayamos hablado y que quiera mencionar?			
Si		No	
¿Cual?			
¿Tiene alguna pregunta?			
Si		No	
Cual			

*Fuente: Patrones Funcionales de M. Gordon, documento adaptado y modificado.*

**ANEXO 2****VALORACIÓN INICIAL****Anamnesis y examen físico**

<b>IDENTIFICACION PERSONAL</b>	
Fecha de valoración:	
Numero de historia clínica:	
Fecha de valoración:	
Nombre completo:	
Tipo de identificación	
Nº de identificación:	
EPS:	
Régimen:	
Fecha de nacimiento:	
Edad:	
Género:	
Estado civil:	
Ocupación:	
Nivel de escolaridad:	
Ocupación actual:	
Etnia:	
Dirección:	
Teléfono de casa:	
Celular:	
Nombre persona encargada:	
Dirección persona encargada:	
Teléfono persona encargada:	
Parentesco:	
Grupo Sanguíneo:	
Rh:	
<b>Motivo de consulta</b>	
<b>Enfermedad actual</b>	

<u>Antecedentes personales (anamnesis)</u>	
Patológicos:	
Quirúrgicos:	
Traumáticos:	
Ginecóbtricos:	
Toxico alérgicos:	
Farmacológicos:	

<u>Antecedentes familiares</u>	
HTA:	
IAM:	
ACV:	
Obesidad:	
Diabetes:	
Dislipidemia:	
Cáncer:	
Epilepsia:	
TBC:	
Otros:	
<u>DATOS SUBJETIVOS</u>	
<u>DATOS OBJETIVOS</u>	

SISTEMA	OBSERVACIONES	VALOR	OBSERVACIONES
<b>ASPECTO GENERAL</b>	TALLA		
	PESO		
	IMC		
	FR (rpm):		
	Tª:		
	FC (lpm):		
	TAS (mm/hg):		
	TAD (mm/hg):		
	TAM:		
	Sa O2 (%):		
	Con O2: _____ Lts/Min: _____		
	Sin O2		
	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>CARASTERISTICAS</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
	POSTURA	PIE	
		SENTADO	
		ACOSTADO	
	COLOR	ROSADO	
		PALIDO	
		ROJO	
		ICTERICO	
		MOTEADO	
		CIANOTICO	
	HIGIENE	LIMPIO	
		DESCUIDADO	
	GESTICULACION	ADECUADA	
		INADECUADA	
	LENGUAJE	ADECUADA	
INADECUADA			
ESTADO DE ANIMO	TRISTE		
	DEPRIMIDO		
	INQUIETO		
	FELIZ		



ESTADO MENTAL	NIVEL DE CONCIENCIA	ALERTA	
		CONFUSO	
		SOMNOLENCIA	
		ESTUPOR	
		COMA	
	ORIENTACION	ORIENTADO	
		DESORIENTADO	
	LENGUAJE	COHERENTE	
		INCOHERENTE	
	MEMORIA	INMEDIATA	
		REMOTA	
		RECIENTE	
		TARDIA	
	JUICIO	INTERPRETA	
CONFUSO			
CALCULO	FACILIDAD		
	DIFICULTAD		
CABEZA	SIMETRIA	SIMETRICO	
		ASIMETRICO	
	FORMA Y TAMAÑO	REDONDA	
		MICROCEFALIA	
		HIDROCEFALIA	
		ACROMEGALIA	
	LESIONES	SI	
		NO	
	EDEMA	SI	
		NO	
	DOLOR	SI	
		NO	
	CUERO CABELLUDO	HIDRATADO	
		RESEQUEDAD	
BULTOS			
CON LESIONES			
CARA	MOVIMIENTOS	NORMALES	
		ANORMALES	
	EXPRESION	PREOCUPACION	
		TRISTEZA	
		ALEGRIA	
	PIGMENTACION	NORMAL	
		HIPOPIGMENTACIONES	
		HIPERPIGMENTACIONES	
	ACNE	SI	
		NO	
	TICS	SI	
		NO	
	TEMBLORES	SI	
		NO	
CICATRICES	SI		
	NO		

<b>APARATO OCULAR</b>	CEJAS	NORMAL		
		ANORMAL		
	PARPADOS	COLOR		
		EDEMA	SI	
			NO	
		ORZUELO	SI	
			NO	
		EXOFTALMOS	SI	
	NO			
	PESTAÑAS	BUENA IMPLANTACION		
		MALA IMPLANTACION		
	APARATO LAGRIMAL	PERMEABLE		
		OBSTRUIDO		
	ESCLEROTICA	INTEGRIDAD		
		HERIDAS	SI	
			NO	
		COLOR	BLANCA	
	AMARILLA			
	CORNEA	NORMAL		
		ANORMAL		
	CAMARA ANTERIOR	NORMAL		
		ANORMAL		
	IRIS	NORMAL		
		ANORMAL		
	PUPILAS	IGUALDAD	ANISOCORICAS	
			ISOCORICAS	
		FORMA		
		REACCION A LA LUZ	REACTIVAS	
			NO REACTIVAS	
		TAMAÑO	MIOTICAS	
	MIDRIATICAS			
	AGUDEZA VISUAL	AUMENTADO		
		DISMINUIDO		
	LENTE CORRECTORAS	SI		
		NO		
	LENTE DE CONTACTO	SI		
NO				
DIPLOPIA	SI			
	NO			
FOTOFOBIA	SI			
	NO			
DOLOR	SI			
	NO			
QUEMADURAS	SI			
	NO			
CAMPIMETRIA	AUMENTADO			
	DISMINUIDO			
MOVIMIENTO OCULARES III, IV, VI PAR CRANEANO	ADECUADO			
	INADECUADO			

<b>APARATO AUDITIVO</b>	OIDO AUDITIVO EXTERNO (OTOSCOPIA)	SIN ALTERACION	
		CON ALTERACION	
	VOZ CUCHICHEADA O RELOJ (AUDIBLE A 40 CMTS)	SIMETRICO	
		ASIMETRICO	
PRUEBA DE ROMBERG (EQUILIBRIO)	CONSERVADO		
	DISMINUIDO		
<b>NARIZ / SENOS PARANASALES</b>	FORMA	ACHATADA	
		RESPINGADA	
		ALARGADA	
	POSICION	RECTO	
		DESVIADO	
	ALETEO NASAL	PRESENTE	
AUSENTE			
<b>CARA</b>	VALORACION DEL TRIGEMINO (SENSIBILIDAD DE MOVIMIENTOS DE LA MANDIBULA)	SIN ALTERACION	
		CON ALTERACION	
	VALORACION DEL FACIAL (MOVILIDAD MUSCULOS DE LA CARA)	PRESENTE	
		AUSENTE	
<b>OROFARINGE</b>	LABIOS	COLOR	
		HUMEDAD	HIDRATADOS DESHIDRATADOS
	MUCOSA BUCAL	COLOR	
		HUMEDAD	HIDRATADOS DESHIDRATADOS
	DIENTES	COMPLETOS	
		ANODONCIA TOTAL	
		ANODONCIA PARCIAL	
		PROTESIS	SI NO
	LENGUA	INTEGRA	SI NO
		SIMETRICO	SI NO
		HUMEDAD	SI NO
	AMIGDALAS	TROFICAS	
		HIPERTROFICAS	
	FARINGE POSTERIOR	INTEGRIDAD	LISA GRANULOSA
	VALORACION DE GLOsofarINGEO (REFLEJO NAUSEOSO)	PRESENTE	
		AUSENTE	
		DISMINUIDO	
	VALORACION DE HIPOGLOSO (INERVACION MOTORA DE LA LENGUA)	PRESENTE	
		AUSENTE	
VALORACION DE NEUMOGASTRO (SENSITIVO MOTOR DE FARINGE Y VELO DEL PALADAR MOTOR)	PRESENTE		
	AUSENTE		

<b>GLANDULA MAMARIA</b>	INSPECCION	SIMETRICO		
		ASIMETRICO		
	PALPACION	NORMAL		
		ANORMAL		
<b>ABDOMEN</b>	INSPECCION	SIMETRICO		
		ASIMETRICO		
		CONTORNO	REGULAR IRREGULAR	
		RED VENOSA	PERCEPTIBLE VISIBLE	
	AUSCULTACION	RUIDOS PERISTALTICOS	NORMALES	
			HIPERACTIVOS	
			HIPO ACTIVOS	
			AUSENTES	
	PALPACION	SUPERFICIAL		
		PROFUNDA		
		DOLORASO A LA PALPACION		
		DISTENSION ABDOMINAL		
	PERCUSION	TIMPANICO		
		MATE		
<b>APARATO URINARIO</b>	PALPACION	RIÑONES	PALPABLE NO PALPABLE	
		URETERES	PALPABLE NO PALPABLE	
		VEJICA	PALPABLE NO PALPABLE	
		PERCUSION	TIMPANICO MATE	
	<b>MUSCULO ESQUELETICO</b>	INSPECCION	SIMETRICO	
			ASIMETRICO	
			ATROFICO	
			HIPERTROFICO	
MARCHA			COORDINADA DESCORDINADA	
REFLEJOS			PRESENTES AUSENTES	
HIPEREXTENSION DE			ADECUADA INADECUADA	
PALPACION			MUSCULO	TONICO HIPOTONICO HIPERTONICO
		ARTICULACION (MOV)	ACTIVA PASIVA	
		FUERZA	0/5	
				01-may
				02-may
				03-may
			04-may 05-may	
SENSIBILIDAD	PROFUNDA SUPERFICIAL			

CUELLO	CADENA GANGLIONAR	PALPABLE		
		NO PALPABLE		
	LARINGE	MOVIBLE		
	TRAQUEA	PALPABLE		
		LINEAL		
	TIROIDES	NORMAL		
		ANORMAL		
	VALORACION ESPINAL	MOVIMIENTOS	PRESENTES	
			AUSENTES	
		FUERZA		
TONO		TONO		
	ATONICO			
SISTEMA CARDIOVASCULAR	PIM	LOCALIZACION	MITRAL	
			TRICUSPIDEO	
			AORTICO	
			PULMONAR	
	FOCOS CARDIACOS	PRESENTES		
		AUSENTES		
	SENSIBILIDAD (TACTIL, DOLOROSA)	NORMAL		
AUMENTADA				
DISMINUIDA				
SISTEMA RESPIRATORIO	INSPECCION	SIMETRICO		
		ASIMETRICO		
	RESPIRACION	SUPERFICIAL		
		PROFUNDA		
		TORACICA		
		DIAFRAGMATICA		
	RITMO	REGULAR		
		IRREGULAR		
	PALPACION	SIMETRICO		
		ASIMETRICO		
	PERCUSION TORAX	RESONANTE		
		HIPERRESONANTE		
		TIMPANISMO		
		MATIDEZ		
	AUSCULTACION	NORMAL		
		ANORMAL		
		ADVENTICIOS		
RESPIRACION TRAQUEAL		PRESENTE		
		INTENSO		
MURMULLO VESICULAR		PRESENTE		
	SUAVE			
MURMULLO BRONCALES	PRESENTE			
	ALTO			
FREMITO VOCAL	PRESENTE			
	AUMENTADO			
	DISMINUIDO			
	AUSENTE			

GLANDULA MAMARIA	INSPECCION	SIMETRICO		
		ASIMETRICO		
	PALPACION	NORMAL		
		ANORMAL		
ABDOMEN	INSPECCION	SIMETRICO		
		ASIMETRICO		
		CONTORNO	REGULAR IRREGULAR	
		RED VENOSA	PERCEPTIBLE VISIBLE	
	AUSCULTACION	RUIDOS PERISTALTICOS	NORMALES	
			HIPERACTIVOS	
			HIPO ACTIVOS	
			AUSENTES	
	PALPACION	SUPERFICIAL		
		PROFUNDA		
		DOLORASO A LA PALPACION		
		DISTENSION ABDOMINAL		
	PERCUSION	TIMPANICO		
		MATE		
APARATO URINARIO	PALPACION	RIÑONES	PALPABLE NO PALPABLE	
		URETERES	PALPABLE NO PALPABLE	
		VEJICA	PALPABLE NO PALPABLE	
		PERCUSION	TIMPANICO MATE	
	MUSCULO ESQUELETICO	INSPECCION	SIMETRICO	
			ASIMETRICO	
			ATROFICO	
			HIPERTROFICO	
MARCHA			COORDINADA DESCORDINADA	
REFLEJOS			PRESENTES AUSENTES	
HIPEREXTENSION DE			ADECUADA INADECUADA	
PALPACION			MUSCULO	TONICO HIPOTONICO HIPERTONICO
		ARTICULACION (MOV)	ACTIVA PASIVA	
		FUERZA	0/5	
				01-may
				02-may
				03-may
			04-may 05-may	
SENSIBILIDAD	PROFUNDA SUPERFICIAL			

<b>SISTEMA VASCULAR</b>	TROFISMO	NORMAL	
		ANORMAL	
	PULSACION ARTERIAL	PALPABLE	
		NO PALPABLE	
<b>EXAMEN VENOSO</b>	RED VENOSA SUPERFICIAL	INGURGITADA	
		COLAPSADA	
	PULSO VENOSO YUGULAR	AUMENTADA	
		DISMINUIDA	
<b>EXAMEN ARTERIAL</b>	PALPABLES	SI	
		NO	
	FRECUENCIA	NORMAL	
		ANORMAL	
	RITMO	REGULAR	
		IRREGULAR	
	AMPLITUD	SALTON	
		AUMENTADO	
		NORMAL	
		DISMINUIDO	
		AUSENTE	
	ELASTICIDAD	BLANDO	
		DURO	
	LLENADO CAPILAR	INMEDIATO	
TARDIO			

*Fuentes: "Nociones sobre Examen Físico para estudiantes de Licenciatura en Enfermería."- 2002/ "Como registrar el Examen Físico en el paciente sano, 2002 / Propedéutica clínica y fisiopatología-1982.*

## ANEXO 3

## TABLAS PARA ESTIMACIÓN DE RIESGOS

<b>Plantilla para el cálculo del riesgo</b>	
<b>Eventos cardiovasculares a 10 años</b>	
<b>Nombre y apellido del paciente</b>	
	<b>Valor</b>
<b>EDAD</b>	
<b>Colesterol total</b>	
<b>HDL (no cambiar)</b>	
<b>Tensión sistólica</b>	
<b>Tabaquismo (1 si, 0 no)</b>	
<b>Diabetes (1 si, 0 no )</b>	
<b>Sexo masculino 1 femenino 2</b>	
<b>Riesgo</b>	

<b>Riesgo</b>	
< 10%	<b>Bajo</b>
10-20%	<b>Moderado</b>
20-30%	<b>Alto</b>
>30	<b>Muy alto</b>



## Plantilla para el cálculo del IMC

VARIABLE	EDAD	PESO	TALLA	IMC	CLASIFICACIÓN
<b>VALOR</b>					

### Clasificación de IMC (OMS)

<18,5	<b>Bajo Peso</b>
18,5-24,9	<b>Normal</b>
25-29,9	<b>Sobrepeso</b>
30-34,9	<b>Obesidad tipo I</b>
35-39,9	<b>Obesidad tipo II</b>
>40	<b>Obesidad tipo III</b>

## ANEXO 4 CARACTERIZACIÓN

**CICLO VITAL DEL INDIVIDUO:** Corresponde a las etapas de la vida por las cuales atraviesa el ser humano, que van desde el nacimiento hasta la muerte, las mismas permiten el desarrollo integral como un ser biopsicosocial y cada una conlleva desafíos y tareas propias.

Ciclo	Años	
	Desde	Hasta
Ciclo vital Niños:	0	9
Ciclo vital Jóvenes:	10	29
Ciclo vital Adulto:	30	45
	46	60
Ciclo vital Adulto Mayor:	Mayor de 60 años	

	0 - 9 Años	10 - 29 Años	30 - 45 Años	46 - 60 Años	Mas de 60 años
Programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento y Desarrollo</li> <li>• Agudeza visual</li> <li>• Vacunación</li> <li>• Salud Oral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo del joven</li> <li>• Alteraciones del embarazo</li> <li>• Cáncer de cuello uterino</li> <li>• Cáncer de seno</li> <li>• Agudeza visual</li> <li>• Vacunación</li> <li>• Salud Oral</li> <li>• Planificación Familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones del embarazo</li> <li>• Cáncer de cuello uterino</li> <li>• Cáncer de seno</li> <li>• Vacunación</li> <li>• Salud Oral</li> <li>• Planificación Familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones del adulto</li> <li>• Alteraciones del embarazo</li> <li>• Cáncer de cuello uterino</li> <li>• Cáncer de seno</li> <li>• Agudeza visual</li> <li>• Vacunación</li> <li>• Salud Oral</li> <li>• Planificación Familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones del adulto</li> <li>• Agudeza visual</li> <li>• Vacunación</li> <li>• Salud Oral</li> </ul>

## ANEXO 5 INTERVENCIONES

CICLO VITAL INDIVIDUAL					
Metas	Ciclo vital Niños: 0-9 Años	Ciclo vital Jóvenes: 10-29 Años	Ciclo vital Adulto: 30-45 Años	Ciclo vital Adulto: 46-60 Años	Ciclo vital Adulto Mayor: Mas de 60 Años
<b>Programas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Crecimiento y desarrollo</li> <li>*Agudeza Visual</li> <li>*Vacunacion</li> <li>*Salud Oral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Desarrollo del Joven</li> <li>*Alteraciones del embarazo</li> <li>*Cancer de cuello uterino</li> <li>*Cancer de Seno</li> <li>*Vacunacion</li> <li>*Salud Oral</li> <li>*Planficacion familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Alteraciones del Embarazo</li> <li>*Cancer del cuello uterino</li> <li>*Cancer de seno</li> <li>*Vacunacion</li> <li>*Salud Oral</li> <li>*Planficacion familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Alteraciones del Adulto</li> <li>*Cancer del cuello uterino</li> <li>*Cancer de seno</li> <li>*Vacunacion</li> <li>*Salud Oral</li> <li>*Planficacion familiar</li> <li>*Agudeza visual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Alteraciones del Adulto</li> <li>*Vacunacion</li> <li>*Salud Oral</li> <li>*Agudeza visual</li> </ul>
<b>Necesidades y recomendaciones Nutricionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Suplementos de Hierro , Vitamina A , Vitamina D</li> <li>*Lactancia Materna</li> <li>*Alimentacion complementaria(Cereales ,frutas , verduras, carnes ,leguminosas,productos lacteos)</li> <li>* Evitar consumir líquidos junto con los alimentos sólidos, por lo menos unos 20 a 30 minutos antes de consumir los sólidos y, al menos, una hora después de haberlo hecho, para evitar una mala absorción de nutrientes</li> <li>*Evitar alimentos altos en calorías y bajos en nutrientes como golosinas, bebidas de soda, pasteles, entre otros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Suplementos de Hierro , Vitamina A , Vitamina D , Zinc</li> <li>*Lactancia Materna</li> <li>*Alimentacion complementaria (Cereales ,frutas , verduras, carnes ,leguminosas,productos lacteos)</li> <li>*Carnes rojas</li> <li>*Alimentacion complementaria(Cereales ,frutas , verduras, carnes ,leguminosas,productos lacteos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Comer despacio con una buena masticación debe ser clave para una buena digestión y mejor absorción de nutrientes.</li> <li>*Agua</li> <li>*Zumos de frutas</li> <li>*Evitar alimentos con condimentos y salsas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Alimentacion complementaria (Cereales ,frutas , verduras, carnes ,leguminosas,productos lacteos)</li> <li>*Evitar alimentos altos en sal, azucar y grasas saturadas</li> <li>*Agua</li> <li>*Zumos de frutas</li> <li>*Evitar alimentos con condimentos y salsas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Almentos ricos en fibras</li> <li>*No consumir alimentos en exceso</li> <li>*Alimentacion complementaria (Cereales ,frutas , verduras, carnes ,leguminosas,productos lacteos)</li> <li>*Evitar almentos altos en sal, azucar y grasas saturadas</li> <li>*Agua</li> <li>*Zumos de frutas</li> <li>*Evitar alimentos con condimentos y salsas</li> <li>*Almentos ricos en fibras</li> </ul>

<b>Tipos y cualidades del ejercicio</b>	*Tonificación cuello *Juegos *Estimulación temprana *Psicomotricidad *Lateralidad	*Deportes colectivos *Juegos grupales *Cordinacion, percepcion , velocidad, equilibrio, fuerza	*Actividad recreativa , ocio y deportes * Capacidad aerobica , fuerza y potencia ,agilidad , flexibilidad	*Actividad recreativa , ocio y deportes * Capacidad aerobica , fuerza y potencia ,agilidad , flexibilidad	*Actividades de ocio, adaptadas, Juegos. *Desplazamiento , movimientos cotidianos equilibrio, desarrollo mental
<b>Intensidad de la actividad fisica</b>	Varias veces al dia cualquier intensidad , cuando caminan minimo 180 minutos/dia	60 minutos/ dia intensidad moderada y vigorosa	150 minutos actividad moderada a la semana o 75 minutos actividad vigorosa a la semana	Combinacion equivalente del anterior grupo etario	Actividades 3 dias a la semana de 30-45 min de estiramiento y fortalecimiento muscular para mejorar el equilibrio
<b>Cifras Tensionales</b>	116/76	120/80	120/80	125/86	134/87
<b>IMC</b>	15-17	19-24	21-26	22-27	24-29
<b>Perfil Lipidico</b>	Colesterol HDL >40 mg/dl Trigliceridos <75 mg/dl Colesterol total <170 mg/dl Colesterol LDL < 110 mg/dl	Colesterol HDL >35 mg/dl Trigliceridos <100 mg/dl Colesterol total <170 mg/dl Colesterol LDL <110 mg/dl	Colesterol HDL >40 mg/dl Trigliceridos <150 mg/dl Colesterol total <200 mg/dl Colesterol LDL <100 mg/dl	Colesterol HDL >40 mg/dl Trigliceridos <150 mg/dl Colesterol total <200 mg/dl Colesterol LDL <100 mg/dl	Colesterol HDL >40 mg/dl Trigliceridos <150 mg/dl Colesterol total <200 mg/dl Colesterol LDL <100 mg/dl
<b>Glicemia en Diabeticos</b>	Glicemia preprandial 80-130 Glicemia Posprandial <180 A1C 7%	Glicemia preprandial 80-130 Glicemia Posprandial <180 A1C 7%	Glicemia preprandial 80-130 Glicemia Posprandial <180 A1C 7%	Glicemia preprandial 80-130 Glicemia Posprandial <180 A1C 7%	Glicemia preprandial 80-130 Glicemia Posprandial <180 A1C 7%