

**ESPECIALIZACION
GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
UNICOC**

FEBRERO 28 DE 2013

**AL HACER EL ANALISIS DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS DE HTA Y
DIABETES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, EN SU UNIDAD
FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA, NOS PLANTEAMOS LA SIGUIENTE PREGUNTA DE
INVESTIGACIÓN**

**¿CUAL ES EL COSTO PROMEDIO AÑO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA EN SU UNIDAD FUNCIONAL DE
ZIPAQUIRA?**

De acuerdo a nuestra propuesta el tipo de pregunta es descriptiva toda vez que cumple con los requisitos de la misma

REUNE INFORMACION PARA DESCRIBIR: Actualmente la HUS - UFZ ofrece atención en salud a pacientes con patologías crónicas no transmisibles tanto en consulta externa, especializada, apoyo diagnóstico y terapéutico.

La situación actual del sistema de salud colombiano implica grandes esfuerzos de las instituciones para garantizar la sostenibilidad y la supervivencia de las mismas sin comprometer la calidad de atención en salud.

Lo que conlleva a la reorganización de programas de atención a personas con enfermedades crónicas específicas que se van a caracterizar para equilibrar los costos de atención y mejorar la forma de hacer las cosas. Pero la primera herramienta necesariamente es conocer el valor promedio de las atenciones recibidas por cada paciente crónico; esta información es vital a la hora de tomar decisiones de optimización del recurso institucional, en un gana tanto para el paciente como para la HUS - UFZ

CARACTERIZAR: Pacientes con patologías crónicas no transmisibles: Hipertensión y Diabetes, tanto en consulta general y especializada, así como apoyo diagnóstico y terapéutico.

CUANTIFICAR: Identificar el valor promedio año de las atenciones antes señaladas que puede recibir un paciente crónico con el fin de equilibrar costos.

COMPONENTES DE NUESTRA PREGUNTA:

CONCEPTO: Valor promedio año de las atenciones recibidas por cada paciente crónico para optimizar el recurso Institucional y ofrecer una atención con calidad a los pacientes de la HUS - UFZ

POBLACION: Pacientes con diagnóstico de patologías crónicas Hipertensión, Diabetes atendidos en la HUS - UFZ

OPERACIONALIZACION: consulta general, especializada, apoyos diagnósticos y terapéuticos, Atención prioritaria.

GLOSARIO:

UFZ: Unidad Funcional Zipaquirá

HUS: Hospital Universitario de la Samaritana



**MODELO DE PROGRAMA DE ATENCION AMBULATORIA
PARA PACIENTES CRONICOS EN LA
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA - UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA**

*MONTES, L., ORTIZ, P., VARGAS, F., VELASCO, G.

RESUMEN

Se presenta un programa piloto, modelo departamental especializado en la atención ambulatoria de pacientes con patología crónica; que incorporo un grupo interdisciplinario de profesionales, se garantiza la atención integral, oportuna, especializada y humana, teniendo en cuenta las dimensiones biopsicosocial del paciente y permitiendo la participación plena de las familias, se promovió un proceso continuo en educación que se dirigió a los usuarios y cuidadores por parte del equipo de trabajo. Mediante este programa se busca disminuir la tasa de ingresos hospitalarios de los pacientes crónicos, de igual manera generar información epidemiológica que permita la toma de decisiones y la modificación del programa según las necesidades, garantizando la continuidad de la atención de los usuarios en dicho programa.

ABSTRACT

A pilot department model specializes in outpatient care of patients with chronic disease program is presented; the idea is incorporate an interdisciplinary group of professionals, comprehensive care guarantee, timely, specialized and human, taking into account the biopsychosocial dimensions of the patient and allowing full participation of families, the continuous process is promoted in education headed users and caregivers by the team. This program will seek to decrease the rate of hospital admissions for chronic patients, likewise generate epidemiological information to enable decision making and program modifications as needed, ensuring continuity of care users in the program.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un programa de atención ambulatoria para pacientes crónicos en la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana - Unidad Funcional Zipaquirá que permita identificar e intervenir tempranamente los principales riesgos en salud, de igual manera detectar signos y síntomas tempranos de enfermedades prevalentes en la Región Sabana Centro.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Generar un modelo de atención con los protocolos necesarios para la implementación de un programa, para el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, que origine bienestar y calidad de vida al paciente y a la vez se disminuyan los costos por futuras complicaciones.
2. Establecer si la Institución adquiere, protege y utiliza sus recursos de manera eficiente y efectiva

MATERIALES: El equipo médico se ubicará en los diferentes consultorios asignados en el área de consulta externa de la Unidad Funcional Zipaquirá, los cuales contarán con un consultorio dotado de camilla y los siguientes equipos médicos, tensiómetro, fonendoscopio, equipo de órganos, pesa, pulsioxímetro, glucómetro, monofilamento, rueda dentada, tallímetro, guantes estériles, jeringa, algodón, alcohol glicerinado, lidocaína en jalea, solución salina, materiales de curación, hoja de bisturí, guardián, dispositivos de desechos debidamente clasificados.

METODOLOGÍA:

La inclusión en el programa se realizará por parte del médico responsable de la atención del paciente que identifica las patologías crónicas objeto de estudio. Así mismo, identificará a los pacientes que son candidatos a ingresar al programa a través de la concurrencia que se realiza en los diferentes servicios hospitalarios, la notificación estará a cargo de la persona que realiza la concurrencia en las diferentes áreas del hospital (médico auditor), el cual remitirá la lista de pacientes a la enfermera jefe y dispensará a la salida del paciente una orden de ingreso al programa; en los casos en que el paciente presente dificultades para acceder, se localizará telefónicamente al usuario para realizar una verificación y demanda inducida para asistir al programa. Se le realizará la valoración médica al paciente en el área de consulta externa en la unidad funcional de Zipaquirá, en donde se establecerá el riesgo del paciente y tomara las conductas pertinentes, las cuales se registran como anexo en la historia clínica. Los pacientes se clasificaran en tres grupos de acuerdo al riesgo al que pertenezcan bajo, medio, y alto los cuales determinaran la periodicidad del seguimiento del paciente; los pacientes clasificados en bajo riesgos serán vistos anualmente, los de mediano riesgo serán vistos de tres a seis meses y los de alto riesgo serán vistos de manera mensual inicialmente y de acuerdo a su evolución se espaciaran sus controles cada dos meses.

El programa se desarrollara a través de actividades de planificación y gestión, educación en temas específicos tales como la modificación de vida saludable educación para la salud dirigida al paciente, su familia y / o cuidador sobre su patología, sus causas su tratamiento y factores de riesgos para su deterioro e información

PALABRAS CLAVE: programa, promoción y prevención, atención primaria en salud, Alma-Ata, bienestar.

*Investigadores, estudiantes de la especialización en Gerencia en Servicios de Salud. UNICOC.

INTRODUCCIÓN

En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) planteó la primera conferencia internacional sobre atención primaria en salud en Alma-Ata, como una estrategia de salud para todos, en la cual se planteó la atención primaria en salud integral (APIS), en la cual se proyectaba la atención sistémica para toda la población garantizando la continuidad, la promoción y la prevención así como el diagnóstico temprano. Posteriormente el banco mundial junto con la OMS plantea una estrategia selectiva, basada en algunas intervenciones seleccionadas para reducir la mortalidad de la población (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización).

El país acoge esta estrategia en el plan nacional de salud, el cual está encaminado a ciertas intervenciones selectivas (vacunación, planificación familiar, entre otras) orientadas a ciertos grupos de edad de mayor riesgo con el objeto de mejorar la calidad de vida y disminuir la morbimortalidad.

El incremento de padecimiento de enfermedades crónicas a nivel mundial, dado los cambios en los estilos de vida de dichas poblaciones, se ha evaluado encontrando incremento de comorbilidad en el inicio de enfermedades crónicas a edades más tempranas con implicaciones macroeconómicas a nivel mundial. Es por esto que las políticas de salud pública a nivel mundial están enfocando sus esfuerzos a mejorar la salud de la población.¹

La organización de la salud junto con la organización para la cooperación económica y el desarrollo (OECD), realizaron un estudio de factores de riesgo en cuatro países (México, China, Brasil, India) a nivel mundial para valorar el impacto de las enfermedades en los diferentes grupos etarios y el género encontrando un incremento sustancial de estas patologías en un periodo estrecho de tiempo. Esto quiere decir que el crecimiento económico de los países no va de la mano con el desarrollo social y de políticas públicas. Por tal motivo establecieron un modelo para la intervención directa de dichos factores en todas las edades. Lo cual generará un aumento de la expectativa de vida, disminución en la inversión en salud

en los grupos más jóvenes y un retraso de presentación de estas patologías ya mencionadas.

La OMS reportó para el año 2000, tasas del 80% de muertes por enfermedades crónicas en países de ingresos medios y bajos (informe sobre enfermedades crónicas OMS 2000). Según el DANE en Colombia la primera causa de mortalidad la ocupan las enfermedades cardiovascular (27%) seguida de la violencia (24,4%) y tumores malignos (14,6%). En el 2007 se encontró que el 11,8% de la población entre 18 a 69 años de edad que reside en el departamento refirió haber tenido diagnóstico médico de hipertensión arterial alguna vez (11,5% promedio nacional), el 9,1% de la población de este grupo de edad y que reside en el departamento refirió haber sido diagnosticada como hipertensa en dos o más consultas (8,8% promedio nacional). En cuanto a la diabetes mellitus en este mismo grupo etario el 5,1% refirió haber sido diagnosticado diabético por un médico, el 2,1% controlado con medicamento mientras que el 2,6% recibió instrucción sobre ejercicios para mejorar su salud, el 0,9% asistió a consulta de nutrición como parte de su atención

En Colombia ha habido diferentes modelos de atención primaria en salud, de forma aislada aplicados en ciertas poblaciones del país, esto debido a la falta de vigilancia y control en dichos programas llevando así a una falta de información útil y oportuna para la toma de decisiones provocando una serie de problemas que afectan la calidad en la prestación del servicio (baja calidad del primer nivel de atención).

La unidad funcional de Zipaquirá como entidad gubernamental encargada de velar por la salud de la población de la cual hace parte, decide realizar un programa de mantenimiento de la salud, control y prevención de enfermedades crónicas para su población asignada.

Se realizó un análisis de la población con enfermedades crónicas (base de datos institucional 1142 pacientes). En forma paralela y en concordancia con los cambios realizados en el SGSS a través de las modificaciones a la ley 100, a los procesos de habilitación, certificación y los cambios introducidos al plan obligatorio de salud promulgados en el acuerdo 29 de 2011 de la CRES y los nuevos proyectos de ley como el acuerdo 029 de 2011 por el cual se aclara y actualiza el plan obligatorio de salud, aprobados en cursos dirigidos al tratamiento integral y multidisciplinario de pacientes con patologías crónicas, para brindarles una atención integral de calidad y calidez.

DEFINICION GENERAL DEL MODELO

Definición del programa: El programa de atención ambulatoria es una estrategia que permite brindar la continuidad de la atención en salud, mediante servicios ofrecidos con calidez, calidad y oportunos, orientados a la promoción y prevención de una población específica;

generando mejoras significativas en la calidad de vida con una clara tendencia progresiva a la disminución de complicaciones.

En el modelo de atención ambulatoria de la unidad funcional de Zipaquirá se realizan actividades de todo el espectro de los servicios de salud, desde el fomento y la prevención de la salud, vacunación a la población general y a poblaciones especiales que lo requieran, tamizaje a grupo poblacional específico, atención primaria, atención de manejo de condiciones clínicas específicas que pueden incluir control por consulta externa por medicina general, control por primera vez por especialista y seguimiento en los casos que se requiera, solicitud e interpretación de paraclínicos de rutina así como especializados según las indicaciones médicas del paciente y educación al paciente en sus patologías de base.

Dentro de los objetivos planteados en el desarrollo del programa se encuentra: Mejorar la salud estimulando y apoyando la adopción de medidas que sean eficaces para la vigilancia, prevención y control de las enfermedades crónicas y sus complicaciones, disminuyendo la tasa de ingresos hospitalarios. Garantizar la continuidad de la atención en salud a pacientes vulnerables por su condición. Generar información epidemiológica que permita la toma de decisiones y la modificación del programa según las necesidades evidentes de la población.

Estado actual del programa

Servicios ofertados:

La unidad funcional Zipaquirá a través del servicio de consulta externa oferta y presta el servicio de atención ambulatoria a los usuarios con diagnóstico de enfermedad crónica (programa de pacientes con patologías crónicas: enfermedades cardiovasculares HTA, DM, hipotiroidismo, dislipidemias y respiratorias como EPOC, y asma) y que se encuentran en tratamiento ambulatorio sin ningún tipo de complicación, dicho servicio es realizado por el médico general de consulta externa con una agenda de treinta y seis pacientes en promedio día, el servicio asistencial se realiza según requerimientos del paciente y plan establecido por el médico tratante (controles clínicos, cambio y despacho de medicamento), además de un acompañamiento por parte del auxiliar de enfermería y promotoras de salud quienes afianzan la educación en salud y controles de signos vitales.

El programa se fundamenta en una consulta especializada (médico familiar) donde se realiza una valoración médica integral biopsicosocial, la cual genera un diagnóstico y plan de tratamiento, a juicio clínico se realiza un plan de trabajo, donde se determina la prioridad de las visitas, paraclínicos y controles

pertinentes; en cada visita del paciente se reevaluará el plan diagnóstico y tratamiento. El personal encargado realizará charlas educativas (promoción y prevención) constantemente. Personal que interviene: médico especialista en medicina familiar, médico general del servicio de consulta externa, auxiliar de enfermería y enfermera jefe.

Trámites Administrativos

En la **Primera fase** del programa, el acceso al servicio se realiza por la inclusión de pacientes desde la consulta externa inicialmente, seguido de valoración médica general; se realiza diagnóstico de patologías incluidas en el programa; en la **Segunda fase** los pacientes remitidos por parte del servicio de urgencias o desde hospitalización que cursen estas patologías, lo que implica la valoración de las condiciones que permitan el desarrollo apropiado del programa, pacientes que requieran seguimiento ambulatorio de sus patologías de base y no presenten patologías descompensadas, ni requieran hospitalización, (criterios de inclusión) por parte de los médicos de esta área. El paciente debe solicitar a su respectiva EAPB ser incluida en el plan de pacientes con patologías crónicas con la orden emitida por parte del médico tratante e iniciar el trámite del servicio de atención ambulatoria, la orden debe diligenciarse los primeros días de cada mes para ser incluido en las actividades dispuestas por el programa.

Equipo de atención ambulatoria

Conformado por: médico especialista en cuidado primario (especialista en medicina familiar en apoyo con medicina interna), enfermera profesional, auxiliar de enfermería, psicología, nutricionista, terapia: física, respiratoria, ocupacional y trabajo social y en caso de ser necesario valoración por consulta médica especialista (cardiología, nefrología, oftalmología, psiquiatría).

Funciones asignadas a las diferentes áreas de apoyo del programa

1. Psicología: pacientes a quienes se les diagnostica trastornos como: depresión, ansiedad, pánico, conflictos familiares o disfunción familiar que presenten interferencia con el manejo del paciente y requieran realizar intervención directa o toda la familia. En caso que requieren complementar el tratamiento farmacológico se remitirán a valoración psiquiátrica.
2. Terapia física: manejo de acondicionamiento físico, rehabilitación cardíaca, dolores osteomusculares, atrapamientos radiculares, pacientes con otros problemas físicos susceptibles de mejoría sintomática mediante el aprendizaje de ejercicios y actividades de autocuidados, se excluirá todo paciente el cual

presente contraindicación para terapia física, o que no acepten el manejo.

3. Terapia respiratoria: apoyo en los procesos respiratorios que puedan ser manejados en la consulta ambulatoria, educación sobre uso adecuado y racional de dispositivos aéreos (inhaladores, oxígeno domiciliario), registro de flujo respiratorio tanto para asmáticos como para EPOC, educación sobre manejo inicial de crisis o descompensaciones en casa, rehabilitación pulmonar.
4. Laboratorio clínico: solicitud de exámenes básicos y especializados que permitan tomar acertadas decisiones o modificaciones.
5. Nutrición clínica: valoración nutricional inicial, educación en alimentación saludable, adecuada preparación de alimentos, dieta requerida para cada paciente según su patología, enseñanza del conteo calórico en pacientes diabéticos de vital importancia para el mejoramiento del cuadro clínico.

Horario de atención

El servicio de atención ambulatoria es prestado de lunes a viernes en el horario de: 7 am a 12 m. y de 1 pm a 5 pm, las valorizaciones se realizan de acuerdo a una programación basada en la prioridad de atención y el ingreso al programa, sin embargo esta es sujeta a la recepción de las ordenes autorizadas por las EPS o ARS de cada paciente.

Material

El equipo médico se ubicara en los diferentes consultorios asignados en el área de consulta externa de la unidad funcional de Zipaquirá, los cuales contarán con un consultorio dotado de camilla y los siguientes instrumentos medico : tensiómetro, fonendoscopio, equipo de órganos de los sentidos pesa, pulsoxímetro, glucómetro ,monofilamento, rueda dentada, tallímetro, guantes desechables jeringa, algodón, alcohol, jabón antiséptico, lidocaína en jalea, solución salina, materiales de curación, hojas de bisturí, guardián y dispositivos de desechos debidamente clasificados.

Análisis estratégico

El hospital de Zipaquirá es una empresa que presta servicios de salud de baja y mediana complejidad, es un centro de referencia para el departamento de Cundinamarca (Cogua, Pacho, Guasca, Tocancipa, Gachancipa, Tabio entre otros) que hace parte integral del hospital de la Samaritana Bogotá, el cual es cabeza de red de 37 hospitales del departamento, con una cobertura de 116 municipios, que pasan los dos millones de habitantes.

Misión: modelo especializado en la atención ambulatoria de pacientes con patología crónica.

Visión: posicionarse como estándar departamental en calidad e integralidad y autosostenibilidad en la atención multidisciplinaria del paciente crónico ambulatorio.

Planificación y gestión

1. Identificación de los pacientes con patologías crónicas, ingresándolos a la base de datos del programa de enfermos con patologías crónicas, lo cual permitirá realizar una caracterización de la población, de pacientes crónicos de la unidad funcional.
2. Implementación de una base de datos única de pacientes crónicos la cual contenga todos los aspectos indispensables para su identificación, seguimiento y clasificación.
3. Estandarizar procedimientos: guías de manejo y atención dentro de los cuales encontramos entre otras: ruta de los pacientes durante la atención (seguimiento, educación al paciente, verificación de cumplimiento terapéutico), criterios de remisión a especialista en consulta externa, urgencias y/o hospitalización.
4. Valoración de indicadores de procesos.

Plan de educación

1. Entrenamiento en temas específicos: modificación de estilos de vida saludables, alimentación sana nutritiva, recomendaciones sobre el no consumo del tabaco, el alcohol y o cualquier sustancia psicoactiva y el riesgo que produce su consumo, actividades de vacunación, tamizaje de: cáncer mamario, cuello uterino (citología), de próstata, de colon, cáncer de piel y tamización osteoporosis de igual manera se realizan recomendaciones sobre la importancia de la higiene personal, lavado de manos, manejo adecuado de los medicamentos, uso de catéteres urinarios.
2. Educación sobre la patología diagnosticada (causas, tratamiento y factores de riesgo para su deterioro), dirigida al paciente y su familia y/o cuidador del paciente.
3. Información sobre signos de alarma y recomendaciones generales para la consulta temprana y/o de urgencia.

Metodología

- Intervención breve durante la captura del paciente,
- Refuerzo de las actividades en cada visita de forma individualizada,
- Educación por profesionales y auxiliares de la salud,
- Talleres prácticos y uso de materiales didácticos para la capacitación.

Como realizar el diagnostico de paciente con patología crónica

Realizar un seguimiento a pacientes sanos mayor de 45 años según guías establecidas por el ministerio de protección social y la norma 412 del 2000, realizando un diagnóstico temprano mediante las intervenciones de promoción y prevención de manera que nos ayuden a evitar un deterioro y complicaciones en la salud del paciente. El examen clínico debe ir acompañado de los resultados de los siguientes exámenes de laboratorio: *Glicemia basal* (glucosa en suero LCR u otro fluido diferente a orina), *perfil lipídico* (colesterol de alta densidad HDL, colesterol de baja densidad LDL 90.3.8.16, colesterol total 90.3.8.18 triglicéridos), *creatinina* (creatinina en suero, orina u otros), *uroanálisis* con sedimento y densidad urinaria. Una vez obtenidos los resultados de laboratorio y la valoración clínica se realiza el siguiente análisis:

- A. Persona mayor de 45 años sin antecedentes de riesgo, sin síntomas atribuibles a patologías crónicas, con examen físico normal (persona sana), debe recibir información sobre estilos de vida saludable y dar indicaciones para control por medicina general a los cinco años.
- B. Persona mayor de 45 años con factores de riesgo para enfermedades de referencia, pero sin síntomas atribuibles a las patologías antes mencionadas y con examen físico normal deben recibir educación en estilo de vida saludable y hacer un plan de intervención de los factores de riesgo específicos. Dar indicaciones de control médico general a los cinco años.
- C. Persona mayor de 45 años con o sin factores de riesgo, con signos, síntomas y / o secuelas atribuibles a las enfermedades de interés, con cualquier otro cuadro patológico o con resultados de laboratorio anormales, debe ser remitida para diagnóstico definitivo y tratamiento.
- D. A toda mujer se le debe realizar la citología vaginal si no la tiene y continuar con los controles según esquema 1-1-3 según norma para la detección temprana de cáncer cervicouterino. De igual manera mujeres mayores de 50 años sin mamografía de seno, deben ser remitidas para la realización del mismo.

Conclusiones

1. Aunque en varios países desarrollados se han adoptado modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles no hay resultados visibles aún.
2. Los países han elaborado sus propias estrategias de acuerdo con sus sistemas de salud para mejorar la calidad en la atención ambulatoria adoptando el modelo de Edward Wagner.

3. Aplicando el modelo Wagner a la UFZ se identificaron fallas en tres de las seis áreas propuestas que son: la participación de la familia como autoayuda en el proceso para los pacientes con este tipo de afecciones, el sistema de información del Hospital es mixto, se generan dos tipos de reporte uno por el sistema y otro manual, lo que genera un margen de error en los resultados y datos obtenidos, y por último en los cambios en la organización (rotación continua del personal, método de contratación, entre otras.)
 4. Hace parte importante de cualquier modelo de salud la elevación de la conciencia y el empoderamiento de cada individuo de su condición de salud promoviendo con esto el auto cuidado. La prevención de dificultades posteriores producidas por su condición.
 5. El Sistema de Salud Colombiano está diseñado sobre la base de servicio privados (85%) donde no existen políticas públicas Nacionales para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, al igual que la carencia de un sistema de vigilancia que provea información útil y oportuna para la toma de decisiones;¹¹ esto provoca una serie de problemas que afectan la calidad de la atención al paciente con ENT, por ejemplo: el cuidado limitado por mecanismos de contención de costos, evaluación administrativa enfocada solo en resultados cuantitativos, exclusiva aproximación individual, predominio del cuidado especializado (baja calidad del primer nivel de atención).¹¹
 6. Es necesario que a partir de los hogares se tomen medidas, para disminuir la probabilidad, de presentar estas enfermedades crónicas al menos retardar su aparición adoptando cambios en sus hábitos de vida.
- transmisibles: aplicación de la estrategia mundial, 61 ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A61/8 PUNTO 11.5 del orden del día provisional 18 de abril de 2008, documento A53/14.
 5. James Hospedales, Donna Eberwine, Organización Panamericana de la salud, oficina regional de la organización mundial de la salud, Vol.2, No 3, marzo 2008
 6. World Health Organization. Preventing Chronic Disease: A vital investment. Geneva ,Switzerland: World Health Organization, 2005
 7. II Estudio de factores de riesgo de enfermedades crónicas- enfrecii conocimientos actitudes y prácticas en hipertensión, ejercicios, hiperlipidemia y peso corporal, informe ejecutivo semanal, oficina de epidemiología, semana epidemiológica o.47 Noviembre 21 al 27 de 1999.
 8. Dora Inés Molina, MD, HFACP, Alonso Merchán, MD, Nicolás Jaramillo, MD, Gregorio Sánchez, MD, FACP. Guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular tópicos selectos, Dislipidemias, julio 2009 volumen 16 suplemento 3.
 9. Guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular tópicos selectos, hipertensión arterial, julio 2009 volumen 16 suplemento 3
 10. Guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular tópicos selectivos, diabetes mellitus, Julio 2009 volumen 16 suplemento 3
 11. Lucumí D, Gutierrez A, Moreno J, Gómez LF, Lagos N, Rosero M, et al. Planeación local para enfrentar el desafío de las enfermedades crónicas en Pasto, Colombia. Rev Salud Públ 2008; 10 (2):343-51

Bibliografía,

1. Alma – Ata: 25 años después, por David a. Tejada de Rivero, perspectivas de salud vol.8 n. 2; 2003)
2. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, documento de posición de la organización mundial de la salud (OPS/OMS)
3. Organización Mundial de la salud 2011, informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 Resumen de orientación, 1-176, 2011
4. Organización Mundial de la Salud, prevención y control de las enfermedades no