

FACTORES DETERMINANTES DEL MAYOR COSTO EN LA MEDICACIÓN DEL
PACIENTE PSIQUIATRICO DEL SERVICIO MEDICO AMBULATORIO EN LA
CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE, DE LA POLICIA NACIONAL, EN EL
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE DICIEMBRE DE 2004 Y FEBRERO DE 2005

CHARRYS MARELVIS
NEIRA HERRERA ALÉIDA
PARDO CORTEZ JESÚS FERNANDO

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA-CES
POSTGRADO DE AUDITORIA EN SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
BUCARAMANGA
2005

FACTORES DETERMINANTES DEL MAYOR COSTO EN LA MEDICACIÓN DEL
PACIENTE PSIQUIATRICO DEL SERVICIO MEDICO AMBULATORIO EN LA
CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE, DE LA POLICIA NACIONAL, EN EL
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE DICIEMBRE DE 2004 Y FEBRERO DE 2005.

CHARRYS MARELVIS
NEIRA HERRERA ALEIDA
PARDO CORTEZ JESÚS FERNANDO

Trabajo presentado como requisito para optar al título de Especialista en Auditoria
en Salud

Directora:
Dra. AMPARO RUEDA DE CHAPARRO

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA-CES
POSTGRADO DE AUDITORIA EN SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
BUCARAMANGA
2005

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bucaramanga, junio de 2005

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	9
PRESENTACION DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS	12
OBJETIVO GENERAL	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1. MARCO TEORICO	14
1.1 AUDITORIA MEDICA (AM)	14
1.2 ANTECEDENTES DE LA AUDITORIA MEDICA	14
1.3 SERVICIO DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL	19
1.4 PATOLOGÍAS FRECUENTEMENTE DIAGNOSTICADAS POR EL PSIQUIATRA	25
1.4.1 Episodios depresivos.	25
1.4.2 Trastorno de estrés post-traumático.	28

1.4.3	Trastornos de adaptación.	28
1.4.4	Esquizofrenia.	28
1.4.5	Trastornos del humor (afectivos) persistentes.	29
1.4.6	La manía confusional.	29
1.4.7	Retraso mental leve.	30
2.	MATERIALES Y METODOS	31
3.	RESULTADOS	34
3.1	ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN POR ESPECIALIDADES MEDICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL PERIODO	34
3.2	ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS ETAREOS, GENERO Y TIPO DE USUARIO DE LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS ATENDIDOS DURANTE EL PERIODO	40
3.3	ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN POR DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS ATENDIDOS DURANTE EL PERIODO	43
3.4	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA ENCONTRAR LOS FACTORES QUE DETERMINAN EL MAYOR COSTO EN LA MEDICACIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO DEL SERVICIO MEDICO AMBULATORIO EN LA CLÍNICA REGIONAL DEL ORIENTE DE LA POLICÍA NACIONAL DURANTE EL PERIODO	54
	CONCLUSIONES	57
	RECOMENDACIONES	59
	BIBLIOGRAFÍA	60

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Distribución por especialidades médicas de los pacientes atendidos en la clínica y el costo de los medicamentos suministrados durante el periodo	35
Cuadro 2. Distribución por grupos etéreos de los pacientes psiquiátricos atendidos en el periodo	40
Cuadro 3. Distribución por género de los pacientes psiquiátricos atendidos en el periodo	41
Cuadro 4. Distribución por tipos de usuario de los pacientes psiquiátricos atendidos en el periodo	42
Cuadro 5. Distribución por diagnóstico de los pacientes psiquiátricos atendidos en la clínica y el costo de los medicamentos suministrados durante el periodo	44
Cuadro 6. Distribución por medicación de los pacientes psiquiátricos atendidos en la clínica y el precio unitario de los medicamentos suministrados durante el periodo	49
Cuadro 7. Precio unitario de los medicamentos suministrados a los pacientes psiquiátricos atendidos en la clínica durante el periodo	52

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Número de pacientes atendidos en la clínica por especialidades médicas durante el periodo	36
Figura 2. Porcentaje de pacientes atendidos en la clínica por especialidades médicas durante el periodo	37
Figura 3. Costo ambulatorio por especialidades médicas de los pacientes atendidos en la clínica durante el periodo	38
Figura 4. Porcentaje del costo ambulatorio por especialidades médicas de los pacientes atendidos en la clínica durante el periodo	39
Figura 5. Distribución por grupos etéreos de los pacientes psiquiátricos atendidos en el periodo	40
Figura 6. Distribución por género de los pacientes psiquiátricos atendidos en el periodo	41
Figura 7. Distribución por tipos de usuario de los pacientes psiquiátricos atendidos en el periodo	42
Figura 8. Número de pacientes psiquiátricos atendidos por diagnóstico en la clínica durante el periodo	45
Figura 9. Porcentaje de pacientes psiquiátricos atendidos por diagnóstico en la clínica durante el periodo	46
Figura 10. Costo ambulatorio de los pacientes psiquiátricos atendidos por diagnóstico en la clínica durante el período	47
Figura 11. Porcentaje del costo ambulatorio de los pacientes psiquiátricos atendidos por diagnóstico en la clínica durante el periodo	48
Figura 12. Precio unitario de los medicamentos suministrados a los pacientes psiquiátricos atendidos en la clínica durante el periodo	53

RESUMEN

Del 18.8% asignado para medicación ambulatoria de psiquiatría en el 2004, en el primer semestre el costo ascendió a 22.7% y continuó en incremento para el segundo período. Se hizo necesario encontrar los factores que se relacionan con el mayor costo generado por medicación psiquiátrica y buscar una solución que favorezca su amortización. Para esto se recepcionó y registró el número de pacientes atendidos por consulta ambulatoria, el tipo de diagnóstico y el costo por medicación. Encontrándose que el costo de medicación ambulatoria por psiquiatría fue del 25.1% ocupando el tercer lugar, por especialidad. El número de pacientes de 205 en el primer semestre se incrementó a 231 en el período de estudio. El diagnóstico más frecuente fue *Reacción depresiva prolongada* y *Reacción paranoide aguda*. Las dos reportadas como las de mayor costo por medicación.

INTRODUCCIÓN

El control ha sido patrimonio de la humanidad desde sus orígenes y con el paso del tiempo se ha consolidado como una disciplina formal con su metodología, sus reglas y su normatividad.

Bajo el nombre de Auditoria se han hecho grandes avances aunque también grandes atropellos, el mundo conoció épocas nefastas como la del Santo Oficio de la Inquisición que en algunas de sus intervenciones condenó a la tortura, la cárcel e inclusive a la hoguera a personas vinculadas al sector salud, por realizar prácticas que por ser desconocidas fueron tildadas de satánicas, con el consabido ocultamiento de los investigadores y el retraso en el progreso de la ciencia¹.

El enfoque y finalidad de la Auditoria hacia la Garantía de la Calidad, la posición del grupo auditor y los resultados de su acción son objeto de reconocimiento en las organizaciones, y son los objetivos actuales de la auditoria en salud.

Uno de los objetivos en política sanitaria es conseguir un uso racional de los medicamentos, es decir, proporcionar la mejor terapéutica al menor costo y con los mínimos riesgos.

La utilización de medicamentos se considera un indicador socio-sanitario, siendo los estudios de utilización de medicamentos la herramienta que nos permite su evaluación y posterior diseño de estrategias de intervención.

Por esta razón, se ha realizado la búsqueda de los factores determinantes del alto costo en la medicación del paciente psiquiátrico de la Clínica regional del Oriente. Una vez encontrados estos factores, proponer soluciones que favorezca la amortización de los costos sin disminuir la calidad de atención a usuario.

¹ WHO Technical Report Series. The selection of essential drugs: report of a WHO Expert Committee. 1977. P. 615.

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

El tratamiento de los 205 pacientes psiquiátricos que se atienden en la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional, reportó un gasto del 22.7% en el primer semestre de 2004. Teniendo presupuestado por estadísticas anteriores un 18.8% a este ítem. En el segundo semestre los informes de los dos primeros meses (julio y agosto) continúan mostrando tendencia al alza, causando un desequilibrio en el presupuesto total asignado para medicación de la Seccional de Sanidad del Departamento, con destino a todos los medicamentos desde nivel I al IV.

¿Cuáles son los factores determinantes del mayor costo en tratamiento psiquiátrico ambulatorio del servicio médico de la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional?

JUSTIFICACIÓN

La atención junto con la prescripción adecuada se refleja en el grado de satisfacción de los pacientes y se expresa en la resolución de los problemas de salud del individuo.

Los pacientes psiquiátricos en un alto porcentaje son de manejo cíclico, por lo tanto deben ser atendidos médicamente cada mes para realizar control de la enfermedad y recibir la medicación correspondiente. Teniendo en cuenta, los incrementos en precios y los datos suministrados por farmacia al finalizar del 2003, se ha establecido un costo de 22.7% para la medicación del paciente psiquiátrico, del total de presupuesto asignado para medicación, este porcentaje que ha sido sobrepasado cada mes causando desbalance en las metas propuestas para el año 2004.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los factores determinantes del mayor costo en el tratamiento psiquiátrico del servicio medico ambulatorio en la Clínica Regional del Oriente, de la Policía Nacional, en el periodo comprendido entre diciembre de 2004 y febrero de 2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el costo ambulatorio por especialidades médicas en la CLIRE en el periodo comprendido entre diciembre de 2004 y febrero de 2005.
- Determinar la proporción del costo ambulatorio en tratamiento psiquiátrico, en el periodo de estudio.
- Determinar la proporción del costo en tratamiento psiquiátrico por grupos étnicos, sexo y tipo de usuario.
- Relacionar el costo ambulatorio de la prescripción en pacientes psiquiátricos, por tipo de diagnóstico, en el periodo.
- Determinar los factores relacionados con el mayor gasto en la medicación Psiquiátrica en la CURE.
- Proponer estrategias de medicación con el profesional encargado de la atención de pacientes psiquiátricos en la CURE para dar cumplimiento de los lineamientos institucionales acerca de la prescripción.

1. MARCO TEORICO

1.1 AUDITORIA MEDICA (AM)

"Es un mecanismo de mejoramiento y perfeccionamiento médico, basado en la utilización de normas y registros"².

"Es una revisión sistemática y objetiva de la estructura del trabajo profesional y de la Atención Médica efectuada por los profesionales de la Salud, sobre la base de la Historia Clínica"³ Es una revisión de la práctica médica y no del que la practica.

Tiene tres objetivos:

- a) Conocer la calidad de los servicios que se prestan.
- b) Formular proyectos y sugerencias para mejorarlos.
- c) Conocer las condiciones en que se desarrolla el trabajo profesional.

"*Auditoría Médica*, especialidad de la salud dentro de la cual tienen especial relevancia la prevención y detección de riesgos, la gestión de los reclamos y el manejo precoz de los conflictos que puedan surgir en el proceso de atención de los pacientes."⁴

1.2 ANTECEDENTES DE LA AUDITORIA MEDICA

La Auditoria en Salud nace con la profesión Médica, bajo las vertientes fundamentales evaluar y educar.

En la actualidad se utilizan varias formas para lograr una alta calidad en salud, dentro de ellas tenemos:

² A.C.A.D.A.O. Asociación Civil Argentina de Auditoria Odontológica. Revista N° 1. Dr. Carlos Bruzzo, Ing. Alejandro A. Bruzzo. 1993. Auditoria en servicio propio. Revista N° 2 A.C.A.D.A.O. 1995.

³ REDONDO GOMEZ, Hermán y GUZMAN MORA Fernando. La Reforma de la Salud y la Seguridad social en Colombia. Ed. 2000. Biblioteca jurídica.

⁴ Revista Chilena de Radiología. Voi. 9 N° 3. 2003. P. 157-160.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

- a) **EL MÉTODO CIENTÍFICO:** el mejorar la calidad es parte de la formación del profesional. Así pues, los profesionales de la salud determinan y evalúan acerca de eficiencia en los medicamentos, técnicas de diagnóstico, éxito en las intervenciones y decisiones quirúrgicas; obteniendo resultados que sirven para proyectar mejoras en las áreas que presenten debilidades.
- b) **MODELOS DE LA ACTIVIDAD INSTITUCIONAL:** tales como La Gestión de Calidad Total (G.C.T.), o el Mejoramiento Continuo de la Calidad (M.C.C.), modelos utilizados en la industria y adoptados por los médicos norteamericanos en los años de 1980. hoy aun son útiles en gestión de calidad. ⁵

Sobresalieron en la elaboración de modelos de mejoramiento industrial:

Deming: contribuyó en la industria japonesa después de la segunda guerra mundial. Él creía en las estadísticas como base para la calidad en la gestión, y que ésta podría mejorarse si se mejoraban los procesos.

Juran: otro líder en el movimiento por la calidad planteó su Filosofía, que se conoce como la trilogía de Juran:

- > Planificación de la calidad
- > Control de la calidad
- > Mejoramiento de la calidad

Crosby: creó la Filosofía de los estándares, para lograr la excelencia.

Los primeros reportes sobre Calidad se remontan a mediados del siglo XIX, cuando se pusieron en marcha controles de calidad en la atención anestésica en Gran Bretaña.

El primer programa de Auditoria Médica, fue instaurado en 1910 por Flexner, cuando da a conocer un informe denominado "Cirugías, Verdaderas Trampas Mortales", donde condena Las intervenciones quirúrgicas realizadas por médicos generales, faltos de capacitación adecuada y sin pericia, sumadas a la deficiencia del sector hospitalario.

⁵ www.odonmabelserratt.com. Antecedentes históricos de Auditoria en Salud. Mabe) Yolanda Serratto (Colombia). Agosto 2001.

Nace de aquí la necesidad de los médicos de que se evalué su trabajo. En 1910, el doctor Emory Codman en Boston, hizo un estudio retrospectivo de las intervenciones quirúrgicas después de un año de realizadas. Estudio que buscaba contradecir en parte afirmaciones de Flexner, del mismo año.

Los métodos para valorar sistemáticamente el trabajo de los médicos en Estados Unidos, fueron impulsados por el doctor Ernest Codman, presidente del Comité de Estandarización de Hospitales del Colegio Americano de Cirujanos, hacia el año de 1914. En esa época se señalaba como "el objetivo de la evaluación de una medicina de mejor calidad" y, además, se hacía el reconocimiento y calificación de los hospitales de los Estados Unidos. En 1928 el doctor Thomas R. Ponton presentó un plan de contabilidad de servicios profesionales.

En 1951 se crea en Norteamérica la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales.

En 1960 el Seguro Social Mexicano inicia programas de Evaluación de Calidad en Salud.

En 1965 en España se inicia la acreditación de hospitales.

En 1983 en Canadá se exige por parte del gobierno poner en marcha programas de Garantía de Calidad.

En 1985 se crea la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Hoy en día la "Auditoria Médica" es una de las condiciones básicas para la calificación y el reconocimiento de los hospitales en los Estados Unidos y otros países

En Latinoamérica Argentina ha tomado la delantera. En la década de 1960, la expansión de Las Obras Sociales genera la necesidad de controlar la Calidad de la atención Médica, la cantidad de Las prestaciones y la verificación de la facturación.

En 1974 se realiza el encuentro de Auditoria Médica con la participación de la Escuela de Salud Pública, de la UBA (Universidad de Buenos Aires), El Centro Latinoamericano de Administración Médica, la sociedad Argentina de Auditoria Médica entre otras entidades participantes.

En nuestro medio, en 1975 en el Instituto de Seguros Sociales se creó la oficina de Evaluación médica y docencia que, más tarde (diez años después) fue reemplaza por la oficina de evaluación de calidad. Este sistema de evaluación nació con el objetivo de salvaguardar al enfermo, a la vez que propendía por la práctica de una medicina mejor para una vida mejor. De esta manera, fue concebido como un procedimiento técnico de control, con un componente docente y facilitador de estímulos; nunca se ha concebido como una oficina creada para la recepción de quejas y reclamos ⁶ .

La reforma constitucional de 1991, en sus artículos 209 y 269, estableció el deber de la administración pública, de diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control, cuya calidad y eficiencia será evaluada por la Contraloría General de la nación.

La ley 87 de 1993, implementa desarrolla y consolida las auditorias internas en el sector estatal, y su filosofía y enfoque es el de retomar del sector privado la practica de la auditoria, el control interno y otras herramientas de tipo gerencial.

La ley 100 de 1993 y el Decreto reglamentario 2174 de 1996, organizan el Sistema de Garantía de la Calidad y ordena su implantación en las entidades de salud del país.

La auditoria en salud en Colombia se hace necesaria por la existencia de varias normas legales encontradas en la ley 100 título 4º artículo 227 - Decreto 1570 de 1994 - Decreto 1486 de 1994 - Decreto 2174 de 1996 - Resolución 3905 de 1994 - Resolución 0320 de 1997 y Resolución 04252 de 1997.

Se hace entonces importante la especialización en Auditoria en salud y empiezan a circular libros, revistas y artículos con alusión al tema. Entre otros se destaca un aparte del periódico nacional que hace resaltar las fortalezas de la Auditoria en Colombia, el perfil del Auditor en Salud debe ser:

⁶ REY, E. Manual de Evaluación Médica. ISS Oficina de Evaluación y Docencia ed. ISS. 1975. P. 2-4-10.

- ® Capacidad y experiencia
- ® Sentido ético
- ® Mentalidad analítica
- ® Independencia de criterio
- ® Capacidad de síntesis
- ® Aptitud para comunicarse

Colombia es el país de América Latina mejor calificado por la OMS, y ocupa el primer lugar mundial en Solidaridad. En otras palabras el 40% de la población Más pudiente de la sociedad, contribuye con el pago de la Salud del 60% Más pobre. Pero en términos generales de Salud Colombia ocupa el puesto 22 entre 191 países, es el resultado de un promedio de cinco indicadores clave, por lo que el primer lugar en solidaridad contrasta con el puesto 94 que ocupamos con respecto al acceso igualitario a los servicios de salud o al puesto 82 en el nivel de respuesta del sistema de salud a las necesidades de los usuarios.

Es por esto debe existir en cada entidad de salud una auditoria médica que cumpla con los siguientes objetivos:

- 1) Conocer la calidad de los servicios y valorar los factores que inciden sobre la buena marcha de los mismos.
- 2) Analizar el trabajo médico en sus diferentes áreas, con el propósito de conseguir el más alto nivel de eficiencia en la atención prestada.
- 3) Propender por la creación de estímulos y facilitar la información para la asignación de los mismos.
- 4) Coordinar los aspectos referentes a la investigación, con el objeto de lograr una proyección médica más amplia.
- 5) Establecer los criterios para programar la capacitación científica.
- 6) Estimular el conocimiento y buenas relaciones entre los profesionales de la salud.
- 7) Dar cumplimiento a las disposiciones legales.

Resulta entonces obvio que hay varias clases de auditorias. Para simplificar, podemos decir que pueden existir una auditoria interna que es realizada por la propia institución, ejecutada por personas que poseen una responsabilidad directa sobre los servicios que van a ser auditados y una auditoria externa que es la responsabilidad de una organización independiente de la que está siendo auditada. La ventaja consiste en su carácter independiente, asociada a la experiencia de los auditores; esta auditoria puede ser de calificación, recalificación, de mantenimiento o periódica de seguimiento.

La auditoria interna es uno de los componentes del sistema de control interno, del nivel gerencial o directivo, encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

Abordar el tema de Auditoria en Salud implica entender los componentes que hacen parte de la misma. El conocimiento y la pericia del Auditor, la relación interpersonal y las características del lugar en donde se presta la atención.

1.3 SERVICIO DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL

El Servicio de Salud de la policía Nacional esta regido por el Decreto 1795 del 14 de septiembre de 2000 Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional" esta definido por los artículos 1 y 2 del capitulo 1 los cuales dicen:

ARTICULO 1. DEFINICIÓN DEL SISTEMA: el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional es un conjunto interrelacionado de Instituciones, Organismos, Dependencias, Afiliados, Beneficiarios, Recursos, Políticas, Principios, Fundamentos, Planes, Programas y Procesos debidamente articulados y armonizados entre sí, para el cumplimiento de la misión, cual es prestar el servicio público esencial en salud a sus afiliados y beneficiarios."

ARTICULO 2.- DEFINICIÓN DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL: para los efectos del presente Decreto se define la Sanidad como un servicio público esencial de la logística militar y policial, inherente a su organización y funcionamiento, orientada al servicio del personal activo, retirado, pensionado y beneficiarios.

El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP), el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN), y los afiliados y beneficiarios del Sistema. Y tienen como Objetivo prestar el Servicio de Sanidad inherente a las Operaciones Militares y del Servicio Policial como parte de su logística Militar y además brindar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios. Por lo tanto entonces los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) y Policial (ESP), estarán destinados prioritariamente a la atención en salud del Sistema como apoyo para la defensa y seguridad Nacional.

Serán principios orientadores para la prestación del servicio de salud del SSMP los siguientes:

- a) **CALIDAD.** Los servicios que presta el Sistema se fundamentan en valores orientados a satisfacer las necesidades y expectativas razonables de los usuarios de tal forma que los servicios se presten de manera integral.
- b) **ETICA.** Es el conjunto de reglas encaminadas a brindar servicios de salud integrales en un marco de respeto por la vida y la dignidad humana sin ningún distingo.
- c) **EFICIENCIA.** Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho el Sistema sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.
- d) **UNIVERSALIDAD.** Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
- e) **SOLIDARIDAD.** Es la práctica de la mutua ayuda entre los Establecimientos de Sanidad de las Fuerzas Militares y Policía Nacional bajo el principio del más fuerte hacía el más débil.
- f) **PROTECCIÓN INTEGRAL.** El SSMP brindará atención en salud integral a sus afiliados y beneficiarios en sus fases de educación, información y fomento de la salud, así como en los aspectos de prevención, protección, diagnóstico, recuperación, rehabilitación, en los términos y condiciones que se establezcan en el plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, y atenderá todas las actividades que en materia de salud operacional requieran las Fuerzas Militares y la Policía Nacional para el cumplimiento de su misión. En el SSMP no existirán restricciones a los servicios prestados a los afiliados y beneficiarios por concepto de preexistencias.

- g) **OBLIGATORIEDAD.** Es obligatoria la afiliación de todas las personas enunciadas en el Artículo 23 del presente Decreto.
- h) **EQUIDAD.** El SSMP garantizará servicios de salud de igual calidad a todos sus afiliados y beneficiarios, independientemente de su ubicación geográfica, grado o condición de uniformado o no uniformado, activo, retirado o pensionado.

Serán características propias del Sistema:

- a) **AUTONOMÍA.** El SSMP es autónomo y se regirá de conformidad con lo establecido en el presente Decreto.
- b) **DESCENTRALIZACION Y DESCONCENTRACION.** El SSMP se administrará en forma descentralizada y desconcentrada, con el fin de optimizar la utilización de los recursos, obtener economías de escala y facilitar el acceso y la oportunidad de los servicios de salud en las Fuerzas Militares y en la Policía Nacional. Esto con sujeción a las políticas, reglas, directrices y orientaciones trazadas por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
- c) **INTEGRACIÓN FUNCIONAL.** La Dirección General de Sanidad Militar, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas, los Establecimientos de Sanidad Militar y Policial, y el Hospital Militar Central, concurrirán armónicamente a la prestación de los servicios de salud, mediante la integración en sus funciones, acciones y recursos, de acuerdo con la regulación que para el efecto adopte el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
- d) **INDEPENDENCIA DE LOS RECURSOS.** Los recursos que reciban las Fuerzas Militares y la Policía Nacional para la salud, deberán manejarse en fondos cuenta separados e independientes del resto de su presupuesto y sólo podrán destinarse a la ejecución de dichas funciones.
- e) **ATENCION EQUITATIVA Y PREFERENCIAL.** En todos los niveles del SSMP se deberán atender equitativa y prioritariamente a los afiliados y beneficiarios del mismo. Por consiguiente, solamente podrán ofrecer servicios a terceros o a entidades promotoras de salud, una vez hayan sido satisfechas debidamente las necesidades de tales usuarios.
- f) **RACIONALIDAD.** El SSMP utilizará los recursos de manera racional a fin de que los servicios sean eficaces, eficientes y equitativos.

- g) UNIDAD. El SSMP tendrá unidad de gestión, de tal forma que aunque la prestación de servicios se realice en forma desconcentrada o contratada, siempre que exista unidad de dirección y políticas así como la debida coordinación entre los Subsistemas y entre las entidades y Establecimientos de Sanidad de cada uno de ellos.

El Comité de Salud de la Policía Nacional, como órgano asesor y coordinador de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, el cual estará integrado por los siguientes miembros según el Artículo 20 DECRETO 1795 DE 2000 (septiembre 14).

- a) El Director Operativo de la Policía Nacional, quien lo presidirá.
- b) El Director Administrativo de la Policía Nacional
- c) El Jefe de la Oficina de Gestión Institucional de la Policía Nacional o quién haga sus veces.
- d) El Inspector General de la Policía Nacional o su suplente.
- e) El Director de la Escuela Nacional de Policía "General Santander" o su suplente.
- f) Director de Bienestar Social de la Policía Nacional o su suplente.
- g) Un representante del personal de Oficiales en goce de asignación de retiro o pensión de la Policía Nacional o su suplente.
- h) Un representante del personal de Suboficiales en goce de asignación de retiro o pensión de la Policía Nacional o su suplente.
- i) Un representante del personal de Agentes en goce de asignación de retiro o pensión de la Policía Nacional o su suplente.
- j) Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales de la Policía Nacional.

Como parte integrante del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, los Establecimientos de Sanidad Policial, harán parte de la seguridad Nacional y tendrán como objeto la prestación de los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del Subsistema, como dependencias de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, para garantizar la continuidad e integralidad de los servicios.

Existen dos (2) clases de afiliados al SSMP:

a) Los afiliados sometidos al régimen de cotización:

1. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo.
2. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión.
3. El personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y el personal no uniformado, activo y pensionado de la Policía Nacional que se haya vinculado al Ministerio de Defensa Nacional o a la Policía Nacional con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993.
4. Los soldados voluntarios.
5. Los soldados profesionales de las Fuerzas Militares en servicio activo y en goce de pensión.
6. Los servidores públicos y los pensionados de las entidades Descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional, el personal civil activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y el personal no uniformado activo y pensionado de la Policía Nacional que se rige por la Ley 100 de 1993 y que a la fecha de la publicación del presente Decreto, se encuentren afiliados al SSMP.
7. Los beneficiarios de pensión por muerte del soldado profesional activo o pensionado de las Fuerzas Militares.
8. Los beneficiarios de pensión o de asignación de retiro por muerte del personal en servicio activo, pensionado o retirado de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional.
9. Los beneficiarios de pensión por muerte del personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y del personal no uniformado, activo o pensionado de la Policía Nacional.

b) Los afiliados no sometidos al régimen de cotización:

1. Los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo

de la Policía Nacional, a que se refieren el Artículo 225 del Decreto 1211 de 1990, el Artículo 106 del Decreto 41 de 1994 y el Artículo 94 del Decreto 1091 de 1995 y las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen, respectivamente.

2. Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio.

BENEFICIARIOS. Para los afiliados enunciados en el literal a) del Artículo 23, serán beneficiarios los siguientes:

- a) El cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado. Para el caso del compañero(a) sólo cuando la unión permanente sea superior a dos (2) años.
- b) Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges o compañero (a) permanente, que hagan parte del núcleo familiar ó aquellos menores de 25 que sean estudiantes con dedicación exclusiva y que dependan económicamente del afiliado.
- c) Los hijos mayores de 18 años con invalidez absoluta y permanente, que dependan económicamente del afiliado y cuyo diagnóstico se haya establecido dentro del límite de edad de cobertura.
- d) A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado, no pensionados que dependan económicamente de él.

Los afiliados no sujetos al régimen de cotización no tienen beneficiarios respecto de los servicios de salud.

Todos los afiliados y beneficiarios al SSMP, tendrán derecho a un Plan de Servicios de Sanidad en los términos y condiciones que establezca el CSSMP. Además cubrirá la atención integral para los afiliados y beneficiarios del SSMP en la enfermedad general y maternidad, en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación. Igualmente tendrán derecho a que el SSMP les suministre dentro del país asistencia médica, quirúrgica, odontológica, hospitalaria, farmacéutica y demás servicios asistenciales en Hospitales, Establecimientos de Sanidad Militar y Policial y de ser necesario en otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Cuando la atención médico - asistencial de un afiliado que se encuentre en servicio activo en las Fuerzas Militares, en la Policía Nacional o en el Ministerio de Defensa Nacional o de sus beneficiarios deba prestarse en el exterior, por encontrarse el afiliado en comisión del servicio, el SSMP reconocerá los gastos de los servicios médico - asistenciales, de conformidad con la reglamentación que expida el CSSMP.

1.4 PATOLOGÍAS FRECUENTEMENTE DIAGNOSTICADAS POR EL PSIQUIATRA

1.4.1 Episodios depresivos. En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve, moderada o grave, por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil.
- d) Una perspectiva sombría de futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo.

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad, habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Los ejemplos más típicos de estos síntomas son:

- ® Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- ® Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras, observadas o referidas por terceras personas.
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida de peso, del orden del 5 por ciento o más del peso corporal en el último mes.
- Pérdida marcada de la libido.

La presencia de demencia o de retraso mental, no excluyen el diagnóstico de un episodio depresivo.

> **Episodio depresivo leve:** el ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado más intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

> **Episodio depresivo moderado:** deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres, y preferiblemente cuatro, de los demás síntomas. Es probable que

varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

- > **Reacción depresiva prolongada:** estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años

- > **Episodio depresivo grave sin síntomas sicóticos:** durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

- > **Episodio depresivo grave con síntomas sicóticos:** se trata de un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones, o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina, o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces acusatorias, difamatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no con el estado de ánimo.

- > **Trastorno depresivo recurrente:** este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado, o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo suficientes para satisfacer las pautas de manía. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables.

El trastorno depresivo recurrente puede subdividirse especificando primero el tipo del episodio actual y después el tipo que predomina en todos los episodios. Excluye el diagnóstico de episodio depresivo breve recurrente.

1.4.2 Trastorno de estrés post-traumático. Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

1.4.3 Trastornos de adaptación. Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

1.4.4 Esquizofrenia. Es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación y autismo entendido como aislamiento.

El deterioro de la función mental en estos enfermos ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con su capacidad para afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad. El psicótico no vive en este mundo (disociación entre la realidad y su mundo), ya que existe una negación de la realidad de forma inconsciente. No es consciente de su enfermedad.

La actividad cognitiva del esquizofrénico no es normal, hay incoherencias, desconexiones y existe una gran repercusión en el lenguaje, pues no piensa ni razona de forma normal.

> Esquizofrenia paranoide: subtipo de esquizofrenia caracterizado por:

- Preocupación por una o más ideas delirantes de grandeza o persecución.

- Alucinaciones auditivas frecuentes.
- No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.
- También pueden presentar ansiedad, ira, tendencia a discutir y violencia.

1.4.5 Trastornos del humor (afectivos) persistentes. Se trata de una serie de trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades.

> **Trastorno bipolar o trastorno afectivo bipolar:** a un trastorno depresivo de larga evolución, en el que los episodios depresivos se ven interferidos por la aparición de otros episodios caracterizados por un estado de ánimo elevado (euforia excesiva), expansivo (hiperactividad anómala) o irritable. Las fases de exaltación, alegría desenfrenada o irritabilidad y grosería, alternan con otros episodios en que la persona está con depresiones intensas, con bajo estado de ánimo, incapacidad para disfrutar, falta de energía, ideas negativas y, en casos graves, ideas de suicidio. El periodo de exaltación se llama “*episodio maníaco*”, de una palabra griega, “*manía*”, que significa literalmente “*locura*”. El nombre de afectivo se refiere a las enfermedades de los afectos, nombre genérico que se da a los trastornos depresivos.

Por lo tanto, un trastorno bipolar es una enfermedad en la que se alternan tres tipos de situaciones:

- **Episodios depresivos**, con características parecidas a un episodio depresivo mayor.
- **Episodios de normalidad** o eutimia (de unas palabras griegas que significan: humor normal, o ánimo normal).
- **Episodios maníacos** Normalmente la persona está exaltada y “fuera de razón”, y no sigue las normas adecuadas en sus conductas laborales, sociales o de estudios. Puede tener consecuencias desagradables.

1.4.6 La manía confusional. Es considerada una de las variaciones más atípicas, pues junto a los síntomas afectivos y motores, aparecen desorientación temporoespacial y alucinaciones visuales vividas no secundarias a factores tóxicos o metabólicos. El posturismo y el negativismo han sido reportados en manía, así como un estado confusional crónico (pseudodemencia). El tono afectivo es muy oscilante, pudiendo variar desde la euforia hasta la disforia

intensa. La actividad psicomotora se hace muy bizarra: los sujetos se arrastran, husmean, hacen intentos impulsivos de suicidio, se quitan la ropa y pierden completamente la asociación ideativa. Bond utiliza como criterios clínicos para distinguirla de otras manías, los siguientes:

- Comienzo agudo con o sin signos de irritabilidad, insomnio o aislamiento emocional.
- Presencia de síntomas maníacos o hipomaníacos en algún momento de la crisis.
- Desarrollo de signos y síntomas de delirium.
- Antecedentes personales de manía o depresión.
- Antecedentes familiares de enfermedad afectiva.
- Respuesta al tratamiento convencional de la manía.
- Presentación intermitente.

1.4.7 Retraso mental leve. Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en este área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. Los programas educativos especiales pueden proporcionar a estos afectados la oportunidad para desarrollar algunas de las funciones deficitarias y son adecuados para aquellos con un aprendizaje lento y con un rendimiento bajo. De adultos, las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Sin embargo, por lo general, estos enfermos son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

2. MATERIALES Y METODOS

Durante el período de estudio se recibió y registró el número de pacientes atendidos por consulta ambulatoria clasificada por especialidad, el costo total de medicación ambulatoria por especialidad en el periodo y el gasto en medicamentos psiquiátricos por tipo de diagnóstico.

Adicionalmente, se requería identificar los medicamentos psiquiátricos de acuerdo a sus características terapéuticas y precios unitarios. Esta información fue tomada del servicio farmacológico CLIOR y del servicio farmacéutico MEDIPOL. Esto permitió la agrupación de los medicamentos en grupos terapéuticos y las estimaciones de los gastos por consumo. Posteriormente, se estructuró una base de datos con la información obtenida, que permitió la organización, el análisis y el procesamiento trimestral y se concluyó con la formulación de los resultados.

Para la obtención de los resultados se elaboró un instrumento que constaba de 8 preguntas las cuales evaluaban las teorías propuestas que deberían evidenciar los factores determinantes del mayor costo:

“Instrumento para determinar los factores determinantes del mayor costo en la medicación del paciente psiquiátrico del servicio médico ambulatorio en la clínica regional del oriente, de la policía nacional, en el periodo comprendido entre diciembre de 2004 y febrero de 2005”

Factores Institucionales:

1) Existen normas de prescripción definidas por la entidad para el profesional?

Si No

—

2) Se realiza dentro de la institución auditoría a la prescripción de medicamentos psiquiátricos?

Sí —

NO —

3) Existen guías de atención para el manejo de pacientes con reacción depresiva prolongada y episodio depresivo grave?
Si ___ No _____ [2]

4) La institución solicita diferentes cotizaciones a los laboratorios para el suministro de los medicamentos psiquiátricos?
Si ___ No _____

Factores relacionados con el diagnóstico:

5) Existen diagnósticos que se presentan con mayor frecuencia que otros?
Si ___ No ___

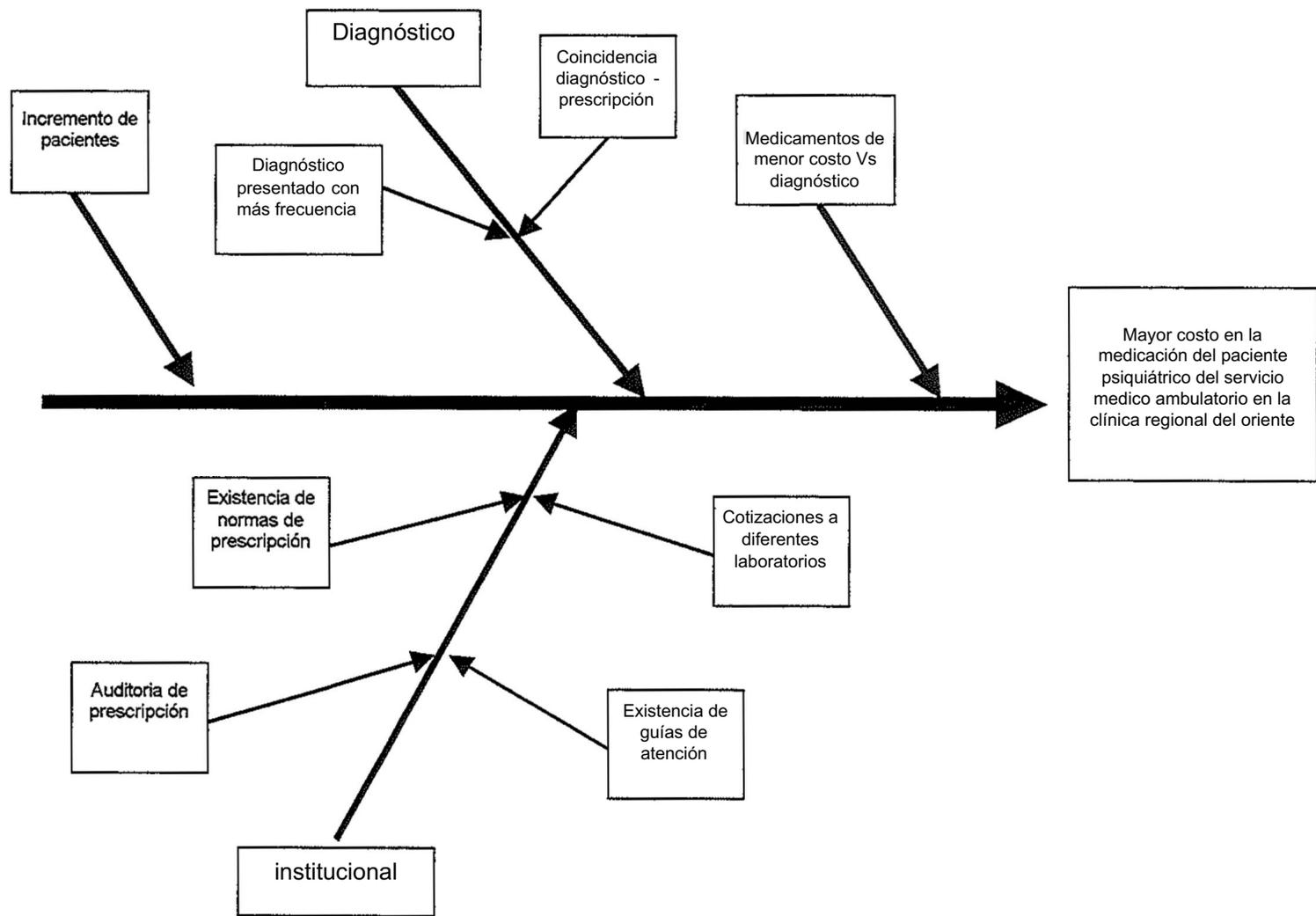
6) Los pacientes con el mismo diagnóstico reciben la misma prescripción?
Si ___ No ___

Otros factores:

7) Se ha incrementado el número de pacientes con enfermedades psiquiátricas en el periodo comprendido entre diciembre de 2004 y febrero de 2005.
Si_ No_

8) Existen medicamentos de menor costo que los formulados en la actualidad para tratar los pacientes con enfermedad psiquiátrica?
Si _ No _

De acuerdo al instrumento mencionado anteriormente se hizo un análisis de los aspectos que tienen mayores impactos sobre el problema en cuestión y se identificaron las diferentes causas de los altos costos en la prescripción de medicamentos psiquiátricos así como la causa raíz y se ubicaron en la siguiente espina de pescado:



3. RESULTADOS

3.1 ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN POR ESPECIALIDADES MEDICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL PERIODO

Entre las especialidades médicas la que atendió un mayor número de pacientes durante el periodo comprendido entre diciembre de 2004 y febrero de 2005 fue Medicina General con 9.136 personas (43.1%) del total de pacientes atendidos en la clínica, seguida de Urgencias con 3.821 personas (18%) y odontología con 2.125 personas (10%). Psiquiatría ocupó el quinto lugar con 693 personas atendidas (3.3%).

En relación con la administración de medicamentos a los pacientes atendidos durante el periodo la especialidad que generó un mayor costo fue Medicina Interna con \$271.428.300 (30.2%) del presupuesto asignado para la clínica, seguida muy de cerca por Medicina General con \$261.289.600 (29%) y Psiquiatría con \$225.814.050 (25.7%).

Se observa que el costo promedio por pacientes atendidos durante el periodo en Psiquiatría es de \$325.850, siendo el más alto con relación a las demás especialidades, esto se debe a que los medicamentos formulados en Psiquiatría son más costosos comparados con los medicados en las demás especialidades.

Cuadro 1. Distribución por especialidades médicas de los pacientes atendidos en la clínica y el costo de los medicamentos suministrados durante el periodo

ESPECIALIDAD	NÚMERO DE PACIENTES	DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES	COSTO PROMEDIO POR PACIENTE	COSTO TOTAL MEDICAMENTOS	DISTRIBUCIÓN DEL COSTO
Cirugía General	306	1,4%	\$ 18.500	\$ 5.661.000	0,6%
Cirugía Plástica	145	0,7%	\$ 48.700	\$ 7.061.500	0,8%
Dermatología	235	1,1%	\$ 25.200	\$ 5.922.000	0,7%
Fisiatría	487	2,3%	\$ 17.800	\$ 8.668.600	1,0%
Gastroenterología	75	0,4%	\$ 25.400	\$ 1.905.000	0,2%
Ginecología	375	1,8%	\$ 25.300	\$ 9.487.500	1,1%
Medicina General	9.136	43,1%	\$ 28.600	\$ 261.289.600	29,0%
Medicina Interna	1.443	6,8%	\$ 188.100	\$ 271.428.300	30,2%
Neurocirugía	185	0,9%	\$ 53.190	\$ 9.840.150	1,1%
Odontología	2.125	10,0%	\$ 3.950	\$ 8.393.750	0,9%
Oftalmología	456	2,2%	\$ 18.700	\$ 8.527.200	0,9%
Optometría	345	1,6%	\$ 24.650	\$ 8.504.250	0,9%
Ortopedia	361	1,7%	\$ 15.680	\$ 5.660.480	0,6%
Otorrinolaringología	286	1,4%	\$ 34.600	\$ 9.895.600	1,1%
Pediatría	426	2,0%	\$ 37.500	\$ 15.975.000	1,8%
Psiquiatría	693	3,3%	\$ 325.850	\$ 225.814.050	25,1%
Urgencias	3.821	18,0%	\$ 6.750	\$ 25.791.750	2,9%
Urología	285	1,3%	\$ 35.700	\$ 10.174.500	1,1%
Total	21.185	100%	\$ 42.483	\$ 900.000.230	100%

Figura 1. Número de pacientes atendidos en la clínica por especialidades médicas durante el periodo

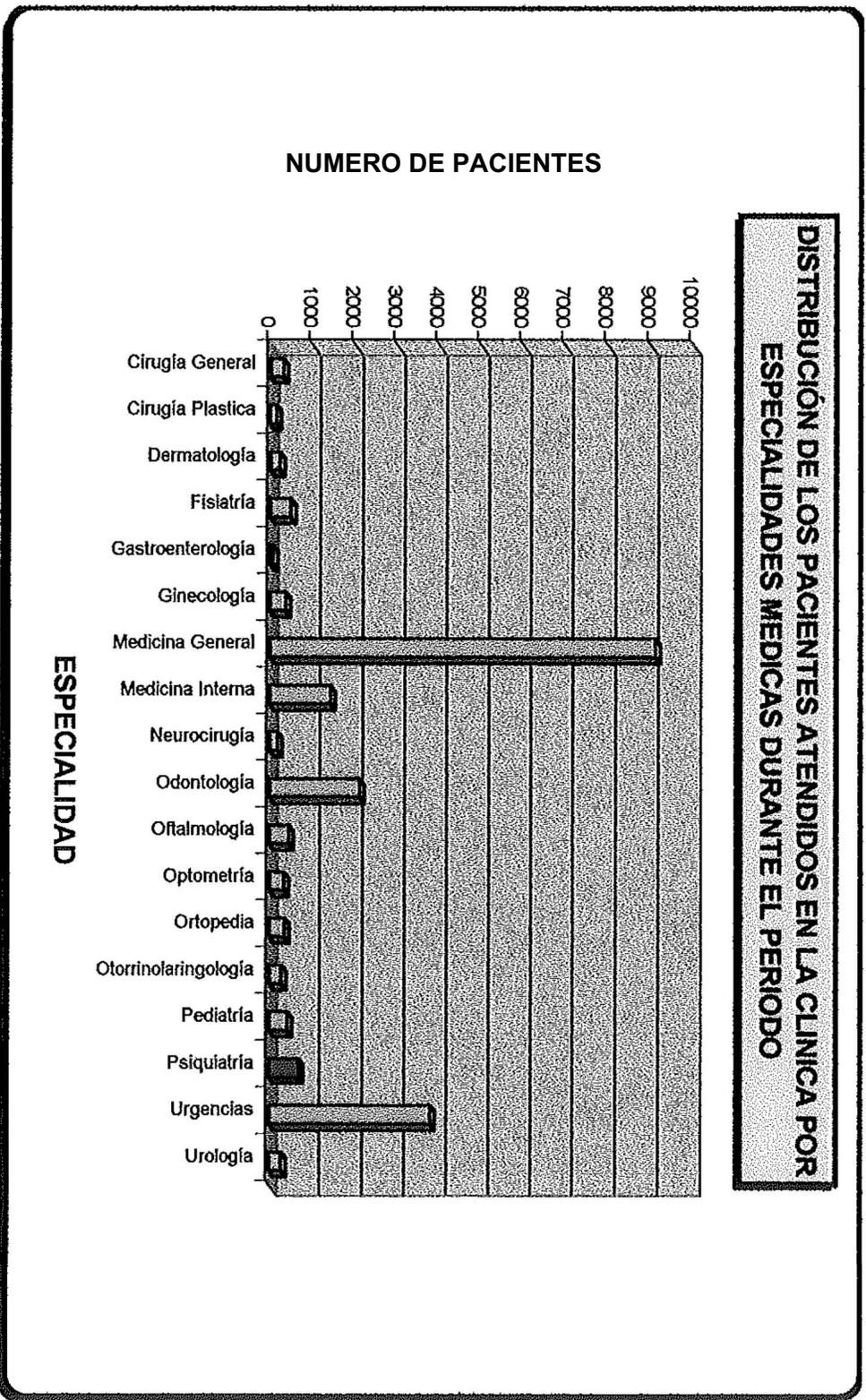


Figura 2. Porcentaje de pacientes atendidos en la clínica por especialidades médicas durante el periodo

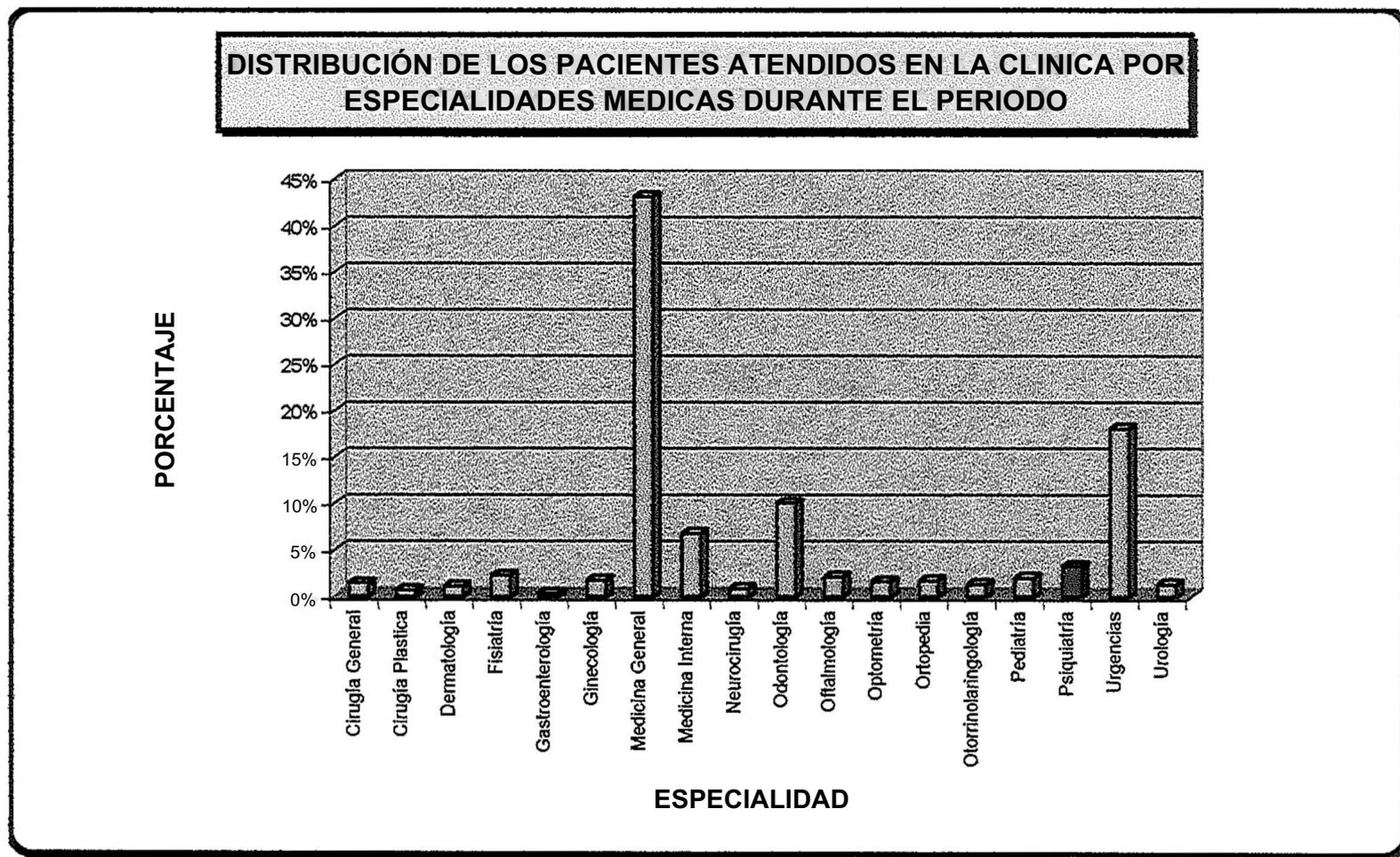


Figura 3. Costo ambulatorio por especialidades médicas de los pacientes atendidos en la clínica durante el periodo

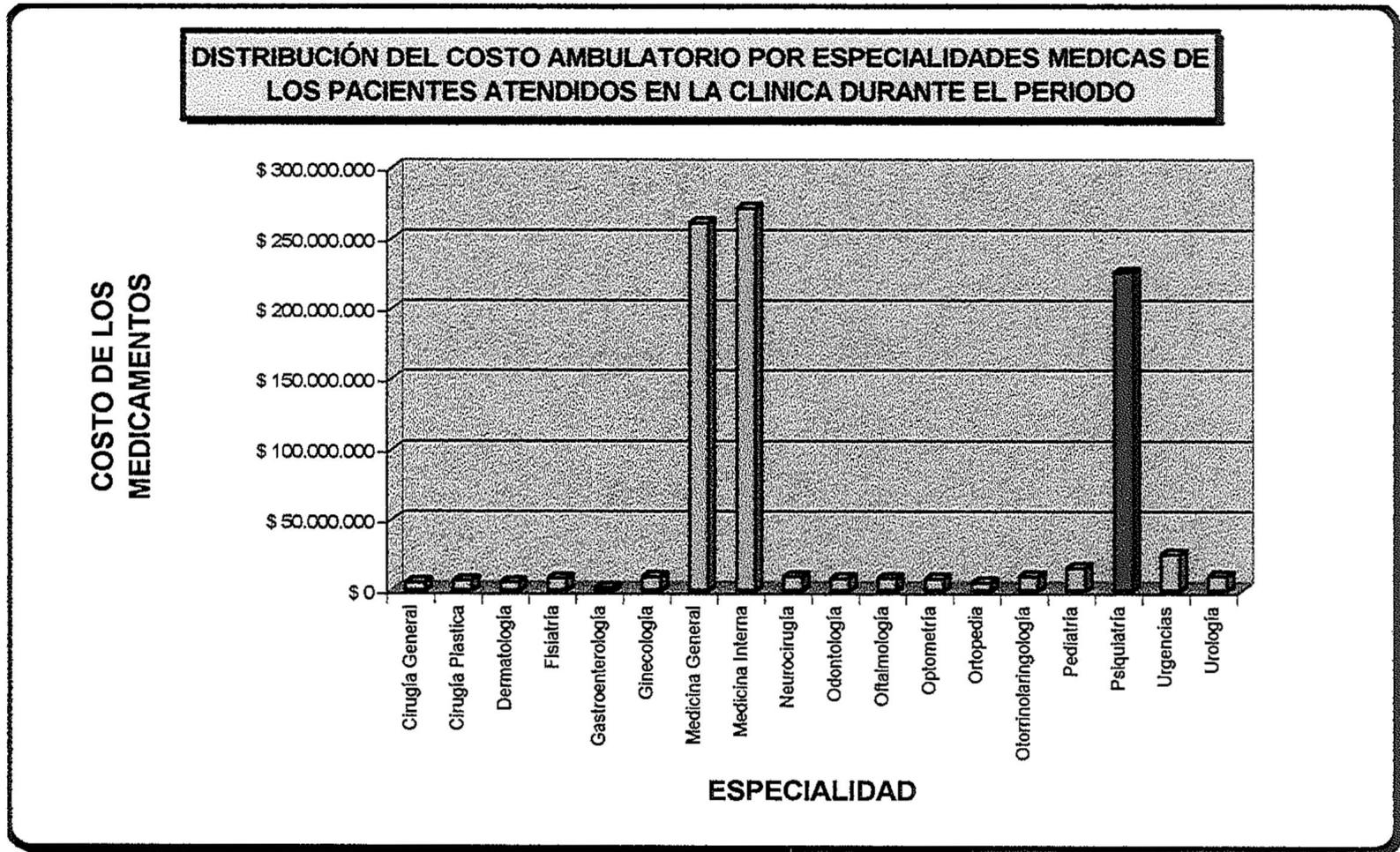
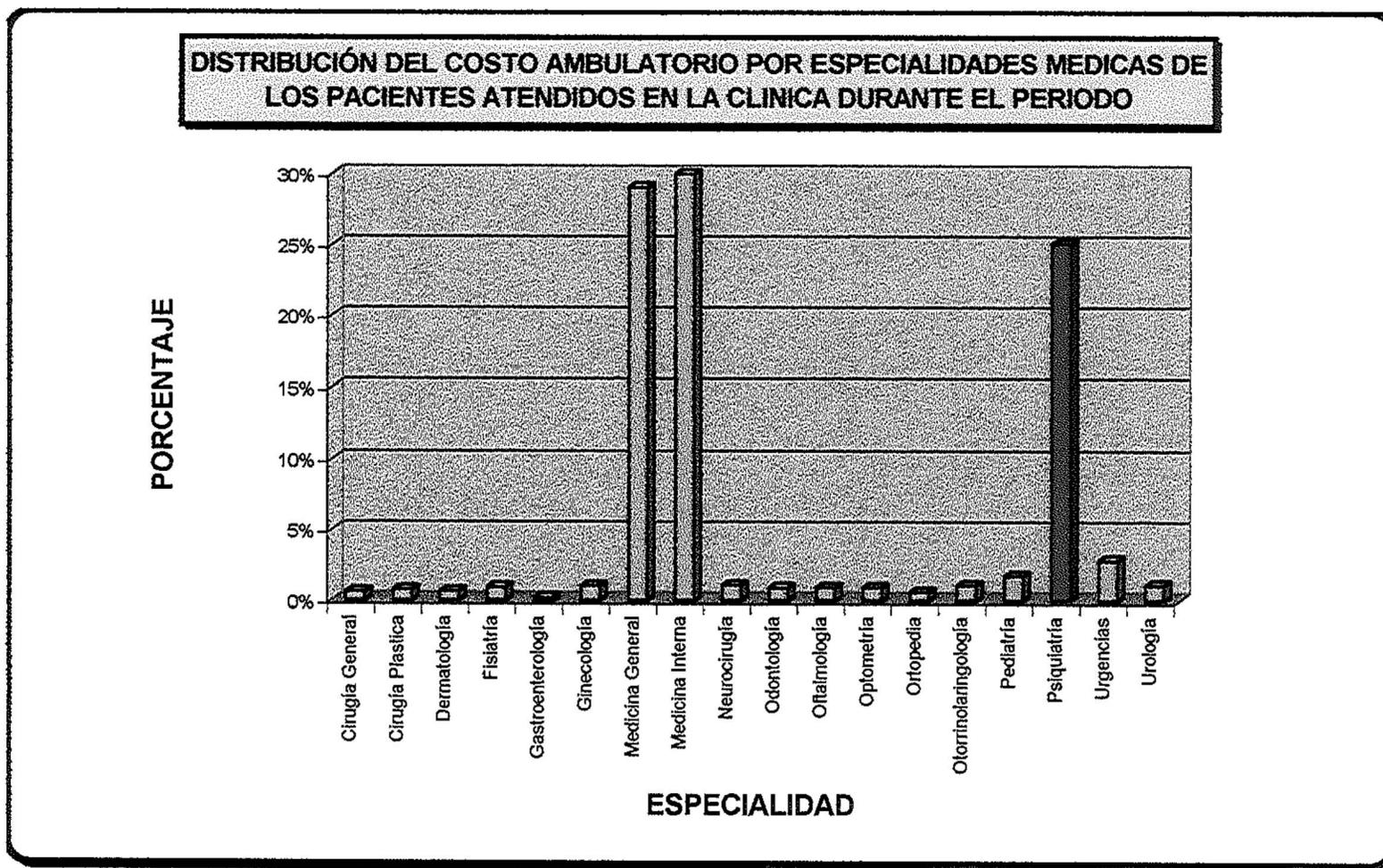


Figura 4. Porcentaje del costo ambulatorio por especialidades médicas de los pacientes atendidos en la clínica durante el periodo

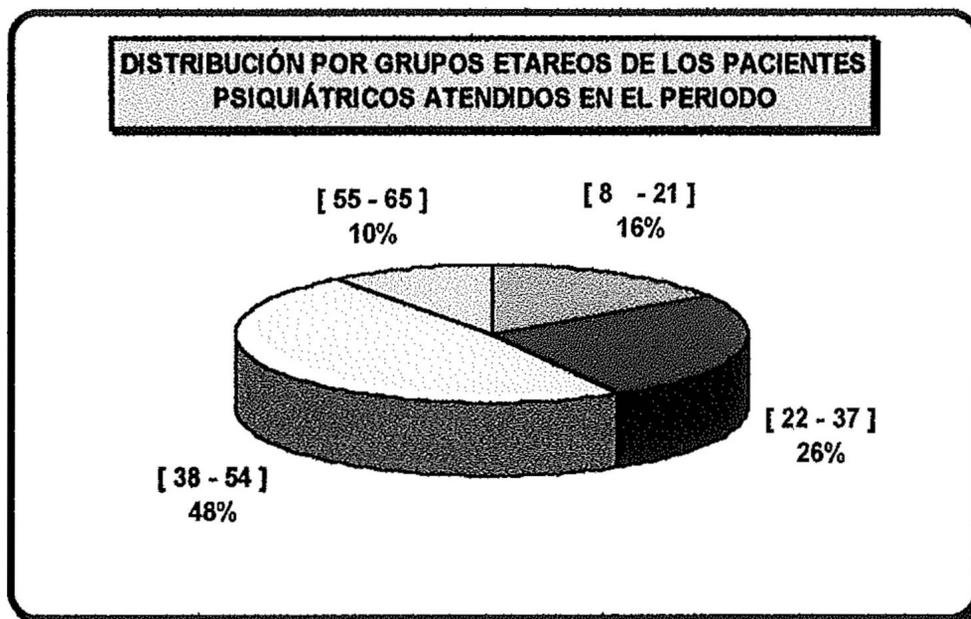


3.2 ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS ETAREOS, GENERO Y TIPO DE USUARIO DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS ATENDIDOS DURANTE EL PERIODO

Cuadro 2. Distribución por grupos etáreos de los pacientes psiquiátricos atendidos en el periodo

GRUPO ETAREO	NRO DE PACIENTES	Porcentaje
[8 - 21]	110	16%
[22 - 37]	180	26%
[38 - 54]	332	48%
[55 - 65]	71	10%
TOTAL	693	100%

Figura 5. Distribución por grupos etáreos de los pacientes psiquiátricos atendidos en el periodo

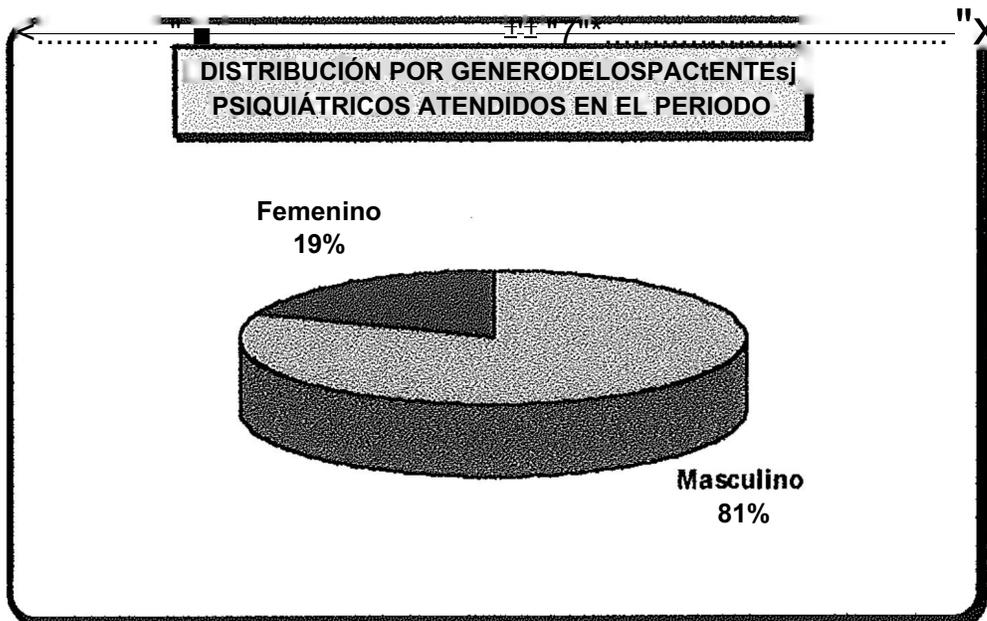


El total de pacientes psiquiátricos atendidos por consulta ambulatoria en el periodo es de 693, de estos 110 (16%) corresponden a un rango de edad entre 8 y 21 años; 180 (26%) entre los 22 y 37 años; 332 (48%) se encuentran en un rango comprendido entre 38 y 54 años y 71 (10%) entre los 55 y 65 años de edad.

Cuadro 3. Distribución por género de los pacientes psiquiátricos atendidos en el periodo

GENERO	NRO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Masculino	561	81%
Femenino	132	19%
Total	693	100%

Figura 6. Distribución por género de los pacientes psiquiátricos atendidos en el periodo

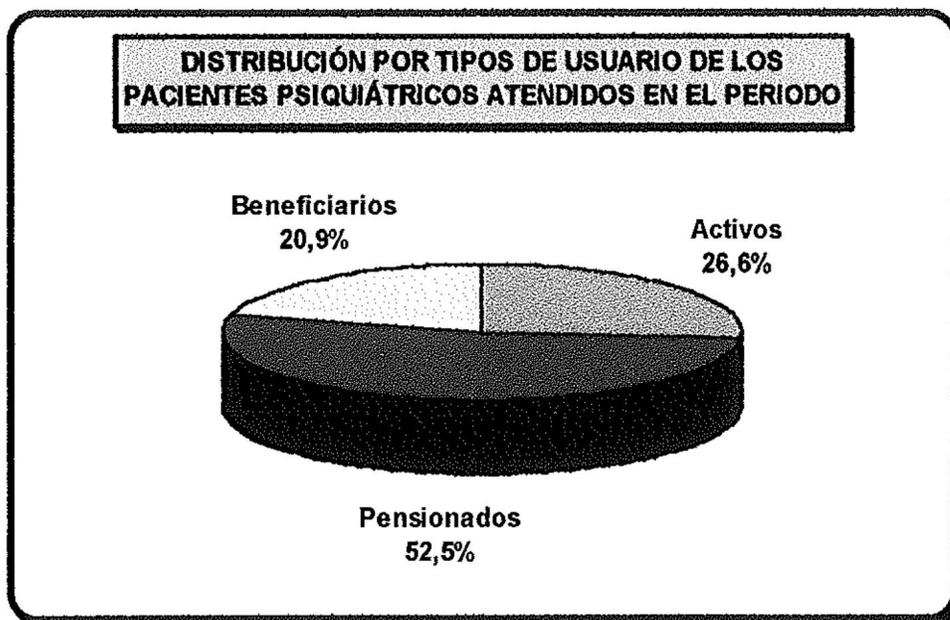


En cuanto a la distribución de los pacientes psiquiátricos por género de los 693 atendidos en consulta ambulatoria durante el periodo, 561 (81%) corresponden al género masculino y 132 (19%) al genero femenino. Esto se explica porque la mayoría del personal vinculado a la Policía Nacional son hombres.

Cuadro 4. Distribución por tipos de usuario de los pacientes psiquiátricos atendidos en el periodo

TIPO	NRO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Titulares Activos	184	26,6%
Pensionados	364	52,5%
Beneficiarios	145	20,9%
Miembros	«3	100%

Figura 7. Distribución por tipos de usuario de los pacientes psiquiátricos atendidos en el periodo



En cuanto a la distribución de los pacientes psiquiátricos por tipos de usuario atendidos en consulta ambulatoria durante el periodo, 184 (26.6%) son titulares activos, 364 (52.5%) son titulares pensionados y 145 (20.9%) son beneficiarios. El elevado número de pensionados en consulta psiquiátrica se debe a que algunos han sido pensionados justamente por problemas de salud mental (activos en retiro) lo cual hace que se aumente esta categoría.

3.3 ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN POR DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS ATENDIDOS DURANTE EL PERIODO

Del total de pacientes psiquiátricos atendidos en la clínica durante el periodo comprendido entre diciembre de 2004 y febrero de 2005, a 197 (28.4%) personas se les diagnosticó *Reacción depresiva prolongada* con un costo en medicamentos suministrados de \$144.263.100 (63.9%) del presupuesto gastado por Psiquiatría, generando un costo promedio por paciente de \$ 732.300; en segundo lugar se encuentran los pacientes con diagnóstico de *Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos* con 114 (16.5%) personas atendidas y el costo de los medicamentos suministrados fue de \$36.345.480 (16.1%) del presupuesto, con un costo promedio por paciente de \$318.820; 41 (5.9%) personas fueron atendidas con diagnóstico de *otras psicosis no orgánicas: reacción paranoide aguda* generando un costo de \$14.046.600 (6.2%) en el suministro de los medicamentos, con un costo promedio por paciente de \$ 342.600.

El diagnóstico que generó el costo promedio por paciente más alto durante el periodo fue *reacción depresiva prolongada* con un valor de \$732.300, el segundo lugar en costos lo ocupa *episodio depresivo grave con síntomas psicóticos* con un valor de \$695.300, seguido de *psicosis esquizofrénica: tipo paranoide* con un costo promedio de \$612.068.

Cuadro 5. Distribución por diagnóstico de los pacientes psiquiátricos atendidos en la clínica y el costo de los medicamentos suministrados durante el periodo

COD. lite	NOMBRE DIAGNOSTICO	NRO DE PACIENTES	DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES	COSTO PROMEDIO POR PACIENTE	C DURXVEL PERIODO	DISTRIBUCION DEL COSTO
101	Reacción depresiva prolongada	197	28,4%	\$ 732.300	\$ 144.263.100	63,9%
102	Episodio depresivo moderado	135	19,5%	\$ 32.500	\$ 4.387.500	1,9%
103	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	114	16,5%	\$ 318.820	\$ 36.345.480	16,1%
104	Transtorno de estrés postraumático	82	11,8%	\$ 16.200	\$ 1.328.400	0,6%
105	Otras psicosis no orgánicas: reacción paranoide aguda	41	5,9%	\$ 342.600	\$ 14.046.600	6,2%
106	Esquizofrenia paranoide	32	4,6%	\$ 280.500	\$ 8.976.000	4,0%
107	Transtorno afectivo bipolar episodio mixto presente	22	3,2%	\$ 26.500	\$ 583.000	0,3%
108	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	11	1,6%	\$ 695.300	\$ 7.648.300	3,4%
109	Otras psicosis no orgánicas: confusión reactiva	9	1,3%	\$ 105.950	\$ 953.550	0,4%
110	Otras complicaciones especificadas y no especificadas de)a atención médica no clasificada	7	1,0%	\$ 114.420	\$ 800.940	0,4%
111	Retraso mental moderado	7	1,0%	\$ 35.500	\$ 248.500	0,1%
112	Episodio depresivo leve	6	0,9%	\$ 34.700	\$ 208.200	0,1%
113	Psicosis esquizofrénica: tipo paranoide	5	0,7%	\$ 612.068	\$ 3.060.340	1,4%
114	Demencia no especificada	4	0,6%	\$ 570.410	\$ 2.281.640	1,0%
115	Otros diagnósticos	21	3,0%	\$ 32.500	\$ 682.500	0,3%
Total		SMWMI	100%	 swwswsa>	\$225.814.050	100%

Figura 8. Número de pacientes psiquiátricos atendidos por diagnóstico en la clínica durante el periodo

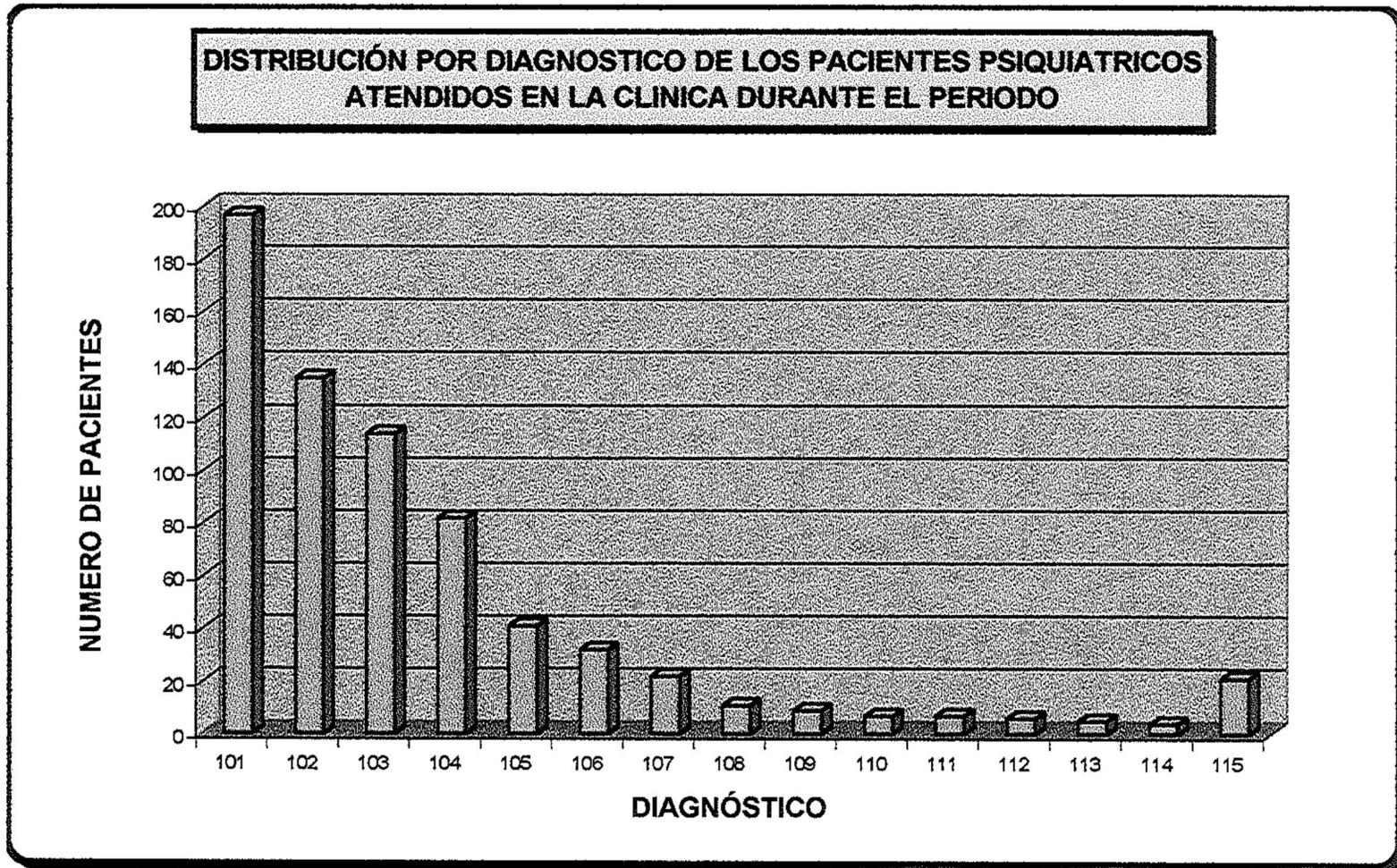
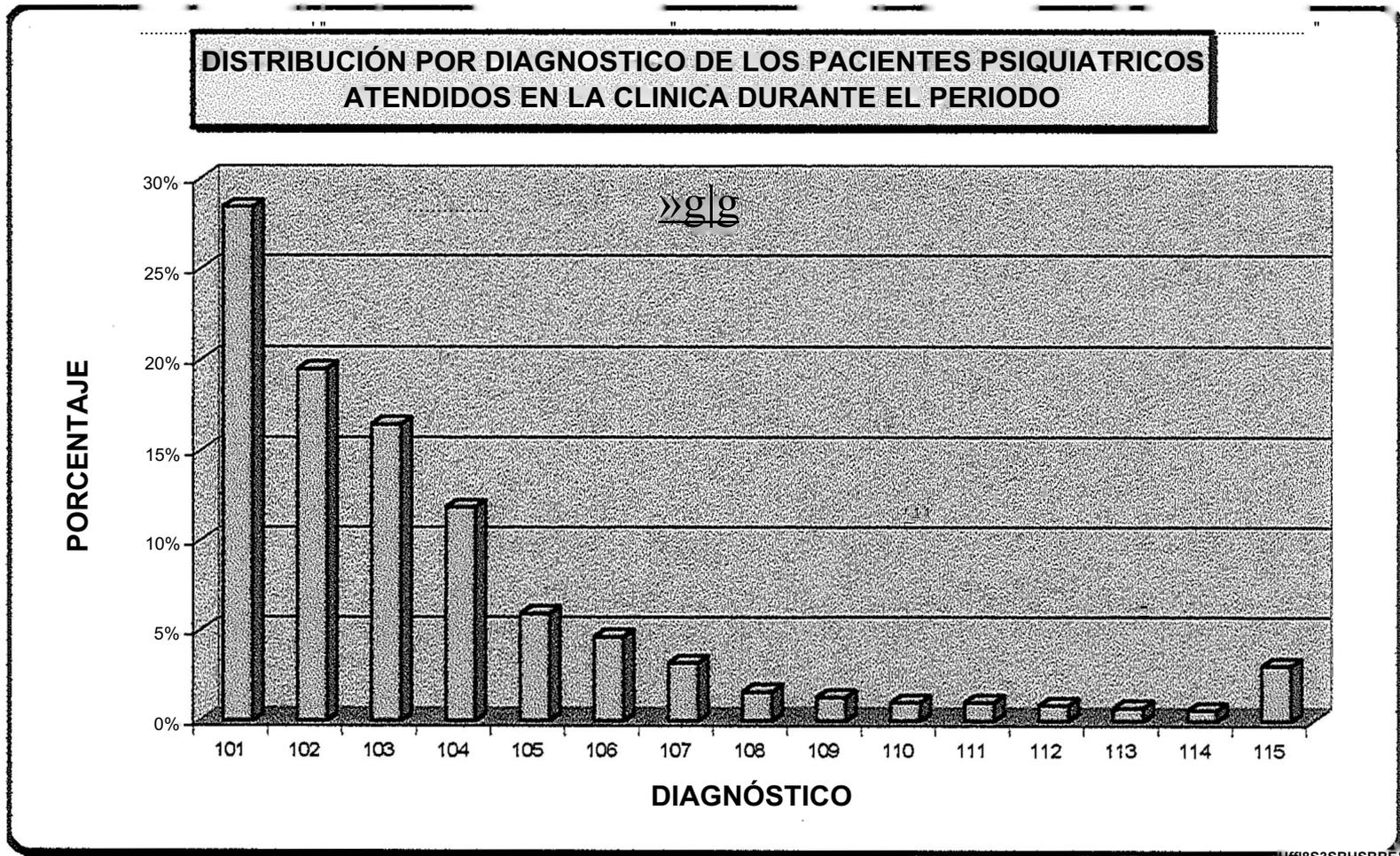


Figura 9. Porcentaje de pacientes psiquiátricos atendidos por diagnóstico en la clínica durante el periodo



Hm18S3SBH5BEE&^

Figura 10. Costo ambulatorio de los pacientes psiquiátricos atendidos por diagnóstico en la clínica durante el periodo

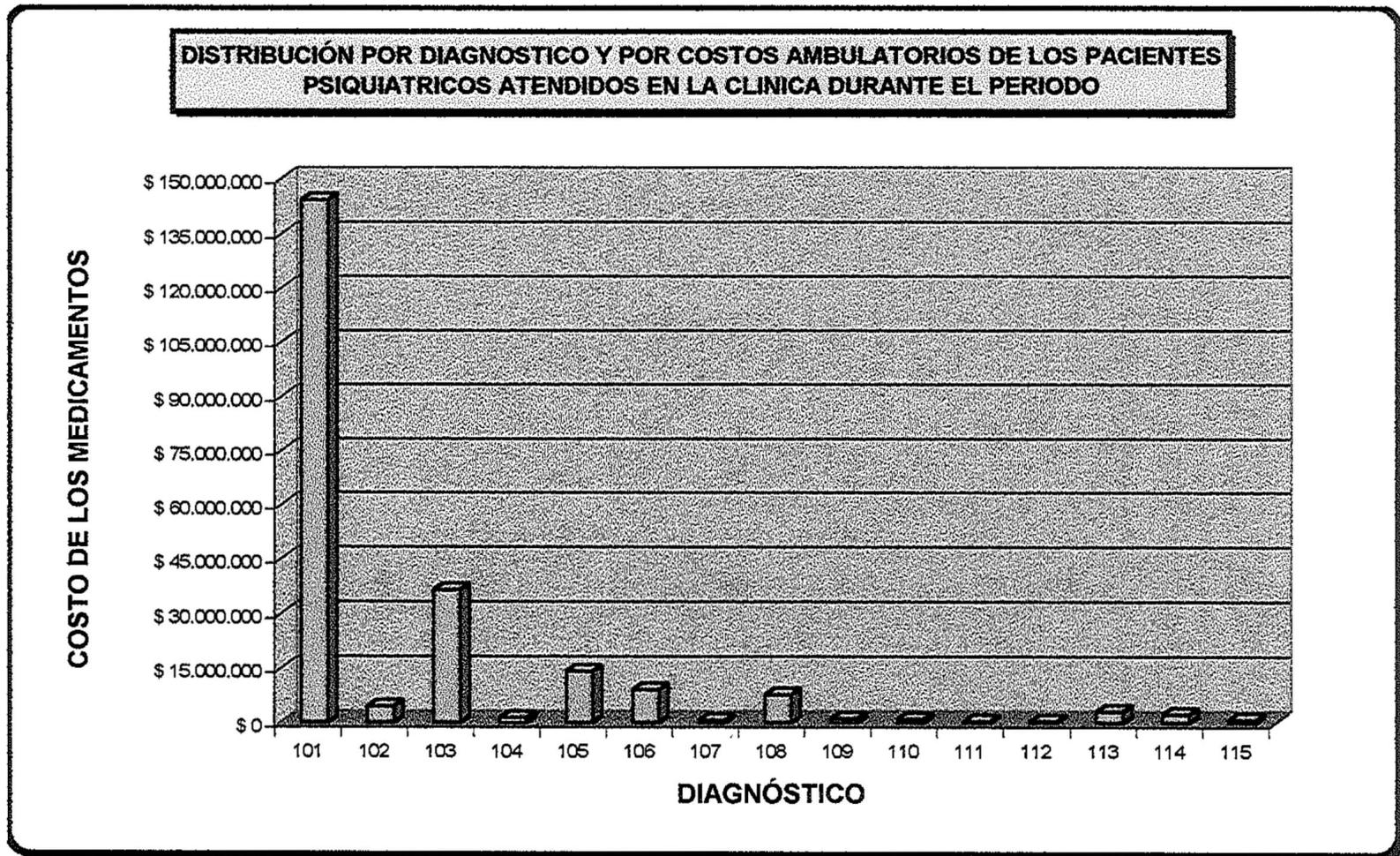
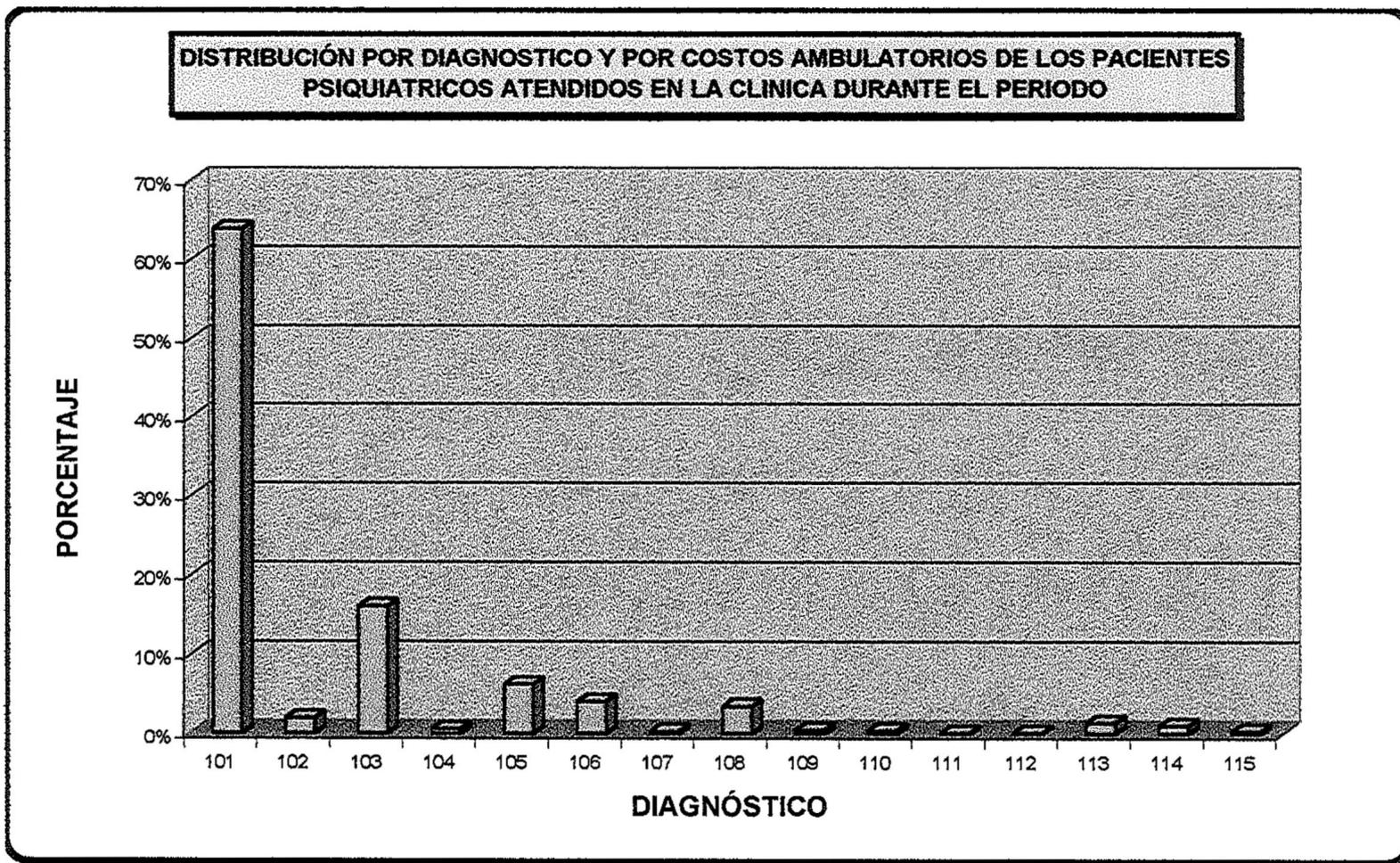


Figura 11. Porcentaje del costo ambulatorio de los pacientes psiquiátricos atendidos por diagnóstico en la clínica durante el periodo



Cuadro 6. Distribución por medicación de los pacientes psiquiátricos atendidos en la clínica y el precio unitario de los medicamentos suministrados durante el periodo

COD.	NOMBRE DIAGNOSTICO	NROOE PACIENTES	TRATA- O «SAL»	VALOR FORMULA MES PCTE	VALOR PCTES EN EL PERIODO
101	Reacción depresiva prolongada	197			
	ALPRAZOLAM de 5 Mg ansiolítico		30	\$ 2.880	
	IMIPRAMINA de 25 Mg antidepresivo		30	\$ 9.360	
	VENLAFAXINA de 75 Mg antidepresivo		60	\$ 233.400	
				\$ 245.640	\$ 144.263.100
102	Episodio depresivo moderado	135			
	TRAZODONE de 50 Mg antidepresivo		60	\$ 7.980	
	ALPRAZOLAM de 5 Mg ansiolítico		30	\$ 2.880	
				\$ 10.860	\$ 4.387.500
103	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	114			
	OLANZAPINA de 5 Mg antidepresivo		60	\$ 94.800	
	CLONAZEPAM de 2 Mg ansiolítico		30	\$ 11.160	
	AMITRIPTILINA de 25 Mg antidepresivo		30	\$ 4.560	
				\$ 110.520	\$ 36.345.480
104	Transtorno de estrés postraumático	82			
	FLUOXETINA de 20 Mg antidepresivo		60	\$ 3.120	
	ALPRAZOLAM de 2,5 Mg ansiolítico		30	\$ 2.580	
				\$ 5.700	\$ 1.328.400
105	Otras psicosis no orgánicas: reacción paranoide aguda	41			
	RESPIRIDONA de 3 Mg antiesquizofrénico		30	\$ 16.200	
	OLANZAPINA de 5 Mg antidepresivo		60	\$ 94.800	
	CLONAZEPAM de 2 Mg ansiolítico		30	\$ 11.160	
				\$ 122.160	\$ 14.046.600

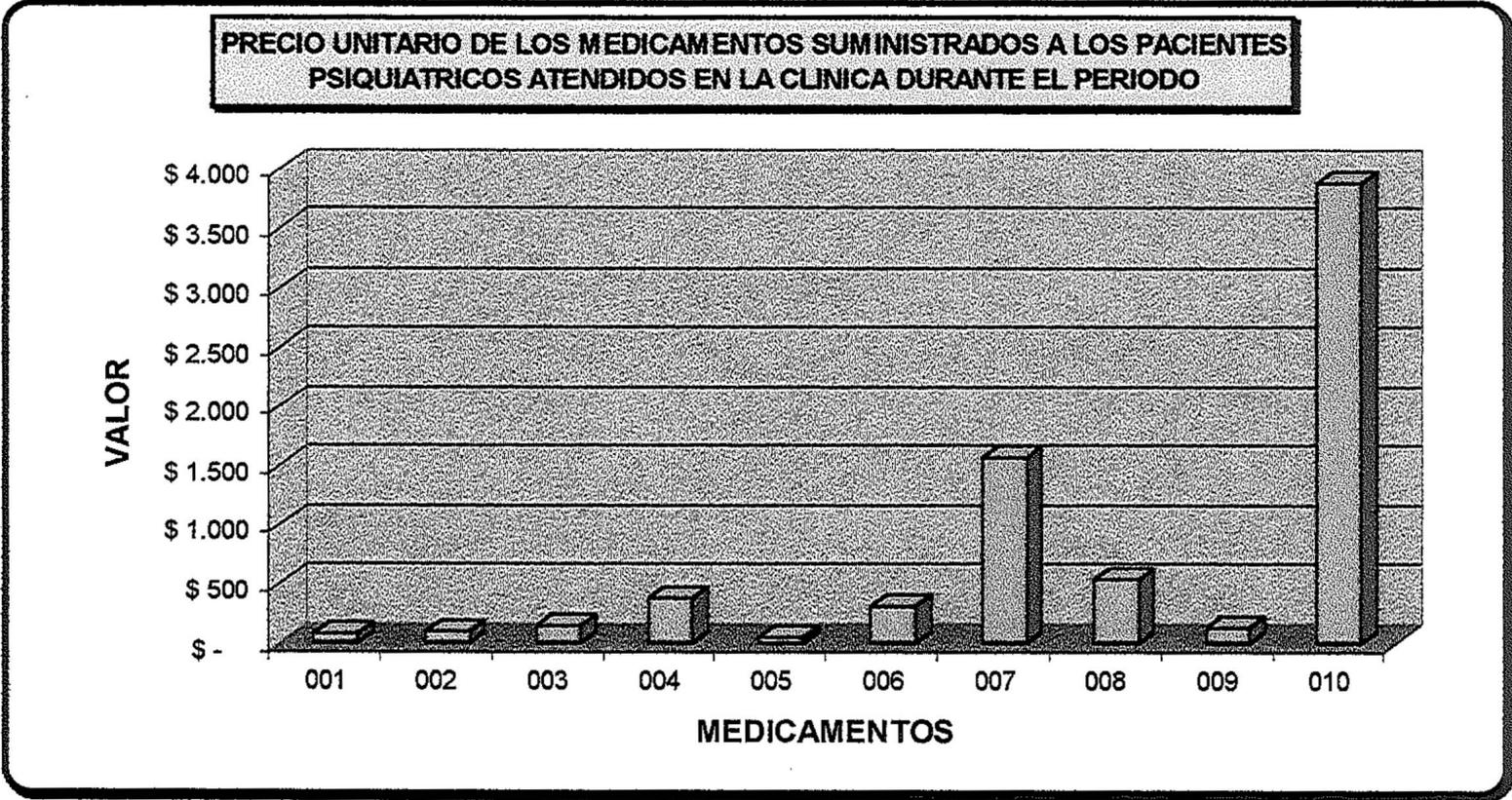
CÓD.	< NOMBRE DIAGNOSTICO	NRO DE «ewes»	TRATA- MIENTO MENSUAL	VALOR FORMULA MES PCTE	VALOR PCTES EN EL PERIODO
106	Esquizofrenia paranoide	32			
	RESPIRIDONA de 3 Mg antiesquizofrénico		90	\$ 48.600	
	CLONAZEPAM de 2 Mg ansiolítico		90	\$ 33.480	
	TRAZODONE de 50 Mg antidepresivo		90	\$ 11.970	
				\$ 94.050	\$ 8.976.000
107	Transtorno afectivo bipolar episodio mixto presente	22		\$ 26.500	
	FLUOXETINA de 20 Mg antidepresivo		60	\$ 3.120	
	ALPRAZOLAM de 5 Mg ansiolítico		60	\$ 5.760	
				\$ 8.880	\$ 583.000
108	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	11			
	OLANZAPINA de 5 Mg antidepresivo		120	\$ 189.600	
	CLONAZEPAM de 2 Mg ansiolítico		90	\$ 33.480	
	ALPRAZOLAM de 5 Mg ansiolítico		90	\$ 8.640	
				\$ 231.720	\$ 7.648.300
109	Otras psicosis no orgánicas: confusión reactiva	9			
	ALPRAZOLAM de 5 Mg ansiolítico		90	\$ 8.640	
	IMIPRAMINA de 25 Mg antidepresivo		90	\$ 28.080	
				\$ 36.720	\$ 953.550
110	Otras complicaciones especificadas y no especificadas de la atención médica no clasificada	7			
	IMIPRAMINA de 25 Mg antidepresivo		60	\$ 18.720	
	CLONAZEPAM de 2 Mg ansiolítico		60	\$ 22.320	
				\$ 41.040	\$ 800.940
111	Retraso mental moderado	7			
	IMIPRAMINA de 25 Mg antidepresivo		30	\$ 9.360	
	CLONAZEPAM de 2 Mg ansiolítico		30	\$ 11.160	
				\$ 20.520	\$ 248.500

COD. Wg	NOMBRE DIAGNOSTICO	NRO DE PACIENTES	TRATA- MIENTO NBMII	VALOR FORMULA MES POTE	VALORPCTES EN EL PERIODO
112	Episodio depresivo leve	6			
	AMITRIPTILINA de 25 Mg antidepresivo		60	\$ 9.120	
	ALPRAZOLAM de 2,5 Mg ansiolítico		30	\$ 2.580	
				\$ 11.700	\$ 208.200
113	Psicosis esquizofrénica: tipo paranoide	5			
	RESPIRIDONA de 3 Mg antiesquizofrénico		90	\$ 48.600	
	VENLAFAXINA de 75 Mg antidepresivo		30	\$ 116.700	
	TRAZODONE de 50 Mg antidepresivo		90	\$ 11.970	
				\$ 177.270	\$ 3.060.340
114	Demencia no especificada	4			
	RESPIRIDONA de 3 Mg antiesquizofrénico		60	\$ 32.400	
	OLANZAPINA de 5 Mg antidepresivo		90	\$ 142.200	
	TRAZODONE de 50 Mg antidepresivo		60	\$ 7.980	
				\$ 182.580	\$ 2.281.640
115	Otros diagnósticos	21		\$ 10.833	\$ 682.500
	Total	BWW	MMM	\$ 1 310 193	\$ 225.814.050

Cuadro 7. Precio unitario de los medicamentos suministrados a los pacientes psiquiátricos atendidos en la clínica durante el periodo

MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS		PRECIO UNITARIO
001	ALPRAZOLAM de 2,5 Mg. ansiolítico	\$86
002	ALPRAZOLAM de 5 Mg, ansiolítico	\$96
003	AMITRIPTILINA de 25 Mg. antidepresivo	\$ 152
004	CLONAZEPAM de 2 Mg. ansiolítico	\$372
005	FLUOXETINA de 20 Mg. antidepresivo	\$52
006	IMIPRAMINA de 25 Mg. antidepresivo	\$312
007	OLANZAPINA de 5 Mg. antidepresivo	\$ 1.580
008	RESPIRIDONA de 3 Mg. antiesquizofrénico	\$540
009	TRAZODONE de 50 Mg. antidepresivo	\$133
010	VENLAFAXINA de 75 Mg. antidepresivo	\$ 3.890

Figura 12. Precio unitario de los medicamentos suministrados a los pacientes psiquiátricos atendidos en la clínica durante el periodo



3.4 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA ENCONTRAR LOS FACTORES QUE DETERMINAN EL MAYOR COSTO EN LA MEDICACIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO DEL SERVICIO MEDICO AMBULATORIO EN LA CLÍNICA REGIONAL DEL ORIENTE DE LA POLICÍA NACIONAL DURANTE EL PERIODO

Factores Institucionales: (si = 0 no = 1)

- 1) Existen normas de prescripción definidas por la entidad para el profesional?
Si No 1
- 2) Se realiza dentro de la institución auditoría a la prescripción de medicamentos psiquiátricos?
Si No 0
- 3) La institución ha solicitado diferentes cotizaciones a los laboratorios para el suministro de los medicamentos en el último semestre?
Si No 1
- 4) Existen guías de atención para el manejo de pacientes con mayor frecuencia de diagnóstico?
Si No 1

Factores relacionados con el diagnóstico: (si = 1 no = 0)

- 4) Existen diagnósticos que se presentan con mayor frecuencia que otros?
Si No 1
- 5) Los pacientes con el mismo diagnóstico reciben diferente prescripción?
Si No 0

Otros factores: (si = 1 no = 0)

7) Se ha incrementado el número de pacientes con enfermedades psiquiátricas en el periodo comprendido entre diciembre de 2004 y febrero de 2005. ,—.

Si X No ___

LU

8) Existen medicamentos de menor costo que los formulados en la actualidad para tratar los pacientes con enfermedad psiquiátrica?

Si X No ___

nn
|
i

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Factores Institucionales:

Se ha encontrado que la CLIRE no posee normas de prescripción definidas para el profesional de psiquiatría lo cual, ha permitido que sea él bajo sus conocimientos y experiencia profesional quien por si solo determine el tipo de tratamiento y medicamentos a prescribir. Sin embargo existe un listado de existencia de medicamentos en farmacia sobre los la cual deben guiarse al momento de realizar la prescripción. En muy pocos casos la medicación requiere transcripción para ser obtenida por medio diferente al dispensario de la CLIRE.

La auditoria a medicamentos se realiza a través del formulario de prescripción que queda en la farmacia. Esta información sirve para verificar que no se repita medicación por paciente y para vigilar las existencia de medicamento en inventario.

Desde hace dos semestres no se ha solicitado nueva cotización a los laboratorios, esto obedece a que existe contrato de suministro por periodo de tiempo de 18 meses el cual se vence en junio de 2005.

No se había determinado, hasta este estudio la existencia de patologías diagnosticadas con mayor frecuencia, por tanto no se han realizado guías de manejo para las mismas.

Factores relacionados con el diagnóstico:

El cuadro 5. Distribución por diagnóstico de los pacientes psiquiátricos atendidos en la clínica y el costo de los medicamentos suministrados durante el periodo. Indica que las patologías psiquiátricas: (1) Reacción depresiva prolongada (2) Episodio depresivo moderado (3) Episodio depresivo grave sin síntomas sicóticos (4) Trastorno de estrés postraumático. Son en su orden las mas frecuentemente diagnosticadas. Se ha notado también un buen número de pacientes diagnosticados con reacción depresiva prolongada y reacción paranoide aguda, patologías cuya medicación es de alto costo según se observa en el cuadro 6.

El cuadro 6. Distribución por medicación de los pacientes psiquiátricos atendidos en la clínica y el precio unitario de los medicamentos suministrados durante el periodo indica que los pacientes con el mismo diagnóstico reciben siempre la misma prescripción, siendo por tanto de igual costo por prescripción.

Otros factores:

Se ha incrementado el número de pacientes con enfermedades psiquiátricas en el periodo comprendido entre diciembre de 2004 y febrero de 2005 en un número de, el los reportes de periodos anterior se verifica un promedio de 205 pacientes por mes, mientras que el presente estudio arroja un promedio de 231 pacientes por mes.

Se encontró que existen medicamentos indicados para los trastornos psiquiátricos diagnosticados con mayor frecuencia en la CLIRE. Los cuales en comparación con los utilizados en la prescripción presentan mayor cantidad de efectos colaterales. Esto quiere decir que no es indicado para el paciente ni para la clínica el cambio de medicamentos pues al analizar el costo-beneficio, terminaría siendo contraproducente para el paciente y para la institución.

CONCLUSIONES

El tratamiento de los paciente psiquiátricos que se atienden en la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional, reportó un gasto del 22.7% en el primer semestre de 2004. Teniendo presupuestado por estadísticas anteriores un 18.8% a este ítem. En el segundo semestre los informes de los dos primeros meses (julio y agosto) continúan mostrando tendencia al alza, causando un desequilibrio en el presupuesto total asignado para medicación de la Seccional de Sanidad del Departamento, con destino a todos los medicamentos desde el nivel I al IV.

El análisis de costo de medicación por consulta ambulatoria por especialidades médicas en el periodo comprendido entre diciembre de 2004 y febrero de 2005, en la CLIRE reportó que la medicación por psiquiatría gasta un 25.1% del total del presupuesto dedicado para medicación ambulatoria. Ocupando el tercer lugar después de Medicina General y Medicina Interna.

El porcentaje de 25.1% sobrepasa el porcentaje reportado al inicio de esta auditoria y se explica por el aumento de pacientes de 205 en julio de 2004 a 231 en diciembre del mismo año.

El aumento del gasto en medicación ambulatoria en la especialidad de psiquiatría se justifica por el aumento de pacientes y el incremento de pacientes diagnosticados con *reacción depresiva prolongada* y *reacción paranoide aguda* los cuales requieren tratamientos de alto costo en relación con otros diagnósticos.

Del total de pacientes psiquiátricos atendidos por consulta ambulatoria la mayoría se encuentran en un rango de edad comprendido entre los 22 y 37 años, seguidos por pacientes entre los 38 y 54 años.

Los rangos de edad coinciden con los datos obtenidos por tipo de usuario donde se muestra que el mayor número de pacientes corresponde a pensionados dentro de los que se cuenta pensionados propiamente dichos y activos en retiro.

El mayor numero de pacientes corresponde al genero masculino. Esto se explica porque la mayoría del personal vinculado a la Policía Nacional son hombres.

Los factores relacionados con el mayor gasto en la medicación Psiquiátrica en la CURE son entonces, aumento en el número de pacientes, mayor numero de pacientes diagnosticados con *Reacción depresiva prolongada, Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos y reacción paranoide aguda*; patologías que requieren las medicaciones mas costosas para su tratamiento.

RECOMENDACIONES

- Proponer estrategias de medicación con el profesional encargado de la atención de pacientes psiquiátricos en la CLIRE para dar cumplimiento de los lineamientos institucionales acerca de la prescripción.

- Solicitar a las diferentes entidades proveedoras de medicamentos cotizaciones de los medicamentos utilizados con mayor frecuencia en psiquiatría, esto permite competencia entre los proveedores y finalmente menor costo.

- Recurrir a los programas de promoción y prevención de la clínica, para que diseñen y apliquen instrumentos encaminados a preparar mejor al profesional de la policía en la labor que va a desempeñar y los riesgos a los que se enfrentará.

- Dar asistencia temprana a familias de los uniformados que ayude a prevenir problemas psiquiátricos relacionados con la pérdida del ser querido.

BIBLIOGRAFIA

A.C.A.D.A.O. Asociación Civil Argentina de Auditoria Odontológica. Revista N° 1. Dr. Carlos Bruzzo, Ing. Alejandro A. Bruzzo. 1993. Auditoria en servicio propio. Revista N° 2 A.C.A.D.A.O. 1995.

American Psychiatric. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 ed. (DSM-IVTR).

BECKMAN, H. y FRANZEK, E. La nosología de Wernicke-Kleist-Leonhard y su importancia en la investigación y la práctica clínica. En: El abordaje clínico en psiquiatría. Polemos. 1995.

CAMACHO MONTOYA, Manuel. Dirija su Hospital. Bogotá: Alfa omega. 2001.

Diario "El Tiempo". ¿Una potencia en Salud? Domingo 25 de Junio de 2000.

GOLDAR, J. C., ROJAS D. R. y OUTES M. Introducción al diagnóstico de las psicosis. Salerno. 1994.

----- . Apraxia ideatoria en la psicosis confusional. Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat. Vol. 3. 1991

ISO/CD 15189: "Quality Management in the Medical Laboratory", International Organization for Standardization, ISO/TC 212/WG 1, June 1998.

LEMBEKE, P. A. Métodos científicos de Auditoría Médica. Publ. Científica. OPS. No 534. 1992.

LIBEER, J. C. Total Quality Management for medical Laboratories: a European point of view. Scientific Institution of Public Health - Louis Pasteur, Brussels, Belgium, February 1998.

Lippincott Williams & Wilkins Press. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 9 ed. 2003.

MALAMUD, Corach. Manejo del hospital público y privado. Bogotá: médica panamericana. 1958.

MARTÍNEZ D. R. Aspectos históricos y clínicos de las esquizofrenias no sistemáticas. Alcmeon. Vol. 3. 1994.

MEJÍA GARCIA, Braulio. Auditoria Médica. 1998.

MONCHABLON ESPINOZA, A. J. Psicosis atípicas. En: Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría, Panamericana. 1995.

REDONDO GOMEZ, Hermán y GUZMAN MORA Fernando. La Reforma de la Salud y la Seguridad social en Colombia. Ed. 2000. Biblioteca jurídica.

Republica de Colombia. Ministerio de defensa nacional. Decreto 1795 de 2000 (septiembre 14). Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional

Revista Chilena de Radiología. Vol. 9 N° 3. 2003.

REY, E. Manual de Evaluación Médica. ISS Oficina de Evaluación y Docencia ed. ISS. 1975.

WHO Technical Report Series. The selection of essential drugs: report of a WHO Expert Committee. 1977.

www.odonmabelserratt.com. Antecedentes históricos de Auditoria en Salud. Mabel Yolanda Serratto (Colombia). Agosto 2001.