



ODC

Observatorio de Diabetes de Colombia

MODELOS DE ATENCIÓN PARA DIABETES
EXPERIENCIAS
IDEALES REALES POSIBLES

Reales

Ramón Abel Castaño MD., MS., PhD.

**cambiando
la diabetes™**



MODELO DE ATENCIÓN EN DIABETES: DE LO IDEAL A LO REAL

RAMON ABEL CASTAÑO MD, MS, PhD

1. INTRODUCCIÓN.

El sistema de salud de Colombia ha sido criticado por algunos analistas por su alto grado de fraccionamiento, lo cual representa un problema serio para el manejo integral de las enfermedades crónicas. El gran impacto que pueden generar los modelos de atención integral en diabetes amerita un estudio a fondo de cuáles son las oportunidades de mejoramiento que lleven a superar el fraccionamiento y lograr así mejores resultados para los pacientes y un mejor uso de los recursos del sistema de salud. Por esta razón, es necesario redoblar esfuerzos para mejorar los modelos de atención existentes.

Con este propósito, se llevó a cabo un análisis de algunos de los modelos de atención en el país para el manejo de la diabetes, siguiendo los lineamientos planteados en el documento conceptual titulado "Modelos de atención en diabetes: Elementos para el mejoramiento del desempeño en la atención integral de la diabetes". En dicho documento se describen los aspectos en la demanda y en la oferta que debe tener un modelo de atención ideal. Estos aspectos ideales corresponden a la recopilación de los elementos que se plantean en la literatura científica como críticos para el manejo de las enfermedades crónicas en general, o de la diabetes en particular.

El presente documento sintetiza los hallazgos del análisis de los modelos de atención, en términos de qué tan lejos están éstos de los modelos ideales que propone la literatura. El análisis se llevó a cabo mediante entrevistas grupales. Los participantes en estas entrevistas grupales plantearon su percepción sobre cómo se veían sus modelos de atención frente a estos elementos ideales, y se compartieron experiencias exitosas y fallidas en un proceso de aprendizaje mutuo que resultó muy positivo para los participantes.

2. METODOLOGÍA.

El análisis de los modelos de atención existentes se llevó a cabo mediante cinco entrevistas grupales. En estas

entrevistas participaron entre cuatro y diez participantes, de organizaciones de sistema de salud, de diferentes regiones del país, tanto del régimen contributivo como del subsidiado y del magisterio.

Los participantes fueron invitados con el criterio de que fueran conocedores del modelo de atención para diabetes de su organización, al menos en el ámbito local. Las organizaciones de salud que participaron en las actividades realizadas entre septiembre y octubre de 2012, en las ciudades de Medellín, Cali, Bogotá y Cartagena fueron 17 organizaciones.

Entre ellas se encontraban:

Aseguradores del Régimen Contributivo:

- Comfenalco Antioquia.
- Sura EPS.
- Nueva EPS.
- Coomeva.
- Saludcoop.
- Compensar.
- Salud Total.

Aseguradores del régimen subsidiado:

- Solsalud EPS.
- Barrios Unidos de Quibdó.
- Mutual Ser.
- Coosalud EPS.
- Emssanar, Mutual Ser.

Regímenes Especiales:

- Cosmitet.

Instituciones Prestadoras de Servicios:

- IPS Universitaria, Universidad de Antioquia.
- Fundación Caminos.
- Comfandi.

Para cada una de las 5 sesiones de entrevista grupal, se entregó a cada uno de los participantes el documento conceptual sobre *Modelos de Atención en Diabetes*.

Las sesiones grupales se iniciaron con una presentación durante 45 minutos a 1 hora, de los conceptos de este documento. Posteriormente, se realizó con cada uno de los grupos un ejercicio en el que los participantes exponían qué tan relevante consideraban cada aspecto del modelo de atención y cómo se llevaba a cabo en sus

instituciones. Las sesiones fueron grabadas para conservar los contenidos expresados y utilizarlos para el análisis de contenidos. Para ello se contó con la aprobación verbal de los asistentes.

Los elementos analizados en el ejercicio participativo se muestran en la tabla 2.

Tabla 2
Elementos analizados en las entrevistas grupales

Aspectos del paciente	Perfilamiento del riesgo en población abierta
	Detección precoz
	Perfilamiento del riesgo en población con diabetes
	Elaboración de plan de acción con cada paciente
	Educación para el autocuidado
	Apoyo para el autocuidado
	Cambio de hábitos
	Verificación de adherencia al tratamiento
	Educación sobre como usar servicios de salud
	Contacto con servicios
	Recursos comunitarios
Aspectos del prestador	Modelo centralizado vs. descentralizado
	Conformación del equipo de salud
	Historia clínica
	Consulta planificada
	Proceso de atención en el momento de la consulta
	Plan de acción para cada paciente
	Coordinación de la atención
	Telemedicina
	Guías de práctica clínica
	Evaluación de desempeño
Documentación del proceso y su verificación	
Mecanismos de pago	

3. HALLAZGOS EN LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE.

3.1. Perfilamiento del riesgo en población abierta.

El formato de declaración del estado de salud es utilizado por algunas Entidades Promotoras de Salud (EPS). Este formato contiene información sobre los antecedentes personales y familiares del afiliado cotizante y de su grupo familiar. Sin embargo, esta información tiene problemas de validez por dos razones: 1. el usuario teme que al ingresar información sobre su riesgo podrá ser rechazado por la EPS o por su

empleador y perderá su trabajo. Y 2. el promotor de afiliaciones de la EPS con frecuencia diligencia el formato colocando una raya vertical en la columna "no". También se encontró que algunas EPS no usan este formato como fuente de datos, sino como un requisito de afiliación. En este sentido, simplemente se diligencia y se guarda como archivo de imagen, sin que la información contenida tenga uso alguno. Las EPS que usan esta información tratan de mejorar su validez capacitando la fuerza de ventas para que haga un uso correcto de ella, y una vez obtenida la información la

utilizan para detectar los pacientes de riesgo y buscarlos activamente. Estas búsquedas se inician en el momento de la afiliación cuando el promotor refiere los usuarios a los programas de Promoción y Prevención, o la EPS hace la búsqueda posterior al proceso de afiliación.

Otro mecanismo para encontrar pacientes diabéticos es la revisión de los RIPS de consulta externa y urgencias, y en ocasiones los de egresos hospitalarios. En el régimen subsidiado, también se hace búsqueda mediante RIPS, pero en este proceso dependen de que los hospitales públicos les brinden acceso a esta información. Se encontró una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPSS) que implementó brigadas comunitarias que buscan activamente su población en sus zonas de residencia, para hacer mapeo de riesgos.

Un elemento común que se encontró como dificultad para el perfilamiento del riesgo de la población afiliada es el hecho de que los hogares cambian su lugar de residencia con frecuencia. Esto hace más difícil mantener una base de datos actualizada con los perfiles de riesgo de los afiliados, y también dificulta la detección precoz de los diabéticos potenciales.

3.2. Detección precoz.

Una vez detectada la población en riesgo de ser diabética, la EPS debe tamizarla para saber quiénes realmente son diabéticos, prediabéticos o simplemente están en riesgo. Sin embargo, no tendría sentido hacer prueba de tolerancia oral a la glucosa a todos los potenciales pacientes, por lo cual se podrían utilizar criterios de priorización, tales como obesidad, antecedentes familiares o personales, etc. En este sentido, herramientas como *Findrisk* no eran conocidas por los participantes o las conocían pero no las utilizaban como tamizaje para seleccionar mejor aquellos usuarios objeto de prueba de tolerancia oral a la glucosa.

En general, los participantes perciben que la cobertura de identificación de pacientes es baja en comparación con la prevalencia esperada, y dentro de éstos, la cobertura de sus programas para pacientes diabéticos es aún más limitada. Sin embargo, también señalaron que la búsqueda activa de pacientes diabéticos es difícil y costosa, porque buena parte de ellos son asintomáticos y solo debutan con una complicación macrovascular, microvascular o una cetoacidosis. Por ello han reforzado su accionar mediante estrategias como las jornadas de salud en las empresas, y los tamizajes oportunistas. En otros casos se señaló que los equipos de salud de nivel básico no siempre realizan juiciosamente la actividad de búsqueda activa, y que

cuando, a base de capacitación, se logra un buen nivel de búsqueda activa, éste se pierde por la alta rotación de los médicos generales. Un elemento que podría mejorar la búsqueda activa es el uso de los Equipos Básicos de Atención Primaria para que apliquen la herramienta *Findrisk* y detecten pacientes con mayor riesgo de ser diabéticos y los reporten a sus EPS para la realización de la prueba diagnóstica.

Un aspecto que desestimula la búsqueda activa es el hecho de que los servicios de nivel básico típicamente son contratados por capitación. Esta modalidad de pago hace que el prestador trate de minimizar su esfuerzo, lo cual afecta el interés en realizar pruebas diagnósticas de diabetes, cuando las actividades de promoción y prevención no las incluyen. Incluso se comentó un caso en régimen subsidiado, en el cual había una región del país sin pacientes diabéticos reportados, por lo cual la EPSS en cuestión decidió realizar una jornada de búsqueda activa en la comunidad. Esto le permitió evidenciar que efectivamente había pacientes diabéticos, pero que no habían sido diagnosticados o reportados. Una posible solución a este problema es que los pagadores reconozcan un incentivo económico por realizar pruebas diagnósticas en pacientes identificados como de alto riesgo.

En el régimen subsidiado se evidenció la importancia del liderazgo de las autoridades municipales frente a la promoción de la salud y la detección precoz. Al respecto, se ilustró cómo el perfil profesional del secretario de salud determina el énfasis que se pone en este tipo de actividades, y se citó como ejemplo el caso de un secretario que era un gran entusiasta de la atención primaria. Durante su período en el gobierno, la estrategia de atención primaria tuvo un impulso importante, que luego decayó cuando terminó el período.

3.3. Perfilamiento del riesgo en población con diabetes.

Una vez diagnosticados como diabéticos o prediabéticos, estos pacientes deben ser objeto de una cuidadosa evaluación de su perfil de riesgo bio-psico-social, pues la probabilidad de éxito terapéutico está claramente influenciada por factores que van mucho más allá de la severidad de la enfermedad o del daño de órgano blanco. Sin embargo, se encontró que en la mayoría de los casos el perfilamiento solo se hace desde la esfera biomédica del paciente, es decir, se evalúa su nivel de HbA1c y otros marcadores biológicos, así como la presencia de comorbilidades y de daño de órgano blanco. Aunque esta evaluación es necesaria, no es suficiente, pues el éxito terapéutico

depende más de aspectos psico-afectivos del paciente, así como de su entorno familiar, comunitario, social y laboral.

La evaluación del paciente en estos otros aspectos mostró grados diversos de profundidad. En la mayoría de los casos, es el médico general quien hace una evaluación integral del paciente, pero, por su formación y su enfoque en el diagnóstico, no puede hacer un perfilamiento a profundidad de estos aspectos. Otra razón que se encontró para no hacer un perfilamiento detallado es el hecho de que el tiempo de consulta no es suficiente para aplicar las múltiples herramientas que requeriría este análisis. En algunos casos, se encontró que el paciente es rutinariamente visto por enfermería, nutrición, sicología y trabajo social, pero en otros casos se encontró que solo se remitía a estos profesionales cuando el médico encontraba algún riesgo en estos aspectos. En el caso de pacientes obesos, la mayoría de las instituciones cuentan con programas de obesidad a los que los pacientes son remitidos desde el ingreso.

Una EPS participante mencionó una prueba piloto en la que los pacientes eran perfilados a profundidad, e incluso se hacían visitas domiciliarias para evaluar aspectos del entorno familiar. Esta prueba piloto mostró costos muy altos en el corto plazo, por lo cual aún no se ha generalizado, pero aún falta analizar el efecto neto sobre los costos del ciclo completo de atención para evidenciar si hay ahorros de mediano o largo plazo.

Un hallazgo generalizado es el del manejo de los pacientes más severos en programas centralizados. En este sentido, los pacientes que ya tienen daño de órgano blanco o que tienen otros factores de riesgo que hacen previsible un difícil manejo, son llevados a estos centros, y en estos casos es más factible que se haga una evaluación del riesgo individual en todas las esferas del paciente.

Al igual que en el punto anterior, la modalidad de pago por capitación desincentiva la realización de actividades de perfilamiento a profundidad, pues requieren recursos extras que representarían ahorros potenciales para el pagador, mas no para el prestador capitado. En este sentido, no se encontró que hubiera modalidades de pago complementarias que estimularan estos esfuerzos adicionales por parte del prestador.

3.4. Elaboración de plan de acción con cada paciente.

La información obtenida en el proceso de perfilamiento del riesgo individual de cada paciente se

debe traducir en un plan de acción hecho a la medida de cada paciente, pues los perfiles de riesgo son diferentes. Ahora bien, algunos participantes plantearon que no es necesario llegar al nivel de detalle de tener un plan de acción diferente para cada paciente, pues hay categorías de pacientes que son suficientemente similares al interior de la categoría y suficientemente distintos entre categorías, por lo cual se podrían definir "familias" de planes de acción según la clasificación del riesgo del paciente. Lo que sí se reconoció como importante fue la definición de metas terapéuticas y de metas intermedias, acordadas con el paciente y no impuestas por el equipo de salud. Los participantes señalaron que sí cumplen con este precepto en sus modelos de atención.

Los participantes reconocieron que sus programas para pacientes diabéticos no estipulan el diseño de un plan de acción hecho a la medida de cada paciente, y menos aún el uso de este plan para hacer el seguimiento periódico del paciente. Sin excepción señalaron que lo que más se aproxima a un plan de acción es el seguimiento de guías de práctica clínica, pero obviamente reconociendo que esto no es un plan de acción propiamente dicho, pues es una orientación general y de corte típicamente médico.

Solo en pocos casos se encontró que se hacen planes de acción para los pacientes severos, que son los que llevan a programas centralizados. Pero esto no aplica para el mayor volumen de pacientes, que son manejados en los consultorios de puerta de entrada. Pero aún en los casos en los que el paciente es evaluado por diferentes profesiones (medicina, enfermería, sicología, nutrición y trabajo social), se encontró que cada profesional hace su parte de manera más bien desconectada con los demás, tanto en el diagnóstico de los aspectos relevantes a su disciplina del conocimiento, como en las conductas terapéuticas y en el seguimiento de éstas. Esta situación podría describirse como un modelo de "centro comercial", en el que cada local actúa de manera independiente a los demás y solo comparten unos recursos muy básicos. En otras palabras, no existe un trabajo sistemático de visión de 360° del paciente, que recoja la información obtenida para construir, en equipo, un plan de acción que sirva de hoja de ruta para el manejo farmacológico y no farmacológico del paciente.

3.5. Educación para el autocuidado.

Dado que el paciente con enfermedad crónica está alrededor del 99,7% del tiempo solo, haciendo frente a su enfermedad, el autocuidado es un elemento crítico para el logro de las metas terapéuticas. Para lograr un alto nivel de éxito en el autocuidado, es necesario que

el paciente desarrolle unas habilidades básicas y un nivel de autoefectividad que le permita llegar a un mejor control de su enfermedad. El logro de este nivel de autocuidado se logra mediante la educación y el apoyo permanente.

En relación con la educación, todos los participantes señalaron que cuentan con programas de educación a los pacientes. Sin embargo, reconocieron que estos programas son de carácter pasivo, se basan en presentaciones didácticas, y no aplican estrategias pedagógicas innovadoras para mejorar la efectividad. Incluso algunos participantes reconocieron que muchos de los materiales didácticos utilizados son inocuos, porque no están pensados desde el marco de referencia del paciente. Ejemplos de estos, son materiales que infunden temor sobre las complicaciones de la diabetes, o materiales que se utilizan indistintamente para grupos objetivos diferentes (niños, ancianos, adultos, personas educadas, no educadas, etc).

También se encontró que los contenidos de la educación son determinados por las instituciones, y no se utilizan estrategias para que sea el paciente quien dirija los contenidos según sus intereses y motivaciones. Esto permite aseverar que el modelo paternalista y unidireccional refleja una visión excesivamente biomédica del manejo del paciente diabético y por lo tanto una probabilidad de éxito muy reducida.

Una excepción interesante la mostró una EPS del régimen contributivo que tiene contenidos diferenciados para niños, gestantes y adultos, y utiliza estrategias vivenciales para transmitir los conocimientos básicos a los pacientes.

Algunos participantes reconocieron tasas de participación bajas en estas actividades de educación para el autocuidado, mientras que otros señalaban estrategias para garantizar la asistencia, tales como condicionar la entrega de medicamentos a la participación en los talleres. Pero en general, se reconoció que no se hace una evaluación de qué tanto retienen los pacientes los conocimientos impartidos, por lo cual es posible que la efectividad de la educación sea muy reducida. Otro aspecto que limita aún más el efecto de la educación es el hecho de que casi ninguna institución cuenta con personas expertas en educación en diabetes, sino que se apoyan en profesionales que conocen bien su tema pero que no necesariamente tienen habilidades para transmitir estos conocimientos a su audiencia.

Ahora bien, a pesar de que se reconoce la importancia de la educación para el autocuidado, se evidenció que los tomadores de decisiones muestran cierto grado de

escepticismo sobre la relación costo-beneficio de estas intervenciones. Esto se debe en parte a que los beneficios de la educación son de mediano y largo plazo mientras que los costos sí se incurren en el corto plazo. Pero también se debe a que hay escepticismo sobre la efectividad de estas actividades, quizá por lo precario de las estrategias pedagógicas que se utilizan.

3.6. Apoyo para el autocuidado.

La educación para el autocuidado solamente le da al paciente conocimientos y herramientas para lograr un mejor manejo de su diabetes. Pero esto no es más que un elemento para el logro del autocuidado. La prueba real de cuánto le ha servido lo aprendido, ocurre cuando el paciente, estando solo al frente de su enfermedad, debe decidir cómo proceder para evitar un evento agudo, o debe persistir en hábitos que no tienen beneficios evidentes en el corto plazo pero sí previenen daño de órgano blanco en el mediano y largo plazo.

Por esta razón es necesario acompañar al paciente durante el tiempo que está solo, y mejorar, en la medida de lo posible, las condiciones del entorno familiar, comunitario, laboral y social, de tal manera que el paciente logre manejar adecuadamente las crisis y exacerbaciones, y logre los cambios de hábito necesarios para evitar el daño de órgano blanco.

Un elemento crítico de apoyo para el autocuidado son las redes de pacientes, pues éstas permiten que entre pares se resuelvan problemas cotidianos y se ayuden para prevenir otros problemas. Sin embargo, entre los participantes se encontró que no hay un ejercicio deliberado para crear estas redes de apoyo entre pares, a excepción de dos programas específicos. Uno de estos programas es en una EPS del régimen contributivo, que incluso cuenta con una red virtual en la que los pacientes interactúan directamente y sin limitaciones. Ahora bien, en esta red virtual la participación aún es baja pues se inició recientemente, y también por el hecho de que las comunidades virtuales no son atractivas para pacientes adultos mayores o de bajo grado de alfabetismo.

La otra experiencia de redes de pacientes se desarrolló en el régimen subsidiado, a base de grupos de 20 pacientes que tienen un paciente líder que les hace seguimiento. Estos grupos son organizados geográficamente para que haya cercanía entre sus miembros, y han demostrado gran utilidad para resolver consultas de la vida cotidiana del paciente y que no requieren de un profesional de la salud. También han mostrado que hay un control entre pares que incentiva la adopción de hábitos de vida saludables.

Otra experiencia llamativa es la de una EPS que creó la figura de “gestores de cambio del comportamiento”, que son profesionales de áreas del comportamiento o de la enfermería, que acompañan al paciente para que mejore la autoefectividad. Estos gestores trabajan de manera individual con el paciente.

Una estrategia para mejorar el autocuidado es la de contar con líneas de atención 7x24 para resolver dudas más complejas que el paciente no pueda resolver con sus pares, o para manejar precozmente episodios agudos, particularmente de hipo o hiperglicemia y poder así conjurar una visita a urgencias o una hospitalización. Sin embargo, no se encontró que las instituciones participantes tuvieran este tipo de servicios. Algunas cuentan con su central de llamadas, pero obviamente este no sería el escenario para resolver este tipo de necesidades tan específicas. Otras cuentan con consulta no programada para resolver en corto tiempo necesidades del paciente, pero esta opción supone el desplazamiento hasta el centro de atención, lo cual es menos probable en una situación de inminente riesgo.

3.7. Cambio de hábitos.

El autocuidado implica no solamente el adecuado manejo de situaciones agudas, sino también el cambio de hábitos o de estilos de vida. El más obvio para los pacientes diabéticos es el de la actividad física y la dieta, particularmente en los pacientes obesos. Pero también se requiere el cambio de hábitos en aspectos como el tabaquismo, el cuidado de los pies, o incluso el hábito de tomar medicamentos diariamente o de aplicarse insulina.

Las actividades de educación para el autocuidado deben transmitir conocimientos y actitudes a los pacientes, que luego se conviertan en prácticas que lleven a un exitoso conjunto de estilos de vida saludables. Sin embargo, como se mencionó en el punto 3.5., existen limitaciones importantes en las estrategias de educación que actualmente se utilizan. Adicionalmente, al no existir un plan de acción hecho a la medida de cada paciente, es difícil verificar que se están logrando los cambios esperados pues no hay una hoja de ruta que permita verificarlos.

Dentro de las actividades de promoción de la salud, los participantes comentaron que cuentan con programas genéricos de dejación del tabaquismo, de actividad física y de obesidad. Pero, salvo algunas excepciones, estos programas no están específicamente diseñados para pacientes diabéticos y estos pacientes llegan a dichos programas por remisión del equipo de salud del programa de diabetes. Esto evidencia que las

estrategias para lograr el cambio de hábitos no están integradas a un manejo comprehensivo del paciente diabético.

Al igual que en los aspectos mencionados anteriormente, la mayoría de los participantes reconocieron que estas actividades son débiles o ausentes, pero con los pacientes más severos sí se hacen de manera más sistemática.

3.8. Verificación de adherencia al tratamiento.

El enfoque paternalista tradicional de la relación médico-paciente asume que las órdenes e indicaciones que emite el médico son cuidadosamente seguidas por el paciente. Sin embargo, esto no es cierto pues el paciente debe tener un nivel de motivación suficiente para tomar el control de su enfermedad. El uso de estrategias pedagógicas participativas, que partan de la motivación del paciente, tendría un mayor nivel de éxito que las actuales estrategias paternalistas y unidireccionales. Pero, en cualquier caso, es necesario tener un conjunto de mecanismos de verificación de la adherencia del paciente a las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, para lo cual es crítico contar con la hoja de ruta que proporciona el plan de acción individualizado.

Los participantes anotaron que el principal instrumento de verificación de adherencia es la HbA1c, pues esta permite monitorear el resultado de la terapia farmacológica y no farmacológica en los últimos tres meses. Este indicador es altamente confiable, válido, relevante, sensible y específico. Pero no basta con tener este indicador, pues si se encuentra que no mejora, la siguiente pregunta es: ¿en qué parte de la terapia el paciente no muestra los niveles de adherencia óptimos?.

Esta verificación se hace difícil porque se basa en preguntarle al paciente, y éste puede dar una respuesta estratégica para evitar que sea juzgado negativamente por el equipo de salud. Esta actuación estratégica, obviamente, es típica de un modelo paternalista. Pero en un modelo de relación, con el paciente, en el que éste está empoderado y motivado para lograr sus metas terapéuticas será mucho más factible que exprese libremente las limitaciones que ha tenido para adherirse al tratamiento. Por ello, es crítico desarrollar una relación de confianza que permita ventilar libremente todas las dificultades que tenga el paciente, pues solo así se podrá encontrar una solución, la cual quedará consignada en el plan de acción ajustado a las nuevas realidades.

Una estrategia que se encontró en varias instituciones es la de la consulta de seguimiento farmacoterapéuti-

co, que la lleva a cabo el químico farmacéutico. En este servicio, el profesional indaga por aspectos que impidan la adecuada adherencia a la terapia farmacológica, tales como efectos colaterales, eventos adversos, o interacciones medicamento-medicamento o medicamento-paciente. Este servicio en algunos casos es prestado por el operador logístico de medicamentos.

3.9. Educación sobre cómo usar servicios de salud.

El paciente diabético tiene una tasa de uso de servicios de salud mucho más alta que la gran mayoría de personas. Dada la vulnerabilidad del paciente con esta condición médica, es muy importante que su acceso a los servicios de salud sea expedito y el paciente no quede perdido en cuellos de botella o quede como un cabo suelto en el proceso de atención. Aunque parte de estos problemas son responsabilidad del equipo de salud y del pagador, también es claro que el paciente debe adquirir las habilidades que le permitan moverse ágilmente por el sistema. Un elemento crítico es que el paciente tenga claro qué hacer cuando aparezcan signos de alarma de un episodio agudo, particularmente que sepa cuándo debe acudir a un servicio de urgencias o cuándo puede esperar hasta el día hábil siguiente.

En este sentido, los participantes señalaron que durante las actividades educativas se les transfiere esta información a los pacientes, y se espera que esto sea suficiente para conjurar episodios agudos. Algunos señalaron que la EPS cuenta con servicios de atención domiciliaria que el paciente puede solicitar vía telefónica.

3.10. Contacto con los servicios de salud.

Un paciente que sabe cómo acceder a los servicios de salud y cómo usarlos correctamente requiere además de canales de comunicación expeditos para los casos de exacerbaciones o crisis agudas. Ya se mencionó en el punto 3.6. la utilidad de líneas 7x24, pues estos episodios agudos pueden ocurrir a cualquier hora. Otra posibilidad es la de disponer de servicios domiciliarios que sean fácilmente contactables y que el paciente sepa cómo utilizarlos.

En este punto, los participantes reconocieron la utilidad de líneas 7x24 pero también señalaron que no las tenían, debido a que podrían resultar muy costosas para los beneficios que genera, en comparación con la posibilidad, que sigue existiendo, de que el paciente consulte directamente a urgencias.

3.11. Recursos comunitarios.

El abordaje de las variables del entorno familiar, comunitario, social y laboral, supone aprovechar una serie de recursos por fuera de la institución y del equipo de salud, que, aunque no son del ámbito de la salud, son claves para apoyar al paciente en el autocuidado y en el manejo de episodios agudos y post-agudos. Lo ideal es que el equipo de salud aproveche estos recursos para mejorar la probabilidad de éxito en el auto-cuidado mediante la influencia sobre los determinantes socioeconómicos de la salud, sin que necesariamente se convierta en un gasto adicional que no genera beneficios. Las organizaciones que cuentan con programas de atención domiciliaria han encontrado que este es un canal útil para enlazarse con los recursos comunitarios, y especialmente con el grupo familiar del paciente y sus cuidadores informales.

Al respecto, se encontró que muy pocos aprovechan los recursos comunitarios, y que el enfoque de la prevención secundaria y terciaria es típicamente intramural. Una excepción son las dos experiencias de redes de pacientes comentadas en la sección 3.6. que, aunque son impulsadas por el pagador, terminan convertidos en un recurso comunitario con autonomía. Una observación planteada por uno de los participantes subrayó que estos grupos de apoyo entre pares deben mantener una motivación netamente altruista y evitar que se conviertan en grupos de presión para obtener beneficios del sistema de salud. Aunque esta actividad es totalmente legítima y hoy en día muchos grupos de pacientes la ejercen, es claro que puede distorsionar la orientación fundamental de apoyar al paciente cuando está solo para que resuelva problemas cotidianos, logre los cambios de hábito y maneje adecuadamente los episodios agudos.

Un recurso de gran utilidad, que, aunque es parte del sistema de salud, es del ámbito comunitario, son los Equipos Básicos de Atención Primaria. Estos equipos ya han funcionado por varios años en Bogotá y Barranquilla, y sirven de enlace entre los equipos intramurales y la comunidad. Sin embargo, algunos participantes del régimen contributivo señalaron que estos equipos no los benefician mucho, pues funcionan primordialmente en las áreas más vulnerables de estas ciudades, donde la cobertura es mayoritariamente del régimen subsidiado.

4. HALLAZGOS EN LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PRESTADOR.

4.1. Modelo centralizado vs. descentralizado.

En la producción de servicios en general, cuando el consumidor debe estar presente para que se materialice el servicio, existe una tensión entre dos objetivos: el acceso y la eficiencia en la producción. En los servicios de salud, esta tensión se expresa así: prestar un servicio dado en una sola unidad de producción, hace posible grandes ganancias en eficiencia, pero implica un mayor esfuerzo del paciente para llegar hasta dicha unidad de producción. Por el contrario, prestar este mismo servicio en varias unidades de producción dispersas por una ciudad, implica menor eficiencia en la producción pero reduce el esfuerzo del paciente por llegar hasta la unidad de producción.

En el caso de los programas de diabetes, se discutió esta tensión con los asistentes, quienes reconocieron claramente que sí existe, pero que han encontrado una línea media, que consiste en centralizar el manejo de los pacientes más complejos en unidades especializadas, mientras los menos complejos se manejan descentralizadamente en las unidades de puerta de entrada. Esto permite optimizar el recurso del médico especialista y algunos equipos y dotaciones, que son de mayor costo que los recursos humanos y físicos de la puerta de entrada. Adicionalmente, permite optimizar la interdisciplinariedad porque el mayor volumen de pacientes complejos en un solo sitio, hace posible que las diferentes disciplinas del conocimiento interactúen de manera más efectiva.

Como se mencionó en las secciones anteriores, los participantes señalaron que muchos de los aspectos ideales de los modelos de atención se ejecutaban con mayor alcance e idoneidad en estas unidades para pacientes complejos, mientras que en las unidades de puerta de entrada se ejecutaban pobremente o no se ejecutaban. Esta evidente división genera una situación paradójica que fue abiertamente reconocida por los participantes: que en las unidades de puerta de entrada estaban abordando de manera subóptima los pacientes de bajo riesgo, que tarde o temprano terminarán convertidos en pacientes complejos. Dicho de otra forma, esta división le da un carácter reactivo y no proactivo al modelo de atención.

Una EPS señaló su experiencia frente a esta tensión entre eficiencia y acceso. En un principio su modelo de atención consideraba unidades especializadas para los programas de patologías crónicas. Luego pasaron a un modelo descentralizado, basado en el enfoque familiar, que suponía que cada centro de puerta de entrada debía desarrollar las habilidades para manejar

un amplio espectro de patologías crónicas. Posteriormente, los análisis mostraron que los indicadores de los pacientes diabéticos se estaban deteriorando, por lo cual decidieron regresar al modelo centralizado, y actualmente se encuentran en este proceso de re-centralización.

Otro hallazgo interesante es que muchas EPS no consideran la diabetes como una condición médica que deba ser objeto de un programa aparte, sino que la integran a los programas de riesgo cardio-cerebro-vascular. La lógica de esta integración es que hay grandes economías de alcance entre estas tres condiciones, puesto que todas tienen su origen en el daño microvascular y macrovascular. Ahora bien, aunque la obesidad, la dislipidemia, la hipertensión arterial y el síndrome metabólico tienden a presentarse las cuatro o algunas de las cuatro en el paciente diabético, no está claro que ello suponga economías de alcance que justifiquen un abordaje común para las cinco patologías. Sin embargo, los participantes consideraron que esta agregación les permite optimizar recursos pues pueden tener volúmenes más grandes de pacientes y así explotar, no solo economías de alcance, sino también economías de escala.

Desde la perspectiva del paciente, no se ha explorado la validez de las economías de alcance de estas condiciones médicas, ni de la tensión entre centralización y descentralización. Incluso dentro de los pacientes diabéticos, pueden existir segmentos que tengan preferencias diferentes. Los segmentos con diferencias más obvias son los diabéticos tipo I, tipo II y las gestantes. Pero más allá de estos, hay segmentos que pueden tener preferencias distintas frente a la centralización y frente a otras condiciones médicas. Por ejemplo, los pacientes adultos mayores pueden encontrar atractivo un modelo centralizado pues convierte el control mensual en un evento social que supera los aspectos puramente biomédicos de la consulta. En el sentido opuesto, los pacientes discapacitados, o los muy pobres, o los trabajadores activos, pueden preferir un modelo descentralizado que les minimice costos de tiempo y de desplazamiento.

4.2. Conformación del equipo de salud.

Los equipos de salud para los programas de diabetes, y de riesgo cardio-cerebro-vascular en general, típicamente incluyen las siguientes profesiones: medicina general, enfermería, sicología, nutrición y trabajo social. Algunos cuentan con químico farmacéutico pero por lo general a través del operador logístico de medicamentos. En los programas con volúmenes de pacientes mayores, se cuenta con

médicos familiares o médicos internistas, mientras que las especialidades de menor volumen se contratan por separado. Entre éstas se cuentan principalmente nefrología, cardiología, oftalmología, vascular periférico, neurología y endocrinología. En cuanto a los recursos físicos, los centros médicos de puerta de entrada cuentan con la dotación básica típica de un centro de nivel I.

La categoría ocupacional de educador en diabetes no existe en el contexto del Sistema de Seguridad Social en Salud, por lo cual, en la modalidad de pago por servicio, no existe incentivo alguno para aprovechar este recurso. Como consecuencia de esto, tampoco hay demanda de este tipo de trabajadores, a pesar de que la Asociación Colombiana de Diabetes tiene un programa de formación para este fin. No obstante, algunos participantes mencionaron que sí cuentan con educadores en diabetes, así no sean reconocidos formalmente, pues estas organizaciones saben que es un recurso valioso que les permite tener un mejor control de la siniestralidad del paciente y de los eventos evitables.

A pesar de contar con este amplio espectro de disciplinas para el cuidado del paciente diabético, no se evidenció que hubiera un abordaje como equipo de trabajo, y menos aún, que se adoptaran estrategias dirigidas a mejorar la efectividad de tales equipos de trabajo. Por el contrario, el bajo nivel de interacción entre cada miembro del equipo de salud llevó a que los participantes estuvieran de acuerdo en que, salvo pocas excepciones, este modelo de prestación era similar al modelo de “centro comercial”, más que al de una solución integral.

4.3. Historia clínica.

Las instituciones participantes cuentan con historia clínica electrónica, lo cual facilita la recolección de datos rutinarios. Algunas incluso cuentan con módulos específicos para diabetes, de tal manera que pueden llenar los vacíos que dejan las historias clínicas genéricas que se encuentran disponibles en el mercado.

En cuanto a la integración de toda la información del paciente que se genera en otros escenarios de atención, las instituciones que muestran un alto grado de integración en sus redes de servicios desde la baja hasta la alta complejidad, han logrado también un alto nivel de integración de toda la información. Por el contrario, aquellas que solo cuentan con redes de puerta de entrada o de mediana complejidad, encuentran muy difícil obtener información detallada de escenarios de atención por fuera de su red propia, específicamente en lo concerniente a atenciones de

urgencias, procedimientos electivos, y estancias hospitalarias.

4.4. Consulta planificada.

El concepto de consulta planificada consiste en revisar la información del paciente antes de que ocurra la consulta de control. Esto con el fin de tener mayor claridad sobre qué esperar de la consulta y qué información crítica recabar para modificar o ratificar conductas terapéuticas. En este punto ninguna institución reconoció llevar a cabo este proceso, aunque se mencionó una institución prestadora que sí lo hace (no estuvo presente en las entrevistas grupales), pero solo para los pacientes más complejos.

Los participantes señalaron que aunque este es un elemento ideal, en las condiciones actuales de los modelos de atención no sería viable porque implicaría bloquear un tiempo de agenda para el equipo de salud, que no estará disponible para atender más consultas. Sin embargo, esta observación pierde validez si se diseñara un proceso de prestación diferente.

4.5. Proceso de atención en el momento de la consulta.

En varios apartes anteriores se ha mencionado que el proceso de atención de la consulta de seguimiento se asemeja más a un modelo de “centro comercial” que a un proceso coordinado para lograr un objetivo común. Este modelo se refuerza con el esquema inflexible de la consulta de 20 o 30 minutos. Se supone que el médico debe resolver todas las necesidades del paciente en este lapso de tiempo, y todos los demás procesos asistenciales se derivan de las decisiones que tome al terminar la consulta.

Dentro de este esquema rígido es apenas lógico que no quepan procesos como el perfilamiento a profundidad que se mencionó en la sección 3.3., o el diseño de un plan de acción a la medida de cada paciente y su posterior monitoreo, que se mencionó en la sección 3.4. También se entiende porqué no hay tiempo para dar una educación más efectiva y porqué no se puede dar apoyo para el autocuidado, aspectos éstos mencionados en los apartes 3.5. y 3.6. No sorprende tampoco porqué no se puede llegar a un nivel de detalle que permita hacer una verificación efectiva de la adherencia del paciente al plan de acción, como se señaló en la sección 3.8. Y tampoco sorprende porqué el concepto de consulta planificada mencionado en la sección 4.4. resulta difícil de implementar.

Para hacer posibles todos estos elementos del modelo de atención, es necesario pensar en procesos de

atención distintos al modelo de “centro comercial” con citas de 20 o 30 minutos. En unas pocas experiencias comentadas por los participantes, se evidenció la tendencia hacia estas innovaciones. Por ejemplo, se mostraron modelos de consulta médica general acompañada por especialistas, bien sea médicos familiares o internistas, y esquemas de médico de cabecera que ejerce como “doliente” del paciente. Pero aún falta investigar mucho más en cómo optimizar los procesos de atención, separando claramente aquellos procesos altamente estandarizables de los no estandarizables, reservando los segundos para el profesional más calificado mientras que los primeros son delegados al resto del equipo.

4.6. Plan de acción para cada paciente.

Como se mencionó en la sección 3.4., el plan de acción es una hoja de ruta que refleja las condiciones particulares de un paciente y las metas terapéuticas que han sido definidas de común acuerdo con éste. En esta sección también se mostró que los participantes reconocieron que no se elaboran planes de acción individuales y que más bien se limitan a la aplicación de la guía de práctica clínica.

En consecuencia, desde el lado del prestador, no existen elementos de la estructura o de los procesos orientados a diseñar, ejecutar y monitorear un plan de acción. No se identificó una figura de *case manager* ni aún para los pacientes más complejos. Lo más parecido es la figura del médico de cabecera, pero éste no ejerce como *coach* del paciente para el éxito terapéutico.

4.7. Coordinación de la atención.

El tránsito del paciente por otros escenarios de atención por fuera del programa de diabetes genera el riesgo de que se pierda del “radar” del programa. Esto puede pasar de dos maneras: o que el paciente quede atrapado en un cuello de botella sin que haya posibilidad de detectarlo (por ejemplo, por un problema de oportunidad en una cita a especialista), o que quede como un cabo suelto al pasar de un escenario a otro (por ejemplo, cuando sale de alta de un episodio agudo, o cuando un especialista no contra-remite el paciente al programa).

Los participantes reconocieron que el mayor riesgo de perder el seguimiento del paciente es cuando ocurre un episodio agudo que termina en una hospitalización. Sin embargo, la mayoría de los pagadores han desarrollado mecanismos exhaustivos para minimizar este riesgo, tales como pedir diariamente a los hospitales el censo de pacientes hospitalizados de su EPS, o enterarse de la hospitalización por medio del

sistema de autorizaciones. Algunas EPS utilizan esta información para notificar al programa o al centro de atención de puerta de entrada acerca del episodio agudo, con el fin de que el prestador tome medidas para garantizar la retoma del paciente en el ámbito ambulatorio.

Ahora bien, un episodio de hospitalización es un evento crítico para un paciente con enfermedad crónica, pues durante ese período estará expuesto a un equipo de salud diferente, que seguramente no está alineado con el equipo de salud del ámbito ambulatorio. Esto implica un riesgo de generar reprocesos, y de que se cambien radicalmente conductas médicas que alteren los planes de acción y las metas terapéuticas de cada paciente en particular.

Una forma de evitar esto es el mecanismo de auditoría de concurrencia, mediante el cual el pagador garantiza que la información relevante se lleve al ámbito ambulatorio, y el alta se programe con todos los preparativos del caso para garantizar el tránsito sin solución de continuidad. Sin embargo, no todos los hospitales permiten la auditoría de concurrencia, y en estos casos el ámbito ambulatorio debe conformarse con la epicrisis que se produce al egreso del paciente. Es en estos casos cuando hay una mayor probabilidad de ruptura de la continuidad de la atención.

En las EPS que tienen niveles altos de integración de su red de servicios, este problema de coordinación es menor, puesto que el hospital agudo comparte la misma historia clínica y el equipo de salud del ámbito ambulatorio puede hacer el seguimiento en tiempo real y preparar el alta con toda la información necesaria para garantizar la continuidad.

La otra situación en la que se presentan problemas de coordinación es en la atención de urgencias. Cuando el paciente acude a un centro de atención que no está ligado al modelo de atención, esta atención no queda registrada en la historia clínica y es muy difícil obtenerla *a posteriori*. Adicionalmente, existe el riesgo de que se repitan procesos y se cambien conductas que den al traste con el enfoque integral del programa. Los participantes reconocieron este problema, excepto aquellos cuyas instituciones tienen un alto nivel de integración de su red de servicios.

4.8. Telemedicina.

El uso de telemedicina se exploró tangencialmente. Aquellas instituciones que tienen alto grado de integración de sus redes de servicios, con historia clínica electrónica única, muestran la mayor frecuencia de uso de telemedicina, particularmente para la interconsulta con especialistas hacia zonas del país que no cuentan con este recurso.

4.9. Guías de práctica clínica.

Todos los participantes hicieron mención al uso de guías de práctica clínica en sus modelos de atención. Sin embargo, reconocieron que estas guías son de corte biomédico y que ignoran, o abordan brevemente, los temas relacionados con la esfera psicoafectiva y el entorno familiar, comunitario, social y laboral. También reconocieron que el seguimiento de estas guías no sustituye la elaboración de un plan de acción hecho a la medida de cada paciente, sino que son un insumo para definir el componente biomédico de este plan de acción.

En el caso de los servicios de puerta de entrada contratados por la modalidad de capitación, las guías de práctica clínica y las normas derivadas de la resolución 412 de 2000 sirven como instrumento para exigir la realización de actividades de tamizaje y de seguimiento del paciente. Esto es especialmente relevante en aquellos casos en los que el prestador, respondiendo al incentivo de la capitación a negar servicios, deja de hacer algunas actividades de prevención secundaria y terciaria que terminan generando morbilidad evitable.

Las guías también son utilizadas por el prestador, o por el pagador cuando se trata de su propia red, para monitorear las conductas médicas. La actividad de auditar conductas médicas para verificar su adherencia a guías, es generalizada en las instituciones representadas en las entrevistas grupales. Algunas instituciones realizan esta auditoría como un insumo para determinar qué necesidades de capacitación tienen sus médicos, y para determinar la magnitud de las desviaciones. En general, reportan que entre mayor es el nivel de especialización del médico es mayor la probabilidad de no adherencia. Esto llama la atención pues es claro que en el manejo de la diabetes hay muchos elementos que está altamente estandarizados, dada la acumulación de evidencia que permite llegar a este nivel de estandarización.

4.10. Evaluación de desempeño.

La diabetes es una condición médica inusual en el sentido de que cuenta con un indicador biológico, la HbA1c, que da cuenta del correcto manejo de la enfermedad. La existencia de este indicador sirve de guía para verificar qué modificaciones en la estructura y los procesos de los modelos de atención tienen efectos positivos y cuales no, y entre los positivos cuales son los de mayor efecto. Aunque la evidencia empírica muestra que a veces es difícil establecer una relación de causalidad contundente, la existencia de este indicador ha acelerado en gran medida el avance del conocimiento y la estandarización de múltiples

aspectos que hace unas décadas eran materia de especulación o simplemente no se conocían.

En las experiencias analizadas se encontró que, efectivamente, se usa la HbA1c como un indicador de resultado. Sin embargo, el hecho de que se mida periódicamente no implica necesariamente que se esté usando para mejorar la estructura y los procesos de los modelos de atención. Por ejemplo, algunos participantes señalaron que en sus instituciones solamente se mide el indicador pero no se toman acciones sobre el resultado sino que simplemente se anota en la historia clínica, o incluso éste llega automáticamente desde el laboratorio clínico. Al respecto, se mencionaron casos de pacientes que muestran valores constantes durante varios meses o incluso años, sin que se haya tomado una acción para mejorarlo.

Otros pagadores sí monitorean este indicador de resultado, pero para determinar, a nivel del centro de atención de puerta de entrada, el desempeño frente a otros similares, y para establecer incentivos por resultados. Al interior de los prestadores se observó que no se hace una retroalimentación sistemática a los médicos con base en los resultados de este indicador, ni se hace un análisis exhaustivo de la información para explicar las variaciones del indicador o para ajustar por la complejidad y el *case-mix* de los pacientes que cada médico maneja.

Otro resultado que es medido por casi todas las instituciones participantes es el de hospitalizaciones. Algunos incluso han llegado al detalle de separar hospitalizaciones evitables de las no evitables. Este indicador es altamente sensible al modelo de atención, pues un paciente bien manejado y con un alto nivel de efectividad en el autocuidado, tendrá una menor probabilidad de presentar un episodio agudo o de tomar decisiones equivocadas que retarden la atención oportuna. Una experiencia específica con este indicador fue la reducción drástica en hospitalizaciones, parto prematuro y macrosomía, en pacientes con diabetes gestacional.

Las hospitalizaciones también son usadas por los pagadores como un indicador trazador de fallas en el modelo de atención. En el régimen subsidiado esto es más frecuente, pues las EPSS no pueden tener un control cercano del paciente en el nivel básico y muchas veces lo detectan solo cuando presenta un episodio agudo. Estos casos son analizados por algunas EPSS y en general detectan que ha habido fallas en la gestión integral del paciente, que reflejan fallas estructurales en el modelo de atención.

La evaluación de resultados es un ejercicio complejo que requiere grandes volúmenes de datos, no solo para

medir el indicador en sí mismo, sino para ajustar por la complejidad y el *case-mix* de pacientes que tenga una institución. Por esta razón, es necesario alimentar permanentemente las bases de datos de pacientes, para lo cual la historia clínica electrónica es un vehículo crítico. Sin embargo, aún en las instituciones con alto nivel de integración de su red de servicios, se encontró que no existe una rutina sistemática de minería de datos que utilice métodos estadísticos sofisticados para la evaluación de resultados. En aquellas instituciones que contratan con prestadores externos es aún más difícil recopilar la información, particularmente en lo relacionado con hospitalizaciones y atenciones de urgencias. La situación más compleja fue planteada por las EPSS, en cuanto a que les resultaba muy difícil obtener datos de los hospitales públicos, no solo de episodios agudos sino del manejo ambulatorio del paciente.

Mientras que en la evaluación de resultados se perciben grandes brechas frente al ideal, en la evaluación de los procesos hay un avance mucho mayor. Por ejemplo, la medición de la oportunidad en la consulta es generalizada y está altamente estandarizada. También se mide la adherencia a las guías de práctica clínica y la calidad de los registros clínicos. Con estos indicadores de proceso, el pagador establece metas de cumplimiento que a su vez generan planes de mejoramiento que posteriormente son verificados por el pagador.

Una observación que hicieron varios participantes es que hay diferencias entre unidades de puerta de entrada en cuanto al uso que hacen de los indicadores de proceso y resultado para retroalimentar a los médicos y mejorar su desempeño. En este sentido, reconocieron que es clave el liderazgo del gerente o director de la unidad, y de los clínicos líderes, en jalonar a los médicos y al resto del equipo de salud a un proceso de mejoramiento continuo con base en los resultados. Este liderazgo también se señaló como un factor crítico para estimular el trabajo en equipo y la rendición de cuentas entre pares, de tal manera que los procesos de atención pasen de ser un simple proceso de producir actividades aisladas, a un proceso de producir resultados clínicos y económicos.

4.11. Documentación del proceso y su verificación.

Este elemento se analizó tangencialmente, y se encontró que muchas de las instituciones participantes cuentan con certificación ISO, pero ello no necesariamente implica que se verifique el cumplimiento de los procesos como están documentados.

5. MECANISMOS DE PAGO.

Como se ha mencionado en algunas de las secciones anteriores, los servicios del nivel básico típicamente se contratan bajo la modalidad de capitación, mientras que los demás servicios se contratan por la modalidad de pago por servicio. Los pagos por capitación muestran diversos grados de empaquetamiento, y en algunos casos los medicamentos, el laboratorio clínico o las imágenes diagnósticas, están separados de la capitación. Solo en algunos casos aislados se encontró un mecanismo de pago global prospectivo por un período fijo por paciente. Tampoco se encontró que hubiera capitación de nivel básico ajustada por riesgo.

Una experiencia interesante fue la de una EPS que analizó el costo de sus pacientes diabéticos y estimó un pago prospectivo por paciente, que separaba el riesgo primario del riesgo técnico, y dentro de este último separaba el alto costo y algunos eventos que se consideraban por fuera del paquete para ser pagados por actividad. En este caso, la EPS no obtuvo respuesta de ningún prestador. Esto puede explicarse por dos razones: 1) no existen prestadores organizados para asumir este riesgo, como sí existen hoy en día para el caso de VIH/SIDA y otras condiciones médicas. Y 2), aunque existen prestadores en capacidad de asumir este riesgo, posiblemente hayan considerado que el pago prospectivo era insuficiente. Desafortunadamente, la experiencia mencionada no logró establecer cual de las dos razones explicaba el fracaso de este intento por migrar hacia pagos globales prospectivos por patología.

También se encontró que algunos pagadores establecen incentivos financieros y no financieros con base en resultados de HbA1c y hospitalizaciones evitables. En estos esquemas, se puede terminar por incentivar la selección de los pacientes con mejores probabilidades de obtener buenos resultados y el rechazo de aquellos menos propensos a una buena adherencia y a un exitoso autocuidado. Sin embargo, los participantes de las organizaciones que aplican estos esquemas, señalaron que esta selección no es posible porque los pacientes son asignados al médico desde la central de llamadas o es el paciente mismo quien escoge el médico y el centro médico de puerta de entrada.

6. DISCUSIÓN.

Los hallazgos de las entrevistas grupales muestran dos conclusiones prominentes: 1) el sistema de salud colombiano ha avanzado en el desarrollo de modelos de atención integrales para diabetes, y 2) aún hay grandes oportunidades de mejoramiento que permitirán maximizar el valor obtenido por cada peso dedicado al manejo de esta condición médica.

6.1. Avances y nuevos retos.

Entre los avances que vale la pena destacar, está el hecho de que existen los programas de diabetes, o riesgo cardio-cerebro-vascular. Hay una conciencia clara sobre la necesidad de detectar precozmente estos pacientes, y sobre la necesidad de un modelo de atención integral que resuelva el problema de fragmentación que prevalece en el sistema. Algunos pagadores han avanzado más en las capacidades para coordinar el flujo del paciente por la red de servicios, y casi todos han desarrollado programas centralizados para los pacientes más complejos o en estadios más avanzados de la enfermedad. También es pertinente resaltar el uso de indicadores de resultado para monitorear el desempeño de los programas, específicamente el uso de HbA1c y el seguimiento a hospitalizaciones evitables. Por último, se destaca el amplio uso de la historia clínica electrónica.

Ahora bien, de estos avances surgen nuevos retos que llevan a mayores niveles de calidad. En cuanto a los modelos de atención centralizados para pacientes severos, es evidente una diferencia en la intensidad de las actividades en comparación con los pacientes menos severos que se manejan en los centros de puerta de entrada. Esta diferencia es especialmente marcada en los aspectos relacionados con educación y apoyo para el autocuidado, apoyo para el cambio de hábitos, y el seguimiento a los indicadores de resultado. La menor intensidad de actividades en los pacientes menos severos hace que la efectividad del modelo de atención sea muy limitada, por lo cual terminarán desarrollando complicaciones micro y macrovasculares que, una vez evidentes, serán objeto de manejo en las unidades especializadas.

Esta lógica recuerda la lógica que en un principio presentaban los programas de enfermedad renal crónica, en los que los pacientes en estado terminal eran cuidadosamente abordados para optimizar su acceso a terapia de reemplazo renal, pero no se hacía mucho por evitar el avance de la enfermedad. Hoy en día los programas de protección renal se esfuerzan por detectar los pacientes desde los estadios tempranos de la enfermedad y hacer un manejo integral para retardar el deterioro de la función glomerular.

En cuanto a la existencia de comorbilidades en el paciente diabético, específicamente obesidad, dislipidemia e hipertensión, surge la pregunta de si el manejo de estos pacientes con una o varias de estas comorbilidades, se puede hacer dentro de un programa que mezcle otros pacientes no diabéticos que tengan esas comorbilidades. Para responder a esta pregunta es necesario ubicarse en el marco de referencia del paciente. Si su problema mayor es el de la

diabetes, y para abordar ese problema se deben utilizar herramientas y estrategias propias de la diabetes y que no son útiles o relevantes para los pacientes no diabéticos, valdría la pena ofrecer una respuesta integral que no estuviera sujeta al hecho de que hay otros pacientes no diabéticos.

Por ejemplo, el manejo de la dieta en un diabético es muy diferente a la de un hipertenso no diabético; el paciente no diabético no necesita saber nada de cómo aplicarse insulina ni cómo manejar su actividad física e ingesta calórica para mantener niveles de glicemia adecuados; el cuidado de los pies no es relevante para el paciente no diabético; y así sucesivamente.

Quizá la lógica de agrupar pacientes no diabéticos con diabéticos en programas de riesgo cardio-cerebro-vascular obedece más a la lógica del prestador en cuanto a que logra economías de alcance con este agrupamiento. Por ejemplo, el recurso de un internista o un cardiólogo puede optimizarse si se cuenta con un grupo heterogéneo de pacientes con patologías objeto de estas especialidades médicas. Pero este es precisamente el hecho que demuestra que los programas están diseñados desde la lógica del prestador y no desde la lógica del paciente. Y buena parte de la explicación para el limitado éxito de estos programas radica en este error. En el resto de sectores de la economía, los productos y servicios se diseñan desde la lógica del consumidor, y no desde la lógica del productor.

Los anteriores argumentos sugieren a que los programas de diabetes deberían estar separados de otros pacientes no diabéticos, así compartan el riesgo cardio-cerebro-vascular derivado de la dislipidemia, la hipertensión arterial y la obesidad, puesto que son segmentos de pacientes diferentes y con necesidades y expectativas también diferentes.

En cuanto al uso de indicadores de resultado, se nota un avance sólido hacia esta nueva modalidad de monitoreo, lo cual coincide con las tendencias a nivel mundial. Ahora bien, es importante señalar que a pesar de existir la HbA1c como un indicador muy útil, éste no se explota en toda su extensión. Por ejemplo, algunos participantes señalaron que en sus instituciones simplemente se registra éste, pero no se hace un seguimiento detallado para cada paciente, y tampoco se hace un análisis agregado de cómo se desempeña el modelo de atención y qué estrategias de mejoramiento se pueden adoptar a partir de lo que muestre el indicador.

Los procesos de mejoramiento en los servicios de salud aún están muy restringidos a procesos de atención o relaciones con el usuario. Por ejemplo, se dedican grandes esfuerzos a mejorar los tiempos de espera en

salas, a mejorar la rotación de inventarios en farmacia, o a mejorar la calidad de los registros clínicos. Estos procesos de mejoramiento son importantes, pero no contribuyen a generar grandes cambios en los resultados clínicos y en la eficiencia de los procesos, mientras que los ciclos de mejoramiento jalonados por indicadores de resultado sí tienen la virtud de señalar cambios críticos en la estructura y los procesos, para optimizar los beneficios obtenidos por cada peso utilizado.

En cuanto a la forma como se utilizan los indicadores de resultado, aún es necesario establecer mecanismos de ajuste de riesgo, pues el *case-mix* y la severidad que muestra cada paciente, puede hacer que un centro de atención, o un médico, tenga una población más compleja que otra. Si no se hacen estos ajustes, se terminaría castigando a aquellos que tienen población más compleja, pues obviamente sus resultados serán menos buenos, y les costará mucho más lograr avances en estos resultados. Esto terminaría por desincentivar los esfuerzos en aquellos que tienen una mayor complejidad, o terminaría por generar incentivos a seleccionar los pacientes más propensos a obtener buenos resultados, o a manipular la información.

6.2. Brechas y oportunidades de mejoramiento.

La baja tasa de detección de pacientes diabéticos o pre-diabéticos es un hallazgo que preocupa porque hay un riesgo latente que tarde o temprano termina generando una gran cantidad de morbilidad evitable, en una población que aún es muy joven y tiene muchos años de vida por delante. Aún si se aplica la regla de las mitades, la prevalencia reportada en la Cuenta de Alto Costo es mucho más baja, hallazgo que confirmaron los participantes de las reuniones grupales. Frente a este problema, la oportunidad de mejoramiento se debe mirar desde la perspectiva de la atención primaria más que desde las EPS o los prestadores. Puesto que buena parte de los pacientes en riesgo latente hoy en día son asintomáticos, no basta con el tamizaje oportunista pues es poco probable que entren en contacto con los servicios de salud. Por esta razón, una tarea fundamental para los Equipos Básicos de Atención Primaria sería la detección precoz de obesidad, síndrome metabólico, y antecedentes familiares y personales. Por ejemplo, la aplicación de la herramienta *Findrisk* sería muy fácil de aplicar por estos equipos y permitiría detectar personas en riesgo que no entran en contacto con los prestadores de servicios de salud. En el régimen subsidiado también preocupa la poca disponibilidad de información entre hospitales públicos y EPSS. Si estas últimas dependen de la información de los RIPS para detectar población en riesgo, deben redoblar esfuerzos para que tal información esté disponible.

Otra herramienta que no se aprovecha debidamente es la declaración de salud al ingreso que hacen los cotizantes al régimen contributivo. Esta información presenta sesgos de reporte importantes, pero algunas de estas causas de sesgos se pueden reducir. Por ejemplo, la forma como los promotores diligencian esta declaración, hace que se pierda la oportunidad de detectar personas en riesgo o que ya incluso son diabéticos diagnosticados. Algunas EPS mostraron cómo al capacitar mejor a sus promotores se logra un mejor nivel de reporte. Pero además de esto es necesario que se capture la información en el sistema de gestión de riesgo, para que estos pacientes sean contactados e incorporados a los programas de prevención primaria y secundaria. Esto ya lo hacen algunas EPS, pero aún hay otras que no lo llevan hasta este nivel de detalle.

En cuanto al perfilamiento de los pacientes diabéticos, el excesivo énfasis en el perfil biomédico desconoce la importancia de los aspectos psicoafectivos y del entorno del paciente y sus efectos sobre el autocuidado. Aun cuando algunas EPS hacen perfilamiento en estas otras esferas, esta información no se consolida en un plan de acción individual para cada paciente. En consecuencia, el manejo del paciente diabético no está orientado por medidas individualizadas sino por las guías de práctica clínica, que responden, justamente, a los aspectos biomédicos de la diabetes. En este punto hay una gran oportunidad de mejoramiento, en el sentido de que la información recopilada sea discutida por el equipo de trabajo para definir un plan de acción. Incluso no sería necesario que hubiera una discusión en grupo, sino que un miembro del equipo, usualmente el médico, diseñara el plan de acción. El reto en este punto es lograr la interacción entre todos los profesionales que extraen información del paciente sobre su perfil de riesgo, de tal manera que la información no quede separada en silos para cada profesional, lo cual se parece más a un modelo de "centro comercial".

En lo concerniente al autocuidado se encontraron debilidades importantes en casi todos los modelos de atención. Los esquemas paternalistas y unidireccionales, y el uso de materiales genéricos que se diseñan desde la perspectiva del prestador y no del paciente, hacen que los esfuerzos en educación tengan un efecto muy limitado. Adicionalmente, el débil acompañamiento al paciente para el autocuidado hace que cuando éste presente un episodio agudo no se pueda conjurar una visita a urgencias o una hospitalización. Esta falta de acompañamiento también disminuye la posibilidad de que se logren los cambios en hábitos de vida y la adherencia al tratamiento.

Una inmensa oportunidad que no se está aprovechando es la posibilidad de construir redes de pacientes, en las cuales éstos interactúan de manera independiente para resolver buena parte de sus problemas cotidianos. Las redes facilitadas en diabetes existen en muchos países del mundo, tanto en ambientes reales como virtuales. La experiencia de la red virtual que recién empezó una EPS, hace pensar que estos modelos sí son atractivos y factibles. Una gran ventaja de las redes es que reducen la dependencia del paciente con el equipo de salud, empoderan al paciente, y le permiten resolver muchos problemas cotidianos sin necesidad de pedir una cita. La ausencia de este recurso en los modelos de atención actuales, hace que los pacientes congestionen los servicios de consulta externa, y por la falta de éxito en el autocuidado, terminan requiriendo servicios de especialistas para el manejo del daño de órgano blanco.

Existen además otros recursos comunitarios que son sumamente útiles para complementar la atención intramural. Especialmente en los pacientes ancianos que no cuentan con cuidadores informales, o los pacientes que acaban de egresar del hospital, es crítico contar con recursos en la comunidad que puedan acompañarlos para satisfacer sus necesidades más sencillas. Los servicios de atención domiciliaria que tienen algunas EPS pueden llegar a cumplir algunas de estas funciones, pero sus actividades son más que todo de índole asistencial y no de apoyo en actividades de vida diaria o en tareas del hogar. Este vacío es el que pueden llenar las organizaciones comunitarias, tales como los voluntariados, los ancianatos, los grupos religiosos, etcétera. Un actor que también cumple este rol son los Equipos Básicos de Atención Primaria.

En cuanto a los aspectos del prestador que se pueden mejorar para hacer que los programas tengan un mayor impacto y una mayor resolutivez a las necesidades de los pacientes, están los relacionados con la estructura de los equipos de salud y los procesos en la prestación. En cuanto a la estructura, es evidente que los equipos deben ser interdisciplinarios, pero no basta con tener estos profesionales en el mismo sitio aún en consultorios adyacentes. Es necesario que se creen estructuras y procesos formales de interacción que obliguen a que la información recibida se consolide y se convierta en decisiones compartidas por todo el equipo de trabajo. Por ejemplo, la historia clínica electrónica facilita esta interacción, pero puede ir mucho más lejos en cuanto a crear formatos y reportes que permitan tener una visión global del paciente y del grupo de pacientes. Otro ejemplo es el de crear consultorios conectados para que los especialistas puedan realizar jornadas de consulta asistida y atender

varios consultorios simultáneamente. Quizá algún día se puedan diseñar estructuras completamente innovadoras que permitan un proceso de prestación completamente diferente pero más satisfactorio para el paciente, y más funcional para el equipo de salud.

Los procesos de atención también se pueden mejorar ostensiblemente. Un problema que se evidenció fue la preponderancia del esquema rígido de la consulta de 20 o 30 minutos. Este esquema parece imponer que en este lapso de tiempo el médico debe resolver todas las necesidades del paciente, realizar procesos administrativos (llenar formatos, hacer prescripciones, etc) y brindar educación para el autocuidado. Este esquema debe ser repensado desde el fondo, pues es claro que no está permitiendo cumplir con todas esas expectativas. El principio básico para rediseñar el proceso de atención, es el de separar los procesos estandarizados de los no estandarizados. Los primeros pueden ser delegados a otras categorías ocupacionales puesto que no requieren juicio clínico, mientras que los segundos quedan reservados para los profesionales más calificados y entrenados para tomar decisiones clínicas autónomamente. La consulta planificada es otro proceso que no cabe dentro del esquema de consulta de 20 o 30 minutos, pues requiere un tiempo del equipo de salud que no puede ser dedicado a más consultas. Sin embargo, una consulta planificada puede durar menos de este tiempo, puesto que hay varios aspectos que han sido analizados antes de que el paciente entre a la consulta, por lo cual se puede agilizar el proceso y a la vez darle una mejor respuesta a sus necesidades.

Y el otro aspecto que resulta difícil de desarrollar cabalmente en el esquema convencional, es el de la comunicación del paciente con el equipo de salud. Tan importante como la información que el equipo de salud decide transmitirle al paciente durante cada encuentro, es la información que el paciente quiere obtener, bien sea sobre su diabetes o sobre síntomas que lo preocupan. En los 20 o 30 minutos de la consulta usualmente hay muy poco tiempo para discutir con el paciente esos temas hasta un nivel que lo deje satisfecho, por eso es necesario crear otros espacios de comunicación o separarlos como procesos no estructurados, que tienen un escenario diferente al de la consulta médica.

Otro aspecto crítico para el rediseño de los procesos es llevar a que haya un alto nivel de interacción entre los miembros del equipo de salud. Esto se lograría con esquemas como el de la consulta asistida, pero también mediante la realización de sesiones de trabajo en equipo periódicas para revisar indicadores de desempeño del programa y revisar las guías de práctica clínica, protocolos y procesos de atención. Estos

espacios formales de interacción conllevan a mejorar la rendición de cuentas entre todos los miembros del equipo de salud, pero especialmente entre aquellos profesionales que toman decisiones autónomas.

El alto nivel de interacción entre los miembros del equipo mejora la calidad por tres vías: 1) se disminuyen los problemas de coordinación entre los diferentes miembros del equipo, pues todos están al tanto de lo que está sucediendo con los pacientes. 2) se refuerza la rendición de cuentas entre los miembros del equipo, lo cual hace que, al saber que será evaluado por sus pares, cada miembro del equipo se esfuerce más para mejorar su desempeño. Y 3) se identifican oportunidades de mejoramiento en la estructura y los procesos, que de otro modo pasarían desapercibidos. Estos mejoramientos incluyen cambios a los protocolos o guías, con lo cual se logra que éstos sean usados como artificios temporales de aprendizaje.

6.3. Mecanismos de pago.

Un elemento que contribuye a la disfuncionalidad del esquema de consulta de 20 o 30 minutos es el mecanismo de pago. Cuando el prestador es pagado por actividad, algunas actividades que requiere un modelo de atención integral para diabetes no podrían ser pagadas. Por ejemplo, las labores de los educadores en diabetes o el apoyo a la creación de redes facilitadas de pacientes. Además este mecanismo de pago no incentiva la obtención de un resultado clínico ni económico, puesto que cada actividad es pagada por separado y el pago no está condicionado a la obtención de resultados. Cuando el prestador es pagado por capitación, no se estimulan esfuerzos adicionales para lograr mejor adherencia y autocuidado, puesto que estos esfuerzos solo representan un costo para el prestador, mientras los beneficios los obtiene el pagador.

Adicionalmente, si no se miden resultados clínicos y

económicos (los dos simultáneamente) ni la capitación ni el pago por servicio ejercen la presión necesaria para abandonar el modelo de "centro comercial", puesto que al no medir resultados, lo que importa es medir productos. Sin medición de resultados, en el pago por actividad el objetivo se limita a maximizar el número de actividades, mientras que en el pago por capitación el objetivo es el opuesto, es decir, minimizar actividades. Y en cualquiera de estos dos escenarios simplistas, el modelo de "centro comercial" cabe perfectamente.

Una alternativa intermedia a estas dos modalidades de pago es el pago prospectivo por patología, en el que se estima el valor esperado de los costos de atención de un paciente en un año y este es el monto que se transfiere al prestador. Este pago debe ir acompañado del monitoreo de los resultados clínicos y económicos, y podría generar los incentivos necesarios para abandonar el modelo de "centro comercial" y para mejorar la función de coordinación. Llama la atención la experiencia de la EPS que propuso este mecanismo, pero no recibió ofertas. En este caso no se pudo saber si ello ocurrió porque los prestadores no estaban en capacidad de asumir integralmente el riesgo involucrado en esta modalidad de pago, o si fue porque consideraron que la prima era insuficiente. De todos modos, de acuerdo a los hallazgos de las entrevistas grupales, es probable que hoy existan en Colombia muy pocos prestadores que cumplan a cabalidad con las características ideales de un modelo de atención integral para diabetes.

7. CONCLUSIONES.

Como resultado de las entrevistas grupales, se pueden resaltar las siguientes conclusiones como las más relevantes:

- En Colombia existen avances importantes en modelos de atención para diabetes, pero aún existen grandes oportunidades de mejoramiento en aspectos relacionados con: detección precoz, educación y apoyo para el autocuidado y cambio de hábitos, aprovechamiento de recursos comunitarios, desarrollo de redes facilitadas, y modelos alternativos de prestación.
- Hay una baja tasa de detección de pre-diabetes y diabetes, que puede ser mejorada aprovechando recursos comunitarios y actores como los Equipos Básicos de Atención Primaria, y los formatos de declaración de salud al ingreso, que en algunos casos no son aprovechados al máximo.
- No se hace un perfilamiento del riesgo individual de cada paciente que supere la esfera biomédica, para incorporar la esfera psicoafectiva y el entorno familiar, comunitario, social, y laboral.
- Los elementos de perfilamiento individual que existen, no se plasman en un plan de acción hecho a la medida del paciente y que sirva como hoja de ruta para el monitoreo de la enfermedad y del cumplimiento de las metas terapéuticas del tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- En materia de autocuidado, la educación es, salvo algunas excepciones, paternalista y unidireccional, con materiales didácticos genéricos, que no segmentan por subgrupos de pacientes, y que no se basan en una exhaustiva exploración de necesidades y expectativas del paciente sino que se diseñan desde la lógica del prestador.
- A excepción de dos casos mencionados, no se hacen esfuerzos para desarrollar y fortalecer redes de pacientes para que sirvan como fuente de apoyo para el autocuidado y para la solución de problemas de la vida cotidiana del paciente diabético.
- Las unidades de prestación centralizadas por lo general se dedican a cuidar de los pacientes más severos o de más difícil manejo, y allí se observa un mejor cumplimiento de los elementos de un modelo de atención integral. Sin embargo, los pacientes menos complejos son manejados por lo general en las unidades de puerta de entrada, donde hay un menor desarrollo de estos elementos del modelo de atención. Esto hace que los pacientes atendidos en estas unidades evolucionen hacia estadios severos con una frecuencia y velocidad que podría ser radicalmente modificada si se observaran estos elementos del modelo de atención integral.
- Hay una tendencia clara a agrupar los pacientes diabéticos con los no diabéticos que son hipertensos, obesos y dislipidémicos, bajo la lógica de explotar economías de alcance entre estos segmentos de pacientes, en modelos de gestión de riesgo cardio-cerebro-vascular. Sin embargo, dadas las necesidades específicas de los pacientes diabéticos, las ganancias que se obtienen con las economías de alcance podrían perderse por la dificultad en abordar a profundidad las necesidades específicas del diabético.
- Los equipos de salud y los procesos de atención están diseñados con una lógica fragmentada y limitada por el esquema de consulta de 20 o 30 minutos, por lo cual el proceso de atención se asemeja más a un modelo de “centro comercial” que a uno de atención integral que esté en capacidad de mejorar los resultados.
- La coordinación con otros escenarios de atención se facilita mucho más en las redes con alto nivel de integración, mientras que en aquellas no integradas, los episodios agudos resultan siendo los de más difícil seguimiento e integración al proceso de atención. En este caso, se encuentran avances en el proceso de retoma del paciente en el período post-agudo, pero aún persiste el reto de alinear el proceso de atención intrahospitalario con el ambulatorio.
- La evaluación del desempeño del equipo de salud y de la institución prestadora ha mejorado en la medida en que hoy se dispone de mejor información y de indicadores útiles como la HbA1c y las hospitalizaciones evitables. Sin embargo, esta información aún no es explotada a cabalidad para propiciar ciclos de mejoramiento en la estructura y los procesos de atención, aunque ha habido avances importantes en este sentido.
- Los mecanismos de pago aún no ejercen un efecto estimulador de la integralidad y de las innovaciones organizacionales que permitan mejorar los resultados clínicos y económicos. El hecho de no medir resultados clínicos como un componente de los mecanismos de pago, permite que subsistan modelos de atención fragmentados que generan poco valor para el paciente y no permiten reducir significativamente los costos de la atención.



ODC

Observatorio de Diabetes de Colombia

**cambiando
la diabetes™**

