MODELO PARA LA ATENCION DE PACIENTES HEMOFILICOS EN EL ENTORNO FAMILIAR

FELICIDAD ROJAS GUTIERREZ

BIBIANA PATRICIA LONDOÑO TOBON

JARLIS DANIEL VIZCAINO MEZAT

ASESOR DEL PROYECTO DE GRADO

JUAN JOSE ACOSTA

UNIVERSIDA LUIS AMIGO

ESPECIALIZACION DE GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

MEDELLIN, ANTIOQUIA

ABRIL 2014

Nota de aceptación

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del jurado

_____

Firma del jurado

Medellín, 17 de Abril de 2014

AGRADECIMIENTOS

Con todo nuestro cariño y amor para las personas que hicieron todo en la vida para que nosotros pudiéramos lograr nuestros sueños, por motivarnos y darnos la mano cuando sentíamos que el camino se terminaba, a ustedes por siempre nuestro agradecimiento.

FELICIDAD ROJAS GUTIERREZ
BIBIANA PATRICIA LONDOÑO TOBON
JARLIS DANIEL VIZCAINO MEZAT

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis A. DIOS, y a quienes inspiraron mi espíritu para la conclusión de esta tesis. A nuestros padres quienes nos dieron vida, educación, apoyo y consejos. A mis compañeros de estudio, a mis maestros y amigos, a los asesores del proyecto, a la empresa Neovid IPS y a quienes sin su ayuda nunca hubiera podido hacer esta tesis.

A todos ellos se los agradezco desde el fondo de mi alma. Para todos ellos hago esta dedicatoria.

CONTENIDO

1. **INTRODUCCIÓN…… …….....…05**
2. **RESUMEN EJECUTIVO……..……..……11**
3. **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA…….....13**
4. **MARCOTEÓRICO…….…… ……..…16**
5. **MARCO LEGAL…….20**
6. **JUSTIFICACIÓN…….…… …...……23**
7. **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN……...……..……25**
8. **¿EMPRESA DONDE SE REALIZA LA PROPUESTA?.....25**
9. **AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EL PROYECTO EN NEOVID IPS……...28**

9.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA NEOVID IPS……..…....28

9.2 MODELO DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA HEMOFÍLICO IPS……....29

9.3 INDICADORES DEL PROGRAMA HEMOFÍLICO EN NEOVID IPS.....…37

9.4 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO…….....41

9.5 PRODUCTOS ESPERADOS DE LA PROPUESTA DE ATENCIÓN AL PACIENTE HEMOFÍLICO……..… ……45

10. **MATRIZ DE MARCO LÓGICO……48**
11. **MODELO DE LA PROPUESTA ATENCIÓN AL PACIENTE HEMOFÍLICO…49**
12. **OBJETIVOS Y MAPA ESTRATÉGICOS…….……55**
13. **METODOLOGÍA APLICADA……..……...……56**
14. **CONSIDERACIONES ÉTICAS……57**
15. **ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD….…….…….….60**
16. **CONCLUSIONES…… ……..66**
17. **RECOMENDACIONES……**

….…….68
18. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES…….…….70
19. PRESUPUESTO…….. ..……73
20. BIBLIOGRAFÍA…….…… ……....74
ANEXO 1 Encuesta de satisfacción usuario Neovid IPS……..…….77
ANEXO 2 Adherencia a la guía hemofílica……79
ANEXO 3 Medición a la guía de adherencia a la guía de hemofilia……...80
ANEXO 4 Informe cualitativo de adherencia a guías de práctica clínica….……..81

LISTA DE FIGURAS…….86
LISTA DE TABLA……..87
LISTA DE FOTOGRAFÍAS…….....….…….……..87
LISTA DE ANEXOS……..88
GLOSARIO……...….. 88

1. INTRODUCCIÓN

Con la Ley 1OO de 1993, la cobertura en el sistema de aseguramiento en salud genera universalidad en la atención e inclusión de patologías catastróficas , logrando mayor accesibilidad, que permiten hoy que los pacientes hemofílicos tengan mayores posibilidades diagnósticas y terapéuticas, superándose paulatinamente las barreras que las conducían a muertes inevitables, a saber: demoras en el diagnóstico, falta de atención médica, falta de recursos económicos y no disponibilidad de terapia de reemplazo de factores de coagulación.

La prevalencia de dicha enfermedad, es hoy objeto de serios debates. Un informe relativamente reciente publicado por la Federación Mundial de Hemofilia da cuenta de esta situación. [1] Tras revisar diversas fuentes dicha publicación sitúa la prevalencia para nuestro país entre 2.7 a 5.8 casos por 100.000 habitantes para el período 1.998 a 2.006 con una media de 5.2, datos que extrapolados a la población afiliada al Régimen Subsidiado del Departamento, estimaría entre 130 a 170 los pacientes Antioqueños para ese subsector del aseguramiento, cifras compatibles con las que recientemente expresó la Liga Colombiana de hemofilia para el País, no sin antes advertir del subregistro de las mismas; Dicho número de personas aparentemente bajo, es importante en término del gasto en servicios y medicamentos que dichos pacientes generan, en especial, si no se incorporan a un programa de manejo profiláctico y

1 Estudio de las variaciones en los informes de prevalencia de la hemofilia alrededor del mundo, Stonebraker, J. et al , 2009 Blackwell Publishing Ltd. Disponible en http://www1.wfh.org/publication/files/pdf-1232.pdf

presentan una de las múltiples complicaciones inherentes a la enfermedad.

De otro lado la falta de sub-especialistas certificados y disponibles en nuestra región hacen del acceso a la consulta una de las principales barreras de acceso para la orientación diagnóstica y terapéutica de nuestros pacientes. Agrava lo anterior la suma de la angustia de usuarios y familiares por los efectos severos de las enfermedades, su expectativa de obtener rápidos resultados y su desconocimiento de la cronicidad tanto de la enfermedad como de las medidas terapéuticas.

Adicionalmente, el país cuenta con un registro preliminar que busca generar un sistema de información básico sobre enfermedades huérfanas que proporcione un mayor conocimiento sobre su prevalencia o número de casos.

En Colombia hay 13.168 pacientes diagnosticados con alguna enfermedad huérfana, de acuerdo con el resultado preliminar del censo que adelanta el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Cuenta de Alto Costo.

Este balance se desprende de la información reportada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), incluidas las de los regímenes de excepción y especial de salud así como las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud.

Con este registro de pacientes, tal como lo establece la **Ley 1392 de 2010**, el Ministerio busca generar un sistema de información básico sobre enfermedades huérfanas que proporcione un mayor conocimiento sobre la incidencia de los casos, la prevalencia, la mortalidad o, en su defecto, el número de casos detectados en cada área geográfica.

Esto permite identificar los recursos sanitarios, sociales y científicos que se requieren para los tratamientos, así como neutralizar la intermediación en servicios y medicamentos, evitar el fraude y garantizar que cada paciente y su cuidador o familia en algunos casos, reciban efectivamente el paquete de servicios diseñado para su atención con enfoque de protección social.

Las enfermedades huérfanas, son aquellas crónicamente debilitantes y graves, que amenazan la vida, y que tienen una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas y comprenden las enfermedades raras, las ultra huérfanas y las olvidadas, clasificaciones establecidas en las **Leyes 1392 de 2010 y 1438 de 2011.** El número de pacientes con enfermedades raras varía entre ellas, por lo que mientras algunas pueden tener cientos de pacientes otras solo las padecen unas cuantas personas.

En un trabajo coordinado por el Ministerio de Salud con la academia, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes, se identificaron las enfermedades raras que existen en el país, de acuerdo a la prevalencia, y cuyo listado fue publicado en la **Resolución 430 de 2013** (Reconocimiento de las

enfermedades Huérfanas como de especial interés y en cuyo listado se encuentra los pacientes hemofílicos). Este será revisado cada dos años, de acuerdo con la Ley 1392 de 2010, con el fin de actualizarlo y así poder identificar nuevas enfermedades que se presenten en el territorio nacional.

Algunas de las dificultades que presenta la atención a las enfermedades huérfanas tienen relación con dos aspectos: el primero, con la poca disponibilidad de pruebas diagnósticas, por lo que el Ministerio iniciará el proceso de evaluación con el fin de determinar la posibilidad de incorporar nuevas opciones en el plan de beneficios; y la segunda es que no todas las enfermedades tienen tratamientos disponibles, y algunas de las que los tienen no están rápidamente disponibles en el país.

Sin embargo, los pacientes y el sistema cuentan con un mecanismo establecido en el **Decreto 481 de 2004**, que permite la importación de medicamentos vitales no disponibles cuando son indispensables e irremplazables para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o un grupo de pacientes, y que por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización no se encuentran disponibles en el país o las cantidades no son suficientes. Este listado está disponible en la página web del Invima.

El Ministerio de Salud continúa en el proceso de implementación de la Ley 1392 de 2010. En el marco de la cooperación establecida en esta norma, en octubre de 2013 se firmó un memorando de entendimiento entre el Ministerio y la

Federación Mundial de Hemofilia (FMH), con el fin de fortalecer la atención de esta y otras coagulopatías, un grupo de enfermedades raras de alto impacto para la población colombiana. En desarrollo del acuerdo, el pasado 3 de febrero se realizó la primera reunión con los miembros de la FMH, durante la que se estableció el cronograma de capacitaciones sobre indicadores en salud en hemofilia, certificación de centros de atención y construcción de redes de servicio.

Adicionalmente, **el Ministerio trabaja en la inclusión de la Hemofilia en la Cuenta de Alto Costo**, en busca de un frente común mediante la articulación de las sociedades científicas, las instituciones prestadoras, las asociaciones de pacientes y las aseguradoras, para promover la gestión de riesgos en EPS e IPS mediante pedagogía, difusión de experiencias exitosas, instrumentación y la creación de referentes técnicos, procurando la calidad técnico científica en el manejo de los casos existentes. Hoy los pacientes diagnosticados con enfermedades huérfanas cuentan con una protección adicional establecida en la **Ley Estatutaria 209 de 2013**, la cual establece que las personas que sufren de enfermedades huérfanas, entre otras, son sujetos de especial protección por parte del Estado y su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Y las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que garanticen las mejores condiciones.

El pasado 28 de febrero se celebró el Día Mundial de las Enfermedades Raras,

una iniciativa que busca crear conciencia sobre la existencia de las enfermedades raras y su impacto. El Ministerio de Salud, apoya todas las iniciativas que hacen la academia y las asociaciones de pacientes en el marco esta celebración, consciente de que los retos para el manejo de estas enfermedades requieren esfuerzos integrados de todos los actores para mejorar cada día la atención a esta población.

2. RESUMEN EJECUTIVO

Objetivo: Realizar ajustes al modelo de hemofilia de Neovid IPS, centrado en el paciente y su entorno familiar, donde se evidencien resultados de impactó clínico y de la satisfacción de los usuarios posteriores a su implementación.

Metodología: Se realizó bajo marco lógico, con encuestas y con entrevista y con búsqueda de registros bibliográficos en texto completo, con criterios de selección de modelos de atención en salud del paciente hemofílicos, donde se evidenciaran mediciones que tuvieran impacto sobre el resultado clínico y la satisfacción de los pacientes.

Resultados: Se llevó a cabo una revisión del modelo implementado en Neovid y nos metimos a darle respuesta a la pregunta de investigación y esta nos permitió la necesidad de profundizar en el tema, mostrándonos los atributos que deben tener un buen modelo de atención centrado en el paciente y su entorno familiar.

Conclusiones: las enfermedades huérfanas, dentro de ellas la hemofilia están catalogadas como una de las patologías de mayor impacto en salud pública en el mundo, y las diferentes intervenciones en miras de disminuir la incidencia de la enfermedad, no han dado un resultado tranquilizador. Una opción eficiente y costo efectivo, es la implementación de un modelo de atención centrados en el paciente y su entorno familiar que de manera estructurada y crítica genere un marco estratégico bajo el cual se desarrolla la medición de resultados posteriores a la implementación de los modelos. Es un punto importante para la valoración del éxito del modelo, control de procesos, toma de decisiones oportunas, atención integral de calidad, al paciente, la familia y cuidadores.

Palabras claves: modelos de atención en salud, paciente, entorno familiar, satisfacción implementación e impacto.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención centrada en el paciente HEMOFILICO, como el principal protagonista, debe enfocarse en la oferta de los servicios de salud de una manera humanizada, efectiva, segura, que cumpla con las expectativas de los usuarios (Paciente, familia y cuidadores), con un modelo de atención centrado en la familia , que permita la integralidad y la adherencia al tratamiento del paciente hemofílico y su entorno familiar, para esto el programa cuenta con diferentes herramientas y recursos, de los cuales se evidencia una carente referencia e información, su implementación, impacto esperado, características y resultados.

El Cambio en los sistemas de la atención en salud, al igual que el progreso de tecnologías, ha dado lugar a dificultades enfocados en el proceso salud - enfermedad del paciente, de esta manera, no se tiene presente al individuo en el contexto dinámico en el que vive y se desarrolla, disminuyendo la atención con enfoque hacia la persona como sistema, respetando su condición, sus valores, preferencias y necesidades, el cual, está sujeto a diferentes factores que lo influencian y que hacen parte de su auto cuidado y de la toma de decisiones certeras, que afectan su bienestar.

El fraccionamiento de la atención en salud del paciente hemofílico, teniendo como causa principal el der ser una enfermedad ruinosa y catastrófica nuestro objeto se centra principalmente en la prestación de un servicio con calidad, enfocado en el diagnóstico y tratamiento, todo a través de un modelo de

medicina tradicional, la atención centrada en la enfermedad, la interpretación de exámenes físicos, al igual que la valoración de análisis de laboratorio y métodos diagnósticos, son diferentes condiciones que rodea al paciente y la prestación de los servicios de salud, dejando de lejos el compromiso y deber, en la intervención de los diferentes actores involucrados de manera directa y que intervienen en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, seguimiento, intervención en manejo de la familia debido a que la hemofilia es un padecimiento vitalicio que pone constantemente en peligro la vida y su tratamiento es costoso, afecta considerablemente muchos aspectos de la vida familiar , por lo tanto es importante que padres, cónyuges y otros integrantes de la familia sean participativos, instruidos, comprensivos y activos en todos los aspectos del cuidado del paciente, esto con el fin de satisfacer mejor las necesidades del paciente en su entorno social y emocional.

Existe diferentes problemáticas para el acceso a los servicio de salud a las que se ve enfrentado el paciente, la familia y los cuidadores (usuarios): oportunidad en la atención, sistemas de salud fragmentados que hacen traumático la solicitud de servicio sanitarios, inestabilidad de normas y leyes en salud, las estrategias de trabajo que tiene las instituciones y empresas para prestar sus servicios; todo lo anterior, hace que el abordaje de la enfermedad se realice en un estado avanzado, con deterioro funcional del paciente, inefectividad en los tratamientos instaurados, secuelas irreversibles, además de la muerte prematura del paciente.

La falta de un modelo de atención que integral en salud centrados en el paciente, al igual que su evaluación, hace que se presente la variabilidad en los procesos, la alta incidencia de eventos adversos derivados de la atención en salud, la falta de unificación en los criterios e implementación de estrategias de cuidados centrados en el paciente, reflejan una gestión en salud desorganizada, que trata de enfocarse en puntos críticos pero no es asertiva, siendo ineficiente, aumentando cada vez, “los desperdicios en el entorno asistencial, como tiempos de espera, sobre proceso, inventario, transporte, movimiento, sobreproducción, y defectos.

Frente a la hemofilia, se tiene claro las herramientas, como un equipo de cuidados integrales , que cuente con los siguientes miembros en el equipo, hematólogos, coordinador de enfermería, fisioterapeuta y trabajador social , estos miembros deben tener conocimiento y experiencia en los trastorno de la coagulación y deben contar con los siguientes recurso, laboratorio de coagulación, concentrados de factor coagulación adecuados ya sea derivados del plasma o recombinantes y disponer como referencia de un banco de sangre y crioprecipítados, además deben contar con especialista disponibles como asesores al programa, como cirujano ortopédico, fisiatra , odontólogo, especialista en enfermedades infecciosas e inmunológicas.

4. MARCO TEORICO

En los países desarrollados el común denominador es la carga de la enfermedad, la incidencia de patologías de alto impacto en salud pública, la prevalencia de enfermedades no transmisibles, como la hemofilia, al cual se le han hecho múltiples intervenciones, y sigue en espera de estrategias efectivas, donde se brinde a los usuarios servicios con calidad que cumplan con sus expectativas.

A lo largo de la historia, se han otorgado a esta enfermedad muchas denominaciones como: hemorrea, hematofilia, enfermedad hemorrágica, hemorragia idiosincrásica, diátesis hemorrágica hereditaria..., hasta la denominación actual de Hemofilia – que significa afinidad por la sangre – y que acuñó para la posteridad Friedrich Hopff en su tratado de 1828 (Ingram, 1976).

Según las proyecciones de la liga de hemofilia, más de 162 mil personas viven con hemofilia en el mundo, mientras que en Colombia se calcula que existen unos 2.500 pacientes [2]. El 97% de los casos se presentan en hombres.

La dura realidad actual de la hemofilia a nivel global en el Mundo, se resume en que el 70% de los pacientes con hemofilia no están diagnosticados y en que el 75% no está tratado. Estas deficiencias que son a nivel del diagnóstico y el tratamiento se derivan obviamente de una serie de carencias fundamentalmente relacionadas con una falta de infraestructuras, de una deficiente educación sanitaria y de un precario entrenamiento y especialización de los médicos y especialistas. Esto es así, en general, porque según datos de la World

Federation of Haemophilia (WFH) la hemofilia no es una prioridad para los gobiernos pero, además, es que para algunos de ellos el gasto del tratamiento es inaccesible. El resultado desafortunado es que muchos de los pacientes fallecen en la infancia a edad temprana o si sobreviven padecen de por vida una discapacidad crónica y un alto deterioro de su calidad de vida.

La carga de la enfermedad en cualquier población se puede reducir, con metodologías, estrategias y modelos de atención, que guíen el diagnóstico temprano, el tratamiento efectivo, la intervención en la rehabilitación del paciente hemofílicos, y en consecuencia, disminuir los costos que acarrean los desenlaces desfavorables de las complicaciones que tienen estos pacientes y el impacto en la muerte de manera precoz a causa de esta patología; “Se requiere un modelo de atención que supere el enfoque biomédico típico de los programas actuales, pero además de lo que ocurre en la puerta de entrada, es necesario garantizar la coordinación con otros escenarios de atención y la continuidad, de lo contrario, no se logrará superar el problema de fragmentación en la contratación que aqueja los modelos de atención en patologías crónicas, y no será posible generar mejores resultados para los pacientes y el ahorro para los pagadores. Para abordar temas tan complejos como las patologías crónicas, en particular la hemofilia, que no tiene selección por algún tipo especial de población, sino que es una enfermedad genética, es necesario enfocar los esfuerzos en la atención centrada en el paciente con calidad, para disminuir la incidencia por medio de estudios de consejería genética. La calidad en salud no depende de un atributo único del servicio, por el contrario, depende de varias características, entre las cuales se destacan la efectividad, la seguridad, la

eficiencia y el enfoque de proveedores. Hoy en día existen múltiples instituciones sanitarias que promueven diferentes estrategias y actividades internas para abordar el tema de la atención del paciente con hemofilia, estas incluyen el diseño de políticas, implementación de metodologías, mediciones y análisis de resultados, creación de estrategias además de la formación de modelos de atención en salud, centrados en el paciente de manera general.

La atención en salud centrada en el paciente, es un enfoque estratégico, del cual se ha venido hablando y actuando en países desarrollados como Canadá, Estados Unidos, y algunos países de Europa, e incluso, se ha iniciado a trabajar en las instituciones de salud de Latinoamérica, implementando las estrategias que abordan el tema, tomando como referente, los países que lo abanderan; en efecto, aquellos países que son líderes en investigación de enfermedades catastróficas incluyendo la hemofilia, poseen los mayores programas de intervención para la atención sanitaria de estos pacientes, es por ello que el tema de modelos de atención en salud, es relativamente nuevo en algunos lugares del mundo, que enfocan sus recursos a otros objetivos, pero no los invierten en el reconocimiento de una patología de gran importancia en salud pública.

El objetivo de la atención centrada en el paciente con hemofilia, debe de motivar a los líderes de las instituciones, directores y gerentes, a la creación de “Modelos de Atención en Salud”, en búsqueda de nuevas estrategias, revisar el diseño, uso de herramientas, organización, planeación y planificación de procesos,

incentivando la participación dinámica de todos y cada uno de los miembros responsables de la atención del usuario, para que realicen la prestación del servicio de salud, de una manera humanizada y buscar que se logre un resultado esperado con calidad.

Según la literatura revisada, la Atención en Salud Centrada en el Paciente, busca responder a las necesidades y demandas que tiene el usuario durante la oferta de los servicios de salud y el paso por las instituciones prestadoras; obtener una atención de calidad y con seguridad, desde la perspectiva de los pacientes, en donde se respeten sus valores, preferencias y necesidades expresadas, con la atención coordinada e integrada de un equipo profesional multidisciplinario e idóneo, que brinde información clara y de alta calidad.

En hemofilia, la atención centrada en el paciente, incluye la educación para el usuario, la familia y cuidadores, bienestar físico, el manejo del dolor, apoyo emocional, reducción del miedo y la ansiedad, permitiendo la participación de los miembros de la familia y amigos, asegurar la continuidad y el acceso en la asistencia de la atención sanitaria.

Para la atención de pacientes hemofílicos, como lo dice la liga mundial de hemofilia, en el concepto de atención en salud centrada en el paciente, los usuarios y los profesionales de la salud trabajan de manera conjunta para obtener los mejores resultados y beneficios, siendo la participación del paciente, el atributo más importante del enfoque de cuidado en salud, dirigido a éste último.

5. MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN COLOMBIANA 1991 - CAPÍTULO 2 - DE LOS DERECHOS SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES

Art. 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

Art. 49. 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.

Art. 50. Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado.

LEY 100 DE 1993, LEY 1438 DE 2011 (Enero 19)

"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

LEY 1392 DE 2010 (Julio 2)

Se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores.

DECRETO 481 DE 2004 (Febrero 18) ARTÍCULO 1o. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Las disposiciones contenidas en el presente decreto tienen por objeto regular los procesos, requisitos e incentivos para la investigación, desarrollo, producción, importación y comercialización de los medicamentos vitales no disponibles con el fin de mejorar la oferta de los mismos en el país.

ARTÍCULO 2o. MEDICAMENTO VITAL NO DISPONIBLE. Es un medicamento indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o un grupo de pacientes y que por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes.

ARTÍCULO 3o. DETERMINACIÓN DE MEDICAMENTO VITAL NO DISPONIBLE. La Sala Especializada de Medicamentos de la Comisión Revisora del Invima, con base en los criterios definidos en el presente decreto y en la información disponible en el Invima, establecerá y actualizará en forma permanente el listado de los medicamentos vitales no disponibles. En todo caso los medicamentos vitales no disponibles que hagan parte del listado deberán estar incluidos en normas farmacológicas.

ARTÍCULO 4o. CRITERIOS PARA DETERMINAR QUE UN MEDICAMENTO ES VITAL NO DISPONIBLE. Para determinar la condición de un medicamento vital no disponible, este deberá ajustarse a la definición de que trata el artículo 2o del presente decreto y cumplir con los siguientes criterios.

Circular No. 01 de 2014. Por la cual se incorporan medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la circular 03 de 2013 de la

Comisión Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su precio máximo de venta, se modifica la circular 07 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

6. JUSTIFICACION

La Hemofilia, es una patología que requiere de una atención del paciente y la familia y/o cuidadores, bajo la asistencia multidisciplinaria de un equipo de salud; el usuario, debe de tener un abordaje con miras a disminuir las diferentes barreras para el acceso a los servicios de salud, y disminuir aquellos factores que determinan su vulnerabilidad, a los que se ve enfrentado el paciente hemofílico, desde su diagnóstico, hasta su manejo e intervención.

La atención en salud centrada en el paciente hemofílico, comprende diferentes objetivos, escenarios y partes interesadas, en donde la búsqueda principal y los modelos a implementar, impacten en el paciente y su recuperación, su situación individual, el ambiente en que se desarrolla y que lo influencia, además de las situaciones y circunstancias que constantemente lo rodean, comprendiendo y profundizando la persona en su totalidad.

El sistema y los profesionales de la salud, deben de priorizar al paciente como el objetivo y fuente de información principal, en donde se dé el acercamiento y beneficio mutuo, incorporando el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, seguimiento, intervención en el cuidado de la familia, y la integración de manera funcional, en una sociedad, ofreciendo al paciente y su familia, información clara sobre su condición, con miras de mejorar la relación médico- paciente y la

comunicación de una manera efectiva; como dice Ammentorp J, et al: La comunicación es esencial para el paciente, síntomas, problemas y preocupaciones pueden ser identificados como base de la prevención, diagnóstico, tratamiento, atención y rehabilitación[3].

Se debe desvirtuar que la responsabilidad en la recuperación, es única y exclusivamente del usuario, de esta manera se reduce el daño derivado de la atención, se motiva la participación activa del usuario, la familia y/ o cuidadores, donde los profesionales de salud apoyan la toma de decisiones y motivan la adherencia a los tratamientos, liderando la planeación y planificación de políticas en el proceso de atención en salud, la gestión y organización de centros asistenciales con un beneficio enfocado a los pacientes, que reportan mayor satisfacción, mejores resultados y cumplimiento de las expectativas en la atención prestada.

Es necesario, la implementación de modelos de atención en salud, basados en la evidencia, que respondan a las necesidades de los pacientes, al igual que sus preferencias y valores; asegurar que el impacto en los usuarios, guíen las decisiones clínicas, traducido, en la atención centrada en el paciente con medidas y resultados, lo cual se convierte en un indicador que permite establecer la efectividad del sistema de atención, reflejado en la disminución de quejas y reclamos, a causa de la insatisfacción de los servicios recibidos.

Aunque existen diferentes técnicas de detección temprana para determinados tipos de hemofilia (Hemofilia A, Hemofilia B) por ser una patología de interés en salud pública, la enfermedad prevalece, la carga de la enfermedad y la

incidencia en patologías no transmisibles sigue en aumento. Se hace necesaria la búsqueda de modelos de atención en salud, que de manera crítica y estructurada, expongan claramente, el abordaje del paciente hemofílico, con la implementación de guías, programas y estrategias que permitan el acompañamiento a los usuarios y partes interesadas, durante el manejo de la enfermedad.

Tomar el camino de mejorar la atención de estos pacientes puede resultar una tarea intimidante. Un paso inicial importante es establecer un censo nacional de pacientes que padecen esta enfermedad. Un censo de pacientes es una valiosa herramienta para mejorar la vida de las personas con hemofilia. Es indispensable para rastrear la identificación y diagnóstico de personas con hemofilia, y para vigilar su salud, así como para las actividades de planeación a largo plazo de organizaciones de hemofilia, y para el establecimiento de prioridades en la atención de la salud. Contar con este censo nos permite llegar a consenso de que la información sirva para que el estado cree estrategias de concientización, promoción y prevención de la enfermedad en todo el territorio nacional, con los distintos entes prestadores de servicios de salud. Tanto que la OMS y la FMH, en reunión en Ginebra suiza en 1997 se habló que los países en vía de desarrollo deben contar con un censo nacional " A fin de permitir la planeación y desarrollo de los servicios de salud en esta enfermedad", y que sirva a escala mundial para poder comprar la información entre diferentes países y generar una red de información que nos ayude a intercambiar conocimiento y lograr obtener mejores políticas de desarrollo para el diagnóstico,

tratamiento y manejo integral de la enfermedad.

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué modelo propuesto para el cuidado y tratamiento han generado resultados y satisfacción exitosa en pacientes hemofílicos?

8. ¿EMPRESA DONDE SE REALIZA LA PROPUESTA?

NEOVID S.A.S es una institución prestadora de servicios de salud de naturaleza privada, ambulatoria, creada bajo el lema de ofrecer calidad de vida a sus pacientes. Nuestra atención está enmarcada en la responsabilidad médica y calidez humana, orientada hacia diagnósticos precisos y tratamientos eficaces. Logramos estos objetivos apoyados en un equipo humano entrenado y capacitado en áreas específicas, que ofrece a los usuarios el lugar y tiempo apropiados para su atención.

Foto I: Empresa e integrantes Neovid IPS

FOTOGRAFÍA: NEOVID EN OPERACIÓN

Foto II: Neovid IPS en acción

9. AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EL PROYECTO EN NEOVID IPS

Ver Anexo 1.

9.1 PLATAFORMA ESTRETÉGICA DE NEOVID IPS

MISIÓN

Existimos para brindar una excelente atención en nuestros servicios de salud especializados, poniendo a su disposición una moderna infraestructura y un equipo humano altamente capacitado y calificado para que usted obtenga un servicio óptimo con calidad y humanismo.

VISIÓN

En el 2015 NEOVID IPS será reconocida como la mejor institución prestadora de servicios de salud en la atención ambulatoria de patologías de alto costo, por la calidad en sus diagnósticos y tratamientos eficaces asumiendo una gran responsabilidad social y humana con los usuarios y sus familiares para brindar una mejor calidad de vida.

POLÍTICA DE CALIDAD

NEOVID IPS busca prestar servicios especializados de alto costo, brindando una atención oportuna, pertinente, segura y eficaz a los usuarios e impactando

directamente en la obtención de beneficios, disminución del riesgo y satisfacción del usuario/familias por medio del compromiso de los clientes internos y externos con el cumplimiento de los objetivos de calidad, base para el planeamiento y ejecución de actividades organizacionales. Lo anterior, complementado con el mejoramiento continuo y métodos de solución de problemas para dar así, el máximo uso a los recursos de la IPS y aprovechamiento de las potencialidades del mercado para posicionarnos en las principales ciudades de Colombia.

VALORES INSTITUCIONALES

CALIDAD: Propiedad para satisfacer las necesidades de los pacientes. Nos esforzamos por mantener la adecuada percepción del paciente y que asuma con satisfacción el servicio brindado.

DEDICACION: Entrega intensa a la atención integral de nuestros pacientes. Esto se logra con un equipo humano entrenado y capacitado en las diferentes áreas de atención.

CONOCIMIENTO: Capacidad para convertir la información en acciones efectivas. A través de la magnitud y la sabiduría de nuestro personal llegamos a un diagnóstico preciso y un eficaz tratamiento.

RESPONSABILIDAD: Asumir las consecuencias de todos nuestros actos. En NEOVID IPS luchamos por ofrecer los mayores beneficios a nuestros usuarios

minimizando la exposición al riesgo al que puedan estar expuestos.

HONESTIDAD: Obrar con prudencia diciendo la verdad para generar confianza en nuestros usuarios, proveedores y aseguradores. Nos comportamos y expresamos con coherencia y sinceridad mediante el respeto hacia la verdad con responsabilidad médica y humana y respeto hacia los aseguradores.

9.2 MODELO APLICADO DEL PROGRAMA HEMOFÍLICO EN NEOVID IPS

Concepto de hemofilia:

• Es una alteración en la coagulación de la sangre, **no coagula adecuadamente**.

• Es **hereditaria**, causada por un defecto genético ligado al cromosoma X, se Trasmite de padres a hijos.

• Provocada por la **deficiencia en calidad o cantidad** de alguno(s) de los Factores de la coagulación.

• De consecuencias más o menos graves dependiendo del **grado de severidad.**

• Se manifiesta con **hemorragias** internas o externas.

- **Modelo de atención**

Enfoque diagnóstico diferencial centrado en la acción educativa

Nuestra propuesta parte de una revisión juiciosa de la historia familiar y personal de cada paciente remitido al sub-especialista, de las manifestaciones de la enfermedad, de las complicaciones y del análisis de los exámenes paraclínicos realizados.

Resaltamos que desde el inicio de la atención desplegamos un dispositivo de educación, seguimiento y acompañamiento al usuario y su familia en relación a la comprensión de su enfermedad, de adherencia a su plan terapéutico, de su pronóstico, del reporte de complicaciones y eventos adversos, de las gestiones administrativas ante aseguradores etc., en el claro entendido que nuestra responsabilidad se sitúa más allá de ofertar consulta médica especializada.

La responsabilidad del sub-especialista precisa no solamente el manejo de la patología particular del paciente, si no que involucra la orientación, la educación y la conciliación frente a otros aspectos como patologías sobre agregadas, fármacos adicionales, otras especialidades involucradas, etc.

Enfoque terapéutico centrado en la racionalidad y la integralidad

En nuestra experiencia institucional hemos construido un equipo multidisciplinario liderado por el médico hematólogo y compuesto adicionalmente

por sicólogo, Nutricionista, ortopedista, odontólogo, fisiatra y fisioterapeuta; quienes participan activamente en la terapia del paciente y la orientación y educación familiar.

Una vez definido el plan de manejo se insiste de manera pedagógica a la familia y al usuario la necesidad de generar adherencia al tratamiento, y se vigila y evalúa conjuntamente con los resultados y los efectos adversos con el fin de hacer los ajustes terapéuticos necesarios.

Nuestro conocimiento de los pacientes, sus familias y sus entornos nos ha permitido garantizar el suministro y aplicación de los medicamentos en los lugares más remotos del departamento y en caso de necesitarlo, apoyar el traslado y alojamiento de pacientes y acompañante hasta la ciudad de Medellín.

Enfoque de atención centrado en seguridad del paciente

Bajo este concepto, NEOVID IPS afirma en sus procesos y en su cultura organizacional la importancia de implementar permanentemente acciones seguras, porque la relación entre calidad y seguridad es tan estrecha, que cuando el trabajo se centra en la seguridad, las demás dimensiones de la calidad se manifiestan positivamente “Es difícil, sino imposible, imaginarse una atención segura que no es efectiva, oportuna, equitativa o centrada en el paciente”.

Bajo este modelo, no sólo se obtienen mejores resultados de tipo clínico en el paciente y en la satisfacción de su familia, sino que además puede afirmarse que una atención con menos errores y menos eventos adversos finalmente Es Menos Costosa.

Nuestra institución ha logrado un desempeño de altísimo nivel en los procesos asistenciales, gracias a la implementación de estrategias para la atención segura de los pacientes. Realizamos permanentes capacitaciones y auditorías a nuestro personal y a nuestros servicios para mantener los estándares que nos comprometen en la continuidad y adherencias a los tratamientos, el control de infecciones, el control de eventos adversos, el reporte de reacciones secundarias relacionadas con medicamentos, dispositivos médicos y tecnologías.

- **Algunas de nuestras estrategias de seguridad**

- ✓ Estrategias metodológicas de identificación y clasificación de usuarios según el riesgo atribuible al medicamento que recibe.
- ✓ Entrega de kit con indicaciones del medicamento, cuidados del paciente, plan de manejo, síntomas de alerta, carné de identificación de su patología, carné de seguimiento a paraclínicos.
- ✓ Inducción sobre el manejo terapéutico, dirigida a su cuidador o sus familiares.

- ✓ Transporte y acompañamiento al paciente a las interconsultas para que cumpla la adherencia a estas mismas.
- ✓ Lavado de Manos
- ✓ Manejo seguro de medicamentos y dispensación oportuna de estos mismos.
- ✓ Control de Infecciones
- ✓ Equipo de respuesta rápida

- **Actividades que incluye el programa**

- ✓ En caso que al paciente lo remita a otra interconsulta no contemplada en el programa, se gestiona la autorización ante la Aseguradora y se realiza seguimiento para verificar que el paciente asista a dicha consulta o procedimiento.

- **Medicamentos**

Los medicamentos prescritos y los insumos utilizados serán facturados por evento. Los que se encuentren regulados, se facturarán al valor regulado, según lo dispuesto en la Circular 007 de 2013:

Factor VIII

Factor VIII Recombinante

Factor IX

- **Ayudas Diagnósticas**

Adicionalmente, para mejor adherencia y manejo del programa, se requieren exámenes de laboratorio. Estos laboratorios están incluidos en la tarifa del programa. Ver tarifas en el numeral 2 “Componente económico”.

- **Pacientes en profilaxis**
  - ✓ Hepatitis B y C (1)
  - ✓ VIH I y II (1)
  - ✓ Factor VIII (1)
  - ✓ Inhibidor del factor (1)
  - ✓ Hemograma completo (1)
  - ✓ PTT (1)
- **Pacientes con inhibidores**
  - ✓ Hepatitis B y C (3)
  - ✓ VIH I y II (3)
  - ✓ Factor VIII (3)
  - ✓ Inhibidor del factor (3)
  - ✓ Hemograma completo (3)
  - ✓ PTT (3)

- **Recursos para la prestación del servicio**

a. Talento Humano

- ✓ Médico Hematólogo para adultos y Hematólogo Pediatra

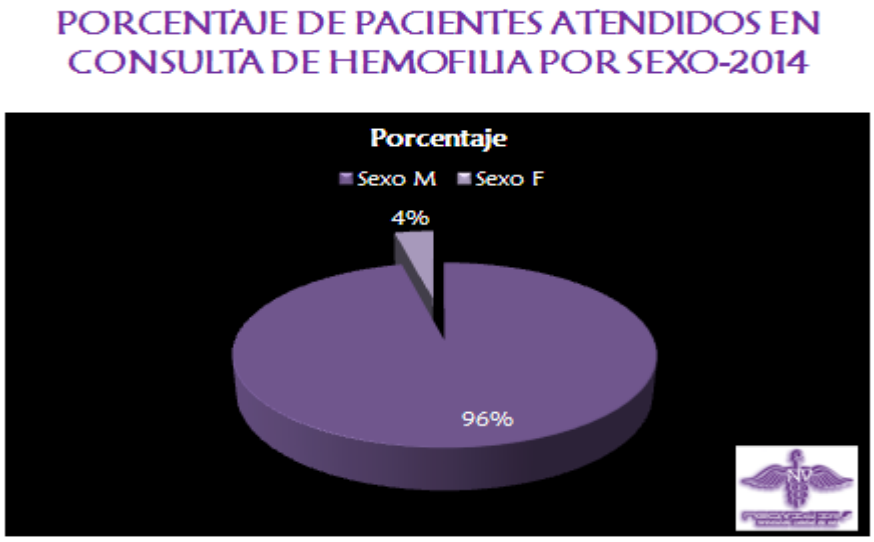
- ✓ Médico de Apoyo: Médico General con Magister en Microbiología y Bioanalisis - Énfasis en Hematología.
- ✓ Psicólogo
- ✓ Nutricionista
- ✓ Ortopedista
- ✓ Fisiatra
- ✓ Odontólogo
- ✓ Fisioterapeuta
- ✓ Enfermero Profesional con Especialización en Enfermería Oncológica
- ✓ Personal Auxiliar en enfermería
- ✓ Químicos Farmacéuticos
- ✓ Regente de Farmacia
- ✓ Bacteriólogo
- ✓ Personal administrativo para atención y orientación al usuario

b. Infraestructura

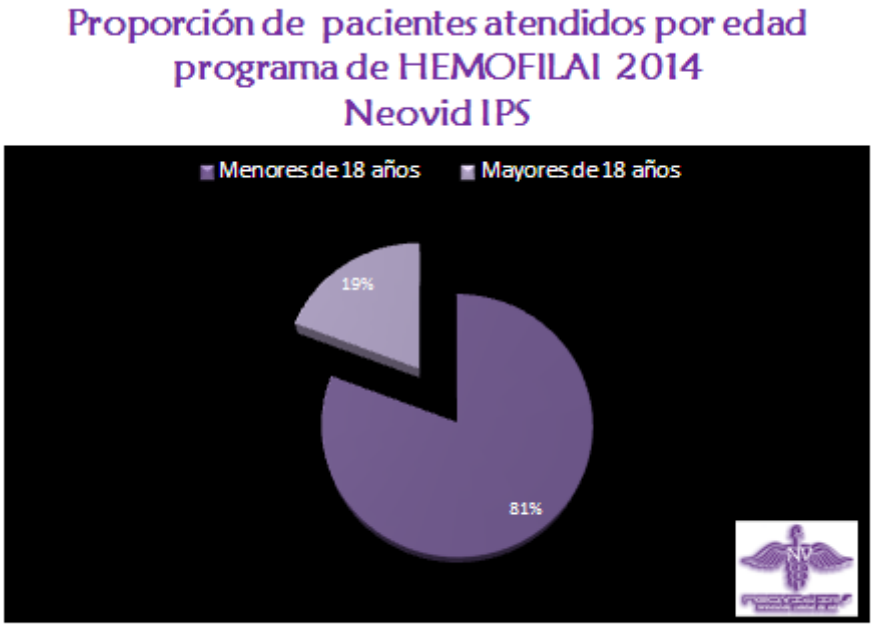
- ✓ Consultorios para las especialidades anotadas y atenciones de soporte.
- ✓ Carro de transporte para el traslado de personal y de medicamentos para administración domiciliaria y para el traslado de pacientes a interconsultas y a servicios de apoyo.
- ✓ Servicio Farmacéutico y Central de Mezclas
- ✓ Sala de procedimientos para administración de medicamentos.
- ✓ Laboratorio clínico

- ✓ Sala de espera equipada con televisor, dispensador de agua y café, material de lectura entre otros.
- ✓ Área de recepción y orientación al usuario.
- ✓ Área de Facturación y entrega de resultados, documentos y prescripciones.

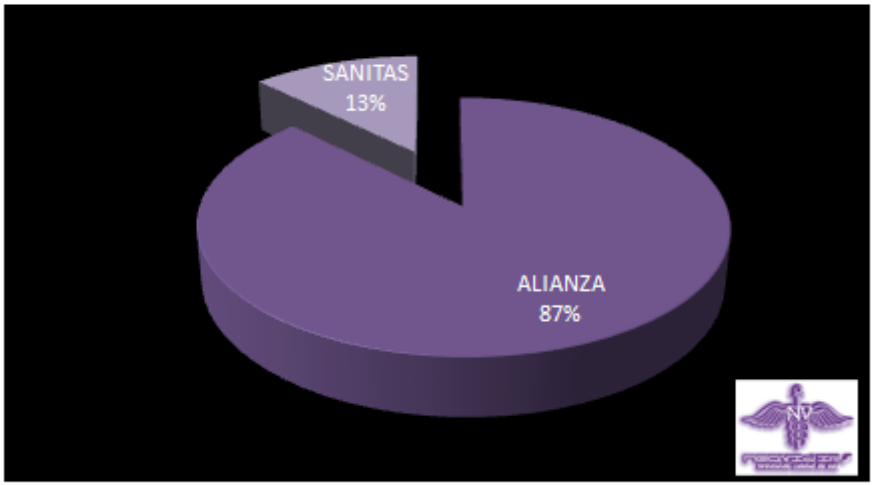
9.3 INDICADORES DEL PROGRAMA DE HEMOFILIA



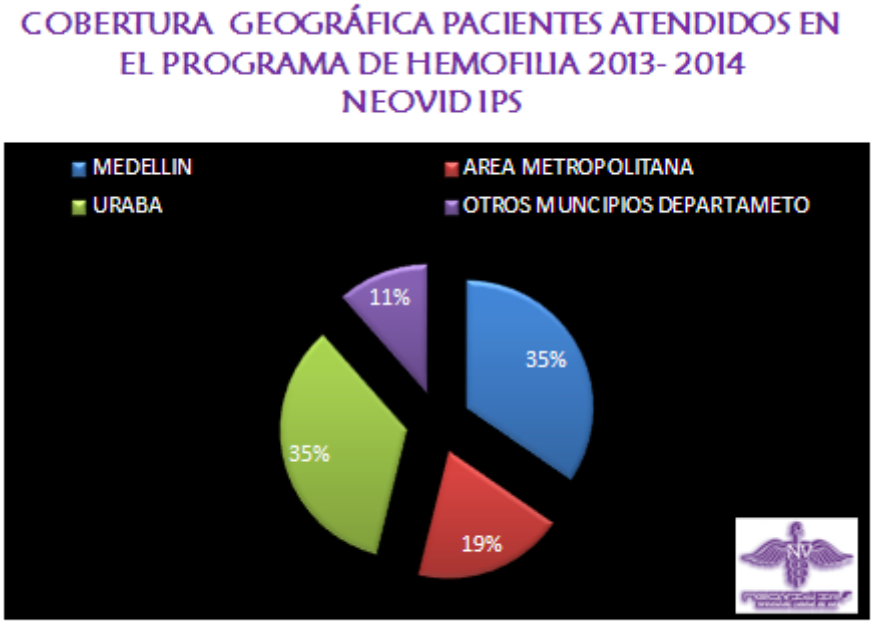
Gráfica No I. Porcentaje de pacientes atendidos



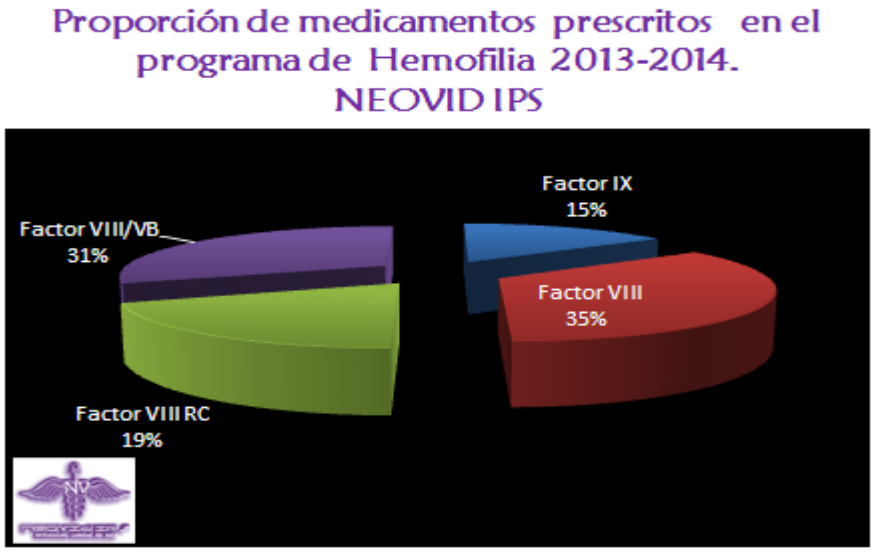
Gráfica No. II Proporción de pacientes atendidos por edad



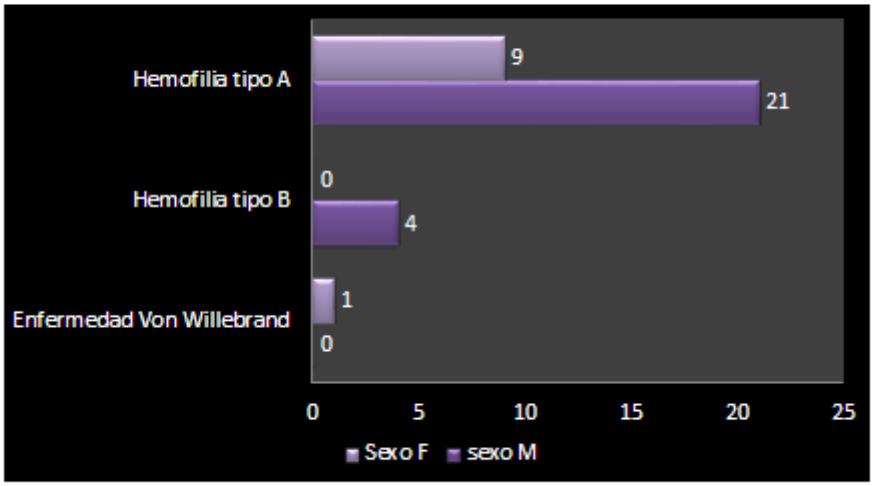
Gráfica No. III Proporción de pacientes atendidos en el programa de hemofilia



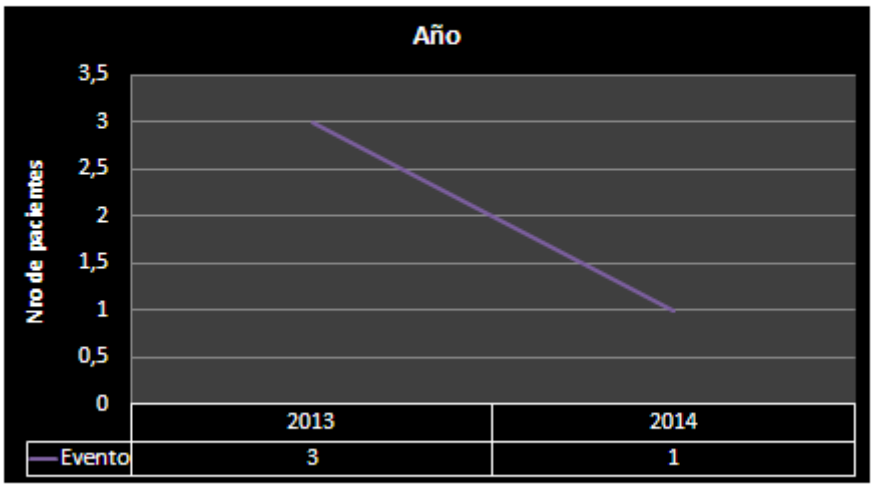
Gráfica No. IV Cobertura geográfica de pacientes atendidos en el programa de hemofilia



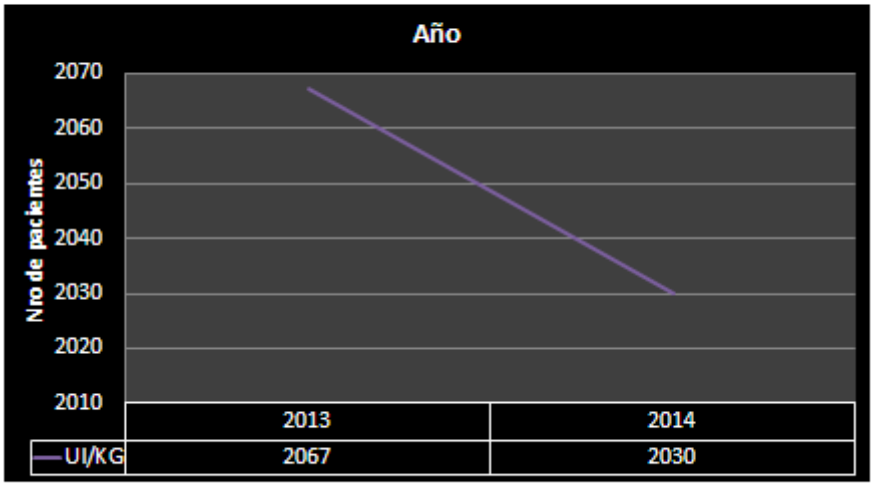
Gráfica No. V Proporción de medicamentos prescritos en el programa de hemofilia



Gráfica No.VI Diagnósticos programa de hemofilia



Gráfica No. VII Tendencia anual del programa de hemofilia

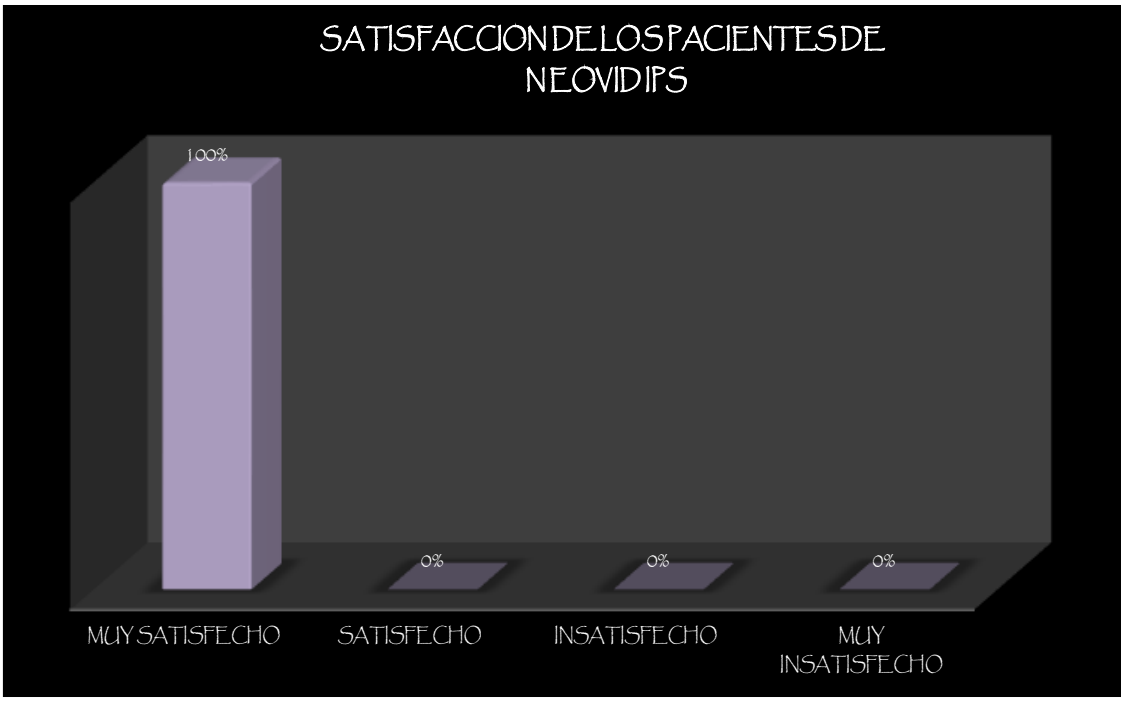


Gráfica No. VIII Número de UI por KG/Peso mes paciente en profilaxis

9.4 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

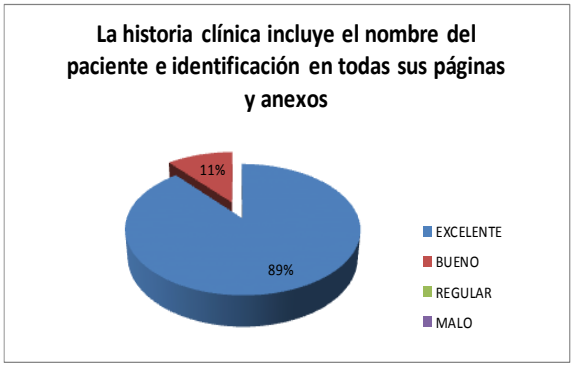
Ver anexo No. 2 Encuesta de satisfacción usuarios Neovid IPS

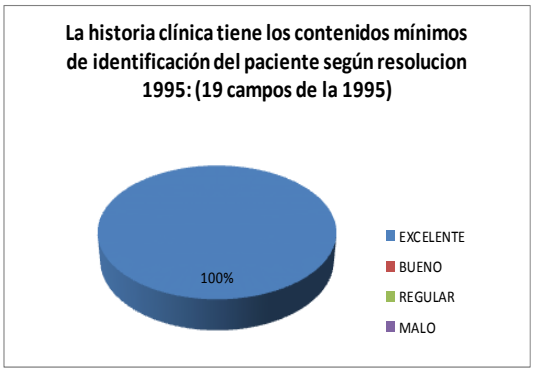
CALIFICACIÓN	
EXCELENTE	1
BUENO	2
REGULAR	3
MALO	4

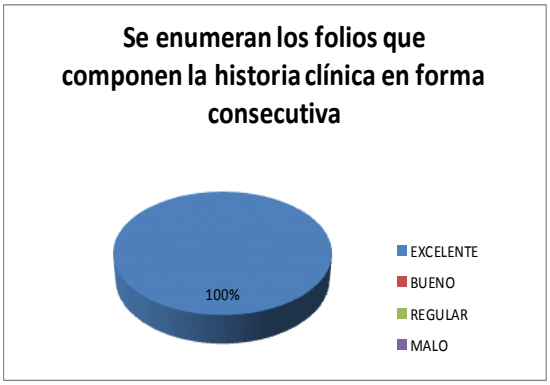


Gráfica No. IX Satisfacción de los pacientes de Neovid IPS

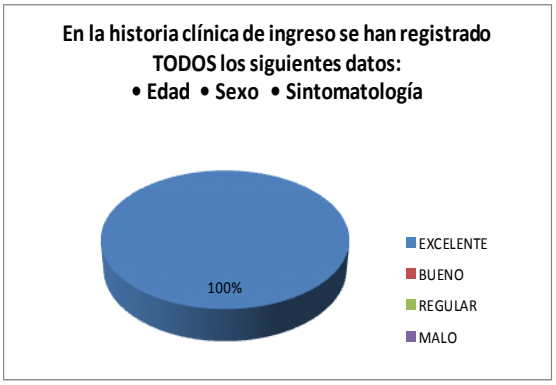
CALIFICACIÓN DE ADHERENCIAS A GUIAS



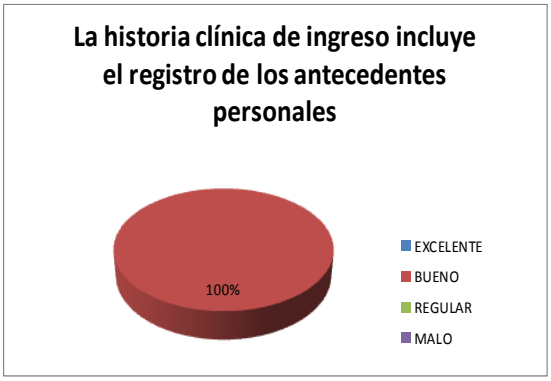



Se enumeran los folios que componen la historia clínica en forma consecutiva
100%
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO

La historia clínica contiene la entidad y el tipo de afiliación a la seguridad social del paciente
100%
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO


En la historia clínica de ingreso se han registrado TODOS los siguientes datos:
• Edad • Sexo • Sintomatología
100%
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO

La historia clínica incluye la revisión por sistemas
100%
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO

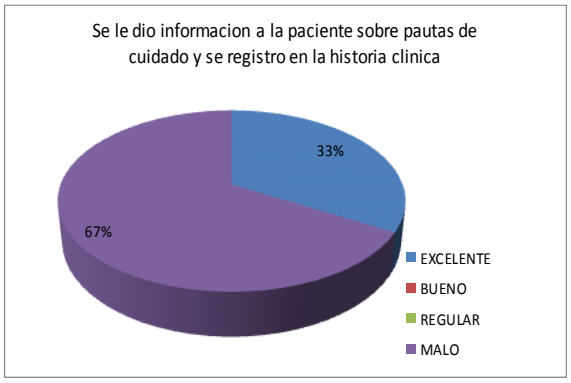

La historia clínica de ingreso incluye el registro de los antecedentes personales
100%
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO

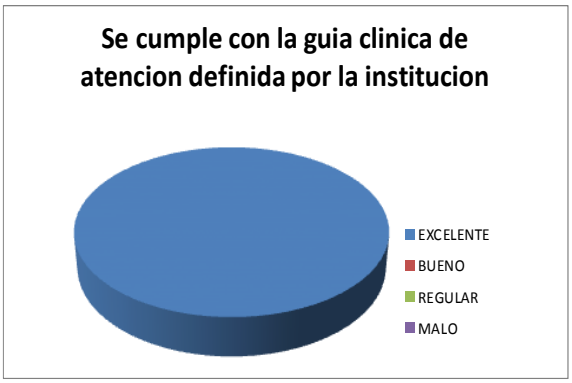
Se registro los resultado de los paraclínicos enviados o traidos por el paciente
100%
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO

Se consigna el examen fisico
100%
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO

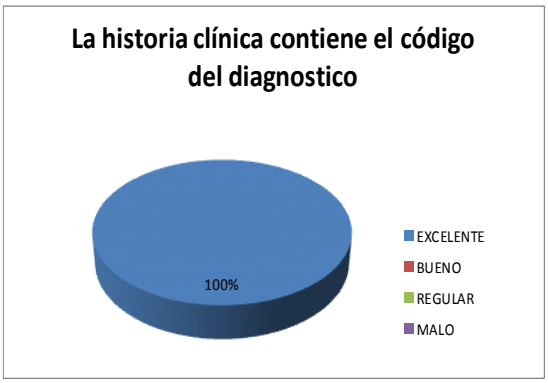
Se envian los examenes indicados en la guia
100%
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO

Se hace el tratamiento indicado en la guia
100%
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO


Se le dio informacion a la paciente sobre pautas de cuidado y se registro en la historia clinica
33%
67%
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO


Se cumple con la guia clinica de atencion definida por la institucion
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO

La historia clínica contempla la conducta a seguir con el paciente
100%
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO



Gráfica No. X Grupo de gráficas - Calificación de adherencias a guías

9.5 PRODUCTO ESPERADOS DE LA PROPUESTA DE HEMOFILIA

Visión, aspiramos lograr un sistema centrado en el paciente, sostenible, resolutivo, innovador, y abierto a la sociedad a la que da servicio:

- ✓ Que desarrolle un modelo de atención orientado al ciudadano, respete plenamente su autonomía y amplíe sus posibilidades de elección informada.

- ✓ Que optimice sus procesos y procedimientos.

- ✓ Que preste una atención de calidad, integral e integrada.

- ✓ Que esté abierto a cuantas innovaciones tecnológicas y cambios organizativos aporten valor añadido a los pacientes y demuestren su eficiencia social.

- ✓ Que promueva la responsabilidad personal y la autonomía organizativa y exija y reconozca resultados coherentes con los medios asignados

- ✓ Que promueva la implicación activa de los profesionales en la mejora continua de la calidad total y se ocupe de incrementar su satisfacción.

- ✓ Que rinda cuentas públicas de sus resultados y rentabilice al máximo los recursos públicos asignados.

Los valores que aspiramos a promover y compartir en el seno de la organización son los siguientes:

- ✓ Orientación al paciente y compromiso con su autonomía.
- ✓ Compromiso ético y social.
- ✓ Corresponsabilidad en el cuidado de la salud.
- ✓ Compromiso con la sostenibilidad del Sistema.
- ✓ Concepción integral de calidad (Calidad técnica + calidad percibida + eficiencia social).
- ✓ Orientación a resultados. Práctica clínica basada en datos.
- ✓ Compromiso e implicación profesional en la mejora continúa.
- ✓ Compromiso de desarrollo profesional.

Principios: calidad integral y orientación a resultados

- ✓ Calidad Integral = Calidad técnica + Calidad Percibida + Eficiencia.

- ✓ Organización orientada a las necesidades de los pacientes y a mejorar los resultados.

- ✓ Resultados analizados desde la óptica de la calidad total, tomando en cuenta la visión de todos los agentes intervinientes: ciudadanos, pacientes, profesionales, administración, etc.
    - ✓ Cuando la práctica clínica se basa en la evidencia de obtener resultados, calidad y eficiencia van unidas.

Conceptos	MODELO TRADICIONAL	PRODUCTO ESPERADO: NUEVO MODELO
VALORES Y CREENCIAS	Calidad técnica	Calidad Integral
	Orientación a la tarea	Orientación al cliente
PROCESO	Fragmentado	Integral
PEFILES PROFESIONALES	Especialización de tareas	Multidiciplinar
	Muchas personas distintas en el proceso	Pocos empleados en cada proceso
	Tareas simples para personas sencillas	Tareas complejas para personas capacitadas
	Profesionales controlados	Profesionales facultados
	Profesionales entrenados	Profesionales formados
	Promoción de rendimientos	Promoción por aptitudes
ESTRUCTURAS	Servicios	Equipos por proceso
COORDINACIÓN	Estructura piramidal	Estructura horizontal
EVALUACIÓN	Centrada en la productividad	Centrada en los resultados
INCENTIVOS	Por productividad	Por resultados

Tabla II: Productos esperados de la propuesta

10. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

MATRIZ DE MARCO LÓGICO

PROBLEMA PRINCIPAL	PRODUCTO FINAL	OBJETIVO GENERAL
Fraccionamiento de la atención del paciente hemofílico y no se tiene presente al individuo en el contexto dinámico en el que vive y se desarrolla, disminuyendo la atención con enfoque hacia la persona como sistema, respetando su condición, sus valores, preferencias y necesidades, el cual, está sujeto a diferentes factores que lo influencian y que hacen parte de su auto cuidado y de la toma de decisiones certeras, que afectan su bienestar. intervención en manejo de la familia debido a que la hemofilia es un padecimiento vitalicio que pone constantemente en peligro la vida y su tratamiento es costoso, afecta considerablemente muchos aspectos de la vida familiar.	Varios de los objetivos que se pretenden lograr implican un significativo cambio en el modo que los ciudadanos se relacionan con el sistema de salud, por ello es escencial transmitir adecuadamente que los objetivos finales del nuevo modelo de autocuidado no se centran en el ahorro econonómico si no en la mejora de los resultados globales del proceso tanto en términos de eficiencia como de satisfacción de los pacientes.	El objetivo del presente trabajo es no tener mejores hospitales, ni mejores prácticas clínicas, ni equipamiento más sofisticado, sino pacientes más sanos y más felices". Ofreciendo un nuevo modelo de salud a los pacientes con este tipo de enfermedades huérfanas "Hemofilia".

Problema específico (Causa)	Producto final específico	Productos intermedios	Objetivo específico	Indicador de logro objetivamente verificable	Medio de verificación	Fecha de entrega	Responsable	Supuesto
Actividades no integradas y fraccionamiento de la atención del paciente hemofílico	Orientación del modelo de atención al paciente hemofílico, proactivo, con buenos conocimientos implicado en el mantenimiento de su salud e interesado en contribuir no sólo al tratamiento e investigación sobre determinadas condiciones de salud sino también a mejorar el sistema de asistencia en salud.	Calidad integral, orientación al cliente, grupos multiciplinarios, pocos empleados en cada proceso, profesionales facultados, promoción por aptitudes y optención de resultados	*Tener pacientes más sanos y más felices. Con tratamiento oportunos, dosis apropiadas, manejo multidisciplinario, reducción de sangrados. *Disminución de número de unidades de factor requeridas.	* Número de "UI" Unidad Inernacional de factor, aplicadas por cada evento de sangrado. * Número devisitas de urgencia hospitalaria por mes / Paciente	Revisión de indicadores en el área de calidad. Historia clínica y exámen físico.	Abril 21 de 2014	Felicidad Rojas Gutiérrez , Bibiana Patricia Londoño Tobón Jarlis Daniel Vizcaino Mezat	Profesionales expertos en gestión de conocimiento, ayuda en la búsquedas de evidencia, gestión documental, organización de actividades de formación, tecnologías de divulgación del conocimiento.

Tabla III: Matriz marco lógico

11. EL MODELO PROPUESTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE HEMOFÍLICO

Líneas estratégicas

La elección de las líneas estratégicas que debe cumplir un modelo de atención sostenible resulta esencial porque determina la concepción estratégica y la visión del sistema sanitario al que aspiramos. La mejor manera de lograr un impacto efectivo sobre el modelo de atención es establecer como líneas estratégicas los propios atributos que a nuestro entender definen el Nuevo Modelo de Atención.

Pese a su aparente simplicidad, el proceso de determinación de dichos atributos o líneas de actuación ha sido laborioso y ha implicado, además de una profunda reflexión, un acercamiento de los distintos lenguajes y visiones de los distintos agentes intervencionistas en el proceso asistencial: pacientes, profesionales de la salud, estado, salud pública, EPS, IPS y responsables políticos.

A nuestro entender los atributos que debe cumplir el nuevo Modelo de Atención son los siguientes:

Figura I: Atributos modelo de atención

ORIENTADO A LA NECESIDAD	
NUEVO MODELO	**MODELOP TRADICIONAL**
Basado en necesidad del paciente	Basado en las demandas del paciente
Nuevas competencias y capacidades orientradas a la necesidad del paciente	Basado en capacidad tradicional del personal
Modelos diferenciados de agudos y crónicos	Diseñado para procesos agudos
Segmentación y priorización clínica Modelo personalizado Tipo e intensidad de cuidados adecuada a la necesidad	Modelo uniformalizado

Tabla IV: Atributos del nuevo modelo de atención orientado a la necesidad

ÁGIL Y ACCESIBLE	
NUEVO MODELO	**MODELO TRADICIONAL**
Atención oportuna. Cita día en el primer nivel y espera razonable en especializada	Dificultad de accesibilidad
Resolutivo en el nivel idoneo	
Organización de procesos ortientados al paciente	El paciente se adapta a la organización
Mejora de la accesibilidad horaria	Accesibilidad horaria muy limitada
Más servicios. No presenciales y domiciliarios	Centrado en la consulta presencial

Tabla V: Atributos del nuevo modelo de atención – Ágil y accesibilidad

CALIDAD TÉCNICA	
NUEVO MODELO	**MODELO TRADICIONAL**
Práctica clínica basada en la evidencia	Variabilidad de la práctica clínica
Herramientas de ayuda y gestión de conocimiento	
Evaluación de calidad y resultados clínicos	Limitado desarrollo de los sistemas de evaluación de calidad
Dignóstico clínico y necesidad de calidad	Diagnóstico médico
Tratamiento integral	Tratamiento básado en medicamentos

Tabla VI: Atributos del nuevo modelo de atención – Calidad técnica

SOSTENIBLE Y EFICIENTE	
NUEVO MODELO	**MODELO TRADICIONAL**
Demanda razonable	Consentimiento y demanda creciente
Profesional idóneo	Especialización excesiva
Optimización del círculo asistencial	Escaso valor añadido
Uso racional de pruebas basados en la evidencia	Centrado en pruebas. Medicina defensiva
Uso racional del medicamento	Muy elevada prescripción y consumo de farmacos
Uso racional de la urgencia hospitalaria	Elevada frecuencia hospitalaria
alternativas a la hospitalización	
Menos latrogenia	Más latrogenia

Tabla VII: Atributos del nuevo modelo de atención – Sostenible y eficiente

COMPROMISO PROFESIONAL	
NUEVO MODELO	**MODELO TRADICIONAL**
Gestión clínica. Estructura más horizontal	Gerarquía tradicional de tipo piramidal
Dirección por objetivos y centrada en resultados y orientada en la calidad integral	Profesionales controlados
Implicación activa en la evaluación y mejora de sresultados	Control externo centrado en la productividad
Profesionales concientes de su gran influencia y promotores de la corresponsabilidad.	Limitada conciencia del impacto económico de las decisiones clínicas
Dinámica de grupos de mejora continua de procesos y procedimientos	Limitada participación de los profesionales en la organización
Sistemas de participación y comunicación	Inadecuada comunicación interna
Política de RRHH motivadora	Política de RRHH Funcionariamente

Tabla VII: Atributos del nuevo modelo de atención – Compromiso profesional

INTEGRADO	
NUEVO MODELO	**MODELO TRADICIONAL**
Procesos integrados	Atención fragmentada
Atención continuada	Atención discontinua
Coordinación y continuidad asistencial	Descordinación entre niveles
Coordinación sanitaria	Descordinación sanitaria

Tabla IX: Atributos del nuevo modelo de atención – Integrado

CORRESPONSABLES En el cuidado de la salud	
NUEVO MODELO	**MODELO TRADICIONAL**
Promoción de la salud - atención en la enfermedad	Asistencialista - excesivamente focalizado en la enfermedad
	Promoción de la salud limitada
Corresponsabilizador	Paternalista
Paciente proactivo en la mejora de su nivel de salud. Autocuidado	Paciente temeroso y pasivo ante en riesgo de enfermedad
Paciente más autonomo y participativo	Paciente dependiente

Tabla X: Atributos del nuevo modelo de atención – Corresponsables

En el cuidado de la salud

12. OBJETIVOS Y MAPA ESTRATÉGICOS

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS			RESULTADOS EN SALUD
CORRESPONSABLE en el cuidado de la salud	Promover el autocuidado en salud. Pacientes más informados , capacitados y proactivos	Potenciar la prevención y la intervención intersectorial en salud	Promover la autonomía y prevenir la discapacidad	
Agilidad y accesibilidad	Garantizar una atención oportuna en el tiempo	Mejorar la accesibilidad horaria y los sistemas de citación	Rediseñar los procesos asistenciales centrándolos en los pacientes	
Orientación a la necesidad	Mejorar la identificación de necesidades y expectativas de los pacientes	Adecuar los modelos de atención a las necesidades reales de los pacientes	Promover la priorización clínica	
Eficiencia y sostenibilidad	Promover el uso razonable de los servicios públicos y canaliza las demandas al recurso idóneo	Promover el uso racional de los medicamentos	Promover el uso racional de los materiales	
Atención integrada	Desarrollar una estrategia integral de atención a las enfermedades crónicas	Establecer planes operativos de coordinación en salud	Promover la gestión por procesos integrados	
Calidad técnica	Impulsar la práctica clínica basada en la evidencia	Promover el desarrollo de herramientas de evaluación de calidad	Identificar y promover el abandono de procedimientos de baja utilidad terapéutica	
Compromiso profesional	Promover una gestión clínica orientada a resultados	Promoverla participación e implementación de los profesionales en la innovación y mejora continua.	Mejorar la comunicación interna	

Tabla XI: Objetivos y mapa estratégicos

13. METODOLOGIA APLICADA

La metodología utilizada en el desarrollo del proyecto ha sido de orientación tenido presente la estructura del marco lógico y el análisis de los procesos que han sido implementados en Neovid IPS, empresa especializada en la atención de los pacientes hemofílicos y se trata de una metodología con una importante base teórica y práctica.

Para la recogida de información se han utilizado técnicas tanto cuantitativas como cualitativas:

Cuantitativas

1. Un cuestionario dirigido a familiares y cuidadores implicados en los tratamientos de los hemofílicos.

2. Se ha entrevistado a la coordinadora del programa de la empresa Neovid IPS para socializarle las mejoras que se proponen en el proyecto.

3. Reunión con la auditora externa de calidad que maneja la guía para la adherencia al tratamiento del programa de hemofilia.

Cualitativas

- Análisis de fuentes documentales

En la primera fase del proyecto, se analizó la literatura científica internacional y Nacional más importante con objeto de analizar las principales aportaciones teóricas

Realizadas frente al tratamiento de los pacientes hemofílicos. En especial la liga de hemofilia mundial y liga de hemofilia de Antioquia.

14. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La participación en este trabajo fue una decisión libre y autónoma de los estudiantes, como trabajo de grado y requisito para aspirar al título de Especialistas en Gerencia en Servicios de Salud.

Las relaciones estudiantes con la IPS estuvieron mediadas por la verdad y se basaron en el consentimiento libre, consciente y reflexivo de la IPS y sus colaboradores, en lo que tiene que ver con los asuntos administrativos del programa de Hemofilia mas no la intervención en los procesos asistenciales, lo que implicó la responsabilidad de solicitar autorización de la gerencia en los términos académicos , propósitos y el sentido del trabajo, la forma como se llevaría a cabo, sus destinatarios, y sus formas de divulgación.

Estas relaciones se basaron en los principios de respeto de reciprocidad, y de

confidencialidad, relacionada con la información obtenida hacia la organización. Se partió de acuerdos, de confidencialidad sobre los temas que se trabajaron, la agenda de encuestas, la publicación de los resultados del trabajo y la forma de difusión de los mismos. La gerencia de la institución conocen los resultados del trabajo, así como la información a ser registrada, y el propósito de ser compartida con fines académicos.

El material de campo y los registros fueron guardados cuidadosamente por los estudiantes y se conservó en la oficina de los mismos.

De acuerdo con el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que regula la investigación con seres humanos en el país, este trabajo por utilizar las bases de datos con información de los pacientes , se clasificó como de Investigación sin riesgo: ya que el proyecto empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en el trabajo, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Hubo un conocimiento claro por parte de los estudiantes que el desarrollo de este proyecto no generó percepción de honorarios o pagos por la Neovid IPS, ni por la fundación Universitaria Luis Amigo.

Los resultados y conclusiones del trabajo se basaron en los datos obtenidos, para ello expusieron con absoluta transparencia los hallazgos y la metodología utilizada.

La periodicidad con que se hizo seguimiento al proyecto en las consideraciones éticas: los estudiantes velaron por el cumplimiento en forma permanente de las consideraciones éticas y realizo evaluaciones periódicas mensuales durante la recolección de la información.

15. COMPROMISOS DE LOS ESTUDIANTES

Los resultados del proyecto serán presentados ante los directivos, el Comité de Calidad y Seguridad de la NEOVID IPS. De igual forma, los estudiantes informaran al asesor de la Universidad cualquier cambio al proyecto durante el desarrollo de éste, cualquier dificultad que se presente en relación con las consideraciones éticas, además fecha de inicio y finalización del proyecto.

16. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DEL NUEVO MODELO

"Programa por vinculaciones en xls"

Se anexa CD

EMPRESA:	**NEOVID IPS**
INICIO ACTIVIDAD	**marzo-13**

El objetivo de la aplicación es realizar un simulación rápida de la viabilidad de un modelo de atención de pacientes hemofílicos en el entorno familiar

HOJAS DE DATOS (completar todos los datos antes de ver resultados)	**INVERSIONES**	Introducir el importe de las inversiones iniciales y las necesarias durante cada año para el funcionamiento adecuado para el modelo.
	FINANCIACIÓN	Introducir la financiación inicial (que ha de ser igual a las inversiones iniciales) y la necesarias para los ejercicios siguientes
	PRODUCTOS	Previsiones de número del unidades de productos o servicios a vender y a comprar, con sus precios medios, para calcular las cifras de ventas y aprovisionamiento.
	GASTOS	Gastos de personal, alquileres y servicios previstos
HOJAS DE RESULTADOS	**RESULTADOS**	Genera la cuenta de resultados previsional. En esta hoja también se introducen los porcentajes de impuestos y beneficios a distribuir.
	TESORERÍA	Calcula la situación de la tesorería a final de cada ejercicio. A partir del resultado, sumando y restando los cobros y pagos por operaciones de inversión y financiación.
	BALANCE	Balance inicial y al final de cada año completo de actividad
	ANÁLISIS	Estudio de la viabilidad a través del análisis de los ratios del balance, el punto de equilibrio y la rentabilidad

PROYECTO HEMOFÍLICOS NEOVID

INVERSIONES	INICIO ACTIVIDAD	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	VIDA ÚTIL	(%) Amort
ACTIVO NO CORRIENTE (A)								
Maquinaria	5,000,000.00						10	10%
Mobiliario	10,000,000.00						5	20%
Equipos informáticos	9,000,000.00						3	33%
Vehículos	37,000,000.00						8	13%
Otros	5,000,000.00							
TOTAL NO CORRIENTE	**66,000,000.00**							
ACTIVO CORRIENTE (B)								
Existencias iniciales	2,000,000.00							
Tesorería (Caja Bancos)								
TOTAL CORRIENTE	**2,000,000.00**							
TOTAL INVERSIÓN (A + B)	**68,000,000.00**							

CÁLCULOS INTERMEDIOS

TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE	INICIO	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Maquinaria	5,000,000.00	5,000,000.00	5,000,000.00	5,000,000.00	5,000,000.00	5,000,000.00
Mobiliario	10,000,000.00	10,000,000.00	10,000,000.00	10,000,000.00	10,000,000.00	10,000,000.00
Equipos informáticos	9,000,000.00	9,000,000.00	9,000,000.00	9,000,000.00	9,000,000.00	9,000,000.00
Vehículos	37,000,000.00	37,000,000.00	37,000,000.00	37,000,000.00	37,000,000.00	37,000,000.00
Otros	5,000,000.00	5,000,000.00	5,000,000.00	5,000,000.00	5,000,000.00	5,000,000.00
TOTAL	**66,000,000.00**	**66,000,000.00**	**66,000,000.00**	**66,000,000.00**	**66,000,000.00**	**66,000,000.00**

DOTACIÓN AMORTIZACIONES	INICIO	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Maquinaria		500,000.00	500,000.00	500,000.00	500,000.00	500,000.00
Mobiliario		2,000,000.00	2,000,000.00	2,000,000.00	2,000,000.00	2,000,000.00
Equipos informáticos		3,000,000.00	3,000,000.00	3,000,000.00	3,000,000.00	3,000,000.00
Vehículos		4,625,000.00	4,625,000.00	4,625,000.00	4,625,000.00	4,625,000.00
Otros						
TOTAL		**10,125,000.00**	**10,125,000.00**	**10,125,000.00**	**10,125,000.00**	**10,125,000.00**

AMORTIZACIÓN ACUMULADA	INICIO	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Maquinaria		500,000.00	1,000,000.00	1,500,000.00	2,000,000.00	2,500,000.00
Mobiliario		2,000,000.00	4,000,000.00	6,000,000.00	8,000,000.00	10,000,000.00
Equipos informáticos		3,000,000.00	6,000,000.00	9,000,000.00	12,000,000.00	15,000,000.00
Vehículos		4,625,000.00	9,250,000.00	13,875,000.00	18,500,000.00	23,125,000.00
Otros						
TOTAL		**10,125,000.00**	**20,250,000.00**	**30,375,000.00**	**40,500,000.00**	**50,625,000.00**

PROYECTO HEMOFÍLICOS NEOVID

FINANCIACIÓN		INICIO ACTIVIDAD	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
RECURSOS PROPIOS		30,000,000.00					
PRESTAMOS		38,000,000.00		1,000.00		3,000.00	
Condiciones	Tipo de interés	1%		1%		1%	
	Años	5		5		5	
TOTAL FINANCIACIÓN		**68,000,000.00**		**1,000.00**		**3,000.00**	

COMPARACIÓN	INVERSIÓN	68,000,000.00					
	FINANCIACIÓN	68,000,000.00		1,000.00		3,000.00	

CÁLCULOS INTERMEDIOS

CAPITAL VIVO	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Préstamos año0	38,000,000.00	30,580,224.36	23,071,411.42	15,472,492.72	7,782,386.99	
Préstamos año1						
Préstamos año2			1,000.00	803.96	605.96	405.98
Préstamos año3						
Préstamos año4					3,000.00	2,414.23
Préstamos año5						
TOTAL Préstamos	**38,000,000.00**	**30,580,224.36**	**23,072,411.42**	**15,473,296.68**	**7,785,992.95**	**2,820.21**

GASTOS FINANCIEROS	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Préstamos año0		456,000.00	366,962.69	276,856.94	185,669.91	93,388.64
Préstamos año1						
Préstamos año2				10.00	8.04	6.06
Préstamos año3						
Préstamos año4						36.00
TOTAL Préstamos		**456,000.00**	**366,962.69**	**276,866.94**	**185,677.95**	**93,430.70**

DEVOLUCIÓN PRESTAMOS	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Préstamos año0		7,419,775.64	7,508,812.94	7,598,918.70	7,690,105.72	7,782,386.99
Préstamos año1						
Préstamos año2				196.04	198.00	199.98
Préstamos año3						
Préstamos año4						585.77
TOTAL Préstamos		**7,419,775.64**	**7,508,812.94**	**7,599,114.74**	**7,690,303.72**	**7,783,172.75**

PROYECTO HEMOFÍLICOS NEOVID

VENTAS / INGRESOS

		AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
PRODUCTO / SERVICIO 1	Pacientes	26	30	35	40	45
	precio	48,000,000.00	52,000,000.00	54,000,000.00	56,000,000.00	58,000,000.00
	ingresos	14,976,000,000.00	18,720,000,000.00	22,680,000,000.00	26,880,000,000.00	31,320,000,000.00
PRODUCTO / SERVICIO 2	ingresos					
PRODUCTO / SERVICIO 3	ingresos					
PRODUCTO / SERVICIO 4	ingresos					
PRODUCTO / SERVICIO 5	ingresos					
TOTAL INGRESOS		14,976,000,000.00	18,720,000,000.00	22,680,000,000.00	26,880,000,000.00	31,320,000,000.00

Periodo medio de cobro (días)	30
Crédito a clientes	1,230,904,109.59
	1,538,630,136.99
	1,864,109,589.04
	2,209,315,068.49
	2,574,246,575.34

COMPRAS /SUMINISTROS

		AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
PRODUCTO 1	unidades	31,200,000.00	33,800,000.00	35,100,000.00	36,400,000.00	37,700,000.00
	Por paciente	26.00	30.00	35.00	40.00	45.00
	costes	811,200,000.00	1,014,000,000.00	1,228,500,000.00	1,456,000,000.00	1,696,500,000.00
PRODUCTO 2	costes					
PRODUCTO 3	costes					
PRODUCTO 4	costes					
PRODUCTO 5	costes					
TOTAL COSTES		811,200,000.00	1,014,000,000.00	1,228,500,000.00	1,456,000,000.00	1,696,500,000.00

PROYECTO HEMOFÍLICOS NEOVID

¿Impuesto sobre beneficios?	33.00%
¿% distribución de beneficios?	10.00%

CUENTA DE RESULTADOS

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Ventas	14,976,000,000.00	18,720,000,000.00	22,680,000,000.00	26,880,000,000.00	31,320,000,000.00
Aprovisionamiento	811,200,000.00	1,014,000,000.00	1,228,500,000.00	1,456,000,000.00	1,696,500,000.00
Variación de existencias					
Margen	**14,164,800,000.00**	**17,706,000,000.00**	**21,451,500,000.00**	**25,424,000,000.00**	**29,623,500,000.00**
Gastos de personal	15,954,278,400.00	16,925,893,954.56	17,433,670,773.20	19,752,348,986.03	20,344,919,455.61
Alquileres	6,000.00	6,120.00	6,242.40	6,367.25	6,494.59
Otros gastos	1,506,696,000.00	1,529,296,440.00	1,552,235,886.60	1,575,519,424.90	1,599,152,216.27
EBITDA ?	**-3,296,180,400.00**	**-749,196,514.56**	**2,465,587,097.80**	**4,096,125,221.82**	**7,679,421,833.52**
Amortizaciones	10,125,000.00	10,125,000.00	10,125,000.00	10,125,000.00	10,125,000.00
EBIT ?	**-3,306,305,400.00**	**-759,321,514.56**	**2,455,462,097.80**	**4,086,000,221.82**	**7,669,296,833.52**
Gastos financieros	456,000.00	366,962.69	276,866.94	185,677.95	93,430.70
BAI ?	**-3,306,761,400.00**	**-759,688,477.25**	**2,455,185,230.87**	**4,085,814,543.87**	**7,669,203,402.82**
Impuesto sobre beneficios	-1,091,231,262.00	-250,697,197.49	810,211,126.19	1,348,318,799.48	2,530,837,122.93
Resultado	**-2,215,530,138.00**	**-508,991,279.76**	**1,644,974,104.68**	**2,737,495,744.39**	**5,138,366,279.89**

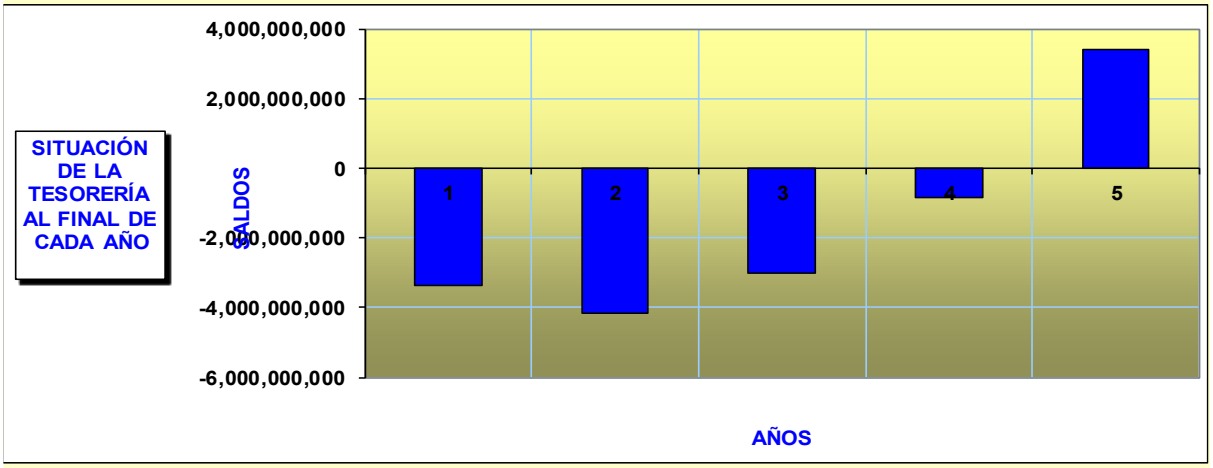
DISTRIBUCIÓN DE BENEFICIOS

DIVIDENDO			164,497,410.47	273,749,574.44	513,836,627.99
RESERVAS			1,480,476,694.21	2,463,746,169.95	4,624,529,651.90

PROYECTO HEMOFÍLICOS NEOVID

TESORERÍA AL FINAL DE CADA AÑO

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Saldo inicial		-3,377,055,050.62	-4,174,486,677.57	-2,999,333,413.17	-859,656,396.26
+ Beneficio	-2,215,530,138.00	-508,991,279.76	1,644,974,104.68	2,737,495,744.39	5,138,366,279.89
+ Amortizaciones	10,125,000.00	10,125,000.00	10,125,000.00	10,125,000.00	10,125,000.00
+ Prestamos obtenidos		1,000.00		3,000.00	
+ Ampliaciones de capital					
+ Crédito de proveedores	66,673,972.60	16,668,493.15	17,630,136.99	18,698,630.14	19,767,123.29
- Crédito a clientes	1,230,904,109.59	307,726,027.40	325,479,452.05	345,205,479.45	364,931,506.85
- Dividendos			164,497,410.47	273,749,574.44	513,836,627.99
- Devoluciones de préstamos	7,419,775.64	7,508,812.94	7,599,114.74	7,690,303.72	7,783,172.75
- Inversiones					
- Existencias					
Saldo final	**-3,377,055,050.62**	**-4,174,486,677.57**	**-2,999,333,413.17**	**-859,656,396.26**	**3,422,050,699.34**



PROYECTO HEMOFÍLICOS NEOVID

BALANCE PREVISIONAL

	INICIO	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
ACTIVO						
Inmovilizado	66,000,000.00	66,000,000.00	66,000,000.00	66,000,000.00	66,000,000.00	66,000,000.00
Amortizaciones		10,125,000.00	20,250,000.00	30,375,000.00	40,500,000.00	50,625,000.00
TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE	**66,000,000.00**	**55,875,000.00**	**45,750,000.00**	**35,625,000.00**	**25,500,000.00**	**15,375,000.00**
Existencias	2,000,000.00					
Clientes		1,230,904,109.59	1,538,630,136.99	1,864,109,589.04	2,209,315,068.49	2,574,246,575.34
Tesorería						3,422,050,699.34
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	**2,000,000.00**	**1,230,904,109.59**	**1,538,630,136.99**	**1,864,109,589.04**	**2,209,315,068.49**	**5,996,297,274.68**
TOTAL ACTIVO	**68,000,000.00**	**1,286,779,109.59**	**1,584,380,136.99**	**1,899,734,589.04**	**2,234,815,068.49**	**6,011,672,274.68**

PASIVO						
Recursos propios	30,000,000.00	30,000,000.00	30,000,000.00	30,000,000.00	30,000,000.00	30,000,000.00
Reservas				1,480,476,694.21	3,944,222,864.17	8,568,752,516.06
Resultados negativos		-2,215,530,138.00	-2,724,521,417.76	-2,724,521,417.76	-2,724,521,417.76	-2,724,521,417.76
Prestamos	38,000,000.00	30,580,224.36	23,072,411.42	15,473,296.68	7,785,992.95	2,820.21
TOTAL NO CORRIENTE	**68,000,000.00**	**-2,154,949,913.64**	**-2,671,449,006.34**	**-1,198,571,426.87**	**1,257,487,439.36**	**5,874,233,918.51**
Proveedores		66,673,972.60	83,342,465.75	100,972,602.74	119,671,232.88	139,438,356.16
Tesorería negativa		3,377,055,050.62	4,174,486,677.57	2,999,333,413.17	859,656,396.26	
TOTAL CORRIENTE		**3,443,729,023.23**	**4,257,829,143.33**	**3,100,306,015.91**	**979,327,629.13**	**139,438,356.16**
TOTAL PASIVO	**68,000,000.00**	**1,288,779,109.59**	**1,586,380,136.99**	**1,901,734,589.04**	**2,236,815,068.49**	**6,013,672,274.68**

RECURSOS. PROPIOS NEGATIVOS		**-2,185,530,138.00**	**-2,694,521,417.76**	**-1,214,044,723.55**

PROYECTO HEMOFÍLICOS NEOVID

	INICIAL	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	LIMITES
ANÁLISIS DEL BALANCE							
Fondo de maniobra	2,000,000.00	-2,210,824,913.64	-2,717,199,006.34	-1,234,196,426.87	1,231,987,439.36	5,858,858,918.51	>0.00
Tesorería		-3,377,055,050.62	-4,174,486,677.57	-2,999,333,413.17	-859,656,396.26	3,422,050,699.34	>0,00
Ratio de Tesorería		**0.36**	**0.36**	0.60	2.26	43.00	>0,50
Ratio de Liquidez		**0.36**	**0.36**	**0.60**	2.26	43.00	>1,50
Ratio de Endeudamiento	0.56	**2.70**	**2.70**	**1.64**	0.44	0.02	<0,60
PUNTO DE EQUILIBRIO							
Ventas (V)		14,976,000,000.00	18,720,000,000.00	22,680,000,000.00	26,880,000,000.00	31,320,000,000.00	
Coste variables (C)		811,200,000.00	1,014,000,000.00	1,228,500,000.00	1,456,000,000.00	1,696,500,000.00	
Margen (M)		**14,164,800,000.00**	**17,706,000,000.00**	21,451,500,000.00	25,424,000,000.00	29,623,500,000.00	>CF
% Margen s/ventas		95%	95%	95%	95%	95%	
Costes fijos (CF)		17,460,980,400.00	18,455,196,514.56	18,985,912,902.20	21,327,874,778.18	21,944,078,166.48	<M
Umbral Rentabilidad		**18,460,948,440.53**	**19,512,102,041.83**	20,073,211,878.97	22,549,294,919.66	23,200,787,488.79	<V
RENTABILIDAD							
Económica							
Rotación		11.64	11.82	11.94	12.03	5.21	>0
Margen		**-0.22**	**-0.04**	0.11	0.15	0.24	>0
Financiera							
Apalancamiento					1.79	1.02	>=1
Efecto fiscal		0.67	0.67	0.67	0.67	0.67	
ROE					2.19	0.87	>0
ROE en %					219.05%	87.47%	>0

Tabla XII: Grupo de tablas de factibilidad y viabilidad del nuevo modelo

El Proyecto reúne características, condiciones técnicas y operativas que aseguran el cumplimiento de sus metas y objetivos a partir del tercer año de ejecución. Los componentes que lo conforman están enmarcados dentro del contexto de un enfoque integrado, que trata de consolidar un proceso ya iniciado con sus primeras fases, recoge las experiencias de técnicos y profesionales que laborarán en su ejecución, las aspiraciones de los pacientes y la priorización de sus necesidades.

El Proyecto y su estructura responden a una estrategia que busca consolidar los esfuerzos realizados, dentro del marco de desarrollo del sistema de salud, busca armonizar las inversiones económicas con las de tipo social.

17. CONCLUSIONES

1. La implementación de modelos de atención integral en Hemofilia , dentro de un marco estructurado basado en el cuidado centrado en el paciente y su familia ha demostrado ser viable no solo desde el punto de costo efectividad sino también en los desenlaces favorables de complicaciones y calidad de los pacientes.

2. Se debe de realizar la medición constante de indicadores de resultado e impacto, con respecto a los modelos de atención que se crean para el cuidado de los pacientes con hemofilia, estas mediciones guían hacia la mejora continua de los procesos, toma de decisiones, atención con calidad y excelencia de las organizaciones que prestan servicios de salud, control y seguimiento de procesos, apoyo en las actividades cotidianas en áreas claves, satisfacción de los pacientes, clientes, usuarios y consumidores.

3. El logro de los ambiciosos objetivos contenidos en este proyecto depende en buena medida de la capacidad de consenso profesional y social en torno a los principios y objetivos perseguidos y que han sido expuestos en este documento.

4. Un modelo de dirección facilitadora basado en el liderazgo y el servicio y no en la autoridad jerárquica, permite direccionar estrategias y

herramientas de ayuda a los profesionales para la mejora del proceso de atención.

5. Se Promueve una mayor corresponsabilidad de los pacientes y sus familias en la autogestión de su salud para que sean conscientes del cuidado de sí mismos y mejora de su nivel de salud y por lo tanto se fomenta estilos de vida saludables.

6. Los modelos de atención integral permiten capacitar en los cuidados de los pacientes y su familia, con el fin de e incrementar su confianza y seguridad por medio de programas de educación para la salud y asesoría en autocuidados en el manejo de su enfermedad, tratamiento, y riesgos inherentes a la misma como complicaciones.

7. La atención en salud está basada en modelos de atención que Incrementa la oferta de servicios mediante una mejora de la eficiencia en la gestión de los recursos físicos y humanos facilita la planificación racional de la derivación de pacientes.

18. RECOMENDACIONES

1. Incluir el programa de hemofilia en el POS integral y unificar las guías para el manejo Integral de Hemofilia para Colombia basadas en la evidencia, ya que solo se cuentan con las guías de la liga mundial de Hemofilia y esto permitiría el acceso a la atención, sin generar barreras para la atención de los pacientes y sus familias.

2. Contar con centros de excelencia para la atención y manejo de los pacientes hemofílicos.

3. Realizar programas específicos basados en modelos de atención que permitan mejorar la calidad de la atención de los pacientes y sus familias.

4. Realizar el tratamiento de la hemofilia en el hogar, en comparación con su tratamiento en un entorno hospitalario, reduce el impacto económico en los sistemas de salud y mejora la calidad de vida tanto de la persona con hemofilia como de su familia. Con la terapia en el hogar, los concentrados de factor de coagulación pueden administrarse tan pronto como empieza la hemorragia, con lo cual se minimiza la cantidad de producto requerida y se evita el daño articular a largo plazo.

5. Fortalecer el componente de rehabilitación muscular y física, ya que las complicaciones más frecuentes de esta patología son las hemorragias

intraarticulares.

6. La enseñanza en el auto cuidado del paciente con hemofilia y su familia debe incluir reconocimiento factores de riesgo para sangrado , cuidados en caso de un accidente o lesión , signos y síntomas de Hematomas , hemorragias y sus complicaciones más comunes; preparación, almacenamiento y auto administración de Concentrados de factor; técnicas de asepsia, realización de punción venosa (o acceso Al catéter venoso central), mantenimiento de registros y eliminación adecuada de agujas y manejo de derrames de sangre.

7. Facilitar el estímulo, apoyo y supervisión de los pacientes y sus familias como eje principal para el éxito de la terapia en el hogar, conjuntamente con realizar evaluaciones periódicas de necesidades educativas, técnicas y Adherencia al tratamiento. Lo cual también puede instituirse un programa de recertificación periódica.

8. Los pacientes y sus familias deben mantener registros de hemorragias que incluyan fecha y lugar de la hemorragia, dosis y número de lote del producto utilizado, así como cualquier efecto secundario.

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES

FECHA INICIO DEL PROYECTO:	Marzo de 2013
COORDINADOR DEL PROYECTO:	Felicidad Rojas Gutiérrez
DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:	Modelo para la atención del paciente hemofílico en el entorno familiar

Fase o Plan	Nº	MES / SEMANA — ACTIVIDADES	PERIODO Ini.	PERIODO Fin.	% Cumpl.	MARZO 1	MARZO 2	MARZO 3	MARZO 4	ABRIL 5	ABRIL 6	ABRIL 7	ABRIL 8	MAYO 9	MAYO 10	MAYO 11	MAYO 12	MAYO 13	JUNIO 14	JUNIO 15	JUNIO 16	JUNIO 17
MODELO HEMOFÍLICO	1	Presentación de anteproyecto y asesoria			200,0		OK		OK													
	2	Realización de introducción y resumen ejecutivo																OK				
	3	Marco legal e investigaciones															P					OK
	4	Estudios de factibilidad y viabilidad																				
	5	Periodo de vacaciones			0,0																	
	6	Programa para realizar los cálculos financieros			100,0																	
	7	Cálculos margenes de rentabilidad			100,0																	
	8	Revisón y avances del proyecto			100,0																	
	9	Investigación del modelo en Neovid			100,0																	
	10	Recolección de la información			100,0																	
	11	Presentación de proyecto			100,0																	
TOTALES:		11	OK= Realizadas			0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		% DE AVANCE N/A	P= Pendientes			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
			A= Aplazadas			0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			CONVENCIONES																			

Tabla XIII: Cronograma de actividades

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES

FECHA INICIO DEL PROYECTO:	Marzo de 2013
COORDINADOR DEL PROYECTO:	Felicidad Rojas Gutiérrez
DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:	Modelo para la atención del paciente hemofílico en el entorno familiar

Fase o Plan	N°	MES / SEMANA / ACTIVIDADES	PERIODO Ini.	PERIODO Fin.	% Cumpl.	JULIO 18	19	20	21	22	AGOSTO 23	24	25	26	SEPTIEMBRE 27	28	29	30	31	32	33
MODELO HEMOFÍLICO	1	Presentación de anteproyecto y asesoria			200,0																
	2	Realización de introducción y resumen ejecutivo																			
	3	Marco legal e investigaciones																			
	4	Estudios de factibilidad y viabilidad							OK												
	5	Periodo de vacaciones			0,0									P							
	6	Programa para realizar los cálculos financieros			100,0																OK
	7	Cálculos margenes de rentabilidad			100,0																
	8	Revisón y avances del proyecto			100,0																
	9	Investigación del modelo en Neovid			100,0																
	10	Recolección de la información			100,0																
	11	Presentación de proyecto			100,0																
INFORMES:		11	OK= Realizadas			0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		% DE AVANCE N/A	P= Pendientes			0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
			A= Aplazadas			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
			CONVENCIONES																		

Tabla XIV: Cronograma de actividades

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES

FECHA INICIO DEL PROYECTO:	Marzo de 2013
COORDINADOR DEL PROYECTO:	Felicidad Rojas Gutiérrez
DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:	Modelo para la atención del paciente hemofílico en el entorno familiar

Fase o Plan	N°	MES / SEMANA / ACTIVIDADES	PERIODO Ini.	PERIODO Fin.	% Cumpl.	OCTUBRE 35	36	37	38	39	NOVIEMBRE 40	41	42	43	44	FEBRERO Y MARZO 2014 45	46	47	48	49	50	ABRIL 51	52
MODELO HEMOFÍLICO	1	Presentación de anteproyecto y asesoria			200,0																		
	2	Realización de introducción y resumen ejecutivo																					
	3	Marco legal e investigaciones																					
	4	Estudios de factibilidad y viabilidad																					
	5	Periodo de vacaciones			0,0																		
	6	Programa para realizar los cálculos financieros			100,0																		
	7	Cálculos margenes de rentabilidad			100,0	P			Ok														
	8	Revisón y avances del proyecto			100,0									Ok									
	9	Investigación del modelo en Neovid			100,0														P	Ok			
	10	Recolección de la información			100,0																Ok		
	11	Presentación de proyecto			100,0																Ok		
NOTAS:		11			Ok= Realizadas	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0
		% DE AVANCE N/A			P= Pendientes	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
					A= Aplazadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
					CONVENCIONES																		

Tabla XV: Cronograma de actividades

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES

FECHA INICIO DEL PROYECTO:	Marzo de 2013
COORDINADOR DEL PROYECTO:	Felicidad Rojas Gutiérrez
DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:	Modelo para la atención del paciente hemofílico en el entorno familiar

Fase o Plan	N°	MES / SEMANA / ACTIVIDADES	PERIODO Ini.	PERIODO Fin.	% Cumpl.	PERSONAS QUE INTERVINIERON EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO O CIERRE DE ACCIONES	NOTAS DE ACTUALIZACIÓN O AJUSTE
MODELO HEMOFÍLICO	1	Presentación de anteproyecto y asesoria			200,0	Felicidad Rojas, Bibiana Londoño Y Daniel Vizcaino	Se realizará el proyecto en Neovid IPS	Se realizó asesoria por parte del profesor
	2	Realización de introducción y resumen ejecutivo				Felicidad Rojas y Asesora Jimena Echeverry		
	3	Marco legal e investigaciones				Ingeniero Rogelio Ramírez H y Bibiana Londoño		
	4	Estudios de factibilidad y viabilidad				Felicidad Rojas, Bibiana Londoño Y Daniel Vizcaino		Reunión de revisión del proyecto
	5	Periodo de vacaciones			0,0	Na		
	6	Programa para realizar los cálculos financieros			100,0	Felicidad Rojas, Bibiana Londoño Y Daniel Vizcaino		
	7	Cálculos margenes de rentabilidad			100,0	Ingeniero Rogelio Ramírez H y Bibiana Londoño	Se realizó programa para el cálculo de viabilidad financiera	Reunión de revisión del proyecto
	8	Revisón y avances del proyecto			100,0	Felicidad Rojas, Bibiana Londoño Y Daniel Vizcaino	Revisión en Marzo por el profesor	
	9	Investigación del modelo en Neovid			100,0	Felicidad Rojas, Bibiana Londoño Y Daniel Vizcaino		Reunión de revisión del proyecto
	10	Recolección de la información			100,0	Felicidad Rojas, Bibiana Londoño Y Daniel Vizcaino		
	11	Presentación de proyecto			100,0	Felicidad Rojas, Bibiana Londoño Y Daniel Vizcaino		Reunión revisión final
NOTAS:		11			Ok= Realizadas			
		% DE AVANCE N/A			P= Pendientes			
					A= Aplazadas			
					CONVENCIONES			

Tabla XVI: Cronograma de actividades

10. PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES REALIZADAS

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	INTENSIDAD	CANTIDAD DE MATERIAL	CANTIDAD DE PROFESIONALES	VALOR UNIDAD	VALOR TOTAL
	PRELIMINARES PROYECTO						
1	Presentación de anteproyecto y asesoria	Hora-proceso	2		4,0	8.000	64.000
2	Realización de introducción y resumen ejecutivo	Hora-proceso	1		3,0	8.000	24.000
3	Marco legal e investigaciones	Hora-proceso	5		2,0	5.000	50.000
4	Estudios de factibilidad y viabilidad	Hora-proceso	2		2,0	8.000	32.000
5	Cálculos margenes de rentabilidad	Hora-proceso	6		1,0	5.000	30.000
6	Revisón y avances del proyecto	Hora-proceso	3		2,0	5.000	30.000
7	Recolección de la información	Hora-proceso	8		1,2	5.000	47.200
8	Recolección de la información Neovid	Hora-proceso	14		2,0	5.000	140.000
9	Presentación de proyecto	Hora-proceso	2		2,0	5.000	20.000
10	Materiales y fotografías			160.000			
Total preliminares							***437.200***
Total imprevistos							***65.580***
TOTAL PROYECTO							***502.780***

Tabla XVII: Presupuesto de actividades

BIBLIOGRAFÍA

1. Hopff en su tratado de 1828 (Ingram, 1976) Historia de la enfermedad de hemofilia.
2. Frank Schnabel en 1963 La **Federación Mundial de Hemofilia** (FMH) es una organización internacional sin fines de lucro dedicada a mejorar las vidas de personas con hemofilia.
3. I. Rodrigo, L. Gabilondo y Montes Mejorando los resultados en Salud. Modelo MAPPA-Horizonte. Una estrategia de calidad.. Publicaciones del Gobierno de Navarra. (2004)
4. Ediciones Díaz de Santos - Sistemas y servicios sanitarios.. ISBN 84-7978- 731-7. J M. Repullo. (2005)
5. Gabriel Ferragut, Laia Cirera (2010) El valor económico del autocuidado de la salud en España. Economía en Salud CRES.
6. Ginebra, Suiza - El Informe de Salud Mundial 2000 - Los sistemas de salud: Mejora del rendimiento. Organización Mundial de la Salud,.
7. Kaplan, R.S. and D.P. Norton (1996) The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action, Harvard Business School Press.
8. Mireia Pecurul y Josep Lluís de Peray (2010) Trabajando hacia una salud pública sostenible mediante la interrelación de lo ambiental y lo social.

Informe SESPAS. Gaceta Sanitaria 24(Supl.1):74-7.

9. Las causas de enfermedad, la mercantilización y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública Agosto de 2012.

10. República de Colombia. Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral. ECOE Ediciones. Colección Las Leyes de Colombia. Bogotá, 1994.

11. Stafford JM, James TT. Hemophilic pseudotumor. Radiologic pathologic correlation. Radiographics. 2003; 23: 852-6.

12. Park JS. Hemophilic pseudotumor involving the musculoskeletal system: spectrum of radiologic findings. Am J Roentgenol 2004; 183: 55-61.

13. Brant E, Jorda H. Radiologic aspect of hemophilic pseudotumors in bones. AJR. 1972; 115: 525-39.

14. Horton D. Pollay M, Wilson DA, Brandon FM, Sexaver CL. Cranial hemophilic
    a. pseudotumor. A case report. J Neurosurg 1993; 79: 936-8.

15. Gilbert MS. The hemophilic pseudotumor. Prog Clin Biol Res 1990; 324

16. El Modelo EFQM de Excelencia. Nueva versión [Internet]. [citado 25 de junio de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.tqm.es/TQM/ModEur/ModeloEuropeo.htm

17. Modelo de Atención Integral [Internet]. [citado 25 de junio de 2013]. Recuperado a partir de: http://new.paho.org/gut/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=44

18. etica_res_8430_1993.pdf [Internet]. [citado 25 de junio de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf

19. Libro modelos - Libro_modelos_1.pdf [Internet]. [citado 25 de junio de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.odc.org.co/images/stories/modelos/Libro_modelos_1.pdf

20. Department. Working paper Nº 769. Isabelle Joumard, Christophe

21. André, Chantal Nicq. (2010).

22. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD

23. Countries", OECD Health Working Papers, No. 50, Paris, V., M. Devaux

24. and L. Wei (2010),

25. Towards High-Performing Health Systems (2004), OECD Health

26. Project Series

27. A Disease-Based Comparison of Health Systems: What is Best and at

28. what Costo (2003)

29. Measuring up: Improving Health Systems Performance in OECD Countries (2002)

30. OECD Health Dat 2012http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SH

31. How Does Spain Compare. OECD Briefing note for Spain Health Data 2012.

32. El Informe de Salud Mundial 2000 - Los sistemas de salud: Mejora del rendimiento Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2010.

33. Ministerio de sanidad Memoria del Servicio Navarro de Salud 2010

34. Servicio Navarro de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad. Economía

ANEXO 1

Encuesta de satisfacción usuario Neovid IPS

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PROGRAMA DE HEMOFILIA	
CUESTIONARIO	
X1	Personal de Seguridad
X2	Admisiones/Facturación
X3	Oportunidad en la asignación de citas con el hematólogo tratante
X4	Claridad en la información suministrada por el personal de Enfermería
X5	¿Cómo le parece la atención brindada por su médico tratante (hematólogo)?
X6	Servicio de Laboratorio Clínico
X7	Servicio Farmacéutico
X8	¿Cómo califica la oportunidad en la entrega o aplicación de sus medicamentos?
X9	¿Cómo se siente clínicamente desde que es atendido en el Programa de hemofilia de Neovid IPS?
X10	¿Cómo califica la información sobre sus exámenes y tratamientos?
X11	¿Cómo fue la disposición del personal para responder sus preguntas?
X12	Comodidad y Aseo de las instalaciones
X13	Medidas de seguridad implementadas por el personal de laboratorio y/o enfermería
X14	¿Durante su permanencia en la Institución, ¿Tuvo la oportunidad de conocer sus derechos y deberes como usuario(a)?

Anexo No. 1 Encuesta de satisfacción usuario Neovid IPS

ANEXO 2

Adherencia a la guía de hemofilia

ADHERENCIA A LA GUIA HEMOFILIA

	Historias Clínicas Auditadas									Total cumple	Porcentaje de satisfaccion
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Medico	Juan Guiilermo Duque Ortega	Juan Guiilermo Duque Ortega	Juan Guiilermo Duque Ortega	Juan Guiilermo Duque Ortega	Juan Guiilermo Duque Ortega	Juan Guiilermo Duque Ortega	Juan Guiilermo Duque Ortega	Juan Guiilermo Duque Ortega	Juan Guiilermo Duque Ortega		
Guia evaluada	Hemofilia	Hemofilia	Hemofilia	Hemofilia	Hemofilia	Hemofilia	Hemofilia	Hemofilia	Hemofilia		
Fecha de Auditoria	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013		
Auditor	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera		
Fecha de atencion	11/04/13	02/05/13	06/06/13	16/04/13	02/05/13	11/04/13	16/04/13	05/04/13	18/04/13		
Documento de Identidad del paciente	1033648309	79 112 612	98473980	8167510	94100423507	1027884531	11793107	10952309	1038110587		
Criterios											
La historia clínica tiene los contenidos mínimos de identificación del paciente según resolucion 1995: (19 campos de la 1995)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	100%
Se enumeran los folios que componen la historia clínica en forma consecutiva	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	100%
La historia clínica contiene la entidad y el tipo de afiliación a la seguridad social del paciente	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	100%
La letra es legible y clara. (sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	100%
Cada atención tiene la fecha y hora de la atencion	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	100%
En la historia clínica de ingreso se han registrado TODOS los siguientes datos: • Edad • Sexo • Sintomatología	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	100%
La historia clínica incluye la revisión por sistemas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0%
La historia clínica de ingreso incluye el registro de los antecedentes personales	3	3	3	3	3	3	3	3	3	9	100%
Se registro los resultado de los paraclínicos enviados o traidos por el paciente	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	100%
Se consigna el examen fisico	3	3	3	3	3	3	3	3	3	9	100%
Se envian los examenes indicados en la guia	4	NA	4	4	4	4	4	4	4	8	100%
Se hace el tratamiento indicado en la guia	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	100%
Se le dio informacion a la paciente sobre pautas de cuidado y se registro en la historia clinica	1	4	1	4	4	1	1	1	1	3	33%
Se cumple con la guia clinica de atencion definida por la institucion	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	100%
La historia clínica contempla la conducta a seguir con el paciente	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	100%
La historia clínica contiene el código del diagnostico	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	100%
La historia clínica contempla la causa externa que originó la atención	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	100%
La historia tiene el nombre legible y la firma del médico	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	100%
Total Criterios cumplidos	16	16	16	17	17	16	16	16	16	146	
Total criterios no cumplidos	2	1	2	1	1	2	2	2	2	15	
Porcentaje de cumplimiento	88.9%	94.1%	88.9%	94.4%	94.4%	88.9%	88.9%	88.9%	88.9%	90.7%	

Anexo No. 2 Adherencia a la guía de hemofilia

ANEXO 3

MEDICIÓN ADHERENCIA A LA GUÍA DE HEMOFILIA

ADHERENCIA A LA GUIA HEMOFILIA

Criterio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total cumple	Porcentaje de satisfaccion
Medico	Juan Guillermo Duque Ortega	Juan Guillermo Duque Ortega	Juan Guillermo Duque Ortega	Juan Guillermo Duque Ortega	Juan Guillermo Duque Ortega	Juan Guillermo Duque Ortega	Juan Guillermo Duque Ortega	Juan Guillermo Duque Ortega	Juan Guillermo Duque Ortega		
Guia evaluada	Hemofilia	Hemofilia	Hemofilia	Hemofilia	Hemofilia	Hemofilia	Hemofilia	Hemofilia	Hemofilia		
Fecha de Auditoria	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013	Julio 19 de 2013		
Auditor	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera	Francia Poo Madera		
Fecha de atencion	11/04/13	02/05/13	06/06/13	16/04/13	02/05/13	11/04/13	16/04/13	05/04/13	18/04/13		
Cedula del usuario	**1033648309**	**79 112 612**	**98473980**	**8167510**	**94100423507**	**1027884531**	**11793107**	**10952309**	**1038110587**		
La historia clínica incluye el nombre del paciente e identificación en todas sus páginas y anexos	3	4	4	4	4	4	4	4	4	**9**	**100%**
La historia clínica tiene los contenidos mínimos de identificación del paciente según resolucion 1995: (19 campos de la 1995)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**9**	**100%**
Se enumeran los folios que componen la historia clínica en forma consecutiva	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**9**	**100%**
La historia clínica contiene la entidad y el tipo de afiliación a la seguridad social del paciente	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**9**	**100%**
La letra es legible y clara. (sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**9**	**100%**
Cada atención tiene la fecha y hora de la atencion	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**9**	**100%**
En la historia clínica de ingreso se han registrado TODOS los siguientes datos: • Edad • Sexo • Sintomatología	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**9**	**100%**
La historia clínica incluye la revisión por sistemas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	**0**	**0%**
La historia clínica de ingreso incluye el registro de los antecedentes personales	3	3	3	3	3	3	3	3	3	**9**	**100%**
Se registro los resultado de los paraclínicos enviados o traidos por el paciente	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**9**	**100%**
Se consigna el examen fisico	3	3	3	3	3	3	3	3	3	**9**	**100%**
Se envian los examenes indicados en la guia	4	NA	4	4	4	4	4	4	4	**8**	**100%**
Se hace el tratamiento indicado en la guia	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**9**	**100%**
Se le dio informacion a la paciente sobre pautas de cuidado y se registro en la historia clinica	1	4	1	4	4	1	1	1	1	**3**	**33%**
Se cumple con la guia clinica de atencion definida por la institucion	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**9**	**100%**
La historia clínica contempla la conducta a seguir con el paciente	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**9**	**100%**
La historia clínica contiene el código del diagnostico	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**9**	**100%**
La historia clínica contempla la causa externa que originó la atención	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**9**	**100%**
La historia tiene el nombre legible y la firma del médico	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**9**	**100%**
Total Criterios cumplidos	**17**	**17**	**17**	**18**	**18**	**17**	**17**	**17**	**17**	**155**	
Total criterios no cumplidos	**2**	**1**	**2**	**1**	**1**	**2**	**2**	**2**	**2**	**15**	
Porcentaje de cumplimiento	**89.5%**	**94.4%**	**89.5%**	**94.7%**	**94.7%**	**89.5%**	**89.5%**	**89.5%**	**89.5%**	**91.2%**	

Anexo No. 3 Medición adherencia a la guía de hemofilia

ANEXO 4: INFORME CUALITATIVO DE ADHERENCIA A GUIAS DE PRACTICA CLINICA

INSTITUCION: NEOVID IPS
GUIA PRATICA CLINICA: HEMOFILIA
PROFESIONAL EVALUADO: DR. JUAN GUILLERMO DUQUE

OBJETIVOS

- ✓ Determinar el grado de aplicación de las guías de práctica clínica adoptadas por NEOVID IPS con el propósito de mejorar la calidad de la pertinencia en la prestación de sus servicios.

- ✓ Medir el grado de cumplimiento de un conjunto de parámetros esenciales de las guías por parte de los servicios de NEOVID IPS.

ALCANCE-RESPONSABILIDAD

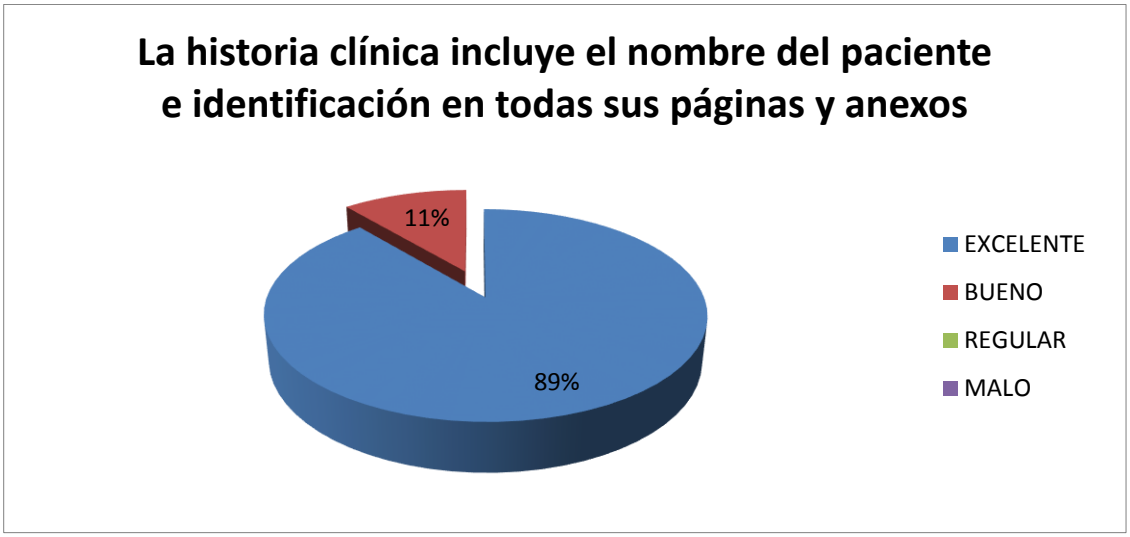
Aplica para todos los profesionales encargados de los procesos incluidos en la atención de todos los servicios ofertados por NEOVID IPS, cuyos responsables serán los especialistas y enfermeros, encargados de velar por el cumplimiento del procedimiento y así disminuir los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de las actividades

REFERENCIA NORMATIVA

Guía para Hipertensión Arterial publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ANEXO 4. DESCRIPCIÓN DEL RESULTADO

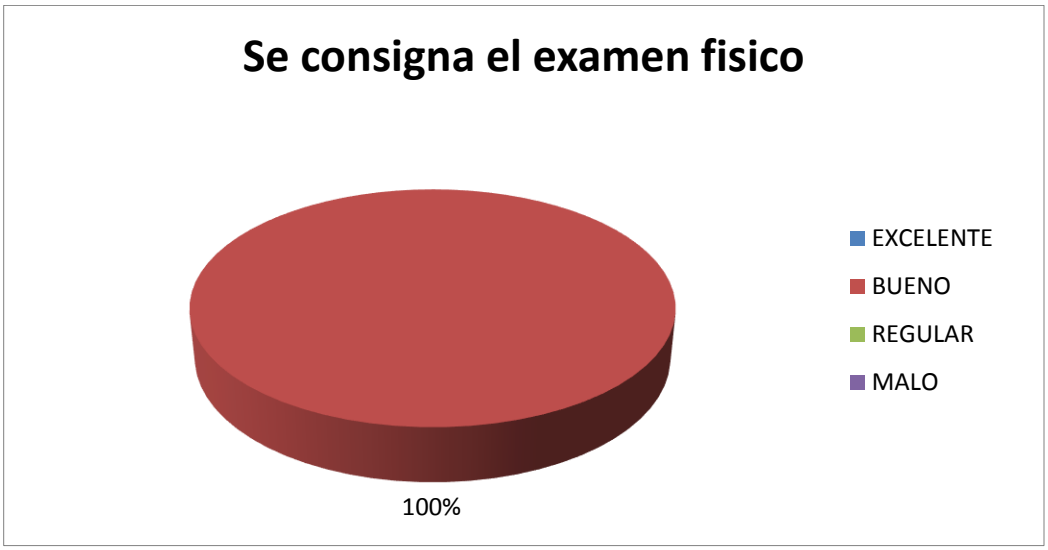
a) CRITERIOS NO CUMPLIDOS



El 89% de las historias clínicas auditadas tuvo todos los datos diligenciados correspondientes a su nombre e identificación de manera correcta y completa, un y el 11% fue regular, representando un porcentaje importante para mejorar.

En el 100% de las historias auditadas el registro de los datos relacionados con la revisión por sistemas no se realizó de manera correcta.

En el 100% de las historias evaluadas, no se consignaron los datos relacionados con los antecedentes personales.



En el 100% de las historias auditadas se encontró en la escala de valoración como bueno este criterio, no se alcanzó la excelencia, debido al no diligenciamiento de la revisión por sistemas en la historia clínica.

En el 67% de las historias auditadas se encontró se consigna de manera completa la información sobre las pautas de cuidado para tener en cuenta con relación a su enfermedad, pero en el 33% no se realiza.

b) CRITERIOS CUMPLIDOS

Administrativos

- ✓ La historia clínica tiene los contenidos mínimos de identificación del paciente según resolución 1995: (19 campos de la 1995).
- ✓ Se enumeran los folios que componen la historia clínica en forma consecutiva.
- ✓ La historia clínica contiene la entidad y el tipo de afiliación a la seguridad Social del paciente.
- ✓ En la historia clínica de ingreso se han registrado TODOS los siguientes datos: Edad • Sexo • Sintomatología
- ✓ La letra es legible y clara. (sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco).
- ✓ Cada atención tiene la fecha y hora de la atención.
- ✓ La historia tiene el nombre legible y la firma del médico.

Clínicos

- ✓ Se registró los resultado de los paraclínicos enviados o traídos por el paciente
- ✓ Se envían los exámenes indicados en la guía
- ✓ Se cumple con la guía clínica de atención definida por la institución
- ✓ La historia clínica contempla la conducta a seguir con el paciente
- ✓ La Historia clínica contiene el código del diagnostico
- ✓ La historia clínica contempla la causa externa que originó la atención
- ✓ La historia tiene el nombre legible y la firma del médico.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Realizar seguimiento al correcto diligenciamiento de los datos de identificación del paciente.
- En los criterios clínicos se deben incluir en el plan de mejora el registro en la historia clínica de la información relacionada con la pautas de cuidado y revisión por sistemas en la historia clínica.

LISTA DE FOTOGRAFÍAS

I. Empresa e integrantes de Neovid IPS

II. Neovid IPS en acción

LISTA DE GRÁFICAS

I. Porcentaje de pacientes atendidos

II. Proporción de pacientes atendidos por edad

III. Proporción de pacientes atendidos en el programa hemofílicos

IV. Cobertura geográfica de pacientes atendidos

V. Proporción de medicamentos prescritos en el programa de hemofilia

VI. Diagnósticos programa de hemofilia

VII. Tendencia anual programa de hemofilia

VIII. Número de UI por KG/peso mes paciente en profilaxis

IX. Satisfacción de los pacientes de Neovid IPS

X. Grupo de gráficas: Calificación de adherencias a guías

LISTA DE TABLAS

I. Encuesta de satisfacción

II. Productos esperados de la propuesta

III. Matriz marco lógico

IV. Atributos del nuevo modelo de atención orientado a la necesidad

V. Atributos del nuevo modelo de atención orientado a la ágil y accesibilidad

VI. Atributos del nuevo modelo de atención orientado a la calidad técnica

VII. Atributos del nuevo modelo de atención orientado a la sostenible y eficiente

VIII. Atributos del nuevo modelo de atención orientado a la compromiso profesional

IX. Atributos del nuevo modelo de atención orientado a la integrado

X. Atributos del nuevo modelo de atención orientado a la corresponsables en el cuidado de la salud

XI. Objetivos y mapa estratégicos

XII. Grupo de tablas de factibilidad y viabilidad del nuevo modelo

XIII. Cronograma de actividades 1

XIV. Cronograma de actividades 2

XV. Cronograma de actividades 3

XVI. Cronograma de actividades 4

XVII. Presupuesto de actividades

LISTA DE ANEXOS

Anexo No. 1 Carta de autorización Neovid IPS

Anexo No. 2 Encuesta de satisfacción usuario Neovid IPS

Anexo No. 3 Adherencia a la guía de hemofilia

Anexo No. 4 Medición adherencia a la guía de hemofilia

GLOSARIO

ACCESIBILIDAD: Posibilidad que tiene la población de ser atendida en un servicio de salud.

ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA: El acceso a la información contenida en la historia clínica corresponde al paciente, al equipo de salud, a las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos por la ley y a las demás personas que señale la ley.

ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis probabilístico del riesgo, mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso.

ALTO COSTO: Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como VIH y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea, entre otros.

ANAMNESIS: Parte de la Historia Clínica correspondiente al Interrogatorio.

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

ATENCIÓN INTEGRAL: Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o un grupo de ellas en su entorno bio – psico - social, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

ATENCIÓN MÉDICA: Conjunto de actividades armónicamente integradas, realizadas en Servicios de Salud de distinto nivel de complejidad o en el seno de la comunidad y que tienen como objetivo, actuando sobre las personas, promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud física y mental de los individuos, incluyendo la atención de los mismos para su reubicación.

AUTOCUIDADO: Observancia particular y determinada que una persona hace para sí misma de un conjunto de principios, recomendaciones y precauciones, destinadas a conservar la salud.

ENCUESTA: estudio que se realiza en base a una muestra poblacional de características y número especiales que permite tomar conocimiento de los

hechos en un momento determinado y en una población específica.

INDICADORES: Elementos de evaluación de las Variables o cualidades de un servicio. Son la medida operativa de una Variable. Expresan de manera simple y resumida las características de un hecho a ser evaluado.

INTEGRALIDAD: Capacidad de un servicio, para identificar todas las necesidades clínicas del usuario y de procurar los medios para tratarlas con acciones preventivas, curativas y de rehabilitación.

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

PRESTACIÓN: Servicio profesional que se otorga a un paciente.

PRESTADORES SERVICIOS DE SALUD-IPS: Son las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos profesionales que cuenten con infraestructura física para brindar servicios de salud, los cuales requieren estar habilitados.

PROCEDIMIENTO: Forma específica de llevar a cabo las actividades de un proceso. Resolución No. 0311 de marzo 07 de 2006.

PROCESO: Secuencia de actividades lógicamente relacionadas que emplean recursos de la organización, a los cuales se les agrega valor para dar resultados o productos definidos para un usuario interno o Externo, en apoyo a los objetivos de la institución. Resolución No. 0311 de marzo 07 de 2006.

PROTOCOLO: Es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe de ser de carácter obligatorio. Obviamente en las instituciones solo se exigirá las guías y protocolos de los procedimientos que realicen. Anexo técnico No. 02 De la Resolución No. 1043 del 3 de abril de 2006.

RED DE PRESTACION DE SERVICIOS: Conjunto articulado de ips, ubicados en un espacio geográfico que responde a las características de la ERP, en la prestación de un servicio de salud el cual garantice calidad y respuesta oportuna según las necesidades de la población.

REFERENCIA: Envió de pacientes o ayudas diagnosticas por parte de una IPS a otra IPS para complementar la atención, según el nivel de complejidad y la capacidad de respuesta a lo solicitado.

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

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

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