



MODALIDAD: INVESTIGACION APLICADA

**EFFECTOS DE LOS CAMBIOS ORGANIZACIONALES EN UN PROGRAMA DE
RIESGO CARDIOVASCULAR DE UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE
SERVICIOS DE SALUD**

LISBETH RAYO SARDI

ALVARO FERNANDO SUAREZ RESTREPO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS

MAESTRIA EN GERENCIA ORGANIZACIONES DE SALUD

SANTIAGO DE CALI

2020



MODALIDAD: INVESTIGACION APLICADA

**EFFECTOS DE LOS CAMBIOS ORGANIZACIONALES EN UN PROGRAMA DE
RIESGO CARDIOVASCULAR DE UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE
SERVICIOS DE SALUD**

LISBETH RAYO SARDI

ALVARO FERNANDO SUAREZ RESTREPO

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título
de MAGISTER EN GERENCIA ORGANIZACIONES DE SALUD**

Director del trabajo de grado: JULIO CESAR ZULUAGA

Profesión: Ph.D Administración de Empresas

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS

MAESTRIA EN GERENCIA ORGANIZACIONES DE SALUD

SANTIAGO DE CALI

2020

Santiago de Cali, 23 de noviembre de 2020

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 “Efectos de los cambios organizacionales en un programa de riesgo cardiovascular de una institución prestadora de servicios de salud”.

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

Atentamente



LISBETH RAYO SARDI

Cédula 31571401



ALVARO FERNANDO SUAREZ RESTREPO

Cédula 16915681

Santiago de Cali, día de mes de año

Doctor

SILVIO BARRERO CALDAS

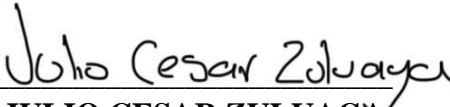
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

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 “Efectos de los cambios organizacionales en un programa de riesgo cardiovascular de una institución prestadora de servicios de salud”, realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana LISBETH RAYO SARDI cédula 31571401 y ALVARO FERNANDO SUAREZ RESTREPO cédula 16915681 y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente



JULIO CESAR ZULUAGA
Director 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”.

PAGINA ACEPTACIÓN

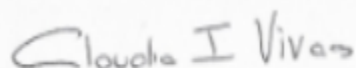
“Efectos de los cambios organizacionales en un programa de riesgo cardiovascular de una institución prestadora de servicios de salud”. Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones de la Salud.



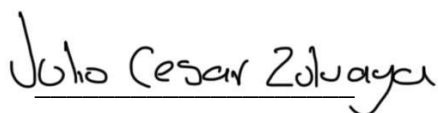
SILVIO BORRERO CALDAS

Decano

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Claudia Isabel Vivas Tobar
Director Adjunto
MGOS

Jose Alfonso Santibañez B
Jurado

Julio Cesar Zuluaga
Director del Trabajo de Grado

Contenido

Introducción	14
1. Planteamiento del Problema de Investigación	16
1.1 Formulación del Problema	19
2. Marco Teórico	20
2.1 Gestión Integral del Riesgo	20
2.2 Gestión del Riesgo Cardiovascular	21
2.3 Cambio Organizacional	22
2.4 Modelo de Gestión	22
2.4.1 Componentes de un Modelo de Gestión del Riesgo	23
2.4.2 Parámetros definidos por el Ministerio de Salud y protección Social	23
2.5 Modelo de Gestión del Riesgo Cardiovascular	25
2.6 Revisión de la Literatura	26
2.7 Gestión del Riesgo Cardiovascular en Colombia	28
2.8 Marco Legal Gestión del Riesgo Cardiovascular en Colombia	30
3. Objetivos	33
3.1 Objetivo General	33
3.2 Objetivos Específicos	33
4. Metodología de la Investigación	34
5. Análisis y Descripción del Caso	36
5.1 Modelo de Gestión Integral Pacientes con Riesgo Cardiovascular 2011-2017	37
5.2 Modelo de Gestión Integral Pacientes con Riesgo Cardiovascular 2018	39
5.2.1 Herramienta Tecnológica Health Cloud	42
5.3 Caracterización y Diferenciación de los Modelos de Gestión de Pacientes con Riesgo Cardiovascular	43
6. Resultados	48
7. Discusión	62
8. Conclusiones	66
9. Bibliografía	69
Anexos	72

Lista de Gráficas

	Pág.
Gráfica 1. Pirámide Poblacional EPS Cali a octubre de 2019	37
Gráfica 2. Guías de abordaje y seguimiento Paciente con sospecha y diagnóstico de riesgo vascular 2011	39
Gráfica 3. Modelo de atención basado en gestión del riesgo en salud SURA EP	42
Gráfica 4. Evolución modelo de gestión del riesgo SURA EPS	48
Gráfica 5. Ingreso de pacientes por año al programa de riesgo cardiovascular	50
Gráfica 6. Ingreso de pacientes al programa de riesgo cardiovascular antes y después del 2018	50
Gráfica 7. Ingreso de pacientes HTA al programa de riesgo cardiovascular	51
Gráfica 8. Ingreso de pacientes diabéticos al programa de riesgo cardiovascular	52
Gráfica 9. Ingreso de pacientes pre diabéticos al programa de riesgo cardiovascular	53
Gráfica 10. Ingreso de pacientes con dislipidemia al programa de riesgo Cardiovascular	53

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Distribución geográfica de las IPS y diferenciación entre propias y adscritas en la ciudad de Cali.	38
Tabla 2. Características de modelos de gestión de pacientes con riesgo Cardiovascular	44
Tabla 3. Cuadro comparativo de modelos de gestión de pacientes con riesgo Cardiovascular	47
Tabla 4. ¿Cuáles han sido las modificaciones que ha tenido el modelo de atención para el manejo de los pacientes con enfermedades de riesgo cardiovascular?	58
Tabla 5. Entrevista semiestructurada, adherencia y diagnósticos de los Pacientes	60
Tabla 6. Entrevista semiestructurada, costo-efectividad del programa	62

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo A. Plan de Trabajo – Cronograma	73
Anexo B. Presupuesto	74
Anexo C. Firmas	74
Anexo D. Formato Entrevista Semiestructurada	75
Anexo E. Entrevista Semiestructurada 01	77
Anexo F. Entrevista Semiestructurada 02	81
Anexo G. Entrevista Semiestructurada 03	85
Anexo H. Entrevista Semiestructurada 04	92

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue analizar y evaluar un cambio de modelo organizacional en un programa de riesgo cardiovascular de una institución prestadora de servicios de salud a partir del año 2015 hasta el primer trimestre del 2020 en la ciudad de Cali.

Para lo anterior se llevó a cabo una investigación de tipo mixto, que combino datos cualitativos y cuantitativos, mediante un análisis de tipo evaluativo (análisis de cambios en modelos de atención) y explicativo, en el cual se desarrollaron diferentes métodos y técnicas de recolección y análisis de información, encuestas desarrolladas por la IPS sobre los pacientes, entrevistas semiestructuradas, revisión documental, políticas de la IPS, grupos focales, etc.

La investigación concluye que el cambio de modelo organizacional dado en la IPS Sura Chipichape en el año 2018 de un programa de riesgo cardiovascular aumento considerablemente la captación y adherencia de los pacientes al programa de prevención, lo cual se dio gracias a cambios en el talento humano, recursos tecnológicos y direccionamiento del modelo.

Palabras claves: Cambio organizacional, gestión del riesgo, riesgo cardiovascular, modelo de gestión

SUMMARY

The objective of this work was to analyze and evaluate a change in the organizational model in a cardiovascular risk program of an institution that provides health services from 2015 to the first quarter of 2020 in Cali city.

For the above, a mixed type investigation was carried out, which combined qualitative and quantitative data, the above through an evaluative analysis (analysis of changes in care models) and explanatory, in which different methods and techniques of collection and analysis of information were developed (surveys developed by IPS on patients, semi-structured interviews, documentary review, IPS policies, focus groups, etc.)

The change in the organizational model in the IPS Sura Chipichape in 2018 in a cardiovascular risk program considerably increased the recruitment and adherence of patients to the prevention program, which was due to changes in human talent, technological resources and addressing of the model.

Keywords: Organizational change, risk management, cardiovascular risk, management model

Introducción

La OMS en su publicación del año 2016 indico que las enfermedades cardiovasculares, ocupan el primer lugar en todo el mundo en cuanto a morbilidad y mortalidad.

En el 2016 ocasionaron 15.2 millones de defunciones y se han considerado las principales causas de mortalidad en los últimos 15 años y de estas el 80 % de las defunciones por enfermedades cardiovasculares ocurren en los países de ingresos bajos y medios, afectando por igual a hombre y mujeres, según proyecciones, se espera que para el 2030, casi 23,6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular, permaneciendo, así como la principal causa de muerte en el mundo.

Por lo anterior las enfermedades cardiovasculares son consideradas un problema de salud público por su alto impacto a nivel social y económico, ocasionando que sean objeto de estrategias por parte de las entidades sanitarias con el fin de mitigar sus graves consecuencias.

En relación al riesgo de las enfermedades cardiovasculares, en Sura Eps se adoptó un modelo de gestión de riesgo cardiovascular, que trajo consigo un cambio organizacional al interior de la aseguradora, estos cambios se dieron ante las dificultades encontradas en el modelo de atención anterior como: poca accesibilidad al programa, atención fragmentada, manejo de datos e información individualizada, dificultad en la identificación y captación de pacientes crónicos, falta de información y concentración de la población desde una base de datos única, baja capacidad de gestión para el abordaje individual del riesgo, ocasionando un impacto negativo en la oportunidad para la atención inicial y el seguimiento por el crecimiento desbordado de las actividades del programa y el uso de medicamentos no pertinentes a dosis inadecuadas y polimedicados.

Ante estas dificultades se diseñó un modelo de gestión del riesgo cardiovascular, que trajo consigo un cambio organizacional en la atención de este tipo de pacientes.

La presente investigación muestra el abordaje del nuevo modelo de gestión de riesgo cardiovascular y los cambios que se dieron al interior de la organización, así como los efectos directos en la prevención y bienestar de los pacientes, esto desde el nivel de captación, accesibilidad, oportunidad, eficacia y efectividad en el manejo de los pacientes con riesgo cardiovascular.

1. Planteamiento del Problema de Investigación

La incidencia de enfermedades cardiovasculares y complicaciones relacionadas, ha llevado a las instituciones que hacen parte del sector salud a tomar medidas que permitan prevenir y mitigar las graves consecuencias de este tipo de patología, de ahí que se diseñen estrategias y protocolos con el fin de obtener una adecuada gestión del riesgo cardiovascular, lo cual implica procesos de cambio organizacional que aseguren los mejores resultados en la captación y atención de los pacientes.

Este tipo de cambio al interior de las organizaciones requieren de un análisis para verificar el cumplimiento de los objetivos planteados y de ser necesario el reajuste de los modelos que se establecieron para tal fin, de ahí que sea pertinente la evaluación de los modelos de gestión con el fin de evaluar su eficacia y eficiencia, de esta manera lograr una atención de calidad en promoción y prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Actualmente las enfermedades cardiovasculares (ECV) se han posicionado como una de las primeras causas de morbi-mortalidad en el mundo, y se considera que estas representa el 50% de las muertes y el 25% de discapacidad laboral en el mundo (Tsutsumi, 2018), en Colombia, el 29.5% de todas las muertes se deben a ECV (Escobar & Orozco, 2020), según las estadísticas de un estudio realizado en la unidad cardiovascular de la Fundación Valle del Lili en Cali en 2012 (Gómez, 2012) los fallecimientos asociados a esta asociados a ECV están relacionados con la hipertensión arterial (13%), tabaquismo (9%), diabetes mellitus (6%), sedentarismo (6%), sobrepeso y obesidad (5%), todo ello asociado a la inversión de la pirámide poblacional donde envejecimiento de la población, la disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas aumentan la probabilidad de incidencia en casos de ECV.

Por otro lado este tipo de patologías consideradas de salud pública, implican un alto impacto social, ya que como lo menciona Torres y Colaboradores en su estudio (Torres, y otros, 2018), el riesgo y las enfermedades cardiovasculares acortan los años de vida productivos y deterioran la calidad de vida de las personas que las padecen, requiriendo medicamentos de por vida, cirugías complejas y hospitalizaciones prolongadas.

En cuanto a los factores económicos implicados en el manejo de las ECV en el 2016 (Gallardo, Benavides, & Rosales) se estimó que el costo promedio de los servicios médicos ocasionados por un paciente cardiovascular es aproximadamente de 12,8 millones de pesos colombianos, esto significa que el costo total de la atención a todos los pacientes de enfermedad de origen cardiovascular asciende a 13,2 billones de pesos colombianos; dinero que, si se utilizara en programas de educación con miras a la aplicación de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad fuera del contexto hospitalario, tendría mejores repercusiones sobre la salud y vida de las personas (Gallardo, Benavides, & Rosales, 2016).

Para ponerle un valor concreto al problema, cada paciente con enfermedad cardiovascular le cuesta cada año al país entre US\$4.277 y US\$4.846 (entre \$14 millones y \$16 millones) y cada persona que sufre un infarto requiere que el Estado desembolse entre US\$5.816 y US\$ 6.616 (entre \$19 millones y \$21 millones). Un paciente sin estas enfermedades cuesta, cada año, unos US\$ 602, es decir, apenas roza los \$2 millones (América economía, 2018).

En este sentido, es importante unir esfuerzo en el manejo de los factores de riesgo para desarrollar esta patología, y de esta manera impactar positivamente la incidencia de casos y complicaciones asociadas a las ECV, factores conductuales como el consumo de alcohol, la dieta, el sedentarismo o inactividad física y el tabaco, predisponen al organismo para

desarrollar complicaciones, tal como lo refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017) en donde resalta la importancia de dejar de consumir tabaco, reducir el consumo de sal en la dieta, consumir frutas y verduras, realizar actividad física regular y evitar el consumo nocivo de alcohol produciendo reducción en el riesgo de enfermedad cardiovascular. Además, el tratamiento farmacológico de la diabetes, la hipertensión y los niveles elevados de lípidos en sangre pueden ser necesario para reducir el riesgo cardiovascular y prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. Las políticas de salud que crean entornos propicios para que las opciones saludables sean asequibles y estén disponibles son esenciales para motivar a las personas a adoptar y mantener comportamientos saludables (Organización Mundial de la Salud, 2017, pág. 1).

Basados en la identificación de esta problemática de salud pública nacional, con la presente investigación se propuso analizar cuáles son los determinantes de una adecuada gestión del riesgo de enfermedades cardiovasculares. En particular, determinar los efectos de los cambios en el modelo de atención sobre la gestión del riesgo en enfermedades cardiovasculares en una Institución Prestadora de Salud IPA del municipio de Cali, en la cual se venía implementado un modelo de a desde el año 2011 y hasta el año 2018, cuando realizó un cambio en el modelo de atención para sus pacientes con enfermedades cardiovascular; que también implicó un cambio organizacional, a través de un conjunto de acciones dirigidas a mejorar su gestión del riesgo cardiovascular.

Antes del 2018 atención de pacientes con ECV era asumido por un médico general, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería quien ejercían la función de captación de pacientes, cobertura para la atención y gestión del riesgo, apoyados por otras especialidades, pero cada profesional lo hacía de manera individual y no se daba una atención integral, y menos una

interoperabilidad de los datos de la historia clínica por lo que no existía un consenso para el manejo de los pacientes, evidenciándose manejo de pacientes con medicamentos no pertinentes, a dosis inadecuadas y polimedicados; esto generó un impacto negativo sobre la población en cuanto a la adherencia y continuidad de los tratamientos, lo que motivó a reorganizar el programa y asegurar el acceso de la población para procesos más oportunos.

De esta manera se dio origen a un nuevo modelo de atención que incluía un proceso de cambio organizacional, que asegurara el acceso de la población para procesos más oportunos. Por lo tanto, en este trabajo de grado se realizó la evaluación de este cambio en el modelo de atención.

1.1 Formulación del Problema

En este sentido, la pregunta de investigación principal fue **¿cuáles fueron los efectos de los cambios organizacionales en el programa de riesgo cardiovascular de una institución prestadora de servicios de salud durante el periodo 2015-2020?**; adicionalmente, en esta investigación se quiere abordar el interrogante **¿Cómo mejorar la gestión del riesgo en enfermedades cardiovasculares?**

2. Marco Teórico

A continuación, se relaciona información relacionada con el objeto de estudio, la cual permite abordar el tema desde las bases científicas.

2.1 Gestión Integral del Riesgo

El alto impacto a nivel social y económico de enfermedades con riesgo ha generado cambios en los modelos de atención de la población, tanto al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud como en las aseguradoras, de esta manera la implementación de un modelo de atención implica una serie de cambios organizacionales que garanticen sostenibilidad de los mismo, la reducción en las cifras de incidencia de complicaciones asociado a las enfermedades prevenibles.

La gestión integral del riesgo en salud es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población (Ministerio de Salud y Protección social, 2018, pág. 8).

Es decir, la gestión integral del riesgo en salud (GIRS), busca mejorar las condiciones de atención de los usuarios, previendo las enfermedades y los traumatismos que estos pudieran presentar a nivel cardiovascular, de manera que se adelantan las acciones necesarias para que impedir o prever este tipo de complicaciones, lo que significa calidad en la gestión, pertinencia y oportunidad en la atención y disminución de costos asociado a enfermedades prevenibles.

2.2 Gestión del Riesgo Cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares son en la actualidad una de las patologías más predominantes, consideradas como problema de salud pública por las implicaciones sanitarias, sociales y económicas que implica, de esta manera también se convierte en una de las patologías que deben ser intervenidas con gestiones de riesgo en harás de disminuir su incidencia

A causa del envejecimiento poblacional global, y el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles se ha demostrado (publicación del NCEP - ATP III (del inglés, The National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III, 2001) que la evaluación del riesgo de padecer Enfermedades Cardiovasculares es un elemento importante para definir los factores de riesgo, identificar nuevos marcadores, evaluar objetivos terapéuticos y mejorar la implementación de programas de prevención, tanto primaria como secundaria.

El riesgo cardiovascular representa la probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular en un periodo determinado (5-10 años) dependiendo de la presencia de factores de riesgo, esta asociación aumenta la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular a medio o largo plazo.

Su estratificación y cuantificación, es fundamental en prevención primario facilitando las intervenciones terapéuticas para reducir el riesgo y establecer la intensidad de la intervención, la instauración de tratamiento farmacológico y la periodicidad de las visitas de seguimiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) .

2.3 Cambio Organizacional

El desarrollo de un modelo de gestión implica la adaptación u organización de nuevas actividades, que deben ser asumidas por personal idóneo y capacitado para desempeñar idóneamente la labor asignada como lo expresa Pardo;

El cambio organizacional es el proceso de transformación de las diferentes actividades productivas de una institución, que facilitan sobrepasar lo ordinario y entrar en el campo de lo extraordinario, partiendo del uso de los recursos disponibles para ello y de tal forma aumentar el desarrollo organizacional, lo anterior bajo un enfoque económico, que busca una mejora rápida de la capacidad competitiva de la organización y un enfoque orientado a la cultura corporativa, que se centra en el recurso humano de la organización (Pardo, 2013, pág. 5).

2.4 Modelo de Gestión

El enfoque integral de una patología, requiere un análisis detallado de la situación, de igual manera el diseño de estrategias y planes que aporten a la mitigación de la enfermedad de forma integral y con estándares de calidad en la atención, de esta manera se establecen los modelos de gestión, se puede definir como:

El Proceso en el que interactúan los diferentes componentes del servicio (escenarios de atención, tipos de servicio, disciplinas del conocimiento) a lo largo de la atención en salud, e involucrando al paciente como partícipe de dicho proceso, con el fin de obtener los mejores resultados con los recursos disponibles (Castaño, 2014)

Durante el último trimestre del año 2018 de la IPS en estudio que pertenece al asegurador Suramericana en Cali se implementó un modelo de gestión de riesgo cardiovascular, mediante la

intervención de equipos de cuidado que comparten una metodología para mantener saludable y con mayor bienestar a sus pacientes asignados, también se incluyen estrategias de acompañamiento y gestión, definición de planes de atención ajustados a la condición y un abordaje integral y con mayor resolutivez desde el nivel básico de acuerdo con el entorno, las necesidades y expectativas del paciente en condición crónica.

2.4.1 Componentes de un Modelo de Gestión del Riesgo

En definitiva un modelo de gestión del riesgo está encaminado a prevenir las enfermedades o complicaciones en la población asegurada, esto mediante la intervención oportuna del equipo sanitario, siendo necesario la integración de políticas, procesos y procedimientos que permitan la identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos en salud, operativos y económicos que puedan afectar el funcionamiento de la entidad, teniendo en cuenta que los diferentes tipos de riesgos (riesgo en salud, riesgo técnico, riesgo operacional y riesgo financiero) que están interrelacionados e inciden en los resultados de la gestión del riesgo en salud de la población afiliada.

La implementación de un modelo de gestión acorde al MIAS que concrete la gestión integral del riesgo en salud, debe estar soportado entonces en los procesos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros de la entidad.

2.4.2 Parámetros definidos por el Ministerio de Salud y protección Social

El Ministerio de Salud y Protección Social enuncio los elementos básicos que deben soportar un modelo de gestión, inicialmente se debe contar con la identificación y clasificación del riesgo de los afiliados, la definición de modelos o estrategias de atención según la estratificación

de los riesgos identificados, teniendo en cuenta los grupos de riesgo priorizados por la entidad en el contexto del MIAS y las Rutas Integrales de Atención en Salud, estos deben articular la respuesta con otros agentes, en función de las prioridades establecidas en el plan territorial de salud, los grupos de riesgo, además se debe organizar y gestionar la red integral de prestadores de servicios de salud a partir de las necesidades y problemas de salud de los afiliados, atendiendo a los riesgos en salud identificados y estratificados y a la organización territorial definida por la entidad.

Los prestadores primarios deben manejar la integralidad del riesgo de cada individuo y familia de su población asignada, y trabajar en forma articulada con los prestadores del componente complementario de la red a fin de garantizar la integralidad de la atención.

Debe existir un fortalecimiento de la capacidad y el acompañamiento a la gestión clínica de los prestadores de servicios de salud, además deben darse la utilización de modalidades de contratación y de pago por la prestación de servicios de salud orientadas a resultados, soportadas en la gestión de riesgos por parte de los prestadores.

En este contexto son muy importantes las modalidades de contratación y pago de riesgo compartido.

También es fundamental el monitoreo y evaluación de los resultados de la atención, la gestión eficiente de los recursos mediante la utilización de la Nota Técnica, que permita relacionar las atenciones en salud con los recursos financieros utilizados, los cuales se deben ver reflejados en los resultados para lograr el punto de equilibrio e impactar en la situación financiera de la entidad y del sector.

Y por último la existencia de sistemas de información centrados en las personas, que soporten la gestión del riesgo en salud y permitan la trazabilidad de los usuarios a lo largo del ciclo de atención, incluyendo los procesos de apoyo, administrativos y los resultados financieros.

2.5 Modelo de Gestión del Riesgo Cardiovascular

La implementación de un modelo de gestión del riesgo cardiovascular requiere de la adaptación de unos parámetros definidos por el ministerio de salud y protección social (2018), entre los que incluye identificación y clasificación del riesgo de los afiliados, determinar los modelos o estrategias de atención según los riesgos identificados, posteriormente articulación y coordinación de respuestas integrales con otros agentes, organización y gestión de las RIPSS, gestión clínica por parte de los prestadores, modalidades de contratación y de pago orientadas a resultados, monitoreo de procesos y evaluación de los resultados, nota técnica para la gestión del riesgo en salud y por ultimo sistema de información.

De esta manera implementar un modelo de gestión de riesgo cardiovascular requiere acciones coordinadas con el personal sanitario y administrativo, permitiendo que los procesos se den de manera sincronizada y de la manera más oportuna y eficiente posible, es decir los cambios organizacionales al interior de las instituciones deben darse como oportunidades de mejora para una mayor eficiencia de los procesos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

Si se habla de gestión al interior de las instituciones de salud, es importante señalar que esta debe contar con una flexibilidad que permita a los individuos y a la organización como tal adaptarse a los cambios de manera gradual y positiva reconociendo la importancia de cada uno de los agentes como lo expone Prieto y Cols;

El talento humano se encargará de conducir la transición y la implementación efectiva de las innovaciones en la organización. El éxito en la aplicación del cambio en la organización dependerá de la forma como los gerentes asimilen y manejen la información, principalmente debe haber pleno convencimiento de la evolución que se quiere, para que el mensaje no se convierta en un trauma para los trabajadores (Prieto Pulido, Emonet Rosales, García Guiliany, & González Godoy, 2015, pág. 400).

2.6 Revisión de la Literatura

La investigación **“Aplicación del modelo de gestión estratégica. Servicio privado de atención médica integral para pacientes con enfermedad cardiovascular en la Ciudad de Puebla”** (Cielo Juárez, 2019) enseña los resultados obtenidos con la aplicación del modelo de gestión estratégica en un servicio privado de atención médica integral para pacientes con enfermedad cardiovascular en la ciudad de Puebla, México.

Los investigadores concluyen que existe una clara interrupción debido a que los actores que actúan en la asistencia en salud se encuentran separados y no comparten un solo sistema de información. Esta desintegración genera procesos repetitivos, múltiples expedientes parciales, cobros elevados y un seguimiento inadecuado en la evolución del paciente, que puede impactar de manera negativa en su salud.

Por otro lado la investigación **“Compromiso organizacional como estrategia de cambio en hospitales públicos de Colombia y Venezuela”** (Fuentes, López, & Moya, 2020), donde el objetivo principal analizar fue compromiso organizacional como estrategia para implementar cambios en instituciones hospitalarias, desde una perspectiva estratégica integrativa, donde el talento humano de una organización desempeña un rol determinante en la construcción de su

entorno laboral, esto se realizó mediante una encuesta al personal laboral de hospitales y donde se concluye que el involucramiento del personal en los procesos medulares de las organizaciones, como es el caso del personal médico de los hospitales observados, facilita la introducción de innovaciones o la creación de nuevas formas de la acción institucional, por lo tanto, la inclusión del personal comprometido con la organización favorece el proceso de cambio, sobre todo porque está informado y conoce los efectos esperados de las innovaciones a introducir.

En referencia a los cambios organizacionales relacionados con los programa de riesgo cardiovascular y su efectividad en la atención de los pacientes se encontró un estudio realizado en Medellín denominado **“Efectos tempranos de un programa integral de prevención cardiovascular guiado por el riesgo de aterosclerosis sobre la edad vascular”** (Espíndola-Fernández, y otros, 2017), con el propósito de evaluar a corto plazo el efecto de un programa integral de prevención cardiovascular guiado por el riesgo de aterosclerosis sobre la edad vascular y factores de riesgo mayores, para ello se realizó una intervención cuasiexperimental que incluyó 190 pacientes con múltiples comorbilidades y dos o más factores de riesgo cardiovascular, entre 2013 y 2015. Esta investigación concluye que el programa integral de prevención cardiovascular implementado a corto plazo, guiado por la estratificación clínica de aterosclerosis y ajuste de riesgo mediante la FASE, en pacientes con múltiples comorbilidades, mostró una reducción en las cifras de presión arterial, colesterol total, colesterol LDL, HbA1c, puntaje de riesgo cardiovascular global a 10 años y edad vascular, hallazgos que están directamente relacionados con el abordaje terapéutico de los factores cardio metabólicos y psicosociales alterados atendidos en un periodo de tres meses, donde se establecieron las ayudas diagnósticas complementarias requeridas, la intensidad del tratamiento y el plan de seguimiento por parte del grupo interdisciplinario,

observándose la importancia y efectividad del cambio organizacional oportuno dentro de las instituciones de salud.

En el documento: *Comprehensive cardiovascular risk management – what does it mean in practice?*, (Erhardt, Moller, & Puig, 2007), se plantea que la gestión del riesgo en enfermedad cardiovascular se encuentra actualmente en un estado de transformación, ante la limitación de centrar el proceso de gestión en la modificación de factores de riesgo únicos, como la hipertensión, se invita a alejarse de este enfoque aislado para así adoptar simultáneamente intervenciones de estilo de vida y terapéuticas dirigidas a múltiples factores de riesgo a partir de una evaluación de riesgos cardiovasculares con un enfoque óptimo partiendo de la adecuada identificación de pacientes en riesgo, el reconocimiento a los pacientes que corren el riesgo de un evento cardiovascular, desde la intervención contar con algún elemento de modificación del estilo de vida, así como una intervención farmacéutica cuando corresponda, y la evaluación del éxito de las estrategias implementadas como parte del seguimiento al paciente.

2.7 Gestión del Riesgo Cardiovascular en Colombia

Colombia, al igual que muchos países del mundo, experimenta el impacto de las situaciones de cronicidad no sólo desde su sistema de salud, sino desde la vivencia de sus actores: individuos, cuidadores y familiares. La población mayor de 65 años representa el 7,9% de toda la población mostrando incremento en 1,6 puntos porcentuales con respecto a 2005 y se espera que para el año 2020 la proporción continúe aumentando hasta llegar a un 8,50% (Vargas-Escobar, 2010).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2018) las enfermedades cardiovasculares en el mundo constituyen un problema de salud pública, el riesgo cardiovascular representa la probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular principalmente cardiopatía isquémica o

enfermedad cerebro vascular: Se tienen identificados y clasificados los factores de riesgo cardiovascular como no modificables: edad, género y herencia, los factores de riesgo fisiológicos como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, y los factores que se relacionan con el medio ambiente o estilos de vida como sedentarismo, malos hábitos nutricionales, tabaquismo y alcohol (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Teniendo en cuenta que en la población general del Municipio de Cali, las causas relacionadas con las defunciones por enfermedades no transmisibles son las que han presentado mayor incidencia según las tasas ajustadas durante los últimos 10 años, por ejemplo en el primer semestre del año 2020 y en referencia a las ECV hubo un incremento en el número de muertes asociadas a estas patologías, es así que se pasó de 671 muertes en el primer semestre del año 2019 a tener 729 muertes en el 2020, un aumento significativo cercano al 9% asociado a patologías hipertensivas y de casi el 35% en cuanto a las muertes relacionadas con enfermedades isquémicas del corazón las cuales se producen como resultado de factores comportamentales como: tabaquismo, alimentación poco saludable, consumo de alcohol e inactividad física, además de factores fisiológicos como presión arterial alta y niveles elevados de colesterol y de glucosa en sangre (Chaparro, 2020).

De esta manera, se hace necesario la composición y organización de estrategias para la intervención del riesgo desde el nivel primario con los programas de promoción y prevención hasta el seguimiento de grupos de riesgo específicos para intervenir en las diferentes instancias de tratamiento, rehabilitación y paliativos (Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, 2018) Esto nos indica una acelerada progresión en el patrón epidemiológico, a partir de factores ambientales y de estilos de vida de sociedades más urbanizadas hacia causas de mortalidad de etiología compleja.

2.8 Marco Legal Gestión del Riesgo Cardiovascular en Colombia

Según la resolución 1841 de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, pág. 51), la Gestión Integral de Riesgo comprende un conjunto de acciones dirigidas a minimizar el riesgo de ocurrencia de enfermedad y a reducir la severidad de las consecuencias de la enfermedad, una vez ésta se ha presentado.

Por medio de la gestión integral del riesgo a una población determinada, en este caso partiendo de la base de un número total de pacientes con enfermedad crónica se hace el seguimiento desde la prevalencia de la enfermedad, adherencia a tratamientos, cumplimiento de metas, asociación de comorbilidades y seguimiento a las complicaciones, y denotando importancia en establecer medidas que aseguren la prevención primaria, para que se realicen acciones antes de que aparezcan factores de riesgo, por medio de labores educativa para la salud y promocionando hábitos y estilos de vida saludable.

Dentro de esta población, la población objeto de estudio se encuentra ubicada en el norte de la ciudad, en esta IPS se prestan servicios de salud a usuarios que se encuentran en el régimen contributivo y adscritos a planes voluntarios en salud específicamente póliza de salud de un asegurador. Como entidad, su objetivo principal es trabajar por el bienestar de los afiliados, buscando mejorar las condiciones de salud de la población afiliada a través de la gestión integral de riesgos en salud, lo cual se encuentra estipulado en la Ley 1751 de 2015 (Congreso de Colombia, 2016), en su artículo segundo integra los componentes colectivo e individual de la atención en salud y sitúa, como núcleo del derecho, la “igualdad de trato y oportunidades en el acceso” definiendo la importancia de la continuidad de la atención en la “promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”.

En el artículo 9, la ley Estatutaria especifica la importancia de incluir acciones intersectoriales para afectar los determinantes sociales y determina la evaluación técnica y social del sistema en su efectividad para “mejorar las condiciones de salud de la población” (Congreso de Colombia, 2016)

En la Ley del Plan de Desarrollo 2014 – 2018 que hace parte de la Ley 1753 de 2015 (Congreso de Colombia, 2016) retoma el marco de la Ley Estatutaria de Salud. En el artículo 65, se faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para definir la Política de Atención Integral en Salud, con el enfoque de atención primaria, salud familiar y comunitaria, articulación de actividades colectivas e individuales, con enfoque poblacional y diferencial. Dicha Ley específica que se contará con rutas de atención, se fortalecerá el prestador primario y la operación en redes integrales de servicios.”. Aspecto que también se establece en la Ley 1438 de 2011 : “La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud (Congreso de Colombia, 2011)

La Resolución 2626 de 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), da paso a el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), e inicia la transformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud en Colombia.

El objeto de la nueva resolución será modificar el marco operacional de la PAIS, con el propósito de lograr mejores resultados en salud, identificando prioridades para brindar una atención de calidad centrada en las personas, familia y comunidades, a través de acuerdos

interinstitucionales y comunitarios integrados a un esquema de acompañamiento permanente por parte del Ministerio de Salud, esta nueva resolución especifica nuevas rutas en las diferentes líneas de acción (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019)

El MAITE, es el nuevo marco operacional de la Política de Atención Integral en Salud, y constituye el instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades.

Lo anterior contemplado en el artículo 10 de la resolución 1016 De 1989 (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1989): “se establece la planeación, organización, ejecución y evaluación de las actividades de medicina preventiva”, y la ley 1562 DE 2012: Artículo 11. En donde hace referencia; “Servicios de Promoción y Prevención. Del total de la cotización las actividades mínimas de promoción y prevención en el Sistema General de Riesgos Laborales.

3 Objetivos

3.1 Objetivo General

El objetivo general de esta investigación es analizar y evaluar un cambio de modelo organizacional en un programa de riesgo cardiovascular de una institución prestadora de servicios de salud a partir del año 2015 hasta el primer trimestre del 2020 en la ciudad de Cali.

3.2 Objetivos Específicos

1. Establecer cómo los cambios organizacionales en el programa de riesgo cardiovascular han influido en la gestión del riesgo de los pacientes.
2. Comparar el funcionamiento del programa antes del año 2018 con el funcionamiento actual.
3. Realizar una serie de recomendaciones para que la institución tenga en cuenta cuales han sido los efectos del programa.

4. Metodología de la Investigación

Se realizó un estudio de investigación mixto, que combino datos cualitativos y cuantitativos. El alcance de la investigación fue de tipo evaluativo (análisis de cambios en modelos de atención) y explicativo, en el cual se desarrollaron diferentes métodos y técnicas de recolección y análisis de información, (encuestas desarrolladas por la IPS sobre los pacientes, entrevistas semiestructuradas, revisión documental, políticas de la IPS, grupos focales, etc.). El caso y contexto a estudiar fue una IPS de la ciudad del Cali durante el periodo de 2015 al primer semestre del 2020. Dentro de este caso, se tomaron datos sobre la gestión de las enfermedades de pacientes mayores de 18 años con patologías crónicas tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia e hipotiroidismo; es decir, un análisis del programa de gestión de pacientes crónicos desde el año 2015, comparando las atenciones realizadas desde el inicio del programa antes y después del 2018.

Además, se efectuó un análisis a partir de las fuentes de información como lo son informes realizados por el equipo de gestión del programa liderado por enfermera profesional, médicos especialistas en medicina interna, y médico general experto, además de revisión de la base de datos con información de seguimiento de los pacientes incluidos al programa para así evaluar la oportunidad de la atención, el mejoramiento de la captación temprana para el abordaje del riesgo y la optimización de tratamientos médicos.

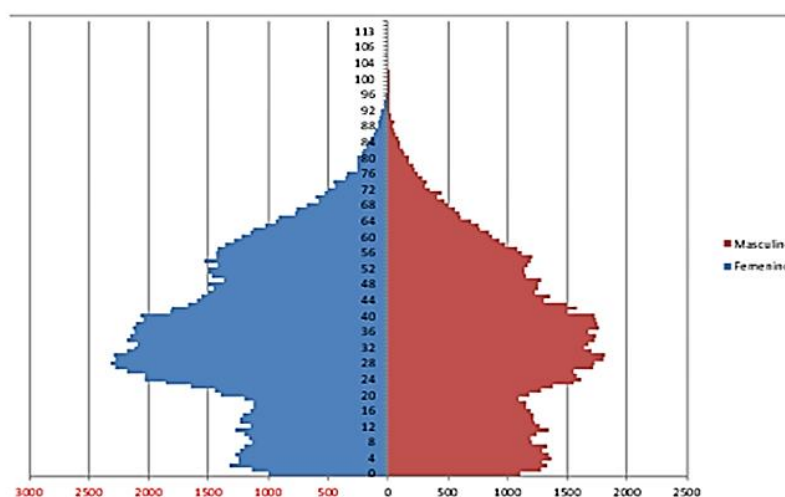
Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas al equipo de gestión del programa y a los pacientes que pertenecen a este grupo de cuidado para evaluar la satisfacción de los pacientes en cuanto al manejo del programa por médico general experto vs. Especialista en medicina interna y el nivel de satisfacción de este grupo poblacional.

Basados en el contexto anteriormente descrito desde la modalidad de investigación aplicada teniendo en cuenta la ausencia de duplicación de la información se cuenta con total viabilidad y disponibilidad de los recursos y el asentimiento político y moral siendo un tema plenamente aceptable y sin ningún problema de tipo ético, tal como se menciona en la Resolución número 8430 de 1993 (Ministerio de Salud), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

5. Análisis y Descripción del Caso

En cuanto a la demografía del país y de la ciudad del Cali la siguiente pirámide poblacional de los asegurados de una entidad promotora de salud permitió observar una base angosta, en donde la mayoría de población adscrita a la EPS se encuentra en un rango de 24 a 48 años de edad, con una expectativa de vida de 84 años de edad, lo que demuestra una baja tasa de natalidad y una población que en su mayoría se encuentra en una edad productiva económicamente, una población que tiende a envejecerse con una expectativa de vida mayor en relación con la población de Colombia siendo un factor de riesgo asociado más a dimensionar y revisar por ser una de las principales causas de morbilidad la asociación de enfermedades crónicas a edades avanzadas.

Gráfica 1. Pirámide Poblacional EPS Cali a octubre de 2019



Fuente: Informes de gestión en salud para demanda inducida, capacidad máxima, afiliación de clientes EPS en estudio 2018-2019.

La atención de los usuarios para un asegurador en la ciudad de Cali se concentra en instituciones prestadoras de servicios de salud distribuidas por puntos de georreferenciación denominadas IPS básicas las cuales figuran como instituciones propias del grupo empresarial, y

también en IPS adscritas como parte de contratación con externos para la atención de pacientes; estas IPSs (Tequendama, Paso Ancho, Salud en Casa, Flora, Sura a Castellana, Salud Sura Chipichape) se distribuyen de la siguiente forma.

Tabla 1. Distribución geográfica de las IPS y diferenciación entre propias y adscritas en la ciudad de Cali.

UBICACIÓN	IPS BASICAS	IPS ADSCRITAS
ZONA SUR	IPS Tequendama	IPS Vivir
	IPS Paso Ancho	
	IPS Salud en Casa	
ZONA NORTE	IPS Flora	IPS Colsubsidio
	IPS Sura La Castellana	
	IPS Salud Sura Chipichape	

Fuente: Autores de la investigación

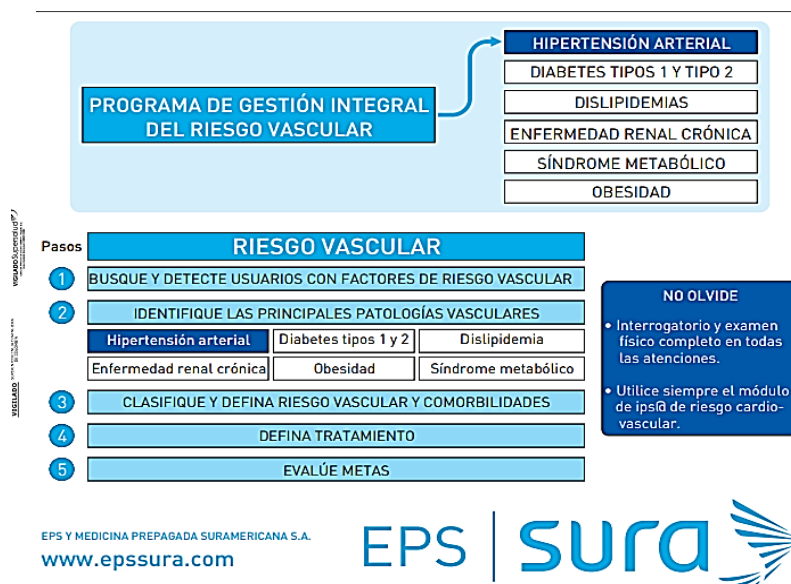
5.1 Modelo de Gestión Integral Pacientes con Riesgo Cardiovascular 2011-2017

El modelo de gestión de riesgo cardiovascular manejado por un prestador de servicios de salud en la ciudad de Cali a la EPS SURA, contaba con un modelo de atención en salud para la población con sospecha y diagnóstico de riesgo cardiovascular, con el fin de dar cobertura integral a los pacientes con patologías crónicas como diabetes tipos 1 y tipo 2, dislipidemias, enfermedad renal crónica, síndrome metabólico, obesidad, incluyéndolos en un programa denominado crónico permanente.

Este programa constaba de cinco puntos clave que iniciaba con la búsqueda y detección de usuarios con factores de riesgo vascular, luego la identificación de las principales patologías vasculares hipertensión arterial diabetes tipos 1 y dislipidemia enfermedad renal crónica obesidad síndrome metabólico, posteriormente se realizaba la clasificación y definición de riesgo vascular

y comorbilidades y de esta manera definir el tratamiento para cada caso y por último se realizaba la evaluación de metas (Coordinación científica nacional EPS SURA, 2012).

Gráfica 2. Guías de abordaje y seguimiento Paciente con sospecha y diagnóstico de riesgo vascular2011



Fuente: Sura EPS (Coordinación científica nacional EPS SURA, 2012).

La atención y gestión de los pacientes incluidos en el programa de riesgo cardiovascular de la institución prestadora de servicios de salud se encontraba a cargo de un médico general acompañado por un equipo de enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería, apoyados por áreas complementarias de especialidades clínicas y nutrición, adheridos a los lineamientos y directrices determinados para los programas desde el sistema de vigilancia epidemiológica para el control del riesgo cardiovascular por los diferentes entes territoriales, pero sin una centralización de la información, de esta manera se cumplían con la función de captación, cobertura para la atención y gestión del riesgo de esta población de manera parcial, debido a que por el tipo de asegurabilidad los pacientes tenían acceso a una atención por profesionales independientes ubicados en diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud externas y centros

especializados externos que complementaban el abordaje de todos los riesgos sin una concentración de la información para el seguimiento de la población desde un único punto de referencia exponiendo al paciente incluso al acceso indiferenciado de servicios sub especializados en los que no se cumplía con los criterios de pertinencia.

Una de las grandes dificultades de este modelo de gestión radicaba en las herramientas tecnológicas, si bien existía el personal sanitario para el manejo de los pacientes, los procesos relacionados con el modelo en su mayoría se realizaban de manera manual, por ende los informes también se generaban de esta forma y era difícil socializar con todo el personal los hallazgos clínicos que podían ser objeto de intervención, por el contrario cada profesional asumía la postura que se creía pertinente pero se ignoraba el resto de manejo del paciente en la institución.

Es claro que los modelos de gestión y los cambios al interior de las organizaciones suponen de talento humano, financiero y tecnológico que permitan lograr una intervención eficaz.

5.2 Modelo de Gestión Integral Pacientes con Riesgo Cardiovascular 2018

Este modelo nace a partir de las ineficiencias encontradas en el abordaje integral de los pacientes; Poca accesibilidad al programa existente hasta el 2017, atención fragmentada, dificultad en la identificación y captación de pacientes crónicos, falta de información y concentración de la población desde una base de datos única, baja capacidad de gestión para el abordaje individual del riesgo, impacto negativo en la oportunidad para la atención inicial y el seguimiento por el crecimiento desbordado de las actividades del programa, capacidad instalada ineficiente, falta de oportunidad para la atención especializada ante la necesidad de un abordaje complementario a pacientes con otras patologías que requerían manejo por especialista, uso de medicamentos no pertinentes, a dosis inadecuadas y polimedicados, situaciones que se originaban al no tener una

base de datos centralizada con la información de los pacientes para la identificación y el manejo de los pacientes con riesgo, por el contrario se desarrollaban actividades como consultas de manera individualizada por los profesionales, lo que generaba reproceso y actos no pertinentes en el manejo del paciente.

Esta reorganización del programa requirió un cambio desde la figura de modelo de atención denominado grupo de cuidado, un modelo diseñado para articular diferentes actores y sus procesos acompañando a los pacientes en sus momentos de vida, soportado en herramientas tecnológicas que permitan el cuidado, la captación y seguimiento oportunos, la gestión de sus necesidades y coordinar las acciones que se requieran.

Este programa consiste en el cuidado multidisciplinario de las personas afiliadas enfermas con patología cardiovascular (ICC), pulmonar (EPOC) y metabólica (DM) compleja a partir de servicios de salud básicos y especializados en instituciones expertas, garantizando el acompañamiento por un período de tiempo definido.

El objetivo principal del programa era reducir la carga de enfermedad de estas poblaciones, impactando positivamente en el uso de servicios derivados de sus complicaciones, mejorando la experiencia de cuidado y disminuyendo el costo, para ello el proceso de identificación y captación se hace desde todos los servicios de la institución.

Para que el modelo funcione con la calidad esperada se creó un grupo conformado por profesionales que hacen parte del back de gestión quienes hacen la captación de pacientes, está conformado por la enfermera líder, auxiliares de enfermería, y auditores médicos quienes manejan una base de datos con información de pacientes recién afiliados, post hospitalizados, remitidos desde la estrategia tu bienestar al día y de los correos de médicos de las sedes.

Grafica 3. Modelo de atención basado en gestión del riesgo en salud SURA EPS



Fuente: Sura EPS

La identificación del riesgo en Sura Eps se realiza a través de la caracterización del afiliado y su contexto, una vez el paciente es identificado, se procede a hacer la verificación por parte de la líder del grupo, quien verifica si cumple con los criterios tanto con el modelo como con la parte administrativa y luego asignan al paciente a un grupo de cuidado.

Si el paciente acepta ingresar al programa de riesgo cardiovascular, la enfermera jefe líder del programa de la sede, recibe la información por health cloud, la cual es una herramienta tecnológica, en la que se encuentra la base de datos de los pacientes y en donde además se inscriben las tareas pendientes para la gestión de cada paciente y de esta forma darle continuidad al seguimiento de cada usuario según sus requerimientos, posterior a esto se asignan además citas con las especialidades que hacen parte del modelo: nutricionista, deontología, medicina interna, oftalmología, y de acuerdo a la valoración y condiciones del paciente se define el plan de manejo y seguimiento del mismo.

5.2.1 Herramienta Tecnológica Health Cloud

Dentro del cambio organizacional del modelo de gestión de riesgo cardiovascular, entro en funcionamiento la plataforma Health Cloud, la cual es una herramienta tecnológica especialmente diseñada para la gestión clínica de pacientes por medio de tecnologías on-cloud (en la nube, se puede acceder a la información desde cualquier sitio y desde varios dispositivos), la cual ofrece: una comunicación más personalizado entre pacientes, miembros, proveedores y prestadores de servicios de salud, y un mejor ajuste a los procesos, servicios y datos médicos según el perfil de cuidado de cada paciente

Para Sura EPS el aseguramiento debe enfocarse en prevenir y mantener a sus asegurados sanos y saludables, por esta razón Health Cloud se constituyó en el proyecto de la empresa de Seguros de vida Suramericana para que por medio de la plataforma Salesforce se puedan registrar y programar las gestiones médicas de los pacientes.

De esta manera, el propósito de Health Cloud es permitir el seguimiento de las actividades hospitalarias que se están desarrollando con los clientes desde otros programas que ya se encuentran en esta plataforma y también tener acceso a los registros clínicos de otros aplicativos, tales como: IPSA, PHC, ayudas diagnósticas, entre otras.

Esta herramienta permite además que el personal pueda interactuar con otros aplicativos y servicios de salud de la institución, mejorando de esta manera el acompañamiento médico de los pacientes tanto desde un punto de vista de la prevención como del bienestar, brindando una mirada integral del paciente

Health cloud se adquirió para optimizar las intervenciones de gestión y actividades asistenciales dirigidas a los pacientes y también agilizar el proceso de registro de los pacientes en los programas de cuidado (según su perfil) (Montoya-Jiménez, 2020).

5.3 Caracterización y Diferenciación de los Modelos de Gestión de Pacientes con Riesgo Cardiovascular

Características y diferencias fundamentales, estas últimas radican en los cambios efectuados a nivel del talento humano, los recursos tecnológicos y los objetivos planteados en las estrategias diseñadas.

Tabla 2. Características de modelos de gestión de pacientes con riesgo cardiovascular

Modelo de gestión 2011	Modelo de gestión 2018
Objetivo: reducir la progresión de las patologías asociadas con el Riesgo cardiovascular en los pacientes y retardar la aparición de complicaciones.	Objetivo: Cuidar a los asegurados gestionando de manera integral sus tendencias y riesgos en salud, mediante el acompañamiento y seguimiento, a través de actividades coordinadas que eviten o mitiguen dichos riesgos con el fin de mantenerlos más saludables en el tiempo aportando a su bienestar, calidad de vida y garantizando así su competitividad sostenible.
Población objeto: Pacientes con enfermedades crónicas o comorbilidades mayores de 40 años	Población objeto: Asegurados mayores de 40 años y mayores de 18 años con patologías crónicas, que consultan de manera habitual en las sedes propias y en la red externa, pero con especialistas de las sedes propias
Patologías definidas dentro del alcance del modelo: HTA, Diabetes Mellitus, Enfermedad Renal Crónica, Enfermedad Cardiovascular, Enfermedad Cerebrovascular, dislipidemia	Patologías definidas dentro del alcance del modelo: HTA, Diabetes Mellitus, Enfermedad Renal Crónica, EPOC, Enfermedad Cardiovascular, Enfermedad Cerebrovascular, Dislipidemia,

Obesidad, Artritis Reumatoidea, Asa, Hemofilia, Enfermedad Tiroidea.

Grupo de cuidado: Médico general asignado a un grupo de afiliados que presenta hipertensión o diabetes o la combinación de 3 o más comorbilidades de riesgo cardiovascular, controles por Enfermera Profesional

Equipo de apoyo: Medicina interna, odontología, nutrición, optómetra.

Logístico y operativo: Diferentes sedes de Sura Eps, herramienta de comunicación plataforma Gestión Médica

Captación de pacientes: Se realiza en su mayoría por el médico general, a través del aplicativo donde se consignan las historias clínicas electrónicas. El aplicativo brinda la opción de marcar el paciente de forma que cualquiera que ingresa a su historia clínica encontrara inmediatamente un cuadro de dialogo que informa las Patologías del paciente.

Grupo de cuidado: Médico Internista, Enfermera Profesional y un Auxiliar de Enfermería

Equipo de apoyo: Médico General, Nutricionista, Psicología, Químico farmacéutico, Educador físico, Médico Deportólogo, Subespecialistas

Logístico y operativo: el equipo deberá trabajar cerca locativamente y deberá contar con herramientas de comunicación como telefonía celular y applicativa para garantizar la continuidad de los procesos de atención, asignación y seguimiento (PHC, Ipsa, Health Cloud, Agendaweb, Globalweb, etc).

Captación de pacientes: monitoreo mensual de la población de asegurados desde el nivel central del prestador con el fin de identificar aquellos que cumplen criterios para pertenecer al modelo. Otras fuentes de identificación de pacientes como Gestor hospitalario, Médico Case, cuidados paliativos

Back de gestión: Equipo de personas, conformado por Auxiliares de Enfermería, Médicos Generales y Enfermera Líder, que realizan gestiones en salud integrales para la población de salud sura desde una línea telefónica en el marco

del modelo de atención y por medio del trabajo articulado con los grupos de cuidado apoyando su gestión operativa.

<p>Infraestructura tecnológica: in house</p> <p>Gestión Médica, seguimiento de pacientes, permite marcaciones de las condiciones de salud del paciente, no genera informes</p>	<p>Infraestructura tecnológica:</p> <p>SalesForce Health Cloud, permite el seguimiento de las actividades hospitalarias que se están desarrollando con los clientes desde otros programas que ya se encuentran en esta plataforma y también tener acceso a los registros clínicos de otros aplicativos de la compañía, tales como: IPSA, PHC, ayudas diagnósticas, entre otras</p> <p>Genera informes.</p>
---	---

Fuente: Autores de la investigación.

A nivel del talento humano, en el antiguo modelos da énfasis en la atención individual de los pacientes, no existiendo unificación de diagnósticos y manejo clínico, causando eventos como medicaciones innecesarias, repetición de procesos que no solo implica desgaste del personal y del paciente sino también de los recursos económicos de la compañía, por su parte el modelo de gestión adoptado desde el 2018 permitió la unificación de criterios médicos para la atención integral del paciente, algo que favorece la intervención del riesgo en la medida que no se repiten procesos y más bien se optimizan los recursos de la institución, detectando de manera oportuna las condiciones físicas y sociales del paciente para su posterior clasificación dentro de los modelos de gestión.

Lo anterior está directamente relacionado con el cambio a nivel tecnológico pues se pasó de tener la información concentrada en los puestos de trabajo a una globalización al interior de la compañía permitiendo que las condiciones de los pacientes fueran conocidas por las diferentes disciplinas y de esta manera pudieran ser objeto de intervención como se viene realizando hasta la actualidad.

Todo esto sumado al cambio de visión de la compañía, genero un modelo eficiente que no está pensado solo en la atención del paciente sino también en la prevención y bienestar del mismo.

Tabla 3. Cuadro comparativo de modelos de gestión de pacientes con riesgo cardiovascular

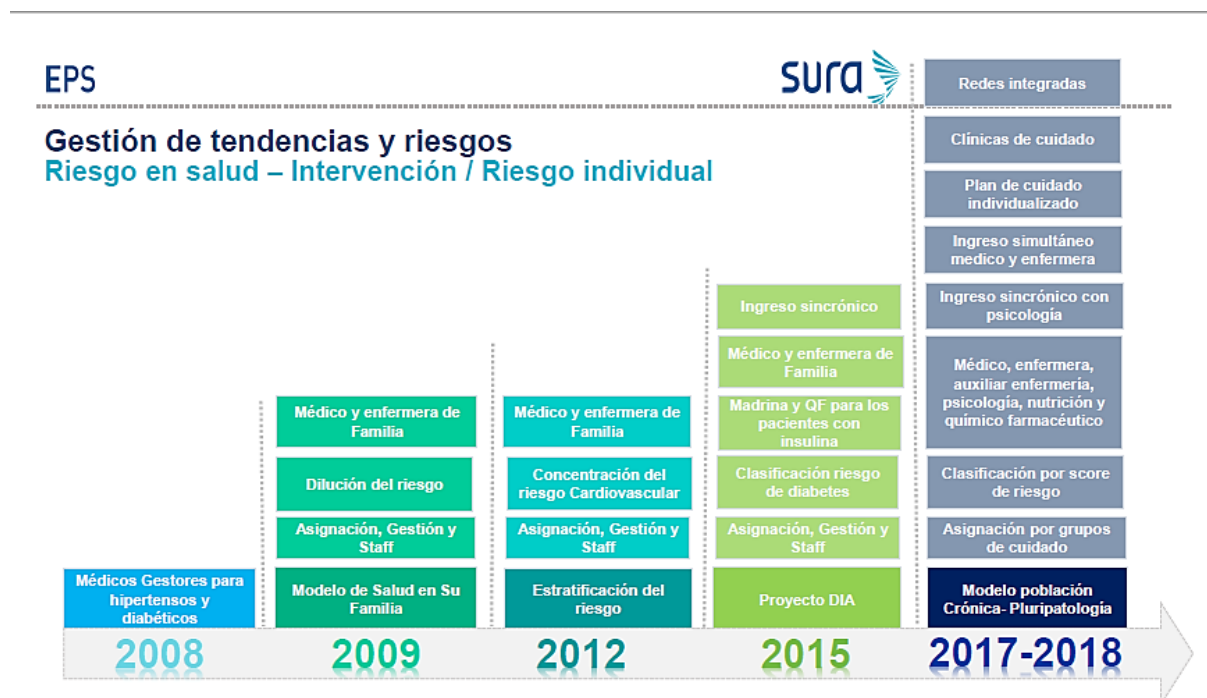
Modelo de gestión del riesgo cardiovascular 2011-2017	Modelo de gestión del riesgo cardiovascular 2018-actualidad
Poca accesibilidad al programa	Incremento en captación y accesibilidad de pacientes al programa
Atención fragmentada	Interoperabilidad de historia clínica
Manejo de datos e información individualizada	Identificación centralizada por personal especializado de posibles pacientes para ingresar al programa
Dificultad en la identificación y captación de pacientes crónicos	Cuenta con la herramienta health cloud para el manejo de la información de manera oportuna y confidencial.
Falta de información y concentración de la población desde una base de datos única	Manejo multidisciplinario del paciente según patología y necesidades reales detectadas
Baja capacidad de gestión para el abordaje individual del riesgo	Capacidad instalada adecuada para el nivel de ingresos anuales.
Impacto negativo en la oportunidad para la atención inicial y el seguimiento por el crecimiento desbordado de las actividades del programa	Captación de pacientes sanos con factor de riesgo por edad
Capacidad instalada ineficiente	Seguimiento de casos de manera virtual o telefónica
Falta de oportunidad para la atención especializada ante la necesidad de un abordaje complementario	Cuenta con una líder del proceso que se encarga de coordinar las actividades
uso de medicamentos no pertinentes, a dosis inadecuadas y polimedicados	Manejo integral del paciente

Fuente: Autores de la investigación

Finalmente los modelos de gestión requieren una autoevaluación para definir su eficacia y efectividad frente a los objetivos planteados, siendo necesario realizar planes de mejoramiento y estrategias que fortalezcan las falencias identificadas, la siguiente línea de tiempo muestra cómo

ha evolucionado el modelo de gestión de riesgo cardiovascular en Sura Eps mejorando los resultados y en pro del bienestar de los pacientes.

Grafica 4. Evolución modelo de gestión del riesgo SURA EPS



Fuente: Sura EPS

6. Resultados

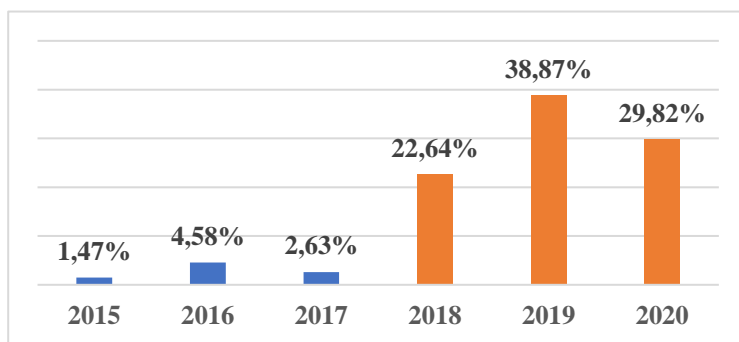
Las enfermedades cardiovasculares sin duda alguna representan un gran problema de salud pública, y la EPS Sura no es la excepción, inicialmente esta Eps contaba con un modelo de gestión de riesgo cardiovascular centrado en el manejo de los pacientes crónicos, pero en el año 2018 la gestión se centró en prevenir las enfermedades y complicaciones cardiovasculares, pasando de intervenir pacientes crónicos a captar pacientes sanos con pre disposiciones a desarrollar este tipo de patología.

De esta manera se diseñó un modelo centrado en el manejo multidisciplinario del paciente apoyado en una herramienta tecnológica que ayudaría a la identificación de posibles pacientes susceptibles de manejo en el modelo de gestión del riesgo cardiovascular, todo ello bajo un cambio organizacional al interior de la aseguradora y donde se crearían figuras de líder central, gestor de proceso que manejarían la información de manera centralizada y oportuna para ser aplicada.

Es así como se realiza el análisis de una sede la aseguradora donde se encontraron los siguientes resultados;

Durante los últimos 5 años en la IPS SURA sede Chipichape se ingresaron un total de 3732 pacientes al programa de riesgo cardiovascular, de los cuales 3409 pacientes fueron captados a partir del modelo implementado en el 2018, es decir el 38,88% ingreso en el 2019, seguido del primer semestre del 2020 con un porcentaje de 29,82%, y posteriormente el 2018 con un porcentaje de 22,64%, periodo que coincide con la organización del programa de riesgo cardiovascular, cifras muy diferentes a las obtenidas con el modelo anterior, en los años 2015, 2016 y 2017 cuando ingresaron al programa de riesgo cardiovascular un porcentaje de 1,47%, 4,46% y 2,63% respectivamente.

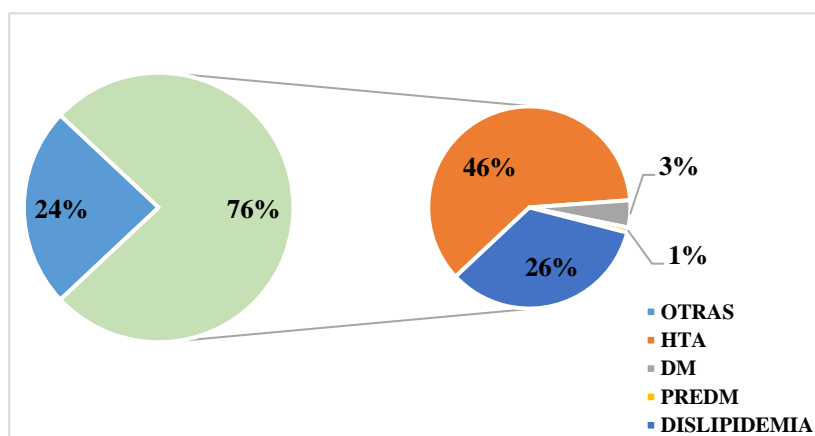
Gráfica 5. Ingreso de pacientes por año al programa de riesgo cardiovascular



Fuente: Estadísticas de Sura

De los 3732 ingresados a los programas de riesgo cardiovascular durante el periodo 2015-2020 el 76% corresponden a HTA (46,30%), dislipidemias (25,88%), diabéticos (3,30%), trastorno de carbohidratos (0,62%), el 24% restante corresponden a otras patologías como hipotiroidismo, obesidad, infarto agudo de miocardio, tensión arterial alta sin diagnóstico de hipertensión entre otras.

Gráfica 6. Ingreso de pacientes al programa de riesgo cardiovascular antes y después del 2018

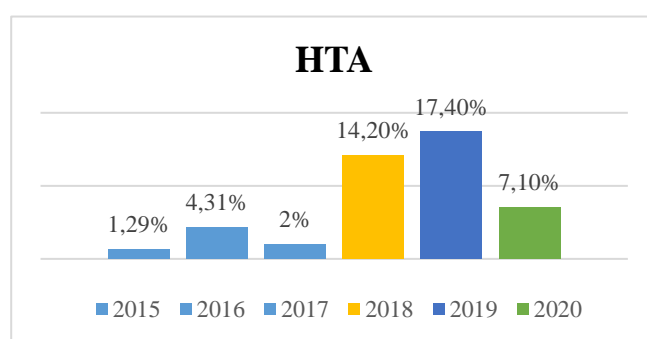


Fuente: Estadísticas de Sura

En referencia al ingreso de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial (HTA) a los modelos de atención, se observó un importante crecimiento en la detección y manejo de

pacientes con HTA a partir del 2018, pasando de captar un 1,29% de los pacientes atendidos en el 2015 a incorporar un 17,40% en el programa de riesgo cardiovascular de los paciente atendidos en el 2019, demostrando que cada año se realizan mejores estrategias en la detención y manejo de pacientes con este tipo de patología, durante el primer semestre del presente año se le realizo ingreso y manejo al 7,10% de los pacientes atendidos en ese periodo de tiempo, algo fundamental en tiempos de pandemia donde la atención paso de ser presencial a tele consulta por disposiciones gubernamentales y sanitarias, evitando exponer a los pacientes con este tipo de enfermedades al riesgo de contagio por Covid-19.

Gráfica 7. Ingreso de pacientes HTA al programa de riesgo cardiovascular

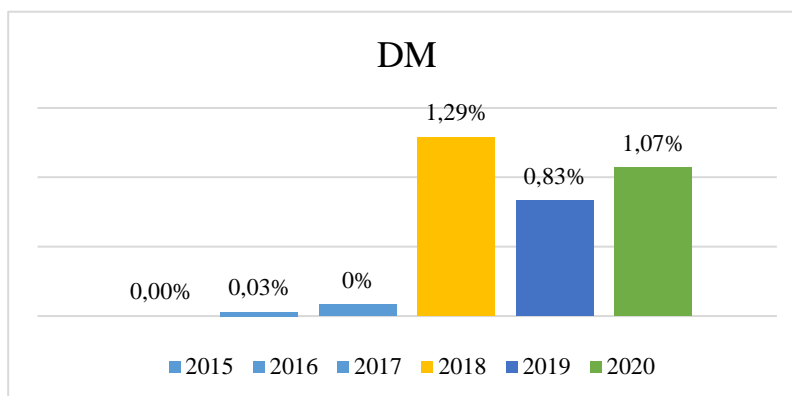


Fuente: Estadísticas de Sura

En el caso de los pacientes diabéticos, se logró tener un incremento en la inclusión de paciente al programada de riesgo cardiovascular, ya que en los año 2015, 2016 y 2017 las cifras de pacientes en el programa no supero el 0%, mientras que en el año 2018 se incluyeron 48 pacientes que representan el 1,29% del total de personas captadas en 5 años, en el 2019 se presentó un leve descenso en la cifra de pacientes incorporados quedando nuevamente por debajo del 1% con un 0,83%, el modelo para la gestión del riesgo de pacientes cardiovasculares en el 2020 logra alcanzar el 1,07%, como se mencionó anteriormente las condiciones de emergencia sanitaria presentadas durante este periodo de tiempo permiten identificar un avance significativo, ya que

esta población de riesgo a pesar de tener restricciones por su vulnerabilidad frente al Covid 19 accedo a un manejo multidisciplinario como se propuso en el nuevo de modelo de atención.

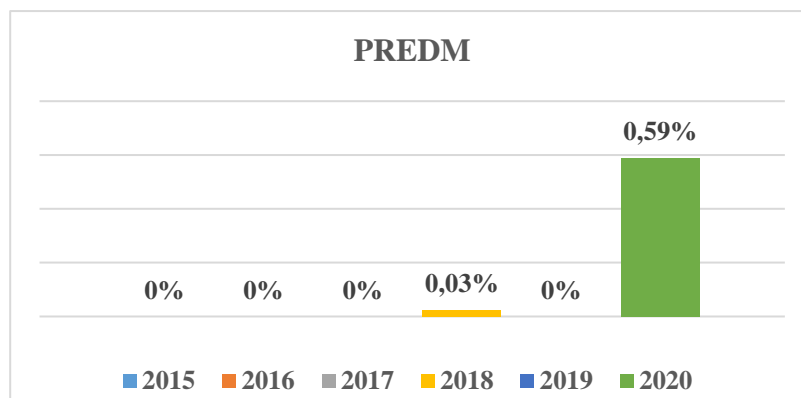
Gráfica 8. Ingreso de pacientes diabéticos al programa de riesgo cardiovascular



Fuente: Estadísticas de Sura

Un caso muy especial se presentó con los pacientes en manejo por presentar síntomas y signos que pueden avanzar rápidamente a una diabetes, esta población requiere una intervención oportuna y pertinente que permita tener un mejor control metabólico con cifras de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en límites normal, para lograr este objetivo los estilos de vida saludable son esenciales, y después de captar 1 paciente es decir el 0,03 de la población en 4 años, en el 2020 con la puesta en marcha del nuevo modelo de atención para el riesgo cardiovascular las cifras alcanzaron el 0,59% es decir 22 pacientes fueron diagnosticados con pre diabetes y accedieron a un manejo integral y multidisciplinario que permita mejorar su control metabólico e impactar de manera positiva la incidencia de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus.

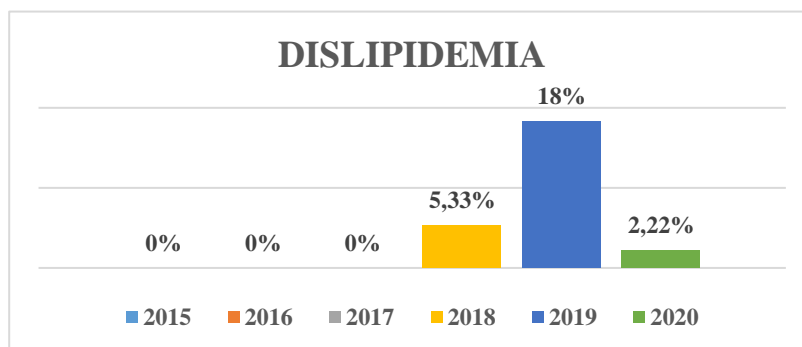
Gráfica 9. Ingreso de pacientes pre diabéticos al programa de riesgo cardiovascular



Fuente: Estadísticas de Sura.

Por otro lado los pacientes con diagnóstico de dislipidemia, que son otra poblaciones afectada en su mayoría por los estilos de vida, no se había captado pacientes antes de la implantación del nuevo modelo en el 2018, como se observa en la siguiente gráfica venia presentando un incremento de pacientes en manejo llegando a captar 684 pacientes en 2019 lo que corresponde al 18,33% del total de pacientes del periodo en estudio, pero que infortunadamente tuvo un retroceso en el año 2020 si se compara con el año inmediatamente anterior, ya que se incluyeron 83 pacientes es decir un 2,22% de la población.

Gráfica 10. Ingreso de pacientes con dislipidemia al programa de riesgo cardiovascular



Fuente: Estadísticas de Sura

Es importante aclarar que los resultados en cuanto a peso, niveles de presión arterial de los pacientes, índice de masa corporal, glucometrías entre otros, no fue posible obtenerlos por las restricciones que se impusieron en el sistema de salud a nivel nacionales por la pandemia, ya que los pacientes incluidos en el programa de riesgo cardiovascular fueron y son catalogados de alto riesgo para complicaciones o mortalidad por el COVID-19, de igual manera mucha información fue restringida ya que el personal disponible, fue reasignado con motivo de aumentar la capacidad instalada en la institución y poder atender a toda la población que así lo necesitara.

A pesar de todos los inconvenientes presentados, el programa se fortaleció de manera virtual, porque si bien es cierto esta población de riesgo cardiovascular debe permanecer aislada como medida preventiva, también debieron ser captados y manejados de manera integral, permitiendo un mejor control de sus patologías e incentivándolos constantemente para el desarrollo de entornos saludable.

Por otro lado, también a nivel del talento humano se obtuvo información para los fines de a investigación, a continuación se presenta la apreciación del personal sanitario en relación a los cambios organizacionales que dieron en el programa de riesgo cardiovascular

La encuesta se aplicó a 4 personas que hacen parte del programa para manejo de pacientes con riesgo cardiovascular;

1. Médico internista
2. Médico General
3. Profesional de enfermería
4. Auxiliar de enfermería

Mediante la encuesta semiestructurada se obtuvo que el equipo de riesgo cardiovascular está compuesto por un médico internista, un médico general, una nutricionista, un médico

deportólogo, una enfermera jefe, una auxiliar de enfermería y otros especialistas según la necesidad del paciente que apoyan todo están en la sede de salud dura Chipichape.

El programa se inició en la sede Sura Chipichape y con la población afiliada a la póliza de suramericana o a la EPS sura.

Como hallazgo especial se destaca la manera como se captan los pacientes, cuando se le pregunto a los encuestados por el tema al respeto:

¿Quiénes son los responsables de la captación de pacientes a incluir en el programa de grupo de cuidado?

“La captación de los pacientes es diversa, porque pueden llegar por otros motivos de consulta, venían pacientes ya de antes de la base de datos, también son captados por el sistema por códigos de diagnósticos, por información de facturación así consulten a red externa, el sistema los identifica con los códigos diagnósticos, por comorbilidades, atenciones en urgencias, por eventos graves en urgencias” Internista.

“En la captación de pacientes están todas las personas que tengan contacto con usuarios de los afiliados , por ejemplo consulta externa y especialidades, ya que los médicos de toda la sede tienen el conocimiento del programa y estos realizan la captación al grupo de cuidado , por medio de correo electrónico, también por la parte administrativa de la póliza según los parámetros establecidos , ellos captan a los pacientes y los direccionan hacia la enfermera líder del programa. Otro canal es los pacientes hospitalizados, un médico gestor lo remite por medio de correo al programa” Medico general.

Es fundamental que todas las personas que hacen arte de la compañía conozcan de cerca los programas que se manejan, de esta manera la población es direccionada de manera asertiva y

oportuna para el inicio temprano de las medidas encaminadas a disminuir la probabilidad de complicaciones de los pacientes.

Otro punto fundamental es la disponibilidad de información como lo indica el internista, no importa que los pacientes acudan a una red externa, siempre la información circulara de manera oportuna, permitiendo la interoperabilidad de los datos de la historia clínica, que facilita el acceso a los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PYP).

En referencia a la disponibilidad de los datos de la historia y en relación a la confiabilidad de la misma como lo estipula la resolución 1995 de 1999 (Ministerio de Salud, 1999), se indago a los participantes sobre este tema;

¿Cómo es el manejo de la información obtenida y cuál es el grado de confiabilidad?

“La información propia del paciente está cargada en la herramienta de health cloud para ingresar es confiable porque requiere usuario y clave para acceder a la información, en la base de datos se lleva el conteo, en health cloud está todo y puedo acceder a la historia clínica. Se está actualizando constantemente a las nuevas afiliaciones está amarrada a otros programas paciente sin póliza desaparece del seguimiento porque no cumple un criterio” Profesional de enfermería.

“La información es confiable, porque por medio de nuestras historias clínicas pueden analizar, se puede hacer una evaluación objetiva por medio de la historia clínica. Por medio de la historia clínica tenemos acceso al laboratorio clínico, contamos con otros laboratorios de la red confiables de red externa. Siempre se confirma el diagnóstico, para especificar mejor los diagnósticos y mejorar la clasificación de los diagnósticos”. Internista.

A pesar de que la aplicación o herramienta health cloud les permite acceder a información de manera confiable, también se encontraron algunos inconvenientes con la misma

“En el momento health cloud no arroja estadísticas por lo que se genera limitación en la información, la información que nos da la herramienta es para saber si los pacientes tienen grupo de cuidado, que tipo de diagnóstico y si han sido atendidos por otros profesionales de la red externa, no genera información de cuales pacientes han sido atendidos en la sede y no permite tener la información directamente por la líder del grupo de cuidado, para obtenerla se debe escalar la solicitud a sistemas”.

Cuando se indago puntualmente por el programa objeto de estudio se obtuvieron las siguientes respuestas

¿Cuáles han sido las modificaciones que ha tenido el modelo de atención para el manejo de los pacientes con enfermedades de riesgo cardiovascular?

Tabla 4 ¿Cuáles han sido las modificaciones que ha tenido el modelo de atención para el manejo de los pacientes con enfermedades de riesgo cardiovascular?

Pregunta	<u>Enfermera Líder</u>	<u>Medico General</u>	<u>Auxiliar de Enfermería</u>	<u>Medicina interna</u>
¿Cuáles han sido las modificaciones que ha tenido el modelo de atención para el manejo de los pacientes con enfermedades de riesgo cardiovascular?	En cuanto ventaja y desventaja la generación de copagos ha causado dificultad ya que antes no generaba ningún cobro, ha sido un choque porque no somos una Ips básica y el paciente cuando se le informa que se genera un copago no quiere pagar y al explicarles que es por póliza y no por PBS muestra inconformidad y se presenta esa dificultad ante la no existencia de pólizas que amparen consulta externa. La otra desventaja es que dentro del modelo no se coordinan las actividades educativas, esas están a cargo de la EPS, las actividades se hacen de manera individual y no grupal.	Varios. SE paso de un modelo donde se atienden personas a un modelo donde se gestionan riesgos, hay pacientes de Hta -dm – VIH- trastornos de la tiroides, aunque los pacientes de VIH están ahora en salud en casa. El médico principal del modelo anterior era el medio general ahora es el médico internista. Antes se remitía al paciente a especialidades de apoyo ahora cuando el paciente ingresa al paciente tiene inicialmente un grupo asignado con su internista principal, deportologo, nutricionista, y enfermera jefe. Los pacientes de obesidad ahora son pacientes gestionados en el modelo ya que la póliza incluye	Ingrese con el modelo. Se que se manejaba el programa de riesgo cardiovascular eran pacientes que consultan más por el pos y era con médico general, también se hacía gestión de citas y el Dr. Riascos era el que direccionaba a los pacientes a los especialistas que el requeriría, ahora está orientado para pacientes con póliza y hay varios médicos internistas.	Se ha ido estructurando, primero venia con medicina general, considero que el médico general lo hacía muy bien, en cuanto a la atención humana, pero en los protocolos. algunos pacientes requieren manejo por especialistas, al iniciar creamos el proyecto, sura nos dejó en nuestra autonomía y en equipo idear los protocolos, para cumplir con lo mínimo y las guías de práctica clínica, trabajar en pacientes con alto costo, hacer consolidado de todos los pacientes según su patología. Hemos tenido dificultades con especialistas externos, no se evidencia adecuados manejos sobre los protocolos según las patologías y las guías clínicas, llegan con otro



cobertura de cirugía bariátrica. Además, aparecen los criterios de inclusión en el modelo, toda persona mayor de 18 años con patología cardiovascular y toda persona mayor de 40 años sana. La plataforma Health Cloud da la posibilidad de ver las metas de los pacientes aun estando atendidos por los otros especialistas, todos pueden ingresar a esta plataforma.

protocolo a veces es difícil que sigan el protocolo de la institución. Problemas con los Mipres, se formulan en un papel y acuden para transcripción, no hay responsabilidad medica y fiscal, ni de compromiso del médico que lo formula, no deja claro en la historia clínica por lo menos para iniciar tratamiento.

Fuente: Autores de la investigación

La anterior tabla revela la percepción del personal sobre los cambios organizacionales del programa de riesgo cardiovascular, se destaca la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, así como la adherencia a los protocolos de inclusión de pacientes al programa por parte del personal adscrito a la IPS, subrayando además la oportunidad de los afiliados de tener un manejo multidisciplinario y acorde a las necesidades propias de cada paciente y según el tipo de diagnóstico que tienen.

Otros aspectos importantes tienen que ver con los hallazgos en los cambios organizacionales del programa

“Considero hallazgos positivos, poder hacer una atención inter multidisciplinaria, para mejora cambios en estilos de vida lo cual ha sido más positivo los he visto más empoderados, ha mejorado la adherencia, gracias al trabajo de la

auxiliar de enfermería y la jefe del programa sobre recordatorios de actividades. Ha mejorado la oportunidad de consulta debido a la descentralización del médico general, ya que ahora hay tres internistas para que la consulta sea más rápida. Al principio hubo dificultades en la transición por algunos pacientes que no quieren cambiar el médico inicial” Médico general

“Dentro de un punto de vista subjetivo, ya que trabajo en otros sitios, creo que la población que manejamos comparado con el grueso de la población, los pacientes están más controlados, mejores metas, tienen menos complicaciones, aunque no conozco las estadísticas, desde mi consulta puedo ver que están controlados. A pesar de la pandemia han estado controlados, tiene quejas por entrega de medicamentos, por Mipres; considero que él que no se va a adherir no se adhiere” Internista.

Tabla 5. Entrevista semiestructurada, adherencia y diagnósticos de los pacientes

Pregunta	<u>Enfermera Líder</u>	<u>Médico General</u>	<u>Auxiliar de enfermería</u>
¿Están adheridos los pacientes al proceso de implementación del modelo?	Ha mejorado mucho la atención desde mi punto de vista, uno ve que los pacientes están más controlados, más adheridos y ha mejorado mucho. Ha aumentado el número de pacientes por las patologías incluidas como EPOC, hipotiroidismo, obesidad y se propone incluir anti coagulados.	Hay adherencia de los pacientes adecuada, creo que hay un impacto positivo.	La mayoría si, más los adultos mayores, aunque fue difícil el cambio, pero siempre dan buenos comentarios.
¿Cuáles son las patologías que predominan en la población	HTA, DM, dislipidemia y adición EPOC, hipotiroidismo, obesidad.	HTA- DM- dislipidemia- hipotiroidismo- obesidad. En menor EPOC, enfermedad renal crónica; en estadios iniciales, los pacientes en estadio III b2	HTA, DM, Dislipidemia.

del
programa?

y superior, estos pacientes tienen dos opciones pueden ir a Imbanaco, fundación o por medio de la Eps al programa de protección renal de Sura, por la oportunidad el de póliza no se adhiere porque la oportunidad de las citas no es buena. Esto dificulta la comunicación por datos de la historia clínica.

Fuente: Autores de la investigación

Las patologías de mayor incidencia son la Hipertensión arterial, diabetes, EPOC, dislipidemia.

Otro de los puntos importantes y que se abordaron durante el desarrollo de la entrevista, está relacionado con el costo efectividad de los cambios organizacionales del programa de riesgo cardiovascular, al interrogar a los participantes se estableció la importancia de manejo preventivo en pacientes sanos y crónicos, esto con el fin de disminuir la incidencia de enfermedades en los pacientes sanos y también de evitar complicaciones que puedan causar daños irreversibles en los pacientes.

Tabla 6. Entrevista semiestructurada, costo-efectividad del programa

Pregunta	<u>Enfermera Líder</u>	<u>Médico General</u>	<u>Auxiliar de Enfermería</u>	<u>Medicina interna</u>
¿Considera el modelo de grupo de cuidado costo-efectivo para la organización y por qué?	<p>Sí, porque ahora todo es a través de póliza, generan cobro, además estamos gestionando el riesgo y el paciente que ya tiene una patología como tal es mantenido y al evitar una hospitalización, se gestionan los pacientes sanos y al educar con estilos de vidas saludable evitar que el paciente complique su condición a una obesidad o complicación de otras patologías. Son muy pocos los que dicen que el modelo no funciona por parte de los usuarios.</p>	<p>Es costoso, tiene un estudio enfocado a los pacientes más costosos, desde que se implementó este modelo se encontró una disminución del 50% de los costos para la póliza, observo una reducción en hospitalización, en complicaciones, mejora en la adherencia del paciente, mejora metas clínicas del paciente. Esta información se comparte al grupo por medio de grupos primarios nacionales y por medio de la jefatura principalmente</p>	<p>Sí, es muy bueno porque se le da una atención al paciente que ya es con un grupo de especialistas, como el nutricionista, el oftalmólogo que son las especialidades que los pacientes necesitan para estas patologías; en un mismo lugar tiene casi todo, lo único es que no tenemos un cardiólogo para hacer las pruebas de esfuerzo, es un grupo completo. El internista dirige al paciente según la especialidad que requiera el paciente.</p>	<p>Es costoso. En cuanto a hora médica no es competitiva, pero si nos gusta la tranquilidad, nos da herramientas para poder hacer bien el trabajo, es confiable para trabajar. Manejo una base de datos de más de 1300 pacientes, la efectividad es entender que los pacientes tienen un diagnóstico claro y específico, les brindamos atención en prevención primaria y terciaria, indicamos que el tratamiento debe recibir, para cumplir metas, refuerzo de calidad de vida. La seguridad de un internista es darle al paciente lo más indicado y mejor al paciente. El internista es indispensable porque maneja el paciente hasta la rehabilitación del paciente.</p>

Fuente: Autores de la investigación

7. Discusión

La atención en salud implica la renovación constante de las estrategias adoptadas por parte del personal sanitario ya sea clínico o administrativo, esto con el fin de alcanzar los estándares de calidad y una atención integral de los pacientes.

Son varios los determinantes de calidad en la atención, pero sin duda alguna la accesibilidad, oportunidad, continuidad, pertinencia son factores claves si se quiere impactar de manera positiva el sistema de salud.

En relación a impactar el sistema de salud, uno de los factores claves a intervenir son las enfermedades con riesgo cardiovascular, no solo por su impacto económico sino también ir las implicaciones sociales que traen consigo, como lo menciona Torres y colaboradores (Torres, y otros, 2018) este tipo de patologías consideradas de salud pública, implican un alto impacto social, el riesgo y las enfermedades cardiovasculares acortan los años de vida productivos y deterioran la calidad de vida de las personas que las padecen, requiriendo medicamentos de por vida, cirugías complejas y hospitalizaciones prolongadas.

Por otro lado, la OMS (2017) señala que:

Es necesario dejar de consumir tabaco, reducir el consumo de sal en la dieta, consumir frutas y verduras, realizar actividad física regular y evitar el consumo nocivo de alcohol reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular. Además, el tratamiento farmacológico de la diabetes, la hipertensión y los niveles elevados de lípidos en sangre puede ser necesario para reducir el riesgo cardiovascular y prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. Las políticas de salud que crean entornos propicios para que las opciones saludables sean asequibles y estén disponibles son esenciales para motivar a

las personas a adoptar y mantener comportamientos saludables (Organización Mundial de la Salud, 2017, pág. 1).

Fuera de estilos y entornos de vida saludable la intervención de un equipo médico multidisciplinario de manera oportuna y eficiente, puede en gran medida disminuir notoriamente la incidencia y prevalencia de complicaciones de los pacientes con riesgo cardiovascular.

No basta solo con que un profesional de la salud atienda a paciente, le medique y le cite para controles periódicos es necesario la interacción entre especialistas que valoren al paciente desde su especialidad y establezcan un tratamiento integral, además se debe contar con un apoyo tecnológico que optimice la prestación de los servicios y garantice el logro de los objetivos planteados.

La investigación de Fuentes y cols (2020), donde el talento humano de una organización desempeña un rol determinante en la construcción de su entorno laboral, concluye que el involucramiento del personal en los procesos medulares de las organizaciones, como es el caso del personal médico de los hospitales observados, facilita la introducción de innovaciones o la creación de nuevas formas de la acción institucional, por lo tanto, la inclusión del personal comprometido con la organización favorece el proceso de cambio, sobre todo porque está informado y conoce los efectos esperados de las innovaciones a introducir.

En referencia a lo expuesto anteriormente en los resultados de la presente investigación se observó como el ingreso de pacientes al programa de riesgo cardiovascular paso del 1.47% en el 2015 al 29.82% en el 2020, gracias a los cambios organizacionales en el programa de riesgo cardiovascular, esto debido a que la captación de pacientes se hizo de manera general por todos los actores del sistema, se identificaban los posibles candidatos al programa, pacientes sanos y crónicos que por factores como la edad, condición física o patologías preexistentes deberían de

hacer parte del grupo, de esta manera se verifican los datos de manera interna y a través de una base de datos centralizada, donde se una vez verificada la información se invitaba al paciente a ser parte del grupo de riesgo.

Si lugar a duda esta estrategia de identificar posibles casos de pacientes con riesgo cardiovascular por parte de todos los colaboradores de la IPS arrojó resultados sorprendentes pues el 76% de la población incluida en el programa en los últimos 5 años, se captó mediante esta estrategia

Algo que también expone Cielo Juárez en su investigación (2019) y donde concluyen que existe una clara interrupción debido a que los actores que actúan en la asistencia en salud se encuentran separados y no comparten un solo sistema de información. Esta desintegración genera procesos repetitivos, múltiples expedientes parciales, cobros elevados y un seguimiento inadecuado en la evolución del paciente, que puede impactar de manera negativa en su salud.

La gestión integral del riesgo a una población determinada, en este caso partiendo de la base de un número total de pacientes con enfermedad crónica se hace el seguimiento desde la prevalencia de la enfermedad, adherencia a tratamientos, cumplimiento de metas, asociación de comorbilidades y seguimiento a las complicaciones, y denotando importancia en establecer medidas que aseguren la prevención primaria, para que se realicen acciones antes de que aparezcan factores de riesgo, por medio de labores educativa para la salud y promocionando hábitos y estilos de vida saludable (Ministerio de Salud y Protección Social, pág. 51).

Una adecuado modelo de gestión del riesgo en pacientes cardiovascular no solo impacta positivamente los determinantes de la calidad en la atención en salud, además ofrecen un considerable ahorro en el gasto económico, ya que la atención de un paciente crónico sin complicaciones se estima entre los 14 y 16 millones de pesos anuales, pero si este mismo paciente

llega a presentar un evento indeseable y prevenible la cifra podría rondar entre los 21 millones de pesos anuales, mientras que un paciente sano que es intervenido por los factores predisponentes como los pre diabéticos y personas con tensión alta sin diagnóstico de hipertensión consumen cerca los 2 millones de pesos anuales.

Lo anterior no incluye el gasto social de una persona enferma, es decir la carga familiar, las incapacidades laborales en edad productiva o en el peor de los casos perdida de la vida.

8. Conclusiones

Basados en los objetivos de la investigación se concluye que el cambio de modelo de gestión de riesgo cardiovascular dado en la IPS Sura Chipichape en el año 2018 aumento considerablemente la captación y adherencia de los pacientes al programa de prevención, gracias a un modelo de gestión del riesgo cardiovascular centrado en la prevención de la enfermedad y sus complicaciones.

Sin lugar a duda el modelo de gestión del riesgo cardiovascular facilita la identificación no solo de pacientes crónicos, sino de pacientes con factores sociales y personales que predisponen a desarrollar este tipo de enfermedades, logrando un captación temprana y manejo multidisciplinario oportuno y pertinente, que permitió un gran aumento en el número de pacientes captados y disminuyo la incidencia de complicaciones asociadas.

Por otro lado, la interoperabilidad de la historia clínica ayuda de manera significativa a la identificación de posibles casos a incluir en el programa, eso sumado a los beneficios de implementar un programa de calidad que brinde atención integral a los pacientes como lo es el

incremento en captación y accesibilidad de pacientes al programa, la interoperabilidad de historia clínica, la identificación centralizada por personal especializado de posibles pacientes para ingresar al programa, esto gracia a la herramienta health cloud para el manejo de la información de manera oportuna y confidencial, siendo además un gran aliado en cuanto a la gestión medica con cada paciente, ya que permite dejar en un tablero todas las tareas a desarrollar con cada usuario, según sus patologías y metas a cumplir con cada paciente.

Otra de las ventajas del modelo de gestión son; manejo multidisciplinario del paciente según patología y necesidades reales detectadas, capacidad instalada adecuada para el nivel de ingresos anuales, captación de pacientes sanos con factor de riesgo por edad, seguimiento de casos

de manera virtual o telefónica, cuenta con una líder del proceso que se encarga de coordinar las actividades.

No basta solo con que un profesional de la salud atienda a paciente, le medique y le cite para controles periódicos es necesario la interacción entre especialistas que valoren al paciente desde su especialidad y establezcan un tratamiento integral, además se debe contar con un apoyo tecnológico que optimice la prestación de los servicios y garantice el logro de los objetivos planteados.

Ante este panorama esta investigación recomienda que se debe continuar con la implementación de los cambios organizacionales, en pro de seguir mejorando, estos cambios debes estar adaptados a la nueva realidad que se enfrenta el mundo con la pandemia causada por el covid-19, ya que si bien el programa ha funcionado de manera virtual, las restricciones o vulnerabilidad de los pacientes HTA, DM con dislipidemia entre otros dejo de ver que el sistema de salud y los programas que se tienen no estaban adaptados para hacer frente a situaciones como esta.

Consideramos importante continuar trabajando en el desarrollo de mejoras a las herramientas tecnológicas con las que cuenta el modelo Health Cloud, como la facilidad de acceder a la información, la generación de reporte con indicadores que favorecen la detección de pacientes con factores de riesgo, que aunque es una gran ayuda para establecer el panorama de cada paciente, es importante incluir de forma más específica información completa sobre los indicadores del modelo y así sean consultados por todos los actores del modelo promoviendo acciones para el cumplimiento de metas e indicadores del programa. Además, dado el entorno actual de la necesidad de la operatividad de la telemedicina, enriquecería aún más la oportunidad y eficiencia del modelo en este nuevo escenario.

Es importante que este tipo de programas no solo se apliquen en una sede, sino que la estrategia sea compartida y aplicada a todas las sedes de la IPS, esto para que todos los pacientes tengan la misma oportunidad de acceder al programa, además le ofrecería una ventaja estratégica a la EPS frente a las demás.

9. Bibliografía

- América economía. (2018). Colombia: una persona con enfermedades cardiovasculares le cuesta al país hasta dieciséis veces mas que una sana. *Cluster salud*, online.
- Castaño, R. A. (2014). *Elementos para el mejoramiento del desempeño en la atención integral de la diabetes*. Bogotá: Observatorio Nacional de Diabetes.
- Chaparro, C. (09 de Septiembre de 2020). *Incremento de mortalidad por enfermedades infecciosas y cardiovasculares en Cali*. Obtenido de Alcaldía de Santiago de Cali: <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/156215/incremento-de-mortalidad-por-enfermedades-infecciosas-y-cardiovasculares-en-cali/>
- Cielo Juárez, C. R. (2019). *Aplicación del modelo de gestión estratégica. Servicio privado de atención médica integral para pacientes con enfermedad cardiovascular en la Ciudad de Puebla*. Ciudad de Puebla: Master's thesis, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Congreso de Colombia. (19 de Enero de 2011). *Ley 1438*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Congreso de Colombia. (15 de Febrero de 2016). *Ley Estatutaria 1751*. Obtenido de [minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
- Coordinación científica nacional EPS SURA. (01 de Diciembre de 2012). *Guías de abordaje y seguimiento Paciente con sospecha y diagnóstico de riesgo vascular*. Obtenido de https://www.epssura.com/guias/hipertension_arterial.pdf
- Erhardt, L., Moller, R., & Puig, J. G. (2007). Comprehensive cardiovascular risk management—what does it mean in practice? *Vascular health and risk management*, 587-603. Obtenido de Vasc Health Risk Manag
- Escobar, G., & Orozco, A. (2020). Políticas públicas en salud para el control de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y prevención de la obesidad como factor de riesgo asociado. Colombia 1993-2017. *Repositorio USC*, 1-29.
- Espíndola-Fernández, D. A., Aristizábal Ocampo, D., Gallo-Villegas, J. A., Mesa Vieira, C., Zuluaga Caicedo, N., & Múnera Palacio, M. M. (2017). Efectos tempranos de un programa integral de prevención cardiovascular guiado por el riesgo de aterosclerosis sobre la edad vascular. *Revista colombiana de cardiología*, 488-495. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v24n5/0120-5633-rcca-24-05-00488.pdf>
- Fuentes, C., López, D., & Moya, F. (2020). Compromiso organizacional como estrategia de cambio en hospitales públicos de Colombia y Venezuela. *Revista ESPACIOS*, 316-327. Obtenido de revistaespacios.com/a20v41n22/a20v41n22p22.pdf

- Gallardo, K., Benavides, F., & Rosales, R. (2016). Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Revista Ciencias de la Salud*, 103-114. doi:doi:doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.09
- Gómez, J. E. (2012). Cardiovascular morbidity and mortality in the world. *Revista Colombiana de Cardiología*, 298-299. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332012000600005
- González Reyes, S. D., & Páez Nieto, L. V. (2018). *Análisis de la gestión del riesgo en salud para la intervención de las enfermedades crónicas*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- González-Juanatey, J. R., Lamela, A. V., García-Acuña, J. M., & Iglesias, B. P. (2020). Gestión clínica en el área cardiovascular. Medir para mejorar. *Revista Española de Cardiología*. doi:10.1016/j.recesp.2020.05.032
- Ministerio de Salud. (04 de Octubre de 1993). *Resolución 8430*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud. (08 de Julio de 1999). *Resolución 1995*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20ODE%201999.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de Mayo de 2013). *Resolución 1841*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (06 de Mayo de 2016). *Decreto 780*. Obtenido de Decreto 780: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Conclusiones Jornadas Cuéntanos tu experiencia en gestión del riesgo en salud*. Bogotá: MinSalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Estrategia "Conoce tu riesgo saludable"*. Bogotá: Minsalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Gestión Integral de riesgo en salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. 1-31.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Programa sistema de vigilancia epidemiológica para el control del riesgo cardiovascular*. Bogotá DC: MinSalud. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GTHS07.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (27 de Septiembre de 2019). *Resolución 2626*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (31 de Marzo de 1989). *Resolución 1016*. Obtenido de <http://copaso.upbbga.edu.co/legislacion/Resolucion%201016%20de%2089.%20Progrmas%20de%20Salud%20Ocupacional.pdf>
- Montoya-Jiménez, S. (2020). Health Cloud Salesforce. *Universidad de Antioquia*, 1-25.
- Organización Mundial de la Salud. (17 de Mayo de 2017). *Enfermedad Cardiovascular (ECV)*. Obtenido de [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)#:~:text=CVDs%20are%20the%20number%201,to%20heart%20attack%20and%20stroke.](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)#:~:text=CVDs%20are%20the%20number%201,to%20heart%20attack%20and%20stroke.)
- Pardo, J. (16 de Febrero de 2013). *Gestión del cambio en instituciones de salud*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/jontxu01/gestin-del-cambio-en-instituciones-de-salud>
- Prieto Pulido, R., Emonet Rosales, P., García Guilianny, J., & González Godoy, D. (2015). Cambio organizacional como estrategia de gestión en las empresas mixtas del sector petrolero. *Revista de Ciencias Sociales*, 386-402. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=280/28042299009>
- Román, A. (2012). Modelos de gestión en las organizaciones de salud. *Medwave*.
- Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali. (2018). *Análisis de Situación integrado de Salud municipio Santiago de Cali*. Santiago de Cali: Alcaldía de Santiago de Cali.
- Torres, C., Illera, D., Acevedo, D., Cadena, M., Meneses, L., Ordoñez, P., . . . Pastás, M. (2018). Riesgo cardiovascular en una población adolescente de Timbío, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 50(1), 59-66. doi:doi: 10.18273/revsal.v50n1-2018006
- Tsutsumi, A. (2018). Prevention and management of work-related cardiovascular disorders. *Int J Occup Med Environ Health*, 4-7. doi:<https://doi.org/10.2478/s13382-014-0319-z>
- Vargas-Escobar, L. M. (2010). Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 79-94. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145216903006>

Anexos

Anexo A. Plan de Trabajo - Cronograma

Fecha	Tiempo de la Actividad	Actividad
marzo 6-2020	20 días	Investigación de propuesta
marzo 20-2020	15 días	Entrevistas a gestores del programa
abril 13 -2020	14 días	Elaboración de anteproyecto
abril 27-2020		Entrega de anteproyecto
mayo 5-2020	3 horas	Reunión semanal lluvia de ideas. para inicio de aplicación de metodología de trabajo de grado.
mayo 11-2020	1 hora	Entrevista Andrea Martínez (enfermera líder del programa)
mayo 18 -2020	1 hora	Elaboración de encuesta para personal que labora en el programa
mayo 25 -2020	1 hora	Aplicación de encuesta a internista del programa Dr. Diaz
mayo 26 -2020	1 hora	Aplicación de encuesta a médico general del programa
junio 1 -2020	1 hora	Aplicación de encuesta enfermera gestora del programa Carolina Trujillo
junio 9 -2020	3 horas	Reunión para valoración de resultados de encuestas
junio 15 -2020	2 horas	Reunión con Andrea Martines para revisión de estadísticas e indicadores del programa
Fecha	Tiempo de la actividad	Actividad
junio 23 -2020	4 horas	Análisis de datos de indicadores del programa
julio 1 -julio 29/2020	29 días	Aplicación de encuesta a pacientes del programa
agosto 3 - septiembre 2 /2020	29 días	Recolección e interpretación de datos
septiembre 8- octubre 8/2020	30 días	Revisión documental de historias clínicas de pacientes del programa
octubre 12 - diciembre 15 /2020	29 días	Análisis de datos, interpretación y escribir trabajo final.

Anexo B. Presupuesto.

RUBROS	FINANCIANDO	CONTRAPARTIDA
Personal científico	0	300000
Materiales e insumos	0	270000
Servicios técnicos	0	200000
Viajes	0	0
Salidas de campo	0	200000
Total	0	970000

Anexo C. Firmas

Posición	Firmas	Fecha
Estudiantes	Álvaro Fernando Suarez Lisbeth Rayo Sardi	Abril 27 -2020
Director trabajo grado	Julio Cesar Zuluaga	
Director maestría Gerencia Organizaciones de la Salud	Yolanda Zapata Bermúdez	Abril 27-2020

Anexo D. Formato Entrevista Semiestructurada

Entrevista Semiestructurada

Fecha OCTUBRE 4 2020

Nombre del Entrevistado WILMAR RIASCOS

Empresa: SALUD SURACHIPICHAPE

Objetivo:

Conocer los efectos de los cambios organizacionales en el programa de riesgo cardiovascular de acuerdo al cambio en el modelo de atención implementado a partir del año 2018 en la ciudad de Cali para los afiliados a la Póliza de Suramericana.

1. ¿Cuál es su rol actual en la organización y como ha sido su trayectoria durante el tiempo laborado en la compañía?
2. ¿Cómo está conformado su equipo de trabajo?
3. ¿Cuáles son las entidades en convenio para la atención de los afiliados a la póliza?
4. ¿Quiénes son los responsables de la captación de pacientes a incluir en el programa de grupo de cuidado?
5. ¿Quién es el responsable de la gestión de la base de datos de los pacientes captados en el programa de grupo de cuidado?
6. ¿Cómo es el manejo de la información obtenida y cuál es el grado de confiabilidad?
7. ¿Qué factores han influido en la limitación para obtener la información y la revisión de los datos?
8. ¿Cuáles han sido las modificaciones que ha tenido el modelo de atención para el manejo de los pacientes con enfermedades de riesgo cardiovascular?

9. ¿Cuáles han sido los hallazgos en la aplicación del modelo de atención?
10. ¿Están adheridos los pacientes al proceso de implementación del modelo?
11. ¿Cuáles son las patologías que predominan en la población del programa?
12. ¿Ha sido útil la aplicación de tecnologías para el manejo de bases de datos y seguimiento a los pacientes?
13. ¿Considera el modelo de grupo de cuidado costo-efectivo para la organización y por qué?
14. ¿Cómo ha influenciado la pandemia al modelo?
15. ¿Cómo ves los pacientes desde el abordaje virtual?, como interacciona con los pacientes desde la parte virtual?
16. ¿Han manifestado ir a otra institución?
17. ¿Cómo ha influido la parte virtual como médico y como persona?
14. ¿Considera adicionar algún otro comentario?

Anexo E Entrevista Semiestructurada 01

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Fecha 03 Septiembre de 2020 – 8:00am

Nombre del Entrevistado Carolina Trujillo

Empresa Suramericana Servicios de Salud

OBJETIVO:

Conocer los efectos de los cambios organizacionales en el programa de riesgo cardiovascular de acuerdo con el cambio en el modelo de atención implementado a partir del año 2018 en la ciudad de Cali para los afiliados a la Póliza de Suramericana.

1. ¿Cuál es su rol actual en la organización y como ha sido su trayectoria durante el tiempo laborado en la compañía?

R/ Mi rol actual es el de enfermera líder del grupo de cuidado, dentro del modelo de atención se establecieron grupos de cuidado y yo soy la enfermera líder del equipo. Siempre he estado encargada del programa de adultos con riesgo cardiovascular inicialmente lo que era RCV con HTA-DM-Dislipidemia haciéndoles seguimiento, a los sanos aun no se les hacía, la idea era que los pacientes en riesgo o con una enfermedad la mantuvieran controlada y no llegaran a hospitalización. Ahora con el cambio de programa a modelo se gestionan mas usuarios.

2. ¿Cómo está conformado su equipo de trabajo?

R/ Actualmente mi equipo de trabajo esta conformado por 3 internistas y una auxiliar y media de enfermería, los internistas conforman un tiempo completo por eso es que frente a las demás ciudades solo es 1 grupo de cuidado y para poder diferenciar con que medico está cada paciente se subdividió en grupo 1, grupo 2 y grupo 3.

3. ¿Cuáles son las entidades en convenio para la atención de los afiliados a la póliza?

R/ cartón Colombia, Avianca, argos, Bancolombia, banco de occidente, Ingredion, afiliados particulares.

4. ¿Quiénes son los responsables de la captación de pacientes a incluir en el programa de grupo de cuidado?

R/ Inicialmente lo hacían las enfermeras con los pacientes que iban llegando a la sede, cuando se creó el modelo de atención en Medellín hay un grupo de profesionales que hacen parte del back de gestión quienes hacen la captación de pacientes, está conformado por médicos generales y auxiliares de enfermería, llegan pacientes recién afiliados, post hospitalizados, también desde la estrategia tu bienestar al día, y de los correos de médicos de las sedes donde remiten pacientes q captan en la consulta. Ellos revisan que tipo de pacientes sin y verifican si cumple con los criterios tanto con el modelo como con la parte administrativa y luego asignan al paciente si aún no tiene grupo de cuidado, validan que es un modelo solo de póliza, con integralidad de entrega de medicamentos por EPS pero el modelo funciona solo para pacientes con póliza de salud e

indican si tiene o no copagos para indicarle el valor de la consulta. Si el paciente acepta a mi me llega el dato por health cloud para darle continuidad al seguimiento y se programa cita con nutricionista, deportología y médico internista, que son la básicas, y de acuerdo a las valoraciones se define el seguimiento.

5. ¿Quién es el responsable de la gestión de la base de datos de los pacientes captados en el programa de grupo de cuidado?

R/ Yo – la enfermera líder.

6. ¿Cómo es el manejo de la información obtenida y cuál es el grado de confiabilidad?

R/ La información propia del paciente esta cargada en la herramienta de health cloud para ingresar es confiable porque requiere usuario y clave para acceder a la información, en la base de datos se lleva el conteo, en health cloud está todo y puedo acceder a la historia clínica. Se esta actualizando constantemente a las nuevas afiliaciones esta amarrada a otros programas paciente sin póliza desaparece del seguimiento porque no cumple un criterio.

7. ¿Qué factores han influido en la limitación para obtener la información y la revisión de los datos?

R/ En el momento health cloud no arroja estadísticas por lo que se genera limitación en la información, la información que nos da la herramienta es para saber si los pacientes tienen grupo de cuidado, que tipo de diagnóstico y si han sido atendidos por otros profesionales de la red externa, no genera información de cuales pacientes han sido atendidos en la sede y no permite tener la información directamente por la líder del grupo de cuidado, para obtenerla se debe escalar la solicitud a sistemas.

8. ¿Cuáles han sido las modificaciones que ha tenido el modelo de atención para el manejo de los pacientes con enfermedades de riesgo cardiovascular?

R/ En cuanto ventaja y desventaja la generación de copagos ha causado dificultad ya que antes no generaba ningún cobro, ha sido un choque porque no somos una Ips básica y el paciente cuando se le informa que se genera un copago no quiere pagar y al explicarles que es por póliza y no por PBS muestra inconformidad y se presenta esa dificultad ante la no existencia de pólizas que amparen consulta externa. La otra desventaja es que dentro del modelo no se coordinan las actividades educativas, esas están a cargo de la EPS, las actividades se hacen de manera individual y no grupal.

¿Qué tiene ahora el programa que no tenía antes?

R/ Antes era solamente yo con un medico gestor, eso se fue como formando, no teníamos estipulado reunirnos con otras personas, se fue res estructurando e integramos a otros profesionales, nosotros decidimos hacerlo y se programaron reuniones con otros profesionales del programa que nos hacían acompañamiento, no había herramienta de seguimiento fue inventada por mí a través de un Excel, se ponía la fecha y los datos de las personas para los seguimientos y ahora desde mi punto de vista cuando se hizo el cambio para el modelo de atención tuvo muchas ventajas también porque era mas organizado y se sentía que se contaba

con un modelo que funciona arrastrando muchas cosas del programa anterior y las continuamos haciendo con un espacio propio para la atención del paciente, antes era en la plataforma y a través de una cita y ya, ahora con el modelo el espacio físico mejora, hay una oficina y una auxiliar que es el apoyo que uno tiene, mientras ella está con una cita yo puedo explicarle como utilizar la insulina como utilizar y tomar los medicamentos se le ayuda a gestionar sus citas de control, hubo un cambio importante con una herramienta que yo la manejo, pongo las tareas y se que no se van a perder, tenemos espacios de reunión cada semana donde miramos que nos falta, verificamos que tenemos y que planes de cuidado vamos a tener con los pacientes y con cada medico hay espacio para registro de exámenes y yo me siento con ellos y le doy mi punto de vista como de cual paciente no es adherente y alertar sobre pacientes con riesgo alto para incrementar el seguimiento. A través de la herramienta ellos nos ponen tareas muy puntuales y antes no se podía especificar eso. Ha habido cambios muy favorables a la atención como tal al manejo del riesgo del paciente.

9. ¿Cuáles han sido los hallazgos en la aplicación del modelo de atención?

R/ El medico gestor debe ingresar también al modelo, hay paciente de no tan alto riesgo o sanos que no hay disponibilidad de citas con el internista y se requiere disponibilidad para que puedan ser atendidos por el medico gestor y así libera espacio para el paciente que requiere por alto riesgo una cita con internista además de la limitación que no están los internistas todo el tiempo, son contratados por horas.

10. ¿Están adheridos los pacientes al proceso de implementación del modelo?

R/ Ha mejorado mucho la atención desde mi punto de vista, uno ve que los pacientes están más controlados, más adheridos y ha mejorado mucho. Ha aumentado el numero de pacientes por las patologías incluidas como EPOC, hipotiroidismo, obesidad y se propone incluir anticoagulados.

11. ¿Cuáles son las patologías que predominan en la población del programa?

R/ hta, dm, dislipidemia y adicciona epoc, hipotiroidismo, obesidad.

12. ¿Ha sido útil la aplicación de tecnologías para el manejo de bases de datos y seguimiento a los pacientes?

R/ Si, no para sacar estadísticas pero para el seguimiento de los pacientes porque yo me marco tareas y si yo necesito hacerle seguimiento cada semana a un paciente la herramienta me lo permite y me marca alertas y además puedo delegar si yo necesito algo muy puntual pero no la puedo hacer se la monto a una de las auxiliares o se la retorno a los internistas, antes era solamente la enfermera pero ahora todos podemos tener acceso al panel de tareas.

13. ¿Considera el modelo de grupo de cuidado costo-efectivo para la organización y por qué?

R/ Si, porque ahora todo es a través de póliza, generan cobro, además estamos gestionando el riesgo y el paciente que ya tiene una patología como tal es mantenerlo controlado y al evitar una hospitalización, se gestionan los pacientes sanos y al educar con estilos de vidas saludable evitar

que el paciente complique su condición llegue a una obesidad o complicación de otras patologías. Son muy pocos los que dicen que el modelo no funciona por parte de los usuarios.

14. ¿Considera adicionar algún otro comentario?

R/ Se trata de irse articulando con el equipo de trabajo, se cuenta con un equipo comprometido, en los espacios que se llaman clínicas de cuidado se expresan las dificultades y se busca solución, se logra coordinar el manejo de los pacientes, el grupo de cuidado tiene su propio correo y whatsapp y por ahí nos envían muchos comentarios de felicitaciones, hemos ido creciendo y evolucionando de buena forma con muy buena experiencia incluso ahora que estamos desde la virtualidad con algunas dificultades hemos podido mantener la gestión del riesgo.

15. ¿Cómo ves los pacientes desde el abordaje virtual?

R/ ha sido un cambio fuerte, los usuarios no lo ven como una consulta como tal, perciben que el paciente lo llamó y ya! Algunos ni siquiera se acordaban que tenían cita, con la video llamada muchos no se adaptan y la verdad los pacientes prefieren la consulta presencial, algunos manifiestan que ni siquiera tienen cámara, yo los abordo antes de la consulta y dicen que prefieren una llamada telefónica o que le digan cuando pueden ir a la sede, la entrega de los medicamentos indicarles que deben descargar por una página ha sido algo que dificultad incluyendo de todas las edades porque antes iban a la sede por la fórmula y reclamaban medicamentos, ahora dicen que no descarga por la página o no le funciona y ha sido dificultad, en cuanto a laboratorio no hemos tenido queja porque el domicilio ha sido bueno y puntual y la orden se carga sin problema. El paciente quiere que le tomen su presión y lo vean, muchos han cancelado cita y dicen que así se el próximo año vuelvo, por ahora limitados a preguntarles como van o si han sentido algo y ya.

16. ¿Han manifestado ir a otra institución?

R/No, dicen yo prefiero esperar, si pasa cuando se captan pacientes y se les informa que es en la sede norte no les gusta por la distancia ya que estaban en fundación o Imbanaco y atravesar la ciudad noles parece, es una dificultad para la presencialidad en la sede como tal. Los que ya venían en el programa son muy fidelizados con nosotros y les resolvemos por los medios de comunicación.

Anexo F Entrevista Semiestructurada 02

Entrevista Semiestructurada

Fecha OCTUBRE 4 2020

Nombre del Entrevistado WILMAR RIASCOS

Empresa: SALUD SURACHIPICHAPE

OBJETIVO:

Conocer los efectos de los cambios organizacionales en el programa de riesgo cardiovascular de acuerdo al cambio en el modelo de atención implementado a partir del año 2018 en la ciudad de Cali para los afiliados a la Póliza de Suramericana.

1. ¿Cuál es su rol actual en la organización y como ha sido su trayectoria durante el tiempo laborado en la compañía?

R/ Mi rol actual, realizo consulta de medicina general y de riesgo cardiovascular como apoyo, inicié en el 2013 realizando consulta de medicina general, desde el año 2015 se enfocó hacia el riesgo cardiovascular lo cual realizo actualmente.

2. ¿Cómo está conformado su equipo de trabajo?

R/ El equipo de riesgo cardiovascular está compuesto por un médico internista, un médico general, una nutricionista, un médico deportólogo, una enfermera jefe, una auxiliar de enfermería y otros especialistas según la necesidad del paciente que apoyan todo están en la sede de salud dura Chipichape.

3. ¿Cuáles son las entidades en convenio para la atención de los afiliados a la póliza?

R/ Son afiliados a la póliza de Suramericana, el toro asegurador es la Eps de Sura, atendemos a pacientes con póliza o Eps Sura.

El grupo de cuidado trabaja con médicos de Salud Sura Chipichape, pero no se excluye que el paciente tenga un especialista externo, algunos pacientes son atendidos por Eps y se apoya con Cardioprevent que apoya cardiología y neumología, pero hay acceso a la información, esta información la trae el paciente en físico porque no tienen acceso al sistema de esta sede.

Algunos pacientes por su trayectoria acuden a Fundación Valle del Lili, Dime e Imbanaco

4. ¿Quiénes son los responsables de la captación de pacientes a incluir en el programa de grupo de cuidado?

R/ En la captación de pacientes están todas las personas que tengan contacto con usuarios de los afiliados, por ejemplo consulta externa y especialidades, ya que los médicos de toda la sede tienen el conocimiento del programa y estos realizan la captación al grupo de cuidado, por medio de correo electrónico, también por la parte administrativa de la póliza según los parámetros establecidos, ellos captan a los pacientes y los direccionan hacia la enfermera líder del programa

Otro canal es los pacientes hospitalizados, un médico gestor lo remite por medio de correo al programa.

5. ¿Quién es el responsable de la gestión de la base de datos de los pacientes captados en el programa de grupo de cuidado?

R/ La enfermera líder del programa, se apoya en dos auxiliares de enfermería.

6. ¿Cómo es el manejo de la información obtenida y cuál es el grado de confiabilidad?

R/ Solo lo hace la jefe, hay un médico líder nacional que tiene acceso a la base de datos, esta base de datos está en Excel, no es compartida con los médicos que manejan el programa. No tienen acceso a la información total al programa, ya que se procesa en Medellín, no siempre tienen información sobre los indicadores del programa.

7. ¿Qué factores han influido en la limitación para obtener la información y la revisión de los datos?

R/ Solo lo maneja la jefe.

8. ¿Cuáles han sido las modificaciones que ha tenido el modelo de atención para el manejo de los pacientes con enfermedades de riesgo cardiovascular?

R/ Varios. SE paso de un modelo donde se atienden personas a un modelo donde se gestionan riesgos, hay pacientes de Hta -dm – VIH- trastornos de la tiroides, aunque los pacientes de VIH están ahora en salud en casa.

El médico principal del modelo anterior era el medio general ahora es el médico internista.

Antes se remitía al paciente a especialidades de apoyo ahora cuando el paciente ingresa al paciente tiene inicialmente un grupo asignado con su internista principal, deportólogo, nutricionista, y enfermera jefe.

Los pacientes de obesidad ahora son pacientes gestionados en el modelo ya que la póliza incluyó cobertura de cirugía bariátrica.

Además, aparecen los criterios de inclusión en el modelo, toda persona mayor de 18 años con patología cardiovascular y toda persona mayor de 40 años sana.

La plataforma Health Cloud da la posibilidad de ver las metas de los pacientes aun estando atendidos por los otros especialistas, todos pueden ingresar a esta plataforma.

9. ¿Cuáles han sido los hallazgos en la aplicación del modelo de atención?

R/ Considero hallazgos positivos, poder hacer una atención inter multidisciplinaria, para mejora cambios en estilos de vida lo cual ha sido más positivo los he visto más empoderados, ha mejorado la adherencia, gracias al trabajo de la auxiliar de enfermería y la jefe del programa sobre recordatorios de actividades.

Ha mejorado la oportunidad de consulta debido a la descentralización del médico general, ya que ahora hay tres internistas para que la consulta sea más rápida.

Al principio hubo dificultades en la transición por algunos pacientes s que no quieren cambiar el medico inicial.

10. ¿Están adheridos los pacientes al proceso de implementación del modelo?

R/ Hay adherencia de los pacientes adecuada, creo que hay un impacto positivo.

11. ¿Cuáles son las patologías que predominan en la población del programa?

R/ Hta- dm-dislipidemia-hipotiroidismo-obesidad. En menor Epoc, enfermedad renal crónica; en estadios iniciales, los pacientes en estadio III b2 y superior, estos pacientes tienen dos opciones pueden ir a Imbanaco, fundación o por medio de la Eps al programa de protección renal de Sura, por la oportunidad el de póliza no se adhiere porque la oportunidad de las citas no es buena. Esto dificulta la comunicación por datos de la historia clínica.

12. ¿Ha sido útil la aplicación de tecnologías para el manejo de bases de datos y seguimiento a los pacientes?

R/ Desde la implementación de Health Cloud, sirve muchísimo para la información de manejo del paciente, de lo que se comparte con los otros especialistas, pero este año por la pandemia no hubo el desarrollo esperado de esta tecnología.

13. ¿Considera el modelo de grupo de cuidado costo-efectivo para la organización y por qué?

R/ Es costo efectivo, tiene un estudio enfocado a los pacientes más costosos, desde que se implementó este modelo se encuentro disminución del 50% de los costos para la póliza, observo reducción en hospitalización, en complicaciones, mejora en la adherencia del paciente, mejora metas clínica del paciente.

Esta información se comparte al grupo por medio de grupos primarios nacionales y por medio del jefe principalmente.

14. ¿Cómo ha influenciado la pandemia al modelo?

R/ Los primero meses se perdía la adherencia al programa los primero dos meses, posterior con la tele consulta y videollamadas el acercamiento es mayor al 80%, pero ya que el programa estaba sólido, con metas, no tenemos pacientes descontrolados un menor del 10% están por fuera de metas, sobre todo la parte educativa por dificultades en programación de estas actividades.

15. ¿Cómo ves los pacientes desde el abordaje virtual?, como interacciona con los pacientes desde la parte virtual?

R/ Limita metas de seguimientos como la glucometría, debido a la edad de los pacientes ya que la mayoría son mayores de 60 años, conseguir que los pacientes obtengan tensiómetros digitales adecuados, es difícil poder monitorizar el peso.

Los primero dos meses fue difícil el manejo de la tecnología, con apoyo de los familiares se sienten mejor con este medio de tecnología.

16. ¿Han manifestado ir a otra institución

R/ No han sido más adherentes a Sura, desde que empezó la presencialidad están más adherentes al programa.

17. ¿Cómo ha influido la parte virtual como médico y como persona?

R/ No he sentido ningún cambio, ha sido difícil la parte organizacional, por dificultades con la tecnología.

Lo más difícil ha sido la parte ergonómica, he tenido apoyo de terapia física y de salud integral del trabajo.

14. ¿Considera adicionar algún otro comentario?

R/ Este tipo de programas que gestiona riesgos y empodera al paciente, esto apoya la consulta y la gestión del paciente. La adición de tecnología apoya más este tipo de programas, este programa impacta positivamente al paciente y a la compañía por ser más costo efectivo.

Anexo G Entrevista Semiestructurada 03

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Fecha OCTUBRE 8 2020

Nombre del Entrevistado OSCAR DIAZ

Empresa: SALUD SURACHIPICHAPE

OBJETIVO:

Conocer los efectos de los cambios organizacionales en el programa de riesgo cardiovascular de acuerdo al cambio en el modelo de atención implementado a partir del año 2018 en la ciudad de Cali para los afiliados a la Póliza de Suramericana.

1. ¿Cuál es su rol actual en la organización y como ha sido su trayectoria durante el tiempo laborado en la compañía?

R/ Desde el 2018 tengo un contrato de termino indefino laboral, pertenezco a Seguros Sura como internista.

Inicie con paciente con chequeo ejecutivo, al empezar el contrato empezó la clínica de cuidado de pacientes con enfermedades crónicas.

También empecé a manejar pacientes de obesidad, encontramos que como comorbilidad tenían como patología obesidad.

Mi rol es manejar obesidad y grupo de IOCC, que es una base de datos con características de alto riesgo basado en ítems de predicción y antecedentes como insuficiencia cardiaca congestiva, cirrosis, Epoc y enfermedad renal crónica, lo cual se identifica por base de datos identificando gravedad, pronostico.

Se da acompañamiento con grupo interdisciplinario para disminuir riesgo de los pacientes.

Dentro de los pacientes de clínica de cuidado hay muchos que no están en la base de datos; otros pacientes no se manejan en la Ips por limitación funcional o neurológica y se manejan en casa por un grupo domiciliario de cuidado en casa.

Esta es la parte organizacional, mi compromiso esta encaminado a las metas de pacientes complejos desde la prevención primaria hasta la prevención terciaria, la rehabilitación todo basado en la evidencia científica.

También hacemos reuniones los días miércoles para actualizar temas y protocolos, sería bueno aprovechar estos espacios académicos de actualización médica para que el paciente no rebote de una recomendación a otra, aclarar conceptos, trabajar con medicamentos del Pos, con indicaciones precisas y así desmontar pacientes de Mipres y medicamentos de altos costos basados en la evidencia.

Todo enmarcado en los valores de Salud Sura, lo cual compartimos mucho, son políticas basadas en la ética, en el cuidado de la salud y en la gestión del riesgo.

2. ¿Cómo está conformado su equipo de trabajo?

R/ El acompañamiento de la enfermera jefe, ella es el cerebro, más las auxiliares de enfermería, son de gran ayuda para el programa y somos dos internistas más.

3. ¿Cuáles son las entidades en convenio para la atención de los afiliados a la póliza?

R/ La póliza tiene una cobertura amplia, los pacientes acuden mucho a Dime, Fundación Valle del Lili e Imbanaco.

4. ¿Quiénes son los responsables de la captación de pacientes a incluir en el programa de grupo de cuidado?

R/ La captación de los pacientes es diversa, porque pueden llegar por otros motivos de consulta, venían pacientes ya de antes de la base de datos, también son captados por el sistema por códigos de diagnósticos, por información de facturación así consulten a red externa, el sistema los identifica con los códigos diagnósticos, por comorbilidades, atenciones en urgencias, por eventos graves en urgencias.

5. ¿Quién es el responsable de la gestión de la base de datos de los pacientes captados en el programa de grupo de cuidado?

R/ La responsable es la jefe carolina y los auditores de la póliza, que recibía la información, es un programa que trajeron desde España para ingresar a la base de datos.

6. ¿Cómo es el manejo de la información obtenida y cuál es el grado de confiabilidad?

R/ La información es confiable, porque por medio de nuestras historias clínicas pueden analizar, se puede hacer una evaluación objetiva por medio de la historia clínica.

Por medio de la historia clínica tenemos acceso al laboratorio clínico, contamos con otros laboratorios de la red confiables de red externa.

Siempre se confirma el diagnóstico, para especificar mejor los diagnósticos y mejorar la clasificación de los diagnósticos

7. ¿Qué factores han influido en la limitación para obtener la información y la revisión de los datos?

R/ Existen problemas de sincronización de las ayudas diagnosticas con la historia clínica, la historia clínica tiene baja comodidad, no es ágil.

Por la pandemia no hemos podido usar health cloud, para dejar tareas compartidas, ya que la herramienta solo se ingresa con una clave y por pandemia no pude volver a usar por limitación del perfil, no ingresa por la clave.

Ahora hemos usado teams en pandemia, es la herramienta que suple las necesidades para crear tareas.

Se debe sincronizar mejor la herramienta, hacerla más sencilla en el acceso y el manejo.

8. ¿Cuáles han sido los hallazgos en la aplicación del modelo de atención?

R/ Se ha ido estructurando, primero venia con medicina general, considero que el médico general lo hacía muy bien, en cuanto a la atención humana, pero en los protocolos. algunos pacientes requieren manejo por especialistas, al iniciar creamos el proyecto, sura nos dejó en nuestra autonomía y en equipo idear los protocolos, para cumplir con lo mínimo y las guías de práctica clínica, trabajar en pacientes con alto costo, hacer consolidado de todos los pacientes según su patología.

Hemos tenido dificultades con especialistas externos, no se evidencia adecuados manejos sobre los protocolos según las patologías y las guías clínicas, llegan con otro protocolo a veces es difícil que sigan el protocolo de la institución.

Problemas con los Mipres, se formulan en un papel y acuden para transcripción, no hay responsabilidad medica y fiscal, ni de compromiso del médico que lo formula, no deja claro en la historia clínica por lo menos para iniciar tratamiento.

9. ¿Están adheridos los pacientes al proceso de implementación del modelo?

R/ Dentro de un punto de vista subjetivo, ya que trabajo en otros sitios, creo que la población que manejamos comparado con el grueso de la población, los pacientes están más controlados, mejores metas, tienen menos complicaciones, aunque no conozco las estadísticas, desde mi consulta puedo ver que están controlados.

A pesar de la pandemia han estado controlados, tiene quejas por entrega de medicamentos, por Mipres; considero que él que no se va a adherir no se adhiere.

10. ¿Cuál cree que es la mayor fortaleza del programa?

R/ Una de las mayores fortalezas es la oportunidad, porque los pacientes tienen acceso al grupo médico especialista y al grupo complementario como la nutricionista, psicólogo y deportólogo, los pacientes tienen acceso a la consulta oportunamente.

La organización por parte de la enfermera es perfecta, hay una relación cercana con el paciente.

La póliza permite hacer consultas secuenciales.

A veces se encuentran sobreutilización de herramientas humanas y paraclínicos, hay pacientes exagerados para pedir citas y médicos que generan más consultas.

Hacemos que el paciente entienda que su responsabilidad es el autocuidado según su riesgo y comorbilidad del paciente.

Encontramos sobre uso de las herramientas considero es un arma de doble filo, puede generar problemas clínicos y económicos.

Hemos tratado de educar a los pacientes.

Hemos encontrado sobre uso de formulación de paraclínicos.

Un arma de doble filo es la sobreutilización de los servicios, esto aumenta los riesgos por sobre medicación de procedimientos no necesarios, se usan estudios diagnósticos que no son de tamización.

Usamos la herramienta científica para educar al paciente.

11. Cuales son las mayores dificultades?

R/ Hemos encontrado pacientes que acuden al programa sin tener patologías asociadas al modelo, por ejemplo, patologías osteoarticulares, en la Ips solo tenemos un fisiatra, no somos expertos en esta patología, podemos por esto formular más paraclínicos. Los pacientes son enviados por asesores comerciales para valoración por los internistas así no sea esta la patología que nosotros tratamos.

Los reumatólogos de fundación valle del Lili acudieron a mostrarnos su programa por lo cual trabajamos en conjunto.

12. ¿Cree importante vincular a otro grupo de especialistas al modelo?

R/ si, podría ser un grupo externo como obesidad, pero no mezclarlo.

Pero no es necesario otro grupo interdisciplinario como cardiólogo o nefrólogo porque se perdería la naturaleza del programa.

Además, sería adecuado tener un grupo de fisiatría – ortopedia, por la alta consulta de enfermedades osteomusculares.

También un grupo de neuro psiquiatría hemos visto paciente ejemplo con alzhéimer sin un grupo que lo acompañe y así mejorar aspectos como interacciones farmacológicas.

13. ¿Cuáles son las patologías que predominan en la población del programa?

R/ Hta. Hipotiroidismo, diabetes, sobrepeso, obesidad.

Menos frecuente asma, esteatosis hepática, patologías reumáticas, lupus, artritis reumatoidea, enfermedad isquémica esta en un rango medio en nuestra población, cardiopatía hipertensiva.

14. ¿Ha sido útil la aplicación de tecnologías para el manejo de bases de datos y seguimiento a los pacientes?

La plataforma Pager es buena, pero depende de cómo la sepa usar el paciente.

15. ¿Considera el modelo de grupo de cuidado costo-efectivo para la organización y por qué?

R/ Es costo efectivo.

En cuanto a hora médico internista no es competitiva, pero si nos gusta la tranquilidad, nos da herramientas para poder hacer bien el trabajo, es confiable para trabajar.

Manejo una base de datos de más de 1300 pacientes, la efectivada es entender que los pacientes tienen un diagnóstico claro y específico, les brindamos atención en prevención primaria y terciaria, indicamos que tratamiento debe recibir, para cumplir metas, refuerzo de calidad de vida.

La seguridad de un internista es darle al paciente lo más indicado y mejor al paciente. El internista es indispensable porque maneja el paciente hasta la rehabilitación del paciente.

16. ¿Desde su experiencia el internista debe ser el eje principal del modelo?

R/ Debe ser parte, algunas patologías pueden ser manejados por el médico general en sus estadios iniciales, pero pacientes con riesgo mayor o múltiples patologías, enfermedad renal crónica ya requieren bagaje y mayor conocimiento, por posibles complicaciones.

Pero con un médico general entrenado y tener claro que pacientes deben ser manejo por el internista.

Es importante para el manejo primordial para que no llegue a tener que realizar prevención secundaria o terciaria.

Es importante para realizar disminución de riesgo cardiovascular, podemos integrar mejor la información, dar recomendaciones basadas en la evidencia (no azúcar, no panadería, ejercicio físico, plato de harvad).

Tenemos pacientes más con prevención secundaria, casi no terciaria.

Debe tener un médico entrenado con facilidad de comunicación y hacerse entender a los pacientes, que tenga habilidades en comunicación.

Es importante el tiempo vemos pacientes en 30 minutos.

Generar empatía y el tiempo es clave.

Se puede tener médicos entrenados con habilidades para la comunicación

17. ¿Como ha influenciado la pandemia al modelo?

R/ Es indispensable el examen físico para algunas patologías, hay que esperar que va a pasar en el tiempo, darle al paciente, aunque sea una atención anual presencial.

La mayoría están controlados. Subjetivamente veo que las cosas funcionan, yo era opositor de la virtualidad, pero tengo herramientas porque conozco al paciente, la medicina interna funciona bien con la virtualidad.

Ha mostrado cosas buenas, ha mostrado sus fortalezas, los pacientes no se han dejado de ver, demuestra que el programa está bien hecho.

18. ¿Cómo ve los pacientes desde el abordaje virtual?, como interacciona con los pacientes desde la parte virtual?

R/ Creo que tengo habilidad de comunicación y de tener empatía, por eso creo que tengo habilidad en la telemedicina, se me ha facilitado más hablar por teléfono, creo que el

paciente es más claro y no se crea falsas expectativas, creen que puedo hacer un examen por la pantalla.

Considero que esto ha girado al derecho de los pacientes, pero no al médico, vivo pegado del correo y del teléfono, se involucra en la virtualidad, me siento vulnerado en mi privacidad; de si no quiero ver el paciente, estoy mostrando mi casa, mi cara, mi arriesgo a aparecer en redes, no hay protección de mis datos y mi privacidad, hay mucho riesgo.

19. ¿Han manifestado ir a otra institución?

R/ Los pacientes de obesidad si han manifestado ir a otra institución.

20. . ¿Como ha influido la parte virtual como médico y como persona?

R/ He tenido estrés, ansiedad, me hace falta la interacción con otras personas, soy vulnerable por ser asmático, ha disminuido mi ingreso, pero me siento seguro. Tengo un problema de acomodación, más temor, más ansiedad. No me siento frustrado, me siento tranquilo.

Siento incertidumbre

21. ¿Considera adicionar algún otro comentario?

R/ No ninguno.

Anexo H Entrevista Semiestructurada 04

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Fecha OCTUBRE 13 2020

Nombre del Entrevistado SANDRA MENESES

Empresa: SALUD SURACHIPICHAPE

OBJETIVO:

Conocer los efectos de los cambios organizacionales en el programa de riesgo cardiovascular de acuerdo al cambio en el modelo de atención implementado a partir del año 2018 en la ciudad de Cali para los afiliados a la Póliza de Suramericana.

1. ¿Cuál es su rol actual en la organización y como ha sido su trayectoria durante el tiempo laborado en la compañía?

R/ Mi rol actual es auxiliar de enfermería del grupo de cuidado desde el 2018, ingrese cuando el modelo apenas iba a empezar, ingrese con el modelo, pero por la pandemia desde el 25 de marzo de 2020 estuve 5 meses apoyando urgencias y pre triage, ya que no había citas presénciales, todo era virtual y la jefe carolina quedo encargada del modelo.

Mi función en el modelo es estar pendiente del health cloud, de las tareas que dejan los internistas y la jefe, programar las citas con todas las personas que están en el modelo, incluso buscar las citas por red externa, entrega de orden de exámenes y renovación de medicamentos, recordación de las citas y de los controles.

2. ¿Cómo está conformado su equipo de trabajo?

R/ son tres internistas, dos auxiliares y la jefe

3. ¿Cuáles son las entidades en convenio para la atención de los afiliados a la póliza?

R/ Centro médico Imbanaco, Fundación Valle del Lili, Dime, Clínica castellana; dependiendo de lo que envié al médico, depende de la póliza que tenga cada paciente; por medio de la página de

somos sura con la identificación del paciente podemos verificar donde lo podemos remitir y también a donde el paciente desea ir, excepto con los pacientes que solo tienen Pos con Sura.

4. ¿Quiénes son los responsables de la captación de pacientes a incluir en el programa de grupo de cuidado?

R/ La jefe y los auxiliares, porque nosotros contactamos a los pacientes que cumplen criterios: mayores de 18 años con patologías y mayores de 39 años con y sin patologías como: Hta, Dm, patologías de tiroides o dislipidemia, también paciente con obesidad.

Además, en el modelo hay un internista que maneja el programa de crónicos complejos, pero esos los maneja la jefe, pero ayudamos a programar estas citas que son de una hora.

5. ¿Quién es el responsable de la gestión de la base de datos de los pacientes captados en el programa de grupo de cuidado?

R/ La jefe

6. ¿Cómo es el manejo de la información obtenida y cuál es el grado de confiabilidad?

R/ A la jefe le llega un correo del back de gestión, que son de otras jefes, la jefe se comunica con estas jefes encargadas del back, considero que es confiable porque son a las jefes de Medellín que se comunican con a la jefe carolina.

7. ¿Qué factores han influido en la limitación para obtener la información y la revisión de los datos?

R/ No manejo esta información.

8. ¿Cuáles han sido las modificaciones que ha tenido el modelo de atención para el manejo de los pacientes con enfermedades de riesgo cardiovascular?

R/ Ingrese con el modelo. Se que se manejaba el programa de riesgo cardiovascular eran pacientes que consultan más por el pos y era con médico general, también se hacía gestión de citas y el Dr.

Riascos era el que direccionaba a los pacientes a los especialistas que el requeriría, ahora está orientado para pacientes con póliza y hay varios médicos internistas.

9. ¿Cuáles han sido los hallazgos en la aplicación del modelo de atención?

R/ Al hablar con los pacientes, los pacientes mayores estaban acostumbrados a estar con el Dr. Riascos porque tiene una forma de ser muy bonita, entonces no querían cambiar de médico; otros están contentos porque el que los ve es un internista, otros no quisieron cambiar de médico de cabecera.

La jefe siempre dice que tenemos más pacientes y que uno de los mejores modelos del país es el de Cali. Creo que es así por la atención, por estar atentos a los pacientes a gestionar rápidamente por eso es más efectivo, si no está la jefe, las dos auxiliares podemos solucionar lo que el paciente necesita. Somos un muy buen equipo.

10. ¿Están adheridos los pacientes al proceso de implementación del modelo?

R/ La mayoría si, más los adultos mayores, aunque fue difícil el cambio, pero siempre dan buenos comentarios.

11. ¿Cuáles son las patologías que predominan en la población del programa?

R /Hta, Dm, Dislipidemia.

12. ¿Ha sido útil la aplicación de tecnologías para el manejo de bases de datos y seguimiento a los pacientes?

R/ Si, sobre todo health cloud, porque es un medio por donde uno ve la tarea y puede hacer control, contactar al paciente, mirar que se le hace al paciente y su seguimiento, y tenemos la forma de dejar constancia de la gestión que hacemos.

13. ¿Considera el modelo de grupo de cuidado costo-efectivo para la organización y por qué?

R/ Si, es muy bueno porque se le da una atención al paciente que ya es con un grupo de especialistas, como el nutricionista, el oftalmólogo que son las especialidades que los pacientes necesitan para estas patologías; en un mismo lugar tiene casi todo, lo único es que no tenemos cardiólogo para hacer las pruebas de esfuerzo, es un grupo completo.

El internista direcciona al paciente según la especialidad que requiera el paciente.

14. ¿Cómo ha influenciado la pandemia al modelo?

R/ Complicado para todos, es muy complejo pasamos de ser presenciales y pasar virtual, los pacientes dicen que no es mismo que el médico lo vea, a que solo sea una llamada, que el médico lo toque, pero toca adaptarse, para los médicos fue difícil, para adaptarse, a veces los pacientes no contestan, o se pasan más del tiempo de la consulta.

Los pacientes han continuado con el modelo, pero muchos dicen que esperan a que la consulta sea presencial, pero como esto fue global en todas las instituciones, prefieren esperar a su médico tratante.

15. ¿Cómo ves los pacientes desde el abordaje virtual?, como interacción con los pacientes desde la parte virtual?

R/ Dependiendo si es por llamada o por videollamada, a muchos pacientes se les dificulta la videollamada porque son adultos mayores, deben ingresar por un chat, hasta que el médico valide, se les ha dificultado el paso a paso para ingresar a la videollamada, pero igual les ha tocado adaptarse a lo cambios.

16. ¿Han manifestado ir a otra institución?

R/ No.

17. ¿Cómo ha influido la parte virtual como auxiliar y como persona, como te sientes con los cambios de roles por la pandemia?

R/ Tuve que cambiar de rol, fue una experiencia muy bonita, volví a retomar actividades que no hacía hace mucho, fue difícil, pero aprendí, ahora que retome mi rol ha sido algo muy satisfactorio porque es lo que más me gusta.

Pero aprendí que donde me pongan puedo hacer mi trabajo, adaptarme a los cambios.

AL volver virtual, no tenía un sitio para trabajar, me daba tristeza, pero trate de cumplir todas las metas, aún no hemos podido volver del todo porque ahora estamos virtuales y presenciales

Pero mi función siempre ha sido comunicarme telefónicamente así que esta parte virtual no me ha parecido diferente ni difícil.

18. ¿Considera adicionar algún otro comentario?

R/ Estoy feliz de tener trabajo en estos tiempos de pandemia, es una bendición pertenecer a esta empresa.