

Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia

Estudio mixto con fases cualitativa y cuantitativa

**Propuesta de modelo de gestión y atención
integral de la salud de las personas con
multimorbilidad y sus cuidadores – Colombia**

Proyecto

**Mejora de la gestión de los servicios de salud para personas con
múltiples enfermedades crónicas en tres países de América Latina
- Brasil, Colombia y Uruguay**

Mayo 2023



BANCO MUNDIAL
BIRF • AIF

Grupo Banco Mundial

Autores

Mery Concepción Bolívar Vargas
Sandra Milena Hernández Zambrano
Guiovanni Esteban Hurtado Cárdenas
María Luisa Latorre Castro
Alexandra Porras Ramírez

Colaboradores técnicos

Eduardo Alfonso Sierra
Axel Darío Arcila Carabali
Janet Bonilla Torres
Juan Pablo Toro Roa

Dirección del estudio

Mery Concepción Bolívar Vargas

Dirección del Proyecto

Roberto Iunes

Práctica Global de Salud, Nutrición y Población - Banco Mundial

Agradecimientos

El equipo de trabajo agradece a los funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia de las siguientes áreas que acompañaron el proyecto a lo largo de más de dos años y actuaron como contrapartes: Despacho del Ministro, Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, Viceministerio de Protección Social, Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública. Dirección de Promoción y Prevención, Subdirección de Enfermedades no Transmisibles, Grupo de Gestión Integrada de la salud cardiovascular, bucal, del cáncer y otras condiciones crónicas. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales. Un agradecimiento especial a los aseguradores y prestadores que participaron en las entrevistas y grupos focales del estudio de experiencias exitosas de atención de la multimorbilidad en Colombia.



Colombia 2021



El estudio fue financiado con recursos de Access Accelerated

Contenido

1	Introducción.....	5
2	Objetivos del estudio	6
2.1	Objetivo General	6
2.2	Objetivos específicos	6
3	Metodología	7
3.1	Tipo de estudio	7
3.2	Fase cualitativa	7
3.3	Fase cuantitativa	12
3.4	Triangulación de información cuantitativa y cualitativa	14
3.5	Descripción de las experiencias exitosas analizadas.....	16
3.6	Limitaciones del estudio	19
4	Resultados	20
4.1	Fase cualitativa	20
4.2	Fase cuantitativa.....	67
4.3	Triangulación de información cuantitativa y cualitativa	82
5	Conclusiones.....	84
6	Discusión.....	85
7	Recomendaciones.....	86
8	Referencias Bibliográficas	89
9	Anexo	103
9.1	Anexo 1. Caracterización sociodemográfica de los participantes.....	103
9.2	Anexo 2. Instrumento de identificación de modelos de gestión nacionales exitosos para la atención de pacientes con multimorbilidad	108
9.3	Anexo 3. Guion de grupos focales.....	108
9.4	Anexo 4. Guion temático de grupos focales	108

Tablas

Tabla 1. Contenido de las dimensiones del estudio cualitativo. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	8
Tabla 2. Instrumento de recolección de la información en los grupos focales con profesionales y tomadores de decisión. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	9
Tabla 3. Instrumento de recolección de la información en los grupos focales con pacientes y cuidadores. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	10
Tabla 4. Instrumento de evaluación de las experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	11
Tabla 5. Tipo de registro de información Estudio de Suficiencia .Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	13
Tabla 6. Categorías para triangulación de la información cualitativa y cuantitativa. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021...	15
Tabla 7. Descripción de las experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	16
Tabla 8. Dimensiones del análisis cualitativo desde la experiencia de los profesionales de salud. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	20
Tabla 9. Grupos de Condiciones de salud pivote basados en CIE10. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	67
Tabla 10. Distribución de personas por Atendidas año con las condiciones de salud pivote. Régimen contributivo. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	68
Tabla 11. Personas únicas año. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	68
Tabla 12. Número de personas con una o mas condiciones de salud pivote años 2018-2020 – Régimen Contributivo. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	68
Tabla 13. Actividades reportadas por las EAPB del régimen contributivo en la base de suficiencia 2018 a 2020. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	69
Tabla 14. Actividades reportadas por las EAPB del régimen contributivo en la base de suficiencia relacionadas con pacientes con multimorbilidad 2018 a 2020. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	70
Tabla 15. Distribución de personas por Atendidas año con las condiciones de salud pivote. Régimen contributivo. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	71
Tabla 16. Personas únicas año. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	71

Tabla 17. Número de personas con una o más condiciones de salud pivote años 2018-2020 - Régimen Subsidiado. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	71
Tabla 18. Actividades reportadas por las EAPB del régimen subsidiado en la base de suficiencia 2018 a 2020. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	72
Tabla 19. Actividades reportadas por las EAPB del régimen subsidiado en la base de suficiencia relacionadas con pacientes con multimorbilidad 2018 a 2020. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	73
Tabla 20. CIE10 Compensar. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021	75
Tabla 21. Gasto realizado por Compensar en pacientes con multimorbilidad, 2019-2020. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021	76
Tabla 22. CIE10 Savia Salud. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021	77
Tabla 23. CIE10 Cajacopi. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021	79
Tabla 24. Gasto realizado por Cajacopí en pacientes con multimorbilidad, 2020. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021	81

1 Introducción

La multimorbilidad se define como la coexistencia de dos o más enfermedades en un solo individuo (van den Akker, Buntinx, Metsemakers, Roos, y Knottnerus, 1998). Los estudios sobre este fenómeno en su mayoría solo describen el número promedio de condiciones presentes en una persona o la proporción de una población con un cierto número de condiciones (van den Akker, Buntinx, Roos, Knottnerus, 2001).

La Organización Mundial de la Salud ha definido multimorbilidad como la presencia de dos o más enfermedades crónicas en una persona, entendiendo por estas, aquellas afecciones de larga duración, generalmente de progresión lenta, que alteran la salud.

Esta definición incluye no solamente los trastornos incurables, sino también condiciones no transmisibles que, a pesar de ser crónicas, pueden ser resueltas, como la obesidad. Se incluyen también enfermedades transmisibles curables pero que tienen evolución crónica y requieren tratamientos de larga duración como la Tuberculosis, la Leishmaniasis y el Chagas y otras no curables, pero prevenibles, como las Hepatitis B y C y el VIH/Sida.

La prevalencia de multimorbilidad reportada por diferentes estudios muestra una variación que va de 3,6% a más del 50% en diversas poblaciones (van den Akker et al., 1998). La razón de la diferencia entre las prevalencias es que la mayoría de las investigaciones existentes se han centrado en un número limitado de enfermedades crónicas y en poblaciones restringidas, como los adultos mayores. Poco se sabe sobre la agrupación de enfermedades en otros grupos de edad.

Se han realizado análisis que permiten identificar combinaciones específicas de enfermedades (clústeres). Por ejemplo, de los estudios que informan la frecuencia o la concurrencia de múltiples enfermedades crónicas entre pacientes ambulatorios o la población general, dos han identificado la frecuencia de pares de enfermedades específicas y simultáneas (Fried, Bandeen-Roche, Kasper y Guralnik, 1999; Verbrugge, Lepkowski, y Imanaka, 1989). Un tercer estudio proporcionó dos ejemplos de las tríadas de enfermedades más comunes, pero no indicó la frecuencia de las tríadas en la población de estudio (N = 565) (Grimby y Svanborg, 1997).

El propósito general de este trabajo es apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en la identificación de oportunidades para mejorar la gestión de la atención de multimorbilidad en Colombia, en la preparación de los insumos técnicos, administrativos y financieros para diseñar un modelo de gestión de la atención de multimorbilidad, dentro del proyecto “Mejora de la gestión de los servicios de salud para pacientes con múltiples enfermedades crónicas en tres países de América Latina”.

El presente documento recoge los resultados de un estudio mixto, de carácter cualitativo y cuantitativo, sobre cuatro experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad y sus cuidadores. Las experiencias pertenecen a la EPS Savia Salud en conjunto con la IPS Artmedica, a la EPS Compensar, a la Caja de Compensación Cajacopi y a la IPS Cosmitet del servicio de salud del régimen de excepción del magisterio.

2 Objetivos del estudio

Determinar las principales características de cuatro experiencias exitosas en la gestión de la atención de personas con multimorbilidad y sus cuidadores. Las experiencias pertenecen a tres Entidades Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) con su red de servicio la EPS Savia Salud, la EPS Compensar, y la Caja de Compensación Cajacopi; y la IPS Cosmitet del servicio de salud del régimen de excepción del Magisterio.

2.1 Objetivo General

Identificar modelos de gestión exitosos para la atención de personas con multimorbilidad y sus cuidadores, en diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, que se encuentren funcionando en la actualidad (mayo del año 2021).

2.2 Objetivos específicos

- Identificar y caracterizar los principales elementos de los modelos de gestión para la atención de personas con multimorbilidad y sus cuidadores
- Determinar los factores relevantes en los modelos de atención de personas con multimorbilidad y sus cuidadores
- Describir la distribución y ocurrencia de la multimorbilidad en tres EAPB de Colombia que cuentan con una experiencia exitosa de atención en multimorbilidad
- Identificar la red y los ámbitos de atención de las personas con multimorbilidad en los clústeres priorizados en tres EAPB identificadas con experiencias exitosas
- Describir la distribución y ocurrencia de la multimorbilidad en Colombia según el costo y formas de reconocimiento y pago de las atenciones en tres EAPB seleccionadas por experiencias exitosas

3 Metodología

3.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio analítico mixto con el fin de identificar las características de los pacientes y de los programas de multimorbilidad en tres EAPB y su red de servicios para esta atención y un prestador de servicios de salud del régimen de excepción del Magisterio Colombia.

El diseño mixto secuencial exploratorio tiene una primera fase cualitativa de recolección de datos y análisis, seguida de una segunda fase cuantitativa de recolección de datos y análisis que parte de los resultados de la fase cualitativa.

3.2 Fase cualitativa

El estudio cualitativo - descriptivo buscó conocer, desde diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, los modelos de gestión exitosos para la atención de pacientes con multimorbilidad y sus cuidadores.

Preguntas de investigación

Las preguntas buscan caracterizar el conjunto de las experiencias seleccionadas para el estudio.

- ¿Cuántos y quiénes son los pacientes con enfermedades crónicas y multimorbididades según variables demográficas y epidemiológicas?
- ¿Cuáles serían los pacientes priorizados con el pareto de las variables de prevalencia por grupo de enfermedades de la CIE10?
- ¿Cuáles serían los grupos de multimorbilidad?
- ¿Dónde reciben la atención los pacientes?
- ¿Cuáles son los ámbitos de atención de los pacientes con multimorbilidad?
- ¿Cuánto cuesta atender a los grupos de pacientes con multimorbilidad priorizados?

Población

- Profesionales de la salud y tomadores de decisión que participan en la implementación de los modelos. (Ver anexo 1)
- Pacientes y cuidadores beneficiarios de los modelos exitosos en Colombia.

Criterio 1. Territorio, dado que los modelos seleccionados se implementaron en diferentes contextos geográficos.

Criterio 2. Ejecutores del modelo (EPS, IPS, entes territoriales). Profesionales de diferentes disciplinas participantes del programa, coordinador del programa en la EPS, en la IPS, otros actores involucrados, ente territorial referente.

Criterio 3: Beneficiarios del modelo: pacientes y sus cuidadores principales.

Muestra

Por ser un estudio cualitativo, la muestra estuvo basada en la conveniencia según los criterios de inclusión. La convocatoria para presentar experiencias exitosas en atención a pacientes

multimórbidos con patologías crónicas no transmisibles se lideró desde el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (Ver Anexo 2)

Recolección de datos

Los datos se obtuvieron en grupos focales realizados por los investigadores en sesiones virtuales en la plataforma Meet. Las reuniones fueron grabadas, previo consentimiento informado verbal. Se utilizaron guiones diferentes para profesionales y tomadores de decisión, y para pacientes y cuidadores. Las preguntas se estructuraron mediante discusión y consenso del equipo investigador. Las dimensiones del estudio se definieron en función de las revisiones de literatura y experiencia del equipo investigador. Los grupos focales fueron realizados entre agosto y noviembre de 2021. Su duración osciló entre 1 hora y 15 minutos y 2 horas y 40 minutos. Se recolectaron datos sociodemográficos de profesionales: sexo, ocupación y de los pacientes y cuidadores, sexo y perfil clínico. (Ver anexos 3 y 4)

Tabla 1. Contenido de las dimensiones del estudio cualitativo. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

Descripción de la experiencia		
1	Lugar y periodo de desarrollo de la experiencia	Cobertura geográfica y año de inicio
2	Antecedentes	Problema detectado que llevó a buscar un cambio de modelo de gestión o de atención para su solución
3	Articulación entre las Instituciones participantes	¿Cómo se llevó en el diseño y en la implementación del modelo?
4	Población objeto	Población beneficiada por el modelo Caracterización: edad, diagnósticos, otros factores de inclusión.
5	Descripción del modelo de gestión o de atención de pacientes con multimorbilidad	¿Cómo está operando actualmente, incluida la financiación, los costos y las formas de pago y la sostenibilidad?
6	Análisis de la implementación de la experiencia	Factores de éxito del modelo.
7	Respuesta del modelo ante la pandemia por Covid-19	Mecanismos de adaptación – resiliencia.
8	Evidencia	Seguimiento mediante indicadores (clínicos, utilización de servicios de salud, costo efectividad, satisfacción de usuarios, etc.).
9	Retos y limitaciones	Cuáles son las cosas que se pueden mejorar.
Consideraciones, sugerencias y recomendaciones		

Fuente: Elaboración propia de los autores

Tabla 2. Instrumento de recolección de la información en los grupos focales con profesionales y tomadores de decisión. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

Dimensión	Preguntas orientadoras
Evaluación integral de los pacientes y estratificación del riesgo, noción de M&M	¿Qué criterios tuvieron en cuenta para identificar a la población beneficiaria del programa? ¿Cómo se define o entiende la M&M en su programa?
Ruta de atención y componentes del programa	-Describanos la ruta de atención: ¿Qué acciones-componentes implican la atención en salud de los beneficiarios del programa? ¿Cómo se da la identificación de necesidades y priorización de las mismas, en la atención interdisciplinaria? ¿Cómo es el manejo de la polifarmacia? Explorar los diferentes roles del equipo Explorar las acciones hacia el cuidador familiar
Equipo multidisciplinario y coordinado	¿Por quién está integrado el equipo que implementa el programa? ¿Roles de los integrantes del equipo, explorar si existe un líder o referente? ¿Cómo se dan los procesos de coordinación, comunicación interprofesional para implementar el programa? ¿Cómo se dan los procesos de comunicación entre el equipo-paciente, cuidador?
Habilidades-competencias del equipo, Formación	¿Qué habilidades-competencias debe tener un profesional de la salud para atender a los beneficiarios del programa? Procesos de capacitación en el equipo
Recursos clínicos utilizados en el programa: GPC, RIAS, protocolos, eHealth	¿Qué recursos clínicos utilizan en el programa? ¿Cómo los integran en el programa, limitaciones y ventajas en su utilización? ¿Cómo integran las evidencias con la experiencia clínica y los valores y preferencias de la persona para la toma de decisiones en salud? -Explorar sobre la telesalud y mecanismos de adaptación por la pandemia
Gestión de Recursos	¿Qué recursos físicos, económicos, sociales, se requieren para poder realizar la atención y seguimiento a los usuarios del programa? ¿Cómo financian y pagan el programa? ¿Qué recursos personales son los que considera aportan al éxito del programa?
Integración-coordinación asistencial-Continuidad en la atención	¿Cómo se articulan los actores del programa y cuáles son las estrategias utilizadas para fortalecer la coordinación asistencial? ¿El programa se articula con otros programas, a favor del curso de vida o de las trayectorias en salud? ¿Cómo es el flujo de la información entre los actores y qué recursos utilizan para compartir información entre actores?
AGENCIA: Autogestión, autocuidado, autoeficacia	¿Cómo se promueve y se realiza seguimiento al proceso de autogestión-autocuidado?, Toma de decisiones ¿Cuáles son las estrategias, acciones dirigidas al proceso educacional de usuarios y/o familia, quién lo realiza y cómo? ¿Cómo se fortificó la adherencia y asistencia a controles, qué estrategias se usaron? (Esto esta especificado en una respuesta de una IPS.)
Políticas públicas, activos en salud	¿Qué políticas públicas se articularon entre las instituciones y la implementación del programa? Identificación y movilización de activos comunitarios, articulación del programa con entes territoriales y otras organizaciones
Resultados en salud	Explorar sobre seguimiento mediante indicadores (clínicos, utilización de servicios de salud, costo efectividad, satisfacción de usuarios, etc.) ¿Cómo ha sido el resultado de los indicadores evaluados? ¿Existen resultados diferentes (especialmente de percepción de la atención) entre lo que se realiza entre lo intramural, y aquellos usuarios que tienen acompañamiento domiciliario (más cerca de ti)

Fuente: Elaboración propia de los autores

Tabla 3. Instrumento de recolección de la información en los grupos focales con pacientes y cuidadores. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

Dimensión	Preguntas orientadoras
Ruta de atención y componentes del programa	Experiencias con la atención en el programa: debilidades y fortalezas ¿Qué aspectos creen que el programa podría abordar y aún no lo hace? ¿Reconocen en el programa una atención diferenciada a la recibida en otros momentos? ¿A quiénes han recibido atención en el hogar o domiciliaria cuál es la mayor ventaja y cuál la mayor incomodidad de esta atención? Atención en la pandemia
Equipo multidisciplinario y coordinado	Relación terapéutica y comunicación con el equipo de salud, ¿cómo se da la toma de decisiones con el equipo de salud? ¿Dentro del programa qué aspectos creen que han beneficiado la relación terapéutica y cuáles pueden entorpecerla? ¿Qué esperan del personal de salud que los atiende en el programa?
Habilidades-competencias del equipo, Formación	¿Cuáles son las cualidades que valoran en el personal que los atiende en los programas?
Integración-coordinación asistencial-Continuidad en la atención	Integración de la atención: percepción sobre la coordinación entre el equipo de salud, AP-Atención hospitalaria (Integración-Holismo), flujo de información
AGENCIA: Autogestión, autocuidado, autoeficacia	Experiencias de autocuidado y autogestión ¿Cómo perciben la posibilidad de participación del familiar, o cuidador familiar en el programa? ¿Cuál cree que es su mayor responsabilidad como usuario del programa?
Políticas públicas, activos en salud	Activos en salud para satisfacer necesidades en la multimorbilidad
Resultados en salud	-Resultados en salud percibidos del programa ¿Qué estrategias han sido las que mejor han impactado en su estado de salud (mental, emocional) no físico? ¿Qué esperan de un modelo de atención de M&M en el país: expectativas?

Fuente: Elaboración propia de los autores

Tabla 4. Instrumento de evaluación de las experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

Ítem	Escala	Puntaje	Verificadores	Ponderación
1. Contempla la atención a pacientes con dos enfermedades crónicas no transmisibles concomitantes o más	Dos enfermedades	1	Explícitamente debe ser un programa para pacientes con patologías crónicas múltiples	25%
	Tres enfermedades	2		
	Más de dos patologías	3		
2. La experiencia está en desarrollo, está vigente y tiene a lo menos un año de implementación a la fecha de convocatoria	De 1 año	1	Fechas de implementación y años de seguimiento a pacientes	10%
	De 2 años	2		
	De 3 años	3		
	Más de 3 años	4		
3. Instituciones involucradas	Solo la EPS	1	Evidencia de participación de diferentes instituciones	10%
	EPS - IPS	2		
	EPS – IPS - Comunidad	3		
	EPS – IPS – ETS – Comunidad	4		
4. Cobertura poblacional con respecto a la población objeto en el territorio	Entre el 75 y el 100%	4	Total de beneficiados del modelo / total de pacientes con multimorbilidad x 100	5%
	Entre el 50 y el 74%	3		
	Entre el 25 y el 49%	2		
	Menos del 25%	1		
5. Interdisciplinariedad	Participación de 1 disciplina	1	Evidencia de participación de profesionales de diferentes disciplinas relacionadas con salud	5%
	Participación de 2 disciplinas	2		
	Participación de 3 disciplinas	3		
	Participación de más de 3 disciplinas	4		
6. Publicación de resultados	1 publicación	1	Presentación de los artículos publicados	5%
	2 o más publicaciones	2		
7. Demuestra mediante indicadores el impacto positivo	No tiene indicadores de seguimiento	0	Demuestra la sistematización de la experiencia y la evaluación mediante indicadores	35%
	Presenta los indicadores de seguimiento	1		
8. Costo efectividad	Tiene estudios de costo efectividad	1	Presenta resultados de estudios de costo efectividad	5%
	No tiene estudios de costo efectividad	0		

Fuente: Elaboración propia de los autores

Análisis de datos

Se realizó un análisis de contenido de los datos que fueron agrupados de acuerdo con las dimensiones definidas. Los principales hallazgos se acompañan de fragmentos textuales de los informantes.

3.3 Fase cuantitativa

El estudio cuantitativo - descriptivo buscó caracterizar la situación de multimorbilidad de las personas afiliadas a Compensar EPS, Savia Salud y Cajacopi en Colombia en los años 2018 a 2020.

Preguntas de investigación

Caracterizar la población con multimorbilidad en dos EAPB que cuentan con una experiencia exitosa de atención en multimorbilidad (Savia Salud, Cajacopi y Compensar):

- ¿Cuántos y quiénes son los pacientes con enfermedades crónicas y multimorbididades en el país según variables demográficas y epidemiológicas?
- ¿Cuáles serían los pacientes priorizados con el pareto de las variables de prevalencia por grupo de enfermedades de la CIE10?
- ¿Cuáles serían los grupos de multimorbilidad?

Identificar la red de atención de los pacientes con multimorbilidad en los clústeres priorizados

- ¿Dónde reciben la atención los pacientes?
- ¿Cuáles son los ámbitos de atención de los pacientes con multimorbilidad?

Costear la atención de los pacientes con multimorbilidad en los clústeres priorizados

- ¿Cuánto cuesta atender a los grupos de pacientes con multimorbilidad priorizados?
- ¿Cuáles son las principales formas de reconocimiento y pago de la atención de las personas con multimorbilidad?

Periodo de análisis

El periodo de análisis de esta fase del estudio es 2018 a 2020.

Fuente de información

Se realizó un estudio fundamentalmente a partir de la de la siguiente fuente de información secundaria:

- Base de datos del Estudio de Suficiencia Unidad de Pago por Capitación (UPC)

Corresponde a la información reportada por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para el “Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar la financiación de las tecnologías y servicios de salud contenidas en el Plan de Beneficios con Cargo de la UPC” que realiza cada año el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicha información surge de procesos de calidad y las respectivas retroalimentaciones ante las EPS.

La información corresponde al procedimiento realizado, medicamento entregado e insumo suministrado a personas plenamente identificadas en una fecha definida. Cuando en una misma

fecha se prestan varios servicios se tienen tantos registros como procedimientos realizados, para el caso de medicamentos entregados en una misma fecha se tienen las cantidades dispensadas.

Desde el punto de vista metodológico, esta base sirve como fundamento para los estudios de suficiencia y los mecanismos de ajuste para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación-UPC. (MSPS, 2015)

Unidad de observación

Las unidades de observación son los pacientes con dos o más enfermedades crónicas reportadas en la base de suficiencia.

Población

Afiliados a las entidades aseguradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado Compensar, Savia Salud y Cajacopi durante el periodo de análisis

Variables de la base de suficiencia

La información recolectada para el “Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar la financiación de las tecnologías y servicios de salud contenidas en el Plan de Beneficios con Cargo de la UPC” está conformada por 6 tipos de registros:

Tabla 5. Tipo de registro de información Estudio de Suficiencia .Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

Registro	Descripción
Tipo 2	Registro de detalle para el reporte de: Procedimientos realizados que se encuentran dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Bajo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).
Tipo 3	Registro de detalle para el reporte de: Medicamentos realizados que se encuentran dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Bajo el Código Único de Medicamentos (CUM)
Tipo 5	Registro de detalle Artículo 128 de la Resolución 5857 de 2018, Reconocimiento de tecnologías (Procedimientos) no descritas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
Tipo 6	Registro de detalle Artículo 128 de la Resolución 5857 de 2018, Reconocimiento de tecnologías (Medicamentos) no descritas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
Tipo 7	Registro de detalle con la información IBNR
Tipo 8	Registro de detalle Insumos y dispositivos médicos: lentes, monturas, Stent duodenal, Stent coronario recubierto o medicado y Stent coronario convencional o no recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía

Fuente: elaboración propia de los autores

Las variables de estos registros son:

- Variables de identificación de la persona, registradas en el documento de identificación

- Tipo de identificación
- Número de identificación
- Sexo registrado en el documento de identificación
- Fecha de nacimiento registrada en el documento de identificación
- Código DIVIPOLA del municipio de residencia
- Código del diagnóstico principal y relacionado.
- Fecha en la que se prestó el servicio o se dispuso el medicamento
- Código del procedimiento realizado o del medicamento dispensado
- Ámbito de prestación del procedimiento.
- Forma de reconocimiento y pago del procedimiento
- Cantidad dispensada, solo para el caso de medicamentos
- Días de tratamiento, solo para el caso de medicamentos
- Número de días de estancia para el caso de algunos procedimientos hospitalarios
- Valor del procedimiento o del medicamento dispensado
- Valor asumido por el usuario por cuotas moderadoras y copagos
- Código del prestador de servicios de salud
- Numero de factura
- Fecha de pago del servicio
- Valor pagado

3.4 Triangulación de información cuantitativa y cualitativa

La investigación metodológica mixta utiliza enfoques de investigación tanto cuantitativos como cualitativos en un solo estudio (Creswell, 2018.). Esta metodología enfatiza la integración o vinculación de hallazgos de ambos enfoques individuales (Creswell, 2018.) (Tashakkori, 2007).

Para el presente estudio, se realizó un diseño mixto secuencial exploratorio consiste en una primera fase cualitativa, seguida de una segunda fase cuantitativa. Estos datos integrados contribuyen a una mejor comprensión de los factores que dan forma a la relación entre la multimorbilidad y el modelo de gestión que para este caso son las experiencias exitosas (Creswell, 2018.).

Se utilizó un enfoque bidireccional explicativo para la integración de datos (Moseholm, 2017). Este enfoque utiliza inicialmente un análisis enmarcado cuantitativo, seguido de un análisis enmarcado cualitativamente, con retroalimentación iterativa y repetida entre los componentes antes de llegar a una interpretación final (Moseholm, 2017).

Los hallazgos de ambos componentes se integraron en un análisis matricial. La intención de la integración convergente de datos metodológicos mixtos es desarrollar interpretaciones de los datos recopilados que amplíen la comprensión y confirmen o refuten hipótesis y proposiciones. Con este fin, esta investigación comparó los hallazgos de los componentes cuantitativos y cualitativos utilizando los siguientes cuatro pasos:

- (1) buscar conceptos comunes en ambos conjuntos de hallazgos;
- (2) desarrollar tablas que organicen los hallazgos para que las comparaciones se observen fácilmente;

(3) comparar los resultados de las tablas para determinar las formas en que los hallazgos se confirman, refutan o amplían entre sí;

(4) hacer una interpretación avanzada de las formas en las que la evidencia convergente, divergente y en expansión mejora la comprensión del fenómeno en estudio (Creswell, 2018.).

Después de esta comparación, los hallazgos integrados se presentarán en una discusión narrativa. Esta discusión ofrecerá una interpretación de cómo los datos responden a la pregunta de investigación metodológica mixta identificada.

En el estudio cualitativo de experiencias exitosas se definieron como categorías para triangulación de la información las siguientes:

Tabla 6. Categorías para triangulación de la información cualitativa y cuantitativa. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

	Categorías	Tipo de información
1	Evaluación integral de los pacientes	Información de EPS-IPS Información de pacientes
2	Ruta de atención y componentes del programa	Información de EPS-IPS Información de pacientes Cuantitativa: consultas por MD General, Consultas por MD Especialista, frecuencia x año y si es posible, periodicidad
3	Equipo multidisciplinario y coordinado	Información de EPS-IPS Información de pacientes Cuantitativa: consultas por MD General, por Medicina Especializada, por Enfermería, por Psicología, por Nutrición, Trabajo Social, Químico Farmaceuta, Terapia Ocupacional
4	Habilidades-competencias del equipo, formación	Información de EPS-IPS Información de pacientes
5	Recursos clínicos utilizados en el programa: GPC, RIAS, protocolos, eHealth	Información de EPS-IPS Información de pacientes Cuantitativa: Tasas de hospitalización, de ingreso a UCI o a UC Intermedios, días de estancia en UCI, consultas en urgencias, exámenes paraclínicos
6	Gestión de Recursos	Información de EPS-IPS Información de pacientes Cuantitativa: Costos de hospitalización, de ingreso a UCI o a UC Intermedios, días de estancia en UCI, consultas en urgencias, exámenes paraclínicos, consultas por profesionales de diferentes disciplinas comparativo por años
7	Integración-coordinación asistencial-Continuidad en la atención	Información de EPS-IPS Información de pacientes
9	AGENCIA: Autogestión, autocuidado, autoeficacia	Información de EPS-IPS Información de pacientes
10	Políticas públicas, activos en salud	Información de EPS-IPS Información de pacientes
11	Resultados en salud	Información de EPS-IPS Información de pacientes Cuantitativo: Utilización de servicios



Fuente: Elaboración propia de los autores

3.5 Descripción de las experiencias exitosas analizadas

Como se ha mencionado se seleccionaron cuatro experiencias exitosas en multimorbilidad, las cuales incluyen programas de EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, programas de cajas de compensación y el modelo de atención de una IPS del régimen exceptuado. Las experiencias seleccionadas están en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Valle del Cauca, Boyacá y Bogotá.

Tabla 7. Descripción de las experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

Experiencia	EPS e IPS	Cobertura	Datos aproximados de población
1. Programa: Abordaje integral de los usuarios con patologías autoinmunes	 IPS 	Departamento de Antioquia	3.817 personas
2. Modelo integral de salud familiar. Gestión integral del riesgo	IPS del régimen de excepción del magisterio 	Departamento del Valle	Más del 30% de los 130.000 usuarios de Cosmitet pertenecen al programa de riesgo cardio metabólico. Los perfiles de multimorbilidad de este grupo poblacional refieren que las combinaciones más prevalentes son dislipidémico/hipertenso, dislipidémico/diabético y dislipidémico/obeso. El programa también está dirigido a pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en estadios 1 y 2 y tabaquismo.

Experiencia	EPS e IPS	Cobertura	Datos aproximados de población
3. Programa: Asistencia Permanente-	 compensar	Bogotá y Boyacá	En Bogotá arrancó con una corte de 500 pacientes. Ahora son 700. Entran al PAP entre 40 y 50 pacientes al mes en Bogotá.
4. Programa: Al ritmo de tu corazón		Departamento del Atlántico y otros de la Costa norte del país	Las patologías priorizadas y el número de personas son <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial: 72.000 personas • Diabetes tipo 1: más de 1.000 personas • Diabetes tipo 2: más de 5.000 personas • Pacientes con hipertensión y diabetes tipo 1 de manera simultánea: más de 3.000 personas Pacientes con hipertensión y diabetes tipo 2. Casi 5.000 y otras patologías afines

Fuente: Elaboración propia de los autores

Programa: Abordaje integral de los usuarios con patologías autoinmunes. EPS Savia Salud en conjunto con la IPS Artmedica

Este programa de la EPS Savia Salud está presente en las nueve subregiones del departamento de Antioquia. Su implementación es liderada en conjunto con la IPS Artmedica que ha logrado integrar un equipo interdisciplinario de profesionales para la atención de estos pacientes.

La población objeto son pacientes con diagnóstico de Artritis (AR), Espondilo artropatías, Lupus, y otras enfermedades autoinmunes. El total de usuarios actuales en el programa es de 3.817 personas.

Modelo integral de salud familiar. Gestión integral del riesgo. IPS Cosmitet del régimen especial del magisterio

La IPS Cosmitet hace parte de la red de prestadores de salud del servicio de salud del magisterio, uno de los regímenes especiales del país. Fue seleccionada para el estudio porque su programa cumple con los criterios de inclusión en el estudio.

Población objeto: la mayor parte de los usuarios del programa son personas mayores de 50 años que conviven con dos patologías y tienen riesgo cardio metabólico. Más del 30% de los 130.000 usuarios de Cosmitet pertenecen al programa de riesgo cardiometabólico. Los perfiles de

multimorbilidad de este grupo poblacional refieren que las combinaciones más prevalentes son dislipidémico/hipertenso, dislipidémico/diabético y dislipidémico/obeso

El programa también está dirigido a pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en estadios 1 y 2 y tabaquismo.

Como parte de las estrategias innovadora del modelo, está la identificación por parte de los médicos generales de pacientes con prediabetes con el tamizaje a través de valoración de glicemia, perfil lipídico, creatinina, y parcial de orina.

Programa: Asistencia Permanente. EPS Compensar-

Para la selección de los pacientes que ingresan a Programa de Asistencia Permanente (PAP) de la EPS Compensarse construye un algoritmo en el que se combinan la información administrativa que incluye hospitalizaciones, costos, entre otros y la información clínica sobre las patologías que presentan los pacientes.

La búsqueda inicial se hace cada mes entre los pacientes de egresos hospitalarios y los de egresos de las Unidades de Cuidados Intensivos.

Los criterios para determinar la inclusión en el Programa de Asistencia Permanente son simplemente orientativos. Ayudan a determinar en qué nivel y en qué momento, debe ser abordado cada individuo por el equipo interdisciplinario. Estos se corroboran con el ejercicio de gestión clínica y consulta de ingreso.

Criterios de inclusión¹:

- Todo usuario mayor de 18 años.
- Todo usuario identificado por el asegurador que en los últimos 12 meses presente inestabilidad y aumento de la severidad en las patologías de base cardiovasculares o respiratorias
- Pacientes con inestabilidad y aumento de la severidad en patologías de base cardiovascular y/o respiratoria con antecedentes de incapacidad prolongada.
- Pacientes con dos o más enfermedades crónicas que presentan un grado equivalente de complejidad y dificultad de manejo, que conllevan a una mayor susceptibilidad de fragilidad clínica.
- Pacientes que han requerido internación en cuidados intensivos superior a 5 días, que demandan un costo importante de recursos derivados.

Para la estratificación del riesgo utilizan un programa propio de la EPS llamado SAP, que contempla todas las escalas de riesgo. Los pacientes pueden tener una (aproximadamente del 10 al 15%) o varias patologías (la mayoría). El criterio de inclusión depende de la complejidad de la afección del paciente. En la actualidad entran al PAP entre 40 y 50 pacientes al mes en Bogotá.

¹ Tomado del documento "Criterios de ingreso, derivación y egreso_PAP" enviado por Compensar

Programa: Al ritmo de tu corazón. EPS Cajacopi

La población objeto de este programa de la EPS Cajacopi son personas entre los 18 y los 69 años de edad (753.848 afiliados en este rango de edad). También hay mayores de 70 años que pueden ingresar al Programa.

Las patologías priorizadas y el número de personas son

- Hipertensión arterial: 72.000 personas
- Diabetes tipo 1: más de 1.000 personas
- Diabetes tipo 2: más de 5.000 personas
- Pacientes con hipertensión y diabetes tipo 1 de manera simultánea: más de 3.000 personas
- Pacientes con hipertensión y diabetes tipo 2: casi 5.000 y otras patologías afines.

3.6 Limitaciones del estudio

Debido a que la fuente de información para este estudio es la información de la base de prestación de servicios de los años 2018 a 2020 de las EPS del régimen contributivo, seleccionadas para los estudios de suficiencia, solo se tienen en cuenta prestaciones cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud vigente para los mencionados años. Quedan por fuera del análisis todas las prestaciones financiadas a través de recobros. Además, los resultados del estudio son sensibles a problemas del reporte de servicios de salud, de subregistro, sesgo de clasificación y de precisión de los datos reportados por los distintos actores.

4 Resultados

4.1 Fase cualitativa

Del proceso de análisis cualitativo emergieron categorías temáticas que se organizaron en las nueve dimensiones que se presentan en la siguiente tabla. Los resultados en salud obtenidos por los pacientes del programa se presentan asociados a cada una de las dimensiones analizadas.

Tabla 8. Dimensiones del análisis cualitativo desde la experiencia de los profesionales de salud. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

	Dimensiones de análisis cualitativo
1	Evaluación integral de los pacientes y estratificación del riesgo
2	Equipo multidisciplinario y coordinado
3	Formación, habilidades y competencias del equipo multidisciplinar
4	Recursos clínicos utilizados en el programa
5	Integración, coordinación asistencial y continuidad en la atención
6	Agencia del autocuidado en la multimorbilidad
7	Atención del programa en el contexto de la pandemia
8	Recomendaciones de política pública para la implementación de un modelo de multimorbilidad en Colombia

Fuente: elaboración propia de los autores

A continuación, se describe cada dimensión con sus categorías y se acompaña de fragmentos significativos de las intervenciones de los informantes en los grupos focales. Al final de cada testimonio se incluyen las iniciales de las personas que los hicieron. Se recogen la perspectiva de los profesionales de la salud y la de los pacientes de las distintas experiencias analizadas.

4.1.1. Programa: Abordaje integral de los usuarios con patologías autoinmunes. Savia Salud EPS- ArtMédica IPS

En los grupos focales de esta experiencia participaron profesionales de la EPS Savia Salud y de la IPS Artmedica que hace parte de la red de la EPS y lidera la implementación del programa.

A. Análisis desde la perspectiva de los profesionales y tomadores de decisión

1. Evaluación integral de los pacientes y estratificación del riesgo

Uno de los elementos centrales del modelo fue el reconocimiento de las condiciones clínicas, de complejidad y los determinantes sociales de la persona con patologías autoinmunes, factor que favoreció la integración de servicios y profesionales en el modelo de atención para dar respuesta a necesidades complejas de salud. Tres categorías emergieron de esta dimensión:

- **Perfil clínico y epidemiológico de la población beneficiaria:**

La población beneficiaria del programa son pacientes con enfermedades como artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, espondilitis anquilosante y otras enfermedades autoinmunes. Habitualmente estas condiciones afectan a mujeres jóvenes y tienen una evolución larga:

“ *“El lupus empieza desde los quince años aproximadamente, la artritis desde los veinte años. Por ejemplo, un paciente con artritis tiene un curso de la enfermedad entre 25 a 30 años” (KS).*

Según lo relatado por los participantes estas condiciones afectan aproximadamente al 8% de la población del país. De Savia Salud se benefician del programa 28.000 pacientes.

- **Población beneficiaria:**

Quienes se denominan personas con compleja: cronicidad + dependencia funcional + alto costo: En el relato de los profesionales se describen condiciones de complejidad de la población con patologías autoinmunes, asociadas a la condición de cronicidad que conlleva a desenlaces clínicos generalmente severos, no solo en la fisiopatología que cursan, sino que se agudiza con cuadros de dolor y complicaciones a nivel cardiovascular. Además, se describe la pérdida de la autonomía y dependencia funcional para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sumadas a las incapacidades laborales que afectan la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. Referente al sistema de salud se destaca que son enfermedades de alto costo. Así lo relata uno de los participantes:

“Estamos hablando por ejemplo de una artritis reumatoide que afecta generalmente a mujeres jóvenes entre los 20 y los 50 años y que es una mamá que no puede ayudar a sus hijos por la mañana a hacer la lonchera y despachar a sus niños a la escuela; eso es bastante dramático, pacientes que ni siquiera pueden coger la cuchara para llevársela a la boca. Desde este punto de vista son patologías terribles que además de eso cuestan. Por eso la artritis reumatoide está dentro de la cuenta de alto costo. En el año 2015 fue la enfermedad más recobrada dentro del alto costo” (KS)

- **Reconocimiento de los determinantes sociales de la población**

Los profesionales reconocen que los resultados en salud de la población autoinmune dependen de determinantes sociales como condiciones socioeconómicas, nivel de escolaridad, actividad laboral. Particularmente, la población atendida en el programa tiene condiciones de vulnerabilidad social tal como refieren los participantes:

“La población de Savia Salud, son de estratos 1 y 2. Son pacientes del régimen subsidiado. La inmensa mayoría no tienen una parte laboral activa. Cambian mucho de lugar y eso dificulta el abordaje del paciente,” (KS)

“Es una población del régimen subsidiado, con creencias que hace un poco difícil que el usuario entienda y comprenda lo que es su enfermedad. Estos retos se han ido subsanando y se ha logrado, con todo el equipo de la institución y con toda la sensibilidad que tienen ellos, manejar estos usuarios porque, tenemos muchos usuarios que incluso no saben leer, ni escribir y esto dificulta un poco las adherencias. Estos retos nos han enseñado cómo trabajar en la parte social y la parte de la esencia de lo que es un médico o una enfermera en la atención en salud” (LB)

2. Equipo multidisciplinario y coordinado

El enfoque de determinantes sociales y atención holística es un punto de partida de la conformación del equipo multidisciplinario

En el relato de los profesionales se destaca como idea fuerza el cambio de paradigma de un modelo centrado en la enfermedad a un modelo centrado en la persona, que se construye en la relación terapéutica basada en el amor, dedicación, cercanía del asegurador, y entrega. Además, esto implica reconocer las múltiples necesidades de los pacientes con enfermedades autoinmunes y los factores sociales, culturales, educativos y económicos que inciden en sus condiciones de salud. Esta perspectiva holística y de determinantes sociales conllevó a la conformación del equipo multidisciplinario que ha ido evolucionando en la trayectoria del programa, entendiendo que son diferentes perspectivas y saberes profesionales los necesarios para desplegar el modelo de atención. Así lo refieren los participantes:

“Nos hemos dado cuenta de cuáles son esos factores en los que más debemos abordar y enfocar. En el caso de Savia Salud son la parte económica, la parte cultural y la parte educativa. Hemos venido subsanando esos espacios, a través de mejoramientos en el mismo proyecto, para que hoy en día tengamos, el éxito que tenemos con la población de Savia Salud (PA).

“Hemos aprendido a conocer estos pacientes desde una fase holística, desde una fase integral. Cuando iniciamos el abordaje con estos pacientes nos empezamos a dar cuenta de qué más allá de la patología, más allá de la enfermedad como tal, había una cantidad de factores que estaban asociados a que el paciente estuviera bien o no”. (PA).

“Factores desde los ámbitos social, cultural, económico, educativo. Estos factores tenían que ver de manera positiva o negativa en los desenlaces. Fue ahí cuando empezamos a adherir al grupo de trabajo que inicialmente teníamos, reumatólogo, médico general, a nuestros químicos farmacéuticos con su capacidad para abordar a estos pacientes en lo relacionado con la adherencia y la interacción de los medicamentos. Para la parte emocional y la relación tan marcada que tiene la depresión y la ansiedad con estas enfermedades autoinmunes, decidimos, adherir al grupo, psicología y después, el grupo de trabajo social, y al grupo de enfermería para que el paciente estuviera lo mejor posible, estuviera bien de su dolor y poder actuar de una manera inmediata, a

través del grupo de enfermería, con actividades mínimamente invasivas, trabajo social, nutrición”.
(PA).

3. Formación, habilidades y competencias del equipo multidisciplinar

- *El colegaje como valor del equipo multidisciplinar*

Uno de los valores esenciales que según los profesionales mantiene la cohesión y trabajo en equipo multidisciplinar es el colegaje entendido como la solidaridad o ayuda mutua entre colegas para lograr un objetivo común que el bienestar de la población beneficiaria del modelo. El colegaje se ejemplifica a través del programa del equipo multidisciplinario de adherencia terapéutica que se potencia con la capacitación continua y la interrelación con los pacientes:

“Les voy a contar un caso que tuvimos hoy de una paciente, precisamente también de Savia, una paciente pediátrica, con un diagnóstico de lupus bastante agresivo. Se detectó que estaba presentando descompensación de la enfermedad desde el seguimiento telefónico, inmediatamente fuimos y hablamos con el pediatra nos dio recomendaciones para darle al paciente, para mejorar la situación y poder garantizar cita mañana con el reumatólogo pediatra, para poder abordar esta complicación que está presentando la niña y poder evitar de esa forma, una hospitalización y una recaída o incluso compromiso de la vida de la menor”. (JL)

Este colegaje, según el relato de los profesionales, se logra con las puertas abiertas entre aseguradora y prestadores, para centrar la atención en la persona:

“Todo ese tema de colegaje, no solo se ha hecho al interior de Artmedica, y también en el asegurador. Muchas veces es difícil lograr la articulación, de enfermeras, médicos, auditores, químicos farmacéuticos y gestores de autorizaciones, para que entiendan, comprendan y asimilen la complejidad de esos pacientes y sobre todo, la atención humanizada y personalizada. Entonces también se han puesto en marcha estrategias para evitar que el paciente haga una ruta como la de otros pacientes, para que esas barreras vayan desapareciendo. Con estos pacientes ya tenemos un porcentaje que se les realiza la gestión de manera muy corta para que puedan lograr sus objetivos terapéuticos (PA)”.

Para favorecer el colegaje se propone que la Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) participe de los criterios clínicos, un criterio de cuidado centrado en el paciente sopesando su bienestar y la costo-efectividad:

“Las decisiones que se toman en el staff, son decisiones con un equilibrio, tanto en beneficio del paciente como desde la parte económica, para nosotros como asegurador (ML)”.

Otro aspecto importante que los profesionales reconocen es que el colegaje es una competencia que se aprende y se requiere capacitación para interiorizarlo como valor institucional:

“Cuando la persona ingresa a ArtMedica, desde la capacitación se le recalca que lo más importante para ArtMedica es ese trabajo en equipo y ese respeto desde la opinión de cada una de las profesiones, entonces yo creo que gracias a eso es que se ha logrado ese colegaje, que tenemos en este momento, en la IPS”. (JL)

- *El trabajo multidisciplinar: aprendizaje que se construye con la experiencia, con el tiempo, legitimando al otro y con resultados en salud*

Los profesionales coinciden en que el trabajo en equipo multidisciplinar es un proceso de aprendizaje continuo y complejo, que implica romper con patrones aprendidos de jerarquías y relaciones de poder del equipo en salud donde prima el saber de la especialidad médica sobre otros saberes profesionales. Alguno de los factores que, según los participantes, favorece este cambio de roles es el aprendizaje experiencial que se construye en el tiempo, la buena relación entre aseguradora y proveedores, entender a la persona como un sujeto holístico y los resultados en los desenlaces clínicos de la población beneficiaria del modelo:

“Desde la parte experiencial cómo llegamos a a sentar un grupo de reumatólogos, con químicos, con psicólogos, con el asegurador, ha sido un trabajo arduo Han sido once años, de luchar y de demostrar que verdaderamente podemos tratar de una manera interdisciplinaria. Para nadie es un secreto, la exigencia que tienen estos sub especialistas y hace unos once o doce años pretender que ellos compartieran y aceptaran la opinión de un químico, un psicólogo, o un médico general, eso era algo difícil, y se los digo por experiencia, porque llevo once años en esto y no fue fácil, pero pienso que a través del tiempo, de los resultados, de la mejoría en la calidad de vida, de las buenas relaciones con los aseguradores, en este caso, con Savia Salud, mostrar buenos resultados ha hecho que nuestros sub especialistas crean en lo que hacemos y confien también en el grupo interdisciplinario, que son profesionales muy entrenados y muy capacitados”. (PA)

“En Artmedica, nos encargamos día a día de entrenarlos, nuestros médicos generales son entrenados de una manera, ardua y disciplinada, los químicos farmacéuticos, las enfermeras, todos. Esto ha sido del trabajo de once años, de mostrar resultados, de trabajar en equipo, de respetar las decisiones y las opiniones de los demás, de ver al paciente como una persona integral, en el que se tienen que abordar muchos otros criterios, aparte de lo clínico. El reumatólogo espera angular en nuestro modelo pues es quien diagnostica y quien determina el manejo oportuno, pero el equipo interdisciplinario es muy importante”. (PA)

- *Habilidades y competencias del equipo multidisciplinar*

Los profesionales hacen énfasis en dos competencias nucleares para desplegar su modelo de atención: la *comunicación asertiva* que utilice un lenguaje cercano a las personas y este orientado a la educación en salud; y el *conocimiento de la población, dado por el atributo de continuidad* lo que implica conocer en profundidad las necesidades de la población, desde sus diferentes dimensiones y los determinantes sociales que inciden en los desenlaces clínicos de la población autoinmune.

Para promover las habilidades y competencias del equipo multidisciplinar, el modelo de atención se potencia con procesos de educación continua, redes y transferencia de conocimiento de médicos especialistas a médicos generales y entrenamiento a los médicos generales de las redes básicas de atención.

Respecto de la estrategia de educación continua, ArtMédica propone horas académicas orientadas a fortalecer competencias clínicas desde una perspectiva holística, de gestión administrativa y apropiación de marco normativo. Esta estrategia según lo relatan los participantes repercute en la coordinación del equipo multidisciplinar:

“Si desde química, por ejemplo, se detecta un paciente que está entrando en una crisis depresiva, inmediatamente lo pueda reportar a psicología, para que ellos puedan realizar su abordaje, o solicitarle el apoyo a la EPS, para que puedan ayudar a gestionar de forma prioritaria, una consulta con psiquiatría o lo que se considere necesario”. (JL)

Además de las horas académicas, se promueve la formación continua a través de programas de educación post gradual con un equipo experto:

“Los médicos generales cuentan con un diplomado que está certificado con la Universidad CES. Es un diplomado de autoinmunidad que los médicos deben pasar. Dura dos meses y hace parte del periodo de prueba, como parte del entrenamiento para que los médicos adquieran las herramientas suficientes, para poder enfrentar y trabajar de la mano con el equipo interdisciplinario y con el reumatólogo”. (PAO).

- **Redes y transferencia de conocimiento de médicos especialistas a médicos generales**

La estrategia de transferencia de conocimientos entre especialistas y médicos generales constituye uno de los hitos más importantes del modelo de atención. Esta estrategia parte de la realidad del sistema de salud de país que no cuenta con las ratios de especialistas de reumatología adecuados para satisfacer las necesidades de la población de todo el territorio:

“Muchos pacientes han estado hospitalizados en sitios donde no cuentan con reumatología, y en sitios distantes, nosotros hemos, apoyado a médicos de otras especialidades, intensivistas, internistas, que necesitan un concepto sobre algún paciente y la experiencia ha sido bastante buena, hemos podido guiarlos y de alguna manera evitar remisiones y traslados de pacientes; solucionando dudas muy puntuales. Artmedica está apuntando a generar realmente redes, desde los pacientes que están en el primer nivel, hasta los pacientes que puedan requerir hospitalizaciones, o intervenciones por reumatología”. (DR).

Otro eje angular de esta estrategia es que se potencian las competencias de los médicos generales de las redes básicas para el abordaje de las enfermedades autoinmunes. Al respecto las rotaciones con reumatólogos y los modelos de teleasistencia facilitan esta transferencia de conocimientos y la comunicación entre especialistas y médicos generales:

“Hacemos revisiones de la literatura y de alguna manera buscamos la solución a un caso en particular; nosotros le apuntamos a médicos generales que van adquiriendo algunas habilidades, que nos permiten apoyarnos en ellos. Se les hace una rotación con los reumatólogos para que tengan un mejor respaldo para la intervención de estos pacientes. Hay una experiencia muy bonita por comentarles que ha ocurrido en este escenario de la pandemia, y es que nosotros también desde Armédica hemos apoyado a médicos de otras instituciones con telemonitoreos (DR).”

La estrategia de entrenamiento a los médicos de las redes básicas de la aseguradora, fortalece además del manejo principal de los pacientes con enfermedades autoinmunes, el conocimiento de las rutas de atención para ayudar al paciente a navegar por el sistema de salud:

“Se pretende que el médico general tenga los conocimientos básicos o adecuados para poder enrutar de manera clara al paciente y que este paciente no vaya rodando por una red básica durante meses y años, sino que lo enfoquemos de una manera adecuada. Es un punto muy positivo. Llevamos trabajando hace muchos años en el entrenamiento de los médicos de todas las redes básicas de las EPS”. (PAO)

4. Recursos clínicos utilizados en el programa de atención

Como recursos clínicos esta experiencia propone instrumentos novedosos, como, por ejemplo. documentos de consenso de casos difíciles generados por el equipo de reumatología, la junta

médica en los espacios de staff para una gestión del riesgo de manera multidimensional y el acompañamiento técnico desde la Cuenta de Alto Costo. Las juntas médicas, según relatan los participantes son propicias para el análisis de casos de pacientes candidatos a terapia biológica

“Cuando en esa junta se reúne el químico farmacéutico o el equipo multidisciplinario de adherencia los reumatólogos, los médicos generales, la coordinación médica y los interventores o los auditores del asegurador eso nos permite homologar conceptos y que realmente la gestión de riesgo, se dé, de una manera multidimensional”. (KS)

Por otra parte, se promueve la participación de los profesionales en los consensos de actualización con varios actores del sistema de salud, que son liderados por el Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, y favorecen el diálogo entre especialistas de la Asociación Colombiana de Reumatología, el equipo de la EPS y el de la IPS para valorar los indicadores más trazadores y relevantes como mecanismo de compensación del riesgo de la población con patologías autoinmunes. También, se relata la importancia de una asistencia permanente de la aseguradora en el mejoramiento continuo de la calidad de la información reportada para que dé respuesta a las recomendaciones normativas de la Cuenta de Alto Costo y recomendaciones de expertos clínicos de la Asociación Colombiana de Reumatología.

5. Integración, coordinación asistencial y continuidad en la atención

Para lograr el atributo de integración del modelo entre Savia Salud EPS- Artmedica IPS, para el abordaje integral de los usuarios con patologías autoinmunes, los participantes identifican como ejes principales:

- Relación de alianza asegurador-proveedor,
- la integración de servicios en un único prestador para lograr integridad del tratamiento
- El principio de continuidad como factor exitoso en la articulación
- la integración con el primer nivel de atención; y
- La gestión de la información como elemento integrador para la toma de decisiones.

Respecto de la relación de la alianza asegurador-prestador se destaca el liderazgo en la gestión de la EPS que propende por el relacionamiento y crecimiento mutuo de las organizaciones. Según los profesionales, esta alianza influye en el acceso a especialistas y en los resultados clínicos y de costo-efectividad:

“Los pacientes tienen un acceso muy rápido a una especialidad en la que hay un número muy escaso de especialistas, y en la que la intervención oportuna es la que ha cambiado la vida, y ha evitado desenlaces, y en muchos casos, letalidad (DR). Esto repercute en el diagnóstico temprano y las intervenciones tempranas que impacta en desenlaces clínicos y costo efectividad”. (DR)

Además, desde lo contractual se propende por facilitar el acceso, las coberturas e inclusiones en el paquete y el programa integral de atención.

En el marco de esta relación de alianza, las dos organizaciones propenden por la integración de servicios en un único prestador, para lograr integridad del tratamiento. Esta estrategia emergió de un análisis de la EPS respecto de las causas de las complicaciones de los pacientes y de la no adherencia a las terapias de alto costo. En respuesta a esta problemática el plan de integralidad de la aseguradora en coordinación con la IPS especializada de referencia incluye los servicios de laboratorio, imagenología y dispensación de medicamentos. Según refieren los participantes, esta

estrategia reporta diferentes beneficios: minimiza las barreras administrativas, reduce desplazamientos que repercuten en los gastos de bolsillo del paciente y su familia, y por otra parte, mejora la adherencia y los resultados en salud:

“Nosotros hicimos un análisis y hace tres años fuimos adicionando. Inicialmente era solo atención clínica, luego se adicionaron las pruebas de laboratorio porque vimos que era necesario que cuando el usuario asistiera a sus revisiones pudiera tener desde ahí, todo el control, posteriormente, los medicamentos para que pudiéramos lograr un mayor control en el momento de su cita y el usuario saliera con sus medicamentos y para poder tener la integralidad del tratamiento”. (IC).

“Se ha logrado el mejoramiento significativo en el estado de los pacientes, en los indicadores. Estos pacientes ya no van a requerir terapias tan costosas porque ya les estamos garantizando lo que no se les estaba entregando inicialmente. Todo ha sido crecimiento”. (LB)

“Minimizar las barreras administrativas en cuanto al tiempo oportuno para el inicio de las terapias biológicas. Si comparamos entre 2017 y hoy, yo diría que las barreras son casi que cero. La comunicación con el asegurador y con las personas que hacen parte del proceso mejora mucho el tiempo de oportunidad en el inicio de una terapia biológica y en enfermería e tenemos más acercamiento a los pacientes y la mejoría se ve en cada uno de ellos”. (AP)

Por otra parte, se destaca la Integración con el primer nivel de atención que repercute en la formación continua del personal de salud y en la captación de los pacientes:

“Quiero resaltar el trabajo con el primer nivel. Esto ha sido un gran ejercicio porque de alguna manera los canales de articulación de este programa, hoy en día, permiten, que, si bien es un diagnóstico especializado, la articulación con el primer nivel es clara. Hay capacitación constante y apoyo técnico desde de nuestra IPS al primer nivel. En este caso, Metro salud, y de hecho a todo el departamento en las IPS básicas. No solo en capacitación, sino en la captación de pacientes”. (ML)

Así mismo, los profesionales son enfáticos en el papel de los sistemas de información y gestión de la información como elemento integrador de la atención en salud. Según refieren los participantes existe un marco normativo en el país que favorece la mejora continua y sostenible de los sistemas de información y que repercute en las acciones y en los indicadores en salud:

“Con la Resolución 1393 de 2015 de la Cuenta de Alto Costo, para la artritis reumatoide, hubo una exigencia adicional al asegurador y era el hecho de mejorar los sistemas de información, de tal manera que la información pudiera encontrarse en línea con variables clínicas en tiempo real, que se volvieran acciones en salud, que retornaran al asegurador y al prestador, como indicadores trazadores para la gestión de las cohortes y eso ha hecho que ArtMedica sea un referente técnico importante en la calidad de la información que reporta, en acompañamiento con Savia Salud pero no solo en la calidad de la información sino en el cumplimiento de los indicadores a lo largo del tiempo”. (CA)

En esta línea estratégica, además de sistemas de información robustos se propende por procesos de gestión de la información para la toma de decisiones en salud. Este proceso de evidencia en el seguimiento longitudinal de los usuarios, a través del monitoreo y evaluación continua de indicadores de gestión, clínicos y de costo-efectividad:

“Nosotros hemos logrado unificar la información. Esto es muy importante, porque si nosotros tenemos los 4.000 pacientes de Savia, y los 28.000 pacientes a nivel país pues tenemos un compromiso ético y moral con el país, para poder mostrar toda esa información, y que podamos tomar decisiones a partir de la información. , Nosotros dentro de nuestras estrategias no vendemos otra cosa más allá del servicio, pero más que el servicio es información. Es mostrar cómo, cuándo, el

paciente se sigue en el tiempo, tiene todas las intervenciones multidisciplinarias, articulado con el asegurador. Logramos una comparación desde el punto cero donde el paciente tiene x estado de salud, y un tiempo 1, en donde se nota la diferencia, luego de haber hecho las intervenciones. Además, mostramos resultados desde lo económico. Si nosotros tenemos una baja formulación de biológicos en comparación con el resto de las IPS o de los prestadores que mayor número de pacientes tienen con artritis reumatoide en el país, cada porcentaje, cada punto porcentual significa en dinero una barbaridad. La unificación de la información nos permite tomar decisiones en salud a todos los actores del sistema de salud". (KS)

Así pues, en cuanto a los resultados en salud, los participantes coinciden en que uno de los hitos más importantes de las estrategias de integración y coordinación asistencial del programa está asociado a la gestión de medicamentos y adherencia al tratamiento. Estos indicadores inciden en desenlaces clínicos como el mejoramiento de la enfermedad y de satisfacción para la población beneficiaria; y particularmente, de costo-efectividad y sostenibilidad para el sistema de salud:

"En 2019 ArtMédica decidió realizar dispensación de medicamentos convencionales a estos pacientes, teniendo en cuenta que son pacientes con dificultades económicas, que tienen problemas para acudir a un servicio farmacéutico. Desde ArtMedica decidimos que el paciente cuando salía de la consulta pasaba al servicio farmacéutico y llevaba medicamentos para dos meses". (JR)

"Savia Salud, fue quien se dio cuenta de esa limitación que teníamos y fue desde del asegurador, que surgió la propuesta de hacer la dispensación, de darle la integralidad y ya". (KS)

"Había barreras de toda índole. Muchas veces ni siquiera tenía que ver con temas administrativos entre asegurador y Artmedica, sino simplemente con que el paciente no sabía a dónde tenía que ir a recoger los medicamentos, se le olvidaba reclamarlos, no tenía dinero para ir a las consultas, y luego ir a reclamar su fórmula. Veíamos que, si bien los pacientes mejoraban con las intervenciones que nosotros hacíamos, el paciente podía alcanzar unos resultados mucho más allá si tuviéramos esa articulación completa con la parte de medicamentos. Ahí surgió en 2018 la propuesta desde el asegurador. Nos decían vamos a tener que iniciar la administración de los medicamentos, empezando con los convencionales que quiere decir todos los medicamentos que nos son biológicas, que no son de alto costo". (KS)

"Esta integración, ha sido sanadora. Permite que el paciente salga del consultorio, pase de inmediato a reclamar su fórmula y que cuando, por algún motivo, el paciente ese mes no puede venir por su medicación, nosotros, la enviamos hasta su casa. Logramos pasar de unos porcentajes de adherencia de entre el 20 - 25% a una adherencia del 99% a los tres meses de tener la dispensación. Teníamos unos índices de actividad de la enfermedad altos y cuando empezamos a dispensar directamente los medicamentos convencionales, 85 % de los pacientes tuvieron un adecuado control de la enfermedad y eso nos llevó a tener un buen escalonamiento terapéutico: Los pacientes que llegan a biológico realmente son los que lo necesitan. Si el paciente llega a terapia biológica, que no la dispensamos nosotros, también nos articulamos muy bien con ellos para que al paciente no le falte su medicamento biológico. Que se le aplique como es, para evitar pérdida de la adherencia. Pero, además, que nos permita garantizar ser sostenibles, que tengamos un sistema de salud. Si a todos los pacientes les garantizamos adherencia a punta de tecnologías de alto costo, es un sistema de salud que no va a ser sostenible en el tiempo. Esa articulación ha sido exitosa y nos ha permitido lograr los indicadores en gestión clínica, en economía, que son los resultados esperados en la CAC". (KS)

"De esa forma se ha podido impactar en la adherencia, poder detectar cuando un paciente no está, por ejemplo, tomando un medicamento de forma constante, porque no reciben los medicamentos, o porque tienen suficientes existencias. Poder desde auto extensión farmacéutica preguntarle al

paciente qué es lo qué pasa, porque tiene medicamentos todavía, si es que está presentando intolerancia, ver sus reacciones adversas asociadas al uso del medicamento, que impidan la adherencia. Por la pandemia se decidió enviar los medicamentos al domicilio del paciente. El programa ha garantizado que, incluso los pacientes de residencia lejana, que viven en veredas, puedan acceder al tratamiento sin ningún problema, que puedan dar continuidad sin esperar trámites administrativos para la entrega del medicamento, y de esa forma, complementar toda la actividad desde la parte de reumatología, para lograr efectividad en el tratamiento". (JL)

Por último, se muestra que las estrategias de articulación que se tejieron en el programa, son dinámicas y están en proceso de evolución y mejoramiento continuo. Al respecto las lideresas de la aseguradora comparten que están en la generación de la *Ruta Integral de Atención de patologías autoinmunes*, un nuevo modelo de gestión que propende por la integralidad de gestión clínica y administrativa y con un propósito de avance de la integración con los servicios hospitalarios y la rehabilitación que mejoren la dependencia funcional y calidad de vida de las personas con patologías autoinmunes:

"Con respecto a la ruta, nosotros en este momento tenemos una integralidad, en cuanto a la atención de estos usuarios, pero queremos ir más allá, queremos mejorar todavía más, en el tema hospitalario., Nos está haciendo falta que esa rehabilitación no quede por allá fragmentada, sino que le vamos a meter la ficha para que estos pacientes se rehabiliten y estén mucho mejor". (LB)

6. Agencia del autocuidado en la multimorbilidad

La experiencia de los profesionales en la atención a la población con patologías autoinmunes, reveló tres aspectos que favorecen su capacidad de agencia de autocuidado: la atención personalizada, el acercamiento continuo con los pacientes y la capacitación continua al paciente.

En primer lugar, la atención personalizada resulta esencial para garantizar la gestión integral del riesgo y la atención centrada en la persona:

"La medicina que nosotros manejamos es personalizada, a pesar de que los pacientes están clasificados por enfermedades, desde el grupo de médico general y reumatólogos, se hace un abordaje en donde se evalúan los riesgos particulares de cada individuo y se hace una gestión de riesgo en forma individual". (DR)

A pesar de que los pacientes pueden tener el mismo diagnóstico se reconoce que las enfermedades son heterogéneas y generan afectaciones muy diversas en cada individuo, y, por tanto, el plan de atención, equipo en salud y frecuencia de atención no es estandarizado, sino que se define en función de las necesidades de la persona:

"Desde médico general y reumatólogos, identificamos qué pacientes necesitan una atención específica o mayor número de atenciones por reumatología, o por los diferentes grupos interdisciplinarios. Esto permite, que, si un paciente viene con su enfermedad controlada, tenga diferencias en el control, a aquel que tiene una afectación muy grave en su enfermedad, entonces se le ofrece, una atención mucho más frecuente y se direcciona a los diferentes grupos multidisciplinarios que tiene la institución". (DR)

Así mismo, se debe propender por el acercamiento continuo con los pacientes para facilitar una relación terapéutica más horizontal, sustentada en la confianza, la empatía y la comunicación

cercanas. Este factor favorece el rol como educadora de la enfermera y se asocia con el mejoramiento de resultados en salud:

“La enfermera tiene un rol importante como educadora de del tema de la aplicación de biológicos, de verdad que mejora la adherencia y por ende, la calidad de vida de los pacientes; hacer el reporte oportuno de los pacientes que son in-adherentes a las terapias biológicas funciona, entonces ese es como el aporte desde enfermería al área de autoinmunidad (AP)”

De forma similar, es fundamental el papel de la capacitación continua al paciente, orientado al conocimiento de los signos de alarma, gestión farmacológica, adherencia y bienestar psicológico. Según relatan los profesionales, para lograr la autogestión y el autocuidado es fundamental que el paciente conozca los signos de alerta, cuáles son las complicaciones, y qué hacer en cada circunstancia. Por tanto, la educación continua al paciente sobre su patología autoinmune, sobre todos los ámbitos de su enfermedad (físicos, emocionales, sociales), y el manejo de los medicamentos, mejora la autogestión, la adherencia y los resultados en salud:

“Nuestro caballito de batalla en educación es el químico farmacéutico, para hacerle entender a las personas porque es importante que lleven bien su tratamiento farmacológico. El tema de psicología ha sido bastante importante para nosotros, porque estas enfermedades son prácticamente enfermedades del alma. Tienen un componente emocional bastante alto y no pasa solo con enfermedades autoinmunes, pasa con la inmensa mayoría de las enfermedades crónicas, en donde la salud mental y emocional influyen bastante en los resultados físicos. Nosotros en ArtMedica, tenemos un subprograma de psicología para intervenir en el tema de ansiedad, depresión, por duelo, por pérdida de la salud y cómo identificar esos factores de riesgo psicosociales, que están repercutiendo en esos resultados negativos del paciente. Esa parte del autocuidado es supremamente importante”. (KS)

7. Atención del programa en el contexto de la pandemia

El contexto de la pandemia se convirtió para los profesionales en un escenario propicio para el crecimiento y evolución del programa, particularmente por el reconocimiento de la población con patologías autoinmunes como sujetos vulnerables ante los riesgos del virus SARS-Cov-2. Los participantes relatan algunos retos para la implementación del programa en el marco de la pandemia: dispensación de medicamentos; tele consulta y gestión administrativa; la clinimetría a través de la tele consulta, desigualdad estructural y alfabetización digital.

En primer lugar, la dispensación de medicamentos supuso el reto de la articulación y gestión del asegurador-prestador en el marco de la normatividad para garantizar el acceso de los medicamentos a tiempo y evitando desplazamientos y desenlaces negativos en salud:

“Desde el asegurador nos comprometimos con el cumplimiento de la Resolución 521 y articularnos con el principal gestor farmacéutico para garantizar las entregas oportunas a los pacientes, evitar recaídas hospitalizaciones, exacerbaciones y es algo que hoy por hoy se ve reflejado en los indicadores de gestión de este programa”. (PA)

Respecto a la modalidad de atención por tele consulta, los profesionales explican que fue un reto para los pacientes aceptar la atención mediada por contacto telefónico:

“Nuestros pacientes venían acostumbrados a que, desde la parte de psicología, y de químico farmacéutica tenían un seguimiento telefónico, pero aceptar que igual de valiosas eran las atenciones telefónicas por parte de medico a las presenciales, fue un reto para todos y también para la parte administrativa. Poder idear estrategias y mejoras en la plataforma, para poder brindar esa

atención y poder garantizar la continuidad en el tratamiento y en el seguimiento a los pacientes”.
(PA)

Otra limitación importante fue la recepción y envío de los exámenes de laboratorio, factor que implicó para la aseguradora hacer redes con los proveedores para facilitar el acceso a este servicio.

Además, los profesionales reconocen los retos que implicó la valoración funcional y del dolor del paciente a través de la consulta telefónica, escenario que propició la incorporación de nuevas herramientas clinimétricas:

“Nosotros guiamos el tratamiento basado en unas metas y esas metas se toman de acuerdo con unas escalas, para evaluar la actividad de las enfermedades, que son definidas de forma internacional y que uno las adapta a su medio local. Nosotros estamos familiarizados con la evaluación de pacientes. Cuando llegó el Covid-19, tuvimos que buscar alternativas, para retroalimentarnos nosotros y estar más seguros de sí la paciente tenía o no la enfermedad, porque solamente la referencia de dolor, no era suficiente, para uno estar seguro si el paciente estaba activo o no. Eso implicó una búsqueda en la literatura, conversar con otros colegas de algunas sociedades científicas y ponernos de acuerdo. ArtMedica viró su historia clínica a esa nueva necesidad y se implementaron algunas herramientas de clinimetría que estaban basadas en algunas preguntas claves de la funcionalidad de los pacientes y así, guiarnos a nosotros”. (DR)

Además, se reconocen algunos retos asociados a la alfabetización digital y a la desigualdad estructural que se perpetuó con la pandemia:

“Fue un reto desde todo punto de vista y desde la parte del grupo clínico Teníamos muchas dificultades y nos dimos cuenta de que nuestros pacientes carecían de muchos recursos, tenían que ir hasta el casco urbano, hasta donde les entrara la señal de internet, entonces también nos dimos cuenta de las desigualdades que tiene el país; todo este analfabetismo tecnológico que tienen nuestros pacientes, guiarlos, ayudarnos con las redes de apoyo. Fue un reto muy grande poder articular todo esto”. (DR)

8. Recomendaciones de política pública para la implementación de un modelo de multimorbilidad en Colombia

Por último, el grupo de profesionales participantes reconoce un conjunto de recomendaciones que podrían facilitar la implementación de un modelo de multimorbilidad en el país:

- Integración de la atención
- Gestión de la información
- Revisión de la suficiencia de UPC basada en un ajuste por riesgo
- Intervención del componente financiero
- Fortalecimiento de la red de prestadores primarios, y
- Capacitación de los profesionales que atienden en las zonas rurales.

Integración de la atención

“Pensar primero que todo en disminuir al máximo la fragmentación de los servicios, eso es supremamente importante, poder apuntarle a lo que que está haciendo Savia Salud en donde las rutas integradas, facilitarían, que el paciente tenga en una red de muy fácil acceso todos los servicios. Desde la detección de la enfermedad, en el primer nivel de atención, hasta el manejo en la

IPS especializada; o un engranaje con hospitalización, con entrega de medicamentos, con rehabilitación, eso me parece fundamental para un modelo de atención”. (KS)

Gestión de la información

“El tema de información, es otro de los puntos clave, tener información unificada, para poder tomar decisiones con base en esos resultados, con base en los datos”.

Revisión de la suficiencia de UPC basada en un ajuste por riesgo

“Lo que vemos es que estas mejores experiencias, lo que hace es que pacientes muy siniestrados busquen afiliarse en donde se les está prestando un mejor servicio. Los recursos cada vez son más escasos y definitivamente, nosotros nos esforzamos por hacer, y por prestar unos buenos programas y un manejo integral, pero el recurso financiero sigue siendo el mismo, independiente de la calidad y de todo lo que se habla en la normativa de incentivos por una eficiente gestión del riesgo en salud; considero que ese si debe ser un tema a revisión del ministerio”. (IC)

Intervención del componente financiero

“De manera bilateral se han planteado estrategias para la gestión de riesgo clínico, gestión de riesgo farmacéutico, y hemos minimizado esas barreras hacia el paciente desde todos los ámbitos y componentes, como lo hemos mencionado, sociales, geográficos, económicos, educativos, entre otros. Sería oportuno que pudiera haber mejores recursos, para invertir precisamente, en este tipo de estrategias exitosas”. (PAB)

Fortalecimiento de la red de prestadores primarios

“Mirar la realidad de nuestro contexto, mirar los recursos que tienen los prestadores primarios, fortalecer la red de prestadores primarios, para que podamos tener unos niveles resolutivos y puedan ser atendidos los usuarios, lo más cercano a su sitio de residencia”. (IC)

Capacitación y el entrenamiento para los profesionales que están atendiendo en las zonas rurales

“El entrenamiento en las zonas rurales dispersas de nuestro país no es continuo, entonces, tenemos una diversidad de profesionales rotando en un año rural o por seis meses, que no tienen el suficiente entrenamiento y por más esfuerzo que nosotros hagamos desde la IPS, como lo hace ArtMedica para convocarlos, definitivamente si no existe una política desde el ministerio y algo de obligatoriedad en la actualización del personal médico, nos vamos a quedar siempre en buenas intenciones, entonces hay si creo que hay un compromiso grande que necesitamos desde los entes reguladores”. (IC)

B. Análisis desde la perspectiva de pacientes y cuidadores

Del proceso de análisis de contenido de los pacientes y cuidadores del Programa: Abordaje integral de los usuarios con patologías autoinmunes. Savia Salud EPS- ArtMédica IPS, emergieron categorías temáticas que se organizaron en cuatro dimensiones de análisis para el caso de los pacientes

1. Ruta de atención y componentes del programa

Los pacientes beneficiarios del programa y sus cuidadores reconocen cuatro cualidades del programa de atención, las cuales están asociadas a su percepción de humanización de la atención: atención diferencial, calidad humana, seguimiento continuo “*Estar pendientes*” y, amabilidad y diligencia en la resolución de problemas. Así lo ilustran los participantes en el grupo focal:

“Para mí todos los puntos marcan la diferencia. Siempre que voy a ArtMedica cada mes, sin falta, soy de los que toma fotos y las postea ya que me gusta mucho dar a conocer a ArtMedica porque es una entidad que marca la diferencia de todas y gracias a ella soy lo que soy ahora”. (JR)

“En cuanto a la aplicación del calcio, la gestión de las citas y para los exámenes han estado muy pendientes de ella, no hemos tenido problemas con ArtMedica sobre esto. Ellos llaman a mi tía para estar pendientes de su salud y de sus medicamentos. No tengo una experiencia desagradable con ellos, por el contrario, ha sido muy buena”. (JD)

“Yo siento que nadie se ha preocupado tanto por mí como lo ha hecho ArtMedica, por ejemplo, los medicamentos llegan a mi casa mes a mes. Llegan tanto los medicamentos pos como los no pos. Cuando me aplican la Golimumab al otro día sin falta me llaman para ver cómo me ha ido con la aplicación, si tengo algún síntoma, entonces es la preocupación y la calidad humana lo que más me agrada”. (JR).

“En cuanto a Artmedica lo que ha sido fundamental es la amabilidad y la diligencia al momento de solucionar dificultades y de afrontar problemas. Lo direccionan a uno en lo que debe hacer y cómo lo debe hacer”. (BV)

Por otra parte, para los pacientes y cuidadores el tránsito del modelo de atención presencial a la teleasistencia en el contexto de pandemia, supuso beneficios para minimizar los riesgos contagio, ahorro de gastos de bolsillo por los desplazamientos y facilidad de la atención a la población con movilidad reducida. Además, se destaca el esfuerzo del equipo de salud para la valoración física a través de la consulta telefónica:

“En contexto de pandemia, si me parece muy bueno, porque estando enferma me atienden por teléfono y me renuevan la historia clínica, los medicamentos y es como si hubiera ido a la cita (ER)... Y uno con estas enfermedades autoinmunes es mejor evitar las salidas, y más aún para mí porque yo debo coger dos transportes de ida y vuelta, cuando no es una revisión física porque la parte articular ha estado bien es mejor evitar ir por el contagio del COVID”. (ER)

“Me parece importante la llamada además porque yo sentía que me estaban revisando y yo hacía los ejercicios como si estuviera en la camilla del consultorio con el doctor, me decía acuéstate, cruza, etc.”. (JR)

“Yo considero que ha sido muy importantes la tele asistencia porque con mi tía hemos tenido dificultades para salir ya que ella tiene movilidad reducida, entonces nos ha parecido excelente. No obstante, si se necesita ir allá, por ello me parece buena idea que sean intercaladas. Además, el transporte público no se presta para la movilidad de ella por eso la tele asistencia es tan importante”. (JD)

Por último, como recomendación de mejora en los componentes de atención del programa, se sugiere integrar la rehabilitación interprofesional para minimizar la dependencia y discapacidades que afectan la calidad de vida de la población con enfermedades autoinmunes, como lo ilustra uno de los pacientes:

“No sé si de pronto tendré una meta muy alta, pero si este tipo de entidades como Artmedica pudiesen tener un centro de acondicionamiento físico solo para personas con este tipo de enfermedades y dificultades de movilidad reducida, que se pueda ir a hidroterapia, hacer ejercicios de estiramiento y fortalecer las áreas que se están gastando más rápidamente o que están rígidas muchas veces por la misma quietud debido al temor al dolor que se siente; para nosotros que no podemos estar en un gimnasio cualquiera porque es muy complejo que nos entiendan. Que haya alguien que se dedique a saber cuál es nuestro problema, qué pregunté por lo que dice el ortopedista o lo que sugiere el fisiatra, que haya un lugar donde esté el ortopedista, el fisiatra y los reumatólogos trabajando en conjunto con los médicos tratantes de planta, eso sería una victoria” (BV).

2. Equipo multidisciplinario y coordinado

La población beneficiaria del programa reconoce que la información de la historia clínica es el eje articulador de la atención. En este sentido, la rotación del personal no supone fragmentación en la atención si se garantizan registros clínicos suficientes y adecuados para la continuidad de los cuidados. Además, la información clínica es una herramienta que facilita el trabajo multidisciplinario:

“Por lo regular en Artmedica uno no se casa con un solo especialista. Por lo menos en reumatólogos siempre me corresponde la misma doctora Las enfermeras que me colocan el medicamento no siempre son las mismas. Esto no me incomoda porque la historia clínica está ahí, entonces ya llegan contextualizados sobre la enfermedad que uno posee”. (JR)

“A mí me atiende el gastroenterólogo y los reumatólogos, ellos se ponen de acuerdo con los medicamentos que me brindan”. (ER)

3. Coordinación asistencial y continuidad en la atención

Los pacientes y cuidadores beneficiarios del programa, reconocen el impacto positivo en la coordinación y continuidad de atención asociada a las enfermedades autoinmunes. Sin embargo, se identifican algunos factores de la macro y meso gestión del sistema de salud, que afectan la gestión integral del riesgo en salud, particularmente en la población de multimorbilidad que demanda múltiples especialistas y proveedores de atención.

Los participantes coinciden en las repercusiones de los procesos burocráticos del país en la atención en salud, que se convierten en una barrera de oportunidad en la atención y en dificultades en el acceso de medicamentos de alto costo, y habitualmente terminan en procesos jurídicos a través de la tutela y con la instancia de la superintendencia para abogar por su derecho a la salud. Respecto a las barreras de autorización de medicamentos los pacientes son enfáticos en las repercusiones en sus desenlaces clínicos y calidad de vida percibida:

“Yo uso medicamento Adalimumab y me la aplico cada 8 días, muchas veces no la autorizan y la dejan de autorizar por muchos días, entonces me descompenso, me enfermo y me tienen que hospitalizar por ello”. (ER)

“En el proceso de las autorizaciones si han sido inconstantes en algunos momentos, y en otros han sido cumplidos. Cuando han faltado con la autorización es porque han desmejorado bastante. He

tenido casos en donde he recaído por falta de medicamentos y autorizaciones, por esto he tenido que hacer uso de recursos de desacato de tutela al menos tres veces (MR)”.

Otra barrera percibida está asociada a la continuidad de la atención hospitalaria y de atención primaria:

“Cuando a mí me hospitalizan tengo que contar toda la historia al médico que me está tratando”. (ER)

Sin embargo, también se reconoce el esfuerzo de articulación de aseguradora-prestador para minimizar las barreras identificadas, y, por tanto, se propone potenciar estas relaciones de alianza por los beneficios percibidos por los pacientes y cuidadores:

“El reumatólogo me atiende en Artmedica y el gastroenterólogo en Interdasin. Cada vez que voy a una cita me piden la historia clínica de cada lugar y así estar de acuerdo en la medicación”. (BV)

“En Artmedica nunca he sentido eso, sería rico que las IPS y las EPS trabajarán mancomunadamente, si se articula todo sería magnífica la salud; además que no le nieguen el medicamento a miles de colombianos que lo necesitan”. (JR)

“Por mi parte, mantengo muy enferma del estómago entonces no sé si también de pronto me afecte, aunque me hacen llamadas telefónicas y consultan cómo me estoy tomando el medicamento y los horarios, ellos siempre están constantes con eso. Yo mantengo muy enferma del intestino y cuando me agregan otro medicamento me descompensó ahí mismo”. (ER)

4. Estrategias que promueven la capacidad de agencia de autocuidado

Se reconocen algunas estrategias y recursos de apoyo y soporte social formales e informales que benefician a la población atendida en el programa porque apoya la satisfacción de sus necesidades. Respecto de las estrategias formales se hace hincapié en el soporte psicosocial del equipo de psicología en contextos de vulnerabilidad emocional y social, así lo relatan los pacientes:

“Hace 2 años me separé de mi esposa y Artmedica se dio cuenta de ello. Me brindó atención psicosocial tanto a mí como a ella, a pesar de que ya no era parte del programa porque ya estábamos separados. En otro caso, fui víctima de un fleteo y me propinaron una puñalada en el cuello y se me perforó la carótida y también tuve tratamiento de Artmedica en la parte psicosocial”. (SI)

“En mi caso recibí una vez dos llamadas de una psicóloga preguntándome como estaba. Estaba pasando por un proceso de pérdida, era mi hermano el cual hace un año que había muerto de cáncer y yo vivía con él desde niña, eso me afectó mucho. Yo creo que hace parte fundamental, porque con este tipo de enfermedades todo se activa en nosotros y más si son circunstancias difíciles, todo es como un detonante para nuestra enfermedad y el sentir ese apoyo o ese acompañamiento, el estar ahí, esa orientación también ha sido de gran ayuda (BV).”

Otro recurso formal importante de apoyo es el Grupo Staff para el Abordaje interdisciplinario para la adherencia terapéutica, que desde la perspectiva de los pacientes apoya en la conciliación terapéutica, adherencia y mejora resultados clínicos:

“Hubo un tiempo en que me revele a tomar tanta pastilla. Yo tomo Omeprazol, Ácido Fólico, Sulfalazina y Diclofenaco: Tenía que tomar 6 pastillas al día y dije: estoy muy joven, tengo 34 años y estoy tomándome un pocotón de pastillas, voy a matar mi hígado y los riñones, no me voy a tomar

todo ese medicamento. Lo recibía y lo donaba. Un día le conté a la psicóloga y ella me dijo “vamos a hacer una cosa, vamos a ir al grupo Staff”. Allí expuse mi caso, estaba la psicóloga, la trabajadora social y el médico; llegamos a la conclusión de que en cierta parte yo tenía razón, pero tampoco podía abandonar los demás medicamentos porque hacían parte de la compensación del medicamento principal. Finalmente, reducimos los medicamentos a la mitad”. (JR)

Respecto de los recursos de soporte social informales se identifican a los cuidadores familiares que los acompañan en actividades de soporte instrumental de cuidado, acompañamiento, y apoyo en gestiones administrativas con aseguradoras y proveedores:

“El caso de mi tía, ella nunca se ha visto tan impedida y cuando la llaman los psicólogos dice que está bien, nosotros le preguntamos si en realidad lo está y la hemos acompañado en ese esfuerzo. Mi mamá es la que se encarga del cuidado de ella, es la que la acompaña a algunas citas y le ayuda con el medicamento. Ella se da cuenta cómo se suministra el medicamento y si hay que aplicar una inyección, se la aplica mi mamá”. (JD)

“Creo que uno de los pilares míos en cuanto a la recuperación y en cuanto a mi tratamiento es mi hermano, él siempre está pendiente de mí, aparte de él no tengo más acompañamiento”: (JR)

“Bueno, mi red de apoyo es mi familia y más que todo es mi esposo, es quien vive pendiente de mí y mis medicamentos. Él los recoge y está pendiente de que yo me los tomé, también me acompaña a las citas. Él es mi red de apoyo”. (ER)

Así mismo, se identifica el apoyo inter pares como otro recurso informal que potencia la educación de salud entre pacientes, y su capacidad de agencia de autocuidado, tanto en entornos presenciales, como en entornos virtuales a través de la plataforma de YouTube. Así lo narra uno de los pacientes:

“Del grupo me gustó qué me hicieran participe, me informaran del medicamento biológico, me ilustraron muy bien. Intento participar mucho y empaparme sobre mi enfermedad. Los invito a que en una próxima cita que tengan presencial o telefónica pregunten por el grupo Staff, pidan una cita y expongan su situación. Quienes no están conformes y creen que pueden mejorar en cuanto a sus medicamentos o consultar para qué son los medicamentos. En Artmedica hay un grupo que se llama Staff, es un grupo conformado por el psicólogo, la trabajadora social y el médico. Yo amé ese grupo y no volví porque ya tengo mi medicamento y la cita con el grupo es cada tres meses, eso fue durante el primer año que me aplicaron el Golimumab. Trato de escarbar un poquito sobre la patología de mi enfermedad y siempre trato de ilustrarme en los videos de YouTube. Allí encuentro personas que tienen la misma patología, ellos explican y hablan de su vivencia día a día”. (JR)

Otro llamado importante de los pacientes, es el abordaje para minimizar la discapacidad en sus diferentes grados y los problemas asociados a la salud mental. Las narrativas de los participantes desvelan que las enfermedades reumáticas conllevan a discapacidad en diferentes grados, afectando las actividad básicas e instrumentales de su vida diaria. Sin embargo, la atención a la discapacidad se focaliza en población con dependencia funcional severa y son incipientes los programas de rehabilitación que mejoren la autonomía y capacidad funcional de población con discapacidad moderada o leve. También se reclama la atención en salud mental:

“En este tipo de enfermedades hay personas en varias etapas: en condición de discapacidad total, otras, medianamente y otros con movilidad reducida. Pienso que debería haber oportunidades en muchas áreas. Si no podemos trabajar de la misma manera que otros, se pueden abrir otros espacios a nivel nacional ¿qué oportunidades o puntos de apoyo nos pueden brindar?, obviamente estas enfermedades afectan mucho psicológica y emocionalmente. Incluso algunos tienen que

luchar con la depresión. Algo bueno sería implementar cosas en las que podamos estar más apoyados y no llegar al punto de usar una silla de ruedas para que nos presten más atención o más cuidados. No me refiero al servicio de Artmedica porque este es muy bueno, se hacen presentes y participes de la situación que estamos viviendo, sin embargo, veo que en las otras áreas a nivel nacional no somos tenidos en cuenta porque no estamos discapacitados por completo". (BV)

Finalmente, en el discurso de los pacientes emergen actitudes de resiliencia y capacidad de agencia para afrontar los retos cotidianos que les supone convivir con enfermedades autoinmunes. El relato que BV comparte con el grupo de pacientes, denota una actitud proactiva y de reconocimientos de potencialidades para el cuidado de sí:

"Una cosa es cómo estemos físicamente. Si no lo puedes hacer totalmente y necesitas un poco de ayuda o si lo puedes hacer y tu mente te está diciendo: ¡No!, es que usted tiene esta enfermedad, usted va a irse deteriorando. Cuando inicié este proceso y estaba muy joven, el reumatólogo me dijo "Usted va a quedar en silla de ruedas". Te estoy hablando de hace más o menos 30 años. Si yo hubiese aceptado en mi mente eso, ten por seguro que yo estaría en una silla de ruedas, pero yo dije "¡No!, tengo mis limitaciones obviamente y cada día algunas cosas me cuestan más, pero tengo que decirle a mi mente tú puedes y si necesitas un poco de ayuda, listo, dame un punto de apoyo". La parte mental es muy importante en eso porque el ver que se va perdiendo gradualmente la movilidad, o como en otros casos, que se lucha con la deformidad de las articulaciones, que te sientes que no eres la misma persona, qué es muy complejo encontrar una posición de descanso, que la gente te está mirando y te está estigmatizando de esta manera: "¡Ay!, tan joven y que pesar con lo que tiene", "tan guapa, mire como es capaz ella". Entonces nosotros debemos tener esa parte positiva y motivadora hacia otros, más que negativa. "No, es que a mí me fue muy mal con X medicamento y no lo tome porque eso es fatal". Debemos hablar desde la experiencia positiva, desde el apoyo que hemos tenido. Hay cosas para corregir, obviamente; y me parece espectacular este momento en que podemos hablar de nuestras experiencias y mirar que se puede mejorar, pero también hay que ver qué parte estamos haciendo cada uno de nosotros porque no podemos delegar toda nuestra vida en una responsabilidad a un médico. El médico puede llegar hasta cierto punto de una ayuda con un medicamento. Nosotros debemos hacer lo otro y trabajar en esa parte en la que, si no podemos hacer aquello debemos ver cómo lograrlo, de qué forma me queda más cómoda... A pesar de que tengo Reumatoide y Fibromialgia muy agresiva yo no permanezco en cama, me da pánico quedarme en una cama porque puedo perder la movilidad. Por el contrario, me paró, salgo y hago mis cosas, busco descansos y reposos; y voy haciendo mi vida en una "normalidad limitada". Cada día trato de superar esto que tiene su retroceso. Tratar de tener donde apoyarse, así como lo hizo ahora el chico que nos contó del Staff. No tenía conocimiento de eso y mira qué aporte tan importante poder tener uno la oportunidad de estar en un grupo y qué te expliquen y te brinden las herramientas sobre el cómo modificar y tener está repercusión en tu organismo. Estar informado acerca de lo que tenemos abre una puerta para nosotros para poseer un manejo mejor de nuestras enfermedades". (BV)

4.1.2. Modelo Integral de Salud Familiar- Gestión Integral del Riesgo. IPS Cosmitet Ltda.

A. Análisis desde la perspectiva de los profesionales y tomadores de decisión

Del proceso de análisis de contenido, a partir de los grupos focales con profesionales y tomadores de decisión de la IPS Cosmitet que hace parte de la red de servicios de salud del régimen especial del magisterio, emergieron categorías temáticas que se organizaron en las dimensiones de análisis que se muestran en la siguiente tabla.

1. Evaluación integral de los pacientes y estratificación del riesgo

El Modelo Integral de Salud Familiar- Gestión Integral del Riesgo, tiene como objetivo central lograr un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos. La estrategia principal del modelo, según refieren los profesionales que lo lideran, es la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), por tanto, se busca anticipar a las enfermedades para que no se presenten, o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

En este marco, el proceso de evaluación de la población y estratificación del riesgo, es un eje central del modelo. Los profesionales describen las características clínicas de la población beneficiaria y despliegan un conjunto de estrategias articuladas para su captación, evaluación clínica, atención y monitoreo continuo en los programas de atención.

Respecto de las características de la población beneficiaria del modelo se expresa que en Cosmitet la mayoría son usuarios mayores de 50 años, que conviven con dos patologías y tienen riesgo cardio metabólico. El 31 % o 32 % de los usuarios (130.000) pertenecen al programa de riesgo cardio metabólico.

En cuanto a los perfiles de multimorbilidad de este grupo poblacional refieren que la combinación más prevalente es dislipidémico/hipertenso, dislipidémico/diabético y dislipidémico/obeso. Se reconoce que se tienen un subregistro de población con obesidad. Esto impulsó la búsqueda activa de casos. Además, se muestra como estrategia innovadora del modelo, la identificación de pacientes con prediabetes por parte de los médicos generales de consulta externa, con el tamizaje a través de valoración de glicemia, perfil lipídico, creatinina, y parcial de orina. En el marco de la GIRS además de la población mencionada, el modelo está dirigido a pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en estadios 1 y 2 y tabaquismo.

2. Ruta de atención y componentes del modelo

Según los profesionales, el enfoque del modelo de atención integral es el individuo y la familia, y se focaliza en la gestión tanto de la población sana que tiene factores de riesgo, como de la población con enfermedades a través de la gestión de casos.

HEARTS es el acrónimo que representa el enfoque del modelo, así lo describen los profesionales:

“La H es de hábitos y estilos de vida, la educación, la prevención, los cambios en estilo de vida, son lo único que está demostrado que sirve para la diabetes o para lo que sea, no hay más, ni el médico ni los medicamentos ni nada en el mundo a la H de hábitos. La E de evidencia científica. Tenemos nuestras guías, nuestros flujogramas actualizados al día, revisados con el Ministerio. Nos hemos pasado un poquito más allá de lo que recomienda el Ministerio. La A es acceso a medicamentos del usuario. La R de riesgo, qué es el riesgo cardiovasculares riesgo cardiometabólico; la T es trabajo en equipo el equipo multidisciplinario y la S, sistemas de monitoreo. Ese es el enfoque de nuestro modelo”. (MAP)

En el marco del enfoque del modelo HEARTS, la líder del programa de hábitos de estilos de vida saludable en gestión de la enfermedad, destaca la importancia de la educación sanitaria con el apoyo de piezas documentales que enfatizan en los factores conductuales:

“Se desarrollaron 8 ítems para cambiar o mejorar esos estilos de vida no saludables como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la alimentación no saludable y la falta de ejercicio. el programa cuenta con una nutricionista, también contamos con el programa de cesación tabáquica hacemos educación en los hábitos de sueño, cuidado del riñón, evitar el consumo de carnes rojas, el azúcar, los carbohidratos para así evitar una enfermedad renal”. (EMC)

Estas piezas son difundidas por WhatsApp y correo electrónico facilitando el acceso a la población objeto del modelo.

Otro elemento importante del modelo, es la identificación de los dos factores de riesgo que son precursores en las enfermedades cardio metabólicas: prediabetes y dislipidemia. Este proceso se operativiza con la captación activa y temprana de la población para favorecer un buen manejo. Con el despliegue de intervenciones de educación terapéutica en estilos de vida saludables y con monitoreo de las condiciones de salud de la población beneficiaria:

“Los pacientes prediabéticos son muy importantes en este proceso. Los estudios han mostrado la importancia de este tipo de pacientes. Se ha encontrado que 40% de los pacientes llegan a insuficiencia renal crónica. De estos, del 10 al 20%, en el primer año pasan a diabéticos. También se ha visto que, si el paciente no se realiza un tratamiento, puede llegar a una disminución del flujo coronario y está asociado con insuficiencia cardíaca congestiva. Lo ideal es captar este tipo de pacientes, con niveles de glicemia en 100, 125 para hacer exámenes de manejo integral. Los pacientes captados por prediabetes desde noviembre de 2020 a julio de 2021, han sido 419. Queremos con estos pacientes prediabéticos, mantenerlos controlados. Llevándolos en unos niveles de glicemia en unas metas de glicemia por debajo de 100”. (MA)

En cuanto a la cesación de tabaco, el líder del programa destaca que se alineó con el marco de la OMS para el control del tabaco y por tanto buscan identificar a los usuarios fumadores, en la consulta de cualquier profesional, realizar intervención breve con profesionales entrenados:

“Si el paciente decide dejar de fumar, hemos clasificado dos tipos de intervenciones: intervenciones intermedias e intervenciones intensivas, esto está respaldado por un documento del Ministerio que nos facilita el trabajo: nos dan las indicaciones y los lineamientos para implementar el programa”. (HS)

Los indicadores de evaluación reportados muestran que se están incrementando los pacientes intervenidos y no se ha requerido terapia farmacológica.

Asimismo, los profesionales destacan la importancia del acceso a medicamentos y gestión de casos en el marco del despliegue del modelo. En cuanto a los medicamentos se clarifica que COSMITET tiene un único proveedor que garantiza que el acceso de los fármacos recomendados en los flujogramas de los programas de atención.

Por otra parte, la gestión de casos, utiliza el sistema de monitoreo en urgencias y hospitalización para verificar las causas de consulta y potenciar las intervenciones de prevención y atención en este grupo poblacional:

“La primera causa por la cual consultan nuestros pacientes del programa de riesgo cardio metabólico es la enfermedad cerebro cardiovascular. Por eso es tan importante que nuestros pacientes reconozcan a tiempo los síntomas y asistan antes de las tres horas de haber ocurrido el evento para que sean candidatos a trombolisis o candidatos a revascularización. La enfermedad cerebrovascular es también una de las principales causas de atención no solo en hospitalización y en urgencias sino también generadoras de secuelas que van a ser, la primera causa por la cual se asigna atención por el programa de atención domiciliaria. Tenemos como segunda patología, el infarto agudo al miocardio, que según los reportes para Cosmitet es la quinta enfermedad causante de mortalidad. A pesar de que estas dos enfermedades se encuentran incluidas dentro de la gestión del caso, tenemos que dentro de lo que llega a urgencias de hospitalización como 10 primeras causas de mortalidad y morbilidad en hospitalización no se encuentran las enfermedades cardiovasculares o enfermedades crónicas no transmisibles en esta población”. (DS)

Respecto a la monitorización se define el seguimiento mensual de la población beneficiaria del programa, con una meta inferior al 1% de la población que reporte consultas de urgencias y hospitalización.

Por último, como factores de éxito del modelo se destaca la capacidad de acceso del paciente a la consulta, la identificación y abordaje de factores de riesgo sin barreras administrativas, y hacer intervenciones mucho más asertivas y que impacten en los riesgos de los pacientes.

3. Equipo multidisciplinario y coordinado

Dentro de los ejes transversales del modelo, el relato de los participantes hace hincapié en las políticas institucionales de gestión de talento humano en salud. Al respecto, se muestran estrategias de la macrogestión hacia la microgestión que propenden por el tránsito hacia una organización ágil con cultura de colaboración, con innovación y con un buen liderazgo. A esto se suman unas condiciones laborales que favorecen la constancia, la cultura de colaboración, el sentido de pertenencia y el compromiso del equipo de salud como valores de cohesión y liderazgo clínico.

En este contexto institucional, el liderazgo compartido es el motor del modelo de atención centrado en la persona:

“Lo primero es la educación, lo segundo darle las herramientas, o sea, ser un buen líder. Todos debemos adoptar una posición de liderazgo. Yo como líder le enseño a mi grupo, que van a trabajar para los clientes. Ese es el liderazgo más alto que uno debe llevar”. (MAP)

“Que todos nos apoyemos y que seamos un equipo ágil y colaborativo ha llevado a que eso funcione. Un buen un buen líder lleva a que todas las cosas vayan funcionando. Obviamente, lo que más ayuda es que el modelo sea aplicable y la insistencia y la persistencia”. (DS)

Por lo consiguiente, el compromiso, sentido de pertenencia y la cultura de colaboración son valores que se promueven en un entorno de liderazgo compartido, apoyado por incentivos de formación continua y de condiciones laborales óptimas:

“Tienen que tener cultura de colaboración, mentalidad de innovadores, tener compromiso con la empresa, sentido de pertenencia, y qué ha hecho la empresa para eso, cambió todos los contratos, los paso a todos por nómina, inclusive al coordinador Nacional de Medicina familiar. Es el compromiso, la cultura de colaboración. Cuento con un equipo de médico familiares maravilloso. Imagínate tú has visto alguna vez que contraten 11 horas a alguien. Los volví comprometidos, Y eso ha sido un modelo espectacular porque no están pensando que van para el otro trabajo, que vienen del otro trabajo, que llegan tarde, ese es el compromiso, es la cultura de colaboración”. (MAP)

Respecto a la conformación del equipo multidisciplinario, se ilustra que el modelo de gestión está centrado en unidades del programa de cardio metabólico, integrado por profesionales de medicina familiar, médicos generales, enfermería, psicología, nutrición, diabetólogo, internista, trabajador social:

“En cuanto al trabajo del equipo multidisciplinario, se ha contado con el apoyo de los directivos de Cosmitet para lograr que el equipo multidisciplinario por fin esté bien conformado. Nombraron una coordinadora nacional de nutrición y logramos que nombraran una psicóloga solo para el programa de riesgo cardio metabólico. Eso es muy bueno porque nos va a llevar a que la población esté en seguimiento por una persona que conozca bien a los pacientes. También estamos los médicos familiares, somos tres que somos interconsultores. Estamos 11 horas diarias, somos un apoyo muy grande para que los médicos del programa nos pregunten por alguna intervención que le quieren hacer el paciente. Contamos además con el apoyo de psicología y de un médico internista que es experto en diabetología, a este profesional le mandamos especialmente los diabéticos que no están controlados y realmente ha sido de gran ayuda”. (MAP)

Por otra parte, se reconoce el liderazgo de enfermería en la implementación de modelo, por sus competencias en la gestión clínica, de cuidados y proactividad:

“Las que han sacado este proyecto adelante son las enfermeras jefas de programa de riesgo cardio metabólico. Tengo una enfermera en Pereira, una de Manizales y otra en Armenia y todas vuelan con los motores apagados. La de Armenia es la gestora del programa de cesación tabáquica, las que están pendientes, la de calidad de todo el eje, es una enfermera que se sienta con los del sindicato y les dice esto es así y así y ni siquiera son los médicos ni los coordinadores médicos, entonces el papel de la enfermera es vital”. (MA)

Otro aspecto que de resalta del equipo multidisciplinario es el trabajo coordinado entre médicos de familia y médicos de atención especializada del contexto hospitalario. Por una parte, se reconoce que existen tensiones que pueden influir en la coordinación interniveles. Sin embargo, para minimizar estas tensiones se activan algunas estrategias fundamentadas en el legitimar el conocimiento profesional para establecer relaciones de trabajo más horizontales, desarrollar roles de interconsultores con los especialistas hospitalarios para favorecer el trabajo colaborativo e involucrar a los especialistas en los cuidados longitudinales del paciente crónico en atención primaria.

4. Formación, habilidades y competencias del equipo multidisciplinar

En el contexto de atención multidisciplinar se destaca que el pilar es la educación continua utilizado plataformas asequibles como el canal de YouTube, o programas más formales como un

diplomado en el programa de riesgo cardio metabólico avalado por la sociedad endocrino de medicina interna. Estas estrategias se implementan en tiempo protegido del personal:

“Es motivando a los médicos, no como obligación. Hemos logrado un éxito en estas capacitaciones. Se hace por YouTube, 179 participantes. En la de las RIAS, 148, en el de hipertensión y diabetes, 180 participantes. El de cesación tabáquica fue el mes pasado. Los últimos viernes de mes, todo el mundo tiene sus agendas separadas”. (MAP)

Otra estrategia planteada es la formación de pregrado con enfoque de Medicina Familiar, dado el impacto en el abordaje de la población crónica y el enfoque holístico para entender las dimensiones biopsicosociales del sujeto de cuidado:

“Desde el pregrado se concientice a los médicos. Por ejemplo, en la Universidad del Valle desde el pregrado les hacen énfasis en la parte biopsicosocial y también ellos hacen rotaciones por medicina familiar en su pregrado, que es algo sumamente importante, que concientiza y lleva que el médico se sensibilice de la importancia de toda esa esfera biopsicosocial y así generar una mayor adherencia y control de las patologías y sobre todo, de la prevención”. (MS)

5. Recursos clínicos utilizados en el modelo de atención

En la implementación del modelo se reconocen diversos recursos clínicos que son sustanciales para el desarrollo de los programas de GIRS en el marco del enfoque HEARTS. Uno de los principales recursos son los flujogramas actualizados y basados en la evidencia, con adaptación transcultural a la población colombiana y que tienen el propósito de socializar, sensibilizar y educar al equipo multidisciplinar respecto de los programas que se articulan en el modelo de atención. Otro propósito fundamental de los flujogramas es potenciar las competencias y autonomía de los médicos generales de las unidades de atención primaria:

“Ya están empoderados los médicos generales. Ellos ya pueden manejar el hipertenso con toda esta variedad de medicamento, igual que los diabéticos. Ahí, en ese flujograma, están las dosis máximas, las contraindicaciones, cuándo darlo, la terapia escalonada. Lo innovador es que nosotros, en vez de subir un medicamento hasta dosis tope altas, usamos combinación de dos a dosis bajas, entonces a los diagramas de flujo del ministerio les hemos hecho ajustes. Lo innovador que estamos haciendo es que eso lo tienen los médicos generales y están empoderados y cualquier duda llaman a los tres médicos familiares que están 11 horas de disponibilidad para cualquier interconsulta de ellos”. (MAP)

Además, como instrumento de auto clinimetría se propone la calculadora HEARTS para valorar el riesgo de la población de infarto y evento cerebro vascular.

Asimismo, se destaca la importancia de la historia clínica sistematizada que favorece el flujo de información entre el equipo y proveedores de atención primaria y atención especializada y busca ampliar el acceso de información a otros prestadores:

“Uno de los principales puntos que tenemos a favor es que la historia clínica de los principales puntos de atención está sistematizada, favoreciendo que podamos tener, de primera mano, los registros tanto de urgencias como de hospitalización, unidad de cuidado intensivo y de todas las especialidades. Sin embargo, hemos tratado de articularnos con epidemiología para que soliciten la información a los auditores que están en las IPS externas y poder también recuperar estos datos de otras IPS, junto con las historias clínicas. Así se han logrado captar pacientes que inicialmente no pertenecen al programa de riesgo cardio metabólico, pero que se han identificado con

complicaciones en otras IPS porque estaban en planes complementarios y no asistían comúnmente a la consulta de Cosमितet. Los hemos captado y ya están en el programa de riesgo cardiovascular metabólico". (EU)

Por otra parte, las herramientas de E-Health resultaron fundamentales en el contexto de pandemia por COVID-19. Se reporta la audio consulta como instrumento clínico que favorece la accesibilidad de la población a programas como el de cesación tabáquica y obesidad:

"La audio consulta que está autorizada por el COVID, ha sido un éxito para nosotros porque, por ejemplo, no tenemos médico familiar de obesidad para Buga, Tuluá, Palmira, Cerrito. La virtualidad nos ha dado la accesibilidad de estos pacientes a los programas y a la atención, que antes no lo podríamos hacer". (MAP)

6. Promoción de la agencia de autocuidado en población con riesgos cardiovascular metabólicos

En el relato de los profesionales se muestran diferentes estrategias para promover la capacidad de agencia de autocuidado en la población beneficiaria del modelo. Como punto de partida se hace énfasis en una relación terapéutica sustentada en la empatía y el conocimiento, apoyada por la figura del paciente activo y experto con habilidades para la toma de decisiones en salud y una actitud proactiva para el cuidado de sí:

"Nosotros trabajamos con pacientes que son del magisterio, son pacientes que son profesores y que están acostumbrados a buscar todo por internet, todos van al doctor Google. Ellos lo evalúan a uno y ellos tienen que darse cuenta si el médico sabe o no sabe y preguntan absolutamente todo, entonces la confianza del paciente no es solo por la empatía que uno tiene con ellos, sino que ellos se dan cuenta del conocimiento que uno tiene para tener confianza plena en su médico". (MA)

Además, la teoría de cambios comportamentales según los profesionales, es un enfoque que ayuda a la promoción del autocuidado.

Otro atributo que favorece esta relación profesionales-pacientes, es el enfoque biopsicosocial para que la atención sea centrada en las personas y no en la enfermedad.

"La relación médico-paciente es lo más importante. Nosotros como médicos familiares tenemos el enfoque biopsicosocial del paciente. Su esfera social, su esfera familiar, también los amigos, todo ayuda a que el paciente confíe en uno y a hacerle un seguimiento cada semana, cada dos semanas dependiendo de si está controlado. La confianza que tienen en uno eso es lo más importante". (DS)

La relación terapéutica se nutre con el principio de continuidad de la atención, dado que se requiere de diálogo y tiempo para una educación terapéutica que logre resultados en salud:

"El principio de la continuidad es muy importante para que esto funcione. Es lo fundamental para que los pacientes tengan una buena adherencia a todos los tratamientos. Que le puedan a uno decir la verdad si se está tomando el tratamiento farmacológico o no. A veces les da miedo, entonces uno es como no tranquilo no le da miedo dígame la verdad y cuando hay una buena relación médico-paciente, lo hacen. Eso ayuda a que el paciente pueda tener adherencia a los manejos médicos independientemente si son farmacológicos o no farmacológicos". (DS)

Este proceso facilita que se conozca al paciente y su red de apoyo, aspecto que se logra con el tiempo y la confianza:

“Para mí ha sido eso, volverme amigo de mis pacientes, en el sentido que los conozco verdaderamente, sé cuándo me mienten, sé cuándo yo los puedo ayudar en algún aspecto, cuando ellos tienen algún problema, yo les doy consejos de las cosas, especialmente en la red de apoyo, a veces hay pacientes que viven solos, que son ancianitos, que de pronto nadie los comprende, muchas veces no se toman los medicamentos porque están muy depresivos y uno tiene que meterse en cada uno de ellos y aprender de cómo estás para ayudarlos en todas las áreas de su vida. Conocerlos tanto nos da las herramientas, nos da los conocimientos y tenemos un equipo que nos soporta yo creo que son las herramientas del éxito (MT)”.

Así mismo, la personalización de la atención es eje angular de la atención centrada en la persona porque da respuesta a sus necesidades y dialoga con su biográfica para decidir sobre las prioridades y plan de atención:

“En el caso de tabaquismo, por ejemplo, uno individualiza dependiendo del grado de adicción. El objetivo es que los pacientes no fumen, pero hay un grupo muy pequeño, que se llama estrategia de control de daños “damage control”, donde el grado de adicción es tal que el objetivo no es que el paciente deje de fumar sino utilizar otros medios, vaporizadores y ese tipo de cosas. Eso es muy individualizado. Basándonos en la evidencia, logramos los cambios comportamentales de los pacientes, sustentado en teoría de cambio que permite el empoderamiento del paciente”. (HS)

7. Atención en el contexto de la pandemia

En el contexto de pandemia el modelo de atención fortaleció la adherencia y el cumplimiento de los controles de la población beneficiaria de los programas. Según los profesionales, se desplegaron diferentes medidas de atención: el advenimiento de las audio consultas logró una mejor protocolización y definición de ruta de atención de enfermedades crónicas; el desarrollo del flujograma de atención ambulatoria con identificación de pacientes; y de forma mensual se caracterizan los pacientes con diagnóstico de COVID 19 que pertenecen al programa. Asimismo, se fortalecieron los sistemas de información lo que permitió captar nuevos beneficiarios de los programas.

8. Recomendaciones de política pública para la implementación de un modelo de Multimorbilidad en Colombia

Por último, se identificaron las áreas en donde debe haber acciones en la implementación de un modelo de multimorbilidad en el país:

- Rigurosidad científica
- Práctica colaborativa Interprofesional
- Modelo sustentado en la Medicina Familiar
- Condiciones laborales dignas
- Buen liderazgo
- Continuidad
- Educación a los pacientes y a los profesionales
- Sistemas de información robustos
- Gobernanza.

4.1.3. Programa de Asistencia Permanente PAP. Compensar EPS

A. Análisis desde la perspectiva de los profesionales y tomadores de decisión

En el proceso de análisis de contenido de los grupos focales con profesionales de Compensar, pacientes y cuidadores surgieron un conjunto de categorías temáticas que se organizaron en las dimensiones de análisis que se muestran en la siguiente tabla.

A continuación, se presenta un resumen de la información recogida en el grupo focal con los profesionales de la salud y tomadores de decisión del PAP de Compensar y la reseña de algunos de los documentos del programa, entregados por Compensar a los investigadores.

1. Evaluación integral de los pacientes y estratificación del riesgo

Para la selección de los pacientes que ingresan a Programa de Asistencia Permanente (PAP) se combinan la información administrativa que incluye hospitalizaciones, costos, entre otros y la información clínica sobre las patologías que presentan los pacientes, se construye un algoritmo.

“Definimos unos algoritmos de identificación a partir de la frecuencia utilizada de servicios. Luego miramos qué riesgos tienen marcados. Encontramos que el usuario podía estar marcado en cardiovascular, respiratorio y en alguna otra. Acordamos que los que tienen componente cardiovascular y respiratorio en más de un 70% empiezan a ser cantidades y fue ahí donde empezamos a caracterizar a esas personas y llegamos a la conclusión que el paciente tipo tiene ciertas condiciones cardiorrespiratorias. Revisamos las historias clínicas y desarrollamos un ejercicio de gestión clínica”. (DJ)

La búsqueda inicial se hace mensualmente entre los pacientes de egresos hospitalarios y de egresos de Unidades de Cuidados Intensivos.

Los criterios para determinar la inclusión en el Programa de Asistencia Permanente²: son simplemente orientativos. Ayudan a determinar en qué nivel y en qué momento debe ser abordado cada individuo por el equipo interdisciplinario. Estos se corroboran con el ejercicio de gestión clínica y consulta de ingreso. Los criterios orientadores son:

- Todo usuario mayor de 18 años.
- Todo usuario identificado por el asegurador que en los últimos 12 meses presente inestabilidad y aumento de la severidad en las patologías de base cardiovasculares o respiratorias
- Pacientes con inestabilidad y aumento de la severidad en patologías de base cardiovascular y/o respiratoria con antecedentes de incapacidad prolongada.

² Tomado del documento “Criterios de ingreso, derivación y egresoPAP” enviado por Compensar

- Pacientes con dos o más enfermedades crónicas que presentan un grado equivalente de complejidad y dificultad de manejo; que conllevan a una mayor susceptibilidad de fragilidad clínica.
- Pacientes que han requerido internación en cuidados intensivos superior a cinco días, que demandan un costo importante de recursos derivados.

Para la estratificación del riesgo utilizan un programa propio de la EPS llamado SAP, que contempla todas las escalas de riesgo.

Los pacientes pueden tener una (aproximadamente del 10 al 15%) o varias patologías (la mayoría) pero el criterio de inclusión depende de la complejidad de la afección del paciente.

En la actualidad entran al PAP entre 40 y 50 pacientes al mes en Bogotá.

2. Ruta de atención y componentes del Programa

Cuando el paciente cumple criterios de inclusión al PAP es enviado a la Gestora del Programa. En la actualidad hay una Gestora del Programa en Bogotá y otra en Boyacá.

Las Gestoras del Programa, apoyadas por auxiliares de enfermería, contactan al paciente y le dan una cita con el médico personal que, para el caso de Bogotá, es un médico internista y en Boyacá, un médico familiar. Son los médicos personales quienes validan criterios clínicos de severidad y determinan el ingreso del paciente al PAP.

“Se identifican los pacientes que cumplen los criterios que se definen desde el modelo. Tenemos un enlace directo con la gestora del programa. A través de su auxiliar de enfermería se inicia el contacto con el usuario. Hacen la programación de esa primera valoración. Quien realmente define el ingreso es el médico personal del programa del caso. En Bogotá es el médico internista y en Boyacá es el médico familiar”. (LH)

“Esa primera consulta con el médico internista es de una hora. Sabemos que son pacientes que han estado en hospitalización y tienen muchas cosas para comentarle al médico. De acuerdo al criterio del médico decide si el paciente se queda”. (LE)

Una vez el médico internista/familiar da ingreso al paciente al PAP, regresa con la gestora del Programa, quien le da la bienvenida, le explica todo sobre el programa, le hace entrega de una carpeta y le explica que siempre va a tener comunicación con el equipo de Gestión del Programa (enfermera jefe, auxiliar de enfermería, auxiliar de servicio al cliente) mediante tres extensiones directas y una línea telefónica de celular directo para todo lo que el paciente requiera y poderle dar solución a lo que necesite.

La auxiliar de enfermería le da las órdenes de laboratorio, las citas para el médico personal cada 3 meses (4 al año) y las citas con gestor de autocuidado (Psicólogo), Trabajo social, químico farmacéutico y nutricionista cada 6 meses (2 al año). Si el paciente requiere más consultas durante el año, se busca que siempre sean con las mismas personas.

Realizan una Junta con todo el equipo multidisciplinario en la cual también participan subespecialidades médicas como Cardiología, Nefrología, Endocrinología y Neumología. En la junta se revisan los casos difíciles y se toman decisiones como equipo para el plan de manejo. Se revisan

temas como no adherencia al tratamiento, red de apoyo familiar de pacientes con incapacidad prolongada y también los casos exitosos para aprender de ellos.

La consulta con trabajo social busca encontrar factores de riesgo y protectores para intervenir intersectorialmente en los factores de riesgo que afecten el desenlace del tratamiento, como que el paciente viva solo o no tenga apoyo familiar, el estado económico, la situación habitacional y todo lo relacionado con su cotidianidad. La familia y el cuidador son muy importantes e indispensables para el buen resultado del manejo de los pacientes, entre otras cosas, porque se deben encargar de todos los trámites administrativos como autorizaciones y recoger los medicamentos.

En todas las consultas siempre se hace la revisión para mirar cómo se siente el paciente a nivel emocional y físico, se hace una autopercepción del bienestar y también se hace una clasificación del riesgo.

La consulta de gestión del autocuidado, realizada por un profesional en Psicología, procura acompañamiento en el proceso de aceptación del diagnóstico y del manejo de la enfermedad. Busca detectar alguna patología mental como depresión, ansiedad o alguna patología psiquiátrica, así como también la existencia de maltrato físico o psicológico.

También se realiza una evaluación del cuidador para brindarle apoyo. Todo esto buscando lograr la meta terapéutica establecida para cada paciente. Los pacientes son muy importantes en las decisiones sobre su salud y su tratamiento y si no están en capacidad, es el cuidador quien participa. Mejorar la condición de la salud mental lleva al mejoramiento de la condición de la salud clínica.

“El contar con una familia que apoya el proceso terapéutico en casa y una estabilidad laboral favorece mucho el proceso. Cuando eso no es así entramos a revisar cuáles son estos factores de riesgo que tiene el paciente en su vida cotidiana. Con esos factores de riesgo se empieza a trabajar en las siguientes consultas para mirar si es necesario realizar la activación de redes institucionales, si es necesario hacer una intervención familiar y si es necesario enlazarlo a otras instituciones para apoyar esas dificultades que se evidencian en sus contextos de vida cotidiana”. (NA)

También se hace una identificación de los factores protectores, qué es lo que nos va a favorecer dentro de ese proceso terapéutico. ¿Con qué cuenta el paciente? sí es un paciente que cuenta con su familia en casa, si es un paciente que tiene un cuidador, si este cuidador está solamente al cuidado del paciente o si tiene otros familiares en casa, qué cuidados necesita, quién está apoyando ese proceso administrativo”. (NA)

“Para nosotros es muy importante la familia. Necesitamos que el paciente se concentre en su proceso, en estar bien; Hacer las gestiones de reclamar la medicación y hacer autorizaciones necesitamos que lo asuma en su mayoría la familia, teniendo en cuenta que la mayoría de nuestra población es adulto mayor”. (NA)

Teniendo en cuenta el elevado número de medicamentos que tienen formulados los pacientes y algunos otros medicamentos homeopáticos u otros tratamientos alternativos que reciben, se hace indispensable la revisión del químico farmacéutico, quien construye la historia de medicación de cada paciente para detectar interacciones medicamentosas, horarios no aptos, interacción con alimentos, fármaco vigilancia, barreras de acceso a los medicamentos, duplicidad, adherencia.

3. Continuidad de la atención

Por medio del censo hospitalario o a través de la auditoría, con la base de datos de hospitalizados, se cruza la información y se identifican los pacientes del PAP hospitalizados. Las Gestoras de Programa en Boyacá y en Bogotá, con la auxiliar de enfermería, tienen contacto permanente con el paciente telefónicamente y con su familia.

“El método más importante para los dos programas de la multicorte (Bogotá y Boyacá) es que mensualmente revisamos toda la base de hospitalizaciones y la cruzamos con los pacientes activos. Aportamos a esa base los pacientes que nos aparecen con un registro de hospitalización para que hagan la inducción inmediata del paciente. En el caso de Boyacá, el proceso también lo hacemos a través de auditoría con la base de datos de hospitalizados. Allí la cruzan e identifican sus pacientes. Adicionalmente, el otro método es que tanto en Boyacá como en Bogotá, la auxiliar hace contacto telefónico permanente con el paciente y su familia”. (LA)

“Cada vez que tenemos la consulta con el paciente actualizamos la información. En el caso del trabajo social los criterios dentro de la base son las condiciones habitacionales, elementos generales de la familia, estrato, si el paciente cuenta con red de apoyo familiar, cómo es la situación a nivel económico y la autopercepción que tiene de bienestar”. (NA)

“En todas las consultas siempre se hace esta revisión para mirar cómo se siente a nivel emocional y físico, entonces se hace esa autopercepción de bienestar y también se hace una clasificación del riesgo”. (NA)

En los casos en que el paciente no es incluido en el programa, el seguimiento continúa de forma permanente.

“Si el paciente no cumple con el criterio de acuerdo con el médico internista, ese paciente no se nos va a perder. La idea es que el paciente que ingrese no se nos vuelva a hospitalizar y el que no ingresa tampoco se nos vaya a hospitalizar, sino que continúe con sus controles muy cuidadosamente en atención primaria”. (LE)

4. Equipo multidisciplinario y coordinado

Como ya se ha mencionado, el equipo del programa está compuesto por una enfermera jefe quién es la Gestora del Programa (coordinadora), apoyada por una auxiliar de enfermería y una auxiliar de atención al usuario. Un médico personal que en Bogotá es un especialista en Medicina Interna y en Boyacá un especialista en Medicina Familiar. También hacen parte del equipo, un psicólogo quien es el Gestor de Autocuidado, un trabajador social, un químico farmacéutico y un nutricionista.

De manera general, los profesionales se refieren a la articulación del equipo de la siguiente forma:

“La articulación entre los diferentes miembros del programa ya está muy apropiada en cada uno de los profesionales. Ellos comparten el manejo del paciente con sentido de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad”. (LQ)

“Pensaría que el manejo interdisciplinario y la comunicación entre los profesionales respecto al paciente, que sea valorado y visto de forma unificada, ayuda a que el paciente se sienta importante y sienta que hay un seguimiento por parte de la EPS, que quiere que el paciente tenga un bienestar tanto en salud como en la parte psicosocial”. (AR)

Frente al rol del gestor de autocuidado tanto para el paciente como para sus cuidadores, los profesionales explican lo siguiente:

“El gestor del autocuidado tiene la tarea particular de identificar dentro de esas pluri patologías, patologías psiquiátricas o que necesiten apoyo psicoterapéutico, lo hacemos a través de instrumentos. También miramos si hay depresión, ansiedad o patologías de la parte psiquiátrica”. (NC)

Tenemos situaciones donde el cuidador, el responsable del paciente, puede estar también en las mismas condiciones de salud o alteraciones asociadas a las patologías de los pacientes. Tenemos el deber de brindar acompañamiento en todo el proceso de aceptación del diagnóstico y el manejo de la enfermedad. Esto también va a comprometer la adherencia del paciente al tratamiento terapéutico y nos va a llevar a mejorar las condiciones que pretendemos alcanzar respecto a la meta terapéutica”. (NC)

Por otro lado, tenemos la obligación y por supuesto es el objetivo, identificar situaciones tanto de maltrato físico como psicológico. Por ejemplo, si es social o está en aislamiento social. Estos son factores importantes dentro de su proceso terapéutico; digamos que ese es el rol como el gestor de autocuidado”. (NC)

“También debe haber una articulación no solo entre el grupo el trabajo sino una articulación con la familia del paciente. Eso es fundamental y creo que es lo que pretende el programa y es lo que estamos logrando”. (LC)

El papel del químico farmacéutico es fundamental en la gestión integral de los pacientes con multimorbilidad. Los profesionales del Programa, así lo explican:

“Desde la parte de la farmacia nosotros lo que hacemos es utilizar un método sistematizado que no pase por alto nada. Armamos una historia de medicación dónde se mira cómo se están tomando los medicamentos, no solo se tienen en cuenta los medicamentos sino también tratamientos terapéuticos u homeopáticos. También con esto nos podemos dar cuenta si hay medicamentos con o sin indicaciones”. (ML)

“Llegan pacientes con medicamentos que no tienen indicación. También se mira si hay duplicidad en los medicamentos, es decir, si tienen medicamentos que la función es exactamente igual. No solo se mira la interacción del medicamento con otro medicamento sino también el medicamento con los alimentos, dependiendo del paciente. Las interacciones entre medicamentos se clasifican y se analizan según cada paciente”. (ML)

“Es importante hacer un seguimiento estrecho en un paciente poli medicado con 56 medicamentos para evitar una descompensación. Se mira la adherencia del paciente a los medicamentos y si no es adherente, establecer el factor de la no adherencia para poder entrar a ayudar y a mejorar esa no adherencia. Si el paciente tiene barreras de accesos al medicamento con respecto a la prescripción, también se hacen los reportes. En nuestra IPS tenemos el programa de fármaco vigilancia. Se establecen objetivos fármaco terapéuticos. Muchas veces la no adherencia de un paciente poli medicado está ligada a que no conoce el porqué de cada uno de los medicamentos, por lo tanto, ellos no ven la necesidad y no se la toman”. (ML)

“Se explica entonces al paciente uno por uno el motivo del medicamento, por qué se lo debe tomar, cómo lo debe tomar y se ajustan los horarios de administración. Por decir algo, tienen interacción con algún alimento como el sulfato ferroso que no se puede tomar con alimentos con ácido fítico, entonces les explicamos cómo los separa y arma los horarios. Ellos lo agradecen mucho porque los apropia con respecto a la patología y al medicamento”. (ML).

5. Recursos clínicos utilizados en el PAP

Todas las atenciones son consignadas en un archivo en drive al que tienen acceso todos los miembros del equipo para estar enterados de las cosas importantes de cada paciente. Utilizan atención individualizada, basada en evidencia, Guías de Práctica Clínica, Rutas Integrales de Atención en Salud, protocolos específicos y herramientas de eHealth.

“Tener un médico personal y que sea internista creo es lo que más agradecen. También tener la gestora de autocuidado, la nutricionista, el apoyo por trabajo social. También el apoyo con los medicamentos con nuestra químico-farmacéutica nos ayuda muchísimo, sobre todo cuando hay cambios de medicamentos o nueva formulación al momento de salir de hospitalizaciones”. (AG)

También conforman una Junta que se reúne cada mes para revisar las situaciones complejas y tomar decisiones conjuntas.

“Las juntas que tenemos de forma mensual son un espacio donde nos reunimos todo el equipo interdisciplinario del programa y se exponen diferentes casos de los pacientes que tienen alguna dificultad. Se ven adherencias o procesos terapéuticos en el tema de la red del apoyo familiar, de pacientes con incapacidad prolongada. Se hace una revisión donde previamente se entrega la información del paciente para que cada uno desde su área de competencia pueda revisar cómo ha venido el proceso con el paciente y cómo se ha avanzado”. (NA)

“En las juntas se expone y se toman decisiones concertadas para mirar cómo podemos avanzar con el paciente. Incluso, revisamos casos exitosos de pacientes que hemos tenido, vemos los avances que de alguna forma nos permitan favorecer las intervenciones con otros pacientes. En esta revisión en las juntas también tenemos si se requiere la compañía de las sub especialidades, contamos con cardiología, neumología, endocrinología y nefrología”. (NA)

6. Trato humanizado

Los profesionales que participaron en el grupo focal son enfáticos en señalar que el trato humanizado al paciente es un pilar central de programa y debe estar presente siempre. Uno de los profesionales resume el objetivo del programa, así:

“Yo diría que lo que más agradecen los pacientes es el buen trato, el que el Programa tenga un trato humanizado y preferencial.”. (AG).

“Creo que el objetivo del programa es generarle bienestar al paciente. No solo en la salud, sino también en lo familiar y psicosocial. No se trata de ver un sujeto al que se le está ofreciendo un servicio sino a una persona que tiene todo tipo de necesidades que se pueden abordar desde diferentes disciplinas y que el paciente sea considerado como un ser humano y no un objeto de estudio”. (AL)

“Tener un excelente grupo que está articulado y que además tenga habilidades blandas especiales hace que los pacientes se sientan felices del trato, saben que tienen en quien confiar y eso hace que el servicio fluya de la manera que se está viendo”. (AS)

“Cada paciente trae su dificultad y tiene una prioridad, entonces creo que el escucharlos es lo más importante”. (AN)

“Para mí lo fundamental en un programa como este, en el cual atendemos pacientes con un muy frágil estado de salud y a su familia con una ansiedad inmensa respecto del estado de salud de su

familiar, es el calor humano. Calor humano que empieza desde el momento que lo contactamos hasta la atención con profesionales. Siento que ese calor humano permite asegurar la adherencia del paciente y su familia al programa”. (LD).

“Los conceptos de integralidad y buen trato hacen que el paciente se sienta como persona y no como uno más del montón. Cada paciente es especial para nosotros y que tenga un médico personal que conozca su historia es muy importante para que sientan la confianza para contarle todas sus cosas y sentirse bien”. (LD)

“La idea es poderlos acoger y darles importancia. Hay que cumplirle al máximo con todas las necesidades y hay que tratarlos como si fueran mi familiar. El trato humanizado quizá es la ganancia de nuestro programa”. (LE)

Los profesionales de salud presentes también refieren sentirse muy felices de hacer parte de este Programa.

“Realmente se siente la tranquilidad del deber cumplido y me alegra mucho que estén satisfechos con el servicio. Se trata de hacer todo lo que esté a nuestro alcance para poderles ayudar a todos. Ellos saben que van a encontrar a su enfermera disponible para ayudarles en lo que más se pueda. Satisfacción personal total”. (VC)

“Nosotros estamos muy felices de conocer la opinión que tienen nuestros usuarios, de saber qué se ha podido lograr. Desde Compensar estamos con mucha gratitud con las personas que hacen parte del programa en Boyacá y en Bogotá. Lo que vemos hoy es la satisfacción de nuestros usuarios”. (SE)

7. Atención en zonas rurales

La población que hace parte del PAP es tanto del área rural como del área urbana, y el proceso es el mismo, todos tienen celular. Para los que ya son de avanzada edad, el contacto se hace a través del familiar que tiene un celular, se programan las intervenciones avisándole al familiar, este los lleva o asiste a la tele consulta con el paciente, pero no hay ninguna diferencia como tal en el momento de la atención de la persona del área rural como la del área urbana.

“Nuestra población es tanto del área rural como del área urbana. El proceso es el mismo, todos tienen celular. Para los que ya son muy abuelitos, el primer contacto, se hace con el familiar que tiene un celular.” (MFD)

8. Atención en tiempos de Covid-19

Durante la pandemia, para la toma de laboratorios, los pacientes del PAP, tuvieron que acercarse a la IPS, porque no había el servicio domiciliario. Algunos fueron muy renuentes a asistir, otros no.

En Bogotá y Boyacá, el PAP cuenta con un operador logístico que coordina la entrega de medicamentos a domicilio cómo dice la norma. En pandemia esto cubrió a gran parte de la población. Para grupos no priorizados, el mecanismo de entrega fue a través de su acercamiento presencial. Con el gerente del proceso integral farmacéutico se está mirando la posibilidad de que el proyecto pueda ser expandido no solo a población priorizada sino también a otra población que se beneficia al recibir su medicamento en casa. Así lo explica un profesional:

“No fue un proceso sencillo y sobre todo iniciando la pandemia, tuvimos que hacer muchísimos ajustes y por eso no se alcanzaba, nos llamaban y decían que había desabastecimiento de medicamentos. Es un esfuerzo bien importante y la población beneficiada de poder llevar su medicamento fue muy grande”. (MFD)

9. Resultados en salud: evaluación clínica de los pacientes y otras evaluaciones

La información de los resultados de salud del PAP fue tomada de un documento del programa enviado por Compensar EPS.

A través de un conjunto de indicadores se busca conocer el comportamiento de cobertura, actividad general, actividad específica, estructura, rendimiento económico y efectividad del PAP. Esto se puede consultar en el tablero de control respectivo.

Indicadores de cobertura. Buscan monitorear la cobertura de consultas por servicio del PAP. Pacientes captados: Pacientes captados con corte al periodo de medición/ pacientes de la población objetivo.

Indicadores de gestión. Buscan definir el volumen de actividades desarrolladas que llevan a la obtención de resultados y también conocer qué profesionales acceden a incentivos en el caso que se logre la meta de resultados general. Estos indicadores son:

- *Cobertura de medicina interna.* Usuarios confirmados del PAP que recibieron consulta de medicina Interna en el mes /Número de Usuarios confirmados del PAP activos para el mes de medición.
- *Cobertura de trabajo social.* Usuarios confirmados del PAP que recibieron consulta de trabajo social en el mes /Número de Usuarios confirmados del PAP activos para el mes de medición.
- *Cobertura de gestor de autocuidado.* Usuarios confirmados del PAP que recibieron consulta de gestor de autocuidado en el mes /Número de Usuarios confirmados del PAP activos para el mes de medición.
- *Cobertura de nutrición.* Usuarios confirmados del PAP que recibieron consulta de nutrición en el mes /Número de Usuarios confirmados del PAP activos para el mes de medición,
- *Cobertura de químico farmacéutico.* Usuarios confirmados del PAP que recibieron consulta de químico farmacéutica en el mes /Número de Usuarios confirmados del PAP activos para el mes de medición.
- *Cobertura de gestión de casos.* Usuarios confirmados del PAP que recibieron gestión de casos en el mes /Número de Usuarios confirmados del PAP activos para el mes de medición
- *Cobertura del club de pacientes.* Usuarios confirmados del PAP que asistieron a club de pacientes en el mes /Número de Usuarios confirmados del PAP activos para el mes de medición.

Indicador de Impacto Económico. Mediante este se busca evidenciar el uso racional de recursos en esta población. Costo medio paciente [Diferencia entre el Costo medio mes por paciente (observado en 12 meses antes de la intervención en valores constantes - IPC) y el costo medio mes por paciente] x Número de pacientes intervenidos en el periodo.

Indicadores de efectividad clínica. Hacer el seguimiento al resultado en salud de los usuarios crónicos con alta severidad mediante desenlaces intermedios de su enfermedad.

- *Tasa de Hospitalización general.* Pacientes del PAP que requirieron Hospitalización en el trimestre /Número de Usuarios del PAP activos en el período de tiempo
- *Días de estancia hospitalización general.* Total, de días de Hospitalización general en pacientes del PAP que requirieron Hospitalización en el trimestre /Número de Usuarios del PAP que fueron hospitalizados en estancia general en el período de tiempo
- *Tasa de hospitalización en UCI.* Pacientes del PAP que requirieron internación en UCI en el trimestre /Número de Usuarios del PAP activos en el período de tiempo
- *Días de estancia hospitalización en UCI.* Total de días de Hospitalización de internación en UCI en pacientes del PAP que requirieron Hospitalización en el trimestre /Número de Usuarios del PAP que fueron hospitalizados en internación en UCI en el período de tiempo
- *Medicamentos dispensados.* Total de principios activos dispensado a los pacientes del PAP en el periodo de tiempo /Número de Usuarios del PAP activos en el periodo de tiempo
 - a. Polifarmacia 0 - 5 usuarios del PAP a quienes se dispensan entre 0-5 principios activos en el periodo de tiempo /Número de Usuarios del PAP activos en el periodo de tiempo
 - b. Polifarmacia 6 - 10 usuarios del PAP a quienes se dispensan entre 6-10 principios activos en el periodo de tiempo /Número de Usuarios del PAP activos en el periodo de tiempo
 - c. Polifarmacia 11 - 15 usuarios del PAP a quienes se dispensan entre 11-15 principios activos en el periodo de tiempo /Número de Usuarios del PAP activos en el periodo de tiempo
 - d. Polifarmacia > 15 usuarios del PAP a quienes se dispensan más de 15 principios activos en el periodo de tiempo /Número de Usuarios del PAP activos en el periodo de tiempo
- *Tasa de asistencia a servicio de urgencias:* Pacientes del PAP que asisten a servicio de urgencias en el trimestre /Número de Usuarios del PAP activos en el período de tiempo.
- *Experiencia del usuario.* A través de estos se busca:
 - Conocer la perspectiva del usuario en cuanto a la calidad percibida de la atención por parte del programa.
 - Garantizar accesibilidad dentro de la promesa de servicio a los usuarios dentro de los 20 días siguientes para consulta programada.
- *Encuesta de satisfacción.* Usuarios con alta severidad y calificación superior al 90%/Total de usuarios con alta severidad encuestados
- *Razón de las quejas recibidas.* Usuarios con alta severidad que registran una queja por servicio en los últimos tres meses el programa /Número de Usuarios con alta severidad confirmada.
- *Oportunidad cita con el programa.* Número de días a los cuales tiene disponibilidad de cita el médico internista.

10. Articulación con el Ente Territorial

Los profesionales señalaron lo siguiente sobre este aspecto:

“Hemos tenido algunas solicitudes muy puntuales, pero de manera transparente un acercamiento directo con estos programas que van dirigidos a la patología, no se da mucho”. (LJA)

“Los acercamientos han sido muy puntuales con los Entes de Control tal vez en mesas de trabajo, pero no es que sea un relacionamiento mantenido en el que fluya de pronto la información”. (LJQ)

“Con la Secretaría hemos asistido a unas mesas iniciales como en años pasados que lo quieren tener en el radar y más como en el punto de inicio que ellos quisieran extrapolar de pronto también modelos de la ciudad”. (LJQ)

B. Análisis desde la perspectiva de los pacientes y cuidadores

Los pacientes y cuidadores del programa de Asistencia Permanente de Compensar, expresaron lo siguiente en el grupo focal.

1. Ruta de atención y componentes del programa

Los pacientes y cuidadores asistentes al grupo focal refirieron que fueron invitados a participar en el Programa de Asistencia Permanente - PAP - por un médico cuando fueron a consulta o por una enfermera quién los llamó por teléfono. Ellos tuvieron la oportunidad de decidir si querían ingresar. Una vez ingresaron al PAP, fueron citados para consulta con diferentes profesionales de salud. Están muy agradecidos por haber sido elegidos para ingresar al Programa.

“Mi madre fue invitada. Ella es paciente de Compensar de la sede ubicada en la primera de mayo con décima, en Bogotá. Ella fue invitada por el doctor de medicina general y la remitieron a la sede donde nosotros asistimos”. (LP)

“Este programa ha sido extraordinario. Es una atención continua y de todos los profesionales. Muy queridos. Les agradezco en el alma porque es un programa que nos sirve mucho a todos nosotros”. (MC).

2. Equipo multidisciplinario y coordinado

Han recibido atención con Médicos Especialistas, Internistas o Médicos Familiares. También por profesionales en psicología, química farmacéutica, nutrición, trabajo social. Consideran que las atenciones han sido oportunas.

Perciben que son atendidos por un equipo completo, interdisciplinario, que los conoce, conocen sus dolencias, sus problemas y sus necesidades, así como la historia clínica y van definiendo el manejo de acuerdo con las necesidades de cada uno, solucionando los problemas que se van presentando. Los integrantes de los equipos son considerados idóneos y despejan las dudas de los pacientes y sus familias.

“Realmente es un equipo interdisciplinario. Están pendientes de la historia clínica y atienden enterados de todos los problemas que uno tiene y tratan de solucionarlos en la medida de las especialidades de cada uno. Lo más importante es que están pendientes bien sea porque entre ellos tienen reuniones o porque tienen conocimiento directo de la historia clínica en el momento en que tienen contacto con uno. Preguntan sobre las morbilidades que uno tiene y ligan su especialidad a tratar de solucionarlos”. (DV)

3. Integración-coordinación asistencial. Continuidad en la atención

Los pacientes describen con mucha aceptación las variadas e importantes charlas y talleres (mencionan que han sido citados a siete talleres) que reciben, enfocados a informarles y capacitarlos sobre sus patologías y sus tratamientos. Consideran que son espacios para despejar dudas y aportar en el manejo de sus patologías.

Perciben que los equipos están integrados, que conocen los pacientes y se sienten como en familia.

Los cuidadores mencionan que los talleres los han enseñado a sensibilizarse en cómo cuidar a los familiares enfermos y, en el caso concreto de los profesionales en química farmacéutica, los orientan en cuanto a cada medicamento, para que sirve, cuál es el mejor horario para administrárselo al paciente, etc., como por ejemplo la aplicación de insulina. También han recibido capacitación en manejo emocional y fortalecimiento de la alteridad para ser mejores cuidadores.

“Le despejan a uno las dudas de una forma muy fácil y práctica. Fuera de eso cuando se dan las charlas con otras instituciones se refuerzan mutuamente. Por ejemplo, yo uso CPAP. Hace unos días tome una conferencia bastante didáctica sobre el uso de este sistema. También está la psicología que es una de las ramas que más necesitamos manejar por las morbilidades que cada uno tiene, la de nutrición también. Todas las personas que nos contactan son indispensables”. (DV)

“Me ve la psicóloga, me ve la farmacéutica, la nutricionista y la trabajadora social, excelente atención, oportuna en todo momento”. (MC)

4. Agencia: Autogestión, autocuidado, autoeficacia

Los talleres y las capacitaciones son muy importantes para aprender sobre sus patologías y cómo cuidarse. Resaltan que han aprendido a usar tecnologías digitales para descargar fórmulas, órdenes y resultados de laboratorio.

Asistir a las consultas programadas, a los talleres y demás actividades los hace felices, se sienten alegres.

“Inicialmente tuvimos unas charlas con la nutricionista, una charla con la encargada de la gestión de autocuidado y otras con trabajo social. En esos talleres nos enseñan a sensibilizarnos a nosotros, los hijos o los acompañantes de los pacientes, sobre cuáles son las fallas o los refuerzos que nosotros como acompañantes debemos tener. Para nadie es un secreto los adultos mayores no tienen ni un e-mail”: (LP)

“Me gusta mucho la especialidad de química farmacéutica porque le explican a uno cuál es la dosificación del medicamento, a qué hora lo debe tomar y para qué sirve. Hay muchos profesionales de la salud que formulan, pero no sabemos para qué es la pepita”: (LP)

“No sabemos cómo es que se controla la cantidad de insulina. Mi madre tenía dos insulinas y asistimos a talleres donde nos enseñaban la forma de la aplicación, de llevar la métrica que va en el cuadro de control que ellos no se entregan. Es un manejo muy bueno y nos capacitan. Uno se vuelve enfermero encargado”: (LP)

5. Atención en tiempos de Covid-19

Con la llegada de la pandemia por Covid-19, las citas programadas con anticipación se realizaron virtualmente, por tele llamada y no se sintieron abandonados sino, todo lo contrario, ha sido una voz de aliento, los hace sentir mejor saber que los siguen cuidando.

Recibieron los medicamentos a domicilio. Unos pocos medicamentos debían ser reclamados por un familiar. Algunos de los pacientes critican que los medicamentos sean dispensados por periodos cortos (un mes) cuando ya se sabe que deben seguir tomándolos indefinidamente y también se quejan por no recibir la totalidad prescrita y por tener que reclamarlos en diferentes sitios. Consideran que no es culpa del Programa sino del proveedor.

“En la pandemia siguieron muy pendientes. Había consultas de control programadas que fueron virtuales. Los profesionales nos llamaban por teléfono o hacíamos la conexión por Internet. Siempre hubo control y manejo del paciente. Se decía que era la población más vulnerable y resultó que fueron los más juiciosos.” (LP)

“Los medicamentos los mandaban a la casa. Estoy viviendo en Moniquira, porque mi esposo está muy malito, tiene un problema de pulmón. Estamos solitos acá en una cabaña. En cuanto a los medicamentos, unos, mi hijo los reclama y los otros, se los envían a la casa. Nos dan todos los medicamentos. Le agradezco mucho a la enfermera Viviana. Es una persona muy importante. Ella es la que se encarga de todo”. (CS)

“Todo el programa es magnífico, pero en los medicamentos si he tenido complicaciones porque unas veces hay y otras no. Se los dan a uno por etapas. Los medicamentos que le formulan a uno para el mes, no se los dan todos, toca en etapas. Que no hay, que no llegaron, que están agotados. He sufrido por eso. Lo demás maravilloso todo”. (MC)

“Me adhiero a la protesta de los medicamentos. Aquí en Tunja vamos a reclamar los medicamentos y hay que contar con medio día y le dicen a uno que no, que se los mandan a la casa, pero llegan a los 8, o 15 días. No hay prelación para nosotros los mayores de edad, sino que tenemos que hacer fila común y silvestre como cualquier persona más. Llega uno a las 8 de la mañana y le da la una de la tarde esperando los medicamentos. En lo demás estoy totalmente agradecido con todo, con los médicos, con las personas encargadas, pero con la farmacia si estoy un poco descontento porque no prestan el servicio que nos deben prestar”.(HW).

6. Resultados en salud y expectativas

Los pacientes consideran que desde que ingresaron al PAP han mejorado sustancialmente, lo cual es medible por la disminución de las consultas a urgencias y las hospitalizaciones. Cuando reciben atención por parte del personal de salud, se sienten aliviados, tranquilos y agradecidos. Perciben una mejora inmensa en calidad de vida.

“He mejorado el ciento por ciento. Antes de este programa me la pasaba cada nada en urgencias porque soy hipertensa, sufro de problemas cardiacos. Ahora llevo ya tiempos que no voy a urgencias. Con el programa todo ha sido bueno, el único inconveniente ha sido con los medicamentos, de resto todo magnífico”. (MC)

“Me siento extraordinariamente tranquila después de que estoy integrada a este programa. La atención es increíble. La forma como los médicos y todas las personas que me llaman. Uno sale como nuevo de esas consultas. Eso es algo muy grande y da mucha tranquilidad”. (MC)

Coinciden en que una virtud muy importante del PAP es el servicio humanizado, sentirse que los están cuidando todo el tiempo, que la comunicación fluye, que los conocen y que son como una familia. Destacan, además, el profesionalismo de cada integrante del equipo. Aprecian la oportunidad en la atención.

“Muy agradecida porque la atención es oportuna y la calidad humana de todas las personas que nos atienden es excelente. En el mes de septiembre estuve supremamente enferma, tuve complicaciones con todo, pero ya gracias a Dios estoy mejor y gracias al programa”. (LL)

“Desde el portero sabe mi nombre y apenas llego me dice y hoy ¿a qué viene? y me remite a dónde debo ir, hoy estuve allá y fui a la vacuna y a rectificar una autorización y hay algo que, a lo mejor, mis compañeros de panel no saben, y es que los medicamentos ya los están entregando aquí”. (DV)

“En mi caso he visto que a mi madre la calidad de vida le ha mejorado un 175 por ciento porque ha sido remitida a los especialistas. Mi mamá necesita cardiólogo, neumólogo, endocrinólogo. También ha estado con la de trabajo social con psicología con gestor de autocuidado, que son excelentes profesionales que se les ve la calidad humana y se preocupan porque el paciente tenga una mejor calidad de vida”. (LP)

“La verdad lo importante es como su nombre lo indica la asistencia permanente en el programa en todo el sentido de la palabra y pues yo estoy muy contento y me he sentido muy bien con en el monitoreo que me han venido haciendo después de mi cirugía cardiovascular”. (AV)

Entre las expectativas y recomendaciones señalan la importancia de que los médicos del PAP sean excelentes profesionales, que sean especialistas y que las citas con otras subespecialidades sean más oportunas. Reiteran la importancia de un mejor suministro de medicamentos.

4.1.4 Programa “Al ritmo de tu corazón”. Cajacopi EPS

Cajacopi EPS, tiene sedes en nueve departamentos del país: Atlántico, Bolívar, Boyacá, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Meta y Sucre. Participaron en el grupo focal 14 profesionales de la EPS Cajacopi y de varias de sus IPS, Multisalud, Fundovida, Instituto de Riesgo Cardiovascular IRC, FRC, Unidad Médica Ambulatoria.

El programa de Cajacopi *Al ritmo de tu corazón* inició en 2016. inicialmente era para personas entre 45 años y más. Ahora, la población objeto es entre los 18 y los 69 años de edad. El programa utiliza una matriz de seguimiento con las variables que solicita la CAC de forma anual. Tienen red de prestadores en las ESE de primer nivel y con IPS de riesgo en cada uno de los departamentos en donde está la EPS.

A. Análisis desde la perspectiva de los profesionales y tomadores de decisión

Los profesionales explicaron el objetivo del programa:

“El objetivo del programa Al ritmo de tu corazón es: incluir a todos los pacientes que tienen diagnóstico de hipertensión y diabetes para que con tratamiento y atención de sus comorbilidades se prevengan y retrasen las complicaciones como el infarto, las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad renal crónica que tienen tanto impacto económico y en la calidad de vida de nuestros pacientes, con una atención integral de todas las patologías donde también incluimos los pacientes con dislipidemia y con obesidad porque conocemos el riesgo cardiometabólico de estas dos patologías”. (LS)

1. Evaluación integral de los pacientes y estratificación del riesgo

Población objeto: personas: entre los 18 y los 69 años de edad (753.848 afiliados en este rango de edad), sin desconocer mayores de 70 años que también pueden ingresar al Programa.

Patologías priorizadas:

- hipertensión arterial (72.000);
- diabetes tipo 1 (más de 1.000);
- diabetes tipo 2 (más de 5.000),
- pacientes con hipertensión y diabetes tipo 1 de manera simultánea (más de 3.000) y
- pacientes con hipertensión y diabetes tipo 2 (casi 5.000) y otras patologías afines.

Proceso de identificación de los afiliados que ingresan al “Programa Al ritmo de tu corazón”: Son varias las vías de identificación, canalización de pacientes y estratificación del riesgo.

- A través de una IPS aliada que realiza una encuesta de salud para identificar los pacientes de la población general e identificar su riesgo cardiovascular.
- Por chat o por call center, se hace una encuesta de salud en la que se identifican todos los riesgos y se dirige o se redirecciona la población, de acuerdo con su riesgo cardiovascular, según la escala de Framingham.

- A través de las ESE de primer nivel que identifican los pacientes que tengan diagnósticos de hipertensión y diabetes.
- A través del censo hospitalario, que es un análisis semanal.
- Por búsquedas en las PQR (Preguntas, Quejas y Reclamos) con temas sobre posibles candidatos al Programa.
- A través de la línea de salud mental: a esta línea también acuden pacientes que necesitan una cita o necesitan asesoría de cómo acceder al Programa.
- La línea nacional gratuita: canaliza al paciente que llame a cualquiera de las líneas o se acerque a una oficina de la seccional.
- A través de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.
- Personas que son atendidas por cualquier otro programa, a las que se les identifica el riesgo, la patología y se direccionan al Programa.

2. Ruta de atención y componentes del Programa

Una vez identificado el paciente, mediante demanda inducida, se localiza y se asigna una cita en una “IPS de Riesgo”, se confirma el diagnóstico y sus comorbilidades con un paquete de atención inicial y cuando ya está confirmado su diagnóstico, ingresa al Programa Al Ritmo de tu Corazón: recibe atención por Medicina Interna. El Médico Internista hace la valoración del compromiso de órgano blanco y clasifica el daño renal³, determina el plan de manejo, si los controles son semestrales o trimestrales y establece el tratamiento farmacológico y la interconsulta con psicología, con nutrición y con fisioterapia.

El paciente recibe un carné de control en el cual le son asignadas las diferentes consultas.

“Tenemos dentro de los lineamientos las responsabilidades que les corresponden a cada una de nuestras I.P.S. de riesgo y también tenemos el módulo de seguimiento a grupos priorizados que es una plataforma que está dentro de nuestra página de Génesis en donde las asistentes seccionales les hacen seguimiento telefónico a los usuarios de nuestro programa y de todos los programas que tiene gestión de riesgo” (LS).

3. Continuidad de la atención

Desde la EPS a nivel nacional se realiza un análisis del censo hospitalario, independiente del servicio donde está el paciente, ya sea UCI o una hospitalización general, incluso urgencias. Ese análisis se envía a las seccionales de la EPS, en donde hay un asistente por cada seccional, quien envía a la IPS el grupo de pacientes que le corresponde. La IPS durante las semanas siguientes se contacta con el paciente o familiar, se analiza la situación y se construye un plan de manejo para cada paciente, que incluye la toma de una batería de exámenes y la cita con el médico internista.

³ Clasificación de daño renal para el reporte a la cuenta de Alto Costo según la Resolución 2463 del 2014

4. Equipo multidisciplinario y coordinado

En la EPS hay un Coordinador del Programa, quien consolida y hace seguimiento a la información mediante indicadores.

En las IPS hay una enfermera líder, quien maneja el seguimiento a los pacientes, programa exámenes de laboratorio, está pendiente de los pacientes que no asisten, de los que se hospitalizan y de la demanda inducida, apoyada por un grupo de auxiliares de enfermería quienes realizan las llamadas de seguimiento, de recordatorio de citas y de demanda inducida.

Los equipos están compuestos por médicos generales, médicos internistas, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, profesionales en enfermería y auxiliares de enfermería. La coordinación se facilita si en la misma IPS (v.g. Multisalud) están todos los profesionales de las diferentes disciplinas, que atienden a los pacientes. Tienen historia clínica electrónica en donde el médico tratante puede ver los resultados de las consultas realizadas por otros profesionales, así como la trazabilidad de todos los contactos por parte del equipo con los pacientes, detectar si hay signos de depresión u otra necesidad sentida del paciente. Además, tienen grupos de WhatsApp para comunicarse.

“Tenemos grupos de WhatsApp con todos los profesionales asistenciales y si hay algún caso en particular, ahí mismo, ellos se van diciendo el uno al otro. Ese paciente lo mande a esto porque tiene esta condición, por favor te lo recomiendo para que ahondes en esto, entonces siempre está la comunicación permanente entre los profesionales”. (JH).

“Nosotros tenemos enfermeras líderes en cada una de las sedes. Ellas manejan todo el seguimiento a los pacientes. Están atentas a los pacientes inasistentes, a los pacientes que se hospitalizan y a la demanda inducida, en conjunto con el grupo de auxiliares de enfermería para hacerle las llamadas de seguimiento, las llamadas de recordatorio de citas para que al paciente no se le olvide que tiene que venir a su cita de control y el día de mañana o pasado mañana tiene cita por medicina interna, que debe verlo nuevamente la nutricionista. También tenemos un coordinador administrativo” (NN)

También están las personas que lideran el programa de actividad física “Vamos al Parque”.

“Uno de los hijos de nuestro programa es el programa de actividades físicas “vamos al parque”. Cada IPS es responsable de realizar actividades físicas a la población que tenemos en la seccional y obviamente este paciente vuelve a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud por cualquier otra patología con la que conviva, pero no sale de nuestro programa y se hace su seguimiento y su control según lo requiera” (LS).

Reconciliación de medicamentos: a nivel nacional de la EPS se detectan los pacientes con polifarmacia y la información es enviada mensualmente a las seccionales de la EPS, así como posibles interacciones medicamentosas. Esta información es enviada a cada IPS de riesgo para la conciliación de medicamentos de cada caso en particular. Este proceso está en implementación.

5. Capacitación del personal

La EPS aporta todas las capacitaciones tanto al personal asistencial como a la parte administrativa de las IPS, en temas de cómo hacer la logística, los cronogramas, etc. Otras capacitaciones sobre atención clínica de los pacientes se realizan al interior de cada IPS.

“Cajacopi siempre aporta a las IPS todas las capacitaciones necesarias para mejorar el programa. Tenemos una conexión o una relación bastante cercana por lo que podemos decir que, para cada cambio, o mejorar algún indicador, o cualquier situación con los usuarios, la EPS nos aporta todas las capacitaciones tanto al personal asistencial como a la parte administrativa” (AC)

6. Recursos clínicos utilizados en el programa

El tratamiento es individual para cada paciente. Cuando llegan pacientes complicados o descompensados se citan cada mes o según el criterio del médico.

“El tratamiento es individual, corresponde a lo que el médico indique o diagnostique al momento de la consulta”. (YQ)

“En Multisalud tenemos toda la capacidad instalada en la misma sede. Tenemos primer nivel y también los especialistas. El usuario pasa a su consulta con el médico general, quién es el que diagnostica, después de que le da el diagnóstico pasa a consulta con medicina interna, pasa a consulta con psicología y pasa a consulta con nutrición, se le dan las citas en los diferentes días en que el usuario pueda, si el usuario puede el mismo día, pasa por las tres, tanta medicina interna, psicología y nutrición”. (MM), “Nosotros utilizamos historia clínica electrónica mediante un programa que se llama Prosoft entonces los médicos pueden ver la evolución de los pacientes de todas las consultas que han tenido en nuestra institución”. (MM)

“Nosotros tenemos una central de demanda inducida con sólo auxiliares de enfermería en las que vamos monitoreando a todos los pacientes y obviamente le damos prioridad a algunos tipos de pacientes, por ejemplo, el que está recién egresado de hospitalización, el que está en una condición crítica por cierto diagnóstico adicional. Todas esas gestiones van quedando consignadas en la historia clínica. Esto nos ayuda a que el profesional tratante pueda tener un status de qué tan sensible puede llegar a ser ese paciente y si tiene que ahondar en algún tema en específico”. (JH),

7. Autogestión – Autoeficacia

Dependiendo de las necesidades del paciente, es atendido en compañía de un familiar, apoyo indispensable en el manejo de ellos.

Es fundamental que el paciente entienda verdaderamente su enfermedad para lograr adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Crearon la estrategia “yo te escucho, yo te ayudo” por medio de la cual realizan una encuesta al paciente y su familiar para saber si entendieron cómo es el plan de manejo y si tiene dudas o preguntas. También hacen llamadas al azar para medir adherencia al tratamiento, efectos secundarios y otras necesidades del paciente. Este contacto con el paciente y sus familiares también se aprovecha para fortalecer conocimientos sobre hábitos saludables.

“El apoyo de los familiares es completamente importante muchos de estos pacientes tienen algunas limitaciones para entender el tipo de enfermedad que tienen, las complicaciones y para dónde van si siguen en la misma línea A muchos de mis pacientes les solicito que ingresen con familiares para poder hacerles entender a ellos el cuidado necesario de estos pacientes, principalmente, la adherencia a su medicina, a las citas, la adherencia a todo el equipo multidisciplinario que nosotros manejamos acá”(NN)

En la estrategia “yo te escucho, yo te ayudo”, les enseñamos a los usuarios diabéticos la aplicación de la insulina. Aquí llega el usuario con el familiar, con su medicamento, con sus jeringas. Nosotros les explicamos los puntos en los cuales pueden aplicarla, toda la claridad acerca de la aplicación. Les hablamos sobre los hábitos saludables, cómo deben llevar este estilo de vida para que su enfermedad no empeore”.

8. Atención en zonas rurales

Los profesionales de la EPS Cajacopi y de las IPS que participaron en el grupo focal comentaron de dos modalidades para la atención de pacientes que residen en zonas rurales:

Una, mediante la cual, la IPS, construye una base de datos de aquellos usuarios que tienen diagnósticos de hipertensión o diabetes, a quienes les hacen demanda inducida para que tengan una cita programada. La EPS Cajacopi les da el dinero del transporte para acercarse a la IPS que les quede más cercana, y en esta cita tratan de que se brinden todas las atenciones ese día, dado que al usuario se le dificulta ir. Cuentan con regentes (personal de la EPS) en cada municipio para coordinar la logística.

La otra estrategia que mencionaron, es mediante brigadas de salud, diseñadas por ingenieros especialistas en logística integral, que consiste en un análisis previo de la población que se va a atender para determinar el número de profesionales que asistirán. Tienen tres momentos de atención: pre-brigada, brigada y post-brigada. En la pre-brigada se identifican las personas que se van a atender en la brigada. En la brigada se realiza la atención integral, que cuenta con interconsulta con especialistas a través de telemedicina. En la post-brigada se busca dar continuidad a la atención de los pacientes identificados.

“Con un grupo de ingenieros especialistas en logística se diseñó un modelo en el que hay tres etapas una pre brigada, una brigada, y una post brigada. En la pre brigada entra toda la búsqueda de los pacientes que se hace articuladamente entre la IPS y Cajacopi. Los gestores hacen un papel muy importante. Son los que diariamente van alimentando nuestra base de datos. También tenemos una búsqueda activa de parte nuestra. Cajacopi nos facilita las bases de datos de pacientes entre comillas sanos que tenemos nacionalmente y una estadística de los pacientes que probablemente puedan estar enfermos. Basados en todo eso seguimos una búsqueda activa que se hace a todo nivel. Por medio de perifoneo, de encuestas, de diversas formas. Previamente hacemos una evaluación de la capacidad instalada que necesitamos para atender en la brigada. De acuerdo con el tamaño de población y sus riesgos, planificamos la cantidad de atenciones por cada especialidad: psicología, nutrición, enfermería, electro, y todas las ayudas que de ahí se dependen. Ese es el punto cero. De ahí sale la programación en la que se definen puntos de acopio. Hay un trabajo detrás por número de población, por distancia, por tipos de caminos, destapados o no destapados, accesibilidad. Se hacen avanzadas que hace el ingeniero y en esos puntos de acopio, se convoca a los municipios más cercanos para hacer más efectivo todo el recurso destinado para esas brigadas.”
(AA)

9. Atención en tiempos de Covid-19

La EPS realizó capacitaciones a todos los prestadores, incluida la IPS de gestión de riesgo, describiendo claramente cuáles eran los criterios para que los pacientes recibieran atención a través de la modalidad de telemedicina, tele orientación, visitas domiciliarias, toma de muestras

de laboratorio a domicilio, entrega de medicamentos en el domicilio, creación de una línea telefónica de salud mental que entrega tele orientación con relación al manejo de la pandemia y del aislamiento y permite identificar cualquier necesidad que tenga un afiliado, así como cualquier problema de salud mental.

“En la pandemia se implementó el tema de las tele-consultas, la teleorientación y uno de nuestros fuertes en ese momento fue la atención domiciliaria, tuvimos grupos en cada sede de Fundovida que se encargaban de hacer toda la atención domiciliaria. Estaba conformado por un médico general, un auxiliar de enfermería y ellos contaban con el soporte telefónico de los especialistas en medicina interna para casos puntuales y en el caso de las embarazadas con el ginecólogo. De acuerdo a la ubicación geográfica de cada población, ellos llegaban a la vivienda del paciente con todos sus equipos de protección y los equipos biomédicos necesarios para la atención de este programa, hacían la consulta, su historia clínica al paciente, le ordenaban sus medicamentos, una vez que ya tuvieron todo eso ingresado en el sistema, se bajaban todas las ordenes medicas de laboratorio. o de medicamentos, o de cualquier otro estudio que necesitaba el paciente y se lo enviaba a la EPS para los trámites correspondientes. En cuanto a los laboratorios se iba a la vivienda del paciente a hacerle la toma de laboratorio y se programaba la siguiente consulta. El médico, a través de módulo de laboratorios, en su historia clínica, podía leer los exámenes y ordenar el plan manejo. Nosotros aún continuamos con las visitas domiciliarias porque todavía hay un grupo de pacientes que no asisten a las sedes. Hacemos seguimiento domiciliario por su condición de salud”. (NN)

10. Resultados en salud: evaluación clínica de los pacientes y otras evaluaciones

Los indicadores utilizados son los de la Cuenta de Alto Costo. Para junio de 2020 los indicadores muestran que la población del Programa tiene un nivel de control de presión arterial satisfactorio (el indicador está en verde). El indicador de la hemoglobina glucosada está en 58,08, (en amarillo) en un rango de alerta para establecer estrategias para mejorar este indicador. La meta de hemoglobina glucosada de los pacientes del Programa es menor de siete (en verde), es decir que la población sí está logrando llegar a las metas adecuadas de control de diabetes.

De LDL es un rango menor de 100. la creatinina en el último año está en 59,64 que es un rango medio. Albuminuria en el último año es un rango bajo. El control del índice de masa corporal estamos en un rango medio y los pacientes que no han perdido la tasa de su filtración en menos de 5 mililitros, minuto año es de 70.45, estamos en un rango alto. Esto significa que las estrategias que estamos implementando en nuestra población para evitar la progresión de daño renal están siendo satisfactorias.

Para conocer acerca de la satisfacción del usuario, utilizan el test diseñado para la estrategia “yo escucho, yo te ayudo”. El programa no tiene estudios de costo-efectividad.

11. Articulación con el Ente Territorial

En cuanto a la articulación con el Ente Territorial, esta fue la respuesta de la EPS:

“A veces los entes territoriales no funcionan, son más punitivos que otra cosa y realmente ese no es el deber ser. Los entes territoriales deben articularse y sabemos que ellos también son reguladores de la prestación como tal y son reguladores de las EAPB, pero a veces les falta aterrizar en lo que

realmente ellos tienen que hacer en su función principal que es ayudarlo a la aseguradora a planear la atención y eso se queda corto. Nosotros dentro de nuestra caracterización y nuestro modelo para prestar tenemos muchos insumos, entre esos el análisis de situación en salud de los municipios, de los departamentos, de los distritos, pero no debería ser solamente eso, y debería ser mucho más articulado y que ellos dejen de ser tan punitivos". (SL)

B. Análisis desde la perspectiva de los pacientes y cuidadores

En el grupo focal de pacientes y cuidadores de Cajacopi participaron 19 personas de diferentes lugares del país en donde la EPS tiene cobertura.

1. Ruta de atención y componentes del programa

En general los pacientes refieren haber sido contactados por la EPS a través de una llamada para darles cita, tomar exámenes de laboratorio, e ingresar al programa. Otros pacientes fueron a consulta con el médico general quien los remitió a un médico especialista en medicina interna y así ingresaron al Programa.

"A mí para entrar al programa me hicieron una llamada, de FRC unidad ambulatoria, para hacerme unos exámenes y así entrar al control de riesgo cardiovascular". (NA)

"Mi ingreso al programa se debió a una llamada que recibí invitándome al programa. Me siento muy complacido con la buena atención especializada. De verdad que muy, muy contento, cubren todas mis expectativas como paciente y no tengo queja en el momento de su atención". (EG)

También refirieron que fueron vistos por una enfermera quien les solicitó los exámenes de laboratorio y paraclínicos, y posteriormente, fueron citados a consulta con médico internista con los resultados de los exámenes. También les hicieron una encuesta. Los pacientes explicaron haber tenido una primera cita con el médico internista, quien les hizo la consulta y les solicitaron estudios y exámenes. Señalan que la atención ha sido muy rápida. Las enfermeras los llaman y están pendientes de las citas y de todo el programa. Han tenido seguimiento desde entonces.

El seguimiento es hecho por medio de un call center con auxiliares de enfermería quienes hacen la búsqueda, llaman al usuario para ver si ya tuvo la consulta, verificar si ya reclamó su medicamento y si se los entregaron, etc.

"De acá, de Multisalud, constantemente lo están llamando. En caso que por algún motivo no lo puedan atender, lo llaman para cancelar esa cita, pero inmediatamente la programan con otro médico, no lo dejan a uno sin la atención". (DB)

"Yo soy paciente de acá de Sincelejo. A mi primero me atendió enfermería, me mando todos los laboratorios y en seguidamente me dieron a cita con el médico internista. Hasta el momento el trato es excelente, me llaman todos los meses para programarme mis citas y me avisan 2 o 3 días antes que tengo la cita y cuando las he perdido me llaman enseguida para reprogramarlas el mismo día". (AV)

"Tengo el número para llamar a la enfermera. Hay un call center, entonces las llamadas son al instante, no es como en otras partes que uno es marque y marque y se cansa uno de marcar. No, aquí en Fundovida es diferente. Uno marca y al instante están respondiéndole el llamado. Es una atención de primera. (EM)

2. Equipo multidisciplinario y coordinado

A los pacientes los llaman y les asignan cita cada tres meses con medicina interna, cada seis meses con el nefrólogo, con la psicóloga, y con nutrición. Están muy contentos con el programa, los han atendido muy bien.

“De verdad que es un programa súper espectacular, el de Fundovida aquí en Cartagena, muy completo”. (EG)

“Acá hay una fisioterapeuta que nos llama, nos invita a charlas, o cuando venimos a las citas, nos dicta charlas, nos enseña cosas, nos hacen rifas, nos dan desayunos saludables y también tenemos una nutricionista que nos dan citas mensuales y nos va llevando la dieta”. (NA)

“He estado en las capacitaciones, dictadas por psicología y nutrición. La verdad excelente. En mi caso, psicología me hizo entender que yo era una persona de alto riesgo, porque yo no lo quería aceptar y no tomaba medicamentos ni nada, pero la psicóloga me ayudó a entender que tengo una patología y tengo que cuidarme por el bienestar de mi familia”. (DB)

3. Integración-coordinación asistencial. Continuidad en la atención

En general los pacientes están muy contentos con la atención por parte de los médicos y de todo el equipo. Mencionaron:

“Me han atendido muy bien, excelentemente la atención, para todo, para todo, para laboratorio, para medicina general, para medicamentos, para todo ha sido muy buena la atención, estoy agradecida con Multisalud”. (NA)

4. Agencia: Autogestión, autocuidado, autoeficacia

Los pacientes refieren recibir información y capacitación sobre cómo cuidarse, extensiva a su familia. Estos son algunos comentarios al respecto:

“La capacitación aquí es permanente. En cada consulta de medicina general le van explicando a uno y eso también lo refleja uno en la familia. El hipertenso soy yo, pero de todas maneras yo le transmito a mis hijos, que tienen que estar bien, que ya son adultos, les transmito las recomendaciones que me da la doctora; también las de la nutricionista y las del médico internista. La capacitación siempre va en evolución, siempre es permanente en Fundovida a través del personal médico”. (EG)

“Nosotros acá hay una fisioterapeuta que ella nos llama, nos invita a charlas, o cuando venimos a las citas ya ella esta hay, nos dicta charlas, nos enseña cosas, nos hacen rifas, nos dan desayunos saludables y también tenemos una nutricionista que nos dan citas mensuales o cada que nosotros las solicitemos y nos va llevando en una dieta”. (AV)

“Yo he estado en las capacitaciones dictadas por psicología, nutrición, la verdad excelente. En mi caso, psicología me hizo entender que yo era una persona de alto riesgo, porque yo no lo quería aceptar y no tomaba medicamentos ni nada, pero la psicóloga me ayudo a entender que tengo una patología y que tengo que cuidarme, por el bienestar de mi familia”. (NA)

5. Atención en tiempos de Covid-19

Recibieron atención constantemente durante la pandemia, los llamaron, les enviaron los medicamentos, los atendieron con teleconsulta, los llamaron para que fueran a vacunarse. Todo el tiempo se sintieron cuidados. Sin embargo, refieren que prefieren la atención en persona y no por teleconsulta.

“En la pandemia Fundovida se portó excelente. Me llamaban por teléfono, me mandaron laboratorios y siempre estaban pendientes conmigo. Tuvimos citas a domicilio y también video llamada. Para los medicamentos mandaba la orden por el celular y los enviaban a domicilio”. (EM)

“La psicóloga siempre pendiente de mí. Me atendieron en video consulta. Los doctores siempre estaban pendientes. Todos los días tengo que tomar medicamento, siempre me los envían”. (JM)

6. Resultados en salud y expectativas

Se sienten muy bien atendidos, tanto por los médicos como por el personal administrativo, y piden que el Programa continúe, que no lo vayan a cambiar.

“Nosotros como crónicos estamos muy bien atendidos. Lo único que pedimos es eso que no vaya a cambiar, que siga así porque nos sirve mucho”. (AV)

Destacan la comunicación continua del Programa hacia ellos y que tienen a quien llamar y obtener respuesta cuando tienen dudas o necesidades, así como el trato amable que reciben.

“Lo que yo he encontrado en Fundovida es que aquí el medico te brinda esa confianza para que tú te expreses, para que uno como paciente exprese todo lo que uno siente y eso me ha dado tranquilidad emocional y sale uno bien atendido, con esa confianza, uno aquí se siente como en casa. Ojalá eso se tome como ejemplo”. (EG)

También refieren como algo muy importante, que los llaman antes de la consulta para que vayan a hacerse los exámenes de laboratorio y así llegan a la consulta médica con los resultados. Reciben los medicamentos que necesitan, así como las interconsultas con otras disciplinas como psicología, fisioterapia y nutrición. Citaron que prefieren las consultas y en general toda la atención, en forma presencial y no por teleconsulta. También dijeron que quisieran que les ofrecieran más espacios para actividad física.

“A mí me gustaría que las citas fueran presenciales, y como dice el señor, más actividad física para nosotros”. (JM)

4.2 Fase cuantitativa

En este análisis se presenta información agregada de los regímenes contributivo y subsidiado como comparador de las EAPB objeto de análisis, y de manera específica de las EAPB Compensar, Cajacopi, Savia Salud. No se incluye información de Cosmitet.

4.2.1 Regímenes contributivo y subsidiado

En un primer tiempo de análisis se tomó toda la información reportada para el régimen contributivo y subsidiado y se utilizó como pivote 178 códigos CIE10, agrupados en dos grupos grandes y ocho subgrupos

Tabla 9. Grupos de Condiciones de salud pivote basados en CIE10. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

Grupo	Clave	Condición	CIE10
G1	DIS	Dislipidemia	7
	DM	Diabetes	55
	ERC	Renal	18
	HTA	Hipertensión	23
	HTD	Hipotiroidismo	26
	OBS	Obesidad	5
	VRI	Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores	20
G2	ART	Artritis	24
Total			178

Fuente: Elaboración propia de los autores

A. Régimen contributivo

Los resultados para el régimen Contributivo fueron:

- **Personas atendidas**

La marca con más peso es HTA (hipertensión), seguida de DM (Diabetes), HTD (Hipotiroidismo) y DIS (dislipidemia)

Tabla 10. Distribución de personas por Atendidas año con las condiciones de salud pivote. Régimen contributivo. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

Año	ART	DIS	DM	ERC	HTA	HTD	OBS	VRI	Total
2018	153.713	716.799	751.326	298.272	2.281.368	791.151	668.530	438.704	6.099.863
2019	227.579	725.694	909.368	349.852	3.249.112	796.858	721.636	543.118	7.523.217
2020	162.512	682.012	835.216	283.028	2.762.149	755.929	498.898	405.686	6.385.430
Total	543.804	2.124.505	2.495.910	931.152	8.292.629	2.343.938	1.889.064	1.387.508	20.008.510
	2,72%	10,62%	12,47%	4,65%	41,45%	11,71%	9,44%	6,93%	

Fuente: Elaboración propia de los autores

El total de personas únicas por año de fue de seis millones para el año 2018, siete millones y medio para el año 2019 y seis millones trescientos para el año 2020.

Tabla 11. Personas únicas año. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

Año	persona unica - DX
2018	6.099.863
2019	7.523.217
2020	6.385.430

Fuente: Elaboración propia de los autores

El análisis de las personas que presentan dos o más condiciones de salud pivote, se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 12. Número de personas con una o más condiciones de salud pivote años 2018-2020 – Régimen Contributivo. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

Condiciones	2018		2019		2020	
	Núm. personas	%	Núm. personas	%	Núm. personas	%
1	2.867.043	67,18%	3.427.220	65,95%	3.001.735	67,10%
2	1.041.334	24,40%	1.309.575	25,2%	1.107.180	24,8%
3	295.244	6,92%	375.852	7,2%	298.267	6,7%
4	56.057	1,31%	73.375	1,4%	57.311	1,3%
5	7298	0,17%	9.905	0,2%	8.129	0,2%
6	578	0,01%	981	0,0%	726	0,0%
7	30	0,00%	55	0,0%	42	0,0%
8	3	0,00%				
2 o +	1.400.544	32,82%	1.769.743	34,05%	1.471.655	32,90%
Total	4.267.587		5.196.963		4.473.390	

Fuente: Elaboración propia de los autores

- **Servicios recibidos**

En la base de datos suficiencia del Ministerio de Salud y Protección Social se encontraron en promedio 392 millones de actividades promedio año, representadas en 17 EAPB del régimen contributivo. La EPS Compensar (EPS008) representa el 6.79% del total de actividades reportadas en el período de 2018 a 2020.

Tabla 13. Actividades reportadas por las EAPB del régimen contributivo en la base de suficiencia 2018 a 2020. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

EAPB	2018	2019	2020	Total, general
EAS016	348,99		280,81	629,80
EAS027		1.892,11	2.381,08	4.273,18
EPS001	2.712,19	2.930,54	2.585,21	8.227,94
EPS002	43.026,01	52.151,24	50.878,06	146.055,32
EPS005	32.869,69	44.111,65	46.333,11	123.314,44
EPS008	23.769,98	31.616,79	24.501,44	79.888,20
EPS010	59.822,20	70.515,88	58.590,06	188.928,14
EPS012	3.813,80	4.464,40	4.016,29	12.294,48
EPS016	41.895,92	40.485,66	30.621,56	113.003,13
EPS017	39.790,46	40.598,30	29.812,56	110.201,32
EPS018	13.364,19	11.777,46	9.862,75	35.004,40
EPS023	7.614,42			7.614,42
EPS033	759,56			759,56
EPS037	93.406,84	112.509,18	103.339,78	309.255,79
EPS042		119,67	340,56	460,23
EPS044	7.416,45	12.856,04	16.121,33	36.393,81
EPS046		82,35	301,96	384,31
Total, general	370.610,67	426.111,27	379.966,54	1.176.688,47

Fuente: Elaboración propia de los autores *Números en miles

En cuanto al ámbito de atención se encontró que las EAPB del régimen contributivo reportaron que el 89.37% de las actividades se realizaron de manera ambulatoria, el 4.86% hospitalarias y el 4.71% de urgencias.

En Compensar se encontró que el 93.25% de las actividades se realizaron ambulatoriamente, seguido por el 0.96% hospitalarias.

Una vez marcadas las personas que presentan dos o más condiciones de salud en la base de datos, se identificaron las actividades realizadas a dichas personas, dando como resultado para los tres años 367 millones de actividades.

Tabla 14. Actividades reportadas por las EAPB del régimen contributivo en la base de suficiencia relacionadas con pacientes con multimorbilidad 2018 a 2020. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

EAPB	2018	2019	2020	Total, general
EAS016	143		139	281
EAS027		721	1.251	1.972
EPS001	1.368	1.158	934	3.460
EPS002	9.463	12.634	14.997	37.093
EPS005	9.356	18.055	14.947	42.358
EPS008	7.747	7.617	6.229	21.593
EPS010	16.543	20.971	17.998	55.512
EPS012	643	1.267	1.004	2.914
EPS016	12.802	15.465	11.265	39.532
EPS017	8.367	9.165	11.210	28.742
EPS018	4.082	2.864	2.787	9.734
EPS023	340			340
EPS033	137			137
EPS037	35.120	45.939	37.075	118.134
EPS042		4	34	38
EPS044	428	1.591	3.380	5.399
EPS046		3	49	52
Total, general	106.538	137.453	123.300	367.291

Fuente: Elaboración propia de los autores *Números en miles

En cuanto al ámbito de atención se encontró que el 91.70% de las actividades se realizaron en el ámbito ambulatorio, el 4.75% en el ámbito hospitalario y el 2.11% en el ámbito de urgencias.

En Compensar se encontró que el 93.95% de las actividades se realizaron ambulatoriamente, seguido por el 1,46% hospitalarias.

B. Régimen subsidiado

Los resultados para el régimen Subsidiado fueron:

- **Personas atendidas**

La marca con más peso es HTA (hipertensión), seguida de DM (Diabetes), VRI (Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores) y DIS (dislipidemia)

Tabla 15. Distribución de personas por Atendidas año con las condiciones de salud pivote. Régimen contributivo. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

Año	ART	DIS	DM	ERC	HTA	HTD	OBS	VRI	Total
2018	98.026	310.477	532.379	120.686	1.513.280	263.807	213.261	378.853	3.430.769
2019	94.441	298.571	439.268	107.747	1.437.598	249.988	235.540	350.372	3.213.525
2020	91.892	289.288	521.778	118.139	1.753.776	231.266	193.313	281.979	3.481.431
Total	284.359	898.336	1.493.425	346.572	4.704.654	745.061	642.114	1.011.204	10.125.725
	1,42%	4,49%	7,46%	1,73%	23,51%	3,72%	3,21%	5,05%	

Fuente: Elaboración propia de los autores

El total de personas únicas en promedio fue de tres millones trescientos mil para los años 2018 al 2020

Tabla 16. Personas únicas año. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

Año	persona unica - DX
2018	3.430.769
2019	3.213.525
2020	3.481.431

Fuente: Elaboración propia de los autores

El análisis de las personas que presentan dos o más condiciones de salud pivote, se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 17. Número de personas con una o más condiciones de salud pivote años 2018-2020 - Régimen Subsidiado. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

Condiciones	2018		2019		2020			
	Núm. personas	%	Condiciones	Núm. personas	%	Condiciones	Núm. personas	%
1	1.824.211	72,05%	1	1.774.184	73,40%	1	1.869.398	72,19%
2	550.750	21,75%	2	511.929	21,18%	2	576.503	22,26%
3	127.481	5,04%	3	111.032	4,59%	3	119.894	4,63%
4	24.421	0,96%	4	17.749	0,73%	4	20.436	0,79%
5	4115	0,16%	5	2075	0,09%	5	3028	0,12%
6	691	0,03%	6	160	0,01%	6	375	0,01%
7	30	0,00%	7	8	0,00%	7	29	0,00%
						8	1	0,00%

2018			2019			2020		
2 o +	707.488	27,95%	2 o +	642.953	26,60%	2 o +	720.266	27,81%
Total	2.531.699		Total	2.417.137		Total	2.589.664	

Fuente: Elaboración propia de los autores

- **Servicios recibidos**

En la base de datos suficiencia del Ministerio de Salud y Protección Social se encontraron 299 millones de actividades en promedio año, representadas en 30 EAPB del régimen subsidiado. La EPS Savia Salud (EPSS40) representa el 10,69% del total de actividades reportadas y la EPS Cajacopi (CCF055) representa el 4,31 del total de las actividades reportadas, en el período de 2018 a 2020.

Tabla 18. Actividades reportadas por las EAPB del régimen subsidiado en la base de suficiencia 2018 a 2020. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

EAPB	2018	2019	2020	Total, general
CCF023	2.640,86	2.600,20	2.262,23	7.503,29
CCF024	6.069,90	7.006,32	1.870,97	14.947,19
CCF027	3.202,26	2.375,28	1.167,06	6.744,59
CCF033	1.684,34	1.604,72	1.582,00	4.871,06
CCF050	983,55	1.617,09	1.300,68	3.901,32
CCF053		1.001,54		1.001,54
CCF055	9.215,23	12.499,00	16.960,05	38.674,27
CCF102	834,04		734,03	1.568,06
EPS022	2.859,90	6.047,06	448,15	9.355,10
EPS025	3.348,89	2.711,69	3.036,90	9.097,48
EPSI01	3.910,45	4.731,39	3.500,65	12.142,50
EPSI03	7.155,98	7.583,22	8.723,38	23.462,57
EPSI04	12.554,41	5.684,71	3.697,31	21.936,44
EPSI05	3.844,69	4.025,78		7.870,47
EPSI06		989,89	1.326,40	2.316,29
EPSS33	16.484,84			16.484,84
EPSS34	14.607,49	25.136,44	21.302,27	61.046,20
EPSS37		5.025,67	7.390,58	12.416,25
EPSS40	32.600,64	33.286,06	30.084,69	95.971,39
EPSS41	10.952,00	16.139,85	16.917,22	44.009,07
EPSS44			5.171,40	5.171,40
EPSS45	524,56	3.988,23	5.146,71	9.659,51
ESS002	3.535,60			3.535,60
ESS024	25.142,87	22.568,21	38.310,01	86.021,09

EAPB	2018	2019	2020	Total, general
ESS062	39.080,15	36.736,43	31.123,78	106.940,36
ESS076	15.505,07	15.693,00	9.723,01	40.921,08
ESS091	2.662,21	1.646,60	1.912,97	6.221,78
ESS118	29.614,36	28.676,95	25.080,36	83.371,67
ESS133	31.358,55	874,04	23.449,48	55.682,07
ESS207	36.810,44	37.603,00	30.244,95	104.658,39
Total, general	317.183,28	287.852,35	292.467,23	897.502,86

Fuente: Elaboración propia de los autores

En cuanto al ámbito de atención se encontró que las EAPB del régimen subsidiado reportaron que el 69.71% de las actividades se realizaron de manera ambulatoria, el 21.31% hospitalarias y el 7.57% de urgencias.

En Cajacopi se encontró que el 68.35% de las actividades se realizaron en el ámbito ambulatorio, seguido por el 20.25% en el ámbito hospitalario y 8.85% en el ámbito de urgencias.

En Capital Salud se encontró que el 68.97% de las actividades se realizaron en el ámbito ambulatorio, seguido por el 20.06% en el ámbito hospitalario y 10.04% en el ámbito de urgencias.

Una vez marcadas las personas que presentan dos o más condiciones de salud en la base de datos, se identificaron las actividades realizadas a dichas personas, dando como resultado para los tres años 359.240 actividades.

Tabla 19. Actividades reportadas por las EAPB del régimen subsidiado en la base de suficiencia relacionadas con pacientes con multimorbilidad 2018 a 2020. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

EAPB	2018	2019	2020	Total, general
CCF023	159	134	54	347
CCF024	1.126	500	409	2.035
CCF027	504	478	117	1.099
CCF033	18	50	200	268
CCF050	178	179	472	829
CCF053		706		706
CCF055	3.298	643	4.026	7.967
CCF102	183		52	235
EPS022	3.064	1.222	398	4.684
EPS025	423	297	469	1.189
EPSI01	62	103	163	328
EPSI03	584	94	1.509	2.187
EPSI04	1.497	131	62	1.690
EPSI05	300	184		484
EPSI06		76	196	272

EAPB	2018	2019	2020	Total, general
EPSS33	5.879			5.879
EPSS34	16.440	3.275	21.618	41.333
EPSS37		4.452	73.388	77.840
EPSS40	46.735	4.755	21.524	73.014
EPSS41	12.758	1.738	6.324	20.820
EPSS44			24.259	24.259
EPSS45	230	1.048	2.640	3.918
ESS002	968			968
ESS024	6.354	1.592	11.920	19.866
ESS062	9.707	2.242	1.833	13.782
ESS076	1.848	768	1.555	4.171
ESS091	1.752	249	766	2.767
ESS118	8.610	1.351	5.148	15.109
ESS133	7.422	8	4.221	11.651
ESS207	12.535	1.930	5.078	19.543
Total, general	142.634	28.205	188.401	359.240

Fuente: Elaboración propia de los autores

En cuanto al ámbito de atención se encontró que el 75% de las actividades se realizaron en el ámbito ambulatorio, el 18% en el ámbito hospitalario y el 7% en el ámbito de urgencias.

En Cajacopi se encontró que el 64% de las actividades se realizaron en el ámbito ambulatorio, seguido por el 24% en el ámbito hospitalario y 7% en el ámbito de urgencias.

En Capital Salud se encontró que el 67% de las actividades se realizaron en el ámbito ambulatorio, seguido por el 21% en el ámbito hospitalario y 12% en el ámbito de urgencias.

4.2.2 Entidades administradoras de planes de beneficio en estudio

En un segundo tiempo se realizó la extracción de datos de cada EPS que forma parte de las experiencias exitosas (Compensar, Savia Salud, Cajacopi) para ser analizado cada conjunto por separado teniendo en cuenta ciertas condiciones.

Cada EPS provee una tabla de diagnósticos CIE10 con la cual se caracteriza la población con condición de Multimorbilidad y los códigos del IPS con las cuales las EPS tienen convenio y son el sitio de referencia para la atención de estos pacientes, con estos datos se crea un algoritmo para identificar las personas por EPS.

Los registros que conforman cada uno de los conjuntos de datos para cada una de las EPS se describen en los siguientes acápite.

A. EPS Compensar

- **Personas atendidas**

Para la EPS008 Compensar la información analizada del estudio de suficiencia para el régimen contributivo para los años 2019 fueron 31.616.792 registros y para el 2020 24.616.792.

Tabla 20. CIE10 Compensar. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Año 2021

CIE10			
D500	E071	E138	E243
D501	E078	E139	E244
D508	E079	E140	E248
D509	E100	E141	E249
D510	E101	E142	E250
D511	E102	E143	E260
D512	E103	E144	E261
D513	E104	E145	E268
D518	E105	E146	E269
D519	E106	E147	E270
D520	E107	E148	E271
D521	E108	E149	E272
D528	E109	E15X	E273
D529	E110	E161	E274
D530	E111	E162	E275
D531	E112	E168	E278
D532	E113	E169	E279
D538	E114	E200	E282
D539	E115	E201	E311
E010	E116	E208	E318
E011	E117	E209	E319
E012	E118	E210	E320
E018	E119	E211	E321
E033	E120	E212	E328
E034	E121	E213	E329
E035	E122	E214	E340
E038	E123	E215	E343
E039	E124	E220	E348
E040	E125	E221	E349
E041	E126	E222	E350
E042	E127	E228	E351
E048	E128	E229	E358
E049	E129	E230	E40X
E050	E130	E231	E41X
E051	E131	E232	E42X

CIE10			
E052	E132	E233	E43X
E053	E133	E236	E44X
E054	E134	E237	E440
E055	E135	E240	E441
E058	E136	E241	E65X
E059	E137	E242	

Fuente: Elaboración propia de los autores

El algoritmo de búsqueda utilizado fue personas que tienen DX pivote de la experiencia exitosa, que pertenecen a la EPS experiencia exitosa, que tienen sitio de residencia en el municipio de la experiencia y fueron atendidas por la IPS puerta de entrada

NOM_EPS	EPS	MUNICIPIO	IPS PUERTA DE ENTRADA	DE	FILTRO CUMPLAN CON CONJUNTO DE CIE 10 DE LA EXPERIENCIA
COMPENSAR	EPS008	11001 Bogotá	CAJA COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	DE	(CIE10 = 'COMPENSAR') AND (A.EPS = 'EPS008') AND (A.COD_MUNI = '11001') AND (A.COD_PSS LIKE '1100107335%')

Para Compensar, en el estadístico de resumen de los valores y el estadístico de clases, se encuentra que esta EPS pasa de 311.671 personas en el 2019 a 4.368 en el 2020 y la variación de valores para el 2019 está en el rango de \$4.376 a \$522.025.381.

NOMBRE EPS	PERSONAS	PERSONAS
	AÑO 2019	AÑO 2020
COMPENSAR	311.671	4.368

- **Servicios recibidos**

En cuanto al gasto para el 2019 Compensar reporto \$ 673.080.135.594 en actividades de atención relacionadas con pacientes con multimorbilidad y para el 2020 \$ 15.104.394.234

Tabla 21. Gasto realizado por Compensar en pacientes con multimorbilidad, 2019-2020. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021

Medida	Gasto 2019	Gasto 2020
Media	2.160.389,45	3.457.965,71
Error típico	10.902,22	132.801,27
Mediana	776.928,00	1.341.600,00
Moda	19.770,00	25.451,00
Desviación estándar	6.085.302,17	8.776.948,14
Varianza de la muestra	37.030.902.456.576,20	77.034.818.669.642,70

Medida	Gasto 2019	Gasto 2020
Curtosis	627,34	195,52
Coefficiente de asimetría	17,05	11,12
Rango	522.021.005,00	236.423.583,00
Mínimo	4.376,00	24.635,00
Máximo	522.025.381,00	236.448.218,00
Suma	673.080.135.594,00	15.104.394.234,00
Cuenta	311.555,00	4.368,00
Nivel de confianza (95,0%)	21.368,03	260.357,86

Fuente: Elaboración propia de los autores

B. EPS Savia Salud

- **Personas atendidas**

Para la EPSS40 Savia Salud la información analizada del estudio de suficiencia para el régimen subsidiado para los años 2019 fueron 33.286.061 registros y para el 2020 30.084.690

Tabla 22. CIE10 Savia Salud. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021

Enfermedad autoinmune	CIE_10	Enfermedad autoinmune	CIE_10
GRUPO ARTRITIS	M052	GRUPO OTRAS AUTOINMUNES	C488
	M059		D591
	M060		D599
	M061		D869
	M069		D891
	M080		E850
	M089		E853
	M123		H150
	M139		H151
	M058		I730
	M053		K743
	M328		K769
	M329		L940
	M068		L943
GRUPO ESPONDILOARTROPATIAS	L405		L959
	H209		M300
	M000		M301
	M029		M303
	M074		M313
	M075		M314
	M080		M315
	M081		M317

Enfermedad autoinmune	CIE_10	Enfermedad autoinmune	CIE_10
	M45X		M319
	M469		M330
	M941		M331
GRUPO LES	D689		M339
	D690		M340
	D693		M341
	G360		M350
	L930		M352
	L950		M353
	M222		R501
	M321		
	M329		
	M332		
	M349		
	M351		
	M359		
	M941		

Fuente: Elaboración propia de los autores

El algoritmo de búsqueda utilizado fue personas que tienen DX pivote de la experiencia exitosa, que pertenecen a la EPS experiencia exitosa, que tienen sitio de residencia en el municipio de la experiencia y fueron atendidas por la IPS puerta de entrada

NOM_EPS	EPS	MUNICIPIO	IPS PUERTA DE ENTRADA	FILTRO CUMPLAN CON CONJUNTO DE CIE 10 DE LA EXPERIENCIA
SAVIA	EPSS40	05001 Medellín	ART MEDICA S.A.S.	(CIE10=SAVIA) AND (A.EPS = 'EPSS40') AND (A.COD_MUNI = '05001') AND (A.COD_PSS LIKE '0500110875%')

Para Savia salud, el estadístico de resumen de los valores y el estadístico de clases, encontrando que para esta EPS pasa de 1.428 personas en el 2019 a 1.509 en el 2020 y la variación de valores para el 2019 está en el rango de \$137.643 a \$135.038.278.

NOMBRE EPS	PERSONAS	PERSONAS
	AÑO 2019	AÑO 2020
SAVIA	1.428	1.509

- **Servicios recibidos**

En cuanto al gasto para el 2019 Compensar reporto \$ 12.420.985.820 en actividades de atención relacionadas con pacientes con multimorbilidad y para el 2020 \$ 10.509.154.043

Tabla 23. Gasto realizado por Savia Salud en pacientes con multimorbilidad, 2019-2020. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021

Medida	Gasto 2019	Gasto 2020
Media	8.698.169,34	6.964.316,79
Error típico	391.854,75	371.111,52
Mediana	3.526.607,00	3.266.647,00
Moda	#N/A	2.005.682,00
Desviación estándar	14.807.755,03	14.416.142,25
Varianza de la muestra	219.269.609.118.413,00	207.825.157.514.941,00
Curtosis	17,77	84,93
Coefficiente de asimetría	3,83	7,86
Rango	134.900.635,00	224.532.746,00
Mínimo	137.643,00	137.701,00
Máximo	135.038.278,00	224.670.447,00
Suma	12.420.985.820,00	10.509.154.043,00
Cuenta	1.428,00	1.509,00
Nivel de confianza (95,0%)	768.673,17	727.949,48

Fuente: Elaboración propia de los autores

C. EPS Cajacopi

- **Personas atendidas**

Para la CCF055 Cajacopi la información analizada del estudio de suficiencia para el régimen subsidiado para los años 2019 fueron 12.498.995 registros y para el 2020 16.960.048 registro

Tabla 23. CIE10 Cajacopi. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021

CIE10			
E134	E126	E131	I251
E140	E142	E133	I252
E125	E103	E135	I256
E148	E143	E138	I258
E141	E144	E139	I460
E147	E145	E100	I461
E108	E146	I10X	I469
E104	E105	I249	I221
E112	E106	I119	I259
E116	E107	I120	I150
E122	E102	I129	I158
E130	E110	I130	I211
E136	E113	I131	I219

CIE10			
E101	E114	I139	I248
E109	E115	I152	I255
E111	E117	I159	I250
E123	E118	I208	I132
E128	E120	I212	I210
E132	E121	I213	I229
E137	E124	I214	I151
E149	E127	I220	I228
E119	E129	I238	I110

Fuente: Elaboración propia de los autores

El algoritmo de búsqueda utilizado fue personas que tienen DX pivote de la experiencia exitosa, que pertenecen a la EPS experiencia exitosa, que tienen sitio de residencia en el municipio de la experiencia y fueron atendidas por la IPS puerta de entrada

NOM_EPS	EPS	MUNICIPIO	IPS PUERTA DE ENTRADA	FILTRO CUMPLAN CON CONJUNTO DE CIE 10 DE LA EXPERIENCIA
CAJACOPI	CCF055	23001 Montería	INSTITUTO PARA EL RIESGO CARDIOVASCULAR I.R.C IPS S A S	(CIE10=CAJACOPI) AND (A.STR_COD_EPS = 'CCF055') AND (A.STR_COD_MUNICIPIO = '23001') AND (A.STR_COD_PSS LIKE '2300101813%')
		20001 Valledupar	INSTITUTO PARA EL RIESGO CARDIOVASCULAR I.R.C. IPS S A S	(CIE10=CAJACOPI) AND (A.EPS = 'CCF055') AND (A.COD_MUNI = '20001') AND (A.COD_PSS LIKE '2000101917%')

Para Cajacopi el criterio de búsqueda se amplió a dos municipios y dos IPS de puerta de entrada encontrando solo 72 personas en el año 2020.

NOMBRE EPS	PERSONAS	PERSONAS
	AÑO 2019	AÑO 2020
CAJACOPI	0	72

- **Servicios recibidos**

En cuanto al gasto Cajacopi para el 2019 no tiene personas que cumplan con los criterios analizados y para el 2020 se reporta un gasto de \$ 204.939.874 en actividades relacionadas con pacientes con multimorbilidad.

Tabla 24. Gasto realizado por Cajacopí en pacientes con multimorbilidad, 2020. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021

Medida	Gasto 2020
Media	2.846.387,14
Error típico	676.890,22
Mediana	1.735.277,50
Moda	#N/A
Desviación estándar	5.743.603,98
Varianza de la muestra	32.988.986.722.796,90
Curtosis	59,40
Coefficiente de asimetría	7,40
Rango	48.623.304,00
Mínimo	121.563,00
Máximo	48.744.867,00
Suma	204.939.874,00
Cuenta	72,00
Nivel de confianza (95,0%)	1.349.680,77

Fuente: Elaboración propia de los autores

4.3 Triangulación de información cuantitativa y cualitativa

La multimorbilidad, en toda su complejidad, tiene múltiples implicaciones en diversos ámbitos de la vida cotidiana. El automanejo de muchas enfermedades crónicas es disruptivo y representa una carga diaria adicional por los tratamientos, autocuidados requeridos, seguimientos médicos y manejo de la polifarmacia. Sumándose a la carga diaria de la multimorbilidad, se relata como una realidad cotidiana el manejo y la obligatoriedad de tomar múltiples medicamentos a la vez, varias veces al día. El manejo de la multimorbilidad también incluye el autocuidado relacionado con el seguimiento médico que requiere visitas médicas frecuentes, a veces con muchos especialistas, lo que los participantes experimentan como una carga adicional.

Se expresó una fuerte preferencia por la atención multidisciplinaria e incluso integrada, incluidas las citas con médicos especialistas, salud mental y profesionales de la salud afines. Así, las estrategias para ampliar e integrar la atención de los especialistas con la atención de los médicos y enfermeras fueron vistas como positivas y necesarias en términos de mitigar el limitado acceso a la atención especializada. Además, se discutió ampliamente también el uso de sus propias estrategias de afrontamiento para manejar los aspectos psicológicos de sus condiciones físicas y/o mentales, incluyendo leer, jugar y hacer manualidades.

Los entrevistados informaron que algunas unidades ofrecen enfoques multifacéticos avanzados, que incluyen actividades grupales (p. ej., ejercicio físico, manualidades, alimentación saludable, terapias complementarias, reuniones multidisciplinarias sobre casos y/o temas específicos y acceso a especialistas).

El ámbito de atención se refleja en el resultado del estudio cuantitativo donde el 60.2% de las actividades de pacientes con multimorbilidad fueron ambulatorias, seguido por 27.9% de las actividades hospitalarias y 10.3% en urgencias. Para Compensar se encontró que el 84.6% de las actividades son ambulatorias, el 15.0% hospitalarias y el 0.17% urgencias.

A lo largo de sus entrevistas, los profesionales destacaron la importancia de la comunicación centrada en la persona para el inicio y mantenimiento del tratamiento. Discutieron el compromiso de incluir la perspectiva de la persona que vive con la enfermedad y una comprensión de quién es la persona, su historia de vida y preferencias, lo que ayudó a abrir conversaciones y fomentar relaciones de confianza. Se consideró que el lenguaje empoderador, basado en las fortalezas y centrado en la persona, mejoraba la motivación del paciente.

El tiempo fue visto como un facilitador esencial de la comunicación; por ejemplo, los pacientes sintieron que, cuando fuera posible, se necesitaban consultas más largas (20 a 30 minutos) para discutir los síntomas, las opciones de tratamiento y abordar las dudas. Esto se puede ver a través del costo. Se encontró que Compensar ha gastado \$ 1.408.485.274.669 en actividades de atención relacionadas con pacientes con multimorbilidad equivalentes al 9.0% del total de gasto reportado por las EAPB del régimen contributivo en estos pacientes (\$15.506.418.589.132).

Los profesionales expresaron que los sistemas de historia clínica electrónica estaban incompletos y fragmentados, por lo que debían repetir en las consultas su historia clínica con los profesionales de salud y mencionaron además, inconvenientes con la contrarreferencia de los pacientes derivados. Para completar la información faltante por ejemplo sobre los medicamentos, se basa

en los informes de los pacientes, quienes a menudo tienen dificultades para recordar sus medicamentos, lo que algunos médicos admitieron que les resultaba difícil debido a las restricciones de tiempo y la rotación de médicos.

Se menciona que para monitorear la adherencia al tratamiento se usa por ejemplo el monitoreo de rutina de la enfermedad (p. ej., glucosa, presión arterial), como indicador principal para el uso apropiado de medicamentos. Los profesionales de salud también discutieron el uso de signos sutiles de mala adherencia a los medicamentos, como un paciente que tiene dificultades para proporcionar descripciones de regímenes de medicamentos, acumulación de medicamentos informada por el paciente o patrones inesperados de solicitudes de medicamentos de los pacientes y renovación de fórmulas de medicamentos. Los registros de medicamentos en la historia clínica a menudo eran utilizados y vistos por médicos y enfermeras como la fuente más confiable de adherencia a la medicación, donde se puede ver lo que se ha recetado y si un paciente aceptó o rechazó intencionalmente la medicación. La adherencia, además, se observa a través de un porcentaje de 27.9% de las actividades hospitalarias y 10.3% en urgencias para Cajacopi y para Compensar se encontró que el 15.0% de atenciones fueron hospitalarias y el 0.17% urgencias. Observándose una mejor adherencia con estos proxys en Compensar.

Una de las razones para crear los programas de atención integral de mutlirmorbilidad estuvo relacionado con el acceso a medicamentos esto dado que tuvieron un impacto importante en la interrupción de los medicamentos, incluidas las dificultades con el acceso a los medicamentos tales como la falta de renovación de las fórmulas a tiempo, la pérdida de las fórmulas, el vencimiento de las fórmulas, la escasez del suministro de medicamentos. Además, de tener múltiples prescriptores simultáneos o cambiar de prescriptor se consideraban como una barrera para la adherencia, debido a la desintegración resultante de la atención. Además, se informó que tanto la ansiedad como la depresión limitan los esfuerzos de autocontrol y la adherencia al tratamiento, al reducir la motivación y la capacidad del paciente. Adicionalmente, se considera que los cambios en el estilo de vida son importantes factores en la adherencia al programa, aunque algunos pacientes informaron que tener a alguien que los acompañara en los cambios de estilo de vida actuó como un facilitador. A esto se suma el contexto, específicamente la falta de tiempo y recursos financieros, espacio adecuado, horario de trabajo, que a menudo actúan como barreras prácticas para el cambio de estilo de vida.

5 Conclusiones

A continuación, a manera de conclusiones se presentan los principales elementos de las experiencias exitosas de los modelos de gestión y atención para la atención de las personas con multimorbilidad en cuatro actores del sistema de salud:

- El manejo de la multimorbilidad incluye el autocuidado relacionado con el seguimiento médico que requiere visitas médicas frecuentes, a veces con muchos especialistas, lo que los participantes experimentan como una carga adicional.
- Los pacientes manifiestan que las actividades grupales son necesarias (p. ej., ejercicio físico, manualidades, alimentación saludable, terapias complementarias, reuniones multidisciplinarias sobre casos y/o temas específicos y acceso a especialistas).
- Es necesario un enfoque multidisciplinario en el abordaje y manejo de pacientes con multimorbilidad.
- Las estrategias para ampliar e integrar la atención de los especialistas con la atención de los médicos y enfermeras son necesarias en términos de mitigar el limitado acceso a la atención especializada.
- La evaluación integral de los pacientes se refleja en el resultado del estudio cuantitativo donde el 60.2% de las actividades de pacientes con multimorbilidad fueron ambulatorias, seguido por 27.9% de las actividades hospitalarias y 10.3% en urgencias. Para Compensar se encontró que el 84.6% de las actividades son ambulatorias, el 15.0% hospitalarias y el 0.17% urgencias.
- La comunicación centrada en la persona para el inicio y mantenimiento del tratamiento es importante. Por lo que se debería incluir la perspectiva de la persona que vive con la enfermedad y una comprensión de quién es la persona, su historia de vida y preferencias, lo que ayudó a abrir conversaciones y fomentar relaciones de confianza.
- El tiempo fue visto como un facilitador esencial de la comunicación con consultas más largas en donde se discutían síntomas, opciones de tratamiento, responder preguntas y esto impactó en el costo el cual disminuyó. Las atenciones relacionadas con pacientes con multimorbilidad equivalen al 9.0% del total de gasto reportado por las EAPB del régimen contributivo en estos pacientes.
- Los sistemas de historia clínica electrónica estaban incompletos (fragmentados), y se reportaron inconvenientes con la contrarreferencia de los pacientes derivados.
- La mala adherencia a los medicamentos se evidencia a través del uso de signos sutiles, como un paciente que tiene dificultades para proporcionar descripciones de regímenes de medicamentos, acumulación de medicamentos informada por el paciente o patrones inesperados de solicitudes de medicamentos de los pacientes y renovación de fórmulas de medicamentos.
- El monitoreo de la adherencia al tratamiento se hace a través de hace a través de del seguimiento de rutina de la enfermedad (p. ej., glucosa, presión arterial), como indicador principal para el uso apropiado de medicamentos; y del uso de signos sutiles de mala adherencia a los medicamentos, como un paciente que tiene dificultades para proporcionar descripciones de regímenes de medicamentos, acumulación de medicamentos informada por el paciente o patrones inesperados de solicitudes de medicamentos de los pacientes y renovación de fórmulas de medicamentos.

6 Discusión

Muchos de los desafíos informados en la atención de multimorbilidad fueron informados previamente por profesionales de la salud (Maffoni M, 2020) (Moffat K, 2015), predominantemente en países de altos ingresos. Incluyendo, tiempo de consulta insuficiente (Sinnott C, 2013) (van der Aa MJ, 2017); problemas con la atención despersonalizada y la forma o el nivel de información proporcionada por los profesionales (Van den Akker F. B., 1996); atención mal coordinada o fragmentada; e intercambio de información limitado entre los profesionales (Sinnott C, 2013) (van der Aa MJ, 2017).

Nuestros hallazgos respaldan la importancia reconocida de la carga de medicación, específicamente la frecuencia de la dosis y la complejidad del régimen para la adherencia al tratamiento (Ingersoll KS, 2008) y los esfuerzos para minimizar esa carga al reducir la frecuencia de la dosis (Srivastava K, 2013). Las cargas de comprender la condición, hacer malabarismos, monitorear y ajustar los tratamientos, los esfuerzos para comprometerse con otros para obtener apoyo, así como la carga financiera y de tiempo, se han destacado anteriormente (Sheehan OC, 2019)

El papel fundamental del seguimiento del tratamiento, la continuidad, la integridad de la atención (Alonso CMdC, 2018) e incluso la disminución de consultas hospitalarias y de urgencias (Kim K, 2016) (Jeet G, 2017), en poblaciones de Brasil (Moscovici L, 2020.) e India (Shinde S, 2013). Relacionado con estos procesos, el papel del programa se encontró asociado con una mayor satisfacción del paciente y mejores resultados en personas con multimorbilidad (Macinko J, 2012) (Macinko J D. I.-C., 2010); nuestro trabajo reitera estos temas y también muestra que una estrecha relación de confianza fomentada a través del programa da como resultado una buena comprensión de las barreras que enfrenta el PCP.

Los hallazgos sobre la interferencia de los trastornos mentales con la adherencia al tratamiento (Stein DJ, 2019) (Patel V, 2015). La importancia de la aceptación de la enfermedad y un enfoque individualizado de los pacientes en la comunicación y la planificación de la atención se hace eco de los postulados anteriores para la exploración del significado personal de la salud (Stewart M, 2014) (Salter C, 2019); adopción de una estrategia de atención más amplia que incluya capacidades pluralistas y personalizadas (Entwistle VA, 2018) (Goldsmith LJ, 2017); y el inicio del tratamiento a través de la obtención de motivos personales para el cambio a través de la autorreflexión y el suministro de información individualizada (Coventry PA, 2014) (Warner LM, 2013) (Salter C, 2019) (Meneer M, 2020) (Bergen C. , 2020) (Magill M, 2019).

7 Recomendaciones

De acuerdo con las entrevistas realizadas a profesionales y tomadores de decisión y a pacientes y cuidadores de las cuatro experiencias exitosas estudiadas, es necesario, como punto de partida, reconocer la complejidad cotidiana de la multimorbilidad para quienes la padecen, para quienes los cuidan y para el sistema de salud que brinda la atención y procura su bienestar.

Por ello, el país requiere con prioridad un modelo integral de gestión y atención de la multimorbilidad.

La complejidad cotidiana de la multimorbilidad

La multimorbilidad tiene diversas implicaciones en los ámbitos de la vida cotidiana. El automanejo de muchas enfermedades crónicas es disruptivo y representa una carga diaria adicional por los tratamientos, los autocuidados requeridos, los seguimientos médicos y el manejo de la polifarmacia con la respectiva obligatoriedad de tomar múltiples medicamentos a la vez, varias veces al día. El manejo de la multimorbilidad también incluye el seguimiento médico que requiere visitas médicas frecuentes, a veces con muchos especialistas, lo que los participantes experimentan como una carga adicional.

Colombia requiere un modelo integral de gestión y de atención de la multimorbilidad

Este modelo debe incorporar estrategias simultáneas en gestión y atención.

Componentes básicos del modelo en ATENCIÓN

Atención integral, continua y multidisciplinaria. Pacientes y profesionales expresaron su preferencia por una atención multidisciplinaria con rigurosidad científica y práctica colaborativa Interprofesional. La necesidad de una atención continua e integrada, incluidas las citas periódicas con médicos especialistas y con profesionales de salud mental. Lo anterior como un complemento a las citas con médicos generales y enfermeras.

Los entrevistados informaron que algunos de los programas ofrecen enfoques multifacéticos avanzados, que incluyen actividades grupales como lectura, ejercicio físico, manualidades, alimentación saludable, terapias complementarias.

Atención y comunicación centradas en la persona. A lo largo de las entrevistas, los profesionales señalaron que, si bien hay que partir de un modelo sustentado en la medicina familiar, la comunicación centrada en la persona para el inicio y mantenimiento del tratamiento, es indispensable. Discutieron el compromiso de incluir la perspectiva de la persona que vive con la enfermedad y una comprensión de quién es la persona, su historia de vida y preferencias. Esto ayuda a abrir conversaciones y fomentar relaciones de confianza. Se consideró que el lenguaje empoderador basado en las fortalezas y centrado en la persona, mejoraba la motivación del paciente.

El tiempo fue visto como un facilitador esencial de la comunicación. Los pacientes sienten que, muchas veces, se necesitan consultas más largas (20 a 30 minutos) para discutir los síntomas, las opciones de tratamiento y abordar las dudas.

Gestión del uso de los medicamentos. Los registros de medicamentos en la historia clínica a menudo son vistos por médicos y enfermeras como la fuente más confiable de adherencia a la medicación. En ellos se puede ver lo que se ha recetado y si un paciente aceptó o rechazó intencionalmente la medicación.

Sin embargo, en esta área se encontraron muchas dificultades: la no renovación de las fórmulas a tiempo, la pérdida y vencimiento de las fórmulas, la escasez de medicamentos, la polifarmacia, tener varios prescriptores simultáneos o cambiar de prescriptor. Todas estas situaciones interfieren de forma directa en la disposición de los pacientes frente a los medicamentos y como consecuencia, en la adherencia de los tratamientos.

Salud mental y hábitos de vida saludables. Pacientes y profesionales coinciden en que tanto la ansiedad como la depresión limitan los esfuerzos de autocontrol y la adherencia a los tratamientos, al reducir la motivación y la capacidad del paciente. De ahí la necesidad de hacer seguimiento constante a las condiciones emocionales del paciente y sus cuidadores con el fin de diagnosticar y proveer atención oportuna.

Los cambios en el estilo de vida son importantes factores en la adherencia a los programas y tratamientos. Algunos pacientes informaron que el tener a alguien que los acompañara en los cambios de estilo de vida actuó como un facilitador. Sin embargo, factores como la falta de tiempo, de recursos financieros, de espacio adecuados a menudo actúan como barreras para el cambio de estilo de vida.

Componentes básicos del modelo en GESTIÓN

De otra parte, los profesionales y tomadores de decisión expresaron la necesidad de que el modelo de gestión integral, involucre, por lo menos, los siguientes componentes:

Gestión de la información a partir de sistemas de información robustos. Las entrevistas muestran positivos resultados tanto en la interacción entre los profesionales como en la relación con los pacientes cuando las historias clínicas están en línea y son de acceso común, cuando EPS e IPS tienen eficientes sistemas de información para agendamiento de las citas, seguimiento de la atención y control de los costos.

Fortalecimiento de la red de prestadores primarios. Las entrevistas mostraron que el trabajo articulado e integrado entre EPS e IPS primarias es garantía de acceso oportuno y por tanto de mejor salud de los pacientes.

Revisión de la suficiencia de UPC basada en ajuste por riesgo epidemiológico. Algunos de los entrevistados expresaron la necesidad de que el país avance en esta dirección teniendo en cuenta el incremento de la multimorbilidad en la población nacional

Talento humano formado. A juicio de los entrevistados se requiere capacitación a los profesionales que atienden en las zonas rurales.

Condiciones laborales dignas para los profesionales de la salud. Las experiencias muestran como un factor de éxito en los programas de multimorbilidad, las adecuadas condiciones de contratación a los profesionales de la salud

Capacitación a pacientes y cuidadores. Las experiencias estudiadas muestran que cuando los pacientes y sus familias están informados sobre la enfermedad y su tratamiento, hay mejores condiciones para la toma de decisiones compartidas, una mayor comprensión de los procesos, mayor empoderamiento personal, más alta adherencia a los tratamientos y resultados positivos en la salud de las personas.

8 Referencias Bibliográficas

1. Alonso CMdC, B. P. (2018). Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. . *Rev Saude Publica* , 52:14–14. .
2. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults. (2012.). Patient-Centered Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Stepwise Approach from the American Geriatrics Society. *J Am Geriatr Soc* , 60:1957–1968.
3. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. (2012). Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 60, no. 10, pp. 1957–1968.
4. Anouk Déruaz-Luyet, A. A. (2017). Multimorbidity and patterns of chronic conditions in a primary care population in Switzerland: a cross-sectional study. . *BMJ Open* , 7:e013664.
5. Armstrong R, H. B. (2011). ‘Scoping the scope’ of a Cochranereview. . *Journal of Public Health* , 33:145–50.
6. Bähler C, H. C. (2015). Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. . *BMC Health Serv Res*, 15:23.
7. Barnett K, M. S. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. . *Lancet*, 380:37e43.
8. Bayliss EA, E. J. (2005). Subjective assessment of comorbidity correlate with quality of life health outcomes: initial validation of a comorbidity assessment instrument. *Health Qual Life Outcomes* , vol. 3 pg. 51.
9. Beatriz Olaya, M. V.-M. (2017). Latent class analysis of multimorbidity patterns and associated outcomes in Spanish older adults: a prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 17:186.
10. Bekelman DB, H. E. (2007). Symptoms, Depression, and Quality of Life in Patients With Heart Failure. . *J Card Fail.* , 13:643–648.
11. Bergen C. . (2020). The conditional legitimacy of behavior change advice in primary care. . *Soc Sci Med.* , 255: 112985.
12. Borenstein M, H. L. (2009.). *Introduction to meta-analysis Londres.* . London: Wiley.
13. Boulton C, K. L. (2008). Improving chronic care: the guided care model. . *The Permanente Journal*, 12(1):50–4.

14. Boyd C.M, R. C. (2008.). From Bedside to Bench: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research conference on comorbidity and multiple morbidity in older adults. *Aging Clinical and Experimental Research*, vol. 20, no. 3, pp. 181–188.
15. Boyd CM, F. M. (2010). Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design? . *Public Health Rev.* , 32(2):451–74.
16. Britt HC, H. C. (2008). Prevalence and patterns of multimorbidity in Australia. *Med J Aust* , vol. 189 2(pg. 72-77).
17. Britt HC, H. C. (2008). Prevalence and patterns of multimorbidity in Australia. . *Med J Aust.* , 189(2):72–77. .
18. Broemeling AM, W. D. (2008). Population patterns of chronic health conditions, comorbidity and healthcare use in Canada: implications for policy and practice. *Healthc Q*, vol. 11 3(pg. 70-76).
19. Busetto L, L. K. (2016). Context, mechanisms and outcomes of integrated care for diabetes mellitus type 2: a systematic review. *BMC Health Services Research* , 16:18.
20. Byles JE, D. C. (2005). Single index of multimorbidity did not predict multiple outcomes, . *J Clin Epidemiol* , vol. 58 (pg. 997-1005).
21. Byrne. (2010). *Structural Equation Modeling with AMOS. Basic Concepts, Applications, and Programing*. Nueva York: Taylor & Francis.
22. Center for Disease Control. (1989). Current trends comorbidity of chronic conditions and disability among older persons—United States, 1984. *Morb Mortal Wkly Rep* , vol. 38 (pg. 788-791).
23. Cesari M, O. G. (2006). Comorbidity and physical function: results from the aging and longevity study in the Sirente Geographical Area (iSIRENTE Study). *Gerontology* , vol. 52 (pg. 24-32).
24. Charlson ME, P. P. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* , vol. 40 (pg. 373-383).
25. Charlson ME, P. P. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. . *J Chronic Dis* , 40(5):373-383.
26. Coventry PA, D. C. (2014). How does mental-physical multimorbidity express itself in lived time and space? A phenomenological analysis of encounters with depression and chronic physical illness. . *Soc Sci Med.* , 118: 108–118.

27. Crabtree HL, G. C. (2000). The Comorbidity Symptom Scale: a combined disease inventory and assessment of symptoms severity. *J Am Geriatr Soc* , vol. 48 (pg. 1674-1678).
28. Creswell, J. W. (2018.). *Designing and conducting mixed methods research (3rd ed.)*. . Sage.
29. Crowe E, H. D. (2008.). Early identification and management of chronic kidney disease: summary of NICE guidance. *British Medical Journal*, vol. 337, Article ID a1530.
30. De Bruin SR, H. R. (2011). Impact of disease management programmes on health care expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of the literature. *Health Policy* , 101:5–21.
31. De Bruin SR, V. N. (2012). Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions:a systematic review. . *Health Policy* , 107:108–45.
32. Deyo RA, C. D. (1992). Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases. *Journal of Clinical Epidemiology* , 45(6):613-619. .
33. Diederichs C, B. K. (2011). The measurement of multiple chronic diseases—a systematic review on existing multimorbidity indices. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 66, no. 3, pp. 301–311, 20.
34. Domont F, C. P. (2016). Chronic hepatitis C virus infection, a new cardiovascular risk factor? . *Liver Int.* , 36:621–627. .
35. Economist intelligence unit. (2012). *Never to early. Tacking chronic disease to extend healthy life years*. Obtenido de www.digitalresearch.eiu.com/extending-healthy-life-years/report/section/executive-summary.
36. Edlin BR, C. M. (2007). Managing hepatitis C in users of illicit drugs. . *Curr Hepatol Rep.* , 6:60–67.
37. Entwistle VA, C. A. (2018). Why Health and Social Care Support for People with Long-Term Conditions Should be Oriented Towards Enabling Them to Live Well. . *Health Care Anal* , 26(1):48–65.
38. European Association for Study of the Liver. (2015). Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015. . *J Hepatol* , 63:199–236.
39. European Forum for Primary Care. . (2012). *EFPC response on EU reflection on chronic disease*. *European Forum for Primary Care*. Obtenido de http://www.euprimarycare.org/sites/default/files/EFPCreflectiononchronicdiseases_Final_for_Endorsement_120411.pdf.

40. Fan VS, A. D. (2002). Validation of case-mix measures derived from self reports of diagnoses and health. *J Clin Epidemiol* , vol. 55 (pg. 371-380).
41. Feinstein, A. R. (1970.). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases.*, vol. 23, no. 7, pp. 455–468.
42. Fillenbaum G, P. C.-H. (2000). Comorbidity of five chronic health conditions in elderly community residents: determinants and impact on mortality. *J Gerontol* , vol. 55A (pg. M84-M98).
43. Forman-Hoffmann VL, R. K. (2008). Impact of functional limitation and medical comorbidity on subsequent weight changes and increased depressive symptoms in older adults. *J Aging Health* , vol. 20 (pg. 367-384).
44. Forrest KY, B. C. (1997). Driving patterns and medical conditions in older women. *J Am Geriatr Soc* , vol. 45 (pg. 1214-2149).
45. Fortin M, B. G. (2005). Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. . *Ann Fam Med.* , 3:223–228. doi: 10.1370/afm.272.
46. Fortin M, B. G. (2006). Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. . *Qual Life Res* , 15:83-91.
47. Fortin M, H. C. (2010). Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. . *BMC Health Serv Res.* , 10:111.
48. Fortin M, S. H. (2007). Multimorbidity's many challenges. . *BMJ.* , 334(7602):1016–1017.
49. Fortin M, S. H. (2007.). Multimorbidity's many challenges. *British Medical Journal*, vol. 334, no. 7602, pp. 1016–1017.
50. Fortin M, S. M. (2012). A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more unified methodology. . *Ann Fam Med.*, 10(2):142–51.
51. France EF, W. S. (The British Journal of General Practice). *Multimorbidity in primary care: a systematic review of prospective cohort studies.* . 2012: 62:e297–307.
52. Fried LP, B.-R. K. (1997). Association of Comorbidity with disability in older women. . *J Clin Epidemiol Elsevier.* , 52:27–37. .
53. Fried LP, B.-R. K. (1999). Association of comorbidity with disability in older women: the Women's Health and Aging Study. *J Clin Epidemiol* , vol. 52 (pg. 27-37).
54. Fuchs Z, B. T. (1998). Morbidity, comorbidity, and their association with disability among community- dwelling oldest-old in Israel. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* , vol. 53 6(pg. M447-M455).

55. Fung CH, S. C. (2007). The relationship between multimorbidity and patients' ratings of communication. *J Gen Intern Med* , vol. 23 (pg. 788-793).
56. Garin N, O. B.-M. (2014). Impact of multimorbidity on disability and quality of life in the Spanish older population. . *PLoS One.* , 9(11):e111498. .
57. George J, V. T. (2006). Development and validation of the medication-based disease burden index. *Ann Pharmacother* , vol. 40 (pg. 645-650).
58. Gijzen R, H. N. (2001). Causes and consequences of comorbidity: a review . *J Clin Epidemiol* , 54:661e74.
59. Glattacker M, M. K. (2007). Entwicklung eines rehabilitationsspezifischen Komorbiditätsscores und erste Prüfung methodischer Gütekriterien. *Phys Med Rehabil Kuror* , vol. 17 (pg. 260-270).
60. Glattacker M, M. K. (2007). Entwicklung eines rehabilitationsspezifischen Komorbiditätsscores und erste Prüfung methodischer Gütekriterien. *Phys Med Rehabil Kuror* , vol. 17 (pg. 260-270).
61. Goldsmith LJ, K. A. (2017). Understanding the patient experience of cost-related non-adherence to prescription medications through typology development and application. . *Soc Sci Med.* , 194: 51–59.
62. Greenfield S, A. G. (1993). The importance of co-existent disease in the occurrence of postoperative complications and one year recovery in patients undergoing total hip replacement: comorbidity and outcomes after hip replacement. *Med Care* , vol. 31 (pg. 141-154).
63. Grimby A, S. A. (1997). Morbidity and health related quality of life among ambulant elderly citizens. *Aging Clin Exp Res* , vol. 9 (pg. 365-364).
64. Groll DL, T. T. (2005). The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. *J Clin Epidemiol* , vol. 58 (pg. 595-602).
65. Guralnik J, L. A. (s.f.). *Aging in the Eighties: The Prevalence of Comorbidity and Its Association with Disability, Advanced Data from Vital and Health Statistics Hyattsville, MD National Centre for Health Statistics.*
66. Halfon P, E. Y. (2002). Measuring potentially avoidable hospital readmissions. . *J Clin Epidemiol* , 55(6):573-58.
67. Hellard M, S.-D. R. (2009). Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence. . *Clin Infect Dis.* , 49:561–573.
68. Higashi T, W. N. (2007). Relationship between number of medical conditions and quality of care. *N Engl J Med* , vol. 356 (pg. 2496-2504).
69. Hoffman C, R. D. (1996). Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *JAMA* , vol. 276 18(pg. 1473-1479).

70. Holman CD, P. D. (2005). A multipurpose comorbidity scoring system performed better than the Charlson Index. *J Clin Epidemiol* , vol. 58 (pg. 1006-1014).
71. Hudon C, S. H. (2008). Relationship between multimorbidity and physical activity: secondary analysis from the Quebec health survey. *BMC Public Health* , vol. 8 pg. 304 .
72. Hudson B, W. A. (2017). Comorbidities and medications of patients with chronic hepatitis C under specialist care in the UK. *Journal of Medical Virology.* , 89(12):2158-2164. doi:10.1002/jmv.24848.
73. Huertas JA, R. J. (2013). *Guía metodológica Observatorio Nacional de Cáncer de Colombia– ONC Colombia: Guía metodológica.* . Bogotá.: Ministerio de Salud y Protección Social.
74. Incalzi RA, C. A. (1997). The interaction between age and comorbidity contributes to predicting the mortality of geriatric patients in the acute-care hospital. *J Intern Med* , vol. 242 (pg. 291-298).
75. Ingersoll KS, C. J. (2008). The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. . *J Behav Med.* , 31: 213–224.
76. Islam MM, V. J. (2014). Multimorbidity and Comorbidity of chronic diseases among the senior Australians: prevalence and patterns. *PLoS One Pub Lib Sci.* , 9(1):e83783.
77. Jeet G, T. J. (2017). Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: Evidence and implications. *PloS one.* , 12: e0180640.
78. Joanna Collerton, C. J. (2016.). Deconstructing Complex Multimorbidity in the Very Old: Findings from the Newcastle 85+ Study. *BioMed Research International*, vol. 2016, Article ID 8745670, 15 pages.
79. John R, K. D. (2003). Patterns and impact of Comorbidity and multimorbidity among community-resident American Indian elders. . *Gerontologist.* , 43:649–660.
80. Johns Hopkins University. (2004). *Partnership for Solutions, Chronic Conditions: Making the Case for Ongoing Care* . Baltimore: MD Johns Hopkins University.
81. Kaplan MH, F. A. (1974). The importance of classifying initial co-morbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus. *J Chronic Dis*, vol. 27 (pg. 387-404).
82. Kaplan, M. H., & Feinstein, A. R. (1973). A critique of methods in reported studies of long-term vascular complications in patients with diabetes mellitus. *Diabetes.*, 22 (3): 160–74.

83. Kim K, C. J. (2016). Effects of Community-Based Health Worker Interventions to Improve Chronic Disease Management and Care Among Vulnerable Populations: A Systematic Review. *Am J Public Health* , 106: e3–e28.
84. Kirchberger I, M. C. (2012). Patterns of multimorbidity in the aged population. Results from the KORA-Age study. *PLoS One* , vol. 7 1pg. e30556 (doi:10.1371/journal.pone.0030556).
85. Kirchberger I, M. C.-K. (2012). Patterns of multimorbidity in the aged population. Results from the KORA-age study. . *PLoS One* , 7(1):e30556.
86. Lee TA, S. A.-S. (2007). Mortality rate in veterans with multiple chronic conditions. . *J Gen Intern Med Springer* , 22(Suppl 3):403–7. .
87. Lemmens K, L. L. (2011). Chronic care management for patients with COPD: a critical review of available evidence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* , 19(5):734–52.
88. Levey A.S, S. L. (2009 and 2011.). A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Annals of Internal Medicine. Erratum in Annals of Internal Medicine*, vol. 150, no. 9, pp. 604–612, 2009. vol. 155, no. 6, p. 408.
89. Levitzky YS, P. M. (2008). Impact of impaired fasting glucose on cardiovascular disease: the Framingham Heart Study. *J Am Coll Cardiol* , 51:264–270. .
90. Lili Wang, A. J. (2017). Multimorbidity and health-related quality of life (HRQoL) in a nationally representative population sample: implications of count versus cluster method for defining multimorbidity on HRQoL. *Health and Quality of Life Outcomes.*, 15:7.
91. Loza E, J. J. (2009). Multimorbidity: prevalence, effect on quality of life and daily functioning, and variation of this effect when one condition is a rheumatic disease. *Semin Arthritis Rheum* , vol. 38 4(pg. 312-319).
92. Luz Helena Alba, M. A. (2016). Análisis de los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) en Colombia. *Revista de Medicina*, 114-122.
93. Macinko J, D. I.-C. (2010). Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)* , 29: 2149–2146.
94. Macinko J, L. C. (2012). Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil’s Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. . *TM & IH* , 17: 36–42.
95. Macleod U, M. E. (2004). Comorbidity and socioeconomic deprivation: an observational study of the prevalence of comorbidity in general practice. . *Eur J Gen Pract* , 10(1):24–26. .

96. Maffoni M, T. S.-M. (2020). Medication adherence in the older adults with chronic multimorbidity: a systematic review of qualitative studies on patient's experience. . *Eur Geriatr Med.* , 11: 369–381.
97. Magill M, H. K. (2019). Mechanisms of behavior change in motivational interviewing: do we understand how MI works? *Curr Opin Psychol.* , 30: 1–5. .
98. Mangin D, H. I. (2012). Beyond diagnosis: rising to the multimorbidity challenge. *British Medical Journal*,, vol. 344, Article ID e3526.
99. Marengoni A, A. S. (2011.). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. . *Ageing Research Reviews*, vol. 10, no. 4, pp. 430–439.
100. Marengoni A, V. S. (2008). The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study,. *J Int Med* , vol. 265 (pg. 288-295).
101. Marengoni A, W. B. (2008). Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Am J Public Health* , vol. 98 7(pg. 1198-1200).
102. Marengoni and L. Fratiglioni, A. (2011). Disease clusters in older adults: rationale and need for investigation. *Journal of the American Geriatrics Society*,, vol. 59, no. 12, pp. 2395–2396.
103. Maxime Sasseville, M.-C. C. (2018). Patient-reported outcomes in multimorbidity intervention research: A scoping review. . *International Journal of Nursing Studies.* , Volume 77, Pages 145-153.
104. McGann. (2001). Comorbidity in heart failure in the elderly. *Clin Geriatr Med.*, 16: 631- 48.
105. McGee D, C. R.-A. (1996). Patterns of comorbidity and mortality risk in Blacks and Whites. *Ann Epidemiol* , vol. 6 (pg. 381-385).
106. MCGrother C.W, D. M. (2004). Storage symptoms of the bladder: prevalence, incidence and need for services in the UK. *BJU International*, vol. 93, no. 6, pp. 763–769.
107. Menear M, D. M. (2020). Strategies for engaging patients and families in collaborative care programs for depression and anxiety disorders: A systematic review. . *J Affect Disord.* , 263: 528–539.
108. Menotti A, M. I. (2001). Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 10-year all-cause mortality: the FINE study (Finland, Italy, Netherlands, Elderly). *J Clin Epidemiol* , vol. 54 7(pg. 680-686).
109. Mercer SW, S. C. (2014). *ABC of multimorbidity.* . UK: Oxford, BMJ Books.

110. Mercer SW, S. S. (2009). Multimorbidity in primary care: developing the research agenda. *Fam Pract*, 26:79-80.
111. Merikangas KR, A. M. (2007). The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. *Arch Gen Psychiatry*, vol. 64 (pg. 1180-1188).
112. Michael Von Korff, E. H. (1992). A chronic disease score from automated pharmacy data. *Pharmacoepidemiology report*, Volume 45, Issue 2, Pages 197-203.
113. Michelson H, B. H. (2000). Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQOL) irrespective of age. . *Qual Life Res.*, 9:1093–1104.
114. Min LC, W. N. (2007). Multimorbidity is associated with better quality of care among vulnerable elders. . *Med Care.*, 45:480–488.
115. Moffat K, M. S. (2015). Challenges of managing people with multimorbidity in today's healthcare systems. *BMC Fam Pract*, 16(1):1.
116. Molloy D.W, S. T. (1997.). A guide to the standardized Mini-Mental State Examination. *International Psychogeriatrics*, vol. 9, supplement 1, pp. 87–94.
117. Moscovici L, B. E. (2020.). Associations between primary health care strategies and outcomes of mental disorders. . *Braz J Psychiatry.*, 42(4): pmid:32267338.
118. Moseholm, E. F. (2017). Conceptual models to guide integration during analysis in convergent mixed methods studies. . *Methodological Innovations*, 10(2), 1–11.
119. Mulaik S., J. L. (1989). Evaluation of goodness of fit indices for structural equation models. . *Psychol Bull.*, 105(3):430-445. .
120. Nagel G, P. R. (2008). The impact of education on risk factors and the occurrence of multimorbidity in the EPIC-Heidelberg cohort. *BMC Public Health*, vol. 8 pg. 384 (doi:10.1186/1471-2458-8-384).
121. National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Delivering an approach to care that takes account of multimorbidity*. Lóndres: National Institute for Health and Care Excellence.
122. Naughton C, B. K. (2006). Prevalence of chronic disease in the elderly based on a national pharmacy claims database. *Age Ageing*, vol. 35 6(pg. 633-636).
123. Newman AB, B. R. (2008). A physiological index of comorbidity: relationship to mortality and disability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, vol. 63A (pg. 603-609).

124. NHS. (2014-15). *The Information Centre for Health and Social Care, Quality and Outcomes Framework—Prevalence, Achievements and Exceptions Report, Health and Social Care Information Centre*. London, UK: NHS.
125. Noordman J, v. d. (2015). *Innovative health care approaches for people with multi-morbidity in Europe. The availability of integrated care programmes including care pathways and/or addressing polypharmacy and patient adherence, for patients with multiple chronic conditions*. Holanda: European countries.
126. Norris SL, N. P. (2002). The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. . *American Journal of Preventive Medicine* , 22:15–38.
127. Pache B, V. P. (2015). Prevalence of measured and reported multimorbidity in a representative sample of the Swiss population. . *BMC Public Health* , 15:164.
128. Patel KV, P. M. (2006). Comorbidity and disability in elderly Mexican and Mexican American adults: findings from Mexico and the southwestern United States. . *J Aging Health* . , 18:315.
129. Patel V, C. S. (2015). Integrating Mental Health In Care For Noncommunicable Diseases: An Imperative For Person-Centered Care. . *Health Aff (Millwood)*., 34: 1498–1505.
130. Patrick L, K. F. (2001). Medical comorbidity and rehabilitation efficiency in geriatric inpatients. . *J Am Geriatr Soc* . , 49:1471-7.
131. Peytremann-Bridevaux I, S. P. (2008). Effectiveness of chronic obstructive pulmonary disease management programmes: systematic review and meta-analysis. . *The American Journal of Medicine* , 121:433–43.
132. Prineas R.J, C. R. (2010.). *The Minnesota Code Manual of Electrocardiographic Findings*. London, UK.: Springer. .
133. Quan H, S. V. (2005). Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. . *Med Care* , 43(11):1130-1139. .
134. Rapoport J, J. P. (2004). Refining the measurement of the economic burden of chronic diseases in Canada. *Chronic Dis Can* , vol. 25 1(pg. 13-21).
135. Rapoport J, J. P. (2004). Refining the measurement of the economic burden of chronic diseases in Canada. . *Chronic Dis Can* . , 25(1):13–21. .
136. Reuben DB, T. M. (2012). Goal-oriented patient care –an alternative health out-comes paradigm. *The New England Journal of Medicine* , 366(9):777–9.
137. Rizza A, K. V. (2012). Age- and gender-related prevalence of multimorbidity in primary care: the Swiss FIRE project. . *BMC Fam Pract* , 13:113.

138. Roland M, P. C. (2013.). Better management of patients with multimorbidity. *British Medical Journal*, vol. 346, Article ID f2510.
139. Romano PS, R. L. (1993). Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative data: differing perspectives. *J Clin Epidemiol* , 46(10):1075-1079.
140. Rozzini R, F. G. (2002). Geriatric Index of Comorbidity: validation and comparison with other measures of comorbidity. *Age Ageing* , vol. 31 (pg. 277-285).
141. Ruiz MA, P. A. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. . *Papeles del Psicol*, 34-45.
142. Salisbury, C. (2012.). Multimorbidity: redesigning health care for people who use it. *The Lancet*, vol. 380, no. 9836, pp. 7–9.
143. Salter C, S. A. (2019). Setting goals with patients living with multimorbidity: qualitative analysis of general practice consultations. . *Brit J Gen Pract* , 69(684):e479–e488. .
144. Sangha O, S. G. (2003). The self-administered comorbidity questionnaire: a new method to assess comorbidity for clinical and health services research. *Arthritis Rheum* , vol. 49 (pg. 156-163).
145. Sangha O, S. G. (2003). The self-administered comorbidity questionnaire: a new method to assess comorbidity for clinical and health services research. *Arthritis Rheum* , vol. 49 (pg. 156-163).
146. Schäfer I, H. H. (2012). The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. First results from the multicare cohort study. . *BMC Health Serv*, 12:89.
147. Schellevis FG, v. d. (1993). Comorbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol* . , 46(5):469–473. .
148. Schneeweiss S, W. P. (2003). Improved comorbidity adjustment for predicting mortality in Medicare populations. . *Health Serv Res* , 38(4):1103-1120.
149. Schneider KM, O. B. (2009). Prevalence of multiple chronic conditions in the United States' Medicare population. *Health Qual Life Outcomes* , vol. 7 pg. 82 (doi:10.1186/1477-7525-7-82).
150. Schoenberg NW, K. H. (2007). Burden of common multiple-morbidity constellations on out-of-pocket medical expenditures among older adults. . *Gerontologist* . , 47:423–437.

151. Schram MT, F. D. (2008). Setting and registry characteristics affect the prevalence and nature of multimorbidity in the elderly. *J Clin Epidemiol* , vol. 61 11(pg. 1104-1112).
152. Schram MT, F. D. (2008). Setting and registry characteristics affect the prevalence and nature of multimorbidity in the elderly. *J Clin Epidemiol.*, 61(11):1104–1112.
153. Sheehan OC, L. B. (2019). A systematic literature review of the assessment of treatment burden experienced by patients and their caregivers. . *BMC Geriatr.* , 19: 262.
154. Shinde S, A. G. (2013). The impact of a lay counselor led collaborative care intervention for common mental disorders in public and private primary care: a qualitative evaluation nested in the MANAS trial in Goa, India. *Soc Sci Med.* , 88: 48–55. pmid:23702209.
155. Schwartz M, I. L. (1996). The importance of comorbidities in explaining differences in patient costs. *Med Care* , vol. 34 (pg. 767-782).
156. Schwartz M, I. L. (1996). The importance of comorbidities in explaining differences in patient costs, . *Med Care* , vol. 34 (pg. 767-782).
157. Sinnott C, M. H. (2013). GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. . *BMJ Open.*, 3: e003610.
158. Smith SM, S. H. (2012). Interventions to improve outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. . *The Cochrane Database of Systematic Reviews* , 18(4).
159. Smith SM, S. H. (2012). Managing patients with multi-morbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. . *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 345:e5205.
160. Srivastava K, A. A. (2013). Impact of reducing dosing frequency on adherence to oral therapies: a literature review and meta-analysis. . *Patient Preference Adherence.* , 7: 419–434.
161. Starfield B, L. K. (2003). Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. . *Ann Fam Med* , 1:8e14.
162. Starfield. (2001). New paradigms for quality in primary care. . *Br J Gen Pract* , 51:303e9.
163. Stein DJ, B. C. (2019). Integrating mental health with other non-communicable diseases. . *BMJ.* , 364: l295–l295.

164. Stewart M, B. B. (2014). *Chapter 3: The first component: exploring health, disease and illness experience. Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method*. Boca Raton, FL, USA: Taylor & Francis Group.
165. STROBE; STATEMENT. (2018). *Strengthening the reporting of observational studies (2007) Checklist for cohort, case-control, and cross-sectional studies*. . Obtenido de <http://www.strobe.statement.org>.
166. Tashakkori, A. C. (2007). Editorial: The new era of mixed methods. . *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 3–7. .
167. Taylor AW, P. K. (2010). Multimorbidity - not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. . *BMC Public Health*. , 10:718.
168. *The oxford levels of evidence 2*. (2009). Obtenido de <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
169. Tong X, S. P. (2015). Increase in nonhepatic diagnoses among persons with hepatitis C hospitalized for any cause, United States, 2004–2011. . *J Viral Hepat*. , 22:906–913.
170. Tooth L, H. R. (2008). Weighted multimorbidity indexes predicted mortality, health service use and health-related quality of life on older women. *J Clin Epidemiol* , vol. 61 (pg. 151-159).
171. Uijen AA, v. d. (2008). Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. . *Eur J Gen Pract*. , 14(Suppl 1):28–32.
172. Uijen AA, v. d. (2008). Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. . *Eur J Gen Pract*. , 14 (Suppl 1):28–32.
173. Van den Akker M, B. F. (1998). Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol*. , 51:367-75.
174. Van den Akker, F. B. (1996). Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *European Journal of General Practice*, , vol. 2, no. 2, pp. 65–70.
175. Van den Akker, M. B. (2001.). Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. . *J. Clin. Epidemiol.* , 54, 675–679.
176. van der Aa MJ, v. d. (2017). Patients with multimorbidity and their experiences with the healthcare process: a scoping review. . *JOC*. , 7: 11–21.
177. Van der Heide I, S. S. (2015). *On behalf of the ICARE4EU consortium. Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe: An overview. Utrecht: Netherlands* . Holanda: Institute for Health Services Research.

178. Verbrugge LM, L. J. (1989). Comorbidity and its impact on disability. . *Milbank Q* , 67:450e84.
179. Verbrugge LM, L. J. (1991). Levels of disability among U.S. adults with arthritis. *J. Gerontol.* , 46:S71–S83.
180. Verena Struckmann, F. R.-v. (2018). Relevant models and elements of integrated care for multi-morbidity:Results of a scoping review. *Health Policy* , 122 (2018) 23–35.
181. Vogeli C, S. A. (2007). Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med.* , 22(Suppl 3):391–5.
182. Von Korff M, W. E. (1992). A chronic disease score from automated pharmacy data. *J Clin Epidemiol* , vol. 45 (pg. 197-203).
183. Wagner EH, A. B. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 74:511–44.
184. Wallace E, S. C. (2015). Managing patients with multimorbidity in primary care. . *BMJ.* , 350:h176.
185. Wang H, N. M. (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* , 388(10053):1459–544. .
186. Warner LM, S. B.-R. (2013). Interactive effects of social support and social conflict on medication adherence in multimorbid older adults. . *Soc Sci Med.* , 87: 23–30.
187. Wolff J, S. B. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. . *Arch Intern Med* , 162:2269e76.
188. Wolff JL, S. B. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* , vol. 162 20(pg. 2269-2276).
189. World Health Organization (WHO). (2013). *Roadmap Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region. A framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD)*. Copenhagen,. Denmark: WHO Regional Office for Europe: World Health Organization.

9 Anexo

9.1 Anexo 1. Caracterización sociodemográfica de los participantes

A continuación, se describen las principales características de la población participante. En el grupo de profesionales, 87% son mujeres. El 70% de los participantes son profesionales médicos, seguidos de enfermería y químicos farmacéuticos. En cuanto al grupo de pacientes y cuidadores, la distribución fue homogénea entre hombres y mujeres. Participaron pacientes con diferentes diagnósticos clínicos de distintas enfermedades, incluidas las autoinmunes, y un cuidador familiar.

Tabla 1. Caracterización de profesionales del modelo Savia Salud EPS- ArtMédica IPS: "Abordaje integral de los usuarios con patologías autoinmunes" Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021

Seudónimo	Sexo	Entidad	Perfil profesional
CJ	F	Savia Salud EPS	Médica con formación en epidemiología y salud pública
PA	F	Savia Salud EPS	Clínica farmacéutica, profesional de apoyo especializado
KS	F	Artmédica	médica general, con formación administrativa en gerencia de instituciones de salud, directora médica
JR	F	Artmédica	Química farmacéutica
PAO	F	Artmédica	Médica, magíster, coordinación a nivel nacional de todo el programa de autoinmunidad
APA	F	Artmédica	Enfermera, coordinadora, de sala de infusiones del área de autoinmunidad, y ofrecemos todo el apoyo del área de enfermería en todos los procedimientos asistenciales, derivados de la consulta del área de reumatología.
ICB	F	Savia Salud EPS	Médica, especialista en salud pública, y en auditoría de servicios de salud, dirección de riesgos
LB	F	Savia Salud EPS	Enfermera auditora en, auditoría clínica y calidad, líder de la corte de enfermedades autoinmunes
ML	F	Savia Salud EPS	Médica especialista en gerencia de servicios de salud, auditoría médica, Seguridad Social, Magister en administración de empresas, coordinadora de alto costo
DR	F	Artmédica,	Médica internista y reumatóloga, especialista en epidemiología clínica, ámbito hospitalario
SM	F	Banco Mundial	Consultora
MB	F	Banco Mundial	Consultora

Fuente: los autores

Tabla 2. Caracterización pacientes y cuidadores del modelo Savia Salud EPS- ArtMédica IPS: "Abordaje integral de los usuarios con patologías autoinmunes" Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021

Seudónimo	Sexo	Entidad	Perfil Clínico
JD	M	Artmédica	Cuidador de tía con Artritis Reumatoide (AR)
JR	M	Artmédica	Paciente diagnosticado con Espondilitis Anquilosante
BV	F	Artmédica	Paciente con AR
MU	M	Artmédica	Paciente con Artritis Juvenil
ER	F	Artmédica	Paciente con Colitis Ulcerativa y Artritis Reumatoide
SM	F	Banco Mundial	Consultora
MB	F	Banco Mundial	Consultora

Fuente: los autores

Tabla 3. Caracterización de profesionales del Modelo Integral de Salud Familiar- Gestión Integral del Riesgo de Cosmitet. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021

Seudónimo	Sexo	Entidad	Perfil profesional
DS	M	Cosmitet	Médico familiar
MAP	H	Cosmitet	Médico familiar, líder del modelo
VO	M	Cosmitet	Médico familiar,
HS	H	Cosmitet	médico familiar
MA	H	Cosmitet	Médico general
EU	M	Cosmitet	médico familiar
EM	M	Cosmitet	Enfermera
SM	M	Banco Mundial	Consultora
MB	M	Banco Mundial	Consultora

Fuente: los autores

Tabla 4. Caracterización de profesionales del modelo de Compensar EPS: "Programa de Asistencia Permanente" Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021

Seudónimo	Sexo	Entidad	Perfil
A	F	Clínicos	Medicina Familiar Duitama
AMR	F	Compensar Salud	Química Farmacéutica
AMS	F	Compensar Salud	
AAG	F	Compensar Salud	Auxiliar de enfermería
CC	F	Compensar Salud	Psicóloga

Seudónimo	Sexo	Entidad	Perfil
DPO	F	Compensar Salud	
LS	F	Compensar Salud	
LCD	M	Compensar Salud	Médico personal
LSR	F	Compensar Salud	Gestora de Programa Bogotá
MP	F	Compensar Salud	Médica Personal Bogotá
NJA	F	Compensar Salud	Trabajadora Social
NEL	F	Compensar Salud	
SME	F	Compensar Salud	
VC	F	Clínicos	Gestora de Programa Boyacá
LAQ	F	Compensar EPS	Médica Modelo de Salud
LJL	F	Compensar EPS	Gerente Multicorte
JEG	M	Compensar EPS	Gerente del Modelo de Salud
MJL	F	Clínicos	Química Farmacéutica
LFM	F	Compensar Salud	
MLL	F	Banco Mundial	Consultora
AP	F	Banco Mundial	Consultora
MB	F	Banco Mundial	Consultora

Fuente: los autores

Tabla 5. Caracterización pacientes y cuidadores del modelo de Compensar EPS: "Programa de Asistencia Permanente" Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021

Seudónimo	Sexo	Entidad	Perfil - Municipio
SME	F	Compensar Salud	Médica Gestor del Riesgo
LBL	F	Paciente	Sogamoso
MBC	F	Paciente	Bogotá
DV	M	Paciente	Bogotá
EC	M	Paciente	Tunja
RPV	F	Paciente	Paipa
LP	M	Cuidador (hijo)	Bogotá
AN	M	Paciente	Bogotá
AS	F	Compensar Salud	Médica
CS	F	Cuidadora (esposa)	Tunja
LSR	F	Compensar Salud	Enfermera
NEL	F	Compensar Salud	Enfermera
VC	F	Compensar Salud	Enfermera Boyacá
MDC	F	Paciente	Boyacá

Fuente: los autores

Tabla 6. Caracterización de profesionales del modelo de Cajacopi EPS: "Programa Al Ritmo de tu Corazón" Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021

Pseudónimo	Sexo	Entidad	Cargo
AA	F	IRC Instituto de Riesgo Cardiovascular	Ingeniera de calidad
CB	M	IRC Instituto de Riesgo Cardiovascular	Ingeniero de alto costo

Pseudónimo	Sexo	Entidad	Cargo
MB	F	Banco Mundial	Consultora
YC	F	IRC Instituto de Riesgo Cardiovascular	Jefe de programas especiales
AC	F	FRC UNIDAD MEDICA AMBULATORIA	Administradora
AP	F	Banco Mundial	Consultora
APG	F	IRC Instituto de Riesgo Cardiovascular	Enfermera Jefe
CB	F	CAJACOPI EPS	Subdireccion Nacional de Gestión de Riesgo
SL	F	CAJACOPI EPS	Subdireccion Nacional de Gestión de Riesgo
MLL	F	Banco Mundial	Consultora
DL	F	CAJACOPI EPS	Asistente Nacional de Gestión de Riesgo
YQ	F	FRC UNIDAD MEDICA AMBULATORIA	Enfermera
LAS	F	CAJACOPI EPS	Especialista Nacional de Gestión de Riesgo
JH	M	FRC UNIDAD MEDICA AMBULATORIA	Médico internista
HZ	M	FUNDOVIDA	Médico internista
RR	M	FUNDOVIDA	Director operativo
NN	F	FUNDOVIDA	Coordinadora de programa
MM	F	MULTISALUD	Enfermera coordinadora de Programa de Gestión de Riesgo
ML	F	MULTISALUD	Asesora de gerencia
AG	F	IRC Instituto de Riesgo Cardiovascular	Administradora sede Sincelejo
LL	M	IRC Instituto de Riesgo Cardiovascular	Administrador sede Montería
YH	F	IRC Instituto de Riesgo Cardiovascular	Gerente

Fuente: los autores

Tabla 2. Caracterización pacientes y cuidadores del modelo de Cajacopi EPS: "Programa Al Ritmo de tu Corazón" Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Colombia 2021

Seudónimo	Sexo	Entidad	Cargo - Ciudad - Municipio
OA	F	Paciente	Córdoba
MB	F	Banco Mundial	Consultora
MM	F	MULTISALUD	Enfermera
AIV	F	Paciente	Meta
REH	F	Paciente	Meta
AU	F	Paciente	Meta
SL	F	Cajacopi EPS	Subdirección Nacional de Gestión de Riesgo
MLL	F	Banco Mundial	Consultora
AL	F	Paciente	Bolívar
NN	F	FUNDOVIDA	Enfermera
AP	F	Banco Mundial	Consultora
YQ	F	FRC	Enfermera
LAS	F	Cajacopi EPS	Especialista Nacional de Gestión de Riesgo
JU	M	Paciente	Bolívar
LB	F	Paciente	Sucre
EG	F	Paciente	Bolívar
EM	M	Paciente	Bolívar
NA	F	Paciente	Cesar

PM	M	Paciente	Cesar
MP	M	Paciente	Cesar
ML	F	Paciente	Córdoba

Fuente: los autores

9.2 Anexo 2. Instrumento de identificación de modelos de gestión nacionales exitosos para la atención de pacientes con multimorbilidad

9.3 Anexo 3. Guion de grupos focales

9.4 Anexo 4. Guion temático de grupos focales