629

ANEXO TECNICO

I. RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN ADULTA COLOMBIANA

Introducción

Las enfermedades no transmisibles son un conjunto de patologías crónicas dentro de las que se encuentran la enfermedad cardiovascular, el cáncer, la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre otras; Estas representan las principales causas de mortalidad mundial, especialmente para la enfermedad cardiovascular hubo un aumento importante de la incidencia, causando para el año 2015, el 31% de las muertes lo que corresponde a 17.7 millones de personas, de estas 7.4 millones fueron por cardiopatía coronaria. Los ingresos del país es factor determinante en el comportamiento de este tipo de enfermedades; ya que el 82% de las muertes por esta causa en menores de 70 años se presenta en países de ingresos bajos y medios.

La OMS, en el 2013 planteo el "Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020". Tiene como objetivo reducir para 2025, un 25% el número de muertes prematuras asociadas a este tipo de enfermedades a través de nueve metas, dos de las cuales están dirigidas a la enfermedad cardiovascular.

La enfermedad cardiovascular es un conjunto de enfermedades cuyos órganos blancos son el corazón, cerebro, riñones y vasos sanguíneos. En su génesis participan una combinación de factores de riesgo, tales como el tabaquismo, inadecuada alimentación, obesidad, sedentarismo, alto consumo de alcohol, hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia; muchos de los cuales tienen su aparición en edades tempranas por lo que la intervención en grupos etarios jóvenes permite tener un impacto en el desarrollo de estas enfermedades.

Los planes para la intervención de dichos factores de riesgo, mediante estrategias educativas que involucren gran parte de la población, logrará la identificación temprana y modificación de comportamientos nocivos; así como la detección precoz e inicio de tratamiento de las comorbilidades que incrementan el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular; llevarán una reducción en la incidencia y secuelas asociadas a este grupo de enfermedades

En Colombia, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de enfermedad y muerte, con un incremento de la tasa cruda de mortalidad por envejecimiento poblacional, aunque la mortalidad ajustada muestra un leve descenso. Esto se debe a la implementación de políticas dirigidas a la prevención primaria a través de la educación e identificación de los factores de riesgo, las cuales deben seguirse ejecutando con el objetivo de seguir disminuyendo la mortalidad asociada a este tipo de enfermedades.

Normatividad

Para el control de los principales factores de riesgo, desde el nivel político se ha dispuesto acciones contenidas en normas:

- Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional que incluye la promoción y protección de la salud y la nutrición, y fomento de estilos de vida saludable.

- Ley 1335 de 2009 que dictó disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana

- Ley 1355 de 2009 en la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.

- El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 que en la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles incluye los componentes de modos, condiciones y estilos de vida saludables y las condiciones crónicas prevalentes.

- La subdirección de enfermedades no transmisibles avanza en el diseño del plan decenal para la salud cardiovascular, prevención y control de la diabetes 2014-2024.

Marco conceptual

En Colombia se ha observado una variación en las cifras de morbilidad y mortalidad respecto a la década anterior; mientras que hace 10 años prevalecía como primera causa de muerte los efectos de la violencia vivida y las enfermedades cardiovasculares estaban en tercer lugar. Esto ha cambiado, según las estadísticas del Ministerio de Protección Social, hoy en día son la primera causa de muerte de 45 años en adelante.

Es así como, la sociedad Colombiana de Cardiología propone estandarizar una historia clínica básica epidemiológica que incluya, además de los datos demográficos, los registros elementales de todo ser humano (tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, peso, talla, perímetro abdominal, glicemia basal, perfil lipídico mínimo, estatus de tabaquismo, presencia o no de dolor) en busca de la detección de factores desencadenantes y determinantes del riesgo cerebro-cardio-vascular.

Los factores de riesgo, pueden ser clasificados como modificables y no modificables.

En general, se acepta como enfermedad cardiovascular la enfermedad coronaria a la que se le agrega el evento cerebrovascular, la enfermedad arterial periférica y la falla cardíaca.

Entre los factores de riesgo no modificables estarían la edad, el sexo y la historia familiar, especialmente en familiares de primer grado. Se incluye como riesgo la edad superior a 55 años en varones y la superior a 65 años en la mujer. Por lo que respecta a los antecedentes familiares, la enfermedad cardiovascular prematura, en un familiar de primer grado en varones antes de los 55 años y en mujeres antes de los 65 años.

Los factores de riesgo modificables son:

- Tabaquismo

Existe una clara evidencia del efecto adverso del tabaco sobre la salud, siendo el

tabaquismo el responsable de aproximadamente un 50% de las muertes evitables. La mitad de dichas muertes son debidas a ECV. El riesgo de infarto de miocardio es mucho más alto entre los fumadores que entre los no fumadores, y el de muerte súbita está aumentado más de 10 veces en los varones y más de 5 veces en las mujeres que fuman.

- Dislipidemias

La asociación entre niveles de colesterol y ECV, se ha evidenciado en múltiples estudios clínicos, esta asociación está influida por la presencia de otros factores de riesgo cardiovasculares tales como la presencia de diabetes o de niveles altos de triglicéridos, o de niveles bajos de colesterol HDL. Por este motivo es fundamental la estimación global del riesgo cardiovascular.

La presencia de unos niveles de triglicéridos > 1,7 mmol/l (150 mg/dl) es uno de los criterios utilizados en la definición de síndrome metabólico entidad relacionada como factor de riesgo para la aparición de Diabetes en las personas que cumplan sus criterios diagnósticos.

- Obesidad

Se considera como factor de riesgo cardiovascular la presencia de un IMC ≥ 30 kg/m² o un perímetro abdominal a nivel de la cintura ≥ 90 cm en el varón y ≥ 80 cm en la mujer. La obesidad central es uno de los factores utilizados en la definición del síndrome metabólico.

- Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es un factor de riesgo mayor de enfermedad coronaria. Diversos estudios han mostrado que la diabetes tipo 2 aumenta de 2 a 4 veces la mortalidad por enfermedades vasculares. El riesgo de enfermedad coronaria de los sujetos diabéticos fue superior al de los no diabéticos. Siguiendo las directrices de otras sociedades científicas internacionales, se considera como diabetes la presencia de una glucemia en ayunas > 7,0 mmol/l (126 mg/dl) o una glucemia postprandial > 11,0 mmol/l (200 mg/dl). (2 glicemias basales > 126 mg/dl.).

- Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es un factor de riesgo silencioso. Su prevalencia mundial está en aumento mientras el control poblacional de las cifras de presión elevadas aún es muy pobre (menos de 30% de los pacientes tratados están controlados). En la actualidad se acepta que la hipertensión comienza a partir de valores de presión arterial sistólica mayores o iguales a 140 mm Hg y/o de presión arterial diastólica superiores o iguales a 90 mm Hg Para establecer el diagnóstico es necesario realizar una medición correcta confirmando los valores en tres tomas separadas en el tiempo o mediante registros ambulatorios de presión arterial.

- Estrés Mental

No se tienen datos sobre la influencia del estrés mental en nuestra población, pero puede deducirse que debido al alto estrés psíquico al cual ha estado expuesto el pueblo

colombiano en las últimas cuatro décadas causado por la violencia, es fácil concluir que ha sido un factor de riesgo muy alto en la producción de las enfermedades cardiovasculares.

El estrés mental puede clasificarse en agudo y crónico.

Un claro ejemplo del primer tipo son los eventos catastróficos que puede sufrir un individuo. Éstos aumentan en 2,3 veces el riesgo de infarto agudo de miocardio. En un estudio sobre el terrorismo y las guerras, se manifiesta que estos fenómenos sociales a la par que los eventos catastróficos, son francos generadores de enfermedad cardiovascular. De otra parte, la muerte súbita por infarto del miocardio también se ha asociado con el estrés agudo.

El estrés crónico se origina por factores traumáticos persistentes, que con frecuencia el paciente pasa desapercibidos o les concede poca importancia. En este tipo sobresalen los de índole laboral y familiar. Los primeros se han investigado ampliamente. En el Estudio INTERHEART se concluye que de 20% a 30% de casos de enfermedad cardiovascular, es atribuible al estrés laboral.

En el Whitehall Study, dirigido por Chandola *et al,* realizado en el University College London Medical School, indica que el estrés laboral crónico y sostenido, eleva al menos al doble las posibilidades de enfermedad cardiovascular. Esta investigación fue realizada entre 10.308 trabajadores con un seguimiento de 14 años, hecho que estadísticamente es muy significativo. Así mismo, se encontró una cifra similar a la del INTERHEART en relación a que el 32% de los trabajadores con estrés sufrían de una enfermedad cardiovascular.

Adicionalmente, cuando hablamos de riesgo cardiovascular, cobra especial interés entender y conocer que el Síndrome metabólico, también conocido como síndrome X o síndrome de resistencia a la insulina, hace referencia a la presencia de múltiples factores de riesgo cardio-metabólicos en un mismo individuo, en un mismo momento. Lo más comunes son la obesidad abdominal, las alteraciones en el metabolismo de la glucosa, el aumento de los niveles de presión arterial y un perfil lipídico plasmático que se caracteriza por altos niveles de triglicéridos y disminuidos en colesterol HDL. Los individuos con síndrome metabólico presentan mayor riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.

En Colombia varios estudios indican que los criterios diagnósticos de la Federación Internacional de Diabetes (IDF) son los más apropiados, en especial para identificar individuos en riesgo que aún no sufren de un evento cardio-cerebro-vascular. Por este motivo la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, recomienda que en Colombia se utilice los criterios de IDF para establecer el diagnóstico de síndrome metabólico, como una actividad de atención primaria para la detección precoz de población con riesgo cardio-cerebro vascular.

Tabla 1. Criterios recomendados para el diagnóstico de síndrome metabólico en Colombia

	PARÁMETRO DE RIESGO

Obesidad Abdominal (perímetro de cintura)	Hombres => 90 cm
	Mujeres =>80 cm
Mas dos de los siguientes criterios:	
Glucosa en ayunas	= >100 mg/dl
Presión arterial	= > 130/85 mmHg o estar ingiriendo medicamento antihipertensivo
Colesterol HDL	Hombres = < 40 mg/dl o estar tomado medicamento hipolipemiantes
	Mujeres = < 50 mg/dl o estar tomado medicamento hipolipemiantes
Triglicéridos	= > 150 mg/dl o estar tomado medicamento hipolipemiantes

La presencia de síndrome metabólico se asocia a un incremento tres a seis veces mayor en el riesgo de desarrollar diabetes e hipertensión. Además, se asocia con mayor frecuencia de daño subclínico de órgano blanco como daño renal, endurecimiento arterial, hipertrofia ventricular izquierda y disfunción diastólica, alteraciones que se presentan independientes a la presencia de hipertensión arterial. (3)

Categorización, manejo y seguimiento del paciente con riesgo cardio-cerebro-vascular

Categorización del riesgo cardiovascular.

Esta categorización, se basa en los criterios de Framingham, los cuales se definieron tras un estudio de cohortes que lleva ya 70 años de seguimiento, esto ha permitido definir cuáles son los criterios de mayor impacto para definir el riesgo cardiovascular. Para Colombia la validación de este puntaje han llevado a que el Ministerio de Salud de adopte el puntaje de Framingham x 0.75 como el instrumento de estimación del riesgo.

Al realizar esta categorización, se conoce el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave e incluso mortal en un periodo de 10 años según los factores de riesgo modificables y no modificables en personas sin patología cardiovascular al momento de la estimación de este, con el fin de plantear medidas de prevención primaria; aquellas personas que ya tenga establecido algún diagnóstico de este grupo de patologías se considera de alto riesgo y la prevención ya sería secundaria o terciaria de acuerdo a su estado actual.

La OMS, en su libro Prevención de las enfermedades cardiovasculares, publicado en el 2008, brinda por grupo de países la categorización del riesgo cardiovascular bajo otra metodología la cual está definida por dos contextos, el primero cuando se puede medir el colesterol total y el segundo en el que no. A continuación las tablas de predicción para Colombia para ambos casos

Sin embargo, para la Rama Judicial la estimación del RCV, se realizara con los criterios de Framingham así:

CRITERIOS DE FRAMINGHAM POR SEXO

1. Edad

	Puntaje	
Edad	Mujeres	Hombres
20 – 34	-7	-9
35 – 39	-3	-4
40 – 44	0	0
45 – 49	3	3
50 – 54	6	6
55 – 59	8	8
60 – 64	10	10
65 - 69	12	11
70 - 74	14	12
75 - 80	16	13

2. Colesterol total por grupo de edad y sexo

Colesterol total (Mg/DL)	Puntaje por edad									
	20 – 39		40 – 49		50 – 59		60 – 69		70 – 79	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
< 160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
160 – 199	4	4	3	3	2	2	1	1	1	0
200 – 239	8	7	6	5	4	3	2	1	1	0
240 – 270	11	9	8	8	5	4	3	2	2	1
> 280	13	11	10	8	7	5	4	3	2	1

3. Habito de fumar por grupo de edad y sexo

¿Fuma?	Puntaje por edad									
	20 – 39		40 – 49		50 – 59		60 – 69		70 – 79	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
No fuma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Si fuma	9	8	7	5	4	3	2	1	1	1

4. Colesterol HDL por grupo de edad

Colesterol HDL (mg/dl)	Puntos	
	Mujeres	Hombres
60	-1	-1
50 - 59	0	0
40 – 49	1	1
< 40	2	2

5. Presión sistólica

Presión sistólica	No tratada		Tratada	
	Mujer	Hombres	Mujer	Hombres
< 120	0	0	0	0
120 – 129	1	0	3	1
130 – 139	2	1	4	2
140 – 149	3	1	5	2
> 160	4	2	6	3

6. Al total de la sumatoria de los puntajes de las tabla anteriores se le aplica una multiplicación por 0.75 y buscar el valor en estas tablas

Mujer		Hombre	
Puntaje total	% de riesgo a 10 años	Puntaje total	% de riesgo a 10 años
< 9 - 12	1	<0 - 4	1
13 -14	2	5 - 6	2
15	3	7	3
16	4	8	4
17	5	9	5
18	6	10	6
19	8	11	8
20	11	12	10
21	14	13	12
22	17	14	16
23	22	15	20
24	27	16	25
>25	>30	>17	> 30

Riesgo cardiovascular Leve: < 10
Riesgo cardiovascular Moderado: 10 – 20
Riesgo cardiovascular Severo: > 20

De acuerdo al porcentaje obtenido, tras el cruce de la información, se determina el RCV y la periodicidad del seguimiento que debe hacerse a los factores modificables la cual se describe en la tabla tomada de la OMS así:

Riesgo de episodio cardiovascular a 10 años <10 %, 10 a <20%, 20 a <30%, ≥30%	
Riesgo <10%	Los individuos de esta categoría tienen un riesgo bajo. Un bajo riesgo no significa "ausencia de riesgo". Se sugiere un manejo discreto centrado en cambios del modo de vida[b].
Riesgo 10%-<20%	Los individuos de esta categoría tienen un riesgo moderado de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Monitorización del perfil de riesgo cada 6-12 meses.
Riesgo 20%-<30%	Los individuos de esta categoría tienen un riesgo alto de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Monitorización del perfil de riesgo cada 3-6 meses.
Riesgo ≥30%	Los individuos de esta categoría tienen un riesgo muy alto de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Monitorización del perfil de riesgo cada 3-6 meses.

Seguimiento en el Riesgo Cardiovascular Bajo

El seguimiento de estos pacientes estará a cargo del Médico General y dado que no tienen otros factores asociados significativos, la frecuencia de control debe ser entre 3 y seis meses como máximo.

Procedimiento - Exámenes de Laboratorio	Inicial	Anual	Bianual
Hemograma	x		x
Glicemia basal	x	x	
Perfil Lipidico	x		x
Parcial de orina completo	x	x	
Creatinina sérica	x		x
Electrocardiograma	x		x

Seguimiento en el Riesgo Cardiovascular Moderado

El seguimiento estará a cargo del Médico General, con una periodicidad trimestral o semestral según el control de las cifras de presión arterial; pero dado el aumento en la probabilidad de presentar lesiones en órgano blanco o condiciones médicas asociadas, se programará una (1) evaluación al año por Médico Especialista en medicina interna.

Procedimiento - Exámenes de Laboratorio	Inicial	Anual	Bianual
Hemograma	x		x
Glicemia basal	x	x	
Perfil Lipídico	x		x
Parcial de orina completo	x	x	
Creatinina sérica	x		x
Electrocardiograma	x		x

Seguimiento en el Riesgo Cardiovascular Alto

Estos pacientes deben ser referidos al nivel II de atención y su manejo estará liderado cada cuatro meses por el Médico Especialista en medicina interna. Para aquellos pacientes con Lesión de Órgano Blanco (LOB) se programará una valoración anual por el médico especialista más indicado según la afección (cardiólogo o nefrólogo)

Procedimiento - Exámenes de Laboratorio	Inicial	Anual	Bianual
Hemograma	x		x
Glicemia basal	x	x	
Perfil Lipídico	x		x
Parcial de orina completo	x	x	
Creatinina sérica	x	x	
Microalbuminuria	x	x	
Electrocardiograma	x	x	
Ecocardiograma	x		x

Seguimiento en el Riesgo Cardiovascular Muy Alto

El manejo de este tipo de pacientes es exclusivo del Médico Especialista en medicina interna, con una periodicidad trimestral y con seguimiento por las especialidades que sean pertinentes de acuerdo con la CCA específica de cada uno de los pacientes (neurólogo y cardiólogo con periodicidad anual y nefrólogo y oftalmólogo con periodicidad semestral).

Se aclara que los pacientes con compromiso renal que seguirán este manejo son aquellos que se encuentran en estadios 1, 2 o 3 y que aún no requieren terapia de sustitución o reemplazo renal.

Procedimiento - Exámenes de Laboratorio	Inicial	Anual	Bianual
Hemograma	x		x
Glicemia basal	x	x	
Perfil Lipídico	x		x
Parcial de orina completo	x	x	
Creatinina sérica	x	x	
Microalbuminuria	x	x	
Electrocardiograma	x	x	
Ecocardiograma	x		x

Pacientes con diagnóstico simultáneo de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2

El manejo de estos pacientes es exclusivo del Médico Especialista en medicina interna cada cuatro meses y se solicitará una valoración anual por nutricionista y por endocrinólogo, quien determinará la pertinencia del esquema terapéutico instaurado y evaluará la necesidad de iniciar insulinoterapia, entre otros.

También se debe realizar un control anual por oftalmólogo, quien realizará un examen visual que incluya el fondo de ojo con dilatación pupilar, evaluación de la agudeza visual y medición de tono del globo ocular.

Procedimiento - Exámenes de Laboratorio	Inicial	Trimestral	Anual	Bianual
Hemograma	x			x
Glicemia basal	x	x		
Perfil Lipidico	x		x	
Parcial de orina completo	x		x	
Hemoglobina glicosilada	x	x		
Creatinina sérica	x		x	
Microalbuminuria	x		x	
Electrocardiograma	x		x	
Ecocardiograma	x			x

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Los pacientes diabéticos tienen un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular y ésta se constituye en la primera causa de mortalidad y morbilidad de quienes tienen este diagnóstico.

Los pacientes sin complicaciones crónicas recibirán seguimiento clínico por parte del Médico General con una periodicidad bimensual o trimestral según las condiciones y riesgos individuales. Se programará una (1) consulta anual de valoración por el médico especialista, que puede ser especialista en medicina interna o en endocrinología según sea la disponibilidad; y una (1) valoración anual por el oftalmólogo para realización de fondo de ojo con dilatación pupilar, medición de la agudeza visual y medición del tono ocular. Adicionalmente se ofrecerá con una periodicidad anual una consulta con nutricionista y una valoración por psicología.

El manejo de los pacientes con alteraciones crónicas estará liderado por el Médico Especialista en medicina interna e idealmente por el endocrinólogo, en especial si hay indicación de tratamiento farmacológico con insulina. El seguimiento se realizará con una periodicidad trimestral, con apoyo del médico general en las circunstancias que ameriten un seguimiento más frecuente.

Procedimiento - Exámenes de Laboratorio	Inicial	Trimestral	Anual	Bianual
Hemograma	x			x
Glicemia basal	x	x		
Perfil Lipídico	x		x	
Parcial de orina completo	x		x	
Hemoglobina glicosilada	x	x		
Creatinina sérica	x		x	
Microalbuminuria	x		x	
Electrocardiograma	x		x	

II. TAMIZAJE PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE CANCER

El cáncer es otro conjunto de enfermedades perteneciente a las denominas no transmisibles, hay más de 100 tipos y la mayoría toma el nombre del órgano donde surge; existen varios tipos los cuales dependen del tipo de células de la que se origina, tales como: carcinoma, melanoma, sarcoma, leucemia, linfoma, mieloma, blastomas, tumores de células germinales, cáncer de sistema nervioso central.

Es la segunda causa de muerte en el mundo; básicamente es un proceso de crecimiento y diseminación de un tipo de células determinado. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

En el 2015, se estima causo 8,8 millones de defunciones, lo que corresponde a una de cada seis muertes, esta proporción es mayor en países de ingresos medios y bajos esto se debe a la detección tardía o en fases avanzadas así como la falta de tratamiento ya que las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer. Es así como en 2017, solo el 26% de los países de ingresos bajos informaron de que la sanidad pública contaba con servicios de patología para atender a la población en general. Más del 90% de los países de ingresos altos ofrecen tratamiento a los enfermos oncológicos, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30%.

Existen factores de riesgo para algunos tipos de cáncer, dentro de los que se cuenta el envejecimiento, el consumo de cigarrillo, los rayos solares, radiaciones ionizantes,

algunos agentes químicos, agentes biológicos, influencia hormonal, antecedentes familiares, consumo de alcohol, malo hábitos alimenticios, sedentarismo y sobrepeso. De los mencionados anteriormente, el más importantes es el humo de tabaco al que se le atribuyen el 22% de las muertes por cáncer

En algunos tipos, el cáncer puede detectarse en las etapas más tempranas, lo que mejora el pronóstico y facilita el tratamiento; esta detección se realiza a través de pruebas de tamizaje, el diagnóstico temprano hace que el tratamiento sea más eficaz lo que aumenta la supervivencia, disminuye la morbilidad y los costos asociados a la atención de la enfermedad, es muy importante realizar tamizaje de manera sistemática según los grupos de edad.

En el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2021, los cánceres que se priorizan, por su incidencia en la población Colombiana y la posibilidad de realizar pruebas de tamizaje son: Cuello Uterino, Cáncer de Mama, Cáncer de Próstata, Cáncer Color rectal.

Considerando que en Colombia, el cáncer de seno ha tenido un incremento acelerado en su incidencia, llegando aproximadamente a la detección de más de 8500 casos cada año; la Rama Judicial, identificando que en su distribución sociodemográfica, la mayor parte de la población son mujeres mayores de 40 años, consideró realizar actividades enfocadas al tamizaje del cáncer de seno, de acuerdo a la Guía de Practica Clínica Cáncer de mama

CÁNCER DE MAMA			
Edad	**Prueba**	**Periodicidad**	**Recomendación**
50 a 69 años de edad	Mamografía de dos proyecciones	Cada dos años	Se recomienda realizar tamización de base poblacional organizada mediante mamografía de dos proyecciones, cada dos años, en mujeres de 50 a 69 años de edad, siempre incluido dentro de un programa de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama.
A partir de los 40 años	Examen clínico de la mama	Una vez al año	Se recomienda la realización del examen clínico de la mama a partir de los 40 años, como parte del examen clínico general de la mujer, por lo menos una vez al año, con un método estandarizado y por parte de médicos debidamente entrenados, asegurando la referencia inmediata y oportuna a un sistema de diagnóstico adecuado en el evento de haber detectado lesiones sospechosas

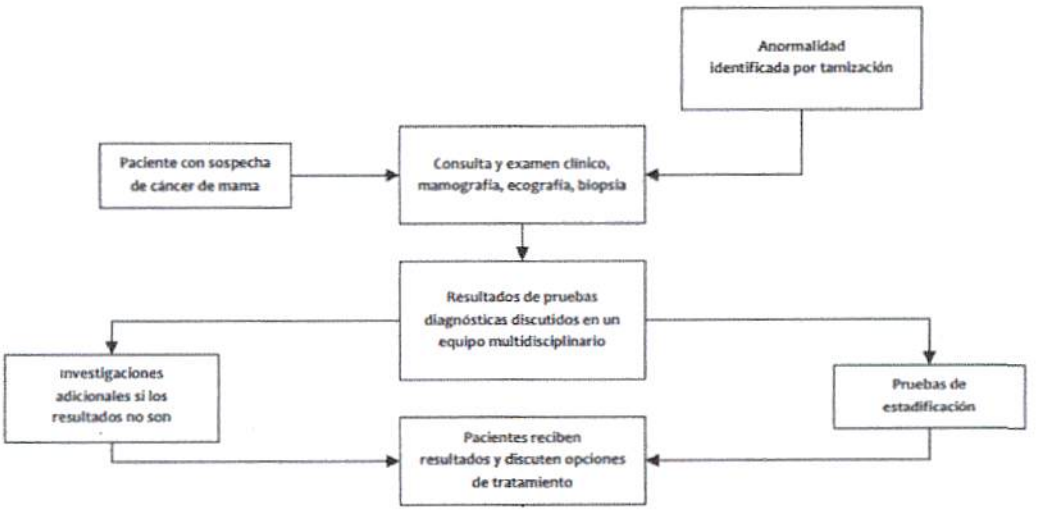
Por otra parte, el cáncer de próstata es el más común en los hombres, constituye la segunda causa de mortalidad por cáncer en esta población y su aparición está directamente relacionada con la edad; a mayor edad, mayor riesgo de padecerlo. En nuestro país, uno de cada tres hombres mayores de 50 años tiene este cáncer. Al igual que en las mujeres el mayor porcentaje de hombres, es mayor de 40 años; por lo que las actividades de prevención se enfocaran en este tipo de cáncer y se realizara de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Cáncer de próstata así:

CÁNCER DE PRÓSTATA			
Edad	**Prueba**	**Periodicidad**	**Recomendación**
Desde 50 años	Tacto rectal	Cada 5 años	No se recomienda la detección temprana organizada poblacional en cáncer de próstata. Se recomienda la detección temprana de oportunidad como estrategia de detección temprana del cáncer de próstata en hombres mayores de 50 años, asintomáticos, que acudan a consulta médica por diferentes causas.
			Si se realiza tamización de oportunidad, debe hacerse con PSA y tacto rectal en una frecuencia no inferior a 5 años y previa explicación de los potenciales riesgos y beneficios para el paciente, promoviendo una toma de decisiones concertada.
Desde 50 años	Antígeno prostático específico	Cada 5 años	Se recomienda la combinación de tacto rectal y medición del antígeno prostático ajustado por edad, como estrategia de diagnóstico temprano del cáncer de próstata.
			En los pacientes en quienes se registre un primer nivel de antígeno prostático alterado acorde con la edad, en presencia de tacto rectal normal, se recomienda la repetición de la prueba en el curso de los siguientes seis meses.

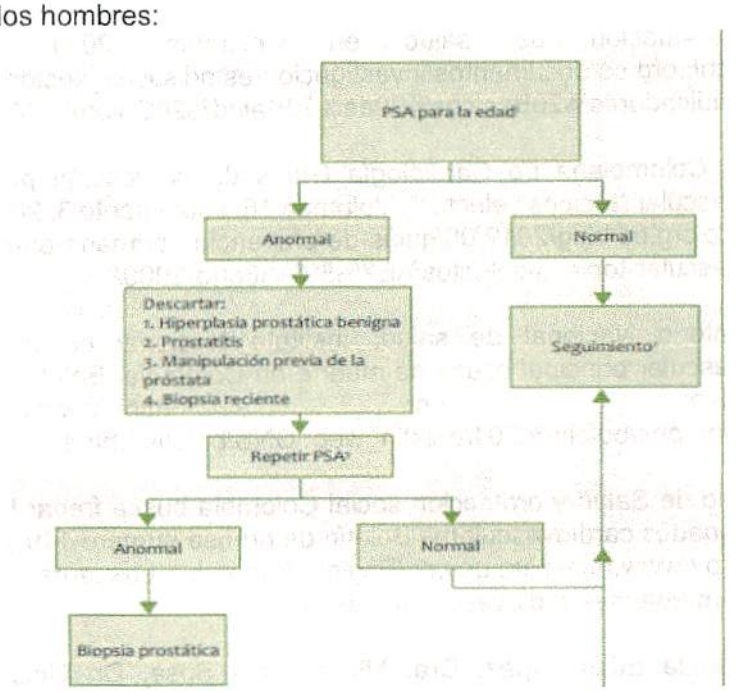
Seguimiento según hallazgos

Tanto para hombres como para mujeres las pruebas según los resultados de las pruebas de tamizaje se debe proceder a realizar un seguimiento periódico o indicaría la realización de otros exámenes que confirmen o descarten los resultados obtenidos en las pruebas anteriores

En el caso de las mujeres, el algoritmo a seguir:



En el caso de los hombres:



Conclusiones:

- Posterior a la revisión de la literatura y a la detección de la importancia y gran número de eventos cardio-cerebro-vasculares, muchos sin diagnosticar, a nivel de salud pública, se identifica que el grupo etario de la población de servidores de la Rama Judicial, representa un factor importante para padecer este tipo de afectaciones, teniendo una representación importante en la población mayor de 45 años.

- Los servidores judiciales por su ocupación, ritmo de trabajo, volumen de procesos y horarios de trabajo tiene un riesgo incrementado de estrés crónico adicionalmente hay presencia notoria de factores de riesgo cardiovascular tales como sedentarismo, malos hábitos alimenticios, estrés laboral, tabaquismo y una

baja asistencia a control médico periódico.

- En busca de una detección temprana de casos y una orientación médica adecuada ante los hallazgos encontrados, la División de Bienestar y del Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, ve la necesidad de realizar tamizaje con el fin de evaluar el grado de riesgo cardiovascular e identificar de manera temprana el cáncer de seno y cáncer de próstata, lo cual puede alertar y dar inicio a un tratamiento adecuado de cada caso y de esta forma aportar a la disminución de la morbimortalidad de la población trabajadora por esta causa.

Bibliografía

1. Organización mundial de la salud (OMS) informe sobre la situación mundial de la salud de las enfermedades no transmisibles. Resumen y orientación 2010. Disponible en http://www.who.int/nmh/publications/ncd_re-port_summary_es.pdf

2. Organización Panamericana de la salud (OPS) Indicadores básicos en salud 2011, situación de salud en Colombia. 2011. Disponible en http://achc.org.co/documentos/investigacion/estadisticas_sector/externas/OPS/10.%20Indicadores%20Basicos%20de%20Salud%20Colombia%202011.pdf

3. Revista Colombiana de Cardiología Guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular "tópicos selectos". Volumen 16, suplemento 3, 2009. Disponible en http://scc.org.co/blog/2012/08/guias-de-prevencion-primaria-en-riesgo-cardiovascular-topicos-selectos%E2%80%A8ano-2009/

4. Observatorio Nacional de salud, Instituto Nacional de salud Enfermedad cardiovascular principal causa de muerte en Colombia. Boletín número 1, 2013. Disponible en http://www.ins.gov.co/lineas-de- accion/ons/boletin%201/boletin_web_ONS/boletin1.html

5. Ministerio de Salud y protección social Colombia busca frenar la prevalencia de enfermedades cardiovasculares Boletín de prensa número 149, 2014. Disponible en http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-busca-frenar-la-prevalencia-de- enfermedades-cardiovasculares.aspx

6. Dra. Mariela Edith López, Dra. Mirna Alicia Sosa, Dr. Nelson Paulo María Labrousse, Síndrome metabólico Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina número 147, 2007. Disponible en http://med.unne.edu.ar/revista/revista174/3_174.pdf

7. Actividades para la atención y seguimiento de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 en personas de 45 años o más afiliados al Régimen Subsidiado Pleno, Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Anexo técnico Resolución 4003, 2008.

8. Ministerio de Salud y Protección Social, Guía de Practica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata. Guía No GPC-2013-21. Bogota, Colombia. 2013.

9. Ministerio de Salud y Protección Social, Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Guia No GPC-2013-19. Bogota, Colombia. 2013

10. Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Análisis de Situación del Cáncer en Colombia 2015. Bogota, Colombia. 2015

III.EXÁMENES CLÍNICOS PARA LA CONTRATACIÓN

Con fundamento en lo anterior, considera el Consejo Superior de la Judicatura que es importante la realización de los exámenes clínicos de perfil lipídico, glicemia y tamizajes para la detección de cáncer de seno y próstata en la población judicial mayor de 40 años.

En ese sentido, el contratista debe garantizar la toma de los exámenes cardiovasculares de perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos) y glicemia basal, además de realizar los tamizajes descritos y hacer entrega de los resultados en consulta médica personalizada.

La lectura médica de los exámenes clínicos deberá realizarse en consulta médica realizada por los profesionales especialistas, en sesión de por lo menos 30 minutos para cada servidor judicial, a quienes además se debe tomar perímetro abdominal, talla, peso, *índice de masa corporal, frecuencia cardiaca y tensión arterial.*

Para tal el efecto, el oferente debe tener en cuenta lo establecido en la Resolución 1441 de 2013 proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social, específicamente lo contemplado en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud: apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio: toma de muestras de laboratorios clínicos.

637

MARCO LÓGICO

REALIZAR EXAMENES DE TAMIZAJE CARDIOVASCULAR, CÁNCER Y CONSULTA MÉDICA PARA ENTREGA DE RECOMENDACIONES MEDICAS EN HABITOS DE AUTOCUIDADO PARA LOS SERVIDORES JUDICIALES A NIVEL NACIONAL

1. INFORMACIÓN BÁSICA

1.1. Datos básicos

1.1.1. Identificación de la necesidad

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), proclaman la salud ocupacional como un derecho fundamental, el cual se interpreta no sólo como la ausencia de afecciones o de enfermedad, sino también como ausencia de los elementos y factores que afectan negativamente el estado físico o mental del trabajador y están directamente relacionados con los componentes del ambiente del trabajo.

Alineado con este concepto, el Consejo Superior de la Judicatura a través del Acuerdo PSAA-10560 del 11 de agosto de 2016, adoptó las políticas para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Rama Judicial, con el fin de proteger la seguridad y la salud de los funcionarios y empleados en sus sitios de trabajo, así como de los contratistas, subcontratistas y visitantes, a través de la identificación, prevención, intervención y mitigación de los riesgos laborales relacionados con lesiones y enfermedades.

Dentro de este proceso de se identificaron dentro de la Matriz de Peligros y Riesgos de la Rama Judicial, se identificaron los riesgos biomecánico y psicosocial como los que más afectan a los servidores judiciales. Uno de los factores que más contribuye a este último factor de riesgo es el estrés.

El estrés, se puede originar tanto por factores físicos como mentales y básicamente hacen referencia a la activación de diversos sistemas que ponen en guardia a la persona y lo preparan para la lucha o la huida a través de la concentración de flujo sanguíneo en el cerebro, corazón y músculos, en detrimento de otros órganos; generando diferentes cambios funcionales de estos, que cuando se presentan de forma crónica puede ser un factor en el desarrollo de enfermedad.

En los últimos años, los estudios han evidenciado la relación entre estrés crónico y riesgo cardiovascular, por una serie cambios complejos de regulación y contra regulación hormonal, así:

Las situaciones estresantes aumentan la frecuencia cardíaca y la presión arterial, aumentando la necesidad de oxígeno del corazón. Esta necesidad de oxígeno puede ocasionar una angina de pecho, o dolor en el pecho en enfermos del corazón.

En momentos de estrés, el sistema nervioso libera más hormonas (principalmente adrenalina). Estas hormonas aumentan la presión arterial, lo cual puede dañar la capa

interior de las arterias. Al cicatrizarse las paredes de las arterias, éstas pueden endurecerse o aumentar en grosor, facilitándose así la acumulación de placas ateroescleróticas.

El estrés también aumenta la concentración de factores de coagulación en sangre, aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo. Los coágulos pueden obstruir totalmente una arteria ya parcialmente obstruida por placa arterioesclerótica y ocasionar un ataque al corazón.

Por otro lado, el estrés se ha visto asociado a otras enfermedades ya que generalmente contribuye a que la persona que lo sufre no tenga adecuados hábitos de vida saludable, por ejemplo, una persona que sufre de estrés puede comer más de lo que debe para reconfortarse, comer alimentos ricos en grasas y carbohidratos; puede comenzar a fumar, o hacerlo más de lo normal y con ello incrementar el riesgo cardiovascular.

En la Rama Judicial, se ha venido desarrollando un programa de tamizaje para la identificación y categorización del riesgo cardiovascular, en el 2018 se realizaron a 12.828 servidores, exámenes médicos clínicos y paraclínicos; recibiendo las recomendaciones médicas correspondientes a su estado de salud. En la vigencia 2019 esta actividad pretende beneficiar a 16.398 servidores judiciales a nivel nacional, con la realización de exámenes paraclínicos tales como perfil lipídico y glicemia así como una consulta médica personalizada para la lectura de los mismos y la entrega de las recomendaciones médicas en cada caso.

A nivel de salud pública, La enfermedad cardiovascular, incluyendo el accidente cerebro vascular, es la principal causa de enfermedad y muerte en la población adulta a nivel mundial. En Colombia se ha observado una variación en las cifras de morbilidad y mortalidad respecto a la década anterior; y es por esto que hoy en día este tipo de enfermedades son la primera causa de muerte en personas mayores de 45 años.

El cáncer, es la segunda causa de muerte en el mundo, por lo cual es de alto interés en salud pública; esta es una enfermedad que se puede originar en cualquier órgano o parte del cuerpo y básicamente es un proceso de crecimiento y diseminación de un tipo de células determinado. El diagnóstico temprano hace que el tratamiento sea más eficaz lo que aumenta la supervivencia, disminuye la morbilidad y los costos asociados a la atención de la enfermedad, es muy importante realizar tamizaje de manera sistemática según los grupos de edad, es así como a través de campañas se busca promover la realización de tamizaje de los tipos de cáncer priorizados para Colombia en el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2021, lo cuales son: Cáncer de Mama, Cáncer de Próstata, Cáncer Color rectal y Cuello Uterino. Siendo los dos primeros priorizados en la Rama Judicial por la distribución etaria, ya que el 52% de los servidores judiciales tiene 40 o más años de edad.

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA:

Desde el punto de vista sociodemográfico se encuentra la siguiente distribución poblacional, según datos del sistema Kactus correspondiente al año 2018:

620

De un total de 31.521 servidores judiciales, se identificaron las principales variables sociodemográficas, para definir las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades tanto de origen común como laboral.

La mayor cantidad de servidores judiciales se encuentra en Bogota y comprende la población de la seccional Bogotá – Cundinamarca, Dirección Ejecutiva y Altas Cortes, lo cual representa el 25.5% del total de la población de la Rama Judicial, seguida por las seccionales de Medellín y Cali con el 12.4% y 8.9% respectivamente. Cabe aclarar que la seccional de Valledupar subsume a la Coordinación Administrativa de Riohacha. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los servidores judiciales por seccional

SECCIONALES	NUMERO	PORCENTAJE
Armenia	506	1,6%
Barranquilla	1398	4,4%
Bogotá	5890	18,7%
Bucaramanga	1809	5,7%
Cali	2821	8,9%
Cartagena	1197	3,8%
Cúcuta	1051	3,3%
Ibagué	1219	3,9%
Manizales	893	2,8%
Medellín	3898	12,4%
Montería	597	1,9%
Neiva	1174	3,7%
Nivel central	2160	6,9%
Pasto	1124	3,6%
Pereira	672	2,1%
Popayán	747	2,4%
Santa marta	745	2,4%
Sincelejo	472	1,5%
Tunja	1519	4,8%
Valledupar	848	2.6%
Villavicencio	781	2,5%
Total general	**31521**	**100%**

Distribución por sexo

La distribución por sexo, aunque en su mayoría son mujeres (54.3%), la distribución es muy similar para ambos grupos poblacionales. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de los servidores judiciales por sexo

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
Mujer	17111	54,3%
Hombre	14410	45,7%
Total general	**31521**	**100,0%**

Distribución por sexo según seccional

Solamente en las seccionales de Popayán y Santa Marta, el porcentaje de hombres es mayor que el de mujeres. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución por sexo según seccional

SECCIONAL	HOMBRE	PORCENTAJE	MUJER	PORCENTAJE	TOTAL GENERAL	PORCENTAJE RESPECTO A POBLACION NACIONAL
Armenia	246	0,8%	260	0,8%	506	1,6%
Barranquilla	655	2,1%	743	2,4%	1398	4,4%
Bogota	2566	8,1%	3324	10,5%	5890	18,7%
Bucaramanga	754	2,4%	1055	3,3%	1809	5,7%
Cali	1311	4,2%	1510	4,8%	2821	8,9%
Cartagena	589	1,9%	608	1,9%	1197	3,8%
Cúcuta	500	1,6%	551	1,7%	1051	3,3%
Ibagué	609	1,9%	610	1,9%	1219	3,9%
Manizales	410	1,3%	483	1,5%	893	2,8%
Medellín	1717	5,4%	2181	6,9%	3898	12,4%
Montería	289	0,9%	308	1,0%	597	1,9%
Neiva	575	1,8%	599	1,9%	1174	3,7%
Nivel central	1019	3,2%	1141	3,6%	2160	6,9%
Pasto	544	1,7%	580	1,8%	1124	3,6%
Pereira	296	0,9%	376	1,2%	672	2,1%
Popayán	374	1,2%	373	1,2%	747	2,4%
Santa Marta	374	1,2%	371	1,2%	745	2,4%
Sincelejo	224	0,7%	248	0,8%	472	1,5%
Tunja	627	2,0%	892	2,8%	1519	4,8%
Valledupar	378	1,2%	470	1,5%	848	2,7%
Villavicencio	353	1,1%	428	1,4%	781	2,5%
Total general	**14410**	**45,7%**	**17111**	**54,3%**	**31521**	**100,0%**

Distribución por grupos etarios

El 75.5% de los servidores judiciales se encuentran dentro del grupo etario catalogado como adultos o adultos maduros; seguidos por los adultos jóvenes con un 17,4%. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los servidores judiciales por grupos etarios

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Menor o igual a 19 años	65	0,2%
20 a 29 años	5472	17,4%
30 a 39 años	9503	30,1%
40 a 49 años	6130	19,4%
50 a 59 años	8181	26,0%
igual o mayor a 60 años	2087	6,6%
Sin dato	83	0,3%
Total	**31521**	**100%**

Distribución por grupos etarios y sexo

Para el grupo etario de adultos mayores, se presenta el cambio de proporción según sexo por lo que los hombres son mayoría respecto a las mujeres en el grupo mencionado. El mayor porcentaje de la población son mujeres entre los 30 a los 39 años. (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de los servidores judiciales según edad y sexo

EDAD	HOMBRE	PORCENTAJE	MUJER	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE
Menor o igual a 19 años	27	0,09%	38	0,12%	65	0,21%
20 a 29 años	2196	6,97%	3276	10,39%	5472	17,36%
30 a 39 años	4001	12,69%	5502	17,46%	9503	30,15%
40 a 49 años	2742	8,70%	3388	10,75%	6130	19,45%
50 a 59 años	4008	12,72%	4173	13,24%	8181	25,95%
igual o mayor a 60 años	1403	4,45%	684	2,17%	2087	6,62%
Sin dato	33	0,10%	50	0,16%	83	0,26%
Total	**14410**	**45,72%**	**17111**	**54,28%**	**31521**	**100,00%**

De lo anterior, se deduce que la población masculina de 40 años en adelante son 8.153 a nivel nacional y representa la población en riesgo de contraer cáncer de próstata, mientras que las mujeres mayores de 40 años suman 8.245, representando la población en riesgo de padecer cáncer de seno. En total 16.398 servidores judiciales mayores de 40 años.

1.1.2 Marco normativo

- Ley 1562 de 2012, Artículo 11 Parágrafo 1, establece: "*Las Administradoras de Riesgos Laborales no pueden desplazar el recurso humano ni financiar las actividades que por ley le corresponden al empleador, y deben otorgar todos los servicios de promoción y prevención sin ninguna discriminación, bajo el principio de la solidaridad, sin tener en cuenta el monto de la cotización o el número de trabajadores afiliados*". (Subrayas fuera de texto).

- Decreto 1295 de 1994, Artículos 21, 56, 57 y 58:

"ARTICULO 21. OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR. El empleador será responsable:

(...) c. Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo;
d. Programar, ejecutar y controlar el cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa, y procurar su financiación;"(subrayas fuera de texto).

"ARTICULO 56. RESPONSABLES DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES. La Prevención de Riesgos Profesionales es responsabilidad de los empleadores. Corresponde al Gobierno Nacional expedir las normas reglamentarias técnicas tendientes a garantizar la seguridad de los trabajadores y de la población en general, en la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Igualmente le corresponde ejercer la vigilancia y control de todas las actividades, para la prevención de los riesgos profesionales.

Los empleadores, además de la obligación de establecer y ejecutar en forma permanente el programa de salud ocupacional según lo establecido en las normas vigentes, son responsables de los riesgos originados en su ambiente de trabajo.

Las entidades administradoras de riesgos profesionales, por delegación del estado, ejercen la vigilancia y control en la prevención de los riesgos profesionales de las empresas que tengan afiliadas, a las cuales deberán asesorar en el diseño del programa permanente de salud ocupacional". (Subrayas fuera de texto).

"ARTICULO 57. SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LOS SITIOS DE TRABAJO.
Corresponde al Ministerio de Trabajo a través de su Dirección Técnica de Riesgos Profesionales, la supervisión, vigilancia y fiscalización de la prevención de riesgos profesionales en todas las empresas, tendientes a la aplicación del programa permanente de salud ocupacional."

"ARTICULO 58. MEDIDAS ESPECIALES DE PREVENCIÓN. Sin detrimento del cumplimiento de las normas de salud ocupacional vigentes, todas las empresas están obligadas a adoptar y poner en práctica las medidas especiales de prevención de riesgos profesionales".

1.1.3 Objetivo general del proyecto

Realizar Exámenes de Tamizaje Cardiovascular, Cáncer y Consulta Médica para Entrega de Recomendaciones Médicas en Hábitos de Autocuidado para los Servidores Judiciales a nivel nacional.

1.1.4 Descripción del programa y de los planes y proyectos que lo conforman

El Plan Sectorial de Desarrollo define para el cumplimiento de políticas y metas la estrategia 2.4.4. Dar cumplimiento a la Resolución 2646 de 2008 del Ministerio de la Protección Social referente al control del Riesgo Psicosocial.

Para dar respuesta a las obligaciones legales, la Unidad de Recursos Humanos de la Dirección Ejecutiva de Administración Judicial a través del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, implementa el Plan de Trabajo del sistema, con el apoyo de ARL, Corredor de Seguros y recursos propios asignados por el Consejo Superior de la Judicatura.

En la presente vigencia se pretende distribuir los recursos entre el Nivel Central y las Direcciones Seccionales, incluyendo las Coordinaciones Administrativas dentro de estas últimas, de acuerdo con la participación de la población de cada una de ellas dentro del total nacional, con el fin de que contraten la toma de los exámenes y las valoraciones médicas.

1.1.5 Resultados esperados

Este proyecto pretende mediante la toma de exámenes y la valoración médica, minimizar el riesgo cardiovascular y el riesgo de cáncer en los servidores judiciales.

Avance del proyecto

En esta tabla se presentan los datos de avance del programa de prevención de riesgo cardiovascular que se ha contratado con recursos propios. Se aclara que es la primera vez que se van a efectuar exámenes de detección temprana de cáncer.

Año	Cobertura por servidores judiciales	Cobertura por seccionales
2014	1.048	10
2015	1.130	18
2016	1.600	22
2017	510	12
2018	8.540	21
Total	**12.828**	

1.2 Cobertura geográfica

La cobertura geográfica del presente proyecto de inversión se describe de acuerdo con el siguiente orden:

1.2.1 Nacional:

De acuerdo con la información disponible en el Sistema Unificado de Inversión y Finanzas Públicas – SUIFP administrado por el Departamento Nacional de Planeación, el proyecto tiene cobertura nacional.

1.2.2 Internacional

No aplica

1.1.6 Seccional, distrital y/o municipal

El proyecto pretende cubrir a servidores judiciales del Nivel Central y Direcciones Seccionales de Administración Judicial.

1.2.4 Estrategias de seguimiento y evaluación del Proyecto

La Unidad de Recursos Humanos de la Dirección Ejecutiva de Administración Judicial realizará el seguimiento al cumplimiento de los objetivos y metas en el proyecto a través de las respectivas Coordinaciones de Talento Humano de las Direcciones Seccionales y Coordinaciones Administrativas.

1.2 Coherencia con los instrumentos de planeación

El presente proyecto reviste especial importancia estratégica para la Rama Judicial, toda vez que se encuentra en armonía con el Plan Sectorial de Desarrollo de la Rama Judicial 2019-2022.

1.3.1 Plan Sectorial de Desarrollo de la Rama Judicial

Esta actividad reviste especial importancia estratégica para la Rama Judicial, toda vez que se encuentra en armonía con el Plan Sectorial de Desarrollo de la Rama Judicial 2019-2022 en su Pilar Estratégico de Carrera Judicial, Desarrollo del Talento Humano y Gestión del Conocimiento, cuyo propósito es:

Fortalecer la institucionalidad y función pública de la Rama Judicial, mediante la gestión efectiva y oportuna del conocimiento y el talento humano del nivel central y territorial, impactando en el rendimiento y resultados de los procesos misionales, estratégicos y administrativos.

Para lo cual debe disponer de los mejores servidores en la Rama Judicial, mediante la gestión del conocimiento, la selección de personas idóneas, competentes y comprometidas, el seguimiento y evaluación a la gestión, la cualificación y mejoramiento de las competencias de funcionarios y empleados, la adecuación de ambientes laborales propicios que favorezcan las condiciones de salud, con el fin de lograr altos niveles de desempeño, cumplimiento de las metas institucionales y satisfacción de las expectativas de los usuarios del servicio.

- **Impacto en los objetivos estratégicos del presente proyecto al Plan Sectorial**

Este proyecto contribuye a alcanzar el objetivo estratégico del Plan Sectorial de: Mejorar las condiciones de bienestar y sentido de pertenencia institucional de los servidores judiciales.

De igual forma, apunta al logro de resultados para los próximos cuatro años como:

- 31.047 servidores judiciales beneficiados en el país (5.826 funcionarios y 25.221 empleados), con actividades deportivas, recreativas, culturales, de prevención y control del riesgo laboral y condiciones de salud.

Objetivo general y objetivos específicos en el PSD

- **Objetivo general**

Implementar el proceso de gestión del conocimiento, fortalecer el modelo de formación judicial, mantener las competencias, habilidades y conocimientos de los servidores judiciales logrando el balance entre el desarrollo profesional, el bienestar integral, el mérito y el logro de las metas institucionales.

- **Objetivos específicos**

e) Ampliar la participación de los servidores judiciales de la Rama Judicial en los programas de bienestar integral, prevención y control del riesgo laboral.

- **Estrategias, proyectos y prioridades de inversión**

Pilar estratégico de carrera judicial, desarrollo del talento humano y gestión del conocimiento, se despliega a través de estrategias fundamentales, las cuales se traducen en programas y proyectos, que se aplican para todos los servidores de la Rama Judicial, con el desarrollo del siguiente aspecto: Promover el bienestar integral de los servidores judiciales.

El programa presupuestal y proyecto en cuanto al Talento Humano del pilar estratégico de carrera judicial, desarrollo del talento humano y gestión del conocimiento, es el siguiente:

Programa	Proyecto
Mejoramiento de las Competencias de la Administración de Justicia (2701).	Implementación de estrategias para fortalecer la gestión de los despachos judiciales en la Rama Judicial a Nivel Nacional.

Las prioridades de inversión de este pilar estratégico son:

e) Fortalecer y desarrollar programas de bienestar integral, prevención y control del riesgo laboral.

En desarrollo de esta política se tiene el siguiente proyecto:

Proyecto: *IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA FORTALECER LA GESTIÓN DE LOS DESPACHOS JUDICIALES EN LA RAMA JUDICIAL A NIVEL NACIONAL.*

Código BPIN: 2018-01100-0844

1.3.2 Marco General de Mediano Plazo

Con fundamento en las políticas trazadas por el Consejo Superior de la Judicatura, el proyecto se encuentra enmarcado en el Plan Sectorial de Desarrollo 2019-2022. Para tal efecto, el presupuesto asignado y proyectado durante las vigencias anuales se presenta a continuación:

Presupuesto de Inversión Unidad de Recursos Humanos BPIN 1114-00382-0000					
	VIGENCIA				
PROGRAMA	2015	2016	2017	2018	2019
Recursos Humanos	$ 700.000.000	$ 1.000.000.000	$ 300.000.000	$1.000.000.000	$1.168.354.400
TOTAL INVERSION RRHH 2019					$1.168.354.400

1.3.2.1. Programa

Desde el punto de vista presupuestal este proyecto se encuentra clasificado en el Programa 320 denominado: "*...IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA FORTALECER LA GESTIÓN DE LOS DESPACHOS JUDICIALES EN LA RAMA JUDICIAL A NIVEL NACIONAL*".

1.3.2.2 Subprograma

Bajo la clasificación presupuestal definida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el proyecto se enmarca en el Subprograma 0800 cuyo nombre es: Intersubsectorial Justicia.

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

642

2.1 Total población beneficiaria del plan, programa o proyecto

Con este proyecto se pretende beneficiar a 16.398 servidores judiciales del Nivel Central y las Direcciones Seccionales con sus respectivas Coordinaciones Administrativas, a través del tamizaje a nivel cardiovascular y para los dos tipos de cáncer más frecuente en hombres y mujeres, en la generación de hábitos de autocuidado y la posterior evaluación médica integral.

2.3 Población beneficiaria por cobertura geográfica.

De manera específica el proyecto cubre las Direcciones Seccionales y las Coordinaciones Administrativas y nivel central, según la distribución de la población objeto.

2.4. Criterios de priorización de la población beneficiaria

Entre los criterios utilizados para la priorización de la población beneficiaria objeto del presente proyecto se tienen:

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	APLICACIÓN
Identificación de riesgos laborales	Clasificación de la sintomatología presentada, a nivel cardiovascular.	Se da prioridad a los servidores judiciales mayores de 40 años.
Concentración de servidores judiciales.	Ciudades que tienen mayor concentración de servidores judiciales (capitales de distrito judicial, capitales de cabecera de circuito).	En la medida que se tengan los recursos solicitados se propende por el cumplimiento total de la meta, independiente de la ubicación geográfica del servidor judicial.

3. ESTRATEGIA DE PLANEACIÓN

3.1. Planes y proyectos que conforman el programa

Prevención de los riesgos cardiovascular y cáncer a los servidores judiciales

3.1.1 Subproyectos que integran cada proyecto

No aplica

3.1.2 Componentes de cada Subproyecto

No aplica

3.1.3 Actividades de cada componente

No aplica

3.1.4 Definición de actividades y cronograma

DENONOMINACIÓN DE ACTIVIDADES	DURACIÓN EN DÍAS	LUGAR DE REALIZACIÓN	COSTO	RESPONSABLE
1) Traslado de recursos a las direcciones seccionales	30	Bogotá	N/A	Director Unidad de Recursos Humanos
2) Elaboración de estudios previos	30	Unidad de Recursos Humanos Direcciones seccionales	N/A	Director Unidad de Recursos Humanos y Directores Seccionales
3) Proceso precontractual y contractual	60	Direcciones seccionales	N/A	Director Unidad de Recursos Humanos y Directores Seccionales
4) Ejecución contractual	60	Territorio nacional	1.168.354.400	Director Unidad de Recursos Humanos y Directores Seccionales

3.2 Meta Inicial y Meta para la vigencia actual

Teniendo en cuenta los indicadores reportados en el Sistema Unificado de Inversión y Finanzas Públicas – SUIFP administrado por el Departamento Nacional de Planeación, con la ejecución del presente proyecto se han alcanzado y se pretenden lograr la siguiente meta:

Código SUIFP	Descripción Meta Propuesta	Unidad de Medida	Meta Período				
			2015	2016	2017	2018	2019
9900P021	Practicar exámenes para la prevención de factores de riesgo cardiovascular y de cáncer	Servidores judiciales examinados	1.130	1.600	510	8.540	16.398

3.3 Componentes Indicadores.

A continuación, se relacionan los diferentes indicadores utilizados para la formulación del proyecto:

3.3.1 Indicadores de gestión

Código SUIFP	Descripción	Meta Propuesta 2019	Unidad de Medida
9900P021	Servidores judiciales examinados	16.398	Número

3.3.2 Indicadores de producto

Código SUIFP	Descripción	Meta Propuesta 2019	Unidad de Medida
9900P021	Cobertura de población intervenida mediante la práctica de exámenes y valoración médica	90% de la población de los servidores judiciales seleccionados.	Porcentaje

3.3.3 Indicadores de resultado

Descripción	Meta Propuesta 2019	Unidad de Medida
Cobertura de población proyectada / población intervenida X 100	90%.	Porcentaje

4. RECURSOS REQUERIDOS

4.1 Estimación de costos:

Para calcular los costos de esta actividad se consideraron los estudios de mercado de los contratos 115 de 2016, 159 de 2017, 186 de 2018, suscritos por la Entidad y se solicitaron cotizaciones de algunos prestadores de este tipo de servicio.

4.2 Distribución de recursos:

Programa	Mejoramiento de las competencias de la administración de justicia
Plan	Plan de Inversiones 2019
Proyecto	*"Implementación de estrategias para fortalecer la gestión de los despachos judiciales en la rama judicial a nivel nacional".*
Subproyecto	N/A

Componente	N/A
Actividades	
Recursos Solicitados	$1.168.354.400
Recursos Asignados	$1.168.354.400
Asignación Inicial	$1.168.354.400

4.2 Regionalización de recursos

Seccional - Nivel Central	Recursos a distribuir
Armenia	$ 21.460.000
Barranquilla	$ 51.600.000
Bogotá	$ 197.480.000
Bucaramanga	$ 66.800.000
Cali	$ 109.140.000
Cartagena	$ 40.640.000
Cúcuta	$ 43.300.000
Ibagué	$ 50.660.000
Manizales	$ 34.440.000
Medellín	$ 143.860.000
Montería	$ 23.140.000
Neiva	$ 44.700.000
Nivel Central	$ 72.094.400
Pasto	$ 41.420.000
Pereira	$ 25.440.000
Popayán	$ 33.640.000

Seccional - Nivel Central	Recursos a distribuir
Santa marta	$ 27.660.000
Sincelejo	$ 16.680.000
Tunja	$ 63.740.000
Valledupar	$ 31.400.000
Villavicencio	$ 29.060.000
Total	**$ 1.168.354.400**

5. VIABILIDAD PRESUPUESTAL

La distribución de los recursos de este proyecto a las Direcciones Seccionales y el Nivel Central fue autorizada mediante el Acuerdo PCSJA19-11283 del 27 de mayo de 2019.

6. VIABILIDAD TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, JURÍDICA, FINANCIERA Y CONTABLE

Esta actividad es viable técnica, administrativa, jurídica y contablemente, de acuerdo con lo previsto en el Plan Sectorial de Desarrollo de la Rama Judicial 2019-2022, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Rama Judicial y los recursos proyectados para el Plan de Inversión de la Unidad de Recursos Humanos.

7. CONTRATACIÓN, EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN

En cumplimiento del Acuerdo PSAA12- 9256 de 2012, numeral 7: "El Director Ejecutivo de Administración Judicial, como representante legal y órgano administrativo y operativo, conforme a las competencias establecidas por los artículo 98 y 99 de la Ley 270 de 1996, administra los bienes y recursos destinados para el funcionamiento de la Rama Judicial; responde por su correcta aplicación o utilización, y suscribe en nombre de la Nación-Consejo Superior de la Judicatura los actos y contratos que deban otorgarse o celebrarse, adelantando, con el apoyo de sus Unidades, los procesos precontractuales, contractuales y post contractuales; para lo cual elaborará los estudios previos y demás documentos requeridos y adelantará todas las actuaciones inherentes a la contratación. De igual manera, actúa como ordenador del gasto para el cumplimiento de las obligaciones que correspondan, asumiendo la supervisión plena (técnica, administrativa, financiera, contable y jurídica), del cumplimiento del objeto de los contratos..."

Junio de 2019.

***fuera de texto**

En la Seccional de Valledupar – Cesar. El valor asignado en el Plan de Inversión de la Unidad de Recursos Humanos para la vigencia 2019, aprobado mediante Acuerdo .PCSJA19- 11283 del 27 de mayo de 2019.

Se tiene en cuenta el estudio de precios de mercado, de conformidad con las especificaciones técnicas establecidas para el presente proceso.

Teniendo como base las cotizaciones presentadas ante la entidad, y sujeto a la disponibilidad presupuestal el valor estimado para la presente contratación es de VEINTE MILLONES SETECIENTOS DIECISIETE MIL CIENTO CINCO PESOS M/CTE ($ 20.717.105.00), el cual se encuentra dentro del valor presupuestal asignado en el Plan de Inversión de la Unidad de Recursos Humanos para la vigencia 2019.

Por otra parte es la Dirección Ejecutiva Seccional de Administración Judicial de Valledupar la delegada para suscribir el contrato de realización de exámenes de tamizaje cardiovascular, cáncer y consulta médica para la entrega de recomendaciones médicas en hábitos de autocuidado a los servidores judiciales del distrito de Valledupar – Cesar dispuesto en el presente marco lógico.