

**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
PLAN DE MEJORAMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE
SERVICIOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE CALI, CON ENFOQUE EN LA CUADRUPLE
META**

**NATALIA AVILA BENEDETTI
SANDRA VIVIANA GUERRERO GIRALDO**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN GERENCIA ORGANIZACIONES DE SALUD
SANTIAGO DE CALI
2021**

**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
PLAN DE MEJORAMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE
SERVICIOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE CALI, CON ENFOQUE EN LA CUADRUPLE
META**

**NATALIA AVILA BENEDETTI
SANDRA VIVIANA GUERRERO GIRALDO**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de
Magíster en Gerencia de Organizaciones de la Salud.**

**Director del trabajo de grado: Martha Viviana Arboleda Cano, M.D
Profesión: Médica, Magister en Gerencia de Organizaciones de la Salud**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN GERENCIA ORGANIZACIONES DE SALUD
SANTIAGO DE CALI
2021**

Santiago de Cali, 13 de diciembre de 2021

Doctor

Silvio Borrero Caldas

Decano

Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas

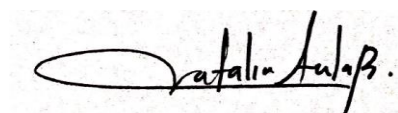
Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

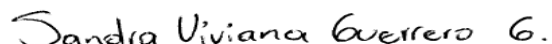
Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es “Plan de mejoramiento del modelo de atención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Cali, con enfoque en la cuádruple meta”

Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente,



NATALIA ÁVILA BENEDETTI
CC. 1.113.633.316



SANDRA VIVIANA GUERRERO G.
CC. 31.711.093

Santiago de Cali, 13 de diciembre de 2021

Doctor
Silvio Borrero Caldas
Decano
Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana
La Ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado "Plan de mejoramiento del modelo de atención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Cali, con enfoque en la cuádruple meta", realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana nombres: Natalia Ávila Benedetti identificada con cédula de ciudadanía 1.113.633.316 y Sandra Viviana Guerrero Giraldo identificada con cédula de ciudadanía 31.711.093, considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente,



Martha Viviana Arboleda Cano
Directora del Trabajo de Grado

ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.


“Plan de mejoramiento del modelo de atención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Cali, con enfoque en la cuádruple meta” Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones de la Salud.



SILVIO BORRERO CALDAS
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Claudia Isabel Vivas Tobar
Director
Maestría en Gerencia de Organizaciones
De la Salud



Eduardo Dueñas Manosalvas
Jurado



Martha Viviana Arboleda Cano
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, enero 31 de 2022

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a nuestras familias y esposos, quienes han sido un gran apoyo durante todo este tiempo y han creído en nosotras.

Agradecimientos

Queremos agradecer en primera medida a Dios, porque a pesar de vivir un acontecimiento adverso que afectó la vida de todos en el mundo, tuvimos la bendición de contar con nuestras familias y esposos para iniciar, mantenernos y finalizar nuestra maestría en medio de una pandemia que aún no acabamos de superar.

Agradecemos la Universidad Javeriana y a sus profesores por brindarnos los conocimientos necesarios para comprender de manera amplia y crítica el sistema general de seguridad social en salud, permitiéndonos a la vez, el desarrollo de la capacidad de generar propuestas transformadoras, pertinentes y viables que puedan impactar el sistema de salud de una manera significativa.

A nuestra directora de trabajo de grado, la Dra. Martha Viviana Arboleda Cano, nuestro agradecimiento especial por compartir su conocimiento, por ser guía y mentora en la parte final de nuestra maestría; ayuda que fue de gran valor para llevar a cabo el trabajo de grado.

Por último, queremos agradecer a todos los directores y colaboradores de la IPS en la que se desarrolló nuestro trabajo de grado. El tiempo de cada uno fue de gran importancia para desarrollar la investigación a través de entrevistas y documentos institucionales.

Tabla de Contenido

Dedicatoria.....	7
Agradecimientos	8
Lista de Tablas.....	11
Lista de Figuras	12
Lista de Anexos	12
Lista de Abreviaturas	14
Notas Explicativas.....	15
1. Introducción	16
2. Marco de referencia	18
2.1 Marco Normativo	18
2.2 Marco Teórico	19
3. Objetivos.....	36
3.1 Objetivo General.....	36
3.2 Objetivos Específicos	36
4. Descripción general de la IPS especializada.....	37
4.1 Evolución histórica de la empresa, desempeño y situación actual.....	37
4.1.1 Organigrama.....	39
4.2 Direccionamiento estratégico.....	40
4.3 Análisis del entorno y del sector	41
4.4 Análisis interno y externo: Matriz DOFA	42
4.5 Accionistas y Socios y Fuentes de los Recursos financieros	43
5. Analisis de situación relacionada con el modelo de atención vigente en la Ips.....	43
5.1 Análisis del modelo en la IPS o aspectos a considerar para el diseño.....	43
5.1.1 Análisis de la demanda	47
5.1.2 Característica de la oferta de la IPS	55
5.1.3 Procesos y análisis de la relación oferta – demanda.....	59
6. Plan De Mejoramiento Del Modelo De Atención De La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En Una Institución Prestadora De Servicios De Salud En La Ciudad De Cali, Con Enfoque En La Cuádruple Meta.	62
6.1 Definición de estrategias de atención para los usuarios según grupo o grupos de riesgo seleccionados.....	63

	10
6.2 Gestión Clínica	63
6.3 Gestión de la calidad de la atención	68
6.4 Gestión de la humanización de la atención.....	70
6.5 Gestión de las tecnologías en salud	72
6.6 Gestión de la referencia y contra referencia	73
6.7 Gestión del talento humano	73
6.8 Negociación y contratación con EPS	74
6.9 Monitoreo de procesos y evaluación de los resultados de atención.....	79
7. Conclusiones.....	85
8. Bibliografía.....	87
Anexos.....	90

Lista de Tablas

Tabla 1. Frecuencias de atención para el programa de EPOC.....	45
Tabla 2. Análisis de brecha con enfoque en la cuádruple meta.....	60
Tabla 3. Propuesta frecuencias de atención para el programa de EPOC.....	64
Tabla 4. Valores programa actual	75
Tabla 5. Valores Programa con propuesta de mejora	76
Tabla 6. Valores propuestos para servicios adicionales pago por evento	76
Tabla 7. Costo del programa actual	77
Tabla 8. Costo del programa propuesto	78
Tabla 9. Tablero de control	81

Lista de Figuras

Figura 1. Política de Atención Integral en Salud	22
Figura 2. Algoritmo de clasificación de la EPOC	26
Figura 3. Tratamiento farmacológico.....	27
Figura 4. Piramide poblacional 2018 ,2020, 2023	29
Figura 5. Modelo de cuidados crónicos	31
Figura 6. Modelo de atención innovadora a condiciones críticas	32
Figura 7. Componentes básicos de un modelo de atención integral en la EPOC	33
Figura 8. Modelo de pirámide de riesgo Kaiser permanente	34
Figura 9. Tipo de contrato por actividad laboral	38
Figura 10. Organigrama IPS especializada	39
Figura 11. Matriz DOFA	42
Figura 12. Ruta de ingreso al programa	46
Figura 13. Piramide poblacional programa de EPOC.....	48
Figura 14. Distribución de afiliación por ocupación	49
Figura 15. Distribución poblacional según la distrancia entre la IPS especializada y la IPS primaria	49
Figura 16. Clasificación de pacientes en el programa de la EPOC.....	50
Figura 17. Porcentaje de pacientes con oxigenoterapia	51
Figura 18. Porcentaje de antecedentes de los pacientes del programa de EPOC	51
Figura 19. Comorbilidades asociadas a pacientes del programa EPOC	52
Figura 20. Ingreso al servicio de urgencias y hospitalización por exacerbación de EPOC	53
Figura 21. Porcentaje de pacientes vacunados	54
Figura 22. Servicios habilitados en el REPS	53
Figura 23. Porcentaje de satisfacción del usuario	56
Figura 24. Eventos adversos asociados	57
Figura 25. Oportunidad de atención en días	58
Figura 26. Ausentismo en citas médicas	58
Figura 27. Mapa de procesos IPS especializada	59
Figura 28. Piramide de KP para programa de EPOC	67
Figura 29. Mapa estratégico	80
Figura 30. Plan de acción	83

Lista de Anexos

Anexo A. Evaluación CAT	88
Anexo B. Evaluación de disnea mMRC.....	89
Anexo C. Indicadores IPS Especializada	90
Anexo D. Tabla resumen de datos recolectados, variables sociodemográficas y clínicas	92
Anexo E. Ruta integral de atención IPS	95
Anexo F. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)	104
Anexo G. Ruta de atención de la EPOC del prestador complementario. RIAS	106

Lista de Abreviaturas

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

EAPB: Entidad Administradora de Planes de Beneficios

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

MIAS: Modelo de Atención Integral en Salud

RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud

APS: Atención Primaria en Salud

AVAD: Años de Vida Ajustados por Discapacidad

PAC: Plan de Atención Complementaria

RED: Red Integral de Prestación de Servicios.

EC: Enfermedad Crónica

ENT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

EPID: Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa

SAHOS: Síndrome de Apnea e Hipopnea Obstructiva del Sueño

HP: Hipertensión Pulmonar

HTA: Hipertensión Arterial

ERC: Enfermedad Renal Crónica

TIC: Tecnología de la Información y Comunicación

KP: Kaiser Permanente

BSC: Balanced Score Card

PAMEC: Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud

REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Notas Explicativas

- **Atención primaria en salud:** Es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (Organización Mundial de la Salud, Atención primaria de salud, 2021)
- **Adherencia:** El grado de comportamiento de una persona para tomar el medicamento, asistir a distintos servicios de salud, seguir un régimen alimentario y/o ejecutar cambios del estilo de vida, según corresponde a las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria. (Cerde, 2018)
- **Estilos de vida:** Forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. (Organización Mundial de la Salud, 1998)
- **Factor de Riesgo:** Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. (Organización Mundial de la Salud, 1998)
- **Determinantes de la salud:** Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. (Organización Mundial de la Salud, 1998)
- **Exacerbaciones:** Períodos de empeoramiento agudo de los síntomas respiratorios del EPOC (Committee, 2021)

1. Introducción

La EPOC se considera un problema de salud pública, pues de acuerdo con el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, la prevalencia de la EPOC en 2016 fue de 251 millones de casos y en el 2019 se estableció como la tercera causa de muerte con un 6% a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2017). En el 2013, la EPOC se clasificó como la quinta causa principal de AVAD perdidos, lo cual se asocia directamente con una carga económica significativa, siendo las exacerbaciones la mayor proporción de la carga total de la enfermedad en el sistema sanitario. Se espera que la prevalencia de esta patología aumente en los próximos 40 años y para el 2060 se estima que puede haber más de 5,4 millones de muertes anuales por EPOC, debido a la exposición continua a factores de riesgo y envejecimiento poblacional (Committee, 2021).

El presente trabajo se lleva a cabo en una IPS especializada, quien atiende la población asegurada del sur occidente colombiano con diagnóstico de EPOC de una EPS. En la presentación de resultados del programa IPS especializada se observó en los indicadores de resultados del año 2020, un gran número de consultas por urgencias y hospitalizaciones relacionadas con la exacerbación de la enfermedad.

En el marco de la pandemia y debido a las adaptaciones en la atención, consideramos importante estudiar las condiciones del modelo de atención de esta población, dada la necesidad de tener un modelo eficaz para disminuir los grandes efectos que genera esta patología, asociados a la discapacidad, el impacto en la productividad laboral y del hogar, y otras complicaciones (Committee, 2021), que derivan en altos costos sanitarios por atención hospitalaria y tratamiento con oxígeno ambulatorio.

Por lo anterior, se diseña un plan de mejoramiento del modelo de atención del programa de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) el cual será medido a través herramientas cuantitativas y cualitativas, que permitan evaluar los indicadores de resultados clínicos, costos de la atención, satisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud.

Con este trabajo buscamos generar un impacto significativo en el control de la morbilidad y mortalidad por EPOC de la población objeto, reducción de costos en salud y aportar al desarrollo sostenible del sistema de salud colombiano, enfocados en la eficiencia técnica, económica, interna y externa para la IPS analizada y replicable a otras instituciones.

2. Marco de referencia

2.1 Marco Normativo

Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, entendiéndolo como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que le permiten a la población gozar de un bienestar individual y colectivo a través de la cobertura integral de las contingencias que afectan la salud y la economía (Colombia, LEY 100 DE 1993, 1993)

Ley 1335 de 2009: Ley Antitabaco, en la cual se determinan las políticas públicas para prevenir los daños en la salud de la población fumadora y no fumadora, regulando la promoción, venta y consumo de tabaco y sus derivados (Colombia, 2009)

Ley 1751 de 2015: Ley Estatutaria, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. En esta ley se reafirma la salud como un derecho fundamental y se reglamenta el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad. (Colombia, 2015)

Resolución 412 de 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento. Adicionalmente se definen las normas técnicas y guías de atención, con el fin de intervenir las enfermedades de interés en salud pública desde la detección temprana. (Salud M. d., 2000)

Resolución 1841 de 2013: Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en el que se otorgan las directrices a los diferentes actores del sector salud y a aquellos otros sectores que intervienen en los determinantes sociales de la salud, para trabajar de manera coordinada, a través de estrategias de intervención colectiva e individual que permitan mejorar la salud de la población, su bienestar integral y calidad de vida (Social M. d., 2013).

Resolución 256 de 2016: La cual tiene como objeto establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, buscando una mejora continua que impacte en los usuarios. (Social M. d., 2016)

Resolución 429 de 2016: Por la cual se establece la Política de Atención Integral en Salud -PAIS-. La cual pretende garantizar la atención en salud en condiciones óptimas, con el fin de generar mejores condiciones de salud en la población. (Social M. d., 2016)

Resolución 3280 de 2018: Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para las Rutas Integrales de Atención en Salud, con lo cual se pretende fortalecer la atención enfocada en la prevención. (Social M. d., 2018)

Resolución 2626 de 2019: Por la cual se modifica la Política de Atención Integral -PAIS- y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE-. La cual se centra en la atención primaria en salud, con un enfoque en la salud individual, la familia y la comunidad, propendiendo por un trabajo articulado entre los integrantes del sistema de salud y los entes territoriales, con el objetivo de responder a las necesidades específicas de la población y mejorar los resultados en salud. (Social M. d., 2019)

Resolución 521 de 2020: Por medio de la cual se da el direccionamiento para la atención ambulatoria de la población con enfermedades crónicas y los mayores de 70 años, ante la declaratoria de aislamiento preventivo durante la emergencia sanitaria por COVID-19. (Social M. d., 2020)

2.2 Marco Teórico

Bajo el Sistema de Seguridad Social en Colombia, regulado por la Ley 100 de 1993, se establecen los criterios para la intervención de la salud pública en el territorio nacional, a través de la protección de contingencias que afecten la calidad de vida y la dignidad humana. Esta ley ha evolucionado a largo de los últimos 27 años, estableciendo entre otras, en el año 2016 la política de Atención Integral en Salud, que surge para dar cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 o

ley estatutaria en salud, pues su enfoque está en alcanzar el bienestar de la población, a través del acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud, mediante un modelo integral de atención que actúa a nivel colectivo e individual y en el que intervienen todos los agentes del sistema, brindando una atención en salud de calidad, tal como se dispone en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud SOGCS a través de sus componentes que son: Sistema Único de Habilitación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, el Sistema único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud; y los atributos de calidad que son: Pertinencia, Accesibilidad, Continuidad, Oportunidad y Seguridad.

La PAIS está conformada por un marco estratégico y un modelo operacional. Dentro del marco estratégico se encuentran la atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria; el cuidado entendido como la responsabilidad del individuo consigo mismo y la comunidad; la gestión integral del riesgo en salud (GIRS) en la que se articula la política pública, el aseguramiento y la prestación de los servicios; y el enfoque diferencial en la atención, en el cual se realiza una diferenciación territorial y poblacional que permita adaptar el modelo. (Social M. d., 2016)

La GIRS pretende principalmente intervenir los riesgos para la salud de la población en todos los niveles de atención, anticipándose a la enfermedad y las consecuencias que estas puedan traer, evitando su aparición o minimizando su evolución y posibles complicaciones, con el fin de lograr mejores resultados en salud, atención más humanizada y costos acordes a los resultados obtenidos (Social M. d., 2018)

En la GIRS, todos los agentes del sistema tienen un rol específico. Los entes territoriales llevan a cabo acciones colectivas para mitigar los riesgos, a través de la intervención de los determinantes sociales de la salud y llevando a cabo acciones de promoción de la salud. La gestión de las EAPB, está enfocada en gestionar los riesgos que pueden afectar la salud de sus afiliados, a través de la provisión de servicios de salud en los niveles de prevención primaria,

secundaria y terciaria, con el fin de evitar complicaciones y aumento en los costos de intervención.

Por otra parte, los Prestadores de Servicios de Salud, son los encargados de la gestión individual del riesgo, apuntando a lograr resultados en salud favorables para los individuos, haciendo un uso eficiente de los recursos, a través de la gestión clínica en los componentes primarios y complementarios de atención y realizando intervención en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria (Social M. d., 2018)

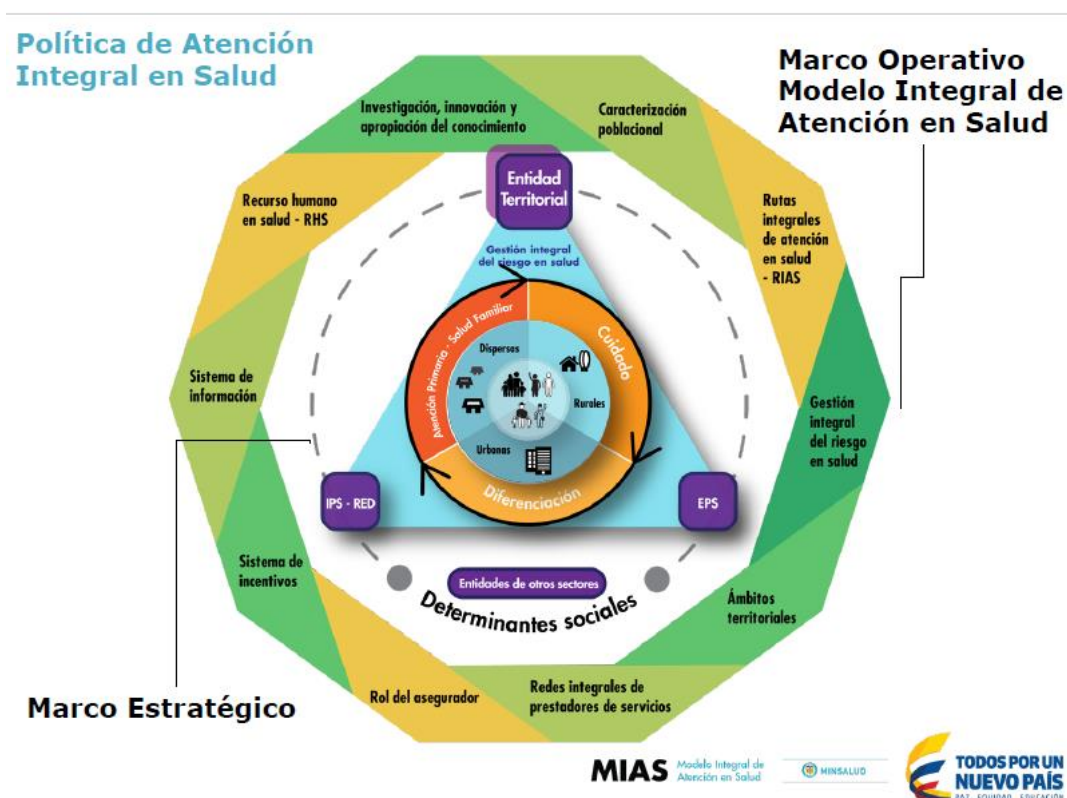
El modelo operacional, guiado por las estrategias planteadas anteriormente, debe garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud, teniendo siempre como centro a la persona. Es a partir de aquí que surge el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que propone acciones destinadas a la promoción, el mantenimiento de la salud, detección de riesgos y enfermedad, curación y paliación de la enfermedad y a través del cual se pone en acción la PAIS. El MIAS está conformado por diez componentes operacionales que son:

Caracterización de la población según el curso de vida y los grupos de riesgo; la regulación de las Rutas Integrales de Atención en Salud que define las condiciones para garantizar la integralidad en la atención; la implementación de la Gestión del Riesgo en Salud con el fin de controlar los riesgos, prevenir la enfermedad y la discapacidad; la delimitación territorial del modelo con el fin de adaptarse a las diferentes condiciones de los territorios y necesidades de la población; las Redes Integrales de Prestaciones de Servicios de Salud que deben contar con un componente primario y otro complementario de prestación, con el objetivo de garantizar la accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad en la atención; la redefinición del rol del asegurador, que debe cumplir a cabalidad con las funciones del aseguramiento; la redefinición del esquema de incentivos, que se orientarán hacia la consecución de resultados en salud y mejorar la calidad en la atención; los requerimientos y procesos del

sistema de información que buscan la interoperabilidad de la información entre los diferentes agentes del sistema; el fortalecimiento del recurso humano en salud y por último el fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento. (Social M. d., 2016)

De los componentes anteriores, las RIAS tienen un papel fundamental ya que definen las condiciones en las que los diferentes actores del sistema deben intervenir en el cuidado de las personas (Social M. d., 2016)

Figura 1.
Política de Atención Integral en Salud



Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social (Social M. d., 2016)

Para el caso específico de la EPOC, la intervención está descrita en la RIAS (Ver anexo G) para población con riesgo o presencia de Enfermedades Respiratorias Crónicas, la cual comprende intervenciones individuales, familiares y grupales, con el fin de mejorar la calidad de

vida de las personas y la comunidad, logrando reducir el gasto en salud asociado a discapacidad. (Prevención, 2018)

Estas intervenciones incluidas en las RIAS son ejecutadas por la RED, la cual cuenta con 2 componentes prestacionales: el componente primario, el cual está encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias y quienes deben resolver mínimo el 80% de los problemas de salud de la población; y el componente complementario de prestación, encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención a través de servicios de mediana y alta complejidad. (Social M. d., 2016)

La EPOC hace parte del grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles y es definida por el Gold Science Committee como “Una enfermedad común, prevenible y tratable que se caracteriza por síntomas respiratorios persistentes y limitación del flujo de aire debido a anomalías de las vías respiratorias y / o alveolares generalmente causadas por una exposición significativa a partículas o gases nocivos e influenciada por factores del huésped” (Committee, 2021, pág. 4)

Estas partículas o gases nocivos generan una respuesta inflamatoria anormal del pulmón, lo cual está asociado a la limitación del flujo de aire irreversible y progresivo, llevando a una insuficiencia respiratoria crónica. (Torax, 2019)

Su presentación clínica puede ser desde una hiperreactividad bronquial teniendo una respuesta terapéutica semejante al asma, hasta exacerbaciones agudas generalmente de tipo infeccioso llegando a constituir la primera causa de insuficiencia respiratoria aguda en las unidades de cuidado intensivo (Cauca, 2021).

La aparición de la enfermedad se da generalmente alrededor de los 40 a 50 años, se sospecha de EPOC cuando hay síntomas o signos y exposición a un factor de riesgo y para establecer el diagnóstico es imprescindible realizar una espirometría para determinar

objetivamente la obstrucción de las vías aéreas, basado en el cociente VEF1/CVF tras broncodilatación con un resultado inferior a 0,7. (Social M. d., 2014)

La clasificación de los síntomas se realiza mediante el cuestionario de evaluación de la EPOC CAT y el grado de disnea mediante la escala de dificultad respiratoria del British Medical Research Council mMRC. (Ver Anexos A y B). La EPOC es el resultado de una interacción compleja entre los genes y el medio ambiente. El tabaquismo es el principal factor de riesgo ambiental para la EPOC, sin embargo, incluso para los fumadores pesados, menos del 50% desarrolla EPOC durante su vida (Committee, 2021)

De acuerdo con la OMS (Social M. d., 2018): “El tabaco es la causa singular de mortalidad más prevenible en el mundo de hoy en día, y mata hasta la mitad de quienes lo consumen. Si las tendencias actuales siguen su curso, para 2030 el tabaco matará a más de ocho millones de personas cada año” (Social M. d., 2018, pág. 55)

El humo del cigarrillo es el responsable del daño directo del parénquima pulmonar y de la progresión de la enfermedad. Hay relación directa entre el número de cigarrillos fumados al día y años de tabaquismo con la mortalidad. Dejar el cigarrillo no restablece la función pulmonar perdida, pero si mejora la sintomatología (Cauca, 2021). Aunque el tabaquismo sea su principal causa, solo el 20 a 40% de los fumadores desarrolla la EPOC, lo que indica que existen otros factores de riesgo que interactúan entre sí para dar una mayor susceptibilidad del sujeto a presentar la enfermedad (Torax, 2019)

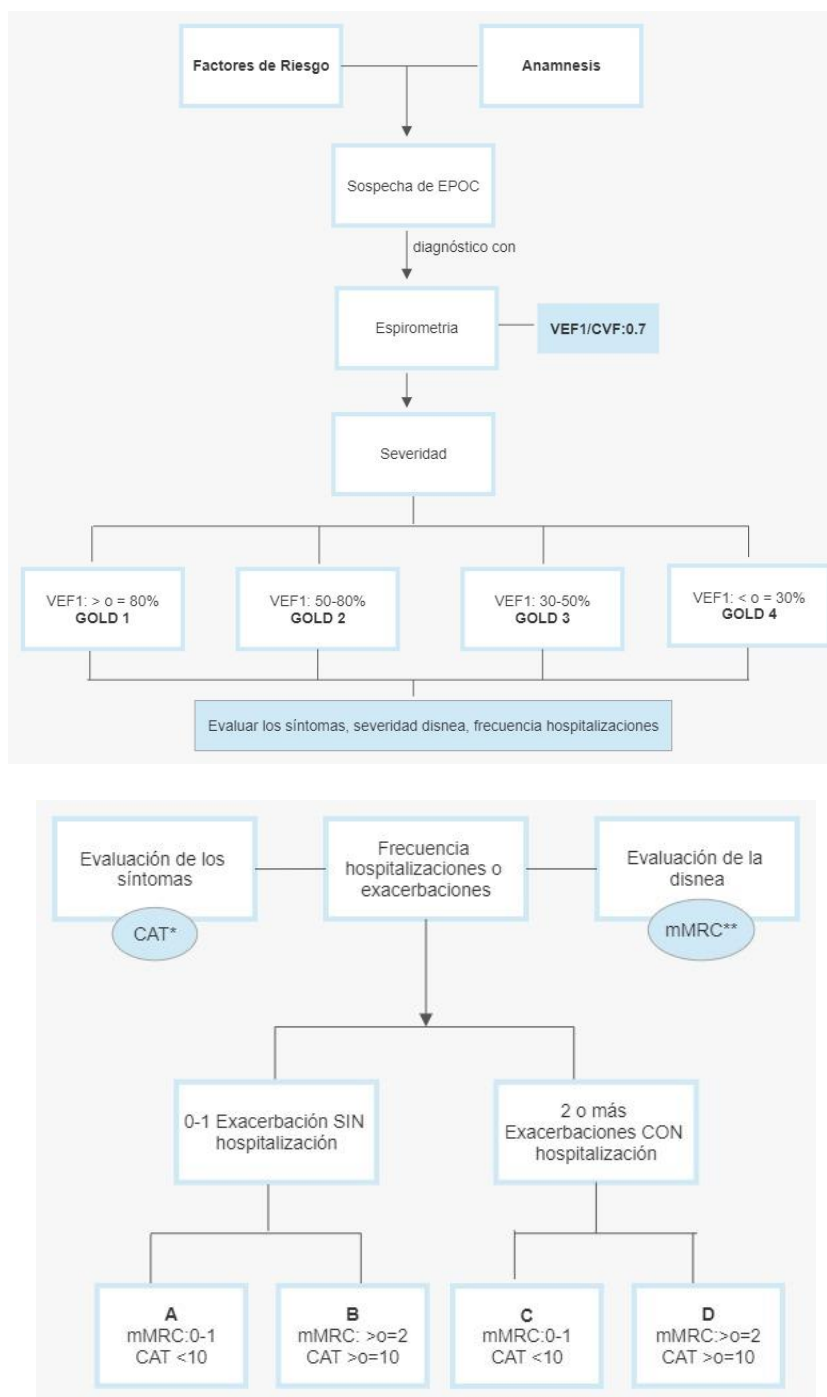
Los otros factores de riesgo asociados son: la contaminación del aire por gases como el dióxido de azufre (SO₂) y partículas menores de 10 μ m (humo de leña, vapores industriales), la exposición ocupacional de manera prolongada (carbón, cadmio y sílice), infecciones respiratorias en el primer año de vida, desnutrición en la infancia, factores genéticos siendo el más importante la deficiencia de las Antiproteasas (Alfa-1-antitripsina), y finalmente la atopia (Asma e

hiperactividad de las vías respiratorias) que sigue siendo objeto de controversia asociado al desarrollo de la EPOC (Cauca, 2021)

En la actualidad se ha asociado el consumo de cigarrillo electrónico con la aparición o empeoramiento de la EPOC, estas nuevas formas de fumar no son eficaces para que los fumadores abandonen este hábito nocivo y además se ha demostrado que generan un aumento del riesgo de exacerbaciones, mayor pérdida de función pulmonar, y además incremento en la frecuencia e intensidad de la sintomatología. (Torácica, 2019)

De acuerdo con el (Committee, 2021) la EPOC se clasifica según la severidad en GOLD 1, 2, 3 y 4, la cual es evaluada mediante el VEF1 y de acuerdo con la presencia de síntomas, la severidad de la disnea y las consultas por urgencias u hospitalizaciones previas, se clasifica el perfil de riesgo en A, B, C y D. (Ver Figura 2).

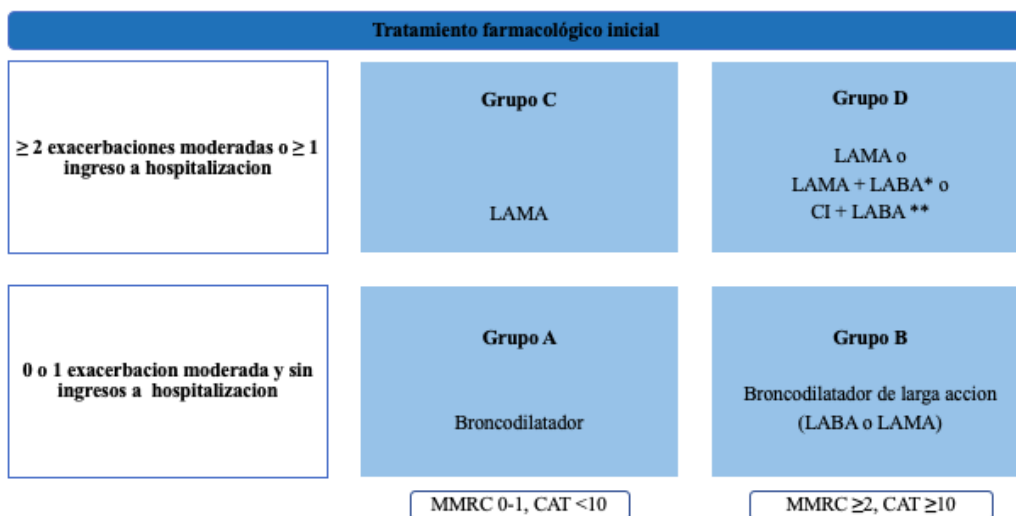
Figura 2.
 Algoritmo de clasificación de la EPOC



Fuente. Elaboración propia. *CAT ***mMRC

Con base a la clasificación anterior se inicia el manejo farmacológico de la enfermedad, de acuerdo con la evaluación individualizada de los síntomas y el riesgo de exacerbación siguiendo el esquema de evaluación ABCD (ver figura 3). Además, es importante considerar según factores individuales del paciente la necesidad de oxígeno suplementario, por ejemplo, en pacientes con hipoxemia crónica grave en reposo está indicado la oxigenoterapia a largo plazo, con estudio que demuestra mejorar la supervivencia. (Committee, 2021)

Figura 3.
Tratamiento farmacológico



Fuente. Elaboración propia

*Considerar en paciente muy sintomático (Ejemplo CAT >20).

**Considerar si eosinófilos ≥300.

Complementario al manejo farmacológico es fundamental establecer un tratamiento no farmacológico que forme parte del manejo integral, basado en rasgos tratables del paciente. Esto incluye lo siguiente: la educación y coaching de autocuidado por parte de los profesionales de la salud, programa de cesación de tabaquismo, la prescripción de vacunas (Neumococo 23, Prevenir 13 e influenza), formación sobre una adecuada técnica de inhalación, cumplimiento de adherencia al tratamiento prescrito, además de promoción de hábitos saludables con respecto

a la alimentación y a la actividad física, y derivar a los pacientes según indicación (GOLD B y D) a rehabilitación pulmonar. Este último se considera la estrategia terapéutica más eficaz para mejorar la disnea, el estado de salud y la tolerancia al ejercicio, contribuye a reducir los reingresos en pacientes con exacerbaciones recientes y la mortalidad, y puede contribuir a mejorar los síntomas relacionados con ansiedad y depresión, mejorando la calidad de vida de los pacientes, independiente de la gravedad de la enfermedad (Committee, 2021)

Según una revisión sistemática de la literatura que sintetiza resultados de estudios experimentales aleatorios de pacientes con EPOC, se determina que la rehabilitación pulmonar es efectiva manteniendo una mejoría clínica por 6 a 12 meses, realizándose posterior a una exacerbación aguda, con una duración de al menos de seis semanas, siendo recomendable de ocho a doce semanas, con una duración de 1 a 1.5 horas, y 3 veces a la semana (Kuzmar, 2018)

La rehabilitación pulmonar junto con el abandono del hábito de fumar, son intervenciones clave para la atención del paciente, además de la identificación de la exposición continua a los factores de riesgo mencionados anteriormente, lo cual sumado a las proyecciones de envejecimiento de la población mundial, pronostica un aumento en la carga de la enfermedad. (Committee, 2021)

Esto genera preocupación en nuestro país, ya que en la proyección realizada entre 2018 - 2023 de la pirámide poblacional colombiana (Ver Figura 4), evidencia un aumento en el índice de envejecimiento, lo cual podría desencadenar en una mayor incidencia y prevalencia de la EPOC.

Figura 4*Pirámide Poblacional 2018, 2020, 2023*

Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social (Gutiérrez, 2020)

A partir de los 60 años aumenta significativamente cada 5 años la tasa de AVAD y de muertes por esta causa, generando mayores índices de discapacidad y mortalidad, incrementando a su vez los gastos en salud. En Colombia esta enfermedad tiene una prevalencia del 8.9% y específicamente en Cali del 8.5% en personas mayores de 40 años según los últimos reportes, con una alta variabilidad debido a los siguientes determinantes: edad, sexo, altitud del territorio en el que se habita, antecedentes de tuberculosis, exposición laboral al polvo, gas o humo y tabaquismo (Caballero, 2008). En el 2019 la EPOC en Colombia fue la décima causa de carga de enfermedad (2,3% del total de AVAD) y la cuarta causa de muerte correspondiendo el 51% de fallecidos a la población femenina (Organization, 2020).

En este contexto normativo y sanitario, es imprescindible lograr mejores resultados en la salud poblacional y específicamente en la gestión de la EPOC, a través de la participación de

diferentes sectores que intervengan de manera colectiva e individual, logrando una disminución de la carga de la enfermedad en el país.

Para lograr estos resultados en salud el Dr. Uribe (Uribe, 2017) propone la triple meta como estrategia para mejorar el sistema de salud y lograr reducir la brecha entre lo macro (políticas de salud) y lo micro (esfuerzo individual), con el objetivo de lograr la continua generación de valor para el paciente.

La triple meta fue considerada por (Berwick, 2008) como una estrategia para mejorar los sistemas de salud, la cual incluye 3 objetivos interdependientes y equilibrados que son: mejorar la experiencia en la atención, mejorar la salud poblacional y disminuir el costo per cápita en salud.

Delgado (Delgado, 2012) define cada uno de estos objetivos de la siguiente manera:

- Salud poblacional: a fin de llegar a las comunidades y organizaciones, centrándose en la prevención y el bienestar.
- Experiencia de la atención: para proporcionar una atención centrada en el paciente, segura, eficaz, oportuna y equitativa, de manera consistente.
- Costo per cápita: a efectos de reducir o controlar el costo per cápita en el presupuesto para la salud de la población diana, optimizando recursos.

Después de evaluar los resultados de la triple meta, (Sikka, 2015) propone agregar un cuarto objetivo, mejorar la experiencia del profesional de la salud. Los autores consideran que los profesionales de la salud son el eje fundamental para que los primeros 3 objetivos se cumplan y por tal es primordial que las instituciones de salud creen las condiciones para que el personal de salud pueda realizar su trabajo en un ambiente seguro, agradable y que les brinde satisfacción. Es a partir de aquí que surge la cuádruple meta.

Al revisar la literatura no existe un modelo universal de gestión de Enfermedad Crónica (EC), pero si marcos conceptuales que han demostrado resultados en salud. El modelo más utilizado ha sido el Modelo de Atención a crónicos (CCM), desarrollado por Ed Wagner en el año

1998 y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, en EEUU, y constituye la referencia internacional más importante para el desarrollo de Programas de Gestión de Enfermedades Crónicas. (Ver Figura 5) (Social M. d., 2011)

Figura 5
Modelo de Cuidados Crónicos



Fuente. Organización Mundial de la Salud (Salud O. M., 2013)

A partir de este modelo, en el 2002 la OMS elaboró una versión ampliada llamada Atención Innovadora a Condiciones Crónicas (CICC), el cual añade una óptica de políticas de salud y mayor énfasis en la comunidad.

“Es un Modelo de Atención a las Enfermedades Crónicas con componentes sinérgicos, donde el todo es mayor que la suma de las partes. Las reformas de las políticas y el acceso universal a la atención son elementos fundamentales que conducen a mejores resultados y que reducen las disparidades en la atención a las enfermedades crónica. Es fundamental integrar la atención a las enfermedades crónicas basada en APS en los servicios y los programas existentes”. (Salud O. M., 2013, pág. 11) (Ver Figura 6)

Figura 6

Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas.



Fuente. Ministerio de la Protección Social (Social M. d., 2011)

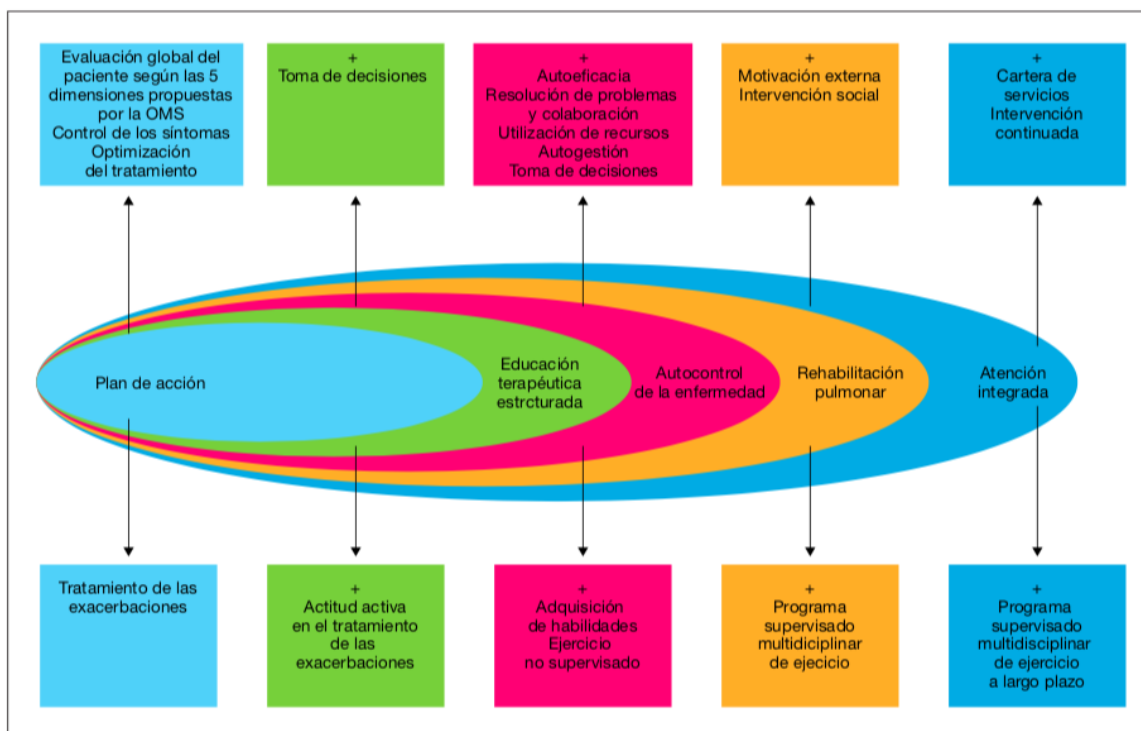
De acuerdo con lo anterior, la Guía Española de la EPOC plantea un modelo de atención a crónicos en la EPOC, basándose en las seis áreas planteadas por la OMS para evaluar globalmente al paciente crónico ante cualquier intervención, las cuales son: datos sociodemográficos, modelo de salud y tipo de profesionales involucrados, trastornos crónicos y factores de riesgo, tratamiento farmacológico, intervenciones no farmacológicas, y dependencia.

Se proponen los componentes básicos de un modelo de atención integrada en la EPOC, de acuerdo con los cuatro servicios de atención integrada -SAI (bienestar y rehabilitación; atención a los pacientes frágiles; hospitalización a domicilio, y soporte remoto al diagnóstico) evaluados por Hernández et al, 2017, en tres países con diferentes modelos asistenciales, dando

como resultado eficacia/efectividad, complementariedad y control de costos. (EPOC, 2017) (Ver Figura 7)

Figura 7

Componentes básicos de un modelo de atención integral en la EPOC



Fuente. Guía Española de la EPOC (EPOC, 2017)

Otro modelo basado en CCM es Kaiser Permanente, la cual es una organización líder en Estados Unidos en atención sanitaria integrada caracterizada por una mayor inversión en servicios de atención primaria y comunitaria, con mejor oportunidad de citas, alta calidad y buenos resultados en salud.

El modelo de prestación de atención es un paradigma centrado en el consumidor, en el cual este asume la posibilidad de elegir. (o+berri, 2012)

Consta de una serie de servicios articulados que eliminan las barreras entre atención primaria y secundaria para todos los pacientes incluidos en la "pirámide de Kaiser", conformada por los siguientes niveles:

NIVEL 1: Se realizan actividades de educación individual y grupales, para fomentar el autocuidado por parte del paciente y sus familiares. Comprende del 70 al 80% de las personas con enfermedades crónicas.

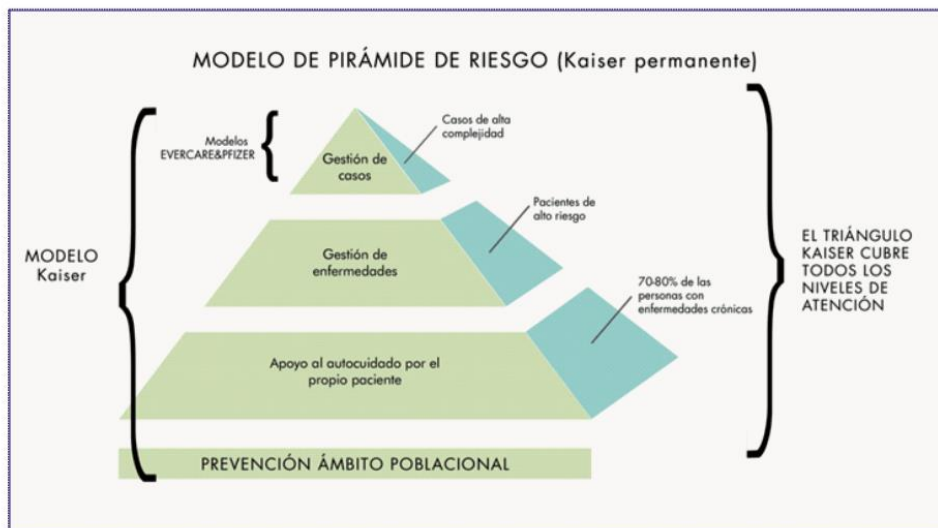
NIVEL 2: Gestión de enfermedades. En este nivel se encuentran los pacientes de alto riesgo que requieren la intervención de un equipo multidisciplinario, para tratar de manera eficaz las enfermedades a través de la aplicación de protocolos y rutas de atención establecidos.

NIVEL 3: Gestión de casos. Está dirigido a casos de alta complejidad, que requieren actividades intensivas de prevención, coordinación y atención conjunta de áreas de la salud y sociales.

Existe un nivel adicional llamado Nivel 0, en el que se realiza prevención primaria a toda la población que presenta alto riesgo de ECNT. (Salud O. M., 2013) (Ver Figura 8)

Figura 8

Modelo de pirámide de riesgo Kaiser permanente



Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social (Social M. d., 2011)

Existen otros dos modelos adaptados con un enfoque dirigido a pacientes de alto riesgo: Everecare, que se fundamenta en la asignación de enfermeras especializadas, que integran atención social y de salud para satisfacer necesidades de los pacientes, con apoyo individual y

reducir admisiones al hospital. Y Pfizer, que se basa en programas de autocuidado, utilizando sistemas de telefonía para monitorizar y controlar. (Social M. d., 2011)

Como se pudo observar en todos los modelos, la atención en salud debe ser integral y centrada en la persona, su familia y la comunidad, para lo cual es necesario tener en cuenta sus necesidades e involucrarlos de todas las formas posibles en todos los procesos concernientes con su salud. Es a partir de allí que surge la necesidad de la humanización de la atención que ha sido definida como un imperativo ético que, en conjunto con los principios, valores y la moral, ayudan a conservar la dignidad humana como valor único de las personas, manteniendo una mirada integral del ser humano, destacando que la humanización no solo tiene injerencia en la persona enferma, sino en su familia y en el personal de la salud. (Carlosama, 2019)

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Diseñar un plan de mejoramiento del modelo de atención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Cali, con enfoque en la cuádruple meta.

3.2 Objetivos Específicos

1. Describir el contexto del modelo de atención para la EPOC en la IPS especializada.
2. Generar un análisis de brecha de resultados desviados en los indicadores de resultados en salud de la IPS.
3. Formular acciones de mejora aplicables al modelo actual de la institución.
4. Proponer indicadores para el plan de mejora del modelo de atención para la EPOC con enfoque en la cuádruple meta.

4. Descripción general de la IPS especializada

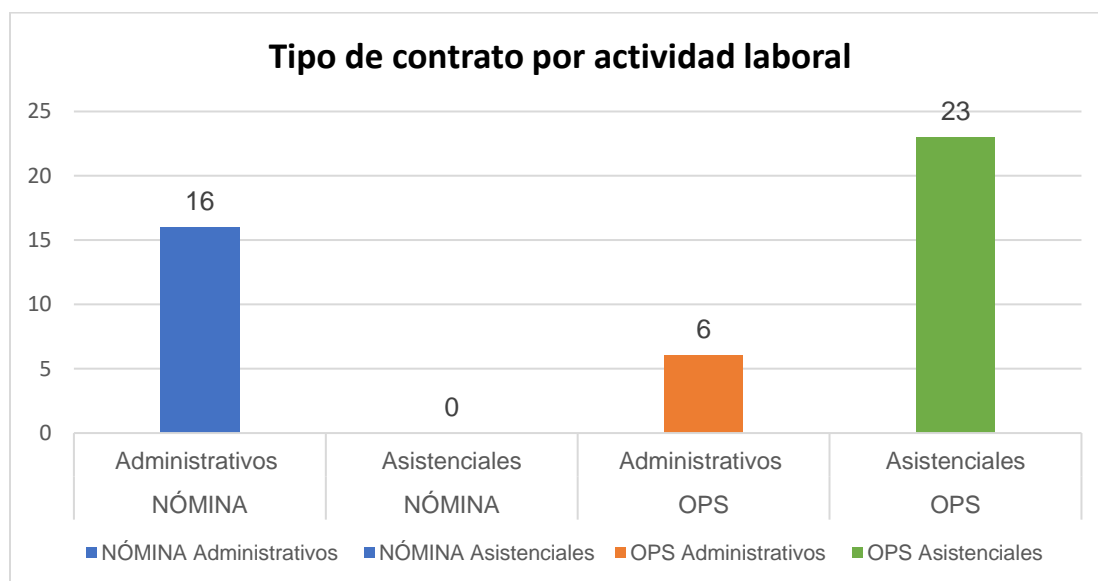
4.1 Evolución histórica de la empresa, desempeño y situación actual

Esta IPS especializada de mediana complejidad, nació en la ciudad de Cali en el año 2014, con apertura y habilitación de una sede en el barrio Tequendama al sur de Cali, con dos médicos generales, un auxiliar de enfermería y dos especialistas en cardiología, quienes empezaron a realizar atención de pacientes de EPS con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y con patologías cardiacas.

En el año 2018 deciden iniciar un cambio y ampliar su red de atención y es cuando aumentan su capacidad instalada, abriendo otra sede en el mismo sector, en la cual se brinda atención especializada a través de los programas de riesgo cardiovascular, diabetes, obesidad, EPOC y clínica de anticoagulación, con la más alta tecnología y talento humano, siendo la pasión y la calidez el sello del trabajo, brindando interacciones de valor en cada contacto con el equipo clínico, administrativo y de apoyo de la institución.

Es un modelo de negocio por sociedad de acciones simplificadas, está inscrita en Cámara y Comercio desde su apertura, y es de naturaleza privada comercial. Busca ser reconocida como una institución con un modelo de atención innovador y sostenible. Actualmente la empresa cuenta con 40 empleados distribuidos de la siguiente manera: (Ver Figura 9) (Especializada, 2021).

Figura 9
Tipo de contrato por actividad laboral

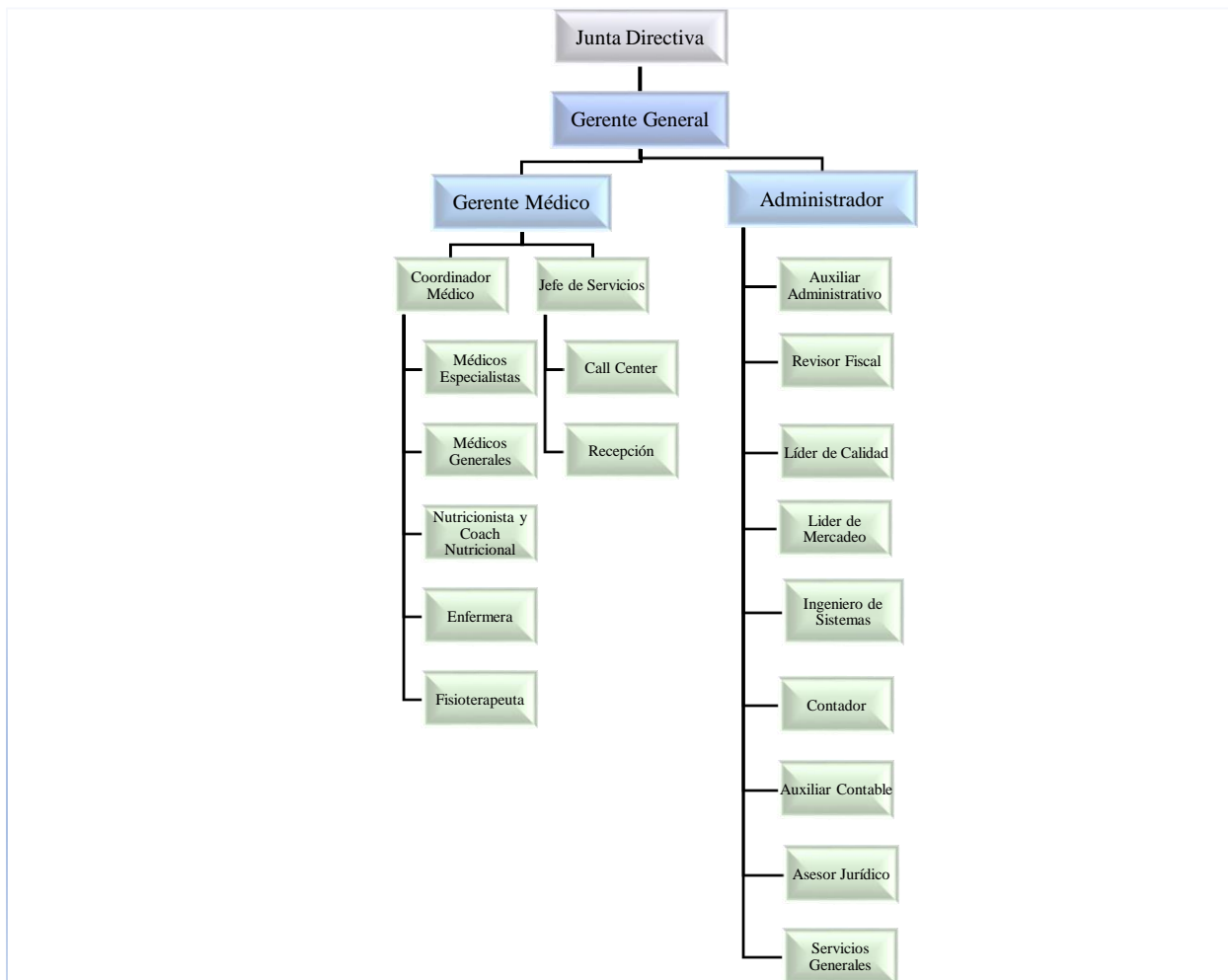


Fuente. Elaboración propia, con base en información suministrada por la institución.

Su tendencia en los últimos 5 años es lograr realizar alianzas estratégicas para lograr prestar servicios de salud de alta calidad en el Valle del Cauca a diferentes aseguradoras, prepagadas y particulares. Actualmente está contratada por una EPS para atender su población del régimen contributivo y subsidiado.

4.1.1 Organigrama

Figura 10
Organigrama IPS especializada



Fuente. Elaboración propia, con base en información suministrada por la institución.

4.2 Direccionamiento estratégico

Misión

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de pacientes con patologías crónicas cardiometabólicas y respiratorias, mediante la implementación de modelos de atención innovadores y sostenibles. (Especializada, 2021).

Visión

Para el 2022, será reconocida como la IPS especializada en gestión de alto riesgo cardiometabólico y respiratorio, preferida por diferentes aseguradores a nivel nacional, con un modelo de atención rentable, replicable, sostenible y flexible con presencia en varias ciudades del país. (Especializada, 2021).

Objetivos estratégicos

Objetivo general: Desplegar el modelo de atención diferencial de la IPS, en atención a la población con patologías cardiorespiratorias de los aseguradores en el Sur Occidente Colombiano, brindando una atención ágil, cálida, integral y segura para los usuarios y su familia, preservando los principios del Sistema General de Seguridad Social y las disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (Especializada, 2021).

Objetivos específicos:

- Lograr resultados en salud que permitan tener impacto en la disminución de la siniestralidad y aumento en la calidad de vida de los usuarios.
- Brindar atención integral y humanizada a los usuarios, de acuerdo con los principios del modelo y los lineamientos técnicos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
- Mantener y aumentar la satisfacción de los usuarios y el asegurador, en todos los momentos de la ruta de atención.

Principios institucionales

- Compromiso en nuestra labor: Cumplimos con las obligaciones adquiridas dando siempre lo mejor en el servicio con la implementación de soluciones efectivas que beneficien a los pacientes.
- Respeto por todos y cada uno: Las personas son el eje, la comunicación se basa en una actitud amable y cortés en todas las relaciones de la empresa con los pacientes, empleados, aseguradores, accionistas y con toda la comunidad.
- Honestidad sin límites: Se busca la veracidad y la transparencia en todas las acciones, contactos, contribuciones y compromisos. Se trabaja en el reconocimiento positivo y la introspección asertiva.

La pasión y calidez son el sello del trabajo de la IPS, brindando interacciones de valor en cada contacto con el equipo clínico, administrativo y de apoyo de la institución. Su propuesta de valor es: “Nuestro modelo de atención garantiza la accesibilidad a los servicios requeridos, con oportunidad en la atención de las necesidades del paciente, de acuerdo a sus condiciones de salud, con resolutividad empática, con un enfoque integral, integrado, compasivo, humanizado y con altos estándares de calidad” (Especializada, 2021).

4.3 Análisis del entorno y del sector

Esta institución cuenta con dos sedes ubicadas estratégicamente en el barrio Tequendama, Cali, Valle del Cauca, el cual es un sector de fácil acceso para las personas de la ciudad y de municipios aledaños. Dentro de su infraestructura de 2 pisos cuentan con recepción, consultorios, sala de espera, áreas para la rehabilitación cardíaca y pruebas diagnósticas no invasivas (ecocardiograma transtorácico, prueba de esfuerzo, Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA), Automonitoreo de la presión arterial (AMPA), Monitorización Continua del Ritmo Cardíaco durante 24 horas (Holter) y Mesa Basculante), útiles para diagnosticar e instaurar un

tratamiento efectivo y tener un seguimiento adecuado de enfermedades crónicas (Especializada, 2021)..

Actualmente contrata con una EPS para atender los usuarios que requieren tecnología y competencias especializadas de cardiología, neumología, endocrinología y medicina interna, procedimientos y pruebas diagnósticas. En el sector se encuentra una clínica neumológica que cuenta con un programa para la atención de la EPOC y presta sus servicios de apoyo diagnóstico a la misma EPS con la cual contrata la IPS objeto.

La IPS se encuentra en una posición de valor favorable, debido a que la población que atiende en su mayoría es pluripatológica y se puede brindar una atención integral para dar tratamiento, y de ser necesario, rehabilitación a las comorbilidades. Es la única IPS especializada de segundo nivel que contrata con la EPS en Cali.

4.4 Análisis interno y externo: Matriz DOFA

Al momento de solicitar información la institución no contaba con una matriz DOFA, por lo cual se realiza un análisis por parte del equipo investigador. (Ver Figura 11)

Figura 11
Matriz DOFA



Fuente. Elaboración propia.

4.5 Accionistas, Socios y Fuentes de los Recursos financieros

La sociedad está conformada por 3 accionistas, uno de ellos tiene una participación del 80% de las acciones, es médico especialista en cardiología conocedor del sector, quien se desempeña como docente universitario y en el sector salud trabajando en una institución de cuarto nivel acreditada y con reconocimiento de excelencia. Los otros socios tienen una participación del 10% cada uno, siendo uno de ellos el representante legal de la empresa y se desempeñan en el área de mercadeo.

Los ingresos de la empresa provienen de los diferentes contratos de prestación de servicios de salud que tiene con una aseguradora, PGP (Pago Global Prospectivo) y pago por episodio de atención.

Contablemente, tiene un plan de cuentas acorde con las Normas Internacionales de Información NIIF.

De acuerdo con los Estados Financieros, la IPS cuenta con la suficiencia patrimonial y financiera, y la liquidez para garantizar su funcionamiento y cumplir con sus obligaciones a corto plazo, lo cual se demuestra con el análisis del Balance General del año 2020 en el que se observa un crecimiento del 20 % en el total de los Activos con respecto al año anterior y una disminución del pasivo del 17%. Por otra parte, el Patrimonio tuvo un incremento del 34%. No se cuenta con la información del Estado de Resultados del año 2020 y en el del año 2019 se encuentra una utilidad neta positiva de \$152.319.428, lo cual demuestra que los ingresos generan utilidad.

5. Análisis de situación relacionada con el modelo de atención vigente en la IPS

5.1 Análisis del modelo en la IPS o aspectos a considerar para el diseño

La IPS cuenta con un modelo de Atención llamado “Queremos Cuidar de Ti”, desarrollado por el equipo técnico gerencial de la institución, diseñado para articularse con el modelo de la aseguradora con la cual tiene contrato la IPS, basado en el mejoramiento continuo, la atención

segura y con enfoque de gestión de riesgo, para garantizar una cobertura completa y segura en los servicios descritos anteriormente, a través de diferentes programas como: riesgo cardiovascular, falla cardiaca, diabetes, obesidad y EPOC. (Especializada, 2021)

El modelo esta descrito exclusivamente en el modelo cardiorespiratorio institucional, se caracteriza por: el acceso y la comunicación continua con los usuarios, la atención humanizada y digna, el cumplimiento de objetivos de salud individual para cada usuario, la educación en paciente experto, la excelencia técnica en la atención y la oportunidad en la atención. (Especializada, 2021)

Se detecto que la IPS no cuenta con un modelo de atención específico del programa de EPOC, con documentación diferente a la de tipo comercial, por lo que se realizó una investigación exhaustiva, recopilando información, realizando entrevistas a colaboradores y describiendo detalladamente las actividades ejecutadas en el programa.

Los servicios que se prestan en el programa son: atención con especialista y/o subespecialista, atención de consulta médico general experto, atención por equipo de apoyo (enfermería, nutrición, fisioterapia), atención de consulta prioritaria, actividades educativas, línea de orientación (diurna), todos estos en la modalidad presencial y de telemedicina, con el fin de reducir la carga de la enfermedad, mejorar los resultados en salud y mejorar la experiencia de los usuarios con sostenibilidad financiera. (Especializada, 2021)

Para ingresar al programa los usuarios debe tener diagnóstico CIE 10 de EPOC, tener 40 años en adelante y requerir manejo especializado. La atención total prestada a cada paciente tiene una duración máxima de 2 años y las frecuencias de atención son establecidas según las condiciones individuales del paciente, sin embargo, existen unas prestaciones mínimas a realizar en el año, de acuerdo con el convenio que se tiene con la aseguradora. (Ver Tabla 1) (Especializada, IPS, 2018)

Tabla 1*Frecuencias de atención para el programa de EPOC*

Descripción	Frecuencia Mínima (año)
Consulta neumólogo	2
Consulta control por neumología	Ilimitada
Espirometría simple o de tamizaje	1
Prueba de caminata de 6 minutos	0,5
Monitorización continua con oximetría nocturna – sesión -	0,2
Medición no invasiva de Co2 o Capnografía	0,1
Terapia de rehabilitación pulmonar integral	12
Consulta primera vez por nutrición y dietética	2
Consulta medico experto IPS especializada	4
Atención medica prioritaria	12
Consulta de primera vez por terapia respiratoria	12
Seguimiento Químico Farmacéutico	2
Control telefónico (enfermería)	12
Capacitación grupal	3
Programa de rehabilitación de tabaquismo	12
Línea de orientación	12

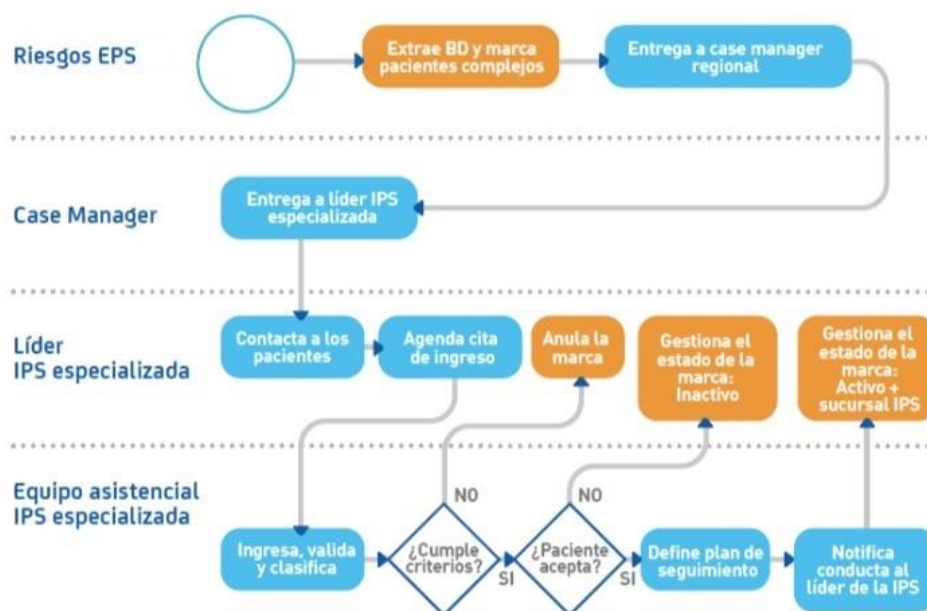
Nota. Datos tomados del Anexo Técnico del contrato con la aseguradora.

La ruta de ingreso de los usuarios al modelo inicia con la entrega de la base de datos de los pacientes complejos que requieren atención en IPS especializada, por parte del case mánager de la EPS a la enfermera líder del programa. Posteriormente, la enfermera contacta a los pacientes para agendar la cita de ingreso con médico general experto, quien valida y clasifica si el paciente cumple con los criterios para continuar en el programa. (Especializada, IPS, 2018)

Si el paciente no cumple con los criterios de inclusión, el médico lo reporta a la enfermera, quien a su vez informa al case mánager de la aseguradora. Si el paciente cumple con los criterios de inclusión y acepta la atención, el médico experto define el plan de seguimiento y solicita la valoración por primera vez con Neumología, informando a la enfermera líder la conducta a seguir y esta a su vez confirma al paciente como activo para el programa. (Especializada, IPS, 2018)

Si el paciente cumple con los criterios de inclusión, pero no acepta iniciar el programa, la enfermera lo clasifica como paciente inactivo, se informa a case mánager regional de la EPS y se realiza contrareferencia a prestador primario. (Ver Figura 12)

Figura 12
Ruta de ingreso al programa



Fuente. Anexo Técnico del contrato con la aseguradora

Una vez el usuario se encuentra activo en el programa, debe tener al menos una atención al mes por cualquiera de los servicios. Además, cuenta con diferentes canales de comunicación como son WhatsApp, página web, línea telefónica y la recepción de manera presencial para solicitar las citas de control que se generen en el transcurso de la atención. (Especializada, IPS, 2018)

La enfermera líder se encarga de realizar el seguimiento telefónico y asegurar la atención clínica mensual, adicionalmente recibe diariamente el reporte por parte de la aseguradora, de las

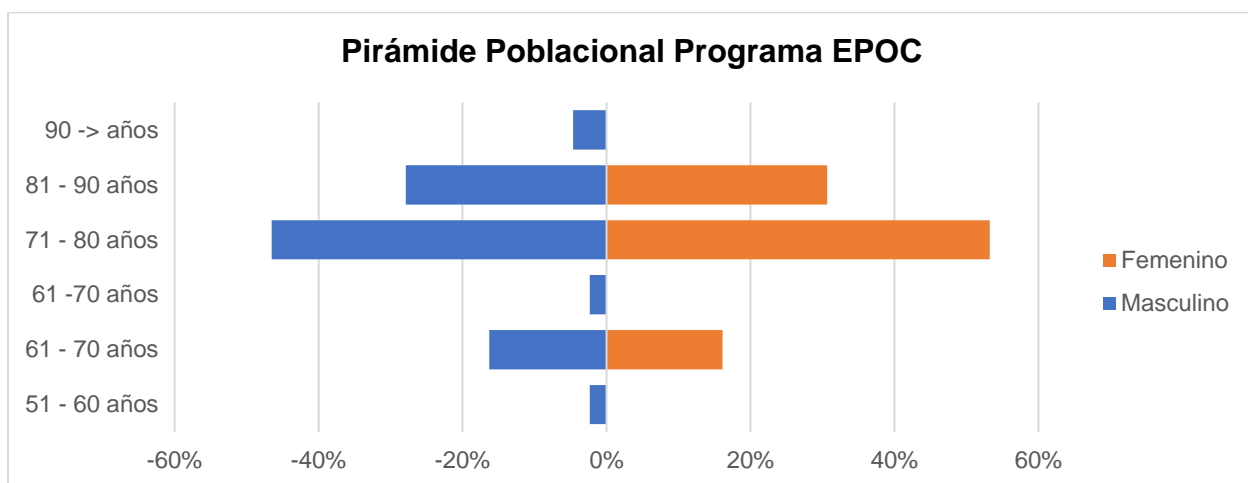
consultas por urgencias y las hospitalizaciones de los usuarios activos, a las cuales se les debe realizar un seguimiento por 6 meses después del evento. (Especializada, IPS, 2018)

El programa cuenta con una línea de atención exclusiva, a través de la cual brinda a los usuarios información real y resolutive sobre sus necesidades, así mismo se realiza en conjunto con el equipo multidisciplinario el seguimiento telefónico de pacientes, manejo clínico y validación de barreras de acceso las cuales pueden ser gestionadas en la institución. Si a través de la atención por esta línea se detecta que el usuario necesita atención prioritaria, se procede a programar una cita la cual no debe superar un tiempo de 72 horas. Si en la atención presencial o a través de la línea telefónica se determina que el paciente necesita atención por urgencias, se deriva a su IPS primaria o a otra institución de la Red de Atención, dependiendo de la complejidad del evento. (Especializada, 2021)

Dentro de la documentación entregada por la IPS, se encuentra un informe que muestra algunos indicadores que permiten medir los resultados a nivel clínico y operativos del programa correspondientes al año 2020, dentro de los cuales se encuentra el porcentaje de hospitalizaciones, las consultas por urgencias, el número de pacientes que tienen espirometría en la consulta de primera vez, usuarios no contactados, citas asignadas. (Ver anexo C)

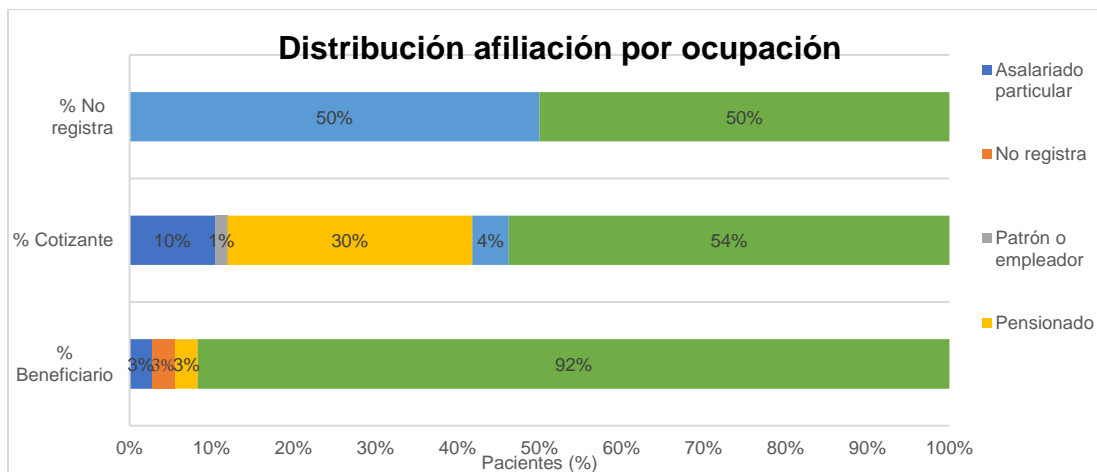
5.1.1 Análisis de la demanda

Para realizar el análisis de la demanda se realizó una revisión de las historias clínicas de los 105 pacientes que se encuentran actualmente vinculados al programa, desde septiembre del año 2020 hasta agosto del año 2021. (Ver anexo D). El 100% de la población atendida en el programa de EPOC se encuentra afiliada a la única EPS con la cual tiene contrato. Del total de los usuarios, 62 son mujeres y 43 son hombres, quienes se encuentran entre los 60 y los 93 años. (Ver Figura 13)

Figura 13*Pirámide Poblacional Programa de EPOC**Fuente. Elaboración propia.*

Las ocupaciones reportadas por los usuarios son: Hogar 66,7%, Pensionados 20%, Independientes 3,8%, Administración 3,8%, Otros 4,8%, No reporta 1%. Al régimen subsidiado se encuentran afiliados 2 personas y 103 al régimen contributivo, de los cuales el 65% son cotizantes y el 35% son beneficiarios. Estas cifras indican que hay una población financieramente activa que aporta al sistema de salud solidario. (Ver Figura 14)

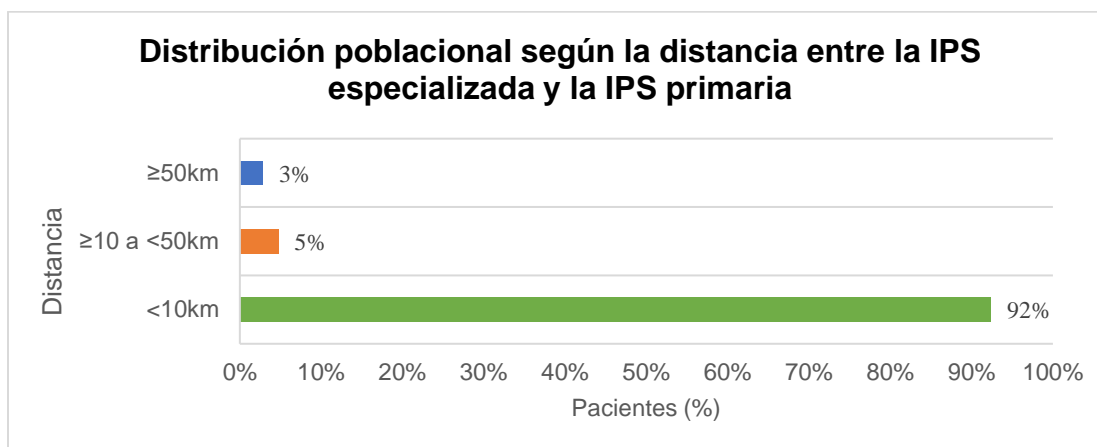
Figura 14
Distribución de afiliación por ocupación



Fuente. Elaboración propia.

Todos los usuarios habitan en el departamento del Valle del Cauca, teniendo Cali la mayor concentración con 97 personas, Palmira 3, Buga 3 y Jamundí 2. Se detectó que el total de la población vive en zona urbana, además en el sistema de información de la IPS y EPS solo en el 11% de los usuarios se reportaba el estrato socioeconómico, y se evidenció que son remitidos de 10 diferentes IPS primarias. (Ver Figura 15)

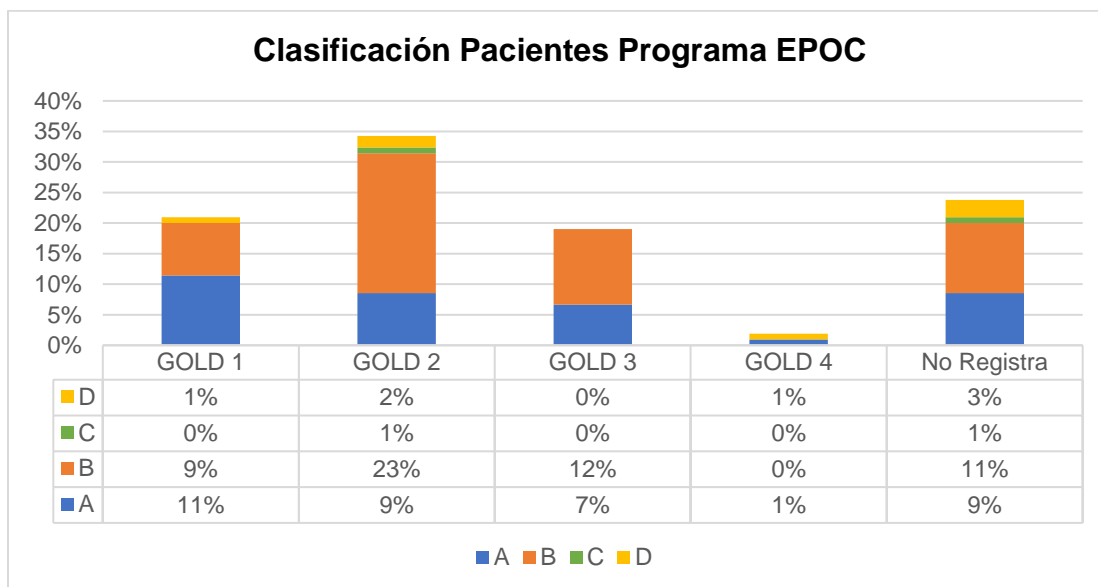
Figura 15
Distribución poblacional según la distancia entre la IPS especializada y la IPS primaria



Fuente. Elaboración propia.

Los usuarios que pertenecen al programa están clasificados según la severidad de la EPOC, encontrando que el 21% tienen GOLD 1, el 34% GOLD 2, el 19% GOLD 3, el 2% GOLD 4 y el 24% No Registra. Según la escala de disnea mMRC el 36% se encuentran en grado 2, seguido del grado 1 con un 35%, en el grado 3 hay un 19%, 8% en el grado 0 y el 2% No Registra. De acuerdo con el grado de mMRC y según reporte de hospitalización se encontró que el 55% están en grupo de riesgo B, seguidos del grupo de riesgo A con un 36%, el 7% se encuentran en el grupo D y el 2% en el grupo C. (Ver Figura 16)

Figura 16
Clasificación de pacientes en el programa de la EPOC

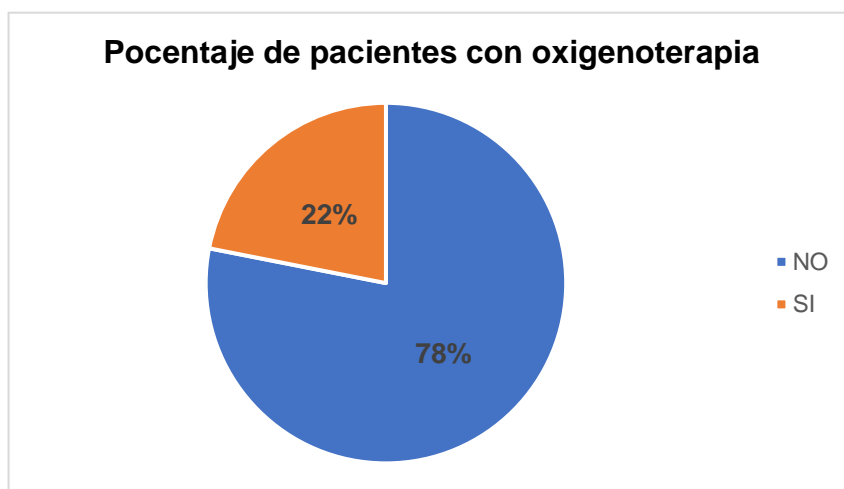


Fuente. Elaboración propia.

El 78% de los usuarios no hacen uso de oxígeno y el 22% son oxígeno dependientes (Ver Figura 17). Como antecedentes es importante destacar que el 56% ha tenido exposición a biomasa, el 14% han sido fumadores pasivos y el 66% tiene antecedente de tabaquismo de los cuales el 7% aun lo mantiene activo. (Ver Figura 18)

Figura 17

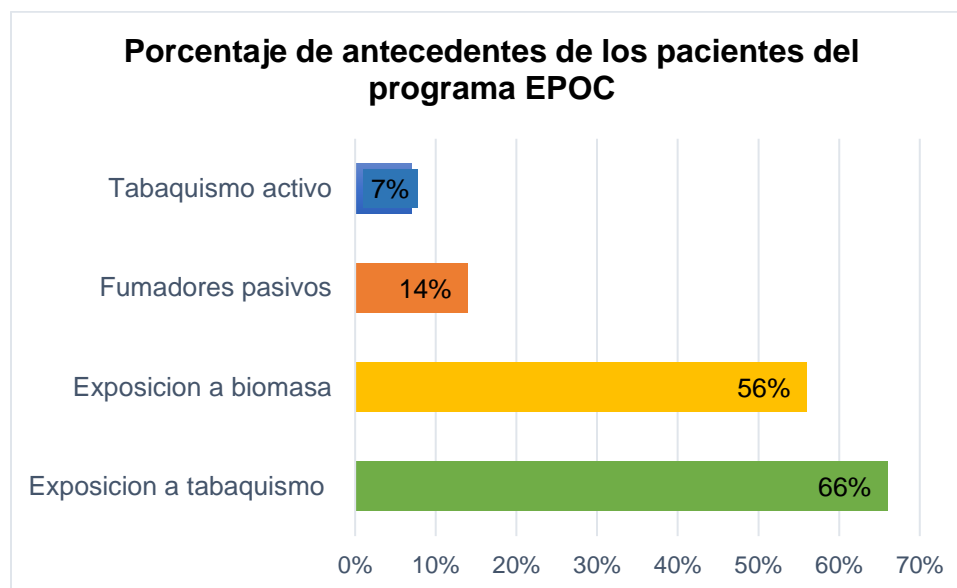
Porcentaje de pacientes con oxigenoterapia



Fuente. Elaboración propia.

Figura 18

Porcentaje de antecedentes de los pacientes del programa de EPOC



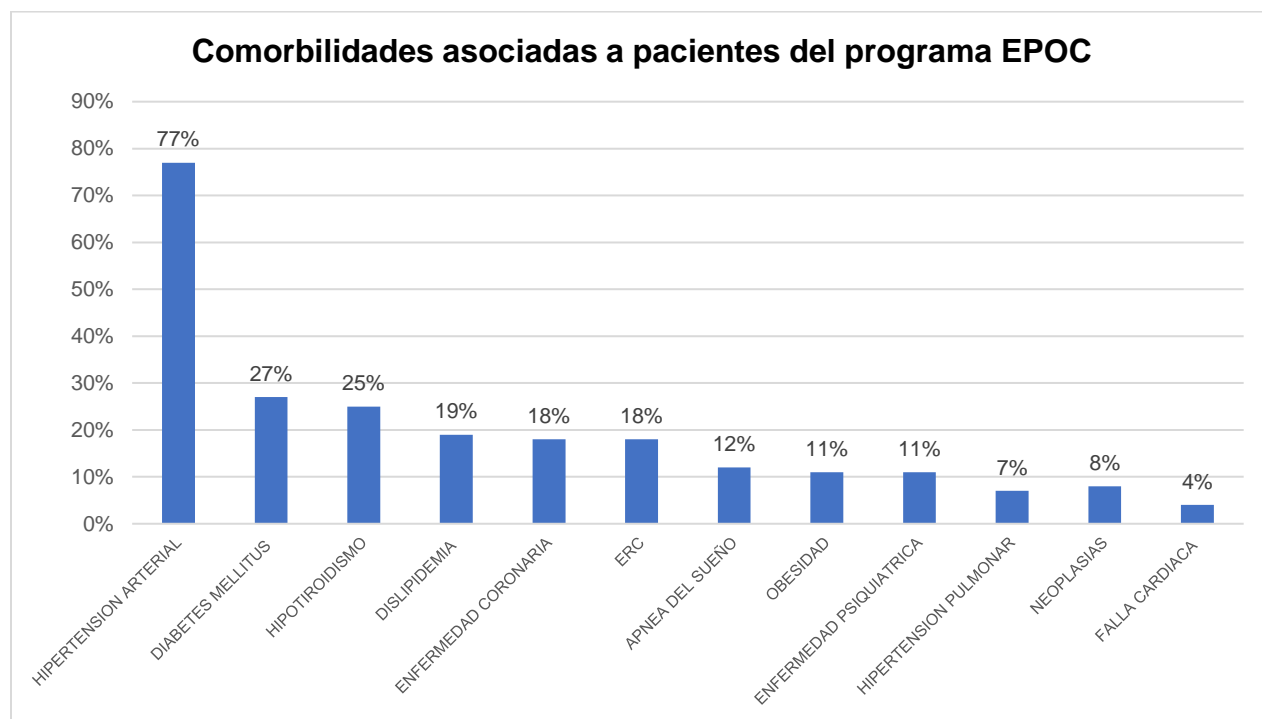
Fuente. Elaboración propia.

El grupo de usuarios se caracteriza por tener múltiples comorbilidades dentro de las cuales se encuentran las patologías neurológicas de Asma con un 21% y EPID 2%,

adicionalmente presentan otras patologías frecuentes descritas más adelante (Ver figura 19), encontrando que la de mayor predominio es la Hipertensión Arterial con un 77%.

Figura 19

Comorbilidades asociadas a pacientes del programa de EPOC

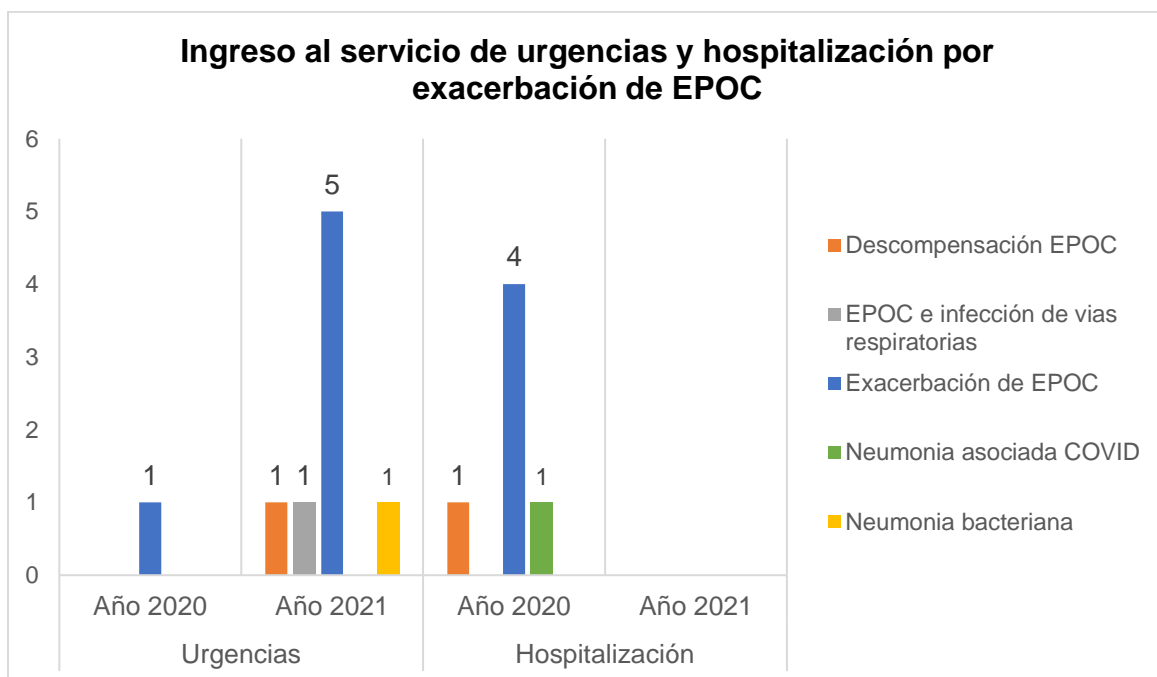


Fuente. Elaboración propia

Con relación a las consultas de urgencias y hospitalización, el 6% de los pacientes tuvieron eventos relacionados con la EPOC y requirieron hospitalización. Mientras que un 9% consultó por urgencias con exacerbación de la EPOC. (Ver Figura 20)

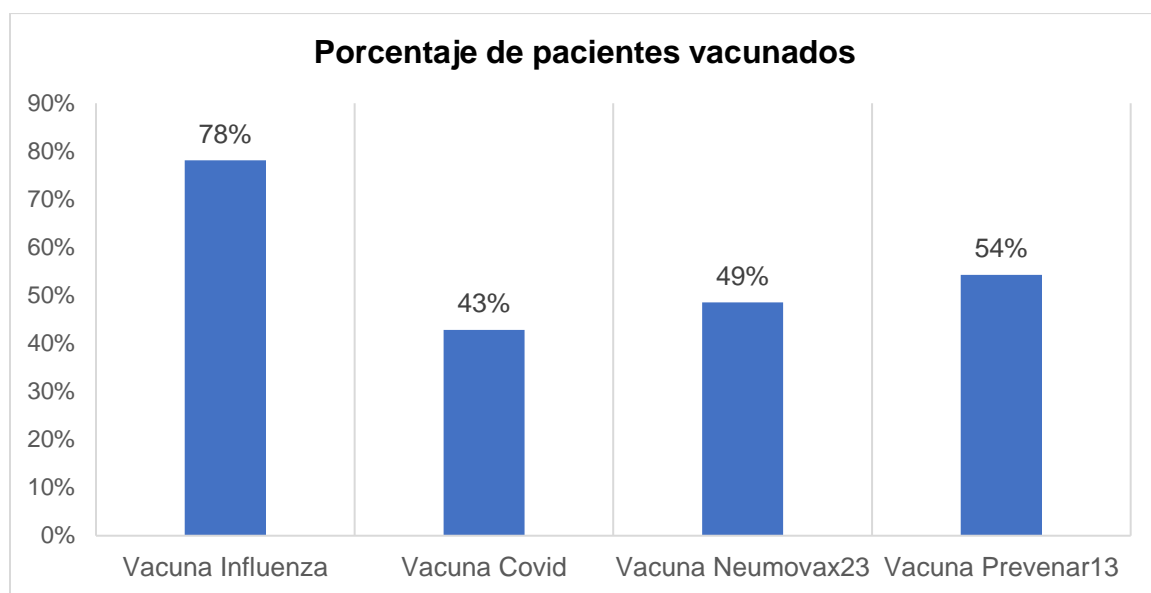
Figura 20

Ingreso al servicio de urgencias y hospitalización por exacerbación de EPOC



Fuente. Elaboración propia.

En cuanto a la vacunación, la inmunización es con Influenza, Prevenar 13 y Neumococo 23. El 78% de los pacientes está vacunado contra la influenza y el 22% no registra, el 32% fue vacunado en el último año y el 46% no está al día. El 54% tienen la vacuna Prevenar 13, el 40% no registra y el 6% no aplica a esta vacuna por ser menor de 65 años. En lo que respecta a la vacuna Neumococo 23, el 51% no registra, el 42% está al día y el 7% no se ha aplicado la dosis de refuerzo que corresponde cada 5 años. El 42% de los usuarios cuenta con el esquema de vacunación completa contra COVID-19 y el 58% No Registra. (Ver Figura 21)

Figura 21*Porcentaje de pacientes vacunados**Fuente. Elaboración propia.*

Al revisar las Espirometrías, encontramos que el 13% No Registra y el 87% cuenta con este examen, de los cuales el 60% lo ha realizado en el último año y el 40% no. Del total de los pacientes que han realizado el examen en el último año el 13% no pudieron realizar la maniobra, el 1% no reporta resultados. Se detectó que entre algunas de las causas por las cuales los usuarios no pudieron realizar la espirometría están las dificultades a nivel cognitivo, sus múltiples comorbilidades y la restricción respiratoria severa.

Adicionalmente, el 30% de los pacientes ha realizado el Test de caminata de 6 minutos en los últimos 2 años. Entre otras pruebas diagnósticas, el 5% tiene examen de volúmenes pulmonares por pletismógrafos, el 60% TAC de tórax y el 9% tiene test de difusión por CO₂.

Por último, en cuanto al tratamiento se evidencio que solo a el 7% de los pacientes se les realizaba rehabilitación pulmonar, y en relación con el manejo farmacológico, el 95% hacen uso de inhaladores, de los cuales el 50% usan SABA, 28% SAMA, LABA 0%, CI 21%, LABA+LAMA 35%, LABA+LAMA+CI 10%, y CI + LABA 30%.

5.1.2 Característica de la oferta de la IPS

La IPS tiene habilitados 12 servicios en el REPS, los cuales se describen en la Figura 22.

Figura 22

Servicios habilitados en el REPS

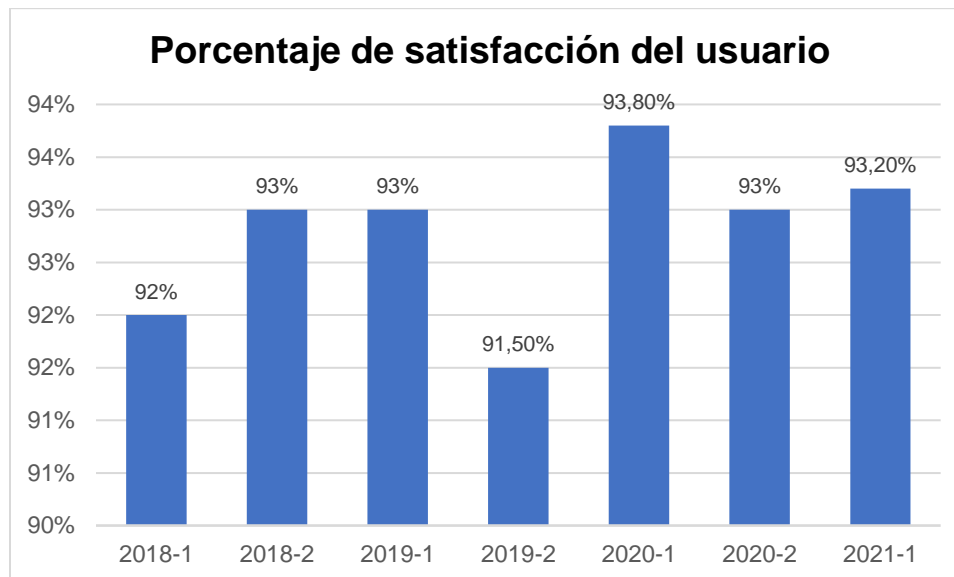
Grupo de Servicios	Código	Nombre Servicio	Ambulatorio	Baja Complejidad	Mediana Complejidad	Alta Complejidad
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	739	FISIOTERAPIA	SI	SI	NO	NO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	742	DIAGNÓSTICO VASCULAR	SD	SD	SD	SD
Consulta Externa	302	CARDIOLOGÍA	SI	NO	SI	NO
Consulta Externa	310	ENDOCRINOLOGÍA	SI	NO	SI	NO
Consulta Externa	312	ENFERMERÍA	SI	SI	NO	NO
Consulta Externa	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	SI	NO	SI	NO
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	SI	SI	NO	NO
Consulta Externa	329	MEDICINA INTERNA	SI	NO	SI	NO
Consulta Externa	331	NEUMOLOGÍA	SI	NO	SI	NO
Consulta Externa	332	NEUROLOGÍA	SI	NO	SI	NO
Consulta Externa	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI	SI	NO	NO
Consulta Externa	348	REUMATOLOGÍA	SI	NO	SI	NO

Fuente. REPS

A continuación, se pueden observar las figuras que muestran la tendencia de los últimos 3 años de los indicadores de calidad que se tienen en cuenta para la mejora continua de la institución. Estos datos corresponden a todos los servicios que conforman los diferentes programas con los que cuenta la IPS.

En primer lugar, se encuentra el indicador de satisfacción del usuario, el cual se mide a través de la aplicación mensual de la encuesta de satisfacción al 10% del total de los usuarios que asisten a consulta. (Ver Figura 23)

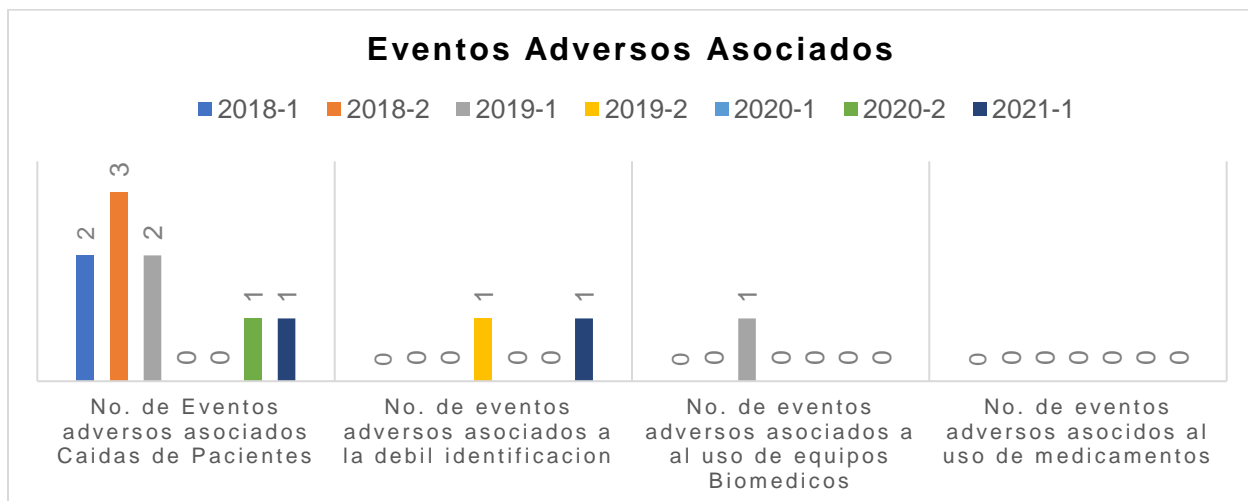
Figura 23
Porcentaje de satisfacción del usuario



Fuente. Información suministrada por el coordinador de calidad.

Por otro lado, se encuentra el indicador de eventos adversos, dentro de los cuales se encuentran aquellos asociados a caídas, a la débil identificación, al uso de equipos biomédicos y al uso de medicamentos. Como se puede observar en la gráfica, la incidencia de eventos adversos es mínima, lo cual puede indicar una muy buena gestión en seguridad al paciente, o por el contrario que hace falta mayor seguimiento y cultura de reporte. (Ver figura 24)

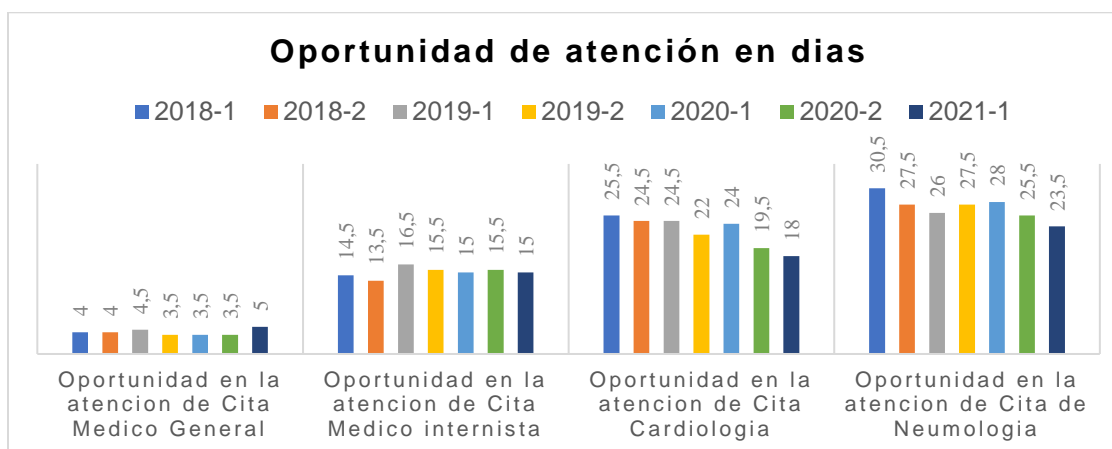
Figura 24
Eventos adversos asociados



Fuente. Información suministrada por el coordinador de calidad.

En cuanto a la oportunidad de citas se puede observar que, durante los 3 años analizados, la consulta por neumología es la que siempre ha estado por encima del promedio de oportunidad de citas; sin embargo, en el año 2020 se observa una tendencia a la mejoría. (Ver figura 25)

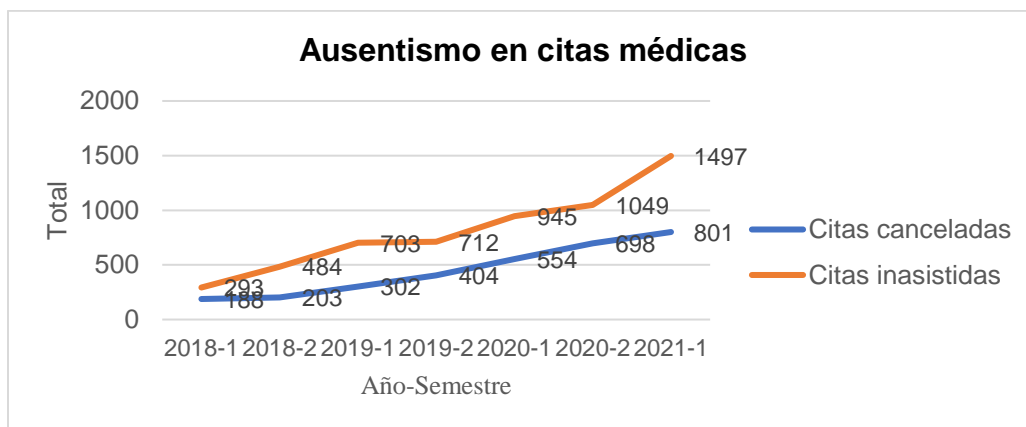
Figura 25
Oportunidad de atención en días



Fuente. Información suministrada por el coordinador de calidad.

La figura 26 muestra la tendencia del ausentismo en las citas, la cual claramente se encuentra en ascenso, aun cuando las medidas de restricción por la emergencia sanitaria han sido flexibilizadas en el último año.

Figura 26
Ausentismo en citas médicas



Fuente. Información suministrada por el coordinador de calidad.

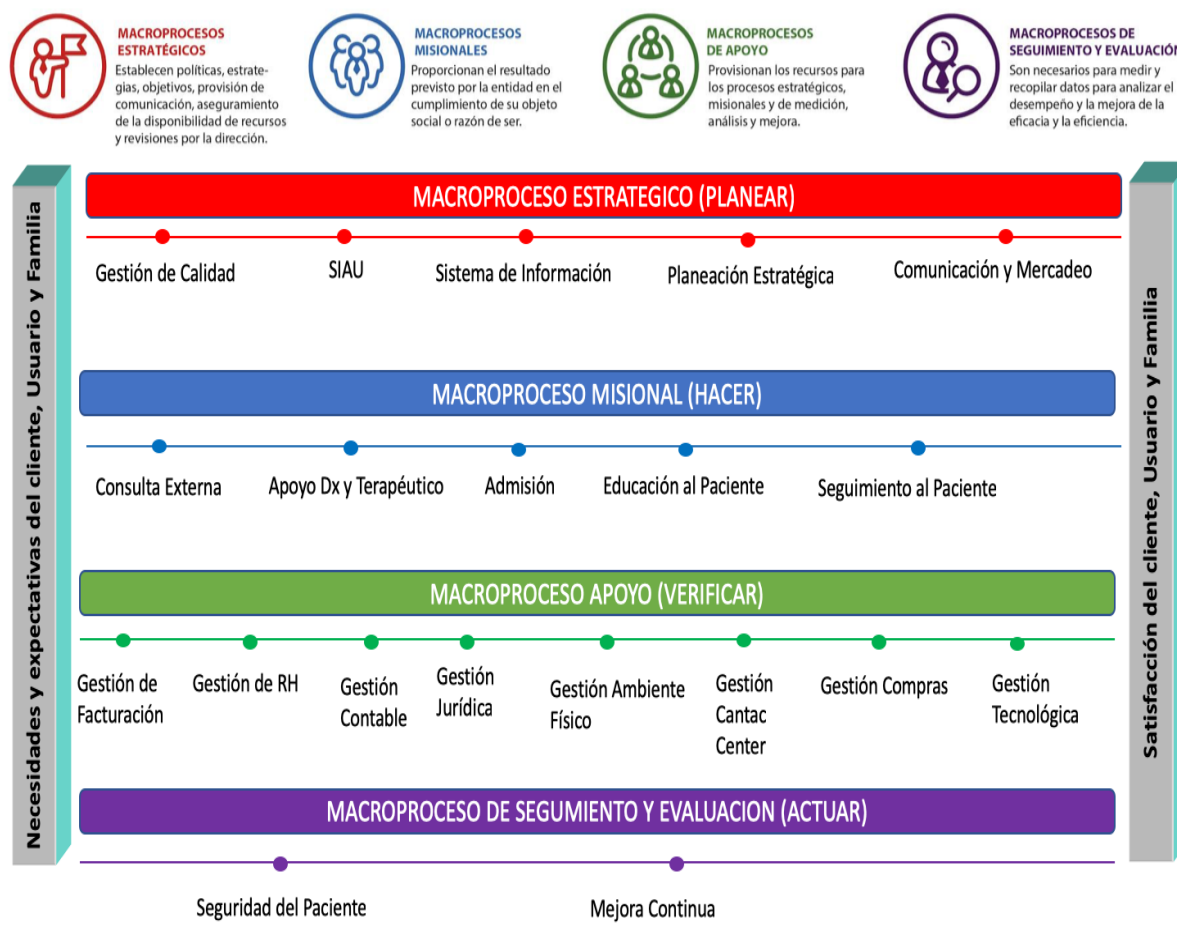
En el último año (septiembre 2020 – agosto 2021) se realizaron 1247 consultas dentro del programa de EPOC, de las cuales el 38% corresponden a enfermería, el 34% a medicina

general, el 25% a neumología y el 3% a nutrición. La IPS no tiene la información detallada de la Red Integral de Atención de la cual hace parte.

5.1.3 Procesos y análisis de la relación oferta – demanda

El mapa de procesos es la ruta más clara y precisa del Planear, Hacer, Verificar y Actuar, en donde convergen todas las actividades de la IPS. A continuación, se presenta el Mapa de Procesos de la IPS especializada.

Figura 27
Mapa de Procesos IPS especializada



Fuente. Información suministrada por la IPS especializada.

Al comparar el direccionamiento estratégico y el mapa de procesos de la IPS con el modelo de atención para la EPOC con el que cuenta actualmente, podemos decir que este es sostenible y mejora las condiciones de salud de los pacientes, lo cual se encuentra dentro de la misión de la institución. Al analizar los macroprocesos estratégicos, encontramos que hay una estrategia bien definida la cual se encuentra articulada con los principios del Sistema de Salud y la P

olítica de Atención en Salud, teniendo al paciente como centro de la atención, brindándole una atención humanizada a través de la cual se da respuesta a sus necesidades.

Sin embargo, hace falta plantear nuevas propuestas que apunten a lograr lo plasmado en la visión, pues actualmente la IPS solo contrata con una EPS, lo cual pone en riesgo su sostenibilidad financiera. Con base a la revisión documental realizada en este trabajo, se detecta oportunidades de mejora, a partir de las cuales se elabora un análisis de brecha como soporte para el mejoramiento del modelo de atención, enfocado en la cuádruple meta. (Ver tabla 2)

Tabla 2

Análisis de brecha con enfoque en la cuádruple meta

Cuádruple Meta	Objetivos Estratégicos de la IPS	Brechas	Causas
Satisfacción del usuario	1. Mejorar calidad de vida de los usuarios.	1.1. Intervención para la cesación del tabaquismo.	1.1.1. No existe un protocolo institucional en estilos de vida saludable.
		1.2. Fomento de educación, prácticas de autocuidado y paciente experto.	1.2.1. Pocas estrategias de educación al paciente.
	2. Brindar atención integral y humanizada a los usuarios	2.1. Involucrar directamente al familiar y/o cuidador en el programa.	2.1.1. Falta de identificación del contexto familiar desde el inicio del programa y sobre la

			importancia en la participación de este en el proceso.
		2.2. Asistencia integral (social, salud mental y rehabilitación pulmonar).	2.2.1. Escasa remisión a servicios de apoyo y falta de comunicación entre los diferentes servicios.
		2.3. Oportunidad de citas por encima del promedio reportado en el sistema de información para la calidad.	2.3.1. Poca supervisión a procesos y seguimiento de indicadores.
Resultados en Salud	1. Lograr resultados en salud.	1.1. Aumento en la consulta por urgencias y hospitalizaciones por exacerbación de la enfermedad.	1.1.1. La EPOC es una enfermedad crónica progresiva. 1.1.2. Debido a la pandemia se suspendió la consulta presencial y se dió inicio a la teleconsulta, pero los médicos, los pacientes y la institución no estaban preparados para esta modalidad.
		1.2. Fomento de educación, prácticas de autocuidado y paciente experto.	1.2.1. Pocas estrategias de educación al paciente.
		1.3. Información incompleta en el sistema y en las historias clínicas (datos sociodemográficos, reporte de espirometría, clasificación de	1.3.1. No adherencia al modelo de atención y a la guía de práctica clínica.

		severidad y escala de disnea).	
		1.4. Los procesos de referencia y contra referencia no son claros en la institución.	1.4.1. Falta de socialización del proceso con el personal. 1.4.2. Falta de articulación con la Red Integral de Atención a la que pertenece la institución.
Costo - efectividad	1. Impactar positivamente en el costo global de la población intervenida.	1.1. Las guías de práctica clínica se encuentran desactualizadas.	1.1.1. Ausencia de auditoría interna y externa.
Satisfacción profesional del	1. No se encontraron objetivos en el plan estratégico que apunten a este componente.	1.1 No existe punto de comparación.	1.1.1. La institución está centrada en el usuario, los resultados en salud y la costo – eficiencia.

Fuente. Elaboración propia.

6. Plan de mejoramiento del modelo de atención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Cali, con enfoque en la cuádruple meta.

Teniendo en cuenta el modelo de atención descrito anteriormente y las brechas que existen entre los objetivos estratégicos y los resultados actuales, se plantea un plan de mejoramiento con enfoque en la cuádruple meta, a través de la gestión clínica de la EPOC, buscando disminuir complicaciones y logrando mejores resultados en salud, con costo efectividad, brindando una atención integral en la que el paciente es el centro de todo, dando respuesta a sus necesidades y mejorando su calidad de vida a través de una atención

humanizada, con personal satisfecho y comprometido, brindando intervenciones seguras, efectivas y eficientes.

6.1 Definición de estrategias de atención para los usuarios según grupo o grupos de riesgo seleccionados

Se plantean varias estrategias que apuntan a la cuádruple meta, las cuales son:

1. Atención centrada en el usuario. Se recomienda identificar necesidades específicas de cada usuario, para dar respuesta y manejo individualizado, generando valor en cada atención. Esta estrategia se enfoca en Kaiser Permanente, pretendiendo personalizar la atención con protocolos de cuidado individuales y canales de comunicación permanente y oportunos.
2. Realizar una caracterización detallada de la población según sus necesidades, en trabajo articulado con la aseguradora. Se recomienda elaborar una base de datos completa con variables sociodemográficas, de gestión clínica y administrativa.
3. Gestión del riesgo individual en salud. Se recomienda utilizar metodología de Cuadro de Mando Integral para definir indicadores estratégicos, los cuales ayuden a realizar un seguimiento oportuno y cumplimiento de metas clínicas.
4. Definir Ruta Integral de Atención para la IPS (Ver Anexo E), adaptada de acuerdo con las RIAS para la población con riesgo o presencia de Enfermedades Respiratorias Crónicas de Minsalud y a los modelos de atención descritos en el marco teórico.
5. Colaboradores comprometidos con la atención para los usuarios. Se recomienda conocer objetivos personales, preferencias y expectativas del personal en pro de alinearlos con los objetivos institucionales.

6.2 Gestión Clínica

Para mejorar la gestión clínica en la institución es fundamental:

1. Actualizar, socializar, y capacitar a todo el talento humano, para la correcta implementación de la GPC de EPOC. Además, es preciso evaluar posteriormente la adherencia a estas a través de auditorías de historias clínicas, con el fin de apreciar desviaciones con respecto al manejo clínico y/o complicaciones, obteniendo un mejoramiento continuo de resultados en salud.
2. Sistema de información unificado y articulado con la EPS, implementando alertas que contribuyan a verificar y hacer seguimiento de pacientes que han consultado por urgencias o han tenido hospitalizaciones.
3. Se plantea propuesta para las frecuencias de atención por cada integrante del equipo de profesionales de salud y los estudios diagnósticos y de seguimiento. Esto es realizado con base en la RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas (Prevención, 2018) y el análisis de la base de datos obtenida con la revisión documental realizada en la institución. (Ver tabla 3).

Tabla 3

Propuesta Frecuencias de atención para el programa de EPOC

Descripción	Frecuencia
Consulta especializada neumología	2
Consulta primera vez médico general experto	1
Consulta control médico general experto	3
Consulta de control o seguimiento por enfermería	12
Consulta por nutrición	2
Consulta por psicología	2
Consulta por trabajo social	2
Acciones socioeducativas por grupo, sesión	6
Espirometría simple o de tamizaje	1
Prueba de caminata de 6 minutos	0,5*
Terapia de rehabilitación pulmonar	12
Atención médica prioritaria	12
Químico farmacéutico	3

*Fuente. Elaboración propia**

*En caso de muy alta complejidad, el especialista definirá a criterio clínico la frecuencia de seguimiento del paciente.

4. Promover mayor enfoque en el autocuidado (paciente y/o cuidador experto) contribuyendo a un mejor control de la enfermedad, a una mayor satisfacción del usuario, impactando en su calidad de vida y que permita utilizar los recursos de manera más eficaz, disminuyendo las visitas al médico. Se propone que, en colaboración con los profesionales de la salud, el paciente logre modificar comportamientos, aumente la autoconfianza y asuma una mayor responsabilidad en las decisiones de la atención médica, pudiendo realizar efectivamente algunas actividades clínicas a cargo del talento humano.

Se recomienda realizar las siguientes actividades enfocadas en el modelo de CCM y el modelo Evercare, realizadas por una enfermera especializada que ayude especialmente a los pacientes con alto riesgo de ingreso hospitalario: estrategias educativas individualizadas que doten al paciente de conocimiento sobre su enfermedad y cómo manejarla, así como de aspectos de prevención y autogestión de acuerdo a necesidades específicas de atención, fomentando el reconocimiento temprano de la exacerbación de la enfermedad, toma de decisiones, resolución de problemas, como accionar, encontrar y utilizar recursos, y saber cuándo buscar ayuda. Además, enfocado en el modelo Pfizer, utilizando el recurso tecnológico y organizativo del call center y línea de orientación para monitorizar y controlar a los pacientes.

5. Estrategias educativas (se detalla en la ruta-ver anexo E): promover la vacunación contra la influenza y el neumococo, como estrategia para reducir las hospitalizaciones y exacerbaciones de la enfermedad; formación sobre nutrición y actividad física para

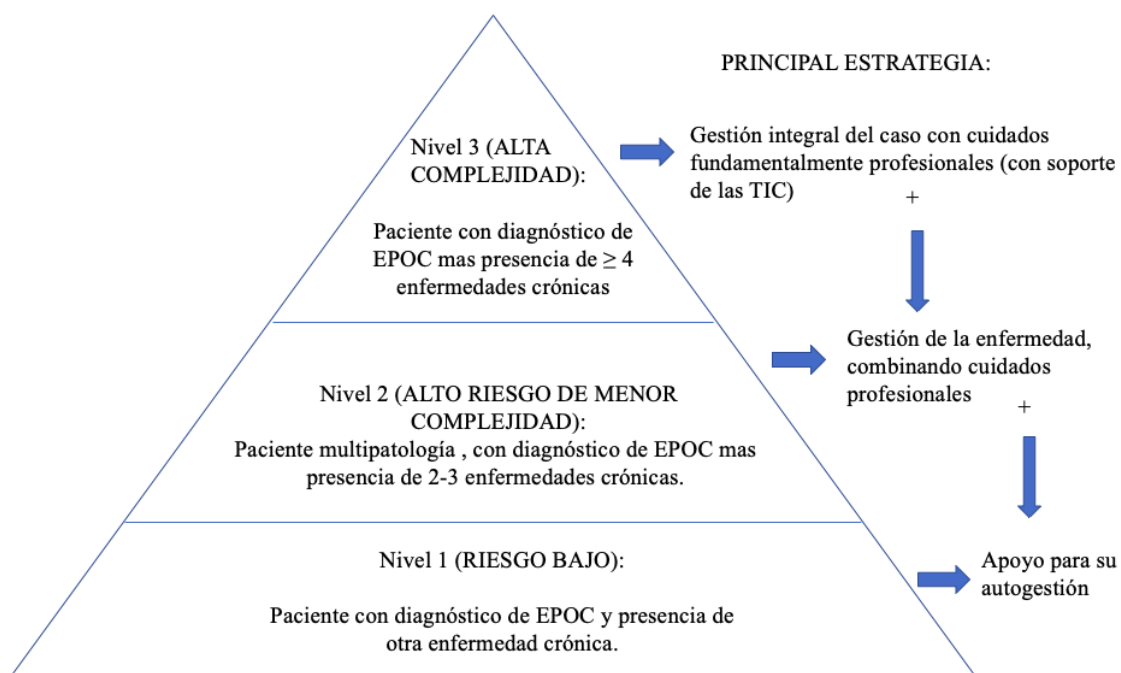
- lograr una terapéutica más eficiente y rentable que mejore la calidad de vida de los pacientes. (Committee, 2021)
6. Considerar aumentar la implementación de la rehabilitación pulmonar como parte del manejo integral del paciente. Se recomienda identificar los pacientes que más se beneficien de esta intervención y diseñar planes o protocolos de rehabilitación estructurados con una duración mínima de 6 semanas, basado en evidencia científica, mas un enfoque del modelo Pfizer, dando uso en casos especiales a herramientas tecnológicas como la telerehabilitación, videos o folletos institucionales con esquemas de rehabilitación sencillos y fáciles de entender para ser realizados en casa, que permitan dar continuidad a la terapia, y que han mostrado igual beneficio a la luz de la evidencia actual. Lo anterior produce un impacto en resultados de salud, disminuyendo el número de exacerbaciones y por ende en reducción de los costos hospitalarios y médicos. (Committee, 2021)

 7. Realizar manejo terapéutico farmacológico y no farmacológico encaminado a la cesación del tabaquismo. Se recomienda implementar la estrategia de las 5 A, la cual consiste en preguntar factores y conductas de riesgo, aconsejar claro y específicamente sobre los riesgos, acordar métodos más apropiados para el cambio de conducta, ayudar a conseguir los objetivos adquiriendo habilidades y apoyo social junto con tratamiento farmacológico cuando sean adecuados, y finalmente asegurar visitas de seguimiento presencial o telefónica para ajustar el plan terapéutico, incluido referir a otras unidades especializadas cuando sea necesario . Este programa de intervención asesorado por médicos y otros profesionales de la salud, ha demostrado un aumento significativo de las tasas de abandono del hábito de fumar. (Committee, 2021)

8. Fortalecer la alianza estratégica del convenio universitario docente asistencial con el programa de posgrado de medicina familiar, para favorecer la educación médica continuada que represente beneficios para los pacientes y sus familias.
9. Se realiza adaptación de la pirámide de KP para el caso del programa de EPOC, en la cual se segmenta la población en función del uso que hacen de los servicios asistenciales, según niveles de complejidad y sus necesidades, para poner en marcha diferentes niveles de intervenciones en cada grupo, con el fin de mejorar resultados en salud. No se incluye el nivel 0, ya que todos los usuarios atendidos tienen múltiples patologías y factores de riesgo. (Ver figura 28)

Figura 28

Pirámide de KP para programa de EPOC



Fuente. Elaboración propia.

10. Se propone realizar el proceso de Score individual del riesgo a través del perfil de riesgo, para el cual se tiene en cuenta las consultas de urgencias que requieren hospitalización en el último año, el CAT y el mMRC, considerando Riesgo Alto aquellos pacientes con perfil de riesgo C y D y Riesgo Medio aquellos pacientes con perfil de riesgo A y B, independientemente de la clasificación de severidad. Para los pacientes con Riesgo Alto se sugiere generar una alerta en el sistema, para que la enfermera líder realice seguimiento telefónico cada 15 días, en donde pueda verificar adherencia al tratamiento, programación oportuna de citas, cumplimiento de citas por parte del paciente, realización de exámenes, procedimientos y terapias ordenados por el médico, entre otros, a partir de lo cual puede definir conducta a seguir con respecto a la programación de citas de control por médico general.
11. Crear espacios de integración del equipo multidisciplinario de forma presencial o virtual, en búsqueda de fortalecer la atención integral de los pacientes, así como la realización de juntas médicas en casos de pacientes de muy alta complejidad (Nivel 2 o 3 de KP, y/o con 2 o más exacerbaciones en el año), independientemente de la clasificación del GOLD, y según lo considere el médico especialista de cabecera.
12. Clasificar por parte del equipo multidisciplinario, paciente y familia, aquellos usuarios en estadios avanzados de la enfermedad, con punto de no retorno, con el objeto de remitir a manejo y seguimiento por equipo de cuidados paliativos de su EPS.

6.3 Gestión de la calidad de la atención

Se proponen las siguientes recomendaciones para mejorar la gestión de la calidad con la que cuenta actualmente el modelo de atención.

1. Implementar las rondas de seguridad en los servicios asistenciales, se recomienda realizar visitas periódicas por parte de los directivos de la institución a los diferentes servicios, con listas de chequeo que permitan verificar condiciones de calidad y

seguridad en la atención. Adicionalmente se considera importante aplicar la metodología del paciente trazador, con el fin de observar la adherencia a la ruta de atención, los protocolos y guías de práctica clínica. En primer lugar, se debe seleccionar un paciente que se encuentre activo en el programa; posteriormente se verifica en la historia clínica y demás sistemas de información el registro de las atenciones y su adherencia a los protocolos; en otra instancia se realiza una pequeña encuesta al paciente a través de la cual se verifica si todos los procesos (administrativos, asistenciales, educación) se realizaron de manera adecuada.

2. Implementar un programa de auditoría de historias clínicas, se recomienda: evaluar que la historia clínica cumpla con los requisitos legales, esté diligenciada correctamente y verificar la adherencia a las guías de práctica clínica. Este proceso se realizará mensualmente.
3. Se recomienda generar un sistema de alertas en el Software de la institución, en el que se indiquen las citas pendientes por programar de acuerdo con las frecuencias del programa, los pacientes que requieren seguimiento telefónico, pacientes próximos a cumplir el tiempo máximo de permanencia en el programa, seguimiento a urgencias y hospitalizaciones y pacientes inasistentes.
4. En lo que respecta a los indicadores de satisfacción tanto de los usuarios como de los colaboradores se recomienda: Incluir en las encuestas de satisfacción al usuario un indicador de lealtad, y realizar evaluaciones de desempeño semestrales a los colaboradores, que incluyan planes de mejora. Aplicar Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) (Burnout, 2018) a los colaboradores semestralmente. (Ver anexo F)
5. Incentivar la participación del personal asistencial y administrativo en la planeación y ejecución del PAMEC de la institución para lo cual se recomienda: Capacitar al

personal sobre el SOGCS, seguridad del paciente, PAMEC, ciclo PHVA. Socializar el PAMEC actual de la institución y su avance. Y promover la participación en los diferentes comités y programas que hacen parte de la política de calidad de la institución, entre estos el equipo referente de seguridad al paciente.

6.4 Gestión de la humanización de la atención

Con lo observado en el modelo actual se puede afirmar que la atención brindada en el programa de EPOC es humanizada, pero se detectaron varios aspectos sujetos de mejora para cumplir en mayor proporción con este objetivo, para lo cual se propone el siguiente plan:

1. Centrar la estrategia en el usuario, brindando una atención individualizada, en la que tenga la posibilidad de elegir el profesional que lo atenderá.
2. Realizar especial seguimiento al indicador de oportunidad de citas y llevar a cabo las acciones correctivas necesarias para que el paciente pueda tener sus controles dentro de los tiempos establecidos.
3. Realizar reconocimiento trimestral a los pacientes con alto nivel de compromiso con su tratamiento, autocuidado y con la institución, destacándose como un Paciente Estrella.
4. Asignar las citas de médico general experto con el mismo profesional, con el fin de lograr mayor cercanía con el paciente y tener un mejor registro de la casuística.
5. Educar a los usuarios, familiares y/o cuidadores para que los pacientes (especialmente los de edad más avanzada), asistan acompañados a las consultas y puedan recibir todas las recomendaciones, instrucciones y educación necesaria para el manejo de la enfermedad y la prevención de riesgos.
6. Incluir en el equipo interdisciplinar un trabajador social que pueda intervenir en todos aquellos factores críticos que podrían afectar la continuidad de la atención y la adherencia al tratamiento por parte del paciente y su familia o entorno cercano.

7. Tener en cuenta dentro del proceso de asignación de citas la edad, las limitaciones de movilidad del paciente y la ubicación geográfica, para evitar programar estas personas en los primeros horarios de la mañana y tener en cuenta si deben ser atendidos en los consultorios ubicados en el primer piso.
8. Reforzar las actividades de educación virtual para las personas que viven en otros municipios, lo cual permite tener una mayor accesibilidad por parte de los pacientes y sus familias.
9. Adecuar un espacio confortable para atender aquellos pacientes que durante su permanencia en la institución puedan necesitar hacer uso de su concentrador de oxígeno portátil. Adicionalmente, tener a disposición una bala de oxígeno para los casos en que el paciente lo requiera y no haya llevado el suyo.
10. Fortalecer los diferentes canales de comunicación con los que cuenta la IPS para atender las solicitudes médicas y administrativas de los pacientes. Especialmente en el Call Center se recomienda tener una persona altamente capacitada en procesos administrativos y asistenciales, para gestionar los problemas que se pueden generar antes o después de la atención.
11. Realizar semestralmente talleres educativos para pacientes y cuidadores primarios, a través de los cuales se fortalezca la relación entre ellos y se destaque la importancia de la labor del cuidador y de los periodos de descanso y esparcimiento para evitar el síndrome del cuidador cansado.
12. Mantener comunicación permanente con la asociación de usuarios, para lo cual se recomienda contactar al representante y programar reuniones periódicas que permitan conocer las necesidades, expectativas y situaciones críticas de los pacientes.

6.5 Gestión de las tecnologías en salud

Tal como se plantea en KP, la gestión adecuada de las tecnologías en salud permite optimizar el uso de los recursos, por lo cual sugerimos realizar las siguientes mejoras al modelo actual:

1. Realizar actividades de sensibilización y capacitación acerca del uso de dispositivos médicos y el adecuado registro de datos en los sistemas de información, con todo el personal asistencial.
2. Mejorar el software con el que cuenta actualmente la institución para llevar a cabo los procesos asistenciales. Específicamente en la historia clínica se recomienda incluir información predeterminada que sea de fácil diligenciamiento por parte de los profesionales, tal como criterios de inclusión y exclusión de la ruta de atención, perfil de riesgo, cuestionario CAT, escala de mMRC, clasificación de la severidad GOLD, casilla predeterminada para valores del resultado de la espirometría, y una alerta que informe si el paciente ha firmado o no el consentimiento de ingreso al programa.
3. Generar alarmas de riesgo en el sistema, que permitan realizar seguimiento al esquema de vacunación, las citas de control, última Espirometría y paciente de alto riesgo durante la atención (riesgo de caída, paciente con oxígeno).
4. Generar un algoritmo para definir la casuística de la institución y los diferentes profesionales.
5. Sistema de información rentable. Se recomienda un solo sistema para la gestión clínica y administrativa, y así unificar y alinear resultados. Adicionalmente, es importante realizar trabajo conjunto con la aseguradora para mejorar la interoperabilidad de los sistemas de información y mejorar el flujo de esta.

6.6 Gestión de la referencia y contra referencia

La IPS tiene claramente definido el proceso de referencia y contra referencia a nivel documental; sin embargo, se recomienda iniciar un proceso de actualización documental y posteriormente realizar la socialización con todo el personal de la institución, en la cual se debe tener en cuenta la ruta integral de atención definida en este plan de mejora que incluye el proceso de contra referencia al prestador primario cuando el paciente no cumple los criterios para ingresar al programa o cuando se da el egreso del mismo. Es importante definir el proceso de seguimiento que se realiza al paciente después de ser remitido a urgencias al detectar en la consulta u orientación telefónica alguna señal de alarma que indique que puede estar cursando con una exacerbación de la EPOC.

6.7 Gestión del talento humano

Teniendo en cuenta que el modelo de atención requiere de personal idóneo, competente y satisfecho para brindar una atención integral, humanizada y de calidad, se realizan las siguientes recomendaciones:

1. Evaluar las necesidades técnicas, conceptuales y humanas que presenta el equipo, para iniciar un plan de formación con el personal asistencial y administrativo que permita alinear los objetivos estratégicos institucionales con los personales. Para la ejecución de este plan de formación se puede buscar apoyo en las personas que se encuentran dentro del convenio docente asistencial y de la industria farmacéutica. Adicionalmente se recomienda iniciar con un plan de actividades que permitan mejorar el sentido de pertenencia por la institución.
2. Fortalecer el plan de incentivos, en el cual se propone cambiar el contrato de prestación de servicios por un contrato a término fijo a los médicos generales. Adicionalmente, crear programas de formación para todo el personal y apoyar las iniciativas de investigación. Se propone también crear incentivos de tipo económico

(bonificaciones) o de bienestar (día de la familia), por cumplimiento de metas relacionadas con los resultados en salud de los pacientes.

3. Iniciar un plan de evaluaciones de competencias y desempeño bien estructurado con sus respectivos planes de seguimiento.
4. Socializar con el personal asistencial y administrativo el plan de mejora al modelo de atención.
5. Se recomienda aplicar el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) semestralmente a los colaboradores.

6.8 Negociación y contratación con EPS

Teniendo en cuenta las características del nuevo modelo de atención propuesto, se sugiere contratar con el modelo de Pago Integral por Grupo de Riesgo, pues se considera que es el que más se adapta teniendo en cuenta que la institución es un prestador complementario, que la EPOC es una enfermedad crónica y que existe una transferencia de riesgo primario de severidad.

Se solicitó a la institución la información sobre el valor del programa y los costos, se entregaron las frecuencias de atención y los resultados de indicadores, excluyendo valores y costos manejados, por reserva de la institución, por lo cual se realizó el cálculo de los valores de acuerdo con las frecuencias de atención del modelo actual y el manual tarifario SOAT 2021. (Ver tabla 4).

Tabla 4
Valores programa actual

CUPS	Descripción	Frecuencia	Valor Unitario	Total Año
890371	Consulta especializada neumología	2	\$ 52.400	\$ 104.800
890371	Consulta control por neumología	Ilimitada		
893703	Espirometría simple o de tamizaje	1	\$ 58.400	\$ 58.400
894402	Prueba de caminata de 6 minutos	0,5	\$ 456.400	\$ 228.200
893801	Monitorización continua con oximetría nocturna - sesión	0,2	\$ 36.300	\$ 7.260
893818	Medición no invasiva de Co2 o Capnografía	0,1	\$ 328.600	\$ 32.860
933501	Terapia de rehabilitación pulmonar integral	12	\$ 61.500	\$ 738.000
890306	Consulta primera vez por nutrición y dietética	2	\$ 26.300	\$ 52.600
890301	Consulta médico experto IPS especializada	4	\$ 36.300	\$ 145.200
	Atención médica prioritaria	12	\$ 36.300	\$ 435.600
	Seguimiento Químico Farmacéutico	2	\$ 24.800	\$ 49.600
939400	Consulta de primera vez por terapia respiratoria	12	\$ 23.300	\$ 279.600
890305	Control telefónico (enfermería)	12	\$ 11.200	\$ 134.400
	Capacitación grupal	3	\$ 16.700	\$ 50.100
	Programa de rehabilitación de tabaquismo	12	\$ 16.700	\$ 200.400
	Línea de orientación	12	\$ 11.200	\$ 134.400
Total año por paciente				\$ 2.651.420
Total año por pacientes activos en el programa				\$ 278.399.100

Fuente. Elaboración propia.

Para definir el pago a convenir con las aseguradoras se realiza una proyección del valor del programa, teniendo en cuenta las frecuencias de atención planteadas para el modelo, las características de la población, frecuencias de uso, exacerbaciones y manejo terapéutico. El cálculo de los valores se realiza con el manual tarifario SOAT 2021. (Ver tabla 5)

Tabla 5*Valores programa con propuesta de mejora*

CUPS	Descripción	Frecuencia	Valor Unitario	Total Año
890371	Consulta especializada neumología	2	\$ 52.400	\$ 104.800
890201	Consulta primera vez médico general experto	1	\$ 36.300	\$ 36.300
890301	Consulta control médico general experto	3	\$ 36.300	\$ 108.900
890305	Consulta de control o seguimiento por enfermería	12	\$ 11.200	\$ 134.400
890306	Consulta por nutrición	2	\$ 26.300	\$ 52.600
890208	Consulta por psicología	2	\$ 24.800	\$ 49.600
890309	Consulta por trabajo social	2	\$ 18.800	\$ 37.600
37704	Acciones socioeducativas por grupo, sesión	6	\$ 16.700	\$ 100.200
893703	Espirometría simple o de tamizaje	1	\$ 58.400	\$ 58.400
894402	Prueba de caminata de 6 minutos	0,5*	\$ 456.400	\$ 228.200
933501	Terapia de rehabilitación pulmonar	12	\$ 61.500	\$ 738.000
	Atención médica prioritaria	12	\$ 36.300	\$ 435.600
	Químico Farmacéutico	3	\$ 24.800	\$ 74.400
Total año por paciente				\$ 2.159.000
Total año por pacientes activos en el programa				\$ 226.695.000

Fuente. Elaboración propia.

*Se realiza cada 2 años de acuerdo con la aseguradora.

Adicionalmente se propone prestar el servicio de Terapia Respiratoria, Medición no invasiva de Co2 o Capnografía, Monitorización continua con oximetría nocturna y Junta médica interdisciplinaria bajo la modalidad de pago por evento, cuando el especialista determine que el usuario lo requiere.

Tabla 6*Valores propuestos para servicios adicionales pago por evento*

CUPS	Descripción	Valor Unitario
939400	Consulta de primera vez por terapia respiratoria	\$ 23.300
893818	Medición no invasiva de Co2 o Capnografía	\$ 328.600
893801	Monitorización continua con oximetría nocturna - sesión	\$ 36.300
890502	Junta médica interdisciplinaria	\$ 284.000

En lo que respecta a los costos asistenciales del programa, se calculan de acuerdo con un valor promedio de contratación en el mercado actual.

Tabla 7
Costo del programa actual

Descripción	Frecuencias mínimas anual	Horas laboradas anual	Costo por hora	Mes	Anual
Neumólogo	2	54	\$ 115.000	\$ 517.500	\$ 6.210.000
	ilimitada	25	\$ 115.000	\$ 239.583	\$ 2.875.000
Médicos generales:					
Consulta medico experto	4	210	\$ 25.000	\$ 437.500	\$ 5.250.000
Consulta prioritaria	12	630	\$ 25.000	\$1.312.500	\$15.750.000
Enfermera:					
Seguimiento	12	315	\$ 15.625	\$ 410.156	\$ 4.921.875
Programa de rehabilitación de tabaquismo	12	630	\$ 15.625	\$ 820.313	\$ 9.843.750
Capacitación grupal -10 usuarios por 45 minutos la sesión	3	23	\$ 15.625	\$ 29.948	\$ 359.375
Nutricionista	2	105	\$ 20.000	\$ 175.000	\$ 2.100.000
Químico farmacéutico	2	105	\$ 20.000	\$ 175.000	\$ 2.100.000
Fisioterapeuta:					
Consulta de primera vez por terapia respiratoria	12	315	\$ 18.000	\$ 472.500	\$ 5.670.000
Terapia de rehabilitación pulmonar integral	12	315	\$ 22.000	\$ 577.500	\$ 6.930.000
Línea de orientación - call center (#6)	12	315	\$ 7.600	\$ 199.500	\$ 2.394.000
Espirometría	1	NA*	NA	\$ 402.500	\$ 4.830.000
Prueba de Caminata	0.5	NA	NA	\$1.597.400	\$19.168.800
Monitorización continua con oximetría nocturna	0.2	NA	NA	\$ 50.820	\$ 609.840
Medición no invasiva de CO2	0.1	NA	NA	\$ 230.020	\$ 2.760.240
TOTAL:				\$7.647.740	\$91.772.880

*NA: No aplica

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8
Costo del programa propuesto

Descripción	Frecuencias mínimas anual	Horas laboradas anual	Costo por hora	Mes	Anual
Consulta especializada neumología	2	54	\$ 115.000	\$ 517.500	\$ 6.210.000
Médicos generales:					
Consulta medico experto	4	210	\$ 30.600	\$ 535.500	\$ 6.426.000
Consulta prioritaria	12	630	\$ 30.600	\$1.606.500	\$19.278.000
Enfermera:					
Seguimiento	12	315	\$ 15.625	\$ 410.156	\$ 4.921.875
Acciones socioeducativas por grupo, sesión	6**	23	\$ 15.625	\$ 29.948	\$ 359.375
Consulta por nutrición	2	105	\$ 20.000	\$ 175.000	\$ 2.100.000
Consulta por psicología	2	105	\$ 18.000	\$ 157.500	\$ 1.890.000
Consulta por trabajo social	2	105	\$ 15.000	\$ 131.250	\$ 1.575.000
Terapia de rehabilitación pulmonar	12	315	\$ 22.000	\$ 577.500	\$ 6.930.000
Químico farmacéutico	3	157	\$ 20.000	\$ 261.667	\$ 3.140.000
Espirometría simple o de tamizaje	1	NA*	NA	\$ 402.500	\$ 4.830.000
Prueba de caminata de 6 minutos	0.5	NA	NA	\$1.597.400	\$19.168.800
TOTAL:					\$76.829.050

*NA: No aplica

**Incluye el programa de rehabilitación de tabaquismo. 3 de las frecuencias serian cubiertas por el convenio docente asistencial.

Elaboración Propia

Para este modelo de contratación se propone un mecanismo de incentivo de pago recíproco que beneficia económicamente al prestador y al asegurador. La primera propuesta es el mecanismo de pago anticipado, teniendo en cuenta que el valor del programa disminuyó para el asegurador y que esto le permitirá a la IPS mejorar su flujo de caja. La segunda propuesta consiste en aplicar un porcentaje de bonificación del 10% sobre el valor de la facturación, por resultados satisfactorios de acuerdo con los indicadores de disminución de exacerbaciones y cumplimiento de metas clínicas cada trimestre, para contribuir a la disminución de la siniestralidad.

El modelo propuesto cuenta con mecanismos de evitabilidad, los cuales permiten disminuir y controlar el costo médico por la EPOC, procurando evitar que el paciente empeore

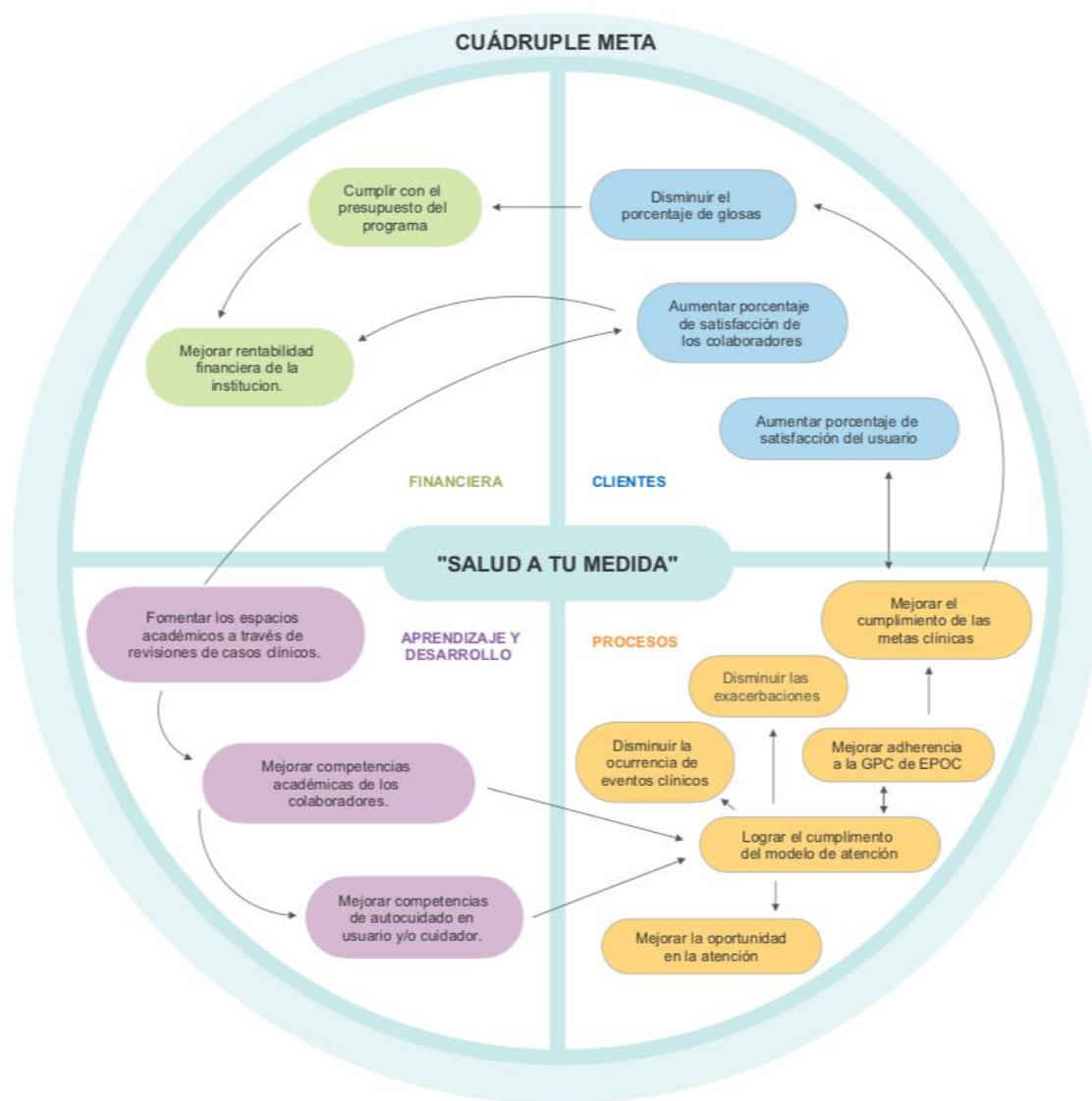
para lo cual cuenta con la estrategia principal de la educación a pacientes y/o cuidadores sobre la historia natural de la enfermedad, síntomas, señales de alarma para consultar por urgencias, uso adecuado de inhaladores y red de atención integral. Por otra parte, el modelo es enfático en la adherencia a protocolos y GPC, lo cual disminuye la probabilidad de aparición de eventos de hospitalización evitables. El seguimiento a esta metodología se cuenta con los indicadores de proceso que se encontrarán más adelante en el BSC.

En el programa todas las actividades están incluidas en el plan de beneficios en salud, y nos adherimos al manual único de glosas establecido en la resolución 3047 de 2008 y todo el proceso de gestión de glosas de acuerdo con el decreto 4747 de 2007.

6.9 Monitoreo de procesos y evaluación de los resultados de atención

Para realizar el seguimiento al modelo de atención planteado, se propone implementar la metodología BSC. Alineado a la estrategia, se desarrolla el mapa estratégico, en el que se plantean los objetivos relevantes de acuerdo con las 4 perspectivas del BSC, abordando principalmente el aspecto financiero para lograr mejorar la rentabilidad financiera de la institución, lo cual está relacionado directamente con el logro de los objetivos de las perspectivas cliente, proceso, aprendizaje y desarrollo, enfocado en la cuádruple meta. (Ver figura 29).

Figura 29
Mapa Estratégico



Fuente. Elaboración propia

Posteriormente se elabora el tablero de control, en el cual cada uno de los objetivos tiene un indicador con el que se pretende monitorear el cumplimiento de los objetivos estratégicos a través del establecimiento de metas y la detección de resultados desviados a tiempo, que permitan tomar decisiones oportunas y alcanzar los resultados esperados. (Ver tabla 6)

Tabla 9
Tablero de Control

Perspectiva	Objetivos Estratégicos	Indicador	Fórmula del Indicador	Meta	Frecuencia de Medición	Responsable
	Cumplir con el presupuesto del programa.	Porcentaje de cumplimiento del presupuesto del programa.	$(\text{Presupuesto ejecutado}) / (\text{presupuesto total del programa}) * 100$	90%	Cuatrimestral	Enfermera líder
Financiera	Incrementar la rentabilidad financiera de la institución.	Margen neto operacional.	$(\text{Utilidad Neta}) / (\text{Ingresos}) * 100$	8%	Mensual	Administradora
	Aumentar porcentaje de satisfacción de los colaboradores.	Porcentaje de satisfacción de los colaboradores.	$(\# \text{ de colaboradores satisfechos}) / (\# \text{ total de colaboradores encuestados}) * 100$	95%	Trimestral	Coordinadora médica
Clientes	Aumentar porcentaje de satisfacción de los usuarios.	Porcentaje de satisfacción de los usuarios.	$(\# \text{ de procedimientos glosados}) / (\# \text{ de procedimientos facturados}) * 100$	95%	Trimestral	Coordinadora médica
	Disminuir el porcentaje de glosas.	Porcentaje de glosas.	$(\# \text{ de procedimientos glosados}) / (\# \text{ de procedimientos facturados}) * 100$	85%	Mensual	Enfermera Líder
	Mejorar la humanización del servicio	Porcentaje de cumplimiento de actividades humanizadas.	$(\# \text{ de actividades humanizadas realizadas}) / (\# \text{ de actividades humanizadas programadas}) * 100$	90%	Trimestral	Coordinadora médica
	Proporción de personal asistencial con adherencia a la GPC de EPOC.	Proporción de personal asistencial con adherencia a la GPC de EPOC.	$(\# \text{ de colaboradores asistenciales que cumplen con los protocolos establecidos en la GPC de EPOC}) / (\# \text{ de colaboradores auditados}) * 100.$	95%	Semestral	Coordinadora médica
Procesos	Mejorar la oportunidad en la atención.	Tasa de oportunidad en la atención.	$(\text{sumatoria de los días calendario transcurridos entre la solicitud de la cita y la fecha de asignación de la cita}) / (\text{total de citas asignadas en el periodo})$	Médico general 3 días Médico especialista 20 días	Trimestral	Enfermera Líder

	Lograr el cumplimiento del modelo de atención.	Porcentaje de actividades cumplidas en el modelo	(# de actividades cumplidas) / (# total de actividades planteadas en el modelo)*100.	90%	Semestral	Enfermera Líder
	Disminuir las exacerbaciones de la EPOC	Porcentaje de pacientes que han presentado exacerbaciones (hospitalizaciones y/o consulta por urgencias)	(# de pacientes con exacerbación de la EPOC) / (# total de pacientes que pertenecen al programa)*100	6%	Mensual	Coordinadora médica
	Mejorar el cumplimiento de las metas clínicas	Porcentaje de cumplimiento de metas clínicas (clasificación GOLD, escala de disnea, factores de riesgo)	(# de pacientes con metas clínicas cumplidas) / (# total de pacientes que pertenecen al programa)*100	85%	Semestral	Coordinadora médica
	Disminuir la ocurrencia de eventos clínicos	Tasa de eventos clínicos (incidentes y eventos adversos)	(# de eventos clínicos ocurridos) / (# de atenciones realizadas)	5%	Trimestral	Enfermera líder
	Mejorar competencias de autocuidado en usuario y/o cuidador	Proporción de pacientes que desarrollaron competencias para el autocuidado.	(# de pacientes que aprobaron la encuesta de autocuidado) / (# de pacientes que recibieron educación en autocuidado)*100	80%	Trimestral	Enfermera líder
Aprendizaje y desarrollo	Mejorar competencias académicas de los colaboradores	Proporción de colaboradores que desarrollaron competencias académicas.	(# de colaboradores que aprobaron evaluaciones de las capacitaciones recibidas) / (# de colaboradores que asistieron a las capacitaciones)*100	90%	Semestral	Coordinadora médica
	Fomentar los espacios académicos a través de revisiones de casos clínicos.	Porcentaje de revisiones de casos clínicos realizados.	(# de revisiones de casos clínicos realizados) / (# de revisiones de casos clínicos propuestos)*100	80%	Semestral	Coordinadora médica

Fuente. Elaboración propia.

A continuación, se presenta el Plan de Acción, en el cual se encuentran las oportunidades de mejora con sus respectivas acciones estratégicas y el tiempo definido para la implementación de estas. Adicionalmente se describe el presupuesto adicional que requiere la institución para la implementación. (Ver figura 30)

Figura 30
Plan de acción

Oportunidad de mejora	Acciones estratégicas	Prioridad 1 Alta 2 Media, 3 Baja	Responsable	Marco de tiempo	Recurso
Educación	1. Capacitación en GPC y Modelo de atención integral 2. Educación a pacientes y/o cuidador experto, de manera presencia y/o virtual 3. Capacitación y formación continua al talento humano sobre aspectos administrativos, de gestión y clínicos.	1	1. Neumólogo 2. Enfermera 3. Gerente, coordinadora médica, neumólogo. *Apoyo convenio docente asistencial	1. Anual 2. Mensual 3. Trimestral	Recurso interno no requiere inversión adicional
Guía de Práctica Clínica	1. Actualización y difusión de la GPC 2. Auditorías de historia clínica	1	1. Equipo médico 2. Coordinadora médica	1. Anual 2. Mensual	Recurso interno no requiere inversión adicional
Actualización sistemas de información	1. Requerimiento de alertas en el sistema de información 2. Adición de escalas clínicas predeterminadas a la historia clínica. 3. Mejorar base de datos con variables sociodemográficas, de gestión clínica y administrativa. 4. Mejorar la interoperabilidad de los sistemas de información	3	Ingeniero de sistemas	Periodo de 3 meses	Recurso interno no requiere inversión adicional
Profesional de apoyo	1. Contratación de químico farmacéutico 2. Contratación de trabajador social	2	Gerente	Proceso de selección de 15 días.	1. Honorarios: \$20.000 hora, 157 horas anual, \$3.140.000 anual. 2. Honorarios: \$15.000 hora, 105 horas anual, \$1.575.000 anual.
Satisfacción del talento humano	1. Establecer contratación por nomina a los médicos generales según normatividad. 2. Realizar encuestas de satisfacción a los colaboradores.	3	1. Gerente 2. Coordinadora médica	1. Periodo de 3 meses 2. Trimestral	1. Médicos generales (8), incremento nomina: \$1.374.716 mensual por cada medico general, incremento anual \$131.972.736 (Lo cual estaría cubierto por todos los programas de la institución) 2. Recurso interno no requiere inversión adicional
Gestión estratégica	1. Implementar metodología de Cuadro de Mando Integral	2	Gerente	Periodo de 3 meses	Recurso interno no requiere inversión adicional

Fuente. Elaboración propia.

Se considera que este plan de mejora es factible, pues a nivel técnico la IPS cuenta con el talento humano competente, idóneo y con experiencia para realiza implementar, operar y mantener el modelo de atención propuesto. Solo se requiere realizar la contratación de 2 profesionales de apoyo que además participarán en otros procesos y programas de la institución. Con respecto a la tecnología se cuenta con dispositivos médicos seguros, con registro INVIMA y su correspondiente plan de tecnovigilancia. Adicionalmente cuenta con hardware un software

que permiten desarrollar los diferentes procesos que se llevan a cabo en la institución y que se requieren para la implementación del plan de mejora.

A nivel legal, la IPS se encuentra registrada en el REPS y habilitada según la Resolución 3100 de 2019 para prestar los servicios de salud. Su gestión se encuentra enmarcada dentro de la PAIS, trabajando por garantizar el derecho a la salud de acuerdo con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, a través de la prestación de servicios efectivos, oportunos y con calidad.

Cómo se pudo observar anteriormente en el planteamiento de la negociación, el modelo de atención propuesto es factible económicamente.

7. Conclusiones

Para alcanzar resultados en salud es necesario un mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud y ejecutar los procesos de una manera costo efectiva. Es oportuno un conocimiento sólido acerca del sistema de salud colombiano y su normatividad, una comunicación asertiva con todos los actores que intervienen y lograr una articulación adecuada de la institución con la aseguradora y dentro de la IPS, de la gestión administrativa con la asistencial.

Con el objetivo de lograr mejores desenlaces clínicos, la estrategia de la cuádruple meta nos permitió abordar de manera global los aspectos cardinales de la institución y enfocar las acciones en la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Los modelos de atención están claramente descritos por el ministerio de salud y existen otros modelos a nivel internacional que son reconocidos por sus excelentes resultados en salud, los cuales sirven como referente para las instituciones. Para que lo anterior sea viable es fundamental tener GPC actualizadas y tener protocolos de atención establecidos que contribuyan a la prestación de servicios humanizados y de calidad.

Con la evaluación de las diferencias entre el desempeño real y el desempeño esperado de la institución se logró identificar brechas importantes para plantearnos estrategias claves y proponer un mejoramiento del modelo de atención de la IPS.

Es determinante que todos los miembros de la organización conozcan el plan de direccionamiento estratégico, teniendo claridad sobre la misión, visión, objetivos estratégicos y propuesta de valor.

Existen múltiples herramientas administrativas que ayudan a planificar y direccionar la empresa, además de hacer un seguimiento a los objetivos estratégicos y a las metas, sin embargo, los sistemas de información y la calidad del dato son fundamentales para poder desarrollar un seguimiento objetivo a los procesos administrativos y clínicos. Por esto es

primordial tener un talento humano satisfecho y apasionado por su trabajo, además de comprometido y alineado con los objetivos institucionales.

La educación, el autocuidado, el coaching y la rehabilitación pulmonar son los pilares para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

8. Bibliografía

- Arboleda, M. V. (2019). *La cuádruple meta como estrategia gerencial en organizaciones de salud en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana Cali.
- Berwick, D. (2008). The Triple Aim: Care, Health and Cost. *Health Affairs - Volue 23, Number 3*, 759-769.
- Burnout, C. (2018). *Cuestionario Burnout*. Obtenido de Cuestionario Burnout: <https://static.ecestaticos.com/file/035/b15/f97/035b15f97effea4c69fd6519e8114bcf.pdf>
- Caballero, A. (2008). Prevalence of COPD in Five Colombian Cities Situated at Low, Medium, and High Altitude (PREPOCOL Study)*. *CHEST*, 343-349.
- Carlosama, D. M. (2019). Humanización de los Servicios de Salud en Iberoamérica: Una Revisión Sistemática de la Literatura. *Pers Boet* , 245-262.
- Cauca, A. C. (2021). *Texto de Medicina Interna 2º Edición*. Bogotá : Gamar Editores. Comunicación Editorial. E.U.
- Cerda, J. J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles vol. 16 no.3*, 80-100.
- Colombia, C. d. (23 de Diciembre de 1993). *LEY 100 DE 1993*. Obtenido de LEY 100 DE 1993: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Colombia, C. d. (21 de julio de 2009). *Ley 1335 de 2009*. Obtenido de Ley 1335 de 2009: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=36878>
- Colombia, C. d. (16 de febrero de 2015). *Ley 1751 de 2015*. Obtenido de Ley 1751 de 2015: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Comittee, G. S. (2021). *Global Strategy for the Diagnosis Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Illinois: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc.
- Delgado, P. (2012). En búsqueda de la triple meta: una invitación a exploración conjunta. *Vía Salud 16 (1)*, 4-11.
- EPOC, G. E. (2017). El modelo de atención a crónicos en la EPOC. *Guía Española de la EPOC, 53 (supl. 1)*, 42-45.
- Especializada, I. (2021). *Modelo de Atención Cardiorespiratorio 2021*. Cali.
- Especializada, IPS. (2018). *Anexo Técnico - Contraro EPOS, ICC, y DM Complejos*. Cali: IPS Especializada.
- Gutiérrez, L. A. (2020). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Kuzmar, I. (2018). *Efectos de la rehabilitación pulmonar en pacientes con epoc/asma: una revisión sistemática*. Barranquilla: Fundación Universitaria del Área Andina.
- o+berri. (2012). *Kaiser Permanente*. Madrid: Fundación Vasca de Innovación e Innovación Sanitaria.
- Organización Mundial de la Salud, O. (1998). *Promoción de la Salud*. Obtenido de Promoción de la Salud: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=0C2E844F524C3EB5A830894179377048?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud, O. (2017). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). En O. Organización Mundial de la Salud, *Organización Mundial de la Salud, OMS* (págs. 209-224). Mathers CD, Loncar D. PLoS Medicine.
- Organización Mundial de la Salud, O. (1 de abril de 2021). *Atención primaria de salud*. Obtenido de Atención primaria de salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

- Organization, W. H. (febrero de 2020). *Cause-specific mortality, 2000–2019*. Obtenido de Cause-specific mortality, 2000–2019: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
- Prevención, D. d. (2018). *Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud para Población con Riesgo o Presencia de Enfermedades Respiratorias Crónicas*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social .
- Salud, M. d. (2000). *Resolución 412 de 2000*. Obtenido de Resolución 412 de 2000: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%93N%203384%20DE%202000.pdf
- Salud, O. M. (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas*. Washington D.C.: © Organización Panamericana de la Salud, 2013.
- Sikka, R. (2015). The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work . *BMJ Qual Saf*, 608-610.
- Social, M. d. (2011). *Guía de Instrucción para el Diseño de Programas de Gestión de Enfermedades Crónicas*. Bogotá D.C.: Gessaworld.
- Social, M. d. (28 de mayo de 2013). *Resolución 1841 de 2013*. Obtenido de Resolución 1841 de 2013: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
- Social, M. d. (2014). *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*. Obtenido de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica.aspx>
- Social, M. d. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social .
- Social, M. d. (5 de febrero de 2016). *Resolución 256 de 2016*. Obtenido de Resolución 256 de 2016: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016.pdf
- Social, M. d. (17 de febrero de 2016). *Resolución 429 de 2016*. Obtenido de Resolución 429 de 2016: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20429%20de%202016.pdf
- Social, M. d. (2017). *Guía de Instrucción para el Diseño de Programas de Gestión de Enfermedades Crónicas*. Bogotá D.C : Gesaworld .
- Social, M. d. (2018). *Gestión Integral del Riesgo en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Social, M. d. (2 de agosto de 2018). *Resolución 3280 de 2018*. Obtenido de Resolución 3280 de 2018: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- Social, M. d. (27 de septiembre de 2019). *Resolución 2626 de 2019*. Obtenido de Resolución 2626 de 2019: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
- Social, M. d. (28 de marzo de 2020). *Resolución 521 de 2020*. Obtenido de Resolución 521 de 2020: <https://www.minsalud.gov.co/RID/resolucion-521-de-2020.pdf>
- Torácica, S. E. (2019). Los e-cigarrillos y otras nuevas formas de fumar también son un factor de riesgo para desarrollar EPOC y asma. *Revista Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica*.

- Torax, A. L. (2019). *Guía de Práctica Clínica Latinoamericana de EPOC*. Montevideo: Asociación Latinoamericana de Torax.
- Uribe, J. P. (2017). Conferencia: "*¿Es la Triple Meta Posible?*", Organización para la Excelencia de la Salud. Obtenido de Conferencia: "*¿Es la Triple Meta Posible?*", Organización para la Excelencia de la Salud: https://www.youtube.com/watch?v=_K2B93ZuYX8&t=1293s

Anexos

Anexo A Evaluación CAT

		PUNTUACIÓN	
Nunca toso	0 1 2 3 4 5	Siempre estoy tosiendo	<input type="text"/>
No tengo flema (mucosidad) en el pecho	0 1 2 3 4 5	Tengo el pecho completamente lleno de flema (mucosidad)	<input type="text"/>
No siento ninguna opresión en el pecho	0 1 2 3 4 5	Siento mucha opresión en el pecho	<input type="text"/>
Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, no me falta el aire	0 1 2 3 4 5	Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, no me falta el aire	<input type="text"/>
No me siento limitado para realizar actividades domésticas	0 1 2 3 4 5	Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas	<input type="text"/>
Me siento seguro al salir de casa a pesar de la afección pulmonar que padezco	0 1 2 3 4 5	No me siento nada seguro al salir de casa debido a la afección pulmonar que padezco	<input type="text"/>
Duermo sin problemas	0 1 2 3 4 5	Tengo problemas para dormir debido a la afección pulmonar que padezco	<input type="text"/>
Tengo mucha energía	0 1 2 3 4 5	No tengo ninguna energía	<input type="text"/>
PUNTUACIÓN TOTAL			<input type="text"/>

Fuente. (GlaxoSmithKline, 2019)

El CAT (COPD Assesment Test) consta de 8 ítems, que sirven para valorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC. El puntaje varía de 0 a 40, el punto de corte equivalente para CAT es 10, y a mayor puntuación, peor el estado de salud (Committee, 2021)

Anexo B*Evaluación de disnea mMRC*

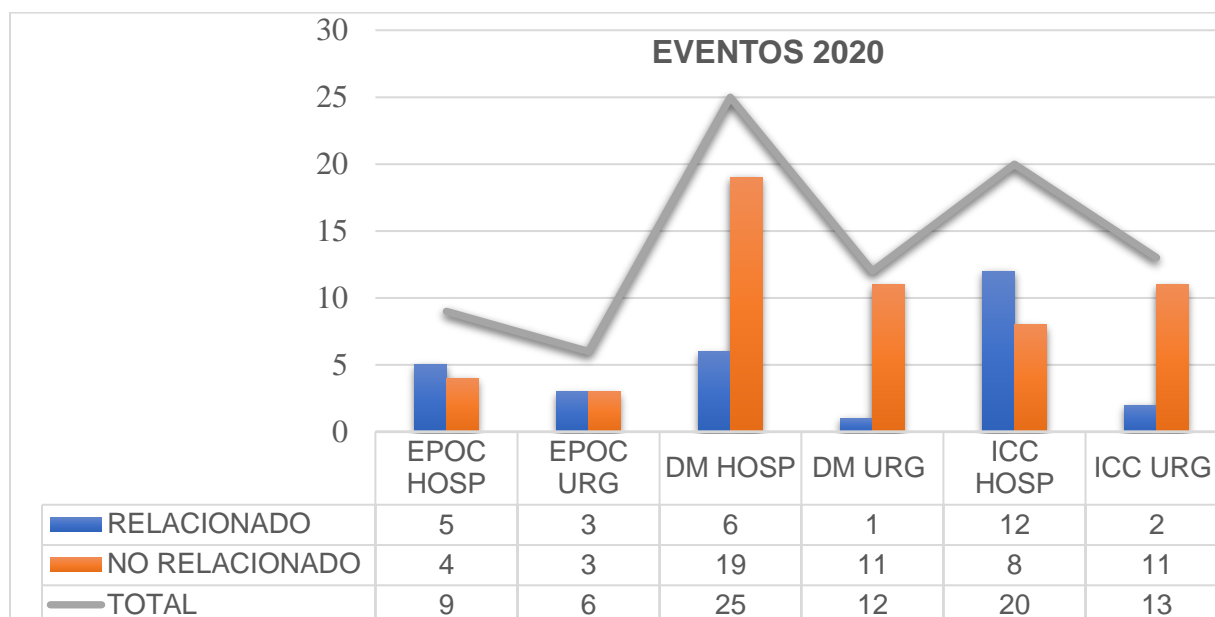
mMRC Grado 0. Solo tengo falta de aire con el ejercicio intenso
mMRC Grado 1. Me falta el aire si aumento el paso en lo llano o si camino en repecho .
mMRC Grado 2. Camino más lento que las personas de mi edad por falta de aire o debo detenerme en lo llano para tomar aire
mMRC Grado 3. Debo detenerme por falta de aire al caminar en lo llano 100 metros o luego de algunos minutos
mMRC Grado 4. La falta de aire me impide salir de mi casa o dificulta el vestirme y desvestirme

Fuente: App Guía de bolsillo Gold 2020

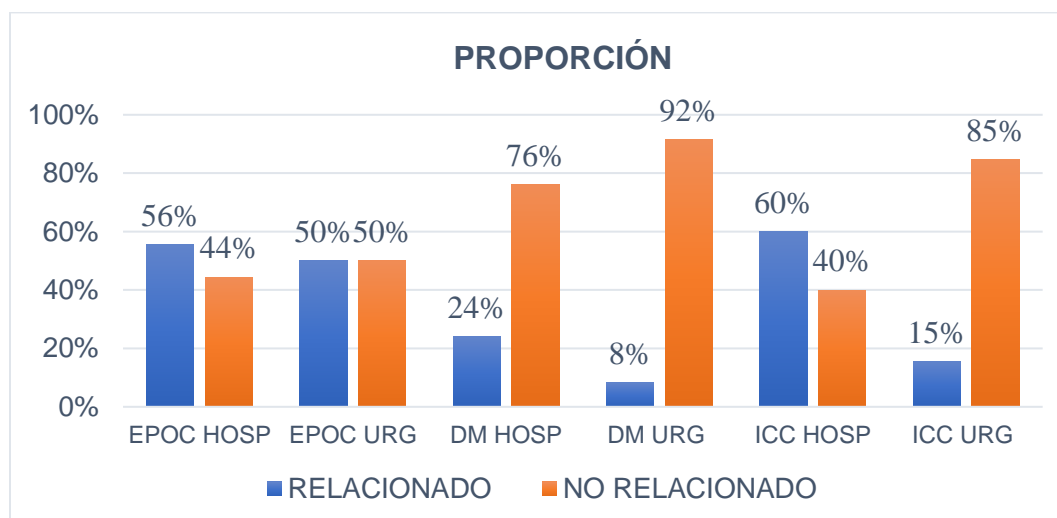
El mMRC consta de 5 ítems, los cuales permiten establecer la gravedad de la disnea en relación con diversas tareas físicas. Su valor se establece en un rango de 0 a 4, siendo el último disnea de reposo. (Committee, 2021)

Anexo C

Indicadores IPS Especializada



Fuente. Informe de resultados de gestión 2020



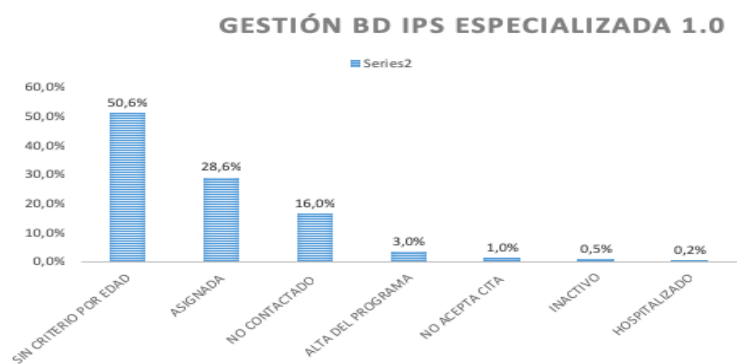
Fuente. Informe de resultados de gestión 2020

¿Espirometría?

Pacientes Programa Epec 2020	No	Si	Total general
Primera vez, tiene Espirometría	21	35	56
%	38%	62%	100%

Fuente. Informe de resultados de gestión 2020

GESTIÓN DE CAPTACIÓN



Fuente. Informe de resultados de gestión 2020

ANEXO D

Tabla resumen de datos recolectados, Variables sociodemográficas y clínicas

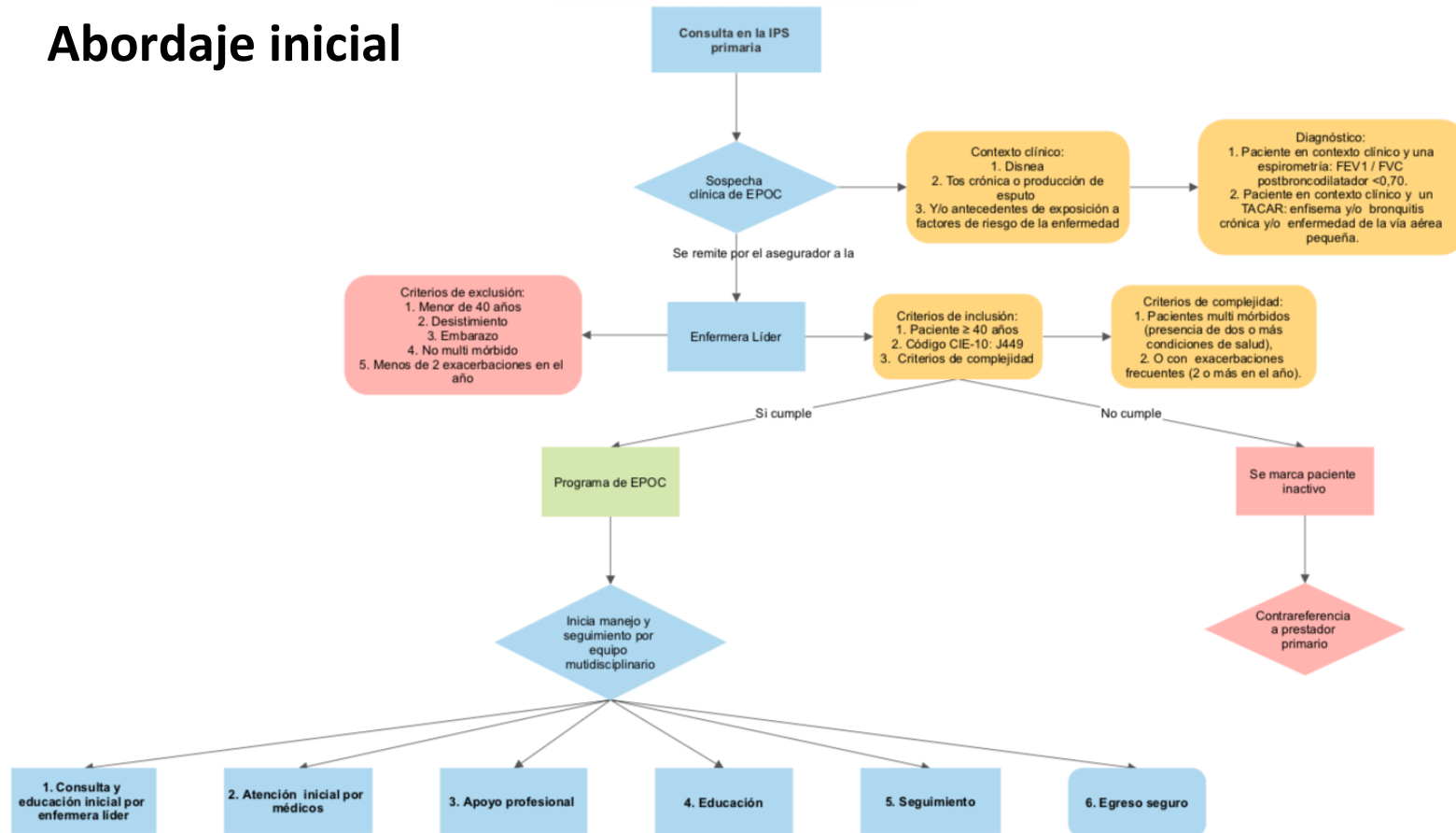
VARIABLE	N (%)
GENERO	
Femenino	65 (58.6)
Masculino	46 (41.4)
EDAD (años)	
51-60	1 (0.9)
61-70	19 (17.1)
71-80	57 (51.3)
81-90	32 (28.8)
>90	2 (1.8)
OCUPACIÓN	
Hogar	72 (65)
Pensionado	22 (20)
Independiente	4 (4)
Otros	12 (11)
MUNICIPIO	
Cali	102 (92.7)
Palmira	3 (2.7)
Buga	3 (2.7)
Jamundí	2 (1.8)
TIPO DE AFILIACIÓN	
Beneficiario	37 (34.3)
Cotizante	71 (65.7)
IPS	
AMI salud	1 (0.9)
Clínica santa helena	3 (2.7)
Chipichape	2 (1.8)
Colsubsidio norte	11 (10)
Comfandi Buga	3 (2.7)
Flora	22 (20)
IPS vivir norte	2 (1.8)
Pasoancho	52 (47.3)
Salud en casa	1 (0.9)
Tequendama	13 (11.8)
CONSULTAS NEUMOLOGIA	
0	11 (10.4)
1	10 (9.4)
2	20 (18.8)
3	26 (24.5)
4	19 (17.9)
5	15 (14.1)
6	2 (1.9)
7	2 (1.9)
8	1 (0.9)
CONSULTAS MÉDICO GENERAL	
0	3 (2.8)

1	4 (3.7)
2	18 (17)
3	19 (18)
4	22 (21)
5	12 (15.1)
6	13 (12.2)
7	6 (5.6)
8	5 (4.7)
CONSULTAS ENFERMERÍA	
0	1 (0.9)
1	5 (4.7)
2	9 (8.5)
3	27 (25.5)
4	25 (23.5)
5	12 (11.3)
6	6 (5.7)
7	6 (5.7)
8	2 (1.9)
9	5 (4.7)
10	5 (5.7)
11	2 (1.9)
18	1 (0.9)
CONSULTAS NUTRICIÓN	
0	80 (76.2)
1	14 (13.3)
2	7 (6.6)
3	4 (3.8)
GOLD	
1	22 (20.8)
2	37 (34.9)
3	20 (18.9)
4	2 (1.9)
Sin clasificación	25 (23.6)
GRUPO DE RIESGO	
A	39 (36.8)
B	58 (54.7)
C	2 (1.9)
D	7 (6.6)
mMRC INICIAL	
0	22 (20.8)
1	42 (39.7)
2	19 (18)
3	14 (13.2)
4	3 (2.8)
Sin clasificación	6 (5.6)
mMRC ACTUAL	
0	8 (7.5)
1	38 (35.9)
2	38 (35.9)
3	20 (18.9)

Sin clasificación	2 (1.9)
VACUNA COVID	
Si	44 (40)
No	66 (60)

ANEXO E
Ruta Integral de Atención IPS

Abordaje inicial

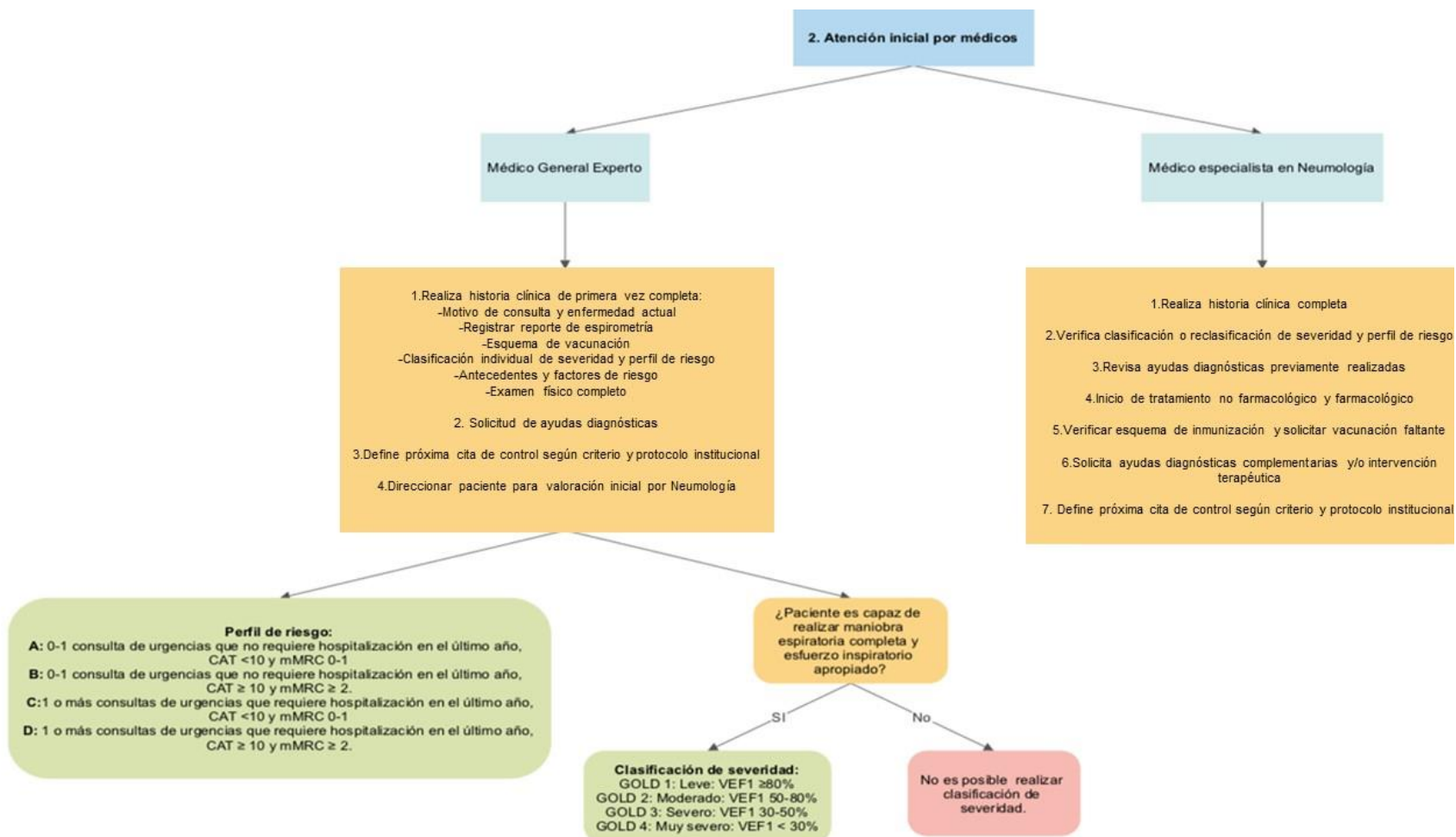


1. Consulta y educación inicial

1. Consulta y educación inicial por enfermera líder

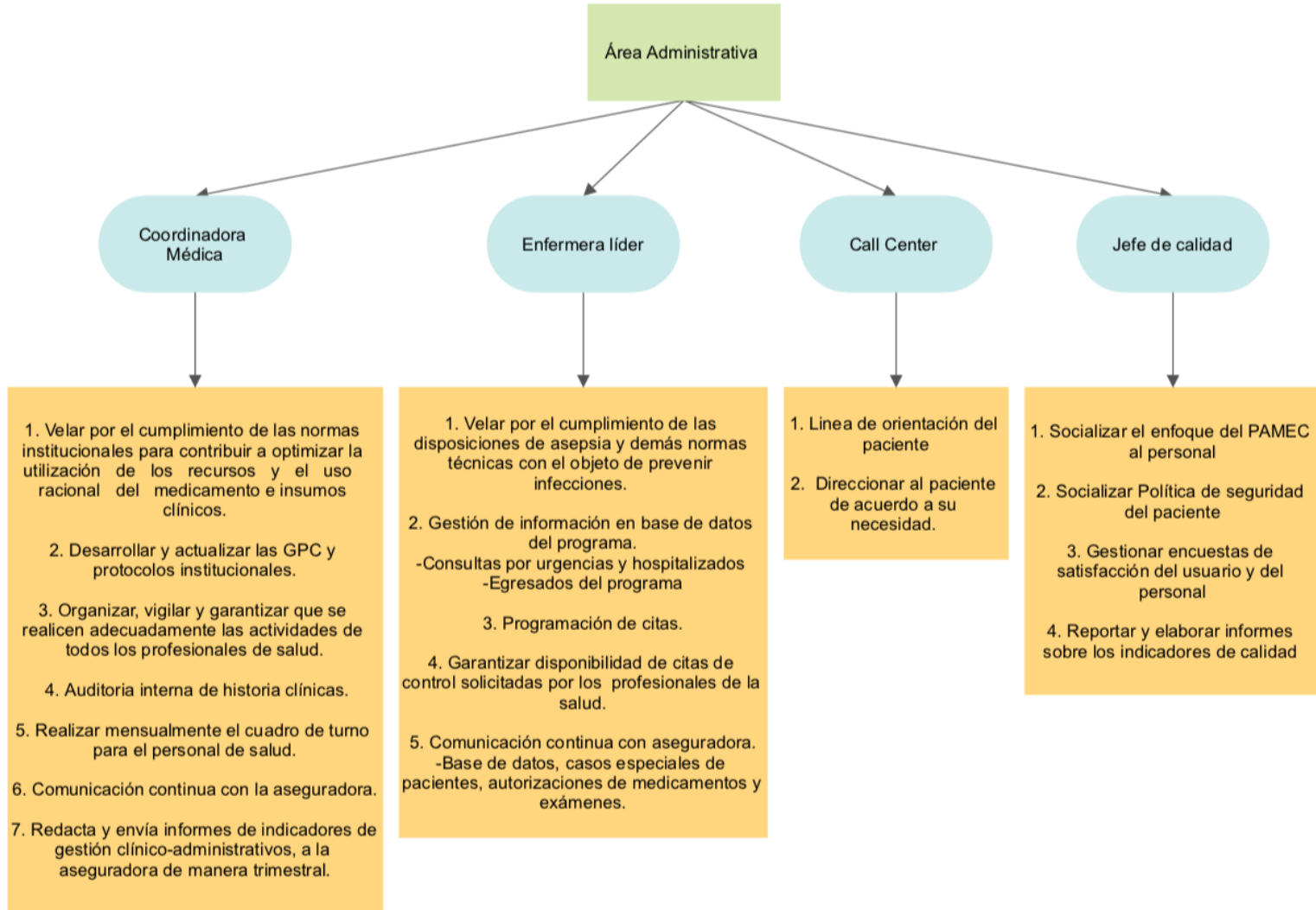
- Explica y firma de consentimiento informado de ingreso al programa
- Informa los derechos y deberes del paciente
- Verifica criterios de inclusión
- Ingresa los datos del paciente en la base de datos
- Asigna cita de primera vez con médico general experto

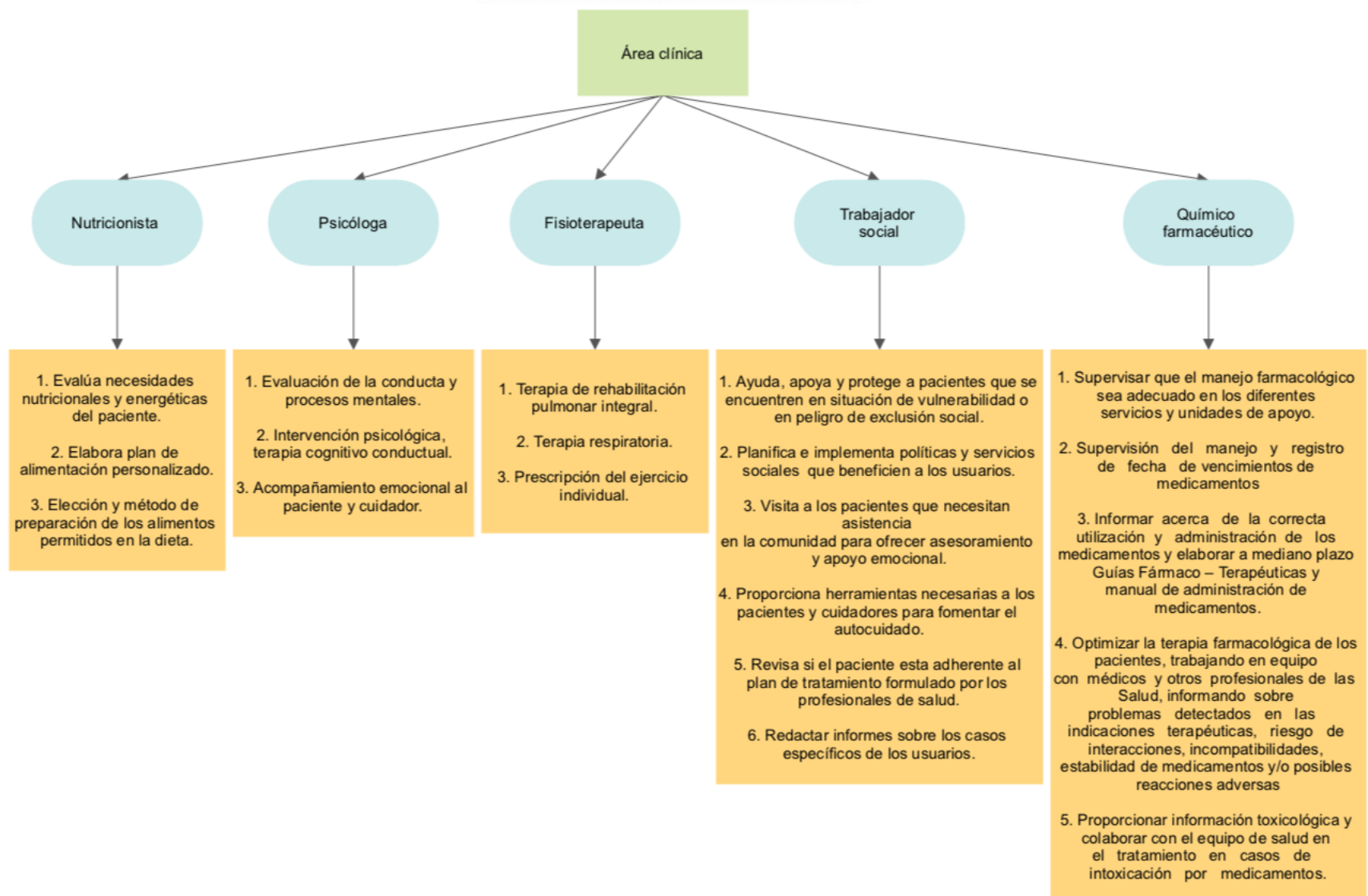
2. Atención inicial



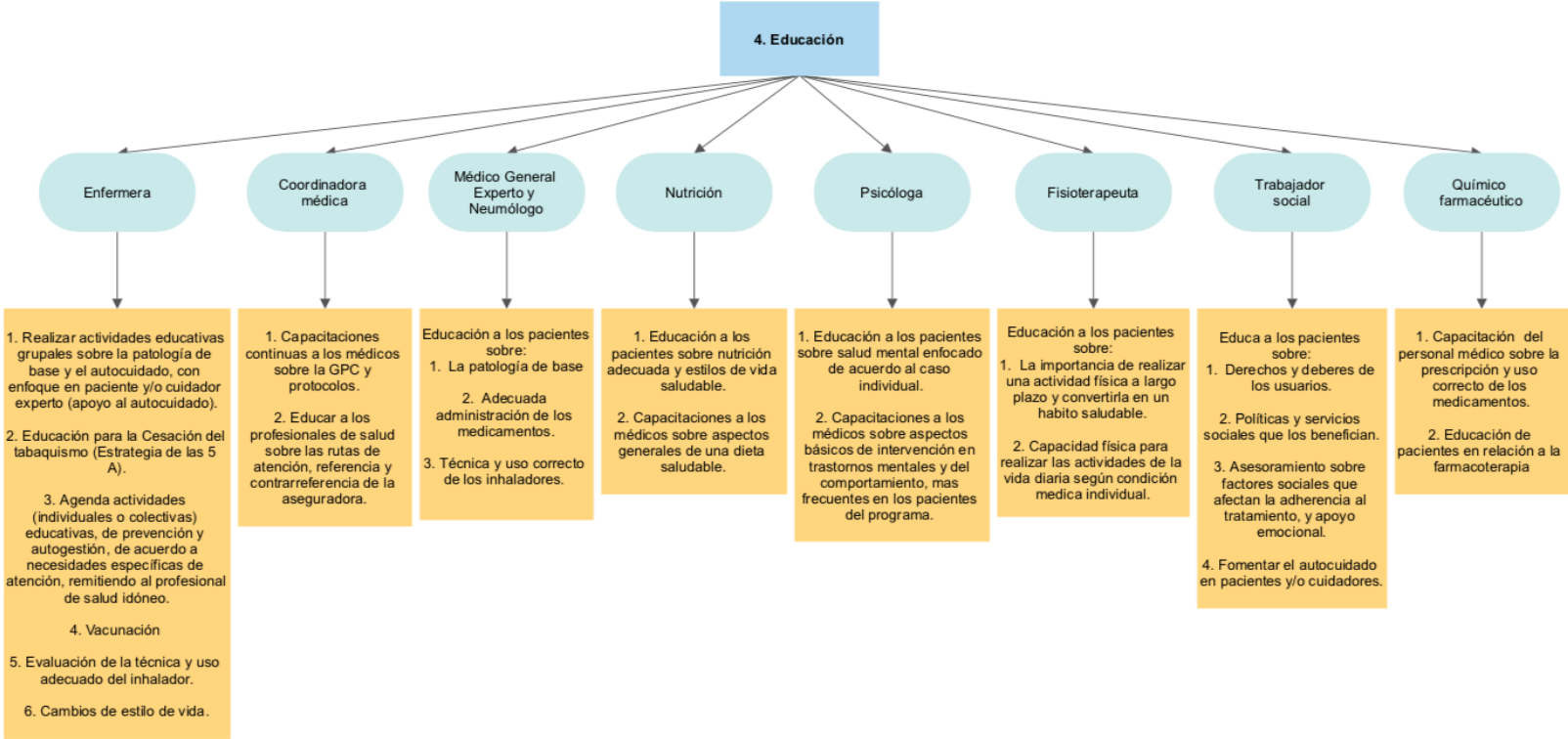
3.Apoyo profesional



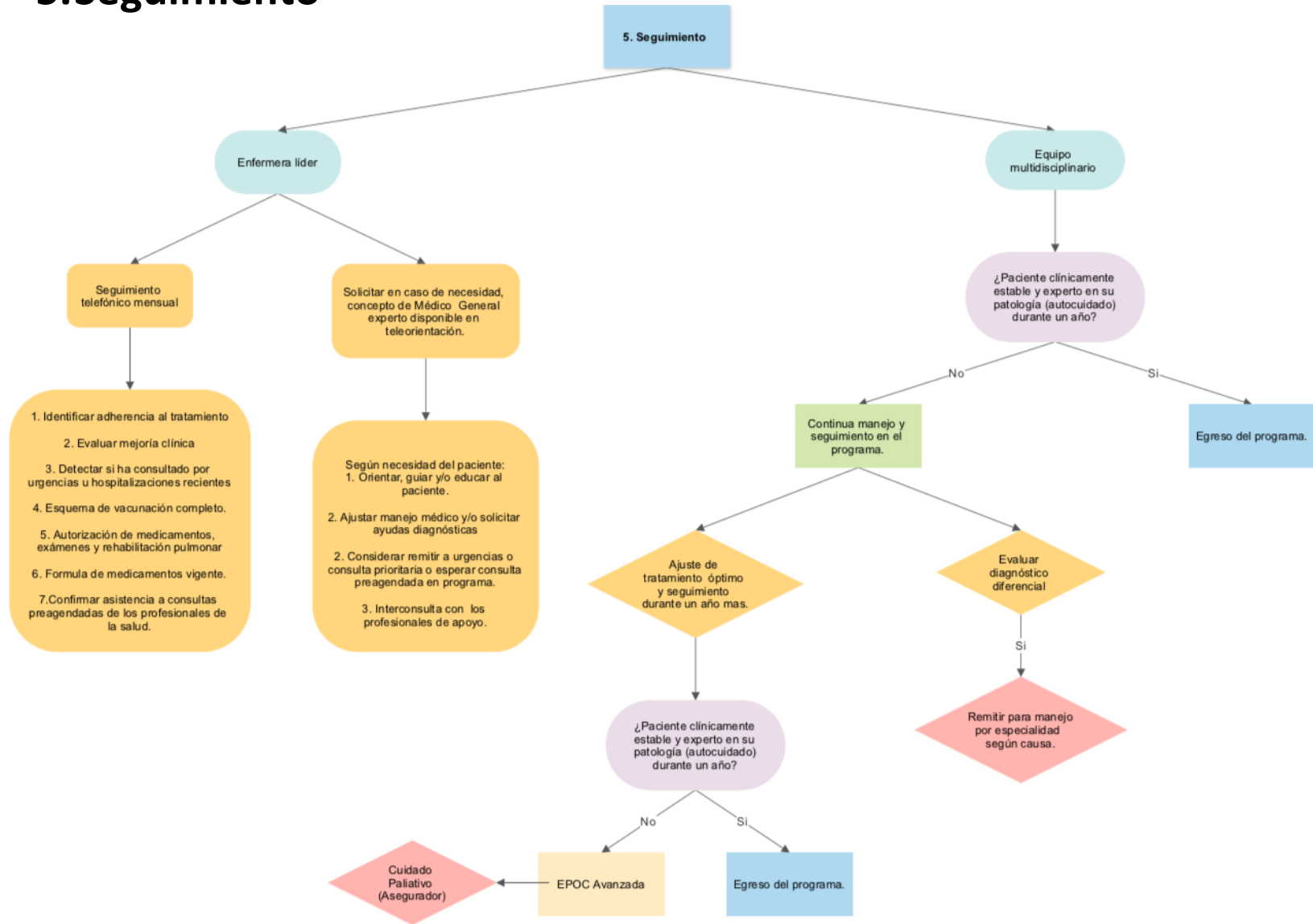




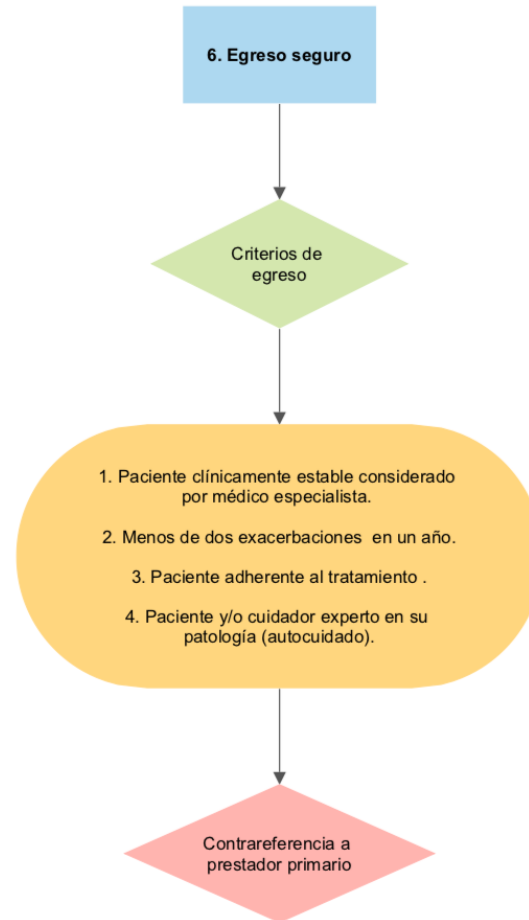
4. Educación



5. Seguimiento



6. Egreso seguro



Fuente. Elaboración propia

Anexo F

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

QUESTIONARIO BURNOUT

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA.

1= POCAS VECES AL AÑO.

2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES.

4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3	Quando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
4	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis alumnos/as.	
5	Creo que estoy tratando a algunos alumnos/as como si fueran objetos impersonales.	
6	Sento que trabajar todo el día con alumnos/as supone un gran esfuerzo y me cansa.	
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis alumnos/as.	
8	Sento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis alumnos/as.	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión docente.	
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo.	
14	Creo que trabajo demasiado.	
15	No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis alumnos/as.	
16	Trabajar directamente con alumnos/as me produce estrés.	
17	Sento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis alumnos/as.	
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con alumnos/as.	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	
22	Creo que los alumnos/as me culpan de algunos de sus problemas.	

VALORES DE REFERENCIA

	BAJO	MEDIO	ALTO
CANSANCIO EMOCIONAL	0 – 18	19 – 26	27 – 54
DESPERSONALIZACIÓN	0 – 5	6 – 9	10 – 30
REALIZACIÓN PERSONAL	0 – 33	34 – 39	40 – 56

Fuente. (Burnout, 2018)

Anexo G
Ruta de atención de la EPOC del prestador complementario. RIAS

