

Public Disclosure Authorized

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



Public Disclosure Authorized

PROPUESTA DE MODELO DE GESTIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON MULTIMORBILIDAD Y SUS CUIDADORES – COLOMBIA



BANCO MUNDIAL
BIRF • AIF

**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**

PROPUESTA DE MODELO DE GESTIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON MULTIMORBILIDAD Y SUS CUIDADORES – COLOMBIA



BANCO MUNDIAL
BIRF • AIF

Autores

Mery Concepción Bolívar Vargas
Sandra Milena Hernández Zambrano
Alexandra Porras Ramírez
Guiovanni Esteban Hurtado Cárdenas
Axel Darío Arcila Carabali
Janet Bonilla Torres
Roberto Iunes

Coinvestigadores

Eduardo Andrés Alfonso Sierra
María Heidi Amaya Valdivieso

Colaboradores

María Luisa Latorre Castro
Juan Pablo Toro Roa
Ana María Lara Salinas

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, prestadores, pacientes, cuidadores, médicos, auxiliares de enfermería, secretarios de salud y profesionales de enlace de los municipios de Bogotá, Barranquilla, Cajibío, La Virginia, Barrancominas, Inírida y Barú que se vincularon a la prueba piloto, y 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. También a los profesores de las universidades Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS, Hospital San Juan de Dios Sevilla – España y Universidad Nacional de Colombia que capacitaron al equipo que implementó la prueba piloto del Modelo..

Preparación del documento resumen: Mery Bolívar Vargas

Edición: Janet Bonilla Torres

Realización gráfica: María Cristina Rueda

Fotografía: Flickr Banco Mundial, Wilson Martínez, Freepik y Pixabay

Colombia 2023



Índice

| | |
|-----------------------------|----|
| Acrónimos..... | 5 |
| Mensajes claves..... | 6 |
| Introducción..... | 9 |
| Objetivos..... | 11 |
| Metodología..... | 13 |
| Resultados..... | 17 |
| Componente estratégico..... | 17 |
| Componente táctico..... | 22 |
| Componente operativo..... | 26 |
| Proyección..... | 38 |







Acrónimos

| | |
|--------|--|
| APS | Atención Primaria en Salud |
| ASIS | Análisis de Situación de Salud |
| CAE | Centros de Atención Especializados |
| CAP | Centros de Atención Primaria |
| CIE 10 | Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión |
| CUPS | Codificación Única de Actividades, Intervenciones y Procedimientos |
| DSS | Determinantes Sociales de Salud |
| EAPB | Empresas Administradoras de Planes de Beneficios |
| EBS | Equipo Básico de Salud |
| ECNT | Enfermedades Crónicas No Transmisibles |
| ECT | Enfermedades Cónicas Transmisibles |
| ETS | Entidad Territorial de Salud |
| GIRS | Gestión Integral del Riesgo en Salud |
| GRP | Grupos de Riesgo Priorizados |
| HCE | Historia Clínica Electrónica |
| IPS | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud |
| MAITE | Modelo de Acción Integral Territorial |
| MIAS | Modelo de Atención Integral en Salud |
| MSPS | Ministerio de Salud y Protección Social |
| PAC | Plan de Atención Colectivo |
| PAI | Plan de Atención Individual |
| PAP | Plan de Atención Personalizad |
| PBS | Plan de Beneficios en Salud |
| PCA | Planificación Compartida de la Atención |
| PIC | Plan de Intervenciones Colectivas |
| PMM | Personas con Multimorbilidad |
| RIAS | Rutas de Atención Integral en Salud |
| RIPS | Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud |
| RISS | Redes Integradas de Servicios de Salud |
| RPMS | Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud |
| SGSSS | Sistema General de Seguridad Social en Salud |
| UCI | Unidad de Cuidados Intensivos |
| UCIM | Unidad de Cuidados Intermedios |
| UPC | Unidad de Pago por Capitación |
| VM | Valoración Multidimensional |



Mensajes clave



- La multimorbilidad es un fenómeno creciente y cada vez más visible en el mundo por el envejecimiento de la población, los efectos fisiológicos y emocionales que provoca, los altos costos que su atención genera a los sistemas salud, pero, sobre todo, por el impacto en la calidad de vida de quienes la viven, sus familias y cuidadores.



- La multimorbilidad en Colombia presentó una prevalencia de 19,5%, para todas las edades durante el periodo 2012 – 2016 según datos del estudio realizado en el marco de este proyecto, y evidenció un mayor uso y costo de los servicios de salud asociados a mayor edad y complejidad de la multimorbilidad, en una población que envejece y que consolida su perfil epidemiológico hacia las enfermedades crónicas.



- La multimorbilidad es uno de los mayores retos de los sistemas de salud en todos los países. Exige innovaciones en la concepción, organización y gestión de los sistemas de salud, en la formación y ejercicio del talento humano, en la comprensión de la persona como un todo, en la prescripción de los medicamentos, en la atención interprofesional, y en la calidad de la atención.
- Hasta hoy, la atención de la multimorbilidad en Colombia ha sido una respuesta individual de los diferentes actores del sistema, que han respondido a las problemáticas de las personas con multimorbilidad. Sin embargo, se requiere una apuesta país que aborde las necesidades, expectativas y preferencias de quienes la padecen y sus cuidadores con un modelo innovador de gestión y atención.



- La propuesta de Modelo de gestión y atención integral de la salud de las personas con multimorbilidad y sus cuidadores en Colombia recoge elementos de los referentes teóricos, de las experiencias exitosas nacionales e internacionales y de la prueba piloto, en un marco de derecho a la salud y Atención Primaria en Salud (APS).
- El modelo es una propuesta flexible, holística, centrada en la persona y su entorno, cuya ruta inicia en la identificación y estratificación del riesgo de las personas con multimorbilidad (PMM) en los espacios de APS fortalecida. Continúa con otros componentes de la atención en salud como actividad física, apoyo emocional o nutrición pertinente, entre muchos otros, que acompañan el proceso.
- El modelo es adaptable a las realidades del país en la gestión y en la atención. Sin embargo, es imperativo que el hogar y los Centros de Atención Primaria (CAP), en el marco de la APS, sean los espacios propicios para los cuidados y autocuidados de la atención a la cronicidad compleja. Esto implica consolidar, desde las personas los vínculos, y desde la institucionalidad, la integración en circuitos de atención integrales, organizados en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y con la participación Entidades Territoriales de Salud (ETS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y los actores comunitarios. Esto favorecerá las preferencias y expectativas de quienes viven con multimorbilidad y sus cuidadores.





Introducción

La multimorbilidad en Colombia supone un importante desafío para el sistema de salud por la confluencia de varias realidades: (i) cerca del 40% de la población con condiciones crónicas (alrededor de 4.5 millones de personas) presenta dos o más diagnósticos; (ii) las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) representan una carga significativa dentro del sistema y (iii) persisten la atención fragmentada, el uso incrementado de servicios, y los altos costos.

La multimorbilidad es un fenómeno complejo asociado a las condiciones sociales y de vida de las personas. Implica para quienes la padecen y sus cuidadores familiares desafíos relacionados con los cambios en la trayectoria biográfica, la adaptación y la capacidad de agencia en contextos de pobreza y desigualdades sociales. Conlleva múltiples impactos en las esferas social, física, emocional y espiritual de las personas y sus familias.

Como respuesta a esta problemática, en Colombia el proyecto “Mejora de la gestión de los servicios de salud para pacientes con múltiples enfermedades crónicas en tres países de América Latina, Brasil y Colombia y Uruguay” diseñó una propuesta de Modelo de gestión y atención integral de la salud de las personas con multimorbilidad y sus cuidadores, que fue piloteada en seis municipios del país.

El resultado es un modelo de gestión y atención que pretende orientar y organizar la atención integral en salud de las personas con multimorbilidad frente a las necesidades fisiológicas y existenciales, en cualquier momento del curso de vida, con el apoyo de sus cuidadores, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta los entornos institucional y comunitario en donde se desarrollan las personas. Se parte de considerar las diferentes realidades del sistema de salud en los ámbitos territorial urbano, rural y rural disperso.



El modelo de gestión y atención integral de la salud de las personas con multimorbilidad y sus cuidadores se ha definido como el conjunto de enfoques, atributos, estrategias, recursos, procesos y resultados del sistema de salud para la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) y la atención en salud de las PMM y sus cuidadores. Su objetivo es contribuir a los resultados en salud y a la calidad de vida de quienes tienen multimorbilidad. Los componentes del modelo son:

- (i) **Estratégico** que contiene los referentes, la definición, los objetivos y la población sujeto.
- (ii) **Táctico** que incluye los enfoques, atributos, y estrategias.
- (iii) **Operativo** que tiene dos dimensiones, una de gestión y otra de atención.

Consulte el documento completo de la Propuesta de Modelo

Más información





Objetivos

Objetivo general

Formular una propuesta de modelo de gestión y atención integral de la salud de las personas con multimorbilidad y sus cuidadores para Colombia.

Objetivo específicos

1. Revisar la literatura nacional e internacional relacionada con aspectos clínicos, de gestión y financieros de la multimorbilidad.
2. Analizar los programas o modelos nacionales exitosos de gestión de la multimorbilidad.
3. Diseñar una propuesta de modelo de gestión y atención integral de la salud de las personas con multimorbilidad y sus cuidadores para Colombia
4. Realizar una prueba piloto de la propuesta de modelo.
5. Intercambiar conocimientos nacionales e internacionales a lo largo del proceso con Brasil, Uruguay y Chile.
6. Formular la propuesta final del modelo de gestión y atención integral de la salud de las personas con multimorbilidad y sus cuidadores para Colombia.





Metodología

La formulación de la propuesta del modelo se concibió como un estudio multi método que integra diferentes fases y diseños, en las que participaron los equipos del Ministerio, representantes de EAPB y prestadores públicos y privados, autoridades locales de salud y grupos de pacientes y sus cuidadores en diferentes regiones del país.

Periodo de duración

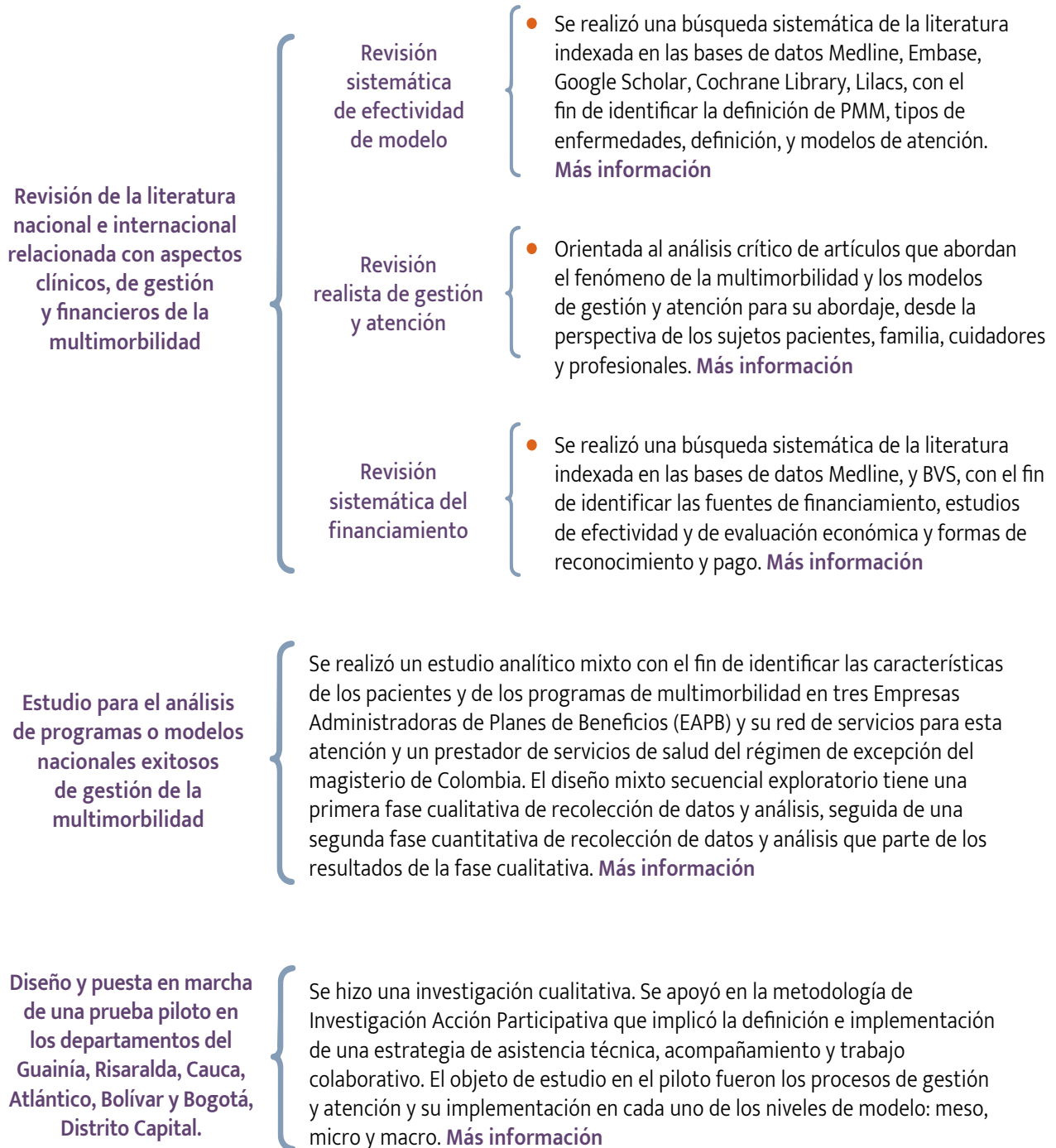
El estudio tuvo una duración de tres años, entre el primer semestre de 2021 y el segundo semestre del 2023.

Métodos

Los métodos utilizados para el cumplimiento de cada uno de los objetivos se describen en la figura a continuación:



Figura 1. Métodos del modelo de atención y gestión de multimorbilidad. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022



Continúa en la siguiente página...



...Continuación. Figura 1. Métodos del modelo de atención y gestión de multimorbilidad. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

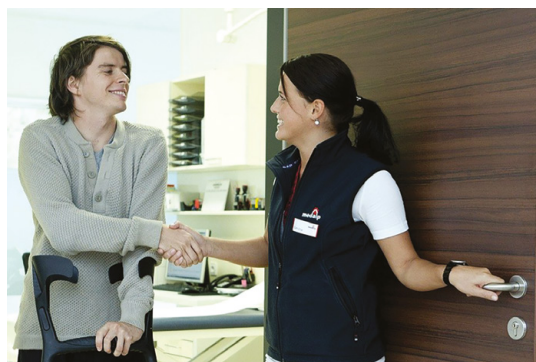
Intercambio de conocimientos nacionales e internacionales a lo largo del proceso con Brasil, Uruguay y Chile

Se realizó un intercambio de experiencias y conocimientos nacionales e internacionales de los avances en los estudios de mejoramiento de la gestión de los servicios de salud para pacientes con multimorbilidad en los países participantes del proyecto con el objeto de examinar las metodologías de incorporación a la institucionalidad y a la política pública de modelos innovadores de gestión para personas con multimorbilidad y hacer una reflexión conjunta sobre las tres experiencias del proyecto además de la de Chile que ya ha implementado un modelo de atención a las personas con multimorbilidad.

Formulación de la propuesta del modelo de gestión y atención integral de la salud de las PMM y sus cuidadores - Colombia

Con base en los resultados obtenidos en la evidencia científica y en las experiencias exitosas se realiza una formulación preliminar del modelo, que luego es piloteada y ajustada para una versión definitiva que recoge los principales resultados de la prueba piloto, y que permite la adaptación del modelo a las diferentes realidades del país. **Más información**

Fuente: Los autores





Fotografía de Wilson Martínez Montoya



Resultados

Los principales resultados del modelo propuesto se describen a continuación.

Componente estratégico

Referentes

Los referentes son los fundamentos para la formulación y transformación del modelo de gestión y atención de salud de las PMM y sus cuidadores. Se utilizaron referentes conceptuales, referentes de política pública, referentes normativos y referentes empíricos. Se desarrollan en un marco conceptual basado en los antecedentes, la evidencia científica y empírica.

Referentes conceptuales

- **Revisión sistemática relacionada con la efectividad clínica** de los modelos, las intervenciones, enfoques y gestiones de la multimorbilidad.
- **Revisión realista** que buscó los mecanismos y contextos subyacentes mediante los cuales estas intervenciones funcionan o no. Se identificaron nociones y dimensiones de la multimorbilidad física, social y espiritual de las PMM y sus cuidadores.
- **Revisión sistemática** relacionada con el financiamiento, sus costos y formas de reconocimiento y pago.
- **Revisión integrativa de la literatura dirigida a la gestión del riesgo en salud** relacionada con la multimorbilidad, teniendo en cuenta el riesgo en salud, y el riesgo actuarial.



Referentes de política pública

- **Revisión del marco de política pública** de Colombia en el que se desarrolla el modelo de atención y gestión.

Referentes normativos

- **Revisión normativa basada en el reconocimiento de que la salud es un derecho fundamental** y el sistema de salud, un elemento que contribuye a esta materialización.

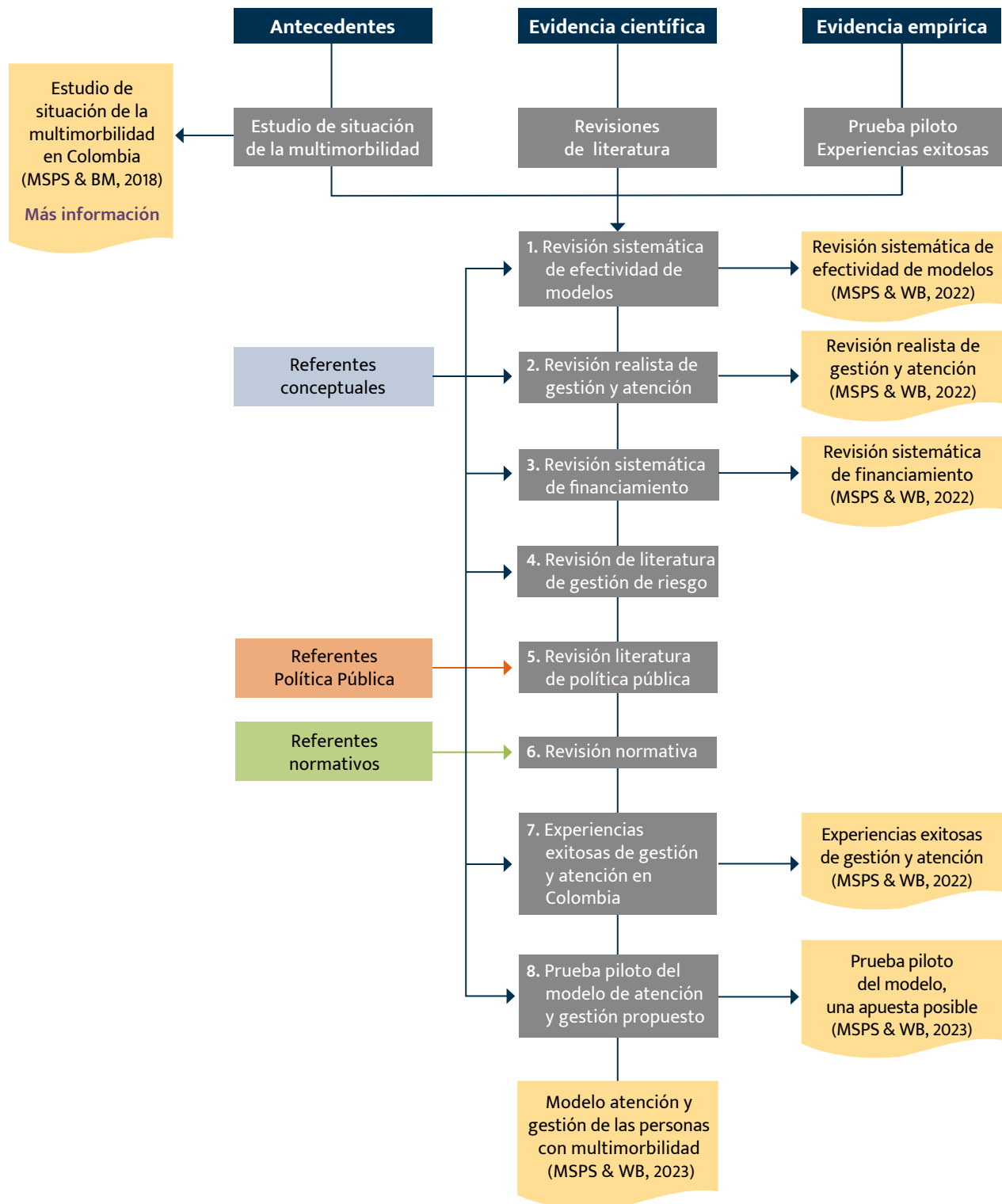
Referentes empíricos

- **Experiencias exitosas de la gestión y atención de la multimorbilidad** en Colombia que incluyó aseguradores y prestadores de servicios de salud.
- **Resultados de la aplicación y evaluación de una prueba piloto de implementación del modelo** en los niveles de macro gestión en el ámbito territorial, meso gestión a través de las EAPB y micro gestión en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de seis lugares del país.





Figura 2. Referentes del modelo de atención y gestión de multimorbilidad. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022



Fuente: Los autores



Definición del modelo

El modelo de gestión y atención de las personas con multimorbilidad y sus cuidadores es el conjunto de enfoques, atributos, estrategias, recursos, procesos y resultados del sistema de salud para la gestión integral del riesgo en salud y la atención integral en salud de las necesidades fisiológicas y existenciales de las personas con multimorbilidad.

Objetivos del modelo

Objetivo general

Contribuir a los resultados en salud y a la calidad de vida de las personas con multimorbilidad y sus cuidadores, en cualquier momento del curso de su vida, con el apoyo de las familias y la comunidad, para avanzar en la garantía del derecho a la salud.

Objetivos específicos

- i. Promover la gestión integral del riesgo en salud de los grupos de mayor riesgo para multimorbilidad.
- ii. Garantizar la atención integral en salud con disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad para las personas con multimorbilidad.
- iii. Fortalecer las acciones del cuidado al cuidador de las personas con multimorbilidad.
- iv. Propender por una adecuada gobernanza y financiamiento de la gestión y atención integral de las personas con multimorbilidad.
- v. Monitorear y evaluar la efectividad del modelo de gestión y atención de las personas con multimorbilidad.

Población sujeto

El modelo está dirigido a todas las personas con riesgo y complejidad alta, producto del proceso de estratificación de la población según riesgo, en cualquier momento del curso de vida, con multimorbilidad (definida como la presencia simultánea de dos o más enfermedades crónicas), sus cuidadores, familia y comunidad.



La multimorbilidad se expresa en personas de cualquier edad con:

Dos o más enfermedades crónicas de los ocho grupos de riesgo priorizados (GRP):

1. GR1 Población con riesgo o alteraciones cardio cerebro vascular metabólicas manifiestas
2. GR2 Población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas
3. GR3 Población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
4. GR5 Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento
5. GR7 Población con riesgo o presencia de cáncer
6. GR9 Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
7. GR14 Población con riesgo o enfermedades huérfanas
8. GR16 Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes

y que cumplan con una o más de las cinco características de uso aumentado de servicios:

1. Una hospitalización anual en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por patologías crónicas del GRP
2. Una hospitalización anual en Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) 1. por patologías crónicas del GRP
3. Dos hospitalizaciones anuales por patologías crónicas del GRP
4. Dos consultas de urgencias anuales por patología crónicas del GRP
5. Diez principios activos dispensados mensualmente por patologías crónicas de los GRP

o que el costo anual de su atención sea superior a tres veces la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del grupo etario y zona geográfica que le corresponde

- Un valor anual por persona de tres veces la UPC de su grupo etario y zona geográfica

El modelo está dirigido a todas las personas con riesgo y complejidad alta, producto del proceso de estratificación de la población según riesgo, en cualquier momento del curso de vida.



Componente táctico

Enfoques

Los enfoques de la propuesta de modelo buscan que la gestión y la atención se dirijan hacia los asuntos que se consideran de interés para aportar a las necesidades, expectativas y preferencias de las PMM y sus cuidadores, según las nociones y dimensiones de la multimorbilidad identificados en el marco de referencia.

Enfoque de derechos y diferencial: es la relación que conjuga los instrumentos internacionales de derechos humanos y del derecho internacional humanitario con las decisiones que las autoridades públicas emiten para satisfacer necesidades sociales. El enfoque de derechos lleva implícito el reconocimiento de la diferencia, la diversidad, la interculturalidad, el pluralismo, la desigualdad, y también, la necesidad de adoptar políticas fundadas en los principios de igualdad, equidad, no discriminación y no estigmatización, como medios para garantizar el ejercicio y protección de los derechos. Lo anterior, implica reconocer en la propuesta de modelo, los elementos del derecho: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, la faceta prestacional y un enfoque diferencial de estos derechos que propenda por la equidad.

Enfoque de salutogénesis: busca que la atención se centre en los factores que ayudan a una persona a hacer frente al estrés, a los problemas físicos y psicológicos, y a la exposición a factores patógenos, y a través de estos, impulsar las fuentes de auto regeneración y el poder de autosanación. Por lo que el modelo explica cómo las personas son capaces de mantener e, incluso, mejorar su salud en situaciones estresantes de la vida.

Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS): las circunstancias que rodean la vida de las personas influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana y los desenlaces en salud. En la revisión de literatura se evidenció la asociación significativa entre la multimorbilidad, la edad y un nivel socioeconómico más bajo. Por esto, el modelo busca incidir en los DSS.

Enfoque centrado en la persona, cuidador, familia y comunidad: los hace partícipes y beneficiarios del sistema de salud, para dar respuesta a las necesidades integrales de la persona, y respetar las preferencias sociales.

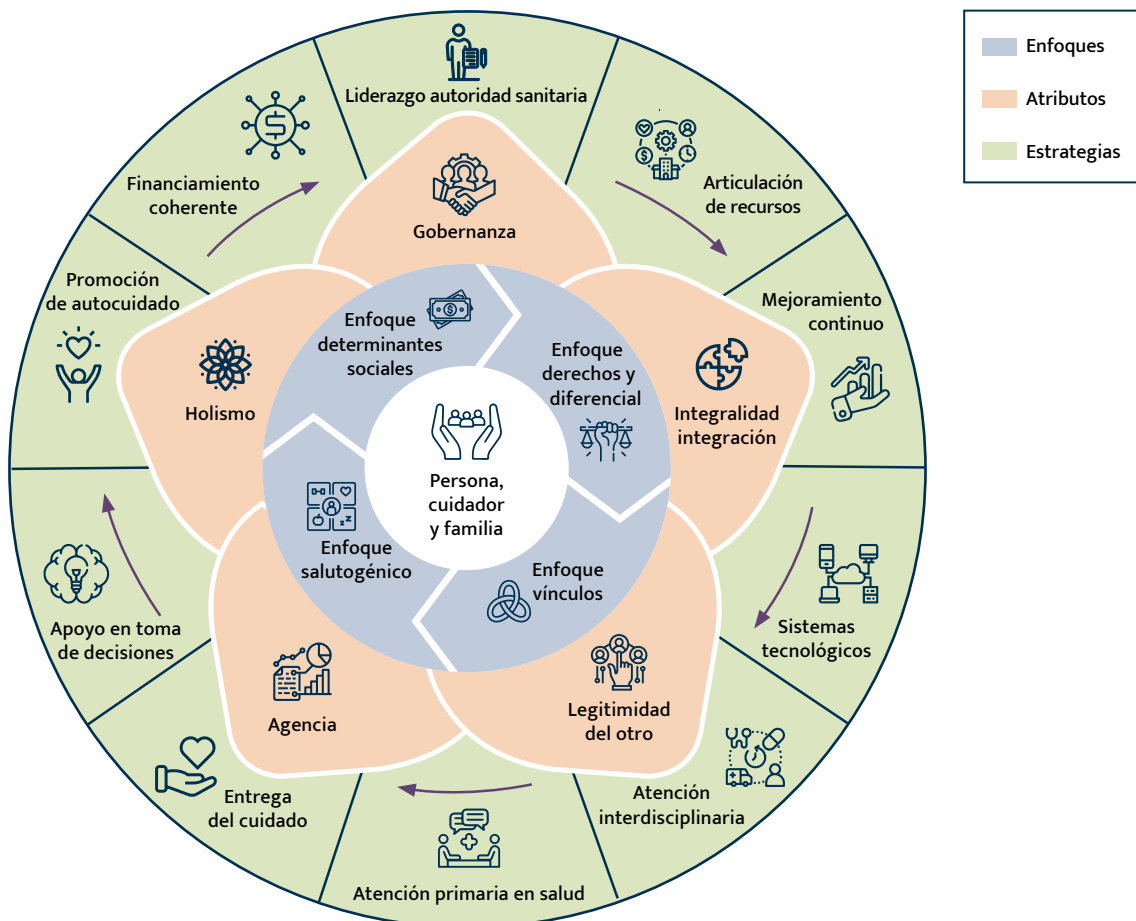
El enfoque de derechos lleva implícito el reconocimiento de la diferencia, la diversidad, la interculturalidad, el pluralismo, la desigualdad y también, la necesidad de adoptar políticas fundadas en los principios de igualdad, equidad, no discriminación y no estigmatización, como medios para garantizar el ejercicio y protección de los derechos.



La voz de las PMM, sus necesidades, expectativas y preferencias, lo principal que le aqueja, son determinantes indispensables a la hora de construir el Plan de Atención Personalizado (PAP), el cual tiene más probabilidades de éxito cuando se construye conjuntamente con la persona y con la familia, dando respuesta a sus necesidades.

Enfoque en los vínculos: estos vínculos se traducen en los atributos de la multimorbilidad que pueden ser potenciados o minimizados según el vínculo que se construye y la forma como se expresa. Los vínculos de mayor relevancia identificados son: los vínculos del sujeto consigo mismo; entre familia cuidadora y la PMM; entre el profesional de referencia en cada nivel y las PMM; entre profesionales de salud y las PMM en el hogar; y entre los miembros del equipo interprofesional de Centros de Atención Primaria (CAP) y Centros especializados (CAE); entre los equipos de CAP y CAE y la PMM, la familia y la comunidad.

Figura 3. Elementos del componente táctico. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022



Fuente: Los autores



Atributos

Los atributos y características de la propuesta de modelo que concretan los enfoques se describen a continuación:

Gobernanza: el modelo retoma en todos los procesos estratégicos, de atención, de apoyo, de seguimiento y evaluación los elementos de coordinación, colaboración y coproducción. En especial, en los procesos estratégicos de coordinación intersectorial y sectorial, en la organización integral de la atención, en la organización y gestión de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), en la contratación y formas de pago, y en la colaboración que propende por la producción de conocimiento conjunto que mejore la salud y la calidad de vida de las PMM.

Agencia: reconoce en los sujetos de cuidado y el cuidador, una gama de habilidades y conocimientos sobre la salud y el entorno, la cual les permite asumir compromisos, ser creativos en el autocuidado, hacer valoraciones de la salud, y tener actitudes y conductas reflexivas en salud que desencadenan efectos novedosos o transformaciones en el acto de cuidado y en la salud. El poder reflexivo del agente o actor en salud permite que se otorgue sentido a las prácticas de cuidado, a las redes de apoyo y a los modos en los que se insertan, adaptan y toman decisiones en las circunstancias de vulnerabilidad de su modo de vida.

Holismo: implica un cambio de paradigma en la relación tradicional del “sujeto enfermo”, que se fragmenta, se focaliza en el órgano afectado y se trata desde una mirada biopatológica que pretende curar. En este atributo se re-significa al “sujeto enfermo” como persona que tiene múltiples necesidades, físicas, sociales, espirituales y emocionales, que deben ser valoradas y priorizadas en el marco de una relación dialógica, auténtica y significativa con un equipo multiprofesional; y cuya máxima es mejorar la percepción de bienestar y calidad de vida de la persona en situación de multimorbilidad y la de su entorno familiar.

Integralidad / Integración: estos atributos se evidencian en el PAP que se sustenta en las necesidades de las personas con multimorbilidad, en la integralidad para la movilización y articulación de recursos sociales, comunitarios y del sistema de salud. Al igual que en los cuidados transicionales que vinculan la atención del ámbito hospitalario con la de atención primaria. También, en la práctica colaborativa interprofesional, para contribuir al logro de las metas y prioridades consensuadas con la persona en su PAP. Esto se observa en diferentes elementos del modelo como en las mesas de coordinación interinstitucional o en el funcionamiento en redes integrales de servicios de salud.



Legitimidad del otro: este concepto se retomó desde Humberto Maturana, quien parte de comprender que la realidad es co-construida en situaciones de convivencia, y que, por lo tanto, no es posible legitimar ningún modo de pensar, actuar, comprender o hacer sentido de vida, sobre otro. De este modo, la noción de legitimidad del otro entra en estrecha relación con la de agencia, pues ambas constituyen la posibilidad de relaciones de igualdad en diversidad que rompen con las tradicionales relaciones de poder. Por tanto, este atributo determina las relaciones vinculares entre PMM, familias, equipo interprofesional y agentes comunitarios, fundadas en el respeto a la diferencia, la autenticidad y la reciprocidad.

Estrategias

El modelo de gestión y atención articula sus estrategias sobre la base de la relación entre enfoques, y atributos.

Atención Primaria en Salud (APS): es el eje articulador del modelo, supone la necesidad de reorganizar los sistemas de salud. Es la interfaz de atención porque articula diversidad de actores y recursos comunitarios, que potencian la capacidad de agencia del sujeto de cuidado.

Liderazgo de la autoridad sanitaria: es necesario destacar la necesidad de una perspectiva de rectoría como una acción colectiva que incluye las autoridades de salud, y otros actores, integrantes o no del Estado con un papel de liderazgo, participación y co-creación.

Promoción del financiamiento coherente: se cimienta en la gestión de los principales riesgos que afectan el financiamiento del modelo relacionados con la asignación de la población y de los recursos para cubrir las necesidades de las PMM, y las condiciones de operación.

Articulación de recursos sociales, económicos, ambientales y comunitarios: se trasciende de una mirada tradicional de listar problemas y necesidades, a una que ayuda a construir y reconstruir conocimientos desde las mismas comunidades mediante la gestión intersectorial y sectorial.

Mejoramiento continuo de la atención: está centrada en la persona y sus necesidades e identifica aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar sus expectativas.

**Fortalecimiento de la atención interprofesional:**

proporcionar a las PMM una red de atención coordinada e integrada interprofesional, en términos de diferentes niveles de la profesión sanitaria y distintas especializaciones.

Uso de sistemas tecnológicos y de información interoperables:

se debería contar con una Historia Clínica Electrónica (HCE) interoperable dado que las PMM, a menudo, tienen múltiples cuidados y deben asistir a numerosos sitios de atención médica. Esto facilitaría la toma de decisiones en diferentes niveles.

Entrega del cuidado: el cuidado de la salud se contempla desde las relaciones y prácticas consigo mismo, con el otro y con el entorno. En este contexto, se hace necesario realizar una evaluación integral periódica de la persona.

Apoyo en la toma de decisiones: los profesionales de la salud deben incluir a la persona y, cuando sea relevante o por solicitud y consentimiento de la persona, a su familia, en la toma de decisiones sobre su cuidado y tratamiento, y en el análisis de los objetivos y resultados futuros esperados.

Promoción del autocuidado – autogestión: el apoyo a la autogestión por parte del personal casi siempre se dirige a verificar el cumplimiento de las órdenes médicas, y no al desarrollo o potencialización de las habilidades y recursos de las personas. En un nuevo modelo, esto cambia.

En el componente operativo se operacionalizan los objetivos propuestos en el modelo alrededor de cómo contribuir a los resultados en salud y a la calidad de vida de las PMM, para avanzar en la garantía del derecho a la salud

Componente operativo

El componente operativo se desarrolla mediante dos insumos. El primero, corresponde a la dimensión de la gestión, en el que se presentan los elementos necesarios, que hacen posible, desde el sistema de salud y sus diferentes actores, que el modelo sea viable y se potencie su efectividad. Estos no son el fin del modelo, pero son medios necesarios para su ejecución. Otros que también hacen parte de la gestión son, por ejemplo, el enfoque en los vínculos, que solo es posibles con la conciencia, voluntad y compromiso de las personas que intervienen en el modelo.



El segundo insumo, la dimensión de la atención, es la “nuez” del modelo. En este se desarrollan las acciones relacionadas con las PMM a través de la GIRS y la atención integral de acuerdo con los niveles de marco gestión, meso gestión y micro gestión.

En el componente operativo se operacionalizan los objetivos propuestos en el modelo alrededor de cómo contribuir a los resultados en salud y a la calidad de vida de las PMM, para avanzar en la garantía del derecho a la salud, a través de las dimensiones de atención y gestión (Ver Figura 4).



Imagen de Freepik

Los dos primeros objetivos del modelo relacionados con (i) *la promoción de la Gestión Integral del Riesgo en Salud de las personas con multimorbilidad* y (ii) *la garantía de la atención en salud con disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad a las PMM* son los ejes de acción de la dimensión de la atención, con actividades e intervenciones dirigidas a las PMM y sus cuidadores, al talento humano en salud y a los actores del sistema de salud.

- El eje de acción de la GIRS se ejecuta a través de la identificación, estratificación, tratamiento, monitoreo y evaluación de riesgos poblacionales, colectivos e individuales de acuerdo con las competencias sectoriales.
- El eje de acción de la atención integral en salud se lleva a cabo a través de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad; y de integración a través de los gestores, según el ámbito de sus competencias.

El tercer objetivo orientado (iii) al fortalecimiento de las acciones del cuidado al cuidador se materializa en el segundo eje.

- El eje de acción de la atención integral en salud mediante la intervención de atención integral al cuidador.

Los dos últimos objetivos, relacionados con (iv) *la gobernanza*, y *el financiamiento del modelo*, y (v) *el monitoreo y la evaluación de la efectividad del modelo* se instrumentalizan a través de la dimensión de la gestión en un marco de enfoque sistémico, que se cimienta en la gestión de procesos y resultados del modelo, y la necesidad de un sistema de salud que aporte los elementos para su desarrollo. Comprende:



- La gestión de los recursos mediante los procesos de apoyo.
- La gestión de los procesos estratégicos de la atención que van desde la salud pública hasta la prestación de servicios de manera individual, y los de seguimiento y evaluación.
- La gestión de resultados.



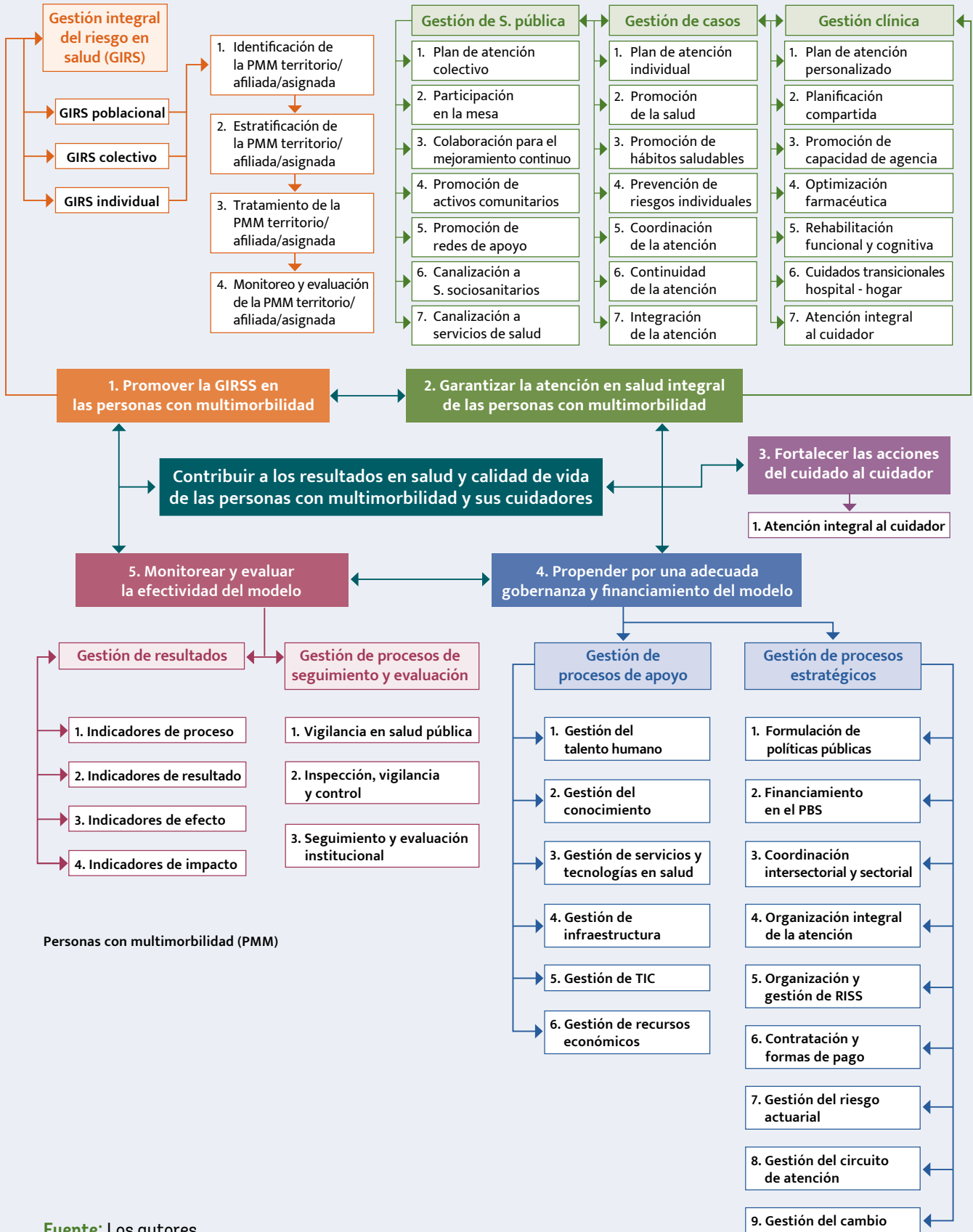
Imagen de Freepik

En el modelo, la gestión y la atención articulan diferentes actores, estrategias e intervenciones en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), orientadas a favorecer los atributos del modelo: gobernanza, holismo, integración, agencia y legitimidad. En este sentido, el modelo pretende orientar y organizar la gestión de las PMM en el marco de un enfoque sistémico de recursos, procesos y resultados en los siguientes niveles de gestión:

- **Nivel macro:** genera articulación entre diferentes sistemas de la administración pública en el ámbito nacional y territorial, bajo la rectoría y gobernanza nacional del MSPS y de la ETS en lo local.
- **Nivel meso:** genera articulación al interior y entre las entidades aseguradoras del sistema de salud como las EAPB, las Administradora de Riesgos Laborales (ARL), las Administradora del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), entre otras. Se centra en la operación del aseguramiento, en especial, del PBS desde las EAPB.
- **Nivel micro:** genera articulación al interior y entre los prestadores de servicios de salud como IPS, Empresas Sociales del Estado, los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes y otros actores del sistema, en la prestación de los servicios de salud.



Figura 4. Objetivos y dimensiones del componente operativo. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022



Fuente: Los autores



Dimensión de la gestión

El componente de gestión integral es el conjunto de acciones coordinadas institucionales e interinstitucionales, sectoriales e intersectoriales para el logro de los objetivos del modelo.

Niveles de gestión del modelo de multimorbilidad

La implementación del modelo integral de gestión y atención de la multimorbilidad necesita un sistema de salud que esté organizado, preparado y motivado para que proporcione el contexto propicio para el cambio, lo cual implica un conjunto de intervenciones desde los distintos roles y responsables. La organización de la gestión utiliza dos herramientas:

- **La gestión integral de procesos:** en los procesos transcurre la vida de las PMM y sus cuidadores en el sistema de salud en busca de encontrar respuestas a sus necesidades, expectativas y preferencias en salud. Por tanto, se tienen en cuenta los diferentes niveles del sistema de salud. Si se centrara en uno solo de los niveles no se podría dar una respuesta desde el holismo y la integración e integralidad que se pretende.
- **La gestión de resultados:** permite apuntar a la armonía entre los objetivos, los procesos para la gestión y los ejes de intervención para la atención de las PMM con el fin de construir un sistema de recursos que proporcione una base adecuada para incidir en los resultados de salud de las PMM.

Lo anterior, requiere de una visión sistémica de los procesos de la gestión que se encuentran clasificados en función del impacto directo sobre las PMM:

- **Procesos estratégicos:** adecúan el modelo a las necesidades, expectativas y preferencias de las PMM, por lo que fijan las directrices y sirven para lograr los objetivos del modelo en los diferentes niveles de gestión.
- **Procesos de atención:** son aquéllos que están en contacto directo con el usuario para la provisión de prestaciones y cuidados mediante las intervenciones de alcance poblacional, colectivo e individual, para una atención integrada e integral. Son los que crean mayor valor y aportan mayor satisfacción a las PMM.



- **Procesos de apoyo:** generan los recursos (físicos, servicios y tecnologías en salud, conocimiento, tecnologías de la información, y económicos) y el desarrollo del talento humano en salud que requieren otros procesos para su cabal funcionamiento.
- **Procesos de seguimiento y evaluación:** establecen los estándares, indicadores y controles que permiten conocer el comportamiento del modelo, los resultados y el logro de los objetivos para la mejora continua de los diferentes procesos. Parten del uso de herramientas como el ciclo de Shewart (planear, hacer, verificar, actuar).

Los procesos que se presentan en el modelo son complejos debido a que involucran diferentes actores del sistema de salud y de otros sectores que son cruciales para la gestión de los determinantes sociales de la salud. Por lo tanto, la arquitectura de procesos propuesta para el modelo es la siguiente:

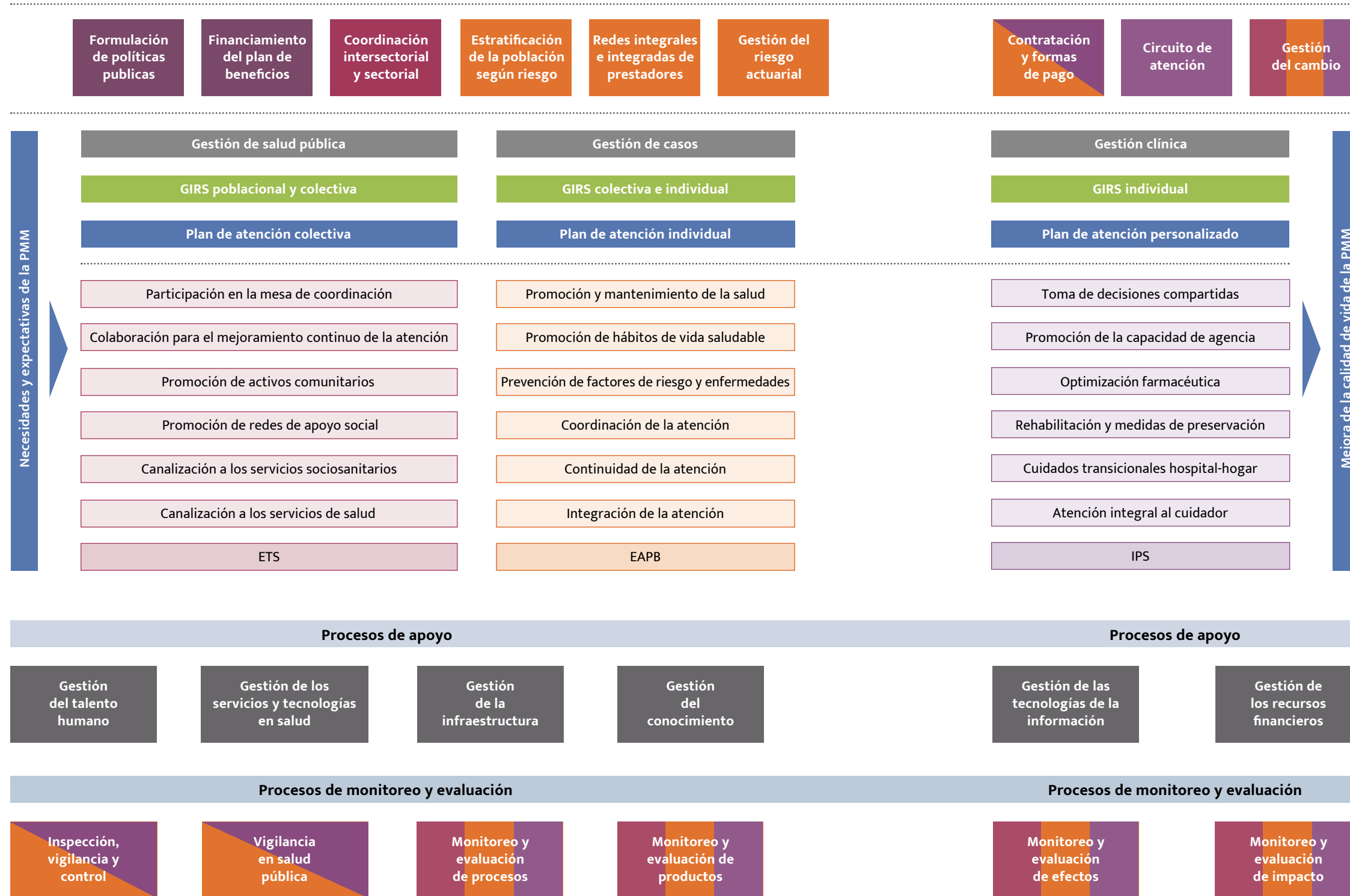
- **Primer nivel:** representación global de los procesos integrados del modelo en su conjunto.
- **Segundo nivel:** representación de los procesos por cada uno de los niveles de gestión macro, meso y micro.
- **Tercer nivel:** representación de los procesos a nivel institucional para cada uno de los niveles.
- **Cuarto nivel:** representación de los subprocesos a nivel institucional para cada uno de los niveles.

Los procesos que se describen en este modelo corresponden a los del primer nivel con el objeto de que en los siguientes niveles se adopten y adapten de acuerdo con las realidades institucionales del país. A continuación, el mapa de proceso con la arquitectura del primer nivel.

La implementación del modelo integral de gestión y atención de la multimorbilidad necesita un sistema de salud que esté organizado, preparado y motivado para que proporcione el contexto propicio para el cambio, lo cual implica un conjunto de intervenciones desde los distintos roles y responsables.



Figura 5. Arquitectura de los procesos integrados del primer nivel. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022



Los procesos estratégicos adecuan el modelo a las necesidades, expectativas y preferencias de las PMM, por lo que fijan las directrices y sirven para lograr los objetivos del modelo en los diferentes niveles de gestión.

Fuente: Los autores



Dimensión de la atención

La atención de la multimorbilidad articula diferentes actores, estrategias e intervenciones en el marco del SGSSS en los tres niveles propuestos.

Niveles para la atención de la multimorbilidad

Según lo reportado en las revisiones de literatura, para favorecer la integralidad y el holismo se proponen modelos, enfoques, estrategias o intervenciones, que se traducen en nociones como: atención centrada en la persona, Plan de Atención Personalizado, atención integrada, atención interprofesional, entre otros. Desde estas nociones, el foco de la atención de la multimorbilidad son las necesidades priorizadas por la persona en conversación con el equipo interprofesional y su cuidador. Sobre estas necesidades se consensua un PAP que es dinámico, determina las metas, objetivos y actividades que puedan ser alcanzables y que busquen el máximo nivel de bienestar de la persona en situación de multimorbilidad.

Esta hoja de ruta es el eje de la integralidad para la movilización y articulación de recursos sociales, comunitarios y del sistema de salud para favorecer el enfoque de salutogénesis. El personal de salud de atención primaria y especializada, los activos comunitarios, las redes informales de cuidados, deben garantizar la continuidad de la atención o coordinación de cuidados. Esto implica, que cada quién que participa en el proceso reconocerá que la responsabilidad no es fragmentada, no es una cuestión de que cada uno cumpla una tarea, sino que existe una corresponsabilidad que pueda garantizar la cooperación, conversación y co-creación de la ruta que cada sujeto de cuidado y cuidador puede seguir para alcanzar el bienestar.

Documentos referentes en el contexto global como la Guía *NICE* de evaluación clínica y manejo de la Multimorbilidad y el Proceso Asistencial Integrado para la Atención a Pacientes Pluripatológicos, más las evidencias provenientes de la revisión sistemática y realista coinciden en los componentes claves para la atención: identificación de la población, valoración multidimensional (VM) para la definición de necesidades, el PAP, y la articulación de actores del sistema de salud y comunitarios.

Respecto de los contextos propicios para la atención, la revisión realista de literatura muestra que el hogar y la atención en los Centros de Atención Primaria, en el marco de la APS, son los espacios propicios para



los cuidados y autocuidados en la atención a la cronicidad compleja. Esto implica consolidar circuitos de atención integrales, organizados desde las RISS, liderados por los CAP en el marco de la APS, y que impliquen a las ETS y a los actores comunitarios. Esto favorece la satisfacción de necesidades en la cronicidad compleja.

El modelo propuesto pretende orientar y organizar la atención integral en salud de las PMM, según lo encontrado en la literatura y la aproximación a la realidad del sistema de salud colombiano. Esto significa la mancomunación de esfuerzos de los diferentes actores en el ejercicio de sus competencias y en los diferentes niveles macro, meso y micro.

Para lo anterior, el modelo identifica la GIRS como un proceso de atención que se desarrolla en las cuatro etapas de identificación del riesgo, evaluación y medición de riesgos, tratamiento y control de riesgos, y monitoreo y evaluación. Sus contenidos se obtienen de la normatividad vigente, las evidencias disponibles en la literatura y los hallazgos del estudio piloto que señaló un conjunto de recomendaciones para adaptar el modelo propuesto a los territorios y a los actores y recursos del SGSSS.

La GIRS se realiza para cada uno de los niveles: macro gestión, meso gestión, y micro gestión. Las etapas se desarrollan como se observan en la Figura 6 y se describen de manera detallada a continuación:

- **La identificación del riesgo** debe realizarse en todos los niveles. En el macro se inicia con la caracterización en el territorio de las PMM y los riesgos en salud con el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y las visitas domiciliarias del PIC. En el meso, con la caracterización de las PMM y sus riesgos individuales. En el micro, con la identificación de las PMM por demanda inducida de la información remitida por la EAPB.
- **La evaluación y medición de riesgos** se adelanta con diferentes instrumentos, metodologías estadísticas y mediante un conjunto de escalas según el nivel y el tipo de riesgos.

Según lo reportado en las revisiones de literatura, para favorecer la integralidad y el holismo se proponen modelos, enfoques, estrategias o intervenciones, que se traducen en nociones como: atención centrada en la persona, Plan de Atención Personalizado (PAP), atención integrada, atención interprofesional, entre otros.

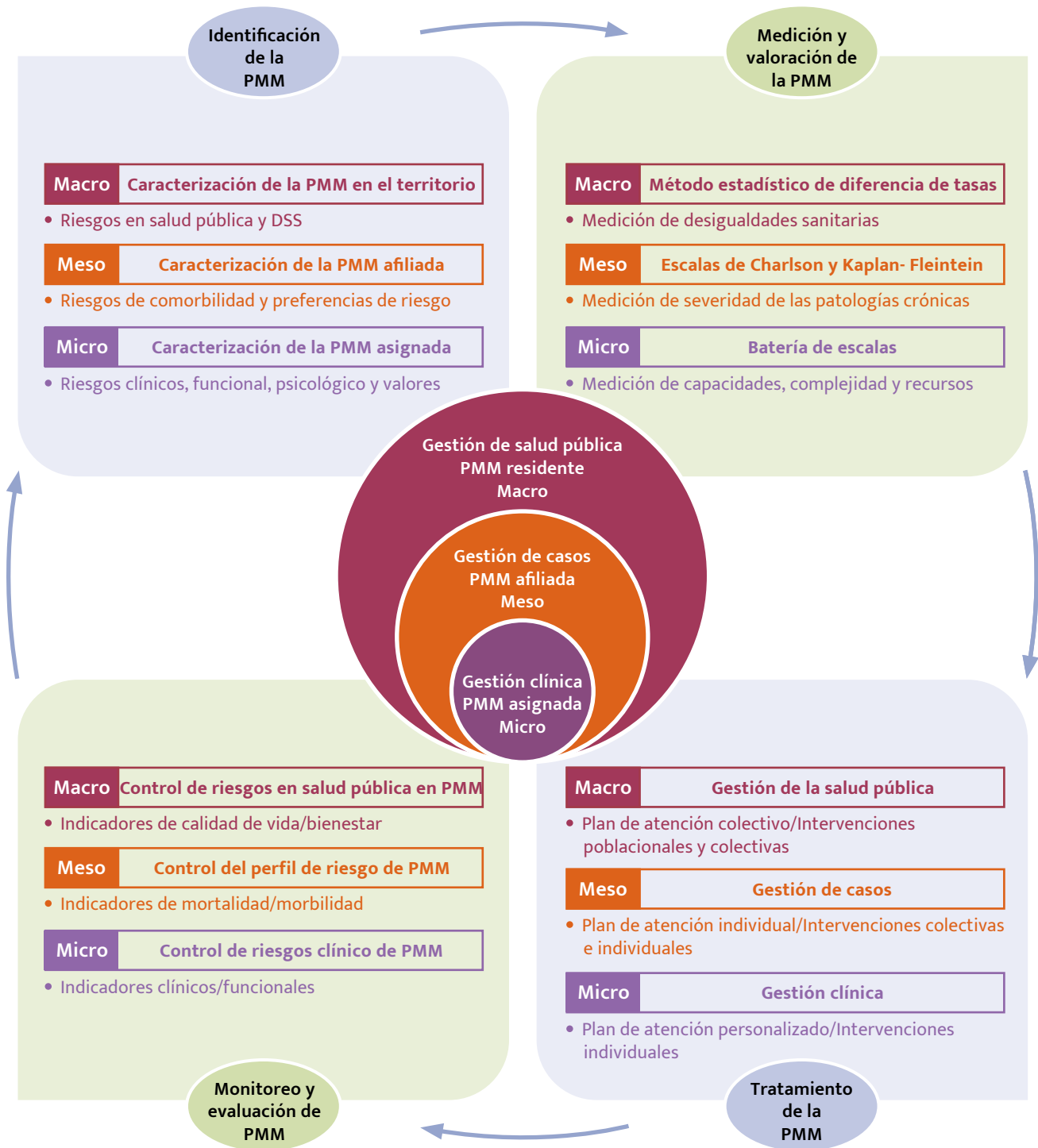


- **El tratamiento y control de riesgos** se realiza utilizando un proceso especializado para la gestión. Se derivan los planes de atención compuestos por las intervenciones propuestas para cada uno de los niveles, que respondan efectivamente a las necesidades, expectativas y preferencias en salud de las PMM, su cuidador, familias y comunidades.
- **El monitoreo y evaluación de riesgos** se enfoca de manera diferente en cada nivel. En la macro gestión, en indicadores de calidad y bienestar de las PMM; en la meso gestión, en indicadores de mortalidad, morbilidad y secuelas en las PMM; y en la micro gestión en indicadores clínicos que den cuenta de riesgo clínicos, funcionales, psicológicos e indicadores transversales de seguimiento a los procesos, productos y efectos del modelo de atención y gestión a las PMM y sus cuidadores.





Figura 6. Gestión integral del riesgo en salud en los diferentes niveles de gestión y atención de la PMM. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022



Fuente: Los autores



Imagen de DCStudio en Freepik



Proyección

Las posibilidades futuras de esta propuesta de **Modelo de gestión y atención integral de la salud de las personas con multimorbilidad y sus cuidadores en Colombia** están vinculadas a los siguientes aspectos:

1. La atención en salud de las personas con multimorbilidad en un marco de derecho a la salud con elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, y de APS que apunte hacia una atención centrada en las personas con multimorbilidad, más personalizada, integral, integrada, efectiva y tecnológicamente avanzada y preventiva. Es este el camino para avanzar en mejorar la calidad de vida de las PMM, y superar la fragmentación de la oferta y la segmentación de las personas por patologías.
2. El escalonamiento del modelo a nivel del país es una apuesta audaz que permitiría la adaptación del modelo a diferentes territorios, en diferentes contextos de aseguramiento en salud y prestación de servicios como una necesidad para la atención de millones de personas que en el país viven hoy en condición de multimorbilidad y podrían beneficiarse de una mirada holística e interprofesional como la que propone el modelo.
3. El modelo debe integrarse a las políticas públicas que garanticen la atención en términos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional. En especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. Esto incluye la articulación del modelo con herramientas existentes como las RISS, las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS), entre otras.



4. La formación transdisciplinaria del talento humano con enfoque en derecho a la salud, APS, cronicidad compleja y multimorbilidad, es un reto frente al que el país está en mora de avanzar. Esto pasa por aspectos de política pública, formación universitaria, educación continua, y trabajo intersectorial y transdisciplinar entre los diferentes agentes de rectoría, aseguramiento y prestación.
5. El modelo debe contar con un documento completo y auto contenido, en donde se presente la totalidad del modelo y sirva como guía de consulta para resolver inquietudes. También, con un conjunto de documentos de capacitación, los cuales deben ser cortos, sencillos, puntuales y específicos en sus recomendaciones, didácticos y pedagógicos, de manera que puedan apoyar los procesos de gestión del cambio, capacitación y recapitación.
6. Las formas de pago deben acompañar el modelo para buscar la alineación de los incentivos con los objetivos del modelo y disminuir la selección de riesgo que se pueda presentar a las PMM. Esto incluye el ajuste de riesgo epidemiológico de la UPC, las formas de pago prospectivas y basadas en valor entre aseguradoras y prestadores, y las formas de pago al talento humano en salud.
7. El intercambio de experiencias entre los diferentes países es un elemento fundamental para la gestión del conocimiento en modelos de gestión y atención de la multimorbilidad. Esto incluye contar con redes de intercambio de conocimiento alrededor de la multimorbilidad, espacios para el encuentro y co-creación de legisladores, rectores, aseguradores, prestadores, agencias estatales y no estatales, PPM, cuidadores y comunidad en general.





La multimorbilidad se plantea hoy como uno de los mayores retos de los sistemas de salud en todos los países. Exige innovaciones en la concepción, organización y gestión de los sistemas de salud, en la formación y ejercicio del talento humano, en la comprensión de la persona como un todo, en la prescripción de los medicamentos, en la atención interprofesional, y en la calidad de la atención que requieren quienes tienen condición de multimorbilidad.

El proyecto “Mejora de la gestión de los servicios de salud para pacientes con múltiples enfermedades crónicas en tres países de América Latina, Brasil y Colombia y Uruguay” ha centrado su foco en los últimos años en estudiar y proponer alternativas para enfrentar la multimorbilidad de una forma innovadora.

En Colombia, en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) del país, los estudios han tenido dos fases: una primera de diagnóstico y una segunda, orientada al diseño de una propuesta de Modelo de gestión y atención integral de la salud de las personas con multimorbilidad (PMM) y sus cuidadores. Los datos del estudio de diagnóstico muestran que Colombia presentó una prevalencia de multimorbilidad de 19,5%, para todas las edades durante el periodo 2012 – 2016. Hacia futuro esta prevalencia puede ser mayor. Según datos del MSPS de Colombia entre 1985 y 2020, la proporción de adultos mayores del país pasó del 6,9 % a 13,8 %, y se estima superará el 16% para 2030.

Los componentes de la segunda fase del proyecto son:

1. Revisión de la literatura nacional e internacional relacionada con aspectos clínicos, de gestión y financieros de la multimorbilidad
2. Identificación de programas o modelos nacionales exitosos de gestión de la multimorbilidad.
3. Formulación de un modelo preliminar de gestión y atención integral de la multimorbilidad
4. Diseño y puesta en marcha de una prueba piloto.
5. Intercambio de conocimientos nacionales e internacionales a lo largo del proceso con Brasil, Uruguay y Chile
6. Formulación de la propuesta final de modelo.

Este documento recoge la propuesta del Modelo de gestión y atención integral de la salud de las PMM y sus cuidadores en Colombia, el cual incorpora elementos de los referentes teóricos, de las experiencias exitosas nacionales e internacionales y ajustes y recomendaciones fruto de la prueba piloto.