

Proyecto

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

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

Octubre de 2023

Ministerio de Salud y Protección Social

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Ministro de Salud y Protección Social

Jaime Hernán Urrego Rodríguez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Luis Alberto Martínez Saldarriaga
Viceministro de Protección Social

Gina Rosa Rojas Fernández
Directora de Promoción y Prevención (e)

Germán Raúl Chaparro
Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Henry Díaz Dussan
Jefe Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación -TIC

Colaboradores técnicos Ministerio de Salud y Protección Social

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales - OAPES
Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública - GESEPP
Maritza Silva Vargas – Coordinadora Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública
Mauricio Estrada Álvarez – Profesional especializado

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades no Transmisibles
Yuliana Andrea Valbuena Bedoya - Subdirectora de Enfermedades No Transmisibles
Yolanda Inés Sandoval - Profesional Especializado Subdirección de Enfermedades No Transmisibles
Heidy García Orozco - Coordinadora Grupo Gestión Integrada de la Salud Cardiovascular, Bucal, del Cáncer y Otras Condiciones Crónicas

Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud
Adriana Marcela Caballero Otálora- Profesional Especializado

Grupo Banco Mundial

Investigadores

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

Coinvestigadores

Eduardo Andrés Alfonso Sierra
María Heidi Amaya Valdivieso

Agradecimientos

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

Dirección

Mery Concepción Bolívar Vargas
Roberto Iunes
Práctica Global de Salud, Nutrición y Población
Grupo Banco Mundial



Proyecto: Mejora de la gestión de los servicios de salud para pacientes con múltiples enfermedades crónicas en tres países de América Latina

La realización de este estudio fue posible gracias al apoyo del Banco Mundial, con financiación de *Access Accelerated* Colombia 2023

Contenido

Presentación	10
1 Introducción.....	12
2 Antecedentes	13
3 Alcance	16
4 Componente estratégico	18
4.1 Referentes.....	18
4.1.1 Referentes conceptuales.....	19
4.1.2 Referentes de política pública.....	34
4.1.3 Referentes normativos.....	36
4.2 Definición del modelo.....	39
4.3 Objetivos del modelo	39
4.3.1 Objetivo general.....	39
4.3.2 Objetivos específicos.....	40
4.4 Población sujeto.....	40
4.4.1 Grupos de riesgo.....	41
5 Componente táctico.....	42
5.1 Enfoques	43
5.1.1 Enfoque de derechos y diferencial.....	43
5.1.2 Enfoque de salutogénesis.....	44
5.1.3 Enfoque de determinantes sociales de la salud (DSS)	44
5.1.4 Enfoque centrado en la persona, cuidador, familia y comunidad	45
5.1.5 Enfoque en los vínculos.....	46
5.2 Atributos.....	47
5.2.1 Gobernanza	47
5.2.2 Agencia.....	48
5.2.3 Holismo	48
5.2.4 Integralidad / Integración	49
5.2.5 Legitimidad del otro.....	49
5.3 Estrategias.....	50
5.3.1 Atención Primaria en Salud (APS).....	50
5.3.2 Liderazgo de la autoridad sanitaria.....	51
5.3.3 Promoción del financiamiento coherente.....	52
5.3.4 Articulación de recursos sociales, económicos, ambientales y comunitarios	53
5.3.5 Mejoramiento continuo de la atención.....	53

5.3.6	Fortalecimiento de la atención interprofesional.....	54
5.3.7	Uso de sistemas tecnológicos y de información interoperables	54
5.3.8	Entrega del cuidado	55
5.3.9	Apoyo en la toma de decisiones	55
5.3.10	Promoción del autocuidado – autogestión	56
6	Componente operativo.....	57
6.1	Dimensión de la gestión	60
6.1.1	Niveles de gestión del modelo de multimorbilidad.....	60
6.1.2	Gestión de procesos estratégicos	63
6.1.3	Gestión de procesos de atención	85
6.1.4	Gestión de procesos de apoyo (recursos)	89
6.1.5	Gestión de procesos de seguimiento y evaluación	102
6.1.6	Gestión de resultados	104
6.2	Dimensión de la atención	114
6.2.1	Niveles para la atención de la multimorbilidad	114
6.2.2	Provisión de la atención desde la salud pública - Gestión de salud pública (macro gestión).....	117
6.2.3	Provisión de la atención desde el Aseguramiento en salud - Gestión de casos (meso gestión).....	129
6.2.4	Provisión de la atención desde la prestación de servicios – Gestión clínica (micro gestión)	148
7	Referencias Bibliográficas	162
8	Anexos.....	177
8.1	Anexo 1. Normas relacionadas con el modelo	177
8.2	Anexo 2. Resultados de la aplicación de la metodología propuesta en la gestión del financiamiento en el plan de beneficios en salud.....	187
8.2.1	Resultados en el Régimen contributivo	187
8.2.2	Resultados en el Régimen subsidiado	193
8.3	Anexo 3. El Iceberg de la Gestión del Cambio de Wilfried Krüger	198
8.4	Anexo 4. Algoritmo de identificación de la PMM	199
8.4.1	Fuentes de información	199
8.4.2	Metodología.....	201
8.5	Anexo 5. Escalas recomendadas para la valoración multidimensional de la PMM.....	205
8.6	Anexo 6. Escalas recomendadas para la valoración multidimensional del cuidador	207
8.7	Anexo 7. Guía de recomendaciones de autocuidado y autogestión y PAP.....	208

Tablas

Tabla 1 Indicadores clave del Modelo Integrado de Atención de Multimorbilidad CHRODIS.	75
Tabla 2 Matriz de clasificación del riesgo actuarial. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	77
Tabla 3 Indicadores de recursos. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	107
Tabla 4 Indicadores de procesos estratégicos. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	107
Tabla 5 Indicadores de procesos atención. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	108
Tabla 6 Indicadores de procesos de GIRS con enfoque colectivo e individual para la PMM afiliada. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	108
Tabla 7 Indicadores de procesos de GIRS con enfoque individual para la PMM asignada. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	108
Tabla 8 Indicadores de procesos de GIRS con enfoque colectivo en salud pública para la PMM en el territorio. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	109
Tabla 9 Indicadores de procesos de seguimiento y evaluación. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	109
Tabla 10 Indicadores de productos macro gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	109
Tabla 11 Indicadores de productos meso gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	110
Tabla 12 Indicadores de productos micro gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	111
Tabla 13 Indicadores de efecto de la macro gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	112
Tabla 14 Indicadores de efecto de la meso gestión.	112
Tabla 15 Indicadores de efecto de la micro gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	112
Tabla 16 Indicadores de efecto de todos los niveles de gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	113
Tabla 17 Indicadores de efecto de todos los niveles de gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	113
Tabla 18 Matriz de causas y consecuencias de los riesgos inherentes relacionados con la multimorbilidad en el proceso de GIRS con enfoque colectivo en salud pública para la PMM en el territorio. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	118
Tabla 19 Matriz de clasificación de los riesgos en salud pública. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	119
Tabla 20 Matriz de causas y consecuencias de los riesgos inherentes relacionados con la multimorbilidad en el proceso de GIRS con enfoque colectivo e individual para la PMM afiliada. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	130
Tabla 21 Principales tipos de riesgo en el nivel meso gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	133
Tabla 22 Índice de comorbilidad de Kaplan-Fleinstein. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	134

Tabla 23 GR y eventos priorizados	199
Tabla 24 Numero de Códigos de la Clasificación internacional de enfermedades décima revisión en cada uno de los GR.....	201
Tabla 25 Rango de Diagnósticos de la Clasificación internacional de enfermedades décima revisión en cada Grupo de Riesgo.....	201
Tabla 26 ejemplo de matriz persona uso aumentado de servicios.....	204

Figuras

Figura 1 Componentes del modelo de atención y gestión de multimorbilidad. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022	17
Figura 2 Referentes del modelo de atención y gestión de multimorbilidad. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	19
Figura 3 Relación de enfoques, atributos, y estrategias del componente táctico. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.....	42
Figura 4 Objetivos y dimensiones del componente operativo. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.....	59
Figura 5 Arquitectura de los procesos integrados. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.....	62
Figura 6 Organización de la atención con base en la gestión del riesgo. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.	71
Figura 7 Componentes de la gestión de cambio. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022.....	83
Figura 8 Cadena de valor de modelo de gestión y atención a la PMM. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022	106
Figura 9 Gestión integral del riesgo en salud en los diferentes niveles de gestión y atención de la PMM. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022	116
Figura 10 Resultados Modelo GLM para costo anual promedio régimen contributivo	188
Figura 11 Factores asociados con los grupos de diagnóstico régimen contributivo	189
Figura 12 Factores asociados a grupo etarios mujeres régimen contributivo.....	189
Figura 13 Factores asociados a grupo etarios hombre régimen contributivo	190
Figura 14 Porcentaje de afiliados con condiciones crónicas por grupo etario régimen contributivo	190
Figura 15 Factores asociados a ubicación geográfica	191
Figura 16 Comparación primas promedio por afiliado y grupo etarios mujeres régimen contributivo	192
Figura 17 Comparación primas promedio por afiliado y grupo etarios hombre régimen contributivo	192
Figura 18 Resultados Modelo GLM para costo anual promedio régimen subsidiado	193
Figura 19 Factores asociados con los grupos de diagnóstico régimen subsidiado.....	194
Figura 20 Factores asociados a grupo etarios mujeres régimen subsidiado	194
Figura 21 Factores asociados a grupo etarios hombre régimen contributivo	195
Figura 22 Porcentaje de afiliados con condiciones crónicas por grupo etario régimen contributivo	195
Figura 23 Factores asociados a ubicación geográfica.....	196
Figura 24 Comparación primas promedio por afiliado y grupo etarios mujeres régimen subsidiado	197
Figura 25 Comparación primas promedio por afiliado y grupo etarios hombre régimen subsidiado	197

Acrónimos y siglas

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

Presentación

La multimorbilidad, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la presencia de dos o más enfermedades crónicas en una persona, es un fenómeno creciente y cada vez más visible en el mundo por el envejecimiento de la población, los efectos fisiológicos y emocionales que provoca, los altos costos que su atención genera a los sistemas salud, pero, sobre todo, por el impacto en la calidad de vida de quienes la viven, sus familias y cuidadores.

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

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

En Colombia, en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) del país, los estudios han tenido dos fases: una primera de diagnóstico y una segunda, orientada al diseño de una propuesta de Modelo de gestión y atención integral de la salud de las personas con multimorbilidad (PMM) y sus cuidadores.

Los datos del estudio de diagnóstico muestran que Colombia presentó una prevalencia de multimorbilidad de 19,5%, para todas las edades durante el periodo 2012 – 2016¹. Hacia futuro esta prevalencia puede ser mayor. Según datos del MSPS de Colombia entre 1985 y 2020, la proporción de adultos mayores del país pasó del 6,9 % a 13,8 %, y se estima superará el 16% para 2030².

La fase dos del proyecto en Colombia, centrada en la formulación de una propuesta de Modelo de gestión y atención integral tuvo seis componentes en los que participaron los equipos del Ministerio, representantes de aseguradoras y prestadores públicos y privados, autoridades locales de salud y grupos de pacientes y sus cuidadores en diferentes regiones del país.

Los componentes de la segunda fase son:

1. Revisión de la literatura nacional e internacional relacionada con aspectos clínicos, de gestión y financieros de la multimorbilidad

¹ ALFONSO, Eduardo y otros, Situación de multimorbilidad en Colombia 2012-2016, MSPS 2018 Colombia

² <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-actualiza-politica-de-envejecimiento-y-vejez.aspx#:~:text=1.,superior%20al%2016%20%25%20para%202030.>

2. Identificación de programas o modelos nacionales exitosos de gestión de la multimorbilidad.
3. Formulación de un modelo preliminar de gestión y atención integral de la multimorbilidad
4. Diseño y puesta en marcha de una prueba piloto en seis lugares del país: Barrancominas e Inírida en el departamento del Guainía, La Virginia en Risaralda, Cajibío en Cauca, Barranquilla en Atlántico, la península de Barú en Bolívar y en Bogotá.
5. Intercambio de conocimientos nacionales e internacionales a lo largo del proceso con Brasil, Uruguay y Chile
6. Formulación de la propuesta final de modelo.

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

El modelo es una propuesta flexible, holística, centrada en la persona y su entorno, cuya ruta inicia en la identificación y estratificación del riesgo de quienes presentan multimorbilidad, en los espacios de una atención primaria en salud (APS) fortalecida. Continúa en niveles complementarios en los que otros componentes de la atención en salud como actividad física, apoyo emocional o nutrición pertinente, entre muchos otros, acompañan el proceso.

Esperamos que la propuesta pueda ser analizada, enriquecida y entendida como una necesidad para la atención de millones de personas que en el país viven hoy en condición de multimorbilidad y podrían beneficiarse de una mirada interprofesional como la que propone el Modelo.

Roberto lunes

Economista senior de salud – Banco Mundial

Director del proyecto Mejora de la gestión de los servicios de salud para pacientes con múltiples enfermedades crónicas en tres países de América Latina, Brasil y Colombia y Uruguay

1 Introducción

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

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

Como respuesta a esta problemática, en Colombia el proyecto “Mejora de la gestión de los servicios de salud para pacientes con múltiples enfermedades crónicas en tres países de América Latina, Brasil y Colombia y Uruguay” diseñó e implementó el piloto de un Modelo de gestión y atención integral de la salud de las PMM y sus cuidadores.

El modelo se concibió como un estudio multi método que integra diferentes fases y diseños, como se describe a continuación:

- a) Revisión de la literatura nacional e internacional relacionada con aspectos clínicos, de gestión y financieros de la multimorbilidad
- b) Estudio de método mixto para la identificación y evaluación de programas o modelos nacionales exitosos de gestión de la multimorbilidad.
- c) Formulación de un modelo preliminar de gestión y atención integral de la salud de las PMM y sus cuidadores
- d) Diseño y puesta en marcha de una prueba piloto en seis lugares del país: Barrancominas e Inírida en el departamento del Guainía, La Virginia en Risaralda, Cajibío en Cauca, Barranquilla en Atlántico, la península de Barú en Bolívar y en Bogotá.
- e) Intercambio de conocimientos nacionales e internacionales a lo largo del proceso con Brasil, Uruguay y Chile
- f) Formulación de la propuesta final de modelo.

Los resultados son un modelo de gestión y atención que pretende orientar y organizar la atención integral en salud de las PMM frente a las necesidades fisiológicas y existenciales, en cualquier momento del curso de vida, con el apoyo de sus cuidadores, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta los entornos institucional y comunitario en

donde se desarrollan las personas. Se parte de considerar las diferentes realidades del sistema de salud en los ámbitos territorial urbano, rural y rural disperso.

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

- (i) el estratégico que contiene los referentes, la definición, los objetivos y la población objeto;
- (ii) el táctico que incluye los enfoques, atributos, y estrategias; y
- (iii) el operativo que tiene dos dimensiones, una de gestión y otra de atención.

2 Antecedentes

Como lo han evidenciado los Análisis de Situación de Salud (ASIS) presentados por el MSPS, la mayor carga de enfermedad (morbimortalidad y discapacidad) para Colombia está representada por las enfermedades no transmisibles (83%). Las enfermedades cardiovasculares ocasionan la mayor mortalidad en el país. Como lo informa el ASIS 2021, en Colombia las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en hombres y en mujeres entre 2005 y 2021. El comportamiento ha sido variable en este intervalo de tiempo. Sin embargo, para el año 2021 la tendencia es al aumento y las enfermedades del sistema circulatorio produjeron 151,94 muertes anuales por cada 100.000 habitantes, causaron el 26,01% (94.432) de las defunciones y el 20,5% (1.109.159) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). (MSPS. Dirección de Epidemiología y Demografía, 2022).

Los datos de 2019 publicados en 2020 muestran que las enfermedades isquémicas del corazón produjeron el 51,7% (39.179) de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio. Estas fueron seguidas de las enfermedades cerebrovasculares que provocaron el 20,9% (15.882) de las muertes con tendencia a disminuir en ambos sexos. Por su parte, las enfermedades hipertensivas fueron la tercera causa dentro del grupo y aportaron el 12,3% (9.346) de las muertes y mostrando una tendencia similar entre sexos. (MSPS. Dirección de Epidemiología y Demografía, 2020).

Frente a la coexistencia de enfermedades y su abordaje terapéutico, en Colombia, durante el año 2015, el MSPS adelantó un estudio denominado Identificación de Personas con Condiciones Crónicas Empleando Medicamentos Dispensados – Régimen Contributivo 2012 - 2013 utilizando la metodología propuesta por Huber et al (Carola A Huber, 2013), como un método indirecto para la identificación de la prevalencia de

algunas enfermedades crónicas y la evaluación del estado de salud de una población, basada en los reportes de prescripción de medicamentos en el régimen contributivo. Esta metodología se fundamenta en la relación existente entre el medicamento prescrito y la condición o enfermedad del afiliado. Se seleccionaron 22 condiciones crónicas que incluían ECNT, enfermedades cónicas transmisibles (ECT) y algunas condiciones caracterizadas por signos y síntomas directamente relacionados con las indicaciones de los medicamentos prescritos. En este estudio se consideró que, si una persona presentaba tres o más prescripciones de medicamentos durante un periodo de doce meses en trimestres diferentes, sería catalogada como crónica.

En este marco, el Banco Mundial desarrolló un estudio sobre la Situación de multimorbilidad en Colombia 2012-2016³ para explorar la co-ocurrencia de varias enfermedades en la población colombiana, analizar el impacto de este fenómeno en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y definir recomendaciones de política pública para mejorar la calidez, calidad e integralidad de la atención en salud a la población afectada.

Se realizó un estudio multimétodo de corte transversal, descriptivo y analítico, de carácter cuantitativo y cualitativo. En el tema cuantitativo se buscó establecer los clústeres de multimorbilidad que se presentan en Colombia y caracterizar su situación según grupos de edad, sexo, región y afiliación al SGSSS. Se usaron como herramientas de análisis clústeres, ecuación estructural y Latent Class Analysis con el fin de identificar las diferentes agrupaciones de multimorbilidad (Alfonso E, 2018).

Se encontró que cerca de once millones de personas por año presentaban al menos una patología crónica. De igual forma, se observó que cerca del 40% de las personas con enfermedades crónicas (alrededor de 4.5 millones) presentan dos o más diagnósticos y corresponden a PMM. También, se estableció que la principal agrupación de multimorbilidad fue hipertensión arterial y glaucoma, seguido de hipertensión arterial, demencia y otros trastornos mentales e hipertensión arterial con enfermedades cerebrovasculares y sus secuelas, con probabilidades de 0.90, 0.89 y 0.87 respectivamente. Por grupos de edad se identificó lo siguiente: a) en los menores de edad los principales grupos de multimorbilidad fueron alteraciones de la visión, enteritis y colitis y gingivitis, pulpitis y enfermedades periodontales con un 60%; b) para el grupo de 18 a 59 años se encontró hipertensión arterial, enfermedades crónicas del esófago y otras enfermedades y gingivitis, pulpitis y enfermedades periodontales con un 72%; y c) en el grupo de mayores de 60 años se encontró hipertensión arterial, dorsalgia y diabetes mellitus con un 81%. (Alfonso E, 2018).

Las limitaciones de este estudio están relacionadas con el uso de la información disponible de los registros administrativos de prestación de servicios del SGSSS, los cuales se ven afectados por problemas de reporte de servicios de salud, de subregistro,

³ Consultar en <https://documents1.worldbank.org/curated/en/801401550612917615/pdf/134506-SPANISH-WP-P164632-OUO-9-Multimorbilidad-en-Colombia-sin-formato.pdf>

de sesgo de clasificación y de precisión de los datos informados por los distintos actores (Alfonso E, 2018).

En lo cualitativo, el estudio incluyó tres metodologías: (i) una encuesta, aplicada presencialmente, con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de los regímenes subsidiado y contributivo que cubrían el 70.1% de los afiliados al sistema de salud durante ese periodo; (ii) un taller de validación de clústeres que se debían priorizar para el análisis; y (iii) un acercamiento en profundidad a uno de los programas. La encuesta tuvo como propósito identificar la aproximación de estas entidades a la multimorbilidad como concepto y necesidad del sistema de salud del país y a las características de los modelos y programas para la atención de PMM puestos en marcha por las diferentes aseguradoras.

Los resultados de la encuesta muestran que el 100 % de las EAPB reconocen tener PMM y que las EAPB, a través de diferentes programas (registran más de 60 programas de atención) han buscado responder a las necesidades de las personas. Sin embargo, son programas de atención integral para pacientes con una sola patología, exceptuando algunas comorbilidades como diabetes y falla renal. La validación de los clústeres con las EAPB permitió confirmar los identificados en el estudio cuantitativo.

Otro estudio relacionado y realizado en el país fue la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento Colombia que tenía como objetivo conocer la situación en el ámbito rural y urbano, de la población de personas adultas mayores. Los resultados de 2015 muestran que la mediana de la edad fue 69 años (rango: 60 - 108 años). Con más de la mitad de la población adulta mayor en el grupo de 60-69 años (57,2%), 30,2% en el grupo de 70-79 años y 12,6% de los de 80 y más. Con base en el área de residencia, se encontró que, de cada diez personas adultas mayores, ocho viven en la zona urbana (78,1%) (MSPS, 2015).

Esta encuesta estimó la frecuencia de enfermedades en la población de adultos mayores. Encontró que la prevalencia de hipertensión arterial fue del 60,7% en áreas urbanas y en estratos socioeconómicos bajos y de estos, el 45,5% tenían la presión arterial controlada. Además, identificó una prevalencia del 25,8% de artritis-artrosis siendo más frecuente en mujeres, en zonas urbanas y en estratos altos socioeconómicos altos, y una prevalencia del 18,5%, de diabetes mellitus, siendo más frecuente en mujeres, de estratos 4 y 5, de zonas urbanas; resultados similares a los encontrados en el estudio del Banco Mundial (MSPS, 2015).

3 Alcance

La propuesta de modelo de gestión y atención de las PMM y sus cuidadores pretende orientar y organizar la atención integral en salud de las PMM tanto de las necesidades fisiológicas como existenciales, en cualquier momento del curso de vida, con el apoyo de sus cuidadores, la familia y la comunidad. Tiene en cuenta los entornos donde se desarrollan las personas (institucional y comunitario), e incluye el sistema de salud y el ámbito territorial urbano, rural y rural disperso. Para lo anterior, la propuesta tiene tres componentes: (Ver figura 1)

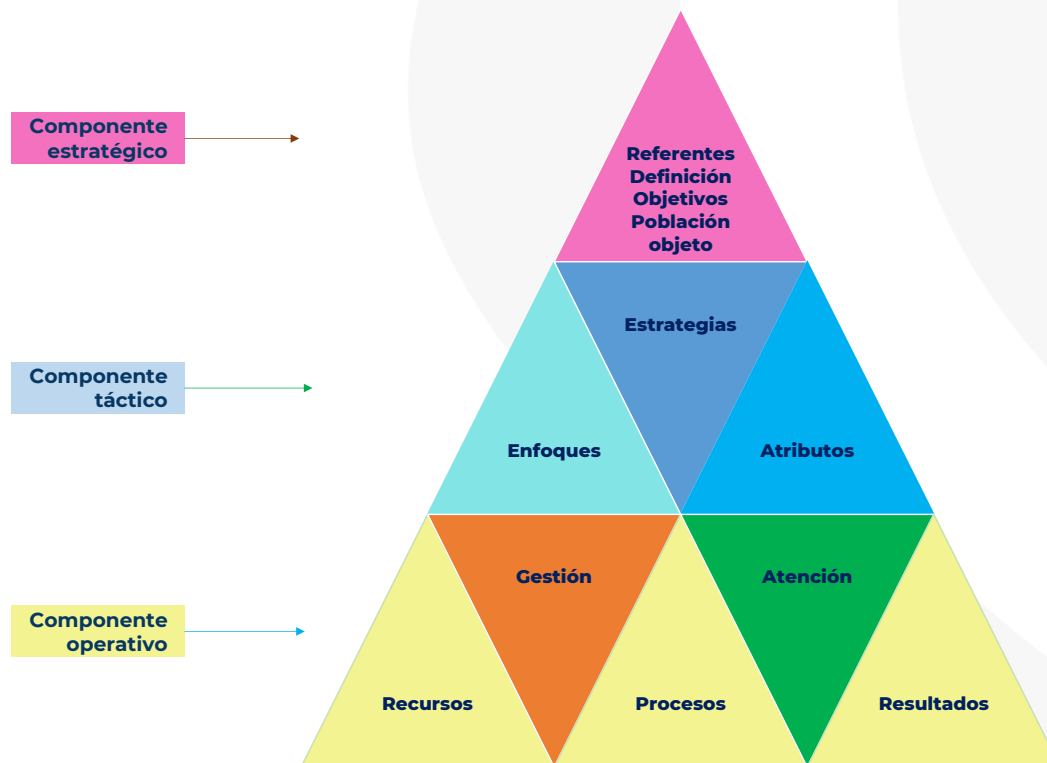
- **Estratégico o aspiracional**, en el que se desarrollan los referentes en los que se soporta el modelo, la definición del modelo, los objetivos, la población sujeto y los grupos de riesgo (GR).
 - Los referentes del modelo son tres (i) referentes conceptuales, (ii) referentes de política pública y (iii) referentes normativos
- **Táctico**, en el que se identifican las maneras propuestas para el ordenamiento del modelo través de los enfoques, los atributos y las estrategias.
 - Los enfoques del modelo son cinco (i) enfoque centrado en la persona, los cuidadores, la familia y la comunidad, (ii) enfoque de derechos y diferencial, (iii) enfoque en salutogénesis, (iv) enfoque de determinantes sociales de la salud (DSS), y (v) enfoque en los vínculos.
 - Los atributos de la propuesta de modelo son cinco y corresponden a (i) gobernanza, (ii) agencia, (iii) legitimidad del otro, (iii) holismo e (iv) integralidad / integración.
 - El modelo propone diez estrategias: (i) APS, (ii) liderazgo de la autoridad sanitaria, (iii) promoción de financiamiento coherente, (iv) articulación de recursos sociales, económicos, ambientales y comunitarios, (v) mejoramiento continuo de la atención, (vi) fortalecimiento de atención interprofesional, (vii) promoción del autocuidado – autogestión, (viii) uso de sistemas tecnológicos y de información interoperables, (ix) entrega del cuidado y (x) apoyo en la toma de decisiones.
- **Operativo**, en el que se pretende disminuir la brecha entre la aspiración y la realidad a través de la implementación de las acciones en las dimensiones de gestión y atención.
 - La dimensión de la gestión es el conjunto de acciones coordinadas institucionales e interinstitucionales para el logro de los objetivos del modelo.

- La dimensión de la atención articula diferentes actores, estrategias e intervenciones en el marco del sistema de salud, orientadas a favorecer los atributos del modelo.

En este componente se implementan las acciones del modelo en la gestión y atención en los niveles macro, meso y micro. En el macro, a nivel nacional, con el MSPS, y territorial con la Entidad Territorial de Salud (ETS), en el meso a través de las EAPB, y en el micro, con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), en el marco de un enfoque sistémico relacionado con:

- Recursos: humanos, conocimiento, servicios y tecnologías en salud, físicos, tecnologías de la información, y económicos y financieros.
- Procesos: estratégicos, de atención, de apoyo o recursos y seguimiento y evaluación.
- Resultados: de proceso, producto, efecto e impacto en salud y calidad de vida.

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



Fuente: los autores

4 Componente estratégico

4.1 Referentes

Los referentes son los fundamentos para la formulación y transformación del modelo de gestión y atención de salud de las PMM. Se utilizaron referentes conceptuales, referentes de política pública, referentes normativos y referentes empíricos. Se desarrollan en un marco conceptual basado en los antecedentes, la evidencia científica y la evidencia empírica y se obtienen a partir de los siguientes componentes: (Ver figura 2)

Referentes conceptuales

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

Referentes de política pública

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

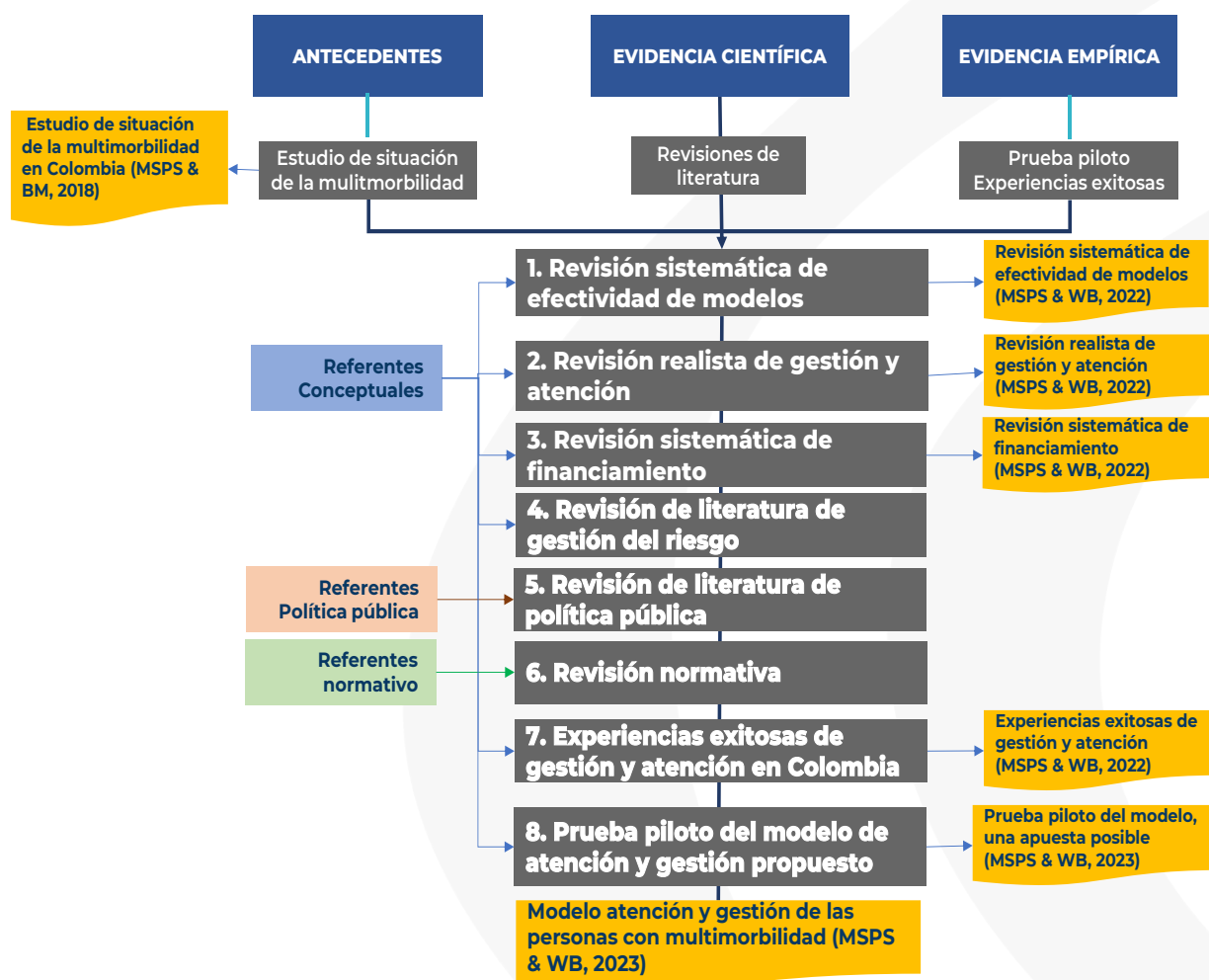
Referentes normativos

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

Referentes empíricos

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

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



Fuente: los autores

4.1.1 Referentes conceptuales

En el proceso de diseño del modelo de gestión y atención integral de la salud de las PMM y sus cuidadores, el equipo fue recogiendo elementos de las diferentes revisiones de literatura. Paso a paso, fue trayendo a la propuesta, los que se consideraron sentaban bases sólidas y viables a la propuesta de modelo. A continuación, se reseñan estos elementos.

a. Identificación de nociones y dimensiones de la multimorbilidad

La revisión de literatura realista de gestión y atención permitió identificar que la noción de multimorbilidad, desde la perspectiva de personas, cuidadores y profesionales sanitarios, supera la perspectiva biopatológica del fenómeno como la concurrencia de dos o más condiciones crónicas en un individuo, dado que no captura la experiencia vivida. Desde el paradigma fenomenológico se resignifica el cúmulo de realidades y vivencias cotidianas de los sujetos, aportando riqueza biográfica y de trayectoria vital del significado de convivir con múltiples condiciones crónicas, en contextos socioculturales complejos y diversos.

El estudio de Porter et al. (2020), problematiza la definición clínica de multimorbilidad porque “impone un orden biomédico e implica conocimiento, modos de interpretación y lugares de acción que están en desacuerdo con los de los cuerpos vividos”. En este sentido, es necesario ampliar los marcos de referencia positivistas y enfoques clínicos de la multimorbilidad, para reconocer e incorporar otras dimensiones que son fundamentales para definir cualquier política pública, modelo o marco de acción para el abordaje de la cronicidad compleja. Se desvelan tres dimensiones de las multimorbididades, reconocidas por las personas, cuidadores y personal sanitario, como resultado de la revisión realista de la literatura (Hernández-Zambrano et al., 2022)

Complejidad: está asociada a las condiciones sociales y de vida que influyen en las experiencias de los sujetos que conviven con múltiples enfermedades crónicas y en los resultados en salud. Al respecto, los estudios de Webster et al. (2019) y Kordowicz et al. (2021), muestran la importancia del enfoque de DSS, articulado con la interseccionalidad, dado que da respuesta a la comprensión del fenómeno de la multimorbilidad desde la noción de sindemia utilizada en la antropología médica para examinar cómo las enfermedades interactúan con los factores sociales, ambientales y económicos que mitigan la enfermedad.

Perspectiva biográfica: reconoce las experiencias individuales, las necesidades existenciales y la trayectoria del sujeto con multimorbilidad (Porter et al., 2020), además de los desafíos que implican las transiciones, la adaptación, y capacidad de agencia en contextos de pobreza y desigualdades sociales. Esta perspectiva implica superar la comprensión del sujeto como un cuerpo enfermo, para promover el acompañamiento del equipo interprofesional en su trayectoria biográfica y legitimar el poder del sujeto sobre su propio cuerpo (Hernández-Zambrano et al., 2022).

Totalidad: reconoce a la persona como un todo y a los múltiples impactos de la multimorbilidad en las esferas emocional, social, física y espiritual en las personas y sus familias. Respecto a la salud mental, los hallazgos de la revisión realista de literatura (Hernández-Zambrano et al., 2022) vislumbran sobrecarga emocional, depresión, apatía, agotamiento, miedo y sentimiento de vulnerabilidad que afectan la capacidad de agencia de la PMM (Favarato et al., 2021; Oksavik et al. 2020; Junius-Walker et al., 2019), y por tanto es imperativa su valoración y abordaje. Al respecto, se reconoce la afectación de las siguientes esferas de las PMM:

- La esfera social se ve afectada por la soledad y aislamiento por los cambios que implica la multimorbilidad en la relación con los otros y con su propio cuerpo. El estudio de Åberg et al. (2020), ilustra con la metáfora de la escafandra, lo que significa vivir con un cuerpo en constante cambio, lo que lleva a que el cuerpo sea errático, y se afecte su relación con el mundo: *“A veces me siento atrapado... en mi alma se podría decir. Me siento aquí y miro hacia afuera y veo a todos los que están fuera de casa y yo no puedo. Y hay que vivir con eso, pero no es fácil”, “No puedo ver la televisión, no puedo leer libros ni un periódico. Sí, la vida es muy lenta”*.
- Las esferas sociales y físicas también se afectan por las limitaciones funcionales subyacentes de la multimorbilidad, que son sustanciales en la calidad de vida de la persona y su cuidador. El estudio de Junius-Walker et al. (2019), explica cómo la pérdida de autonomía en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, dificultades en la movilidad, y los impedimentos funcionales llevaron a una participación restringida con el mundo exterior; las personas lamentaron la pérdida de salir a caminar, dedicarse a sus pasatiempos y encontrarse con amigos. La exclusión y la dependencia agudizan el sufrimiento de las PMM y sus familias, y por tanto, deben ser valoradas y atendidas por el equipo interprofesional.
- En la esfera espiritual se describen la alegría de vivir como importante para la motivación, sentir esperanza y no darse por vencido. Al igual que la persistencia, la gratitud, el coraje y la curiosidad facilitan la búsqueda de sentido en la vida con problemas de salud a largo plazo (Åberg et al., 2020).

b. La multimorbilidad y sus modelos de gestión y efectividad clínica

A partir de la revisión sistemática de gestión y efectividad clínica de los modelos de multimorbilidad se incluyeron en la propuesta del modelo los principales resultados de los modelos de gestión de la multimorbilidad y resultados en salud desde la perspectiva de la efectividad clínica

Componentes de los modelos de gestión de la multimorbilidad

De la revisión sistemática de literatura de efectividad clínica se identificaron unos componentes comunes en los estudios revisados, haciendo énfasis en los que aparecen consistentemente en la mayor parte de los artículos revisados.

Los 17 estudios, relacionados en este trabajo como modelos, incluyeron cinco revisiones sistemáticas de la literatura. La mayoría de los estudios que no eran revisiones sistemáticas fueron estudios multicéntricos. Las principales conclusiones de la revisión sistemática de literatura frente a las intervenciones y componentes mencionados en los diferentes modelos son:

1. **Atención centrada en la persona:** está asociada a la búsqueda de reemplazar las atenciones independientes centradas en la enfermedad y no en la persona, fueron mencionadas explícitamente en doce de los 17 artículos.
2. **Evaluación integral de las personas y estratificación del riesgo:** en quince artículos se menciona la evaluación de las personas para el ingreso a los estudios o modelos de atención. Se proponen diferentes metodologías que buscan identificar los problemas de salud que la persona considera más importantes, y cómo estos afectan su vida en dimensiones como dolor, función, actividades diarias, movilidad. Se incluyen preguntas sobre la situación social, los cuidadores y otros servicios involucrados, y la evaluación integral de las personas. Se mencionan la evaluación holística personalizada o una evaluación geriátrica integral, centrada en la persona y orientada a las necesidades de las personas a través de cuestionario autoadministrado. Hay también otros instrumentos para la estratificación del riesgo y la inclusión y exclusión de personas. La estratificación de riesgo es definida como el proceso sistemático para agrupar los pacientes en niveles de riesgo y necesidad, e identificar aquellos que se encuentran en mayor riesgo frente a los resultados de salud y de quienes se espera que se beneficien con una intervención coordinada de la atención, centrada en los pacientes y que maximiza el impacto en la calidad y los costos (Onder, y otros, 2015) (Alonso-Morán, Nuño-Solinis, Onder, & Tonnara, 2015) (Marengoni, Vetrano, Calderón-Larrañaga, & Onder, 2019).
3. **Grupo de trabajo del modelo:** se mencionan diferentes roles como organizador, experto, tomador de decisión, primera línea, entre otros. Doce de los 17 modelos señalan la importancia de conformar un equipo interprofesional y coordinado: equipo conformado por médico general, especialistas, enfermeras, químicos farmacéuticos, psicólogos, entre otros. Cinco modelos mencionan estrategias para facilitar las interconsultas con especialistas. En los equipos debe haber un profesional designado como coordinador del plan de la atención, y de la atención individualizada en el marco de la APS. También lo designan administrador de caso o gestor de caso. En general, se trata de un médico general, un médico de cabecera, un médico especializado, psicólogo o una enfermera. El Modelo Mambo, además, incluye un equipo al que denominan Momika (Monitoring and Coordination Assistant) que cumple un papel muy importante en el logro de la atención integral de las personas. Señalan la importancia de la formación y capacitación del personal que hace parte de los equipos.
4. **Plan individualizado:** de los 17 modelos, en siete se hace referencia al plan individualizado - individual para cada persona, con base en la identificación del problema de salud que la persona considera más importante. También mencionan la implementación y uso de guías de práctica clínica para las diferentes patologías que presentan las personas.
5. **Toma de decisiones compartida:** es de gran importancia entre el proveedor de la atención y las personas y sus familiares. En temas de autogestión, en diez de los

modelos se indica la importancia de brindar opciones para que las personas y sus familias mejoren su autogestión y por ejemplo, reciban asesoramiento de salud y recordatorios utilizados para vivir de manera más independiente y con una capacidad mejorada de autocuidado y autoeficacia utilizando, computadoras, tabletas, mHealth y dispositivos portátiles /tecnologías de asistencia (María Gabriella Melchiorre, 2020). En siete de los modelos se señala la importancia de capacitación de proveedores de la atención para el apoyo a la autogestión .

6. **Apoyo a la gestión sanitaria:** para mejorar la integración/comunicación, calidad/eficiencia de la atención y los procesos dentro / entre los proveedores de atención, se destacan, por ejemplo, historias clínicas electrónicas (HCE) y sistemas de información sanitaria de las personas, compartidos entre profesionales y sectores; registros de salud administrados por personas ; y sistemas eReferral (María Gabriella Melchiorre, 2020).
7. **Activos comunitarios:** también se hace referencia a apoyar el acceso a recursos comunitarios y sociales. En uno de los modelos dos se cita el seguimiento basado en la comunidad. La participación de la red social (informal), incluidos amigos, asociaciones de personas, familiares, vecinos, se mencionó en tres modelos. En algunos artículos realiza una contextualización de los activos comunitarios.

Resultados en salud desde la perspectiva de la efectividad clínica

La efectividad de los modelos incluidos se evaluó con los siguientes resultados:

- Aumento de la calidad de vida percibida y evaluada con escala EQ5D entre 20% y 30%.
- Disminución de las hospitalizaciones por descompensación de sus enfermedades entre 25% y 29%.
- Disminución de consultas a urgencias entre 3 y 5%.
- Disminución de las interacciones medicamentosas entre 2% y 6%.
- Satisfacción de las personas cubiertas por los modelos de atención entre 90% y 98%.

c. La multimorbilidad en contextos de complejidad y vulnerabilidad

De la revisión realista de literatura se obtuvieron los atributos y resultados en salud de los modelos de gestión y atención, desde nuevos paradigmas, que fueron adoptados por el modelo-

Atributos de los modelos de gestión y atención desde nuevos paradigmas

La hipótesis que guio la revisión realista de literatura sobre el fenómeno de multimorbilidad reconoce que existen un contexto y unos territorios en los que los sujetos (personas, familiares, cuidadores, personal de salud, agentes comunitarios) y sus modos de vincularse, favorecen atributos del cuidado para la satisfacción de necesidades en la multimorbilidad: integralidad, holismo, agencia, legitimidad del otro. Favorecer estos

atributos en el marco de los modelos de atención y gestión, cambiaría los mecanismos para el abordaje de la multimorbilidad en los niveles de meso gestión y de micro gestión. La macro gestión se debería transformar en la medida en que lo micro y lo meso se dinamizan de manera distinta (Hernández-Zambrano et al., 2022).

1. **Integralidad y holismo:** son nociones que marcan un cambio de paradigma en la relación que tradicionalmente se ha construido y perpetuado del “sujeto enfermo”, que se fragmenta, se focaliza en el órgano afectado y se trata desde una mirada biopatológica que pretende curar. Desde estos atributos se re-significa al “sujeto enfermo” como persona que tiene múltiples necesidades, físicas, sociales, espirituales y emocionales, que deben ser valoradas y priorizadas en el marco de una relación dialógica, auténtica y significativa con un equipo multiprofesional; y cuya máxima es mejorar la percepción de bienestar y calidad de vida de la persona en situación de multimorbilidad y su entorno familiar (Hernández-Zambrano et al., 2022).
2. **Agencia, y legitimidad del otro:** son nociones leídas desde constructos sociológicos y filosóficos, para que sea posible hilarlas con los sentidos y significados del mundo de la vida de las personas que conviven con múltiples enfermedades crónicas y su entorno familiar o comunitario. En este sentido, se superan la noción de autonomía y autocuidado desde lógicas liberales que presuponen que el sujeto es libre, autónomo e independiente y que las condiciones para ejercer su capacidad de cuidarse están dadas y, por tanto, el cuidado de sí es un asunto de voluntad (Hernández-Zambrano et al., 2022). En contraposición al modelo liberal, se propende por el marco de la autonomía relacional y la toma de decisiones compartidas que son esenciales en la relación clínica y encuentros de cuidado, para movilizar recursos sanitarios y comunitarios que potencien la capacidad de agencia de la PMM.

Resultados en salud desde nuevos paradigmas

Reconociendo la noción de la multimorbilidad desde una perspectiva fenomenológica y sus dimensiones y atributos, resulta un imperativo ético articular los resultados en salud de los modelos de multimorbilidad, con las prioridades de las personas y sus cuidadores. Además, es importante reconocer las limitaciones de los sistemas sanitarios para satisfacer las múltiples necesidades de la multimorbilidad. Por tanto, la movilización de activos comunitarios es vital en los modelos de gestión y atención, dado que “eliminan el aspecto médico, por lo que son menos patologizantes, más holísticos, y ayudan a mejorar a la persona en lugar de centrarse solo en los síntomas o las enfermedades individuales” (Kordowicz et al. 2021).

En este sentido, se sugiere que los componentes y los indicadores de las intervenciones en salud estén orientados a:

- Minimizar el sufrimiento físico, emocional, espiritual y social.
- Mejorar la autonomía y la independencia funcional.
- Favorecer la capacidad de agencia de autocuidado.

- Mejorar la salud mental, bienestar y calidad de vida percibida.
- Potenciar la esperanza y la alegría de vivir.
- Favorecer los procesos de resiliencia, adaptación y las estrategias de afrontamiento.
- Fortalecer la red de apoyo social movilizando activos comunitarios.
- Minimizar la sobrecarga del cuidador y potenciar su adaptación al rol.

d. La multimorbilidad y la gestión integral del riesgo en salud (GIRS)

Desde la revisión integrativa de la literatura dirigida a la GIRS relacionada con la multimorbilidad se obtiene que esta es una estrategia integral en salud que se operativiza a través de un proceso con diferentes etapas.⁴⁵⁶

La gestión integral del riesgo en salud (GIRS) como estrategia

La GIRS en el sistema de salud de Colombia es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que articula los agentes del sistema y otros sectores, busca mejorar el bienestar y nivel de salud de la población, la experiencia de los usuarios durante el proceso de atención, y la eficiencia en el uso de recursos en función de los resultados. A través de: (i) la anticipación a la enfermedad a través de la promoción y protección de la salud (prevención primaria); (ii) en el caso de presentarse detectarla y tratarla precozmente (prevención secundaria), y (iii) si se presentan enfermedades avanzadas tratar, rehabilitar o paliar su evolución y consecuencias (prevención terciaria). La estrategia tiene dos componentes que son desarrollados en el modelo (MSPS, 2018):

1. **Componente de gestión de riesgos colectivos:** integra las intervenciones, procedimientos o actividades la gestión del riesgo primario poblacional a través de acciones de promoción de la salud y prevención primaria mediante protección específica, con el fin de actuar sobre los DSS, propiciar entornos saludables, desarrollar capacidades y disminuir la probabilidad de aparición de nuevas morbilidades. Es una responsabilidad de la ETS.
2. **Componente de gestión de riesgo individual:** involucra el análisis del impacto de los factores de riesgo y los determinantes biológicos y sociales, y las condiciones de vida y de salud en la exposición y vulnerabilidad diferencial a riesgos primarios. Incluye acciones orientadas a: (i) promoción de la salud, (ii) prevención primaria minimizando el riesgo de padecer la enfermedad; (iii) prevención secundaria de la enfermedad crónica y la multimorbilidad, mediante la protección específica y la detección y tratamiento temprano; (iv) prevención terciaria de la enfermedad crónica y la multimorbilidad a través del manejo integral

⁴ Rivadeneira, A. G. (2014). Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. Monitor estratégico No. 5, pp. 4-11. Superintendencia Nacional de Salud.

⁵ Norma técnica colombiana ISO-31010:2020 de gestión del riesgo

⁶ Función Pública. Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, 2022

en casos de presentarse la enfermedad, el apoyo del cuidado de los afiliados y sus familias, y la realización de acciones para la reducción de riesgos técnicos derivados de la gestión clínica; y (v) el autocuidado y el cuidado de la familia, la comunidad y los diferentes entornos por parte del individuo, la familia y la comunidad. Es una responsabilidad a cargo de la EPS y la IPS.

En el marco del sistema de salud de Colombia y de la supervisión basada en riesgo, además del riesgo en salud se consideran otros tipos de riesgos tales como el riesgo actuarial, el riesgo de liquidez, el riesgo de crédito, el riesgo de mercado de capitales, el riesgo operacional, el riesgo de grupo, el riesgo reputacional, el riesgo de fallas del mercado de la salud y el riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.⁷ Todos estos riesgos pueden potencialmente afectar el modelo de gestión y atención de multimorbilidad, en especial, los riesgos en salud y actuarial.

La gestión integral del riesgo en salud (GIRS) como proceso para el modelo de gestión y atención de la multimorbilidad

La GIRS también se define como el proceso para afrontar la incertidumbre sobre las vulnerabilidades de una persona, familia, comunidad o población frente a una amenaza o vulnerabilidad que afecta su situación de salud. Esta debe realizarse con la información disponible en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), como los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS); y la información propia de la entidad. A través de las siguientes etapas:

1. **Identificación de la PMM y sus riesgos en salud:** se identifican los posibles eventos (enfermedad o sus complicaciones), causas (factores de riesgo o protectores biológicos, psicológicos, conductuales, culturales, sociales, económicos, políticos, ambientales, físicos, químicos, mecánicos, ergonómicos, servicios de salud, condiciones de vida y salud), y consecuencias (efectos negativos). En el caso de la propuesta de modelo de multimorbilidad comprende la caracterización de las PMM en diferentes niveles:
 - i. **Caracterización de la PMM en el territorio y sus riesgos:** la ETS caracteriza la PMM e identifica los riesgos en salud pública asociados a los determinantes estructurales e intermedios que afectan la multimorbilidad propios de la zona geográfica. (Resolución 1536 de 2015)
 - ii. **Caracterización de las PMM afiliadas a la EAPB y sus riesgos:** según los DSS, la distribución geográfica y el ámbito territorial, la estructura demográfica y los momentos del curso de vida. Se incluyen también los grupos, factores y niveles de riesgo de los principales grupos de enfermedades, el enfoque diferencial y los demás análisis que la entidad considere necesarios, armonizados en el contexto de los planes territoriales de salud (PTS), y en el ámbito individual y colectivo, en lo que corresponda. (Resolución 1536 de 2015)

⁷ Superintendencia Nacional de Salud de Colombia Resolución 4559 de 2018

- iii. *Caracterización de las PMM asignadas a la IPS y sus riesgos:* la información generada por la ETS y la EAPB es el punto de partida para que la IPS oriente su gestión hacia la PMM. Luego, la IPS caracteriza la PMM e identifica los riesgos individuales como riesgos socio familiares, de autonomía para las actividades básicas, de caídas, de las diferentes opciones terapéuticas, entre otros, a través de diferentes escalas, incluyendo el riesgo técnico.
2. **Medición y evaluación de la PMM y sus riesgos en salud:** se analiza y valora el riesgo cuantificando la probabilidad e impactos de ocurrencia del riesgo primario y del riesgo técnico. El riesgo primario es inherente a la población y a los determinantes de su estado de salud relacionados con la probabilidad de ocurrencia de enfermedades y, en algunas ocasiones, de su severidad. El riesgo técnico está asociado a la atención médica y se relaciona con la probabilidad de ocurrencia de variaciones no soportadas en evidencia en el proceso de atención, con sus efectos sobre la salud de la persona y el consumo de recursos por parte de los diferentes actores. (Castaño, R.)
 - i. *La medición del riesgo primario:* parte de reconocer que existen condiciones colectivas e individuales de salud prevenibles que están influenciadas por DSS, cuya intervención depende, en gran medida, de las acciones poblacionales y colectivas que realiza la ETS. Una vez identificados los riesgos inherentes en las diferentes caracterizaciones, se debe estimar la probabilidad de ocurrencia y la estimación del grado de severidad de la ocurrencia. Luego, se identifican los niveles de riesgo de cada riesgo inherente mediante la combinación de la probabilidad y la severidad, que se pueden visualizar en mapas de calor.
 - ii. *La medición del riesgo técnico:* inicialmente identifica el número de episodios de atención que requiere una condición individual de salud una vez se presenta; el consumo de servicios y tecnologías en salud durante cada episodio de atención; los procesos, insumos o factores de producción que se utilizan para prestar el servicio; y las tarifas y precios que las IPS cobran a las EAPB por los procesos, insumos o factores de producción.
 3. **El tratamiento y control de la PMM y sus riesgos en salud:** se definen intervenciones preventivas que modifiquen las causas modificables para evitar, reducir o mantener la ocurrencia de la enfermedad, y medidas mitigadoras que modifican los efectos de la enfermedad evitando complicaciones (secuelas, discapacidad, incapacidad y muerte), costos para el paciente, la familia y el SGSSS, y posibles eventos adversos derivados de la atención médica, afectación de la imagen pública y sanciones legales, (Castaño, R.)

Para los objetivos del modelo:

- i. *El riesgo primario se interviene mediante:* (i) las acciones de promoción de la salud, orientadas a la disminución de la incidencia y severidad de condiciones colectivas e individuales de salud cuando estas obedecen a circunstancias que

están bajo su control, por ejemplo, las acciones dirigidas a fomentar el autocuidado y los estilos de vida saludable, y la articulación sectorial entre ETS y EAPB con Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS), y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), e intersectorial con las políticas públicas que intervengan los DSS; (ii) la prevención primaria y secundaria a través de la realización de acciones para la detección temprana y el tratamiento oportuno de las condiciones individuales de salud prevenibles y no prevenibles. Esto permite garantizar la oportunidad y la integralidad de la atención, la coordinación del trabajo entre EAPB y ETS; y (iii) la prevención secundaria y terciaria a través de la realización de acciones para el tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y sus complicaciones y secuelas a través de la articulación del trabajo entre EAPB e IPS.

- ii. *El riesgo técnico se interviene mediante:* (i) la organización de la atención de los afiliados según los riesgos identificados con el modelo para la gestión de riesgos y con la organización de la Red Integral de Servicios de Salud (RISS) para su intervención, definiendo los mecanismos y las reglas para garantizar oportunidad, integralidad y continuidad en la atención, mediante la autorización integral de servicios y el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia; (ii) el apoyo a la gestión clínica de las IPS y la utilización de modalidades de contratación y de pago orientadas a resultados que impliquen riesgo compartido entre EAPB e IPS e incentiven en estos últimos el desarrollo de modelos de prestación orientados a la GIRS; y (iii) la articulación entre la EAPB y las IPS de la red contratada para garantizar la atención en condiciones de calidad, mejorar la experiencia en el proceso de atención, contrarrestar los efectos financieros no deseados derivados del proceso de atención y mejorar la calidad de vida de las PMM.
4. **Seguimiento y monitoreo de la PMM y sus riesgos en salud:** el seguimiento de la PMM a lo largo del ciclo de atención se hace con los indicadores para la gestión de riesgos teniendo en cuenta los GR, y los indicadores para seguimiento y evaluación de los resultados en salud y de la calidad en salud. Estos son fundamentales para la mejora continua y la garantía del acceso oportuno, eficaz y con calidad a los servicios de salud.

La gestión del riesgo en salud y actuarial debe estar soportada por sistemas de información, centrados en las personas, que permitan la trazabilidad de los usuarios a lo largo del ciclo de atención, incluyendo los procesos de apoyo, los administrativos, los costos y los resultados financieros, de tal forma que se facilite la gestión del riesgo en salud y la oportunidad en la toma de decisiones. Los sistemas de información deben facilitar el proceso continuo para la clasificación y estratificación del riesgo de cada afiliado, teniendo en cuenta la historia familiar, el estilo de vida y los factores de riesgo asociados a los DSS, así como las condiciones médicas y los costos derivados del proceso de atención.

e. La multimorbilidad, sus costos y su financiamiento

Los principales resultados de la revisión sistemática de literatura del componente financiero del modelo de atención en PMM apuntan a la preocupación por el uso de recursos económicos en los diferentes sistemas de salud nacionales y locales, dado el incremento de las personas que padecen multimorbilidad y los costos que estos representan. Los elementos para tener en cuenta para el modelo propuesto son los siguientes:

Principales impactos de la multimorbilidad en el sistema de salud

Los principales impactos para tener en cuenta en el modelo son los siguientes:

1. ***Incremento en el uso de los servicios:*** se ratifica que a mayor edad existe mayor probabilidad de tener multimorbilidad y patologías que implican polimedicación y un uso elevado de servicios de salud. Los factores de riesgo cardiovascular, la insuficiencia cardiaca y las cardiopatías coronarias son los que más impactan en el uso de recursos, seguidas por diabetes, enfermedades renales e hiperlipidemia.
2. ***Aumento del costo de los servicios:*** en general, las variables relacionadas con el diagnóstico proporcionan un aumento de la varianza del costo entre el 20 y el 25% y las variables basadas en prescripciones podrían aportar un aumento adicional entre el 15% y el 17%. Se encontró que, independiente de cualquier combinación de enfermedades, las personas con la enfermedad de Parkinson (EP) multiplican por 3,5 la media de los costos totales. (König, et al, 2013)
3. ***Aumento en el costo por persona:*** dependiendo de las diferentes clasificaciones de morbilidad y del modelo de costeo que se utilice se puede observar que los pagos de capitación para una persona individual varían de forma considerable. Los modelos de costeo más utilizados son Logit, regresión log-lineal OLS y GLM. También se utilizan árboles de clasificación y regresión (CART) para poder discriminar datos en subconjuntos homogéneos.

Principales medidas para la estratificación del riesgo de la multimorbilidad en el sistema de salud

En cuanto a los costos y el financiamiento se utilizan medidas para la estratificación del riesgo de la PPM. Las principales medidas y las condiciones comunes de estas clasificaciones fueron:

1. ***Medidas para estratificación del riesgo:*** las medidas están basadas en diferentes medidas de multimorbilidad. Se destacan las siguientes:
 - ***Índice de Charlson.*** Clasifica 17 enfermedades crónicas. Aunque originalmente fue diseñado para predecir la mortalidad es muy utilizado para la construcción de medidas de multimorbilidad.

- **Marco de Calidad y Resultados (QOF⁸).** Clasifican 17 enfermedades crónicas y sobre cada una de ellas, determina medidas. Estas medidas, son un conjunto de indicadores que se acuerdan como parte de las negociaciones anuales y otorga puntos a las prácticas de los médicos de cabecera en función de su desempeño.
 - **Grupos de Diagnóstico Expandido (EDC⁹).** Clasifica 114 grupos de diagnóstico, conocidos también como grupos de diagnóstico ambulatorio. Agrupan todos los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión (CIE 10) según cinco criterios: duración de la afección (aguda, recurrente o crónica), gravedad de la afección (p. ej., menor y estable versus mayor e inestable), certeza diagnóstica (síntomas centrados en la evaluación diagnóstica versus enfermedad documentada centrada en los servicios de tratamiento), etiología de la afección (infecciosa, lesión u otra), y participación de atención especializada (médica, quirúrgica, obstétrica, hematológica, etc.).
 - **Grupos Clínicos Ajustados (ACG¹⁰).** Clasifica 68 grupos. Es un sistema de ajuste combinado de casos de población / paciente, desarrollado por los investigadores de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. El sistema ACG mide el estado de salud por agrupación de diagnósticos en grupos clínicamente convincentes. El objetivo del sistema ACG es asignar a cada individuo un único valor ACG mutuamente excluyente, que es una medida relativa del consumo esperado o real de servicios de salud del individuo. Los valores de ACG representan la carga de recursos o la enfermedad general de un individuo.
2. **Condiciones comunes en las clasificaciones de riesgo:** las condiciones más comunes son: hipertensión, trastornos del metabolismo de los lípidos, dolor lumbar crónico, artrosis articular, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica crónica, obesidad, disfunción tiroidea, arritmia cardíaca, osteoporosis, asma / enfermedad pulmonar obstructiva crónica, varicosis de miembros inferiores, trastornos del metabolismo de las purinas / pirimidinas / gota, reducción severa de la visión, cáncer, depresión, aterosclerosis / enfermedad oclusiva arterial periférica, diverticulosis intestinal, neuropatías, gastritis crónica / enfermedad por reflujo gastroesofágico, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, hiperplasia prostática, isquemia cerebral / accidente cerebrovascular crónico, trastornos de las válvulas cardíacas, hemorroides, mareo, colecistitis crónica / cálculos biliares, enfermedades del hígado, trastornos somatomorfos, incontinencia urinaria, insomnio, hipoacusia severa, anemia, soriasis, artritis reumatoide / poliartritis crónica, ansiedad, alergias, migraña / dolor de cabeza crónico, enfermedad de Parkinson, problemas ginecológicos, cálculos del tracto urinario.

⁸ QOF siglas en inglés de Quality and Outcomes Framework

⁹ EDC siglas en inglés de expanded diagnostic clusters'

¹⁰ ACG siglas en inglés de Adjusted Clinical Groups

f. La multimorbilidad y algunas experiencias exitosas en gestión y atención en Colombia

A continuación, se presentan los elementos más relevantes que componen la experiencia de las EAPB y las IPS en la gestión y atención de PMM. Se seleccionaron cuatro experiencias exitosas en multimorbilidad, las cuales incluyen programas de EAPB de los regímenes contributivo y subsidiado, programas de cajas de compensación y el modelo de atención de una IPS del régimen exceptuado. Las experiencias seleccionadas están en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Valle del Cauca, Boyacá y Bogotá. A continuación, se presentan los principales hallazgos que aportan al modelo desde la perspectiva de los ejecutores (EAPB e IPS) y los usuarios (PMM y sus cuidadores):

Perspectiva de los ejecutores

1. ***Cambio de paradigma:*** se destacan como idea fuerza el cambio de paradigma de un modelo centrado en la enfermedad a un modelo centrado en la persona, que se construye en la relación terapéutica basada en el amor, dedicación, entrega y cercanía del asegurador. Además, esto implica reconocer las múltiples necesidades de las personas y los DSS como factores sociales, culturales, educativos y económicos que inciden en sus condiciones de salud.
2. ***Atención integral, integrada y continua:*** el enfoque del modelo de atención es integral y sustentado en la medicina familiar, y se focaliza en la gestión tanto de la población sana que tiene factores de riesgo, como de la población con enfermedades a través de la gestión de casos. Las estrategias de integración y coordinación asistencial del programa están asociados al fortalecimiento de la red de prestadores primarios. Se destaca la capacidad de acceso de la persona a la consulta, los medicamentos y la identificación y abordaje de factores de riesgo sin barreras administrativas, y hacer intervenciones más asertivas que impacten en los riesgos de las personas, y la adherencia al tratamiento.
3. ***Ingreso al modelo:*** para la selección de las personas que ingresan, por ejemplo, al Programa de Asistencia Permanente, de una EAPB, se combinan la información administrativa que incluye hospitalizaciones, costos, entre otros y la información clínica sobre las patologías que presentan las personas. A partir de esta información se construye un algoritmo.
4. ***Evaluación de la población y estratificación del riesgo:*** es un eje central del modelo. Los profesionales describen las características clínicas de la población beneficiaria y despliegan un conjunto de estrategias articuladas para su captación, evaluación clínica, atención y monitoreo continuo en los programas de atención.
5. ***Plan individualizado:*** el tratamiento es individual para cada persona, basado en el conocimiento de la población y dado por el atributo de continuidad. Esto implica conocer en profundidad las necesidades de la población, desde sus diferentes dimensiones y los DSS que inciden en los desenlaces clínicos de la población. Existen estrategias tales como “yo te escucho, yo te ayudo” por medio de la cual

realizan una encuesta a la persona y su cuidador familiar para saber si entendieron cómo es el plan de manejo y si tiene dudas o preguntas. Utilizan atención individualizada, basada en evidencia, guías de práctica clínica, Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), protocolos específicos y herramientas de eHealth.

6. **Capacidad de agencia:** varios aspectos favorecen la capacidad de agencia de autocuidado: la atención personalizada, el acercamiento continuo con las personas, la comunicación asertiva que utiliza un lenguaje cercano a las personas. Mensajes orientados a la educación en salud, y a la capacitación continua de las personas. Se apoya en una relación terapéutica sustentada en la empatía y el conocimiento, apoyada por la figura del persona activo y experto con habilidades para la toma de decisiones en salud y una actitud proactiva para el cuidado de sí mismos.
7. **Conformación del equipo:** es clave contar con políticas institucionales de gestión del talento humano en salud y condiciones laborales dignas. En la EAPB debe haber un coordinador del modelo con buen liderazgo. Es quien consolida y hace seguimiento al modelo mediante indicadores. La perspectiva holística y de DSS conllevó a la conformación del equipo interprofesional que ha ido evolucionando. Está integrado por profesionales de medicina familiar, médicos generales, enfermeras, psicólogos, nutricionistas, diabetólogo, internista, y trabajador social (programa cardio metabólico).
8. **Práctica colaborativa interprofesional:** entendida como un proceso de aprendizaje continuo y complejo, que implica romper con patrones aprendidos de jerarquías y relaciones de poder del equipo en salud donde prima el saber de la especialidad médica sobre otros saberes profesionales. Son necesarias diferentes perspectivas y saberes profesionales para desplegar el modelo. Uno de los valores esenciales que mantiene la cohesión y el trabajo en equipo interprofesional es el colegaje, entendido como la solidaridad o ayuda mutua entre colegas para lograr un objetivo común: el bienestar de la población beneficiaria del modelo.
9. **Gestión del conocimiento:** en el contexto de atención interprofesional se destacan las estrategias de:
 - Educación continua, en especial en zonas rurales, utilizando plataformas asequibles como YouTube, o programas más formales como un diplomado en el programa de riesgo cardio metabólico, avalado por la sociedad endocrino de medicina interna;
 - Integración con el primer nivel de atención que repercute en la formación continua del personal de salud y en la captación de las personas; y
 - Transferencia de conocimientos entre especialistas y médicos generales que, constituye uno de los hitos más importantes del modelo de atención y permite potenciar las competencias de los médicos generales de las redes básicas

para el abordaje de las enfermedades. En este sentido, las rotaciones con especialistas y los modelos de teleasistencia facilitan esta transferencia de conocimientos y la comunicación entre especialistas y médicos generales.

10. **Rigurosidad científica:** uno de los principales recursos son los flujogramas actualizados y basados en la evidencia, con adaptación transcultural a la población colombiana y que tienen el propósito de socializar, sensibilizar y educar al equipo interprofesional respecto de los programas que se articulan en el modelo de atención.
11. **Gestión de la información:** se hace énfasis en el papel de los sistemas de información robustos y en la gestión de la información como elemento integrador de la atención en salud.
12. **Monitoreo:** mediante un conjunto de indicadores se busca conocer el comportamiento de cobertura, actividad general, actividad específica, estructura, rendimiento económico y efectividad del modelo de atención. Esto se puede consultar en el tablero de control respectivo.
13. **Financiamiento:** revisión de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) basada en un ajuste por riesgo en salud.

Perspectiva del usuario

1. **Humanización:** las personas reconocen cualidades del programa de atención, las cuales están asociadas a su percepción de humanización de la atención: atención diferencial, calidad humana y profesionalismo, comunicación fluida, conocimiento de las personas, seguimiento continuo: “Estar pendientes”, amabilidad, diligencia y oportunidad en la atención y resolución de problemas.
2. **Integración de la rehabilitación:** recomendación de mejora en los componentes de atención del programa. Se sugiere integrar la rehabilitación interprofesional para minimizar la dependencia y discapacidades que afectan la calidad de vida de la población.
3. **Activos comunitarios:** se reconocen algunas estrategias y recursos de apoyo y soporte social, formales e informales, que benefician a la población atendida en el programa.
4. **Educación continua:** los cuidadores mencionan que los talleres dirigidos a ellos, los han enseñado a sensibilizarse en cómo cuidar a los familiares enfermos y, en el caso concreto de los profesionales en química farmacéutica, los orientan en cuanto a cada medicamento, para qué sirve, cuál es el mejor horario para administrárselo, etc.

4.1.2 Referentes de política pública

En la Ley Estatutaria de Salud del país se estableció que se debía implementar una Política Social de Estado que reconoce: por un lado, los DSS y la importancia de la articulación intersectorial; y por el otro, tener en cuenta todas las fases de la atención en salud: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención y la rehabilitación integral, con calidad. (Ley 1751 de 2015)

a. Política de Atención Integral en Salud (PAIS)

En 2016, Colombia adoptó la PAIS con los siguientes enfoques: (i) APS; (ii) salud familiar y comunitaria, (iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y (iv) enfoque poblacional y diferencial. De manera adicional, se estableció la relevancia de los componentes de RPMS, y las rutas de grupos de riesgo (RGR); el fortalecimiento del prestador primario; la operación en RISS; el desarrollo del talento humano; la articulación de las intervenciones individuales y colectivas; el desarrollo de incentivos en salud, la coordinación entre las ETS encargadas de la gestión de la salud pública, las EAPB y las IPS, y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación. También se definieron los ámbitos territoriales: población dispersa, rural y urbana en los diferentes municipios y distritos. En las zonas con población dispersa y rural es posible tener uno o varios aseguradores. (Ley 1753 de 2015 y Resolución 429 de 2016)

b. Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS)

También en 2016, la PAIS estableció un modelo operacional denominado Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) con una visión centrada en las personas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud. Comprende un conjunto de intervenciones, procesos, arreglos institucionales, herramientas a través de diez componentes: (Resolución 0429 de 2016)

1. Caracterización poblacional según el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)
2. Regulación de RIAS;
3. Implementación de la GIRS;
4. Delimitación territorial del MIAS;
5. RISS;
6. Redefinición del rol del asegurador;
7. Redefinición del sistema de incentivos;
8. Requerimientos y procesos del sistema de información;
9. Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud; y
10. Fortalecimiento de la Investigación, innovación y apropiación de conocimiento.

De estos componentes se resaltan las RIAS que tienen como objetivo regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del SGSSS y otros sectores, en especial las siguientes RIAS:

- (i) *RPMS* que define las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y la generación de una cultura del cuidado para las personas, familias y comunidades, que son el centro de la atención, como parte de la garantía del derecho fundamental a la salud. Además, contempla para las intervenciones individuales: la valoración integral de la persona en sus diferentes momentos de curso de vida y a la familia, con el fin de fortalecer las capacidades para el cuidado de la salud, minimizar el riesgo de enfermar o derivar oportunamente a RGR o los servicios requeridos para el manejo de su condición de salud (Resolución 3280 de 2018).
- (ii) *RGR* que incorporan acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones individuales y colectivas, con el propósito de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación. (Resolución 3202 de 2016)

c. Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)

En 2019, el país adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) que redefine la PAIS. El MAITE se centra en el ciudadano y comprende un conjunto de enfoques, estrategias, procesos, instrumentos, acciones y recursos para garantizar el derecho fundamental a la salud y los objetivos del sistema de salud, con el fin de generar mejores condiciones de salud de la población, y garantizar todas las fases de la atención, incluyendo la muerte digna, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutoria. Las estrategias y los enfoques de este modelo son: i) estrategia de APS; ii) estrategia de GIRS; iii) enfoque de cuidado de la salud; y iv) enfoque diferencial de derechos. (Resolución 2626 de 2019)

En complemento, el MAITE está conformado por “el conjunto de acciones y herramientas que, mediante acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.” Los objetivos del MAITE son: garantizar el pleno disfrute del derecho fundamental a la salud en los territorios; fortalecer la autoridad sanitaria territorial; articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud; ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones; y mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios frente al sistema de salud y la sostenibilidad financiera del mismo. (Resolución 2626 de 2019)

d. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022 – 2031 (PDSP 2022 -2031)

El PDSP 2022 – 2031 pretende avanzar en “la garantía del derecho fundamental a la salud y la mejora del bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano”, mediante la incidencia sobre los DSS. Lo anterior, se concreta en seis ejes estratégicos:

- (i) gobierno y gobernanza de la salud pública,
- (ii) gestión intersectorial de los DSS,
- (iii) gestión integral de la APS,
- (iv) gestión integral del riesgo en salud pública,
- (v) gestión del conocimiento para la salud pública, y
- (vi) gestión y desarrollo del talento humano para la salud pública.

En el marco de eje de gestión integral del riesgo en salud pública se prevén dos elementos orientadores relevantes para el modelo: (i) el fortalecimiento de los procesos de aseguramiento y prestación de servicios para la GIRS en el marco del modelo de atención integral de las condiciones de salud; y (ii) la Implementación de rutas, modelos o enfoques para la gestión integral de riesgos en salud pública.

La estrategia de adopción y adaptación de modelos para la atención integral del riesgo de personas con condiciones crónicas se relaciona con el desarrollo de modelos comunitarios y de estrategias de rehabilitación basadas en comunidad para favorecer el abordaje integral de las ECNT, la construcción de estilos de vida saludables, la gestión comunitaria para el cuidado integral. Se priorizan personas con problemas y trastornos mentales, epilepsia, ECT que generan discapacidad, enfermedades huérfanas/raras, alteraciones nutricionales, cardiovasculares, metabólicas, cáncer, respiratorias crónicas, autoinmunes y personas con consumo de sustancias psicoactivas. También incluye la articulación con los servicios sociales, sociosanitarios y de salud que propendan por la inclusión de personas según diferenciales poblacionales y territoriales.

En el territorio, se contempla en el tercer nivel de la micro gestión de la salud pública, la adopción de modelos de atención para mejorar la calidad del cuidado de las condiciones de salud, teniendo en cuenta la evidencia de la efectividad del desarrollo de modelos de atención integral enfocados en las condiciones crónicas, la salud familiar y comunitaria, el enfoque de riesgo y los DSS, mediante la APS. Esto permite alcanzar mejores resultados en salud, mayor costo-efectividad y mejor satisfacción de las personas que utilizan los servicios (Mendes, 2014). Esto mismo sucede cuando se involucra la gestión participativa y las redes integrales e integradas de atención con ampliación de la clínica y gestión de casos en la atención de las condiciones de salud (Massuda y Campos, 2010).

4.1.3 Referentes normativos

Se realizó una revisión de la normatividad nacional vigente en Colombia que sirve como referente del modelo de multimorbilidad, y realizó un ejercicio mediante el cual se clasificó el articulado de las citadas normas, considerando los siguientes elementos como parte del

referente normativo para el modelo de multimorbilidad: (i) definición de políticas, (ii) prestación de servicios de salud, (iii) PTS, planes de desarrollo, (iv) Plan de Beneficios en Salud (PBS), (v) recurso humano en salud, (vi) sistemas de información, (vii) disposiciones sobre financiación, y (viii) APS (ver anexo 1). A continuación, las leyes de mayor relevancia relacionadas con el modelo de multimorbilidad:

a. Ley 1438 de 2011: Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y otras disposiciones

El articulado de la Ley 1438 de 2011 tiene elementos conceptuales que se deben tener en cuenta para el diseño e implementación de la propuesta de modelo de multimorbilidad. Algunos de ellos son: la estrategia de APS como eje del fortalecimiento del SGSSS, el concepto de redes integradas de prestación de servicios de salud para que ésta sea más eficiente, equitativa, continua, integral y accesible, y la elaboración del PDSP como una estrategia participativa en donde confluyen las políticas sectoriales.

b. Ley 1751 de 2015: Ley Estatutaria de salud

La Ley Estatutaria de salud introduce el concepto de garantía al goce efectivo del derecho a la salud, buscando articulación entre los actores del SGSSS, la formulación y adopción de políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención, la atención integral de la enfermedad y la rehabilitación, y el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas.

La Ley Estatutaria incluye otros temas igual de relevantes para el modelo de multimorbilidad. Entre ellos, (i) el deber del Estado de garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, incluidas las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. (ii) la indicación explícita de que la prestación del servicio de salud no debe fragmentarse en desmedro de la salud del usuario. (iii) la obligatoriedad de diseñar y operar un sistema único de información en salud, el cual debe integrar los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.

c. Ley 1753 de 2015: Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018

El articulado del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753 de 2015), indica que el MSPS debe definir una política integral en salud con enfoque en: la APS, la salud familiar y comunitaria, la articulación de las actividades individuales y colectivas, y también un enfoque poblacional y diferencial. Para ello, se deberán tener en cuenta la RPMS, las RGR, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios y el desarrollo del talento humano. Esta ley resalta la importancia de la adaptación de la política para zonas rurales con baja densidad poblacional.

d. Ley 1995 de 2019: Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022

En las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 se hace alusión a las multimorbididades considerando que “el aumento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio y crónicas, así como el aumento de la prevalencia de multimorbididades definen las nuevas prioridades en salud pública.”. En este documento se propone la optimización del modelo de salud con enfoque promocional y preventivo basado en la APS, con gobernanza, interculturalidad, gestión del riesgo, participación vinculante y articulación de los actores del sistema de salud, que garantice servicios integrales. Se busca mejorar el bienestar y la salud de las personas sin exclusiones, fortalecer el sistema de salud y aumentar su capacidad resolutoria a través de: (i) desarrollar equipos interdisciplinarios territorializados permanentes y sistemáticos; (ii) conformar RISS; (iii) recuperar, fortalecer y modernizar la red pública hospitalaria; (iv) formular e implementar una nueva política de talento humano en salud; y (v) fortalecer el aseguramiento en salud para el cuidado integral, bajo el control y regulación del Estado.

e. Ley 2294 de 2023: Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026

La Ley 2294 de 2023 “Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 “Colombia potencia mundial de la vida” contempla la actualización de la política nacional de salud mental individual y colectiva, lo que incluye el abordaje de los DSS mental, y todas las fases de la atención como la promoción de la salud mental, la prevención, atención integral, rehabilitación e inclusión social. También contempla la articulación entre la implementación de la política y la estrategia de APS y rehabilitación basada en la comunidad, y la creación de la Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental.

f. Leyes sobre telesalud e historia clínica electrónica

La revisión contempló otras normas que, aunque por su objeto y contenido son de carácter instrumental, tienen mecanismos que apoyarían la implementación de la propuesta de modelo de multimorbididades. Entre ellas, las relacionadas con telesalud/telemedicina y la HCE interoperable. Para ello se revisaron:

- *La Ley de Telesalud* (Ley 1419 de 2010) y las disposiciones para la telesalud y parámetros para la telemedicina (Resolución 2654 de 2019), y
- *La Ley de Historia Clínica Electrónica Interoperable* (Ley 2015 de 2020) y el conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la Interoperabilidad de la HCE (Resolución 866 de 2021).

La telesalud y la telemedicina buscan proveer servicios a distancia con ayuda de las tecnologías de la información y comunicaciones. La telemedicina tiene como objetivo “facilitar el acceso y mejorar la oportunidad y resolutoriedad en la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación (...) preservando las características de calidad de la atención de salud que incluyen accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad.” Estas

normas son importantes para la propuesta del modelo de multimorbilidad porque tiene el potencial de facilitar el acceso a los servicios de salud en sitios remotos y la posibilidad de atender las multimorbididades de una manera integral y con la calidad requerida.

Por su parte, la HCE interoperable contiene los datos clínicos relevantes de la persona de forma integral y cronológica con la capacidad de intercambiar y visualizar los datos de las atenciones en salud necesarios para dar continuidad a la atención en salud. Este instrumento es relevante para la propuesta de modelo porque permitirá la consulta por parte del personal de salud de los antecedentes clínicos y de tratamiento de la persona.

g. Leyes sobre morbilidades particulares

Se revisaron otras normas cuyo objeto son morbilidades específicas como cáncer (Ley 1384 de 2010 y Ley 1388 de 2010), enfermedades huérfanas (Ley 1392 de 2010) y salud mental (Ley 1616 de 2013), pero que pueden estar asociadas a otras morbilidades, particularmente ECNT.

Estas normas contienen elementos que aportan al modelo de multimorbilidad, tales como la adopción de APS, la conformación de redes integradas de prestación de servicios con la participación de los distintos actores del SGSSS, su inclusión en los PTS o en el PDSP, la importancia de fortalecer el talento humano en salud con énfasis en la prevención y la detección temprana.

En lo referente a la información, ambas leyes promueven la recolección de la información. Se destaca que en la ley de salud mental se deberán incluir en el sistema de información, los determinantes individuales o sociales de la salud mental y en la ley del cáncer, el establecimiento de un observatorio epidemiológico del cáncer.

4.2 Definición del modelo

El modelo de gestión y atención de las PMM y sus cuidadores es el conjunto de enfoques, atributos, estrategias, recursos, procesos y resultados del sistema de salud para la gestión integral del riesgo en salud (GIRS) y la atención integral en salud tanto de las necesidades fisiológicas como existenciales de las PMM.

4.3 Objetivos del modelo

4.3.1 Objetivo general

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

4.3.2 Objetivos específicos

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

4.4 Población sujeto

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

- Personas con dos o más enfermedades crónicas de los ocho grupos de riesgo priorizados (GRP) en cualquier edad, con alguno de los siguientes criterios:
 - Una hospitalización anual en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por patologías crónicas de GRP
 - Una hospitalización anual en Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) por patologías crónicas de GRP
 - Dos hospitalizaciones anuales por patologías crónicas de GRP
 - Dos consultas de urgencias anuales por patologías crónicas de GRP
 - Diez principios activos dispensados mensualmente por patologías crónicas de los GRP
 - Un valor anual por persona de tres veces la UPC de su grupo etario y zona geográfica

Como resultado, el criterio de selección de las personas con condiciones de multimorbilidad corresponde a: *PMM con dos o más condiciones de los 8 GRP seleccionados, y que cumplan con una o más de las cuatro características de uso aumentado de servicios o que su costo anual sea superior a 3 veces la UPC del grupo etario y zona geográfica.*

De otra parte, teniendo en cuenta que el modelo propuesto busca llegar a las personas con multimorbilidad y sus cuidadores, la propuesta recoge la figura de la diada formada por la PMM y su cuidador familiar principal, como población sujeto. El cuidador está definido como “la persona con vínculo de parentesco o cercanía que brinda cuidados al paciente en busca de compensar las disfunciones existentes, y quien en muchos casos se convierte en el actor que modula todo el cuidado de la persona enferma, incluida la toma de decisiones” (Barrera et al., 2010).

La diada es un concepto tomado de la literatura sobre cuidado de personas con enfermedad crónica, “se presenta cuando ambas personas establecen una relación estrecha mediada por la relación de dependencia que tiene el primero con el segundo, la cual, además, les confiere esa característica especial que hace que ambos se conviertan en un solo sujeto de cuidado”¹¹.

4.4.1 Grupos de riesgo

Según la OMS (2002), los factores que hacen que una persona se enferme pueden tener varios años de duración y estar influenciados por DSS más generales. El nivel de ingresos y el nivel educativo pueden influir, por ejemplo, en los hábitos alimentarios y en el consumo de alcohol, los cuales “interactúan a su vez con causas fisiológicas y fisiopatológicas como la tensión arterial, los niveles de colesterol y el metabolismo de la glucosa, para dar lugar a enfermedades como los accidentes cerebrovasculares o la cardiopatía coronaria” (OMS, 2002, p.16).

El conocimiento de la distribución y los determinantes de los riesgos tienen importantes implicaciones para la identificación y selección de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales basadas en la evidencia, orientadas hacia la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y al manejo integral de la misma una vez se ha presentado.

Un GR es un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios (MSPS, 2016).

Los GR se conforman teniendo en cuenta grupos sociales de riesgo, enfermedades de alta frecuencia y cronicidad, enfermedades prioritarias en salud pública, enfermedades con tratamientos de alto costo, condiciones intolerables para la sociedad y enfermedades de alto costo (MSPS, 2016).

En las discusiones realizadas con el MSPS, se decidió pasar de los 16 GR incluidos en las RIAS y dejar los siguientes:

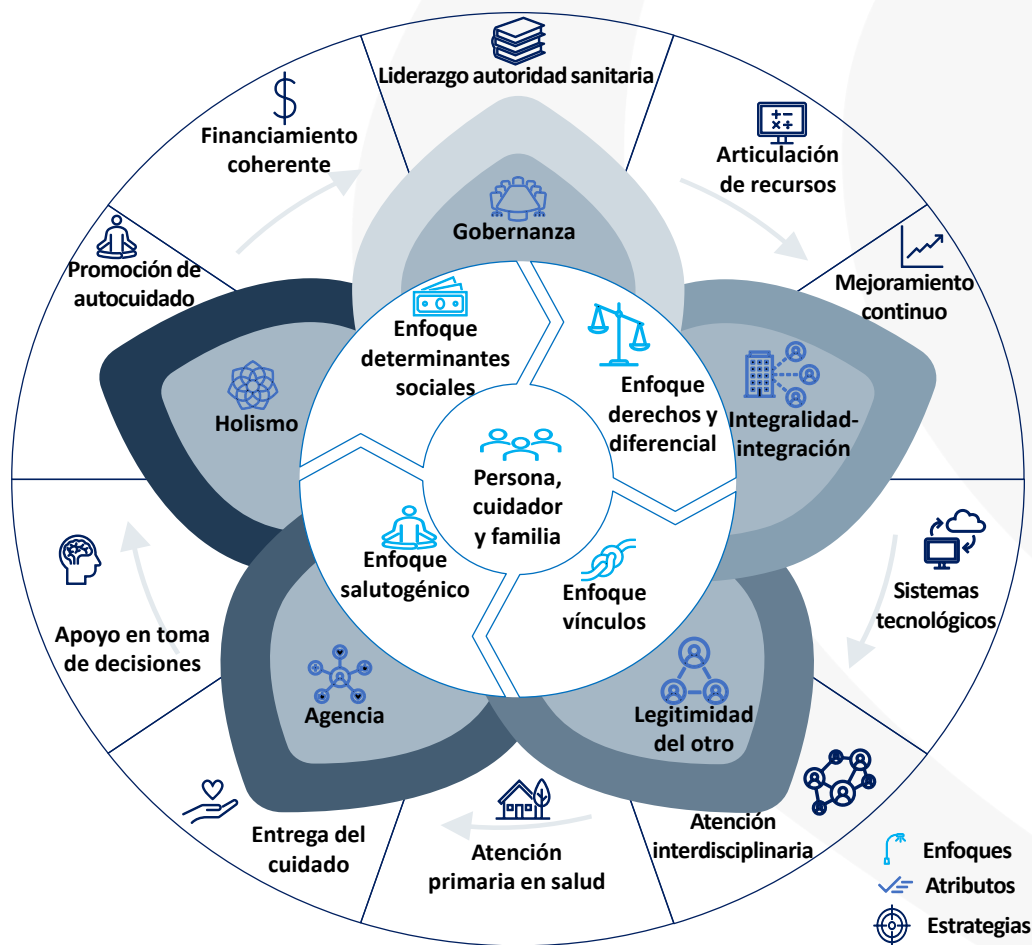
- GR1 Población con riesgo o alteraciones cardio cerebro vascular metabólicas manifiestas.
- GR2 Población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas
- GR3 Población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
- GR5 Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento
-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

¹¹ Abordajes para la intervención desde enfermería en la Díada en condiciones de cronicidad. Brighidt Katherine Peña Londoño. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería Bogotá, D.C. Maestría en Enfermería. 2020 <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1343792/tesis-bri-final.pdf>

5 Componente táctico

El componente táctico en el que se identifican las maneras propuestas para el ordenamiento del modelo través de: (i) enfoques que se refiere a la perspectiva o el marco general que guía el diseño y la implementación del modelo hacia la PMM y su cuidador como sujetos de derecho a la salud, reconociendo sus particularidades, y centros de un modelo dirigido hacia la generación de salud, por lo va más allá de las fronteras del sistema de salud hasta los DSS, y los vínculos que lo hacen factible; (ii) atributos que son características o cualidades específicas del modelo frente a su funcionamiento como la gobernanza en todos los niveles que vela por el cumplimiento de todos los enfoques, la agencia, holismo y legitimidad del otro para lograr la salutogénesis en el marco de los DSS con el apoyo de los vínculos, y la integralidad e integración del sistema de salud como un todo; y (iii) estrategias que son el cómo para lograr enfoques y atributos. Esta trama de relaciones se observa en la figura a continuación:

Figura 3 Relación de enfoques, atributos, y estrategias del componente táctico. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022



Fuente: los autores

5.1 Enfoques

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

5.1.1 Enfoque de derechos y diferencial

Es una construcción cultural e histórica en la que confluyen la necesidad de reconocer y tener en cuenta la identidad, la diversidad y las diferencias individuales y de colectivos como titulares de derechos, con el fin de adoptar medidas que hagan real y efectiva la igualdad. Desde lo normativo, el enfoque diferencial se articula con el enfoque de derechos apelando a los principios de no discriminación, de inclusión social y de dignidad humana. (MSPS, 2021)

Las leyes colombianas lo definen como un lineamiento estratégico imprescindible en las acciones de política pública, orientado a generar las condiciones para la igualdad de oportunidades y el desarrollo social integral, considerando las diferencias poblacionales, regionales y características específicas de la población para garantizar la atención oportuna, eficiente y pertinente y el ejercicio de sus derechos.

En la Ley 1438 de 2011 que reforma el SGSSS, el enfoque diferencial está definido como un principio según el cual se reconoce que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, sexo, raza, (sic), etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el SGSSS ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación. A partir del Acto Legislativo 02 de 2017, el enfoque diferencial adquiere rango constitucional.

Los derechos humanos son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional en nuestra Constitución Política de 1991, convenios y tratados internacionales y las leyes vigentes. Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

El enfoque de derechos es la relación que conjuga los instrumentos internacionales de derechos humanos y del derecho internacional humanitario con las decisiones que las autoridades públicas emiten para satisfacer necesidades sociales. El enfoque de

derechos lleva implícito el reconocimiento de la diferencia, la diversidad, la interculturalidad, el pluralismo, la desigualdad y así mismo, la necesidad de adoptar políticas fundadas en los principios de igualdad, equidad, no discriminación y no estigmatización, como medios para garantizar el ejercicio y protección de los derechos. Lo anterior, implica reconocer en la propuesta de modelo, los elementos del derecho: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, la faceta prestacional y un enfoque diferencial de estos derechos que propenda por la equidad.

5.1.2 Enfoque de salutogénesis

La salutogénesis es la ciencia del desarrollo de la salud centrada en los factores que fomentan la salud humana, en contraste con los factores que causan las enfermedades. Este término fue propuesto por el Dr. Aaron Antonovsky (Estados Unidos de América 1923–1994), que busca encontrar las causas de la salud y no de la enfermedad.

Este enfoque busca que la atención se centre en los elementos o factores que ayudan a una persona a hacer frente al stress, a los problemas físicos y psicológicos e inclusive, a la exposición de factores patógenos, y a través de estos, impulsar las fuentes de auto-regeneración y el poder de autosanación. Este modelo explica como las personas son capaces de mantener e incluso mejorar su salud en situaciones estresantes de la vida (Schmidt DR, 2011).

La salutogénesis se deriva del postulado central de que la heterostasis, la entropía y la senescencia son características fundamentales de los organismos vivos y ello supone el rechazo de una clasificación dicotómica de las personas como saludables o enfermas, reduce la importancia del origen etiológico de la enfermedad y de los antecedentes personales y familiares y se enfoca en la identificación de los factores que puedan actuar como mantenedores y promotores de la búsqueda del bienestar. Así mismo, identifica las variables estresores de una manera saludable (Espinosa PX, 2008)).

Los componentes claves del enfoque salutogénico son: la orientación hacia la resolución de los problemas, la capacidad para identificar y utilizar los recursos disponibles (Lindstrom B, 2005) (Silva, AN., 2022) e identificar un sentido global y omnipresente en individuos, grupos, o población que sirven como mecanismo global del sentido de coherencia (SC) (Suraj S, 2011).

5.1.3 Enfoque de determinantes sociales de la salud (DSS)

La OMS define los DSS como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" y dependiendo de las circunstancias que rodean la vida de las personas, los desenlaces en salud pueden ser diferentes.

Una revisión sistemática de la literatura que buscaba abordar la prevalencia de determinantes asociados a la multimorbilidad, por Violan y colaboradores, incluyó 39

estudios con un total de 70,057,611 personas en doce países. Los resultados más relevantes de esta revisión muestran que hubo una asociación significativa entre la multimorbilidad, la edad y un nivel socioeconómico más bajo. Las patologías más frecuentes fueron: la osteoartritis, enfermedades cardiovasculares y metabólicas (Violan C, 2014).

Leite y colaboradores en un estudio transversal realizado en Brasil con 3.141 personas mostró que la prevalencia de multimorbilidad fue del 23,7%. La aparición de multimorbilidad se asoció el sexo femenino, edad mayor de 80 años y sobrepeso. Los factores protectores fueron el color de la piel marrón y bajo peso. La multimorbilidad representó un cuarto de la población de estudio. La mortalidad prematura en Brasil, para el 2016 fue por enfermedad coronaria. Eventos cerebrovasculares, diabetes, y cáncer representaron el 63.7% del total de muertes prematuras (Leite BC, 2020).

Un estudio longitudinal, en Inglaterra sobre el envejecimiento por Singer y colaboradores, indicó que la probabilidad de multimorbilidad y de 18 limitaciones funcionales múltiples se asociaba consistentemente con los niveles de riqueza del hogar, la sensación de control, la actividad física y la soledad. En comparación con el grupo de población con la riqueza más alta, los que tenían la riqueza más baja tenían un 47% más de probabilidades de multimorbilidad básica, un 73% más probabilidades de multimorbilidad compleja (IC 95% 1.52-1.96) y 90% más probabilidades de tener más limitaciones funcionales (IC 95% 1.59-2.26) (Singer L, 2019).

5.1.4 Enfoque centrado en la persona, cuidador, familia y comunidad

La atención centrada en la persona es una forma de entender y practicar la atención en salud que adopta el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud, para dar respuesta a las necesidades integrales de la persona, y respetar las preferencias sociales. Esto incluye proveer información y apoyo necesario para que las personas tomen decisiones y participen en su propia atención y los cuidadores estén en condiciones de rendir al máximo dentro de un entorno de trabajo favorable. Este tipo de atención trasciende la provisión de servicios de salud porque incluye la salud de las personas en sus distintos entornos y el derecho a la participación en salud, tanto en la formulación de políticas públicas de salud y los servicios de salud, como en las decisiones de su propia salud. (OMS, 2016)

Centrar la atención en las personas, cuidadores, familia y comunidad es un cambio de paradigma que no ha sido sencillo para los profesionales de la salud, especialmente en la atención de PMM, quienes se encuentran en condiciones más complejas.

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

5.1.5 Enfoque en los vínculos

Las relaciones vinculares emergieron como un enfoque fundamental de la gestión y la atención, y determinantes para el logro de los resultados en salud. Estos vínculos se traducen en los atributos de la multimorbilidad que pueden ser potenciados o minimizados según qué vínculo se construye y cómo se expresa. Los vínculos de mayor relevancia identificados son:

- **Vínculos del sujeto consigo mismo:** la agencia es el resultado que más se ve afectado por el vínculo del sujeto consigo mismo. Su poder de potenciarse o no tiene que ver con las expectativas que el sujeto tiene sobre sí mismo. Sí la expectativa es que el cuerpo se resiste pasivamente, al “natural” decaimiento, el poder de agencia se mengua o se elimina al no evidenciar un algo y un por qué actuar. Mientras que, si la expectativa está guiada por un propósito de vida, el sujeto activará sus recursos para conseguirlo.
- **Vínculos entre familia cuidadora y la PMM:** el cuidador familiar puede actuar como protector/defensor. El familiar juega un rol de exigir ante el servicio de salud o ante el personal lo que considera necesario para el cuidado. El rol de protector/defensor del familiar cuidador se fortalece con cada nueva experiencia que se da, y se activa de manera preponderante en los encuentros con los servicios de salud.
- **Vínculos entre el profesional de referencia en cada nivel y PMM:** un mecanismo que podría potenciar este vínculo es comprender que las prioridades de salud se relacionan con la persona en su totalidad, mas no con el “sujeto enfermo”. El tránsito a un modelo relacional en la atención no es un asunto para estandarizar, se requiere comprender las circunstancias del otro, construir una relación de confianza, y la alianza con los familiares para conocer a la persona.
- **Vínculos entre profesionales de salud y PMM en el hogar:** cuando los pacientes y sus cuidadores entienden la situación como algo más allá de la enfermedad y se reconoce, además, que la atención en el contexto del hogar amplía la perspectiva, esto pues permite entrar en la vida del paciente.
- **Vínculos entre los miembros del equipo interprofesional de Centros de Atención Primaria (CAP) y Centros especializados (CAE):** cuando la relación vincular está mediada por la confianza y prima la calidad de la atención, se legitima al otro profesional en el contexto del equipo de CAP o CAE. La dimensión tiempo se identifica como crucial para favorecer el holismo y la integralidad de la atención, y para potenciar la agencia del paciente. Para modular la tensión entre la estandarización vs. personalización de la atención emergen algunos mecanismos y recursos que proponen un diálogo entre la evidencia científica, el conocimiento tácito del profesional y el conocimiento experiencial del sujeto de cuidado.
- **Vínculos entre los equipos de CAP y CAE.** Para lograr la legitimidad profesional, es importante una identidad profesional sólida y bien desarrollada, comprender las

habilidades y responsabilidades de los demás, el reconocimiento de sus límites y cuándo debían referirse a otros equipos. Se sugiere el desarrollo de modelos interprofesionales que aumenten el sentido de pertenencia al equipo, la conciencia y el respeto de los especialistas por el rol de otros profesionales del equipo de salud, del médico(a) de familia.

- **Vínculos entre la PMM, la familia y la comunidad.** Los activos-dispositivos comunitarios son fuente para satisfacer necesidades emocionales, espirituales y sociales que no suplen el sistema sanitario. La activación de los activos comunitarios se produce cuando el vínculo del sujeto consigo mismo, está dado por la posibilidad de hacerse cargo de la situación que está viviendo, abandonado el “rol de enfermo” para activar dispositivos que favorezcan su bienestar, independencia, sentido de esperanza, empoderamiento y toma de decisiones.

5.2 Atributos

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

5.2.1 Gobernanza

El modelo de gestión y atención de PMM, adopta la definición de gobernanza y liderazgo de la autoridad sanitaria de Kirckbusch (Kickbusch, I., 2011), como “*los esfuerzos de los gobiernos y otros actores para dirigir a las comunidades, al país, a la búsqueda de la salud y el bienestar como una meta colectiva*”. Adopta los principios básicos para que existan tres elementos clave: (i) la coordinación entre todos los actores que pueden contribuir al mejoramiento de la salud; (ii) la colaboración entre ellos, así como hacer de la salud un objetivo común de todas las partes, tanto del gobierno como de los actores no gubernamentales; y (iii) que se promueva una coproducción, esto implica una coproducción del conocimiento, donde se tenga participación activa de los diferentes actores, por ejemplo, expertos, universidades, organismos gubernamentales, todos los sectores involucrados, un espacio en el que se comparta y se pueda utilizar dicho conocimiento (Kickbusch I. and Gleicher D. , 2014).

En este contexto, el modelo retoma en todos los procesos estratégicos, de atención, de apoyo, seguimiento y evaluación los elementos de coordinación, colaboración y coproducción. Especialmente, en los procesos estratégicos de coordinación intersectorial y sectorial, la organización integral de la atención, la organización y gestión de RISS, y la contratación y formas de pago. Adicional, en los procesos de atención se plasma la colaboración como una intervención fundamental que propende por la coproducción de conocimiento que mejore la salud y la calidad de vida de la PMM, entre los diferentes actores.

5.2.2 Agencia

Recuperar el protagonismo de las personas sobre su propia salud y abandonar el paradigma proteccionista y benefactor, es el punto de partida para desarrollar la capacidad de agencia en salud. Esto implica, que quienes participan en los procesos de atención deben ser conscientes de que la salud no se centra más en la teoría del déficit, sino que giran su mirada a la potencialidad, lo que implica “busca potenciar los recursos, fortalecer los procedimientos saludables, las oportunidades, y en general, los procesos salutogénicos de las personas y de sus entornos.”

En este marco, la capacidad de agencia reconoce en los sujetos de cuidado y cuidador, una gama de habilidades y conocimientos sobre la salud y el entorno, la cual les permite asumir compromisos, ser creativos en el autocuidado, hacer valoraciones de la salud, y tener actitudes y conductas reflexivas en salud que desencadenan efectos novedosos o transformaciones en el acto de cuidado y en la salud. Un aspecto relevante en la configuración de la agencia es el poder reflexivo del agente o actor en salud. Esta habilidad permite que se otorgue sentido a las prácticas de cuidado, a las redes de apoyo que tienen o pueden construir y a los modos en los que se insertan, adaptan y toman decisiones en las circunstancias de vulnerabilidad del mundo de vida.

5.2.3 Holismo

Esta noción implica un cambio de paradigma en la relación que tradicionalmente se ha construido y perpetuado del “sujeto enfermo”, que se fragmenta y se focaliza en el órgano afectado y se trata desde una mirada biopatológica que pretende curar. En este atributo se re-significa al “sujeto enfermo” como persona que tiene múltiples necesidades, físicas, sociales, espirituales y emocionales, que deben ser valoradas y priorizadas en el marco de una relación dialógica, auténtica y significativa con un equipo multiprofesional; y cuya máxima es mejorar la percepción de bienestar y calidad de vida de la persona en situación de multimorbilidad y su entorno familiar (Hernández Zambrano et al., 2022).

En este escenario, se concibe la movilización de recursos sociales y comunitarios como determinantes para la satisfacción de necesidades. El abordaje de la multimorbilidad se descentra de los hospitales y las instituciones de salud como ejes articuladores de la atención. El hogar y la APS se vislumbran como los escenarios propicios de cuidados y autocuidados. Así lo expresa el estudio de Åberg et al., que afirma que se requiere una transformación de los sistemas de salud para alejarse de los modelos curativos basados en enfermedades y orientarse hacia una perspectiva holística para satisfacer las complejas necesidades de atención de las personas mayores que viven con problemas de salud en el largo plazo, basados en la situación de vida completa del individuo y en su propio contexto. Esto incluye todos los problemas de salud existentes y no solo sobre la base de partes o la aparición de problemas de salud aislados (Åberg et al., 2020).

5.2.4 Integralidad / Integración

La atención integral “implica la articulación de los servicios sociales, sociosanitarios y de salud para responder a las necesidades en salud de la población en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad a lo largo de un continuo del cuidado. Esto incluye acciones desde la promoción de la calidad de vida y protección social; la promoción de la salud; la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la enfermedad hasta la rehabilitación, la paliación y la muerte digna.” (MSPS, PDSP 2022 – 2031)

Uno de los elementos que evidencia la integralidad es el PAP para PMM que se sustenta en las necesidades de la PMM, en la integralidad para la movilización y articulación de recursos sociales, comunitarios y del sistema de salud. Al igual que en los cuidados transicionales que vincula la atención del ámbito hospitalario y de atención primaria. También en la práctica colaborativa interprofesional, que se traduce en el trabajo coordinado del equipo de salud para contribuir al logro de las metas y prioridades consensuadas con la persona en su PAP (Hernández Zambrano et al., 2022).

Para dar respuesta a la integralidad es necesario que los servicios de salud estén integrados, es decir, que se gestionen y dispensen de tal manera que las personas reciban servicios continuos durante todas las fases de la atención: promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y gestión de enfermedades, rehabilitación, y atención paliativa. Esto significa articulación y coordinación entre los diferentes actores del sistema de salud en los distintos niveles de gestión y con otros sectores para dar respuesta a las necesidades de la población lo largo de todo el ciclo vital. (OMS, 2016)

En complemento, la atención integrada es la “coordinación entre los actores del sector salud y los demás sectores para garantizar una respuesta adecuada a las necesidades en salud de la población a través de los diferentes niveles de atención y en los distintos entornos donde ocurre la vida y la salud.” (MSPS, PDSP 2022 – 2031) Esto se observa en diferentes elementos del modelo como las mesas de coordinación interinstitucional o el funcionamiento en redes integrales de servicios de salud.

5.2.5 Legitimidad del otro

Este concepto se retomó desde Humberto Maturana (Maturana, 1996), quien parte de comprender que la realidad es co-construida en situaciones de convivencia, y que, por lo tanto, no es posible legitimar ningún modo de pensar, actuar, comprender o hacer sentido de vida, sobre otro. De este modo la noción de legitimidad del otro entra en estrecha relación con la de agencia, pues ambas constituyen la posibilidad de relaciones de igualdad en diversidad que rompen con las tradicionales relaciones de poder. Por tanto, este atributo determina las relaciones vinculares entre PMM, familias, equipo interprofesional y agentes comunitarios, fundadas en el respeto a la diferencia, la autenticidad y reciprocidad.

En la lógica de tensiones y expectativas divergentes para la priorización de las necesidades, se altera principalmente la legitimidad del otro, dado que superponer una perspectiva en la toma de decisiones, deslegitima e invisibiliza al sujeto de cuidado, y le otorga un papel pasivo que repercute en sus posibilidades de agencia y, por tanto, en sus capacidades de autocuidado y autogestión. Así lo ilustra el documento de Mann et al. (Mann C, 2018), que describe cómo se excluyen o traducen desde el paradigma biomédico las necesidades del sujeto del cuidado: *“Una persona expresó su insatisfacción porque su médico de cabecera no conocía su rara condición y, por lo tanto, había eliminado su principal preocupación de la agenda. A veces se pasaban por alto las preocupaciones, por ejemplo, una rodilla muy inflamada no se abordó porque la enfermera la había descrito genéricamente en la agenda como un problema de dolor y movilidad”, “La redacción varió cuando se registraron las preocupaciones en la agenda. A menudo eran generalizadas o en lenguaje médico y muy raramente de manera exacta a como las había dicho la persona”*.

5.3 Estrategias

El modelo de gestión y atención articula sus estrategias sobre la base de la relación entre enfoques, y atributos. A continuación, se definen las estrategias de la propuesta de modelo en el marco de la estrategia de APS como un interfaz de la atención.

5.3.1 Atención Primaria en Salud (APS)

La APS es la estrategia de gestión integral para la organización de la salud pública y el sistema de salud que implica la coordinación intersectorial, sectorial y con la sociedad, para la afectación de los DSS y la garantía el derecho a la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población. Desarrolla procesos de atención integral, integrada y continua de (i) acciones promocionales para la vida y la salud; (ii) de cuidado integral, (iii) de GIRS, y (iv) de salud familiar y comunitaria según las necesidades individuales y colectivas en salud de forma diferencial por territorio y población. (PDSP 2022 – 2031). Según la Ley 1438 de 2011, la APS se constituye por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana

- La APS, como eje articulador de la gestión y atención de la multimorbilidad, supone la necesidad de reorganizar los sistemas de salud, dado que por tradición se configuran desde la atención hospitalaria y especializada. Esta reorganización implica la alineación de principios y estrategias entre las políticas públicas, la financiación, y los modelos de atención para alcanzar una mayor integración y una atención centrada en los sujetos.
- La APS como interfaz de atención de la multimorbilidad articula diversidad de actores y recursos comunitarios, que potencian la capacidad de agencia del sujeto de cuidado. Por ejemplo, organizaciones voluntarias sin fines de lucro, familiares,

amigos, grupos de personas, comunidades religiosas y espirituales, entornos de ocio.

- La lectura del contexto de la APS desde los vínculos evidencia la relación entre la PMM, la familia y la comunidad, como determinantes que influyen en el equilibrio entre los sistemas de gobernanza vertical (institucional) configurado en el hospital-centrismo y el sistema horizontal que privilegia los activos en salud (comunitario).
- La APS para PMM propone un enfoque centrado en la persona y en los procesos de comunicación que involucren a las personas y sus familias. De igual manera, la percepción de interacción del sujeto de cuidado entre los equipos de CAP y CEP, mejora su satisfacción, en especial, en lo relacionado con la confianza.
- La continuidad relacional PMM - equipo del CAP es un mecanismo clave que puede favorecer al autocuidado en la multimorbilidad, la armonización y adherencia a regímenes de medicación complejos.
- La coordinación entre los equipos del CAP y CAE para el abordaje de la multimorbilidad, se dinamiza entre ambos equipos. Las interfaces entre la atención primaria y la complementaria están llenas de desafíos para el trabajo coordinado. Las tensiones que se expresan en este vínculo repercuten en el holismo y la integralidad de la atención.
- El modelo interprofesional basado en la APS ayuda a comprender las experiencias del personal fuera de los muros del hospital.
- Las herramientas de e-Health en entornos de APS fueron identificadas como una interfaz vincular protagonista, entre el equipo de atención y la persona en situación de multimorbilidad.

5.3.2 Liderazgo de la autoridad sanitaria

El ejercicio de la rectoría otorga a las autoridades de salud la conducción sectorial para formular, organizar y dirigir la política nacional de salud, con el fin de mejorar la eficacia, eficiencia y equidad del sistema de salud a través del fortalecimiento o transformación de las estructuras de gobernanza del sector salud. Los procesos de transformación de los sistemas de salud tienen una naturaleza política insoslayable, en la medida que los actores que integran la acción colectiva son responsables tanto de su factibilidad como de su viabilidad (World Health Organization, 2002) (Travis PD, 2002.) (Saltman RB, 2000) (Báscolo EP, 2016).

En el contexto del modelo, es necesario destacar la necesidad de una perspectiva de rectoría no asociada a una concepción autosuficiente del poder de influencia de las autoridades de salud, expresada de forma exclusiva por el rol del MSPS y la ETS. Por el contrario, es importante ponderar los roles de liderazgo de una acción colectiva en la cual se incluyen también otros actores, integrantes o no de la estructura del Estado. Por tanto, el liderazgo de la autoridad sanitaria se materializa en los procesos estratégicos de

formulación de políticas públicas relacionadas con la multimorbilidad y sus determinantes, y en los procesos de atención en la gestión de la salud pública en donde hay un papel de liderazgo, y participación y co-creación con EAPB, IPS, PMM, entre otros.

5.3.3 Promoción del financiamiento coherente

Esta estrategia se cimienta en la gestión de los principales riesgos que afectan el financiamiento del modelo en cuanto a la asignación de población y recursos para cubrir las necesidades de la PMM, y las condiciones de operación del sistema de salud que afectan el financiamiento.

- **Riesgos relacionados con incrementos inesperados de la incidencia y prevalencia de las PMM**, por lo que el modelo prevé en los procesos de atención, la GIRS para anticiparse a otras enfermedades y a las complicaciones para que no se presenten o, si se tienen, su evolución y consecuencias sean lo menos severas posibles, con el objeto de obtener el mejor nivel de salud, la mejor experiencia en la atención en salud y costos acordes a los beneficios recibidos.
- **Riesgos relacionados con incrementos de las frecuencias de uso y severidad en las PMM**, que se gestionan a través del proceso estratégico de gestión actuarial que busca evitar concentración y hechos catastróficos, incrementos de los costos de atención, e insuficiencia en las reservas técnicas, entre otros.
- **Riesgos relacionados con la asignación de recursos en la prima de aseguramiento**, que logren una correcta estimación de los costos futuros de servicios y tecnologías requeridas por las PMM en dos momentos: (i) cálculo del valor de la UPC que financia el PBS; y (ii) cálculo de los presupuestos máximos que financian de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el PBS. Para lo anterior, el modelo prevé un proceso estratégico de gestión del financiamiento del PBS porque es la principal cobertura para las PMM.
- **Riesgos relacionados con la asignación de recursos en la tarificación de los servicios y tecnologías prestadas**, que se logren cubrir de manera suficiente la prestación de los servicios a través del (i) cálculo de las tarifas de reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud en el marco de los acuerdos de voluntades entre EAPB e IPS. Para esto, el modelo incluye en los procesos estratégicos el de gestión de la contratación y de las formas de pago.
- **Riesgos relacionados con la operación del sistema de salud**, que incluyen otros riesgos como (i) riesgo financiero alrededor de la solvencia financiera y liquidez entre EAPB e IPS, (ii) fallas de mercado relacionadas con monopolios, pactos entre agentes y selección de riesgos; (iii) riesgo operativo de la EAPB dado el modelo de atención y RISS, deficiencia en recursos, procesos, y elementos de la cultura organizacional; y (iv) riesgo operativo de la IPS relacionado con gestión clínica, deficiencia de recursos y gestión organizacional, que se gestionan a través de la gestión del riesgo actuarial.

5.3.4 Articulación de recursos sociales, económicos, ambientales y comunitarios

Los activos para la salud son aquellos recursos humanos, sociales, físicos o medioambientales que potencian la capacidad para mantener, conservar y generar salud y bienestar (Pública, 2013) (E., 2007). Permiten enfrentar los factores estresantes inherentes a la existencia humana y hacen más fácil percibir la vida como coherente, estructurada y comprensible (Eriksson, 2007) (Antonovsky, A, 1996). Hernán y Morgan (Hernán, 2013), señalan que el modelo de activos ayuda a las personas a ser más que receptoras pasivas de servicios y potencian la capacidad de actuación en situaciones de vulnerabilidad. Kretzmann y McKnight (Kretzmann, 1993), mediante el mapeo de activos comunitarios, enfatizan en el desarrollo de estrategias y políticas basadas en las capacidades, las habilidades y los recursos que las comunidades más vulnerables poseen e identifican.

En este sentido, el modelo trasciende de una mirada tradicional de listar problemas y necesidades, ayudando a construir y reconstruir conocimientos desde las mismas comunidades. Esta estrategia se basa en la articulación entre los actores para establecer el riesgo colectivo en salud mediante la gestión intersectorial, la relación y el proceso entre un actor del sector salud con uno o más actores de otros sectores. Esto se constituye para llevar a cabo acciones con el fin de conseguir resultados en salud de una forma más efectiva y sostenible de lo que sería posible con la sola acción del sector salud. También se apoya en las acciones relacionadas con la promoción de activos comunitarios en la población con multimorbilidad y sus cuidadores familiares.

5.3.5 Mejoramiento continuo de la atención

La integración de lo social es el proceso en el que se agrupa el contenido de enseñanza aprendizaje en los componentes académico, laboral e investigativo. Se constituyen en uno solo integrado, cuya interacción de naturaleza endógena condiciona la interacción con el sujeto de salud (persona, familia, y comunidad) a las regularidades de tratamiento científico. El contenido y las actividades del proceso de enseñanza-aprendizaje se encuentran vinculadas a la atención de salud y al nivel de interacción recíproca de enseñanza aprendizaje con la comunidad. (Castro, M et al. , 2012).

En este marco, la integración incorpora el mejoramiento continuo como una estrategia de autocontrol, centrada en la persona y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de las PMM. Es así como el modelo incluye, en el proceso de atención en el nivel de salud pública, una intervención de colaboración que tiene como objeto la generación de conocimiento para la mejora continua de la atención y de los resultados de la PMM.

5.3.6 Fortalecimiento de la atención interprofesional

Proporcionar a PMM una red de atención coordinada e integrada interprofesional, tanto en términos de diferentes niveles de la profesión sanitaria como distintas especializaciones en enfermedades para gestionar su atención como estrategia, tiene como objetivos: (i) abordar las necesidades específicas de la enfermedad, (ii) maximizar los resultados, (iii) evitar o disminuir la fragmentación, (iv) aumentar la accesibilidad a la atención en salud, (v) aumentar la continuidad de la atención, (vi) optimizar el acceso a la atención y los servicios y (viii) aumentar la eficacia del seguimiento del PAP.

El trabajo basado en equipos interprofesionales hace una redistribución estratégica del trabajo entre los miembros de un equipo. Los equipos deben estar compuestos por los siguientes profesionales de la salud expertos en:

- la atención desde un enfoque holístico con los médicos generales;
- la atención desde la especialidad con médicos familiares, internistas, geriatras, pediatras, o especialistas en las patologías, según se requiera
- el cuidado con profesionales en enfermería;
- las necesidades farmacológicas con químicos farmacéuticos;
- los aspectos psicológicos con los psicólogos;
- la atención social con los trabajadores sociales;
- la rehabilitación con terapeutas físicos, respiratorios, ocupacionales, etc.; y demás profesionales en salud requeridos para la atención integral de la PMM.

En este modelo, los equipos interprofesionales hacen parte de una red conformada por los profesionales de las diferentes instituciones que garantizan la atención a la PMM, y que están soportados en el sistema de información. En cada nivel de gestión se tiene un profesional referente que lidera los planes de atención.

5.3.7 Uso de sistemas tecnológicos y de información interoperables

En el modelo se debería contar con HCE interoperables dado que las PMM a menudo tienen múltiples cuidados y deben asistir a numerosos sitios de atención médica. Esto incluye cualquier tecnología electrónica utilizada para ingresar datos y administrar la información de la atención de las PMM con el fin de realizar un seguimiento de su historial médico, diagnósticos, síntomas, visitas al hospital, uso de servicios de salud, necesidades de atención, medicamentos, etc. Esto facilita a los tomadores de decisiones de diferentes proveedores de servicios sociales, EAPB, CAP, CAE y otros centros de atención compartir información sobre un individuo (con permiso de la persona), utilizando herramientas estandarizadas y sistemas de información compatibles. Este componente aumentará la eficiencia y, proporcionará atención y tratamiento más adecuados.

Se propone contar con un nivel de estandarización de lo que se incluye en las historias clínicas. Estandarización de un conjunto mínimo de datos básicos que comprende, por ejemplo, diagnósticos médicos adicionales, resultados de los exámenes de apoyo diagnóstico, la evaluación integral, la formulación de medicamentos y las posibles

interacciones farmacológicas, el PAP, preferencias de la persona, etc. Los beneficios incluyen un aumento de la rapidez en la atención, toma de decisiones, actualización de los planes de atención y seguimiento, así como una mejor integralidad.

De otra parte, se propone utilizar el mismo sistema de clasificación para evaluar y registrar síntomas, diagnósticos, medicación, resultados informados por la persona, PAP, y aspectos de la atención médica entre profesional en enfermería, médicos y otros proveedores de atención. Por ejemplo, usar: (i) la CIE 10, (ii) la codificación internacional de funcionamiento, discapacidad y salud; (iii) la codificación única de actividades, intervenciones y procedimiento (CUPS) para resultados o uso de atención médica; y (iv) campos abiertos, no codificados, para consignar las preferencias de las personas.

5.3.8 Entrega del cuidado

El cuidado de la salud se contempla desde las relaciones y prácticas consigo mismo, con el otro y el entorno. Esto se ve reflejado en el modelo en las siguientes perspectivas:

- el cuidado de la salud brindado por el equipo del PIC para la gestión de los servicios sociosanitarios, la canalización y acciones de tipo colectivo desde la gestión de la salud pública;
- el cuidado de la salud por parte del equipo de las EAPB, para lograr que las personas sean atendidas oportunamente y facilitando autorizaciones y trámites administrativos a través de la gestión de casos;
- el cuidado brindado en la IPS por el equipo de salud, con base en evidencia científica y que satisface las necesidades de las personas en cuanto a interconsultas y suministro de medicamentos a través de la gestión clínica;
- el cuidado de salud que se basa en el empoderamiento de las personas y sus familias para que sean partícipes en las decisiones sobre su salud;
- el cuidado consigo mismo a través del fomento de la autogestión y el autocuidado; y
- el cuidado de la salud de los cuidadores.

En este contexto, la revisión arrojó que se hace necesario realizar una evaluación integral periódica de la persona que incluya evaluación de: (i) la complejidad de las condiciones y/o tratamiento médico y carga e interacciones medicamentosas (CAP); (ii) las capacidades médicas, psicológicas y funcionales (CAP); (iii) los recursos personales, sociales y familiares (CAP y EAPB); (iv) los valores y preferencias en salud (CAP); (v) preferencias individuales de comodidad con el riesgo (EAPB); y (vi) estratificación de riesgo, con el fin de determinar las necesidades de atención en salud y desarrollar los planes coordinados e integrado para el tratamiento interprofesional y el seguimiento.

5.3.9 Apoyo en la toma de decisiones

Los profesionales de la salud deben incluir a la persona y, cuando sea relevante o por solicitud y consentimiento de la persona, a su familia, en la toma de decisiones sobre su cuidado y tratamiento. Se contemplan la identificación de sus necesidades individuales,

así como decidir sobre los objetivos y resultados futuros esperados. Deben elaborarse PAP que representen estos deseos y decisiones compartidas con la persona y los proveedores de atención pertinentes.

La participación de los miembros de la familia y los cuidadores debe considerar cuestiones de confidencialidad y hacerlo de acuerdo con las políticas de privacidad y a las preferencias de la persona. Esto es relevante para las PMM, ya que a menudo tienen necesidades de atención complejas que conllevan una consideración cuidadosa de los posibles efectos negativos, incluidos la pérdida del funcionamiento físico, la depresión y la reducción de la calidad de vida. Los efectos secundarios del tratamiento y los cambios en el estilo de vida que afectan a estas personas no son simples y, por lo tanto, es necesaria la participación activa de la persona.

5.3.10 Promoción del autocuidado – autogestión

En la documentación consultada es clara la brecha que existe entre las preferencias u objetivos de las PMM y el personal de salud. El apoyo a la autogestión por parte del personal casi siempre se dirige a verificar el cumplimiento de las órdenes médicas, y no al desarrollo o potencialización de las habilidades y recursos de las personas. Quizás, esto tiene que ver con que las prioridades de los sujetos rara vez se alinean con las de los profesionales de salud (Braillard et al., 2018; Copeland, 2020; Corbett et al., 2020; Freilich et al., 2020; Junius-Walker et al., 2029; Mann et al., 2028; Peart et al., 2020), como son los recursos externos, circunstancias o DSS (dinero, trabajo, conocimientos, apoyo social) (Liu et al., 2019), con los que cuenta la persona para potenciar su agencia.

Sin embargo, una de las estrategias de los sujetos es la activación de sus redes de apoyo, entre las cuales están familias, amigos y los profesionales de la salud, quienes resultan ser facilitadores, en la medida que no bloqueen su agencia, en la activación de recursos o estrategias (Åberg et al., 2020; Berntsen et al., 2028), como lo dejan ver los estudios que usaron herramientas de tecnología de la información o en salud como apoyo (Boehmer et al., 2019; Macdonald et al., 2019; Melchiorre et al., 2018; O'Connor et al., 2018) y seguimiento a la autogestión, o aquellos que reportan acciones de educación y promoción de la salud para reducir la ansiedad y mejorar la interpretación de los síntomas por parte del sujeto, incluyendo el coaching en salud (Freilich et al., 2020).

Los recursos comunitarios, resultan ser una opción que favorece la atención pues “las comunidades y las organizaciones voluntarias a menudo contienen la energía y el entusiasmo necesarios para marcar la diferencia” (Kordowicz y Hack-Polay, 2021). Hardeep resume lo anterior así: “El soporte de autogestión está diseñado para ayudar a las personas a cuidar su propia salud. Implica una gama de actividades, incluido el apoyo entre pares, grupos programas de educación, rehabilitación, coaching de salud y cambio de comportamiento o asesoramiento sobre estilos de vida. Todo esto desarrollado para promover y facilitar la autogestión de la salud o la recuperación. La activación de la persona describe el conocimiento, habilidades y confianza que una persona tiene para administrar su propia salud y atención...” (Hardeep, 2018).

6 Componente operativo

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

1. Dimensión de la atención

- Los dos primeros objetivos relacionados con , (i) *la promoción de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) de las personas con multimorbilidad* y (ii) *la garantía de la atención en salud con disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad a las PMM* son los ejes de acción de la dimensión de la atención con actividades e intervenciones dirigidas a la PMM y sus cuidadores, al talento humano en salud y a los actores del sistema de salud.
 - El eje de acción de la GIRS se ejecuta a través de la identificación, estratificación, tratamiento y monitoreo y evaluación de riesgos poblacionales, colectivos e individuales de acuerdo con las competencias sectoriales.
 - El eje de acción de la atención integral en salud se lleva a cabo a través de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad; y de integración a través de los gestores, según el ámbito de sus competencias.
- El tercer objetivo orientado , (iii) *al fortalecimiento de las acciones del cuidado al cuidador* se materializa en el segundo eje.
 - El eje de acción de la atención integral en salud a través de la intervención de atención integral al cuidador.

2. Dimensión de la gestión

- Los dos últimos objetivos, relacionados con (iv) *la gobernanza, y el financiamiento del modelo*, y (v) *el monitoreo y la evaluación de la efectividad del modelo* se instrumentalizan a través de la dimensión de la gestión en un marco de enfoque sistémico, que se cimienta en la gestión de proceso y resultados del modelo, y la necesidad de un sistema de salud que aporte los elementos para su desarrollo: .
 - La gestión de los recursos mediante los procesos de apoyo.
 - La gestión de los procesos estratégicos de la atención que van desde la salud pública hasta la prestación de servicios de manera individual, y los de seguimiento y evaluación
 - La gestión de resultados.

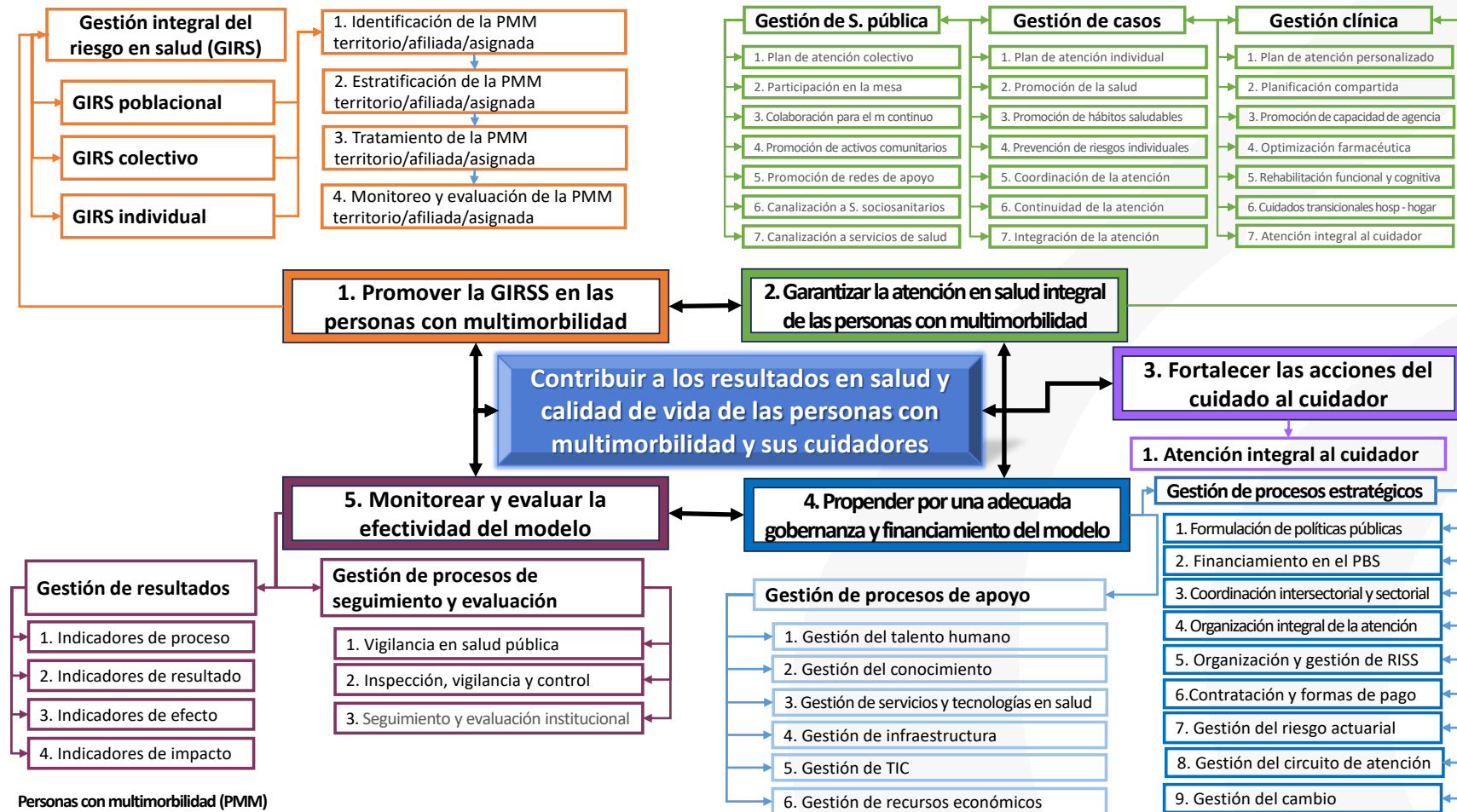
En el modelo la gestión y atención se articulan diferentes actores, estrategias e intervenciones en el marco del SGSSS, orientadas a favorecer los atributos del modelo: gobernanza, holismo, integración, agencia y legitimidad. En este sentido, el modelo pretende orientar y organizar la gestión de la PMM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

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

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

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

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



Fuente: los autores

6.1 Dimensión de la gestión

A continuación, se describe el componente de gestión integral, que es el conjunto de acciones coordinadas institucionales e interinstitucionales, y sectoriales e intersectoriales para el logro de los objetivos del modelo.

6.1.1 Niveles de gestión del modelo de multimorbilidad

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

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

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

- **Procesos estratégicos:** adecúan el modelo a las necesidades, expectativas y preferencias de las PMM, por lo que fijan las directrices y sirven para lograr los objetivos del modelo en los diferentes niveles de gestión.
- **Procesos de atención:** son aquéllos que están en contacto directo con el usuario para la provisión de prestaciones y cuidados a través de intervenciones de alcance poblacional, colectivo e individual, para una atención integrada e integral. Son los que crean mayor valor y aportan mayor satisfacción a las PMM.
- **Procesos de apoyo:** generan los recursos (físicos, servicios y tecnologías en salud, conocimiento, tecnologías de la información, y económicos) y el desarrollo del talento humano en salud que requieren otros procesos para su cabal funcionamiento.

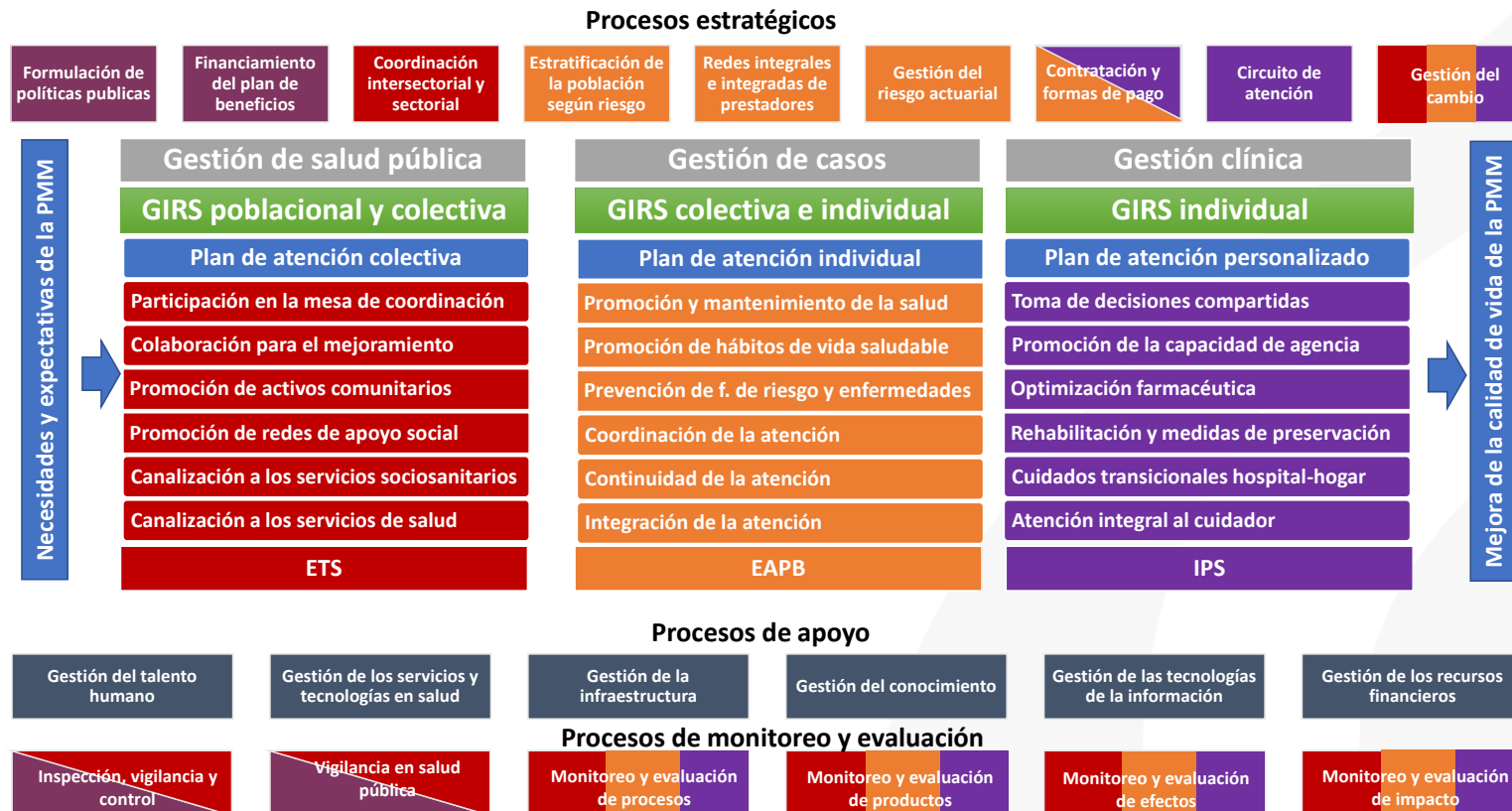
- **Procesos de seguimiento y evaluación:** establecen los estándares, indicadores y controles que permiten conocer el comportamiento del modelo, los resultados y el logro de los objetivos para la mejora continua de los diferentes procesos, parten del uso de herramientas como el ciclo de Shewart (planear, hacer, verificar, actuar).

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

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

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

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



Fuente: los autores

6.1.2 Gestión de procesos estratégicos

Los procesos estratégicos del modelo corresponden a aquellos que marcan las directrices y sirven para lograr los objetivos del modelo en los diferentes niveles de gestión.

a. Formulación de políticas públicas

Nombre del proceso: Formulación de políticas públicas. (Macro gestión)

Entidad: MSPS.

Objetivo: formular políticas públicas consistentes con el modelo de atención y gestión de la PMM.

Descripción general: formulación de políticas públicas que fomenten la mejoría en las condiciones de vida y el cuidado integral de la salud de PPM, sus familias y cuidadores. Políticas que incluyan la afectación de los DSS y la atención psicosocial, diagnóstico y tratamiento oportuno con terapias apropiadas, y con el concurso de las especialidades requeridas a través de equipos interprofesionales en CAP de referencia habilitados y con capacidad para relacionar posturas y hallazgos desde diferentes enfoques para el abordaje integral del paciente y su familia.

Políticas públicas que incluyan la gestión de la multimorbilidad en materia de recursos que intervienen en la atención. Políticas que garanticen los procesos de gestión y atención y la afectación de los DSS. Se recomienda la formulación de políticas de abajo hacia arriba en escenarios que incluyan la participación de la PMM y el talento humano en salud. A continuación, algunos temas relevantes para el modelo en políticas públicas:

- Mejora de la resolutiveidad en los hospitales con servicios de salud de baja complejidad para la atención de la PMM.
- Promoción de la educación interprofesional, en torno a la multimorbilidad.
- Desarrollo de la interoperabilidad de la información para la atención de la PMM.
- Conformación de equipos interprofesionales de salud, particularmente en el CAP, respecto del abordaje de las multimorbididades¹².

Responsables: funcionarios de las Direcciones del MSPS y de las ETS relacionadas con las políticas públicas.

Periodicidad: según necesidad.

Indicador: porcentaje de políticas públicas que tienen en cuenta el modelo de atención y gestión de las PMM.

¹² Tomado de la Política de Talento Humano en Salud, MSPS, 2018

b. Financiamiento en el plan de beneficios en salud

Nombre del proceso: Financiamiento en el plan de beneficios en salud. (Macro gestión)

Entidad: MSPS.

Objetivo: realizar ajuste de riesgo de la UPC con variable diagnóstico para las PMM.

Descripción general: para el reconocimiento previo a las EAPB de los regímenes contributivo y subsidiado de los recursos para la prestación, se emplean un conjunto de variables: edad, sexo, y zona de residencia de las personas. En algunos casos, características de las aseguradoras como naturaleza y concentración. El objetivo de esta asignación es lograr una correcta estimación de los costos futuros en que se incurrirá, de tal suerte que se reduzcan los incentivos a la selección de riesgo de personas y se permita una transferencia adecuada de recursos según la realidad del riesgo.

No obstante, la estructura de tarifa no toma en consideración una de las variables más importantes de cara a la estimación de los costos como es el diagnóstico, ni tampoco el impacto asociado a las PMM. El diagnóstico en personas con enfermedades crónicas es un buen predictor del costo esperado de las atenciones, dado que una persona en un estado crónico suele requerir una atención constante en el tiempo.

En este orden de ideas, el modelo propone un ajuste de riesgo de la UPC a través de una estructura de tarifa que incorpore de forma simultánea, las variables que en la actualidad se emplean, y otras no usadas como el diagnóstico y la característica de multimorbilidad.

- **Fuentes de información:** se emplea información suministrada por el MSPS para el periodo 2015-2020 en el régimen contributivo y 2017 - 2020 para el régimen subsidiado. Esta base tiene información de costos anuales de las atenciones, por cada individuo e información del grupo etario. Adicional se cuenta con información de las personas que han tenido al menos una hospitalización en UCI o UCIM, aquellos con, al menos, dos hospitalizaciones anuales y quienes tuvieron al menos dos consultas de urgencias. Estos tres casos, asociados con ocho patologías crónicas. De igual manera, se incluye información de las personas que recibieron, en promedio, al menos diez principios activos por mes.
- **Universo:** total de afiliados que cumplen los criterios de la población sujeto. En el caso de las personas que usaron diez principios activos o más en el año, y que en los últimos tres meses del año, al menos, un mes con consumo de estos medicamentos; o personas que hayan tenido al menos dos meses con registros de consumos en los últimos seis meses y que en los últimos seis meses tuvieran un promedio de principios activos empleados superior a nueve.
- **Variables:**
 - (i) diagnósticos de enfermedades crónicas: se consideran agrupaciones de diagnósticos en las ocho categorías de los GRP;
 - (ii) valor: costo total de las atenciones por persona por año;

- (iii) edad: años cumplidos de cada persona al final de año;
- (iv) sexo: sexo de la persona; y
- (v) municipio de residencia.

En adición a estas variables, se incluye un efecto fijo asociado a cada año el cual, busca recoger los efectos asociados con las particularidades en las prestaciones de servicios que surgieron en cada periodo. En particular, los efectos asociados a las tendencias inflacionarias, el impacto del COVID 19 y los cambios en los patrones de atención los cuales surgen por efectos de las modificaciones en los PBS, además de los impactos de políticas públicas que pudieran afectar la dinámica de prestación. Los impactos aquí recogidos no son objeto de análisis pues el interés es proponer la inclusión de mejores ajustes de riesgo asociados con las PMM y sus efectos en las relatividades en el cálculo de la UPC.

- **Método:** el proceso de estimación incluye las siguientes fases: a) estimación de las relatividades de costos; b) rebalanceo de factores para garantizar suficiencia; y c) ajuste de la base a la UPC.

a) **Estimación de las relatividades de costos:** la estimación de relatividades se adelanta mediante el uso de un modelo Lineal Generalizado (GLM) cuyas características se mencionan brevemente. En un modelo lineal generalizado, se busca estimar la expectativa de la variable a través de una función link $g(x)$ la cual permite relacionar una combinación lineal de variables independientes con el valor de esperado de la variable dependiente así:

$$\mu_j = E[Y_j] = g^{-1}(\beta_0 + \sum_{i=1}^k \beta_i x_{ij})$$

En donde

μ_j =valor esperado para el individuo j

β_i =Parámetros del modelo

x_{ij} = valor de la variable independiente i para la observación j

$g()$ = Función link

Para este ejercicio se emplea una función link logarítmica y una distribución gama, es decir:

$$g(\mathbf{XB}) = \ln \left(\beta_0 + \sum_{i=1}^k \beta_i x_{ij} \right)$$

De esta forma la relación entre las variables explicativas y el valor esperado es:

$$\mu_j = E[Y_i] = g^{-1}(\mathbf{XB}) = \exp(\beta_0) \prod_{i=1}^k \exp(\beta_i x_{ij})$$

Así los factores estimados conforman un modelo multiplicativo.

Como variable dependiente se toma el costo por persona entendido en el grupo este como:

$$PP_j = \frac{\sum_{l=1}^{n_j} Valor\ Atenciones_l}{n_j}$$

En donde:

PP_j =Costo promedio de las atenciones del grupo j

$Valor\ Atenciones_l$ = valor de las atenciones del individuo l perteneciente al grupo j

n_j = número de individuos pertenecientes al grupo j

Los datos se agregan a nivel de grupo etario en los siguientes rangos en años

- 0
- 1 a 4
- 5 a 14
- 15 a 18
- 19 a 44
- 45 a 49
- 50 a 54
- 55 a 59
- 60 a 64
- 65 a 69
- 70 a 74
- 75+

Por tipo de ciudad en 4 grupos

- Ciudades principales
- Con dispersión geográfica
- Zonas alejadas
- Otras

Por sexo, hombre y mujer

Por la presencia de cada uno de los diagnósticos perteneciente a los 8 GRP.

Las variables explicativas son categóricas, así: grupo de diagnóstico, grupo etario, sexo, agrupación de municipios, pertenencia al grupo multimórbido y año de registro. Estas variables entran en el modelo como variables dummies que toman valores uno cuando el individuo presenta la categoría.

Así, cuando un individuo presenta una característica determinada, el impacto sobre el costo lo da la expresión:

$$f_k = \exp(\beta_k)$$

En donde

f_k = Factor asociado a la presencia de la característica k

β_k = Parámetros del modelo asociado a la característica k

La estimación de estos parámetros se hizo con el software estadístico R mediante el método de máxima verosimilitud.

Para evitar el sesgo de factores por eventos extremos, se excluyen datos atípicos, considerados aquellos que se encuentran a más de 3 veces el Rango intercuartil del percentil 75, esto con el fin de conseguir que los estimadores de las relatividades no se vean afectada por la presencia de estos datos extremos. Los datos atípicos se excluyen por grupo etario para garantizar representatividad de cada grupo.

b) Rebalanceo de los factores para garantizar suficiencia: el modelo actual de UPC es una estructura multiplicativa, la cual se ajusta para lograr el equilibrio global de recursos y un ajuste de riesgos por grupo etario, zona de riesgos y características de la EAPB. Sobre estas últimas no se cuenta con información en este análisis por lo que se excluye del ejercicio. Mientras que el modelo estimado refleja las relatividades de costo observado, la UPC incluye otra serie de impactos como expectativas de inflación, tendencias de servicios, ajustes al PBS etc.

Así, lo que este ejercicio hace es reconciliar las primas esperada a ser generadas con la UPC del año 2022 con las nuevas relatividades producidas en el modelo. Así, todas las particularidades que se emplearon para el requerimiento de recursos consideradas para la UPC 2022 se toman en cuenta, y a su vez se recogen los impactos en asignación por cambio en el ajuste de riesgo.

Para esto se hace cabo el siguiente ajuste global sobre el factor base.

$$\lambda = \frac{\text{Ingresos totales UPC}}{\sum_{j=1}^N f_0 \prod_{i=1}^k \exp(\beta_i x_{ij})}$$

En donde

f_0 = Factor base

β_k = Parámetros del modelo asociado a la característica k

$\tilde{f}_0$ = Factor base ajustado

c) Ajuste de la base a la UPC: para hacer comparables los factores vs las condiciones actuales en la UPC, se requiere que las bases de ambas tarifas (la actual y la que produce el modelo) sean iguales y así poder comparar el cambio en las relatividades. Para esto se considera el conjunto de factores asociados con el grupo etario. Es decir, la combinación de grupo etario y sexo. Con esta característica se clasifican de manera excluyente todos los individuos. Así un

individuo de un grupo etario sólo puede pertenecer a un grupo etario y como consecuencia sólo tendrá un factor asociado a esta característica.

Siendo f_{δ} el factor etario asociado con el individuo, entonces, podemos reescalar los factores para que la base sea la UPC buscando la siguiente relación:

$\tilde{f}_0$ = Factor base

f_{δ} = Factor asociado al grupo etario correspondiente

UPC = Valor de la UPC empleada en la resolución de UPC

Para lograr esto se debe multiplicar cada factor del grupo etario por el siguiente valor:

$$\kappa = \frac{\tilde{f}_0}{UPC}$$

Rubros adicionales para la atención de la persona multimórbido.

Dentro de los procesos piloto de atención la PMM se evidenció la necesidad de aumentar algunas de las atenciones que actualmente reciben las personas.

En particular se evidencia:

1. Extensión del tiempo de la consulta inicial la cual puede tardar el doble de tiempo al de una consulta normal.
2. Consulta por enfermería.
3. La necesidad de hacer al menos una junta médica para definir la propuesta de PAP para la PMM:

Así para incluir estos conceptos se estima el valor observado para el año 2021 para estos conceptos con base en la información del régimen contributivo.

Se define Sev_i se refiere al costo medio esperado para cada uno de los servicios. Este costo es ajustado por inflación para estimar el valor requerido en el año 2022.

Se espera para la PMM un incremento equivalente a una atención anual en cada uno de estos servicios

Así el costo adicional a involucrar será la suma de los costos individuales de las atenciones:

$$Costo\ adicional = \sum_{i=1}^3 Sev_i$$

La prima a reconocer será en consecuencia la suma entre el valor de la UPC más el valor adicional de estos servicios para la PMM. En el anexo 2 se encuentra una aplicación de esta metodología a manera de ejemplo.

Responsable: funcionarios de la Dirección del MSPS encargados del cálculo de la UPC.

Periodicidad: anual.

Indicador: Uso de variables relacionadas con el estado de salud y uso de servicios utilizadas en el ajuste de riesgo de la UPC.

c. Coordinación intersectorial y sectorial

Nombre del proceso: Coordinación intersectorial y sectorial. (Macro gestión)

Entidad: ETS.

Objetivo: afectar los DSS para garantizar entornos protectores y potenciadores del desarrollo para las PMM, tales como espacios para la actividad física, medios de transporte adecuado, entre otros.

Descripción general: la coordinación intersectorial y sectorial se materializa a través de una mesa de coordinación territorial. Esta se define como un mecanismo de participación social, compuesto por diferentes actores sociales con capacidad de toma de decisiones como autoridades, funcionarios, y otros actores a cargo de temas relacionados con los DSS y el sistema de salud, y la comunidad.

Funciones

- Incidir en la gestión y atención de las PMM a través de un espacio de trabajo vinculante entre los integrantes de la mesa, en función de problemáticas que hayan sido identificadas o planteadas por las PMM.
- Articular los actores para garantizar el flujo de la atención integrada entre y al interior de los servicios sociales y sanitarios, y viceversa.
- Coordinar entre los integrantes las acciones de promoción de la salud, y atención (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación) de las PMM.
- Coordinar la gestión de DSS priorizando en el PIC desde la ETS.
- Articular las iniciativas existentes de atención a las PMM, que pueden ser distintas en cada lugar, para mancomunar esfuerzos y potenciar los resultados esperados.
- Definir mecanismos que permitan referir para atención a los cuidadores, cuando no están afiliados a la misma EAPB que las PMM.
- Seguir los indicadores de efectividad del modelo planteados y enfocarse en aquellos que no arrojen resultados.
- Seguir los indicadores de seguimiento a la RISS para asegurar estrategias de fortalecimiento de atención extramural en zonas rurales y dispersas.
- **Integrantes:** el gestor de salud pública de la ETS, el gestor de caso de la EAPB, el gestor clínico del CAP, la comunidad que representa a las PMM, como organizaciones sociales estratégicas relacionadas, las autoridades, y los funcionarios relevantes de las entidades con responsabilidad en los temas según la agenda.

- *Convocatoria de la mesa:* se convocará a las personas integrantes de la mesa. Se sugiere un mínimo de seis personas y un máximo de quince personas, 50% compuesto por la comunidad y 50% dividido entre los funcionarios de salud y la autoridad.

Responsable: gestor de salud pública en la ETS.

Periodicidad: la mesa se realizará mensual en los primeros seis meses de la fase de implementación del modelo y luego, se sugieren encuentros semestrales para hacer seguimiento de los hitos del modelo.

Indicador: porcentaje de cumplimiento de los compromisos establecidos.

d. Estratificación de la población según riesgo

Nombre del proceso: estratificación de la población según riesgo. (Meso gestión)

Entidad: EAPB.

Objetivo: garantizar la pertinencia e integralidad de la atención de las PMM según los riesgos y necesidades identificadas.

Descripción general: la estratificación de los riesgos en salud identificados para los afiliados permite definir en primera instancia los modelos y estrategias para su atención. Para el modelo de gestión y atención de multimorbilidad una vez establecido el nivel de riesgo se identificará el tipo de atención requerida en la mesa de coordinación territorial. Este proceso debe ser continuo y alimentarse de los procesos de gestión de riesgo y atención en todos los niveles.

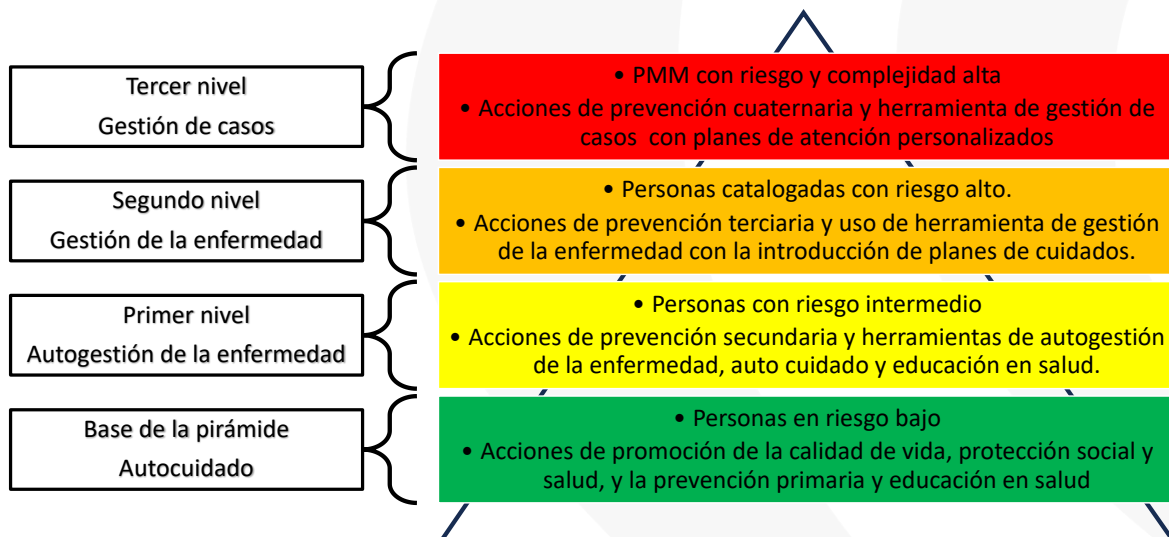
Mientras para los afiliados, en general, es necesario avanzar en la demanda inducida y en la prevención de factores de riesgo modificables tales como el tabaquismo, la alimentación no saludable, la inactividad física y el consumo inadecuado del alcohol, para los afiliados en riesgo bajo se requieren intervenciones orientadas principalmente hacia el fortalecimiento y apoyo al autocuidado por parte de la PMM y sus familias. A su vez, para los afiliados en riesgo medio se desarrolla un programa de gestión de la enfermedad y para los afiliados en riesgo alto, con comorbilidades asociadas y alto uso de recursos, una atención personalizada que coordine los cuidados domiciliarios, ambulatorios y hospitalarios.

La organización de la atención para la intervención de los riesgos identificados se realiza en función de los GR o cohortes. Se puede hacer de la siguiente manera (Figura 6):

- En la base de la pirámide se encuentra el grupo poblacional sano o sin condiciones crónicas detectadas o riesgo bajo, donde se debe incidir en la promoción de la calidad de vida, protección social y salud, y la prevención primaria de la enfermedad mediante intervenciones educativas y diagnóstico precoz de las enfermedades.

- El primer nivel está compuesto por personas con condiciones crónicas de riesgo medio. En este escalón es fundamental la prevención secundaria y la utilización de herramientas de autogestión de la enfermedad, fomentando el auto cuidado y la auto agencia, el uso correcto y racional de la medicación, así como la educación en salud.
- En el segundo nivel se localizan las personas con condiciones crónicas catalogadas de riesgo alto y las PMM. En este nivel es relevante la prevención terciaria y la utilización de la herramienta de gestión de la enfermedad con la introducción de planes de cuidados. La finalidad es reducir el consumo de recursos especializados, principalmente evitando ingresos hospitalarios prevenibles.
- En el tercer nivel estarían las personas de riesgo y complejidad alta cuya característica es tener una escala de Charlson > 5 y una escala de Kaplan-Fleinstein > 8, que supondrían de un 3 a un 5% del total, las cuales se manejan a través de la gestión de casos y se espera un consumo de recursos y costos muy elevado, en especial, por los ingresos hospitalarios no programados.

Figura 6 Organización de la atención con base en la gestión del riesgo. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022



Fuente: los autores

Responsable: funcionarios responsables de la organización de la atención en la EAPB.

Periodicidad: mensual si la información es interoperable, con el objeto de contar con una estratificación en tiempo real, e identificar oportunamente si hay PMM que cumple los criterios de la población sujeto del modelo y asignarle un gestor de caso antes de salir del servicio de urgencia u hospitalización general, UCI o UCIM.

Indicador: porcentaje de EAPB con estratificación de la población según riesgo.

e. Redes integradas e integrales de prestadores de servicios de salud (RISS)

Nombre del proceso: Redes integradas e integrales de prestadores de servicios de salud (RISS). (Meso gestión)

Entidad: EAPB.

Objetivo: garantizar la accesibilidad, continuidad e integralidad de la atención de las PMM según los riesgos identificados a través de unas RISS.

Descripción general: la Resolución 1441 de 2016, define las RISS como un conjunto de prestadores u organizaciones funcionales de servicios de salud, ubicados en un ámbito territorial con una organización que incluye un componente primario y complementario, y unos procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, “con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutive, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención así como también, mejorar los resultados en salud” (MSPS, 2016f, p.4).

La asignación de los afiliados a un CAP de la RISS por parte de las EAPB tiene en cuenta los riesgos identificados y las estrategias definidas para su atención, e incluye:

- i. Determinación de la capacidad de la oferta de servicios disponibles en el territorio frente a las intervenciones propuestas, según las cohortes conformadas en el proceso de organización de la atención.
- ii. Identificación de los CAP que cumplan con los servicios que garantizan el cumplimiento de los objetivos de la atención a través de iniciativas, políticas y programas dirigidos a asegurar a las PMM, servicios adecuados a sus necesidades, expectativas y preferencias en los diferentes entornos de provisión.
- iii. Priorización de los CAP que cuenten con el equipo interprofesional sugerido como equipo básico de salud (EBS) y complementario para la implementación del circuito de atención y, los centros que integren el mayor número de servicios en su infraestructura: entrega de medicamentos, exámenes complementarios y pruebas diagnósticas, interconsultas de especialistas, entre otros.

Garantizar los atributos de la atención según los riesgos identificados implica la existencia de equipos interprofesionales que prestan una asistencia de elevada calidad basada en el mejor conocimiento disponible, la interacción entre CAP y CAE, la coordinación entre servicios, la experiencia por parte de las PMM en la atención, la identificación de fases o barreras en las que se presente discontinuidad, la definición de reglas relacionadas con la utilización de la historia clínica, la operación del sistema de referencia y contrarreferencia, la autorización de servicios, la auditoría y el manejo de la información entre otros.

Así mismo, es importante la caracterización del riesgo asociado a la gestión y atención del modelo de multimorbilidad, con énfasis en la gestión general sobre el acceso y oportunidad a los servicios de salud. Esto incluye la caracterización de las RISS, la cual se debe realizar en términos de habilitación, suficiencia, distribución de la red contratada para cada servicio, resultados en salud, indicadores de infraestructura, mecanismos de

pago contratados, servicios contratados dirigidos a la GIRS, análisis de brechas en la oferta de servicios de salud para la atención de los afiliados según la caracterización de la población y las categorías de riesgo descritas y la gestión del riesgo clínico.

Responsable: funcionarios responsables de las RISS en la EAPB.

Periodicidad: anual.

Indicador: porcentaje de redes que garanticen la atención integral e integrada a la PMM.

f. Contratación de servicios y formas de pago

Nombre del proceso: Contratación de servicios y formas de pago. (Meso y micro gestión)

Entidades: EAPB e IPS.

Objetivo: alinear los objetivos del modelo a los incentivos del pago en el marco de los acuerdos de voluntades entre EAPB e IPS.

Descripción general: una vez se tiene el PAP y la RISS, se agrupan las PMM con base en el CAP más cercano a la residencia de la persona con el objeto de contratar los servicios y tecnologías en salud previstas en las intervenciones. El PAP se constituye en un paquete de atenciones a contratar con los CAP y CAE de la RISS que se ha caracterizado teniendo en cuenta los riesgos en los que quedó clasificada la PMM. Se sugiere adoptar nuevos CUPS para las intervenciones no codificadas como las juntas interprofesionales y que serán contratadas con la RISS.

Así mismo, se recomienda que el contrato con las RISS se reconozca mediante pago por resultados en las PMM, acompañado de una nota técnica pactada entre la EAPB y la IPS. y ajustada según los modelos predictivos de riesgo individual. Por lo anterior, la RISS recibiría el pago parcial de la cohorte asignada en función del resultado de la implementación del modelo, y el excedente del pago en función de la atención de PMM, como la disminución en los servicios de urgencias y hospitalización. Porter & Teisberg, 2004¹³, describen cómo la competencia en salud debe hacer un cambio de enfoque desde un pasado en el que los esfuerzos se dirigían a evitar o reducir costos, hacia un presente en el que el objetivo debe ser mejorar las opciones y reducir los errores con miras a llegar a un futuro en el que el sector salud debe enfocarse en generar mayor valor.

Se entiende por pago por resultados como el pago variable que se hace según el resultado del proceso asistencial, como por ejemplo el pago: a) a familias por esquema de vacunación completo de los menores de edad, b) a prestadores por la atención prenatal con mínimo cuatro controles antes del parto, independiente de los efectos sobre la salud del paciente, o c) a prestadores por “estado de salud” del paciente con HIV u otras

13 Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2004). Redefining Competition in Health Care. Harvard Business Review, 82(6), 64-76.

dolencias de manejo crónico y alto riesgo (Castaño, 2011)¹⁴. El pago variable es una modalidad de contratación en la que uno o varios indicadores de desempeño, productividad, resultado, trato o todos los anteriores, son evaluados y ponderados en forma tal que modifican una porción importante del salario o la remuneración a modo de bono. El pago para el caso de aquellas personas que no respondan positivamente se realizará de forma posterior y será ajustado en el costo correspondiente.

En el modelo de atención de la multimorbilidad CHRODIS, se utilizaron dos instrumentos para la evaluación de la atención de enfermedades crónicas y evaluación del paciente de la atención para condiciones crónicas, que fueron recolectados y analizados antes y después de la implementación (Palmer K, 2019).

- **Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas (ACIC¹⁵)** (Bonomi, Wagner, Glasgow, & Von Korff, 202)¹⁶. Se eligió una medida cuantitativa. Este cuestionario responde a los cambios que realizan los equipos de atención en sus sistemas de atención médica y se correlaciona bien con otras medidas de productividad y cambio de sistema. Consta de seis elementos que se propusieron en el modelo de atención crónica: organización de atención médica; comunidad y sus vínculos; apoyo a la autogestión; apoyo a las decisiones; diseño del sistema de entrega; y sistemas de información clínica (Palmer K, 2019)¹⁷.
- **Evaluación del Paciente de la Atención para Condiciones Crónicas + (PACIC¹⁸+)** Fue seleccionada para la medición cuantitativa de los resultados de las intervenciones. Esta herramienta mide acciones o cualidades específicas de la atención que los pacientes informan haber experimentado durante la intervención. Las acciones son congruentes con el Chronic Care Model y constan de 26 elementos.

Adicionalmente, se establecieron indicadores clave de desempeño para medir el éxito de las intervenciones con un enfoque común que consistió en unos análisis cuantitativos y cualitativos. Los indicadores clave de desempeño para cada sitio se describen en la Tabla 1. Se identificaron algunos indicadores comunes entre sitios, particularmente Kauno Klinikos y VULSK, definieron un conjunto similar de indicadores.

Responsable: funcionarios responsables de la gestión del riesgo y la contratación de servicios en la EAPB y en la IPS.

Periodicidad: anual.

Indicador: porcentaje de contratos que incluyen pago por resultados en la PMM.

¹⁴ Castaño, R.A. (2011). Mecanismos de Pago a Prestadores de Servicios de Salud. Cali: Documento no publicado facilitado por COOMEVA EAPB.

¹⁵ ACIC siglas en inglés de Assessment of Chronic Illness Care

¹⁶ Bonomi, A., Wagner, E., Glasgow, R., & Von Korff, M. (202). Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A practical tool to measure quality improvement. *Health. Serv. Res.*, 37, 791-820.

¹⁷ Palmer K, C. A.-B.-T. (2019). A Methodological Approach for Implementing an Integrated Multimorbidity Care Model: Results from the Pre-Implementation Stage of Joint Action CHRODIS-PLUS. *Int J Environ Res Public Health.*, Dec; 16(24): 5044.

¹⁸ PACIC siglas en inglés de Patient Assessment of Care for Chronic Conditions

Tabla 1 Indicadores clave del Modelo Integrado de Atención de Multimorbilidad CHRODIS.

Sistema de salud Andaluz1	Sistema de salud de Aragón	Sistema de salud de Roma	Hospital Santaros Klinikos, Vilnius
Desempeño específicos de la calidad de realización individualizada de planes de cuidado			
Porcentaje de respuesta a interconsultas en menos de 96 h	Existencia de un módulo de información compartida entre los profesionales de registros de salud electrónicos	No de pacientes con Alzheimer y S. de Down que participan en la reunión del grupo	Porcentaje de respuesta a interconsultas en menos de 96 h
Disponibilidad de directos y específicos canales de comunicación entre pacientes crónicos y sus administradores de casos	Porcentaje de respuesta a interconsultas en menos de 96h Disponibilidad de directos y específicos canales de comunicación entre pacientes crónicos y sus administradores de casos.		Existencia de un módulo de información compartida entre los profesionales de los registros de salud electrónicos
Apoyo social/evaluación de necesidades Identificación y mapeo de activos de la comunidad	Implementación de una unidad de cuidados crónicos en el hospital		Disponibilidad de directos y específicos canales de comunicación entre pacientes crónicos y sus administradores de casos
	Apoyo social / evaluación de necesidades Identificación y mapeo de activos de la comunidad		Apoyo social/evaluación de necesidades Identificación y mapeo de activos de la comunidad
Resultado intermedio relacionado con la salud			
Episodios hospitalarios en pacientes con enfermedades crónicas complejas con PAP en 12 meses	No de ingresos a urgencias en 12 meses Porcentaje de interconsultas	Reducción de la accesibilidad en urgencias y siguientes hospitalizaciones	No de visitas no planificadas en 12 meses
Visitas ambulatorias pacientes con enfermedades crónicas complejas con PAP en 12 meses	No de hospitalizaciones en 12 meses		No y duración de hospitalizaciones, ingresos a urgencias y hospitalizaciones evitables en 12 meses
Episodios de emergencia de crónica compleja en pacientes con PAP en 12 meses	No de hospitalizaciones en unidad de cuidados intensivos/total de hospitalizaciones		No de fármacos incompatibles en la combinación (tasa de interacción farmacológica)
Tasa de hospitalización no planificada potencialmente prevenible en 12 meses	Satisfacción del curso de formación por profesionales de la salud aplicabilidad en la práctica clínica		Calidad de vida del paciente mediante aplicación de escala EQ5D
	Porcentaje de pacientes con PAP basado en una evaluación integral		
	Prevalencia de polimedicados y pacientes hiperpolimedicados		

Fuente: Tomado de Palmer, K et al. A Methodological Approach for Implementing an Integrated Multimorbidity Care Model: Results from the Pre-Implementation Stage of Joint Action CHRODIS-PLUS. Int. J. Environ. Res. Public Health 2019, 16, 5044

g. Gestión del riesgo actuarial

Nombre del proceso: Gestión del riesgo actuarial. (Meso gestión)

Entidad: EAPB.

Objetivo: prevenir la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas relacionadas con riesgos en salud por la falta de previsión en la gestión y atención del modelo, y en el caso de su materialización, adopción de medidas para su control o mitigación.

Descripción general: se entiende por riesgo actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a la ocurrencia de diferentes sucesos futuros e inciertos. A continuación, se desarrollan las siguientes etapas para la gestión del riesgo: identificación del riesgos, medición y valoración de riesgos, tratamiento y control de riesgos, y seguimiento y monitoreo:

- **Identificación de los riesgos actuariales:** la identificación del riesgo actuarial incluye las siguientes actividades para cada uno de estos:
 - *Incrementos inesperados en los índices de multimorbilidad y de los costos de atención:* identificar en la caracterización de las PMM la probabilidad de pérdida como consecuencia de diferencias apreciables entre las condiciones de multimorbilidad asumidas y las actuales, y de incrementos inesperados en los costos de atención.
 - *Concentración y hechos catastróficos relacionados con PMM:* identificar en la caracterización de las PMM la probabilidad de pérdida como consecuencia de una concentración de los riesgos en PMM por sexo, grupos etarios, regiones, número de patologías, por la ocurrencia de hechos catastróficos como epidemias, desastres naturales o situaciones similares que afecten un número elevado de afiliados.
 - *Cambios permanentes en las condiciones de salud de las PMM o cambios tecnológicos:* identificar en la caracterización de las PMM la probabilidad de pérdida como consecuencia de cambios permanentes en las condiciones de salud de las PMM, la utilización y los costos de servicios y tecnologías incluidas y no incluidas en el PBS, y la incorporación de nuevos servicios y tecnologías en salud al PBS, que requieran ajustes en la financiación del modelo.
 - *Insuficiencia de reserva técnicas:* identificar en los modelos actuariales de evaluación de la suficiencia de reservas técnicas la probabilidad de pérdida como consecuencia de una subestimación en el cálculo de las reservas técnicas y otras obligaciones contractuales como servicios autorizados y servicios facturados a PMM.
 - *Riesgos relacionados con la prima de aseguramiento:* identificar en las proyecciones de los ingresos, de acuerdo con la caracterización de las PMM, en

función de la estructura de ponderadores de la UPC (edad, sexo, municipio, etnia) y los gastos de las PMM, la probabilidad de pérdida como consecuencia del nivel de siniestralidad por PMM, insuficiencia de la prima o ajuste de riesgo.

- *Riesgos relacionados con el cumplimiento de las funciones del aseguramiento:* : identificar en la caracterización de la PMM la probabilidad de pérdida como consecuencia de cambios en el perfil sociodemográfico, concentración, severidad, uso y costos de los servicios, nuevas tecnologías, y hechos catastróficos, en PMM.
- **Medición y valoración del riesgo actuarial:** para cuantificar las pérdidas se propone usar para el modelo los siguientes parámetros:
 - La probabilidad de ocurrencia del siniestro (materialización del riesgo) en la unidad de tiempo (frecuencia).
 - Los asociados con cada distribución que mejor definan la cuantía de la pérdida (severidad).
 - El nivel de exposición del riesgo en la unidad de tiempo.

Para calificar el impacto de los riesgos actuariales se puede usar la siguiente matriz:

Tabla 2 Matriz de clasificación del riesgo actuarial. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Calificación del impacto	Calificación de la probabilidad					
		Bajo	Medio bajo	Medio alto	Alto	Extremo
	Extremo	Normal	Situación límite	Mejora obligatoria	Reestructurar	Reestructurar
	Alto	Normal	Situación límite	Situación límite	Mejora obligatoria	Reestructurar
	Medio	Normal	Normal	Situación límite	Mejora obligatoria	Reestructurar
	Bajo	Normal	Normal	Situación límite	Mejora obligatoria	Reestructurar

Fuente: Autoridad Australiana de Regulación Prudencial SOARS/ PAIRS SOARS: Sistema de Respuesta y Vigilancia de Supervisión (Supervisory Oversight and Response System)
PAIRS: Sistema de Calificación de Probabilidad e Impacto (Probability and Impact Rating System)

El sistema de alarmas y dependencia que se deriva de la matriz se constituye en:

-  Nivel 1: Actividad normal
-  Nivel 2: Advertencia temprana
-  Nivel 3: Preocupación significativa
-  Nivel 4: Viabilidad en riesgo
-  Nivel 5: Liquidación

- **Tratamiento del riesgo actuarial:** en el tratamiento del riesgo actuarial se incluyen las siguientes actividades:
 - Establecer y actualizar periódicamente políticas y procesos actuariales que incluyan la gestión de los riesgos asociados a las PMM.
 - Hacer una traza de las medidas tomadas de prevención y mitigación de riesgos asociadas a las PMM.
 - Construir modelos de cuantificación que contemplen de manera adecuada, las pérdidas esperadas e inesperadas y los escenarios y expectativas de gasto relacionados con las PMM, a las que se encuentra expuesta la entidad.
 - Realizar pruebas de estrés (Stress-Testing) y ejercicios de autocomprobación (BackTesting) sobre los modelos actuariales utilizados para establecer los niveles adecuados de reservas técnicas, teniendo en cuenta estimaciones pendientes y futuras de gasto y así, realizar los ajustes correspondientes.
 - Realizar notas técnicas de las tarifas en las modalidades de pago prospectivas, para monitorear el comportamiento de desviaciones en la PMM, sus frecuencias de uso y sus costos y mitigar el impacto financiero.
 - Tener una política formalmente establecida cuando la entidad utiliza los reaseguros como mecanismo de gestión del riesgo actuarial respecto al tipo de contrato del reaseguro a realizar, los montos o niveles de cesión de riesgos hacia los reaseguradores y los requisitos que se exigirán a los reaseguradores para operar con la entidad, tales como la calificación de riesgo y la experiencia en las coberturas de riesgos ofrecidas.
 - Realizar controles de calidad a los sistemas de información de la entidad.
 - Adoptar medidas de GIRS tanto para riesgos primarios como para riesgos técnicos dirigidos a mitigar las potenciales pérdidas asociadas a un aumento inesperado de los costos de la atención en salud.
 - Realizar un análisis anual detallado donde se consolide toda la información de los anteriores puntos referenciados.
- **Monitoreo y evaluación del riesgo actuarial:** requiere de la definición y evaluación sistemática y periódica de indicadores relacionados con los riesgos actuariales identificados con el fin de monitorear el logro de las metas, los límites de aceptación para los riesgos en actuariales identificados acorde con la escala establecida por la entidad.

Responsable: funcionarios responsables de la gestión del riesgo actuarial en la EAPB.

Periodicidad: anual.

Indicador: siniestralidad de la EAPB por PMM.

h. Circuito de atención

Nombre del proceso: Circuito de atención. (Micro gestión)

Entidad: IPS.

Objetivo: garantizar la oportunidad, calidad e integralidad de la atención en el CAP.

Descripción general: en el contexto de atención de la multimorbilidad, el circuito de atención en salud articula las diferentes intervenciones para las PMM en la prestación de los servicios de salud liderada por el EBS para que las PMM puedan acceder en una sola jornada a todas las intervenciones al interior de un CAP o en varios de la RISS. La definición del circuito de atención es producto del diálogo de las evidencias disponibles en la literatura y los hallazgos del estudio piloto que desveló recomendaciones para adaptar el modelo a los territorios y a los actores y recursos del SGSSS.

El circuito de atención se sugiere que sea realizada por los CAP en coordinación con la EAPB. Sin embargo, en el piloto del modelo se encontró que algunas EAPB tienen organizada la atención en CAE debido a que se consideraba mejor en términos de eficiencia, y atención, organizar toda la atención, en un lugar especializado, sobre todo, considerando que la población sujeto del modelo es una población de alto riesgo y complejidad. Por ello, se abre la posibilidad de la atención en los CAE, aunque, en el modelo se hará referencia siempre a los CAP.

Las principales actividades de del circuito de atención son:

- ***Demanda inducida de las PMM:*** esta se activa una vez es convocada la mesa de articulación por parte de la ETS. Incluye lo siguiente:
 - *La sensibilización de la PMM y su cuidador* sobre los beneficios del modelo para proponer por su participación es fundamental. Las estrategias de información y comunicación son determinantes, por tanto, se sugiere diseñar material informativo (Por ejemplo, infografías, videos) que clarifiquen: componentes del modelo, circuito de atención y los beneficios de participar.
 - *La invitación la PMM al programa* a través de dos mecanismos que se determinan según las posibilidades de cada caso o territorio: a) Llamada telefónica o correo electrónico para la invitación al programa en el CAP de referencia; o b) búsqueda activa a través de visita domiciliaria. Se sugiere articular el proceso con el EBS a través de brigadas en salud y los actores comunitarios de los territorios como agentes comunitarios formados y vinculados al modelo de atención en salud.
 - *El diseño de estrategias para superar los retos del proceso* que van desde las dificultades para contactar a las personas (por ejemplo, por movilidad, limitaciones de comunicaciones, accesibilidad geográfica) hasta el logro de la aceptación de vincularse al modelo (por ejemplo, personas en edad de trabajar, o con cuidadores en edad de trabajar, accesibilidad geográfica, personas de mayores ingresos, personas con acceso a planes de medicina prepagada o complementarios).

- **Agendamiento de la atención ambulatoria:** este se activa una vez la PMM acepta ingresar al modelo y se invitará siempre al cuidador, incluye lo siguiente:
 - **Consulta de valoración multidimensional (VM) inicial:** se asigna la consulta de valoración inicial (40 minutos) y se insistirá en la importancia que asista su cuidador familiar principal. Agendas flexibles son relevantes para la oportunidad y continuidad de la atención.
 - **Junta con el equipo interprofesional:** se sugiere bloquear quincenal o mensualmente 1 o 2 horas de junta para el análisis de los casos valorados en la primera consulta. Esta junta tiene como propósito anticipar y delinear los problemas desde una perspectiva interprofesional para facilitar la toma de decisiones compartidas. Se sugiere integrar en el PAP las intervenciones basadas en la evidencia priorizadas por la junta, que se proponen en la dimensión de atención; y la información socializada en la mesa de articulación para realizar la gestión individual del riesgo propuesta por la EAPB y movilizar activos comunitarios y programas en el PAP.
 - **Consulta de toma de decisiones compartidas:** se realizará en una segunda consulta (40 minutos), con dos objetivos: (i) consensuar el PAP (20 minutos), y (ii) realizar interconsulta prioritaria con equipo complementarios según plan de acción: Por ejemplo: nutrición, fisioterapia, trabajo social (20 minutos)
 - **Intervenciones contempladas en el PAP:** Se realizarán la asignación de citas de consultas de seguimiento para el desarrollo y evaluación del PAP (20 minutos) que podrán ser presenciales o por telemedicina, y mensual o trimestral según la complejidad del caso. Al igual, que la asignación de citas para cualquier otra intervención prevista en el PAP como exámenes diagnósticos, terapias, interconsultas con el equipo de especialistas, entre otros.
- **Atención intrahospitalaria:** es importante que la EAPB realice un monitoreo continuo de las PMM con el fin de detectar situaciones de ingreso a urgencias/ hospitalización. En esta circunstancia se debe enviar el PAP de la PMM al centro hospitalario de referencia, que debe ser revisado por el equipo del hospital. En este contexto se deben priorizar los cuidados transicionales hospital, hogar, y planificación del alta.

Responsable: los EBS del CAP o CAE y los agentes comunitarios.

Periodicidad: este proceso se realizará posterior a las mesas de articulación convocadas por las EAPB. Luego, se realiza según la actualización de la PMM por parte de la EAPB.

Indicador: porcentaje de CAP o CAE con circuitos de atención funcionando.

i. Gestión del cambio

Nombre del proceso: Gestión del cambio. (Macro, meso y micro gestión)

Entidades: MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Objetivos: (i) gestionar opiniones, percepciones y creencias generadas alrededor del anuncio del cambio del modelo de gestión y atención a las PMM; (ii) gestionar barreras o resistencias; (iii) minimizar el impacto en los involucrados; (iv) asegurar los resultados; (v) generar una adecuada comprensión, valoración, apropiación, legitimación de lo que significa un nuevo proceso; y (vi) facilitar la adopción de nuevas formas de pensar, sentir y hacer por parte de las personas impactadas

Descripción general: La implementación del modelo según lo indicaron los resultados de la prueba piloto, supone un cambio no solo en la concepción de la atención y la manera prestarla, sino en múltiples componentes del sistema de salud. Sin embargo, uno de los cambios centrales, tiene que ver con la perspectiva y las maneras de actuar de los involucrados en el proceso: tomadores de decisión, responsables de ejecutar las acciones en las instancias de atención, los pacientes, sus cuidadores y la sociedad en general.

La gestión de cambio está definida por los documentos de la OMS y por la literatura relacionada como la práctica y el proceso de apoyar a las personas durante un cambio, con el propósito de asegurar que el cambio sea exitoso en el largo plazo. La gestión del cambio ayuda a las personas a modificar sus comportamientos, actitudes o procesos de trabajo para alcanzar un resultado deseado con la mayor facilidad posible.¹⁹

Existen varios modelos para gestionar el cambio. Para esta propuesta se toman como referentes las teorías y modelos de la OMS, los del economista alemán Wilfried Krüger y el de John Paul Kotter, con adaptaciones propias a la gestión en salud y al proceso que se deriva de la implementación de un modelo de atención y gestión de PMM.

- **¿Por qué se requiere gestionar el cambio?** El proceso de cambio se produce de una mejor manera, señala en sus investigaciones el profesor Krüger, si los líderes de las entidades entienden y aceptan que las barreras obvias y aparentes del cambio: costo, calidad y tiempo, son sólo la punta del iceberg (10%). Para este autor, las barreras más potentes son las que se encuentran debajo: opiniones, percepciones y creencias, poder y política, y tienen un peso mayor en los procesos de cambio. Por lo tanto, el fundamento de la gestión del cambio está directamente relacionado con gestionar estas últimas. De ahí la necesidad de intentar “obligar” a los directivos, a mirar los desafíos ocultos, necesarios para implementar el cambio.

La dirección suele enfocarse en lo visible, lo racional, lo consciente, lo material, los hechos. Puede descuidar las opiniones, percepciones y creencias generadas alrededor del anuncio del cambio, y la gestión de la política y el poder de quienes lo ejercen o lo van a tener con los cambios. Los directivos deben mirar los desafíos ocultos, necesarios para implementar el cambio, e identificar promotores y oponentes. Krüger graficó su “teoría de la gestión del cambio” con un iceberg. (Ver anexo 3)

¹⁹ Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud Cómo gestionar el cambio en la salud pública (versión 1.0) Conjunto de herramientas dirigidas a los sistemas de información para la salud Cápsula de conocimiento ampliado. Gestión del cambio en la salud pública. IS4H- KCCM <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57020>

- **Componentes de la estrategia de gestión del cambio.** Si bien las estrategias dependen mucho de las características de los cambios, las de las personas y entidades involucradas, existen componentes básicos en lo que los autores coinciden. (ver figura 7)

1. Identificar los impactos específicos que tendrá la introducción del cambio. En este caso, un nuevo modelo de gestión y atención de la salud implica para las entidades involucradas ajustes en la organización en términos de estructura, roles, procedimientos, competencias, políticas. Establecer los impactos permite identificar con mayor claridad las posibles barreras.

2. Sensibilizar: está relacionada con explicitar las razones y beneficios del cambio, motivar, ambientar. Se trata que los implicados identifiquen e interioricen la necesidad del cambio y puedan convertirse en parte integral y activa del esfuerzo del cambio.

3. Comunicar: significa garantizar a los diferentes grupos de interés la información oportuna y suficiente y sobre lo que significa el cambio. Las acciones de comunicación de la estrategia buscan “tocar al otro”, “llegar al otro”, “mover el sentir del otro”.

“El mejor modo de acercarse a una efectiva gestión del cambio es comunicar con anticipación dichos cambios, involucrando al personal, facilitando el proceso de cambio, negociando y acordando con los opositores del cambio” (Kotter, J. 1996).²⁰

4 Capacitar: relacionada y especializada con los nuevos procesos y la manera de realizarlos e integrarlos a lo que viene en marcha.

Las acciones de sensibilización, comunicación y capacitación para el caso del modelo se realizan de manera articulada e integrada como parte de un mismo propósito dentro de la estrategia de gestión del cambio y el componente de asistencia técnica. Parten de definir un conjunto de temas y mensajes alrededor de los cuales es necesario sensibilizar, formar y comunicar. Se materializan en un grupo de variados materiales con contenidos específicos y dirigidos a grupos particulares del proceso.

La experiencia del piloto sugirió, por ejemplo, que los EBS encargados de la VM deben conocer el modelo y los criterios utilizados para definir la población sujeto del mismo, pero probablemente no necesitan conocer en detalle la estructura de las fuentes de datos y el procesamiento de la información que se hace en la EAPB para identificar la población. Este tipo de consideraciones sugieren la necesidad de tener distintos documentos con las recomendaciones puntuales relevantes para cada uno de los funcionarios con distintas competencias.

La necesidad de materiales prácticos y didácticos para apoyar la capacitación también se presenta muy relevante en contextos de alta rotación del talento humano. La disponibilidad y rotación del talento humano, como se ha mostrado en otros estudios y

²⁰ HARVARD BUSINESS REVIEW. Leading Change Why Transformation Efforts Fail by John P. Kotter. COPYRIGHT © 2006 HARVARD BUSINESS SCHOOL PUBLISHING CORPORATION. ALL RIGHTS RESERVE. <https://irp-cdn.multiscreensite.com/6e5efd05/files/uploaded/Leading%20Change.pdf>

constatado en la prueba piloto, responde a factores estructurales frente a los cuales el modelo, en el corto plazo, tiene pocas posibilidades de intervención.

El modelo debe contar con un documento completo y auto contenido, en donde se presente la totalidad del modelo y sirva como guía de consulta para resolver inquietudes. Este documento sería la fuente principal de información para el proceso de capacitación de capacitadores y de los equipos que realizarán asistencia técnica y acompañamiento. No obstante, este documento no es el apropiado para capacitar a los distintos actores del sistema encargados de la implementación del modelo.

El modelo debe contar con un conjunto de documentos de capacitación -uno por cada tipo de funcionario-, los cuales deben ser cortos, sencillos, puntuales y específicos en sus recomendaciones, didácticos y pedagógicos, de manera que puedan apoyar los procesos de capacitación y recapacitación

Figura 7 Componentes de la gestión de cambio. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022



Fuente: los autores

- **Ocho pasos de la gestión del cambio:** John P. Kotter identifica y propone ocho pasos para la gestión de cambio:
 1. Crear un sentido de urgencia sobre la necesidad de cambiar
 2. Formar una coalición líder
 3. Crear una visión para el cambio
 4. Comunicar la visión
 5. Eliminar los obstáculos
 6. Asegurar triunfos en el corto plazo
 7. Construir sobre el cambio
 8. Anclar el cambio en la cultura organizacional.

- **Implementación de la estrategia de gestión de cambio:** Existen unos requisitos básicos que deben soportar la implementación de una estrategia de gestión de cambio, en los que coinciden varios autores:
 - *Voluntad política* de quienes lideran las entidades involucradas
 - *Presupuesto propio* para poner en marcha la estrategia en cada entidad y desde la entidad líder
 - *Institucionalización* del proceso al interior de todas las entidades que participan
 - *Comité de gestión del cambio* conformado por representantes de todas las entidades involucradas.
 - *Apoyo externo especializado* para generar las dinámicas que requiere una estrategia de gestión de cambio

Las estrategias de gestión del cambio se plantean en un horizonte de largo plazo. Supone, desde el punto de vista de la OMS, y de otros autores mencionados, definiciones en los siguientes ítems:

- Liderazgo y gobernanza
 - Participación de todos los actores del proceso
 - Comunicación entre y hacia los involucrados
 - Análisis y rediseño de los flujos de trabajo
 - Nuevas formas de entender y hacer las cosas
 - Capacitación y educación permanentes y transversales
 - Seguimiento y evaluación continuos.
- **Algunas herramientas para implementar la estrategia de gestión de cambio:** Si bien el desarrollo de la estrategia de gestión de cambio dependerá de un conjunto de decisiones de política del sistema de salud en el momento que se acepte el modelo propuesto, algunas herramientas pueden ser útiles para iniciar el proceso:
 1. *Herramienta de identificación de barreras y facilitadores, previa al inicio del proceso.* Se propone la aplicación en cada entidad (MSPS, ETS, EAPB, IPS) de una encuesta sobre las actitudes y percepciones alrededor del cambio
 - ¿Estoy preparado para el cambio?
 - ¿Me es fácil cambiar?
 - ¿En mi entidad es fácil o difícil hacer cambios?
 - ¿Por qué es fácil o difícil hacer los cambios en mi entidad?
 - ¿Qué se podría hacer en su entidad para que los cambios transiten con mayor facilidad?
 2. *Plan para hacer la identificación de las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas* en cada entidad frente a la introducción del nuevo modelo
 3. *Plan de trabajo para la identificación de los impactos organizacionales iniciales* generados por nuevo modelo en cada entidad
 4. *Diseño del análisis de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas del nuevo modelo en la articulación entre las entidades involucradas*
 5. *Elaboración del plan de trabajo para generar capacidades básicas en gestión del cambio en cada entidad participante*

6. *Definición de los integrantes y las funciones concretas del comité de gestión del cambio*
7. *Identificación de las acciones del componente de sensibilización para grupos internos y externos*
8. *Definición del plan y contenido de los talleres de capacitación y profundización de las características del cambio*
9. *Definición de las acciones del componente de comunicación para grupos internos y externos*

Responsable: funcionarios responsables de la gestión del cambio en la ETS, EAPB e IPS.

Periodicidad: anual.

Indicador: porcentaje de ETS, EAPB e IPS que implementaron la gestión del cambio.

6.1.3 Gestión de procesos de atención

La atención en salud para el modelo corresponde al conjunto de procesos a través de los cuales se materializa la provisión de prestaciones y cuidados de salud al individuo, a colectivos (la familia, los GR, o la comunidad) o a la población. Por lo tanto, la gestión de esta atención incluye:

- **Atención integrada:** requiere la coordinación entre los actores sectoriales e intersectoriales para garantizar una respuesta adecuada a las necesidades, expectativas y preferencias en salud de las PMM y sus cuidadores a través de los diferentes niveles de atención y en los distintos entornos donde ocurren la vida y la salud.
- **Atención integral:** implica la articulación de los servicios sociales, sociosanitarios y de salud para responder a las necesidades, expectativas y preferencias en salud de las PMM y sus cuidadores según los elementos del derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, calidad, y aceptabilidad) a lo largo de un continuo del cuidado, lo que incluye acciones de promoción de la calidad de vida y protección social; promoción de la salud; la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la enfermedad; y la rehabilitación, la paliación y la muerte digna.²¹

A continuación, se describen de manera general los procesos de atención, que tienen en común, la búsqueda de la materialización del derecho a la salud, en el componente de atención.

²¹ PDSP 2022 - 2031

a. Gestión de la salud pública

Nombre del proceso: Gestión de la salud pública. (Macro gestión)

Entidades: MSPS y ETS.

Objetivo: afectar las condiciones, modos y los estilos de vida de las PMM y sus cuidadores a través de la gestión intersectorial de los DSS, la oferta adecuada de servicios sociales, y la formulación de políticas públicas.

Descripción general: la salud pública se entiende como un campo teórico y práctico, multidimensional, interprofesional y complejo, en el marco de DSS y las nociones propias de las comunidades que residen en el país. Está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar el derecho a la salud y mejorar las condiciones de vida, bienestar y desarrollo por medio de acciones poblacionales, colectivas e individuales bajo la rectoría del Estado con participación social. (PDSP 2022 - 2031)

La gestión de la salud pública en el marco del PDSP para las PMM y sus cuidadores debe enfocarse principalmente en la gestión de las acciones poblacionales que afectan las condiciones, modos y los estilos de vida de la PMM, en las dimensiones de gestión de la salud y los DSS; las ECNT y ECT; la salud mental y la convivencia ciudadana; y la seguridad alimentaria y nutricional. Para lo anterior, es importante desarrollar:

- **Gestión integral de riesgo en salud pública:** es el proceso de identificación de la vulnerabilidad de las poblaciones ante amenazas que generan morbilidad, discapacidad, mortalidad evitable y desigualdad. Luego de analizar las posibles consecuencias derivadas del impacto de la amenaza sobre esa población, delimitar la incertidumbre relativa a la ocurrencia del evento crítico que se desea evitar y mecanismos para reducir la amenaza, la vulnerabilidad y para afrontar el evento si llegara a ocurrir, a través de acciones coordinadas y articuladas de carácter técnico, político, económico, social y cultural. Busca proteger a una sociedad de las pérdidas en el desarrollo socioeconómico por la reducción en la productividad derivadas de la enfermedad y la discapacidad de los ciudadanos al evitar que las personas enfermen, vivan con discapacidad o mueran prematuramente en relación con la generación a la cual pertenecen. (INS, 2022)

Las intervenciones que se contemplan en este proceso hacen énfasis en las siguientes:

- **Intervenciones poblacionales:** son intervenciones estructurales dirigidas a toda la población y afectan las condiciones, modos y los estilos de vida de una sociedad a través de los DSS, para la promoción de la calidad de vida, protección social y salud y la gestión de los riesgos sociales y ambientales. Se realizan bajo el liderazgo del MSPS o la ETS, a través de la acción intersectorial²².

²² Resolución 3280 de 2018

Responsable: gestor de salud pública en la ETS relacionado con el PTS y el PIC.

Periodicidad: permanente.

Indicador: número de políticas públicas nacionales o territoriales que incluyan la gestión y atención de la multimorbilidad y sus determinantes.

b. Gestión de las intervenciones colectivas

Nombre del proceso: Gestión de las intervenciones colectivas. (Macro gestión)

Entidades: MSPS y ETS.

Objetivo: realizar acciones de promoción de la calidad de vida, protección social y salud y prevención primaria, y gestión del riesgo colectivo, dirigidas a las familias, los cuidadores y las PMM y sus cuidadores en cualquier momento del curso de la vida

Descripción general: la gestión integral para la salud pública territorial tiene como objetivo la materialización del derecho a la salud, reconociendo la interdependencia con otros derechos por lo que se requieren articulación horizontal y acciones sectoriales e intersectoriales centradas en los sujetos y orientadas al logro de los fines del PDSP, e integración vertical institucional supranacional, nacional y subnacional. Lo anterior incluye el desarrollo territorial para potenciar la vida y la salud de personas, familias, comunidades y colectivos, y el manejo de los riesgos y las enfermedades en los distintos territorios. (PDSP 2022 – 2031)

Para el caso del modelo, la gestión de las intervenciones colectivas con el propósito de implementar, monitorear y evaluar las intervenciones colectivas de promoción de la salud y gestión del riesgo, dirigidas a las familias, los cuidadores y PMM en cualquier momento del curso de la vida, que se concretan a través del PIC de cada ETS del país. Además, debe alinearse con el PDSP vigente en el componente de intervenciones priorizadas y las metas que este plantee. Para ello, es importante el desarrollo de los siguientes aspectos:

- **Gestión integral del riesgo colectivo** que permite a la ETS la caracterización de las PMM en el territorio; la priorización para identificar, analizar, intervenir y modificar riesgos colectivos en salud de multimorbilidad y promover acciones de salud colectiva, así como la percepción de la población frente a las amenazas y vulnerabilidades, y afrontar la incertidumbre, que consiste en disminuir o mantener la ocurrencia de eventos negativos para la salud en niveles socialmente aceptables a través de estrategias de prevención o mitigación.

Las intervenciones que se contemplan principalmente en este proceso son:

- **Intervenciones colectivas:** definidas como un conjunto de actividades, intervenciones, y procedimientos dirigidos a familias, grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida o comunidades, que comparten características o

situaciones particulares, para la promoción de la salud y la gestión del riesgo poblacional. Se concretan a través del PIC de cada ETS²³.

Responsable: gestor de salud pública en la ETS relacionado con el PTS y PIC.

Periodicidad: anual.

Indicador: porcentaje de ejecución del PIC relacionado con el componente de multimorbilidad.

c. Gestión de las intervenciones individuales

Nombre del proceso: Gestión de las intervenciones individuales. (Meso y micro gestión)

Entidades: EAPB e IPS.

Objetivo: garantizar todas las fases de la atención. Es decir, promoción de la calidad de vida, y la protección social a través de la articulación con la ETS; promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria y diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación, paliación y muerte digna.

Descripción general: la gestión de las intervenciones individuales en el sistema de salud se da en el marco del PBS que contiene los servicios y tecnologías en todas las fases de la atención y que se financian con la UPC para satisfacer las necesidades en salud de la población residente en el territorio nacional. Esta gestión se realiza a través de la gestión del riesgo individual en los procesos de aseguramiento y prestación de los servicios individuales, así:

- ***Gestión integral del riesgo individual:*** es el conjunto de intervenciones en salud dirigidas a las PMM, sus cuidadores y su familia en los diferentes momentos del curso de vida. Tienen como finalidad la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la educación para la salud de forma individual grupal o familiar, con el fin de potenciar o fortalecer el autocuidado, minimizar el riesgo de las complicaciones.
- ***Gestión del aseguramiento:*** que garantice la gestión del riesgo en salud mediante la afiliación de la PMM al SGSSS, la verificación del acceso efectivo a servicios de salud de calidad y el logro de resultados en salud, de calidad de vida y de impacto.
- ***Gestión de la prestación de los servicios individuales:*** para mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud, el acceso, el uso y la resolutivez de la atención en salud, con el fin de lograr la atención en salud efectiva e integral de las PMM y sus cuidadores. Incluye todas las fases de la atención: detección

²³ Resolución 5148 de 2015

temprana, protección específica, recuperación de la salud, rehabilitación y atención paliativa.

Las intervenciones que se contemplan en este proceso son:

- **Intervenciones individuales:** son un conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, y medicamentos, dirigidos a las personas y a la familia durante el curso de vida, con el fin de realizar la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la educación para la salud individual, grupal o familiar, el diagnóstico, y el tratamiento de la enfermedad, la rehabilitación y la paliación. Es responsabilidad de la EAPB y la IPS, y se concretan a través del PBS.

Responsable: gestor de casos en la EAPB y gestor clínico en la IPS.

Periodicidad: permanente.

Indicadores: siniestralidad de la EAPB relacionada con la multimorbilidad y satisfacción de la PMM frente a la prestación de servicios de salud en la IPS.

6.1.4 Gestión de procesos de apoyo (recursos)

La gestión de procesos de apoyo corresponde a la gestión de los recursos que sirven de base a los procesos relacionados con la atención. Estos son la gestión del talento humano, del conocimiento, de la infraestructura y la dotación, de los servicios, de las tecnologías en salud, de las tecnologías de la información y comunicación y de los recursos económicos y financieros.

a. Gestión del talento humano

Nombre del proceso: Gestión del talento humano. (Macro, meso y micro gestión)

Entidades: MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Objetivo: Garantizar que se cuente con el equipo interprofesional requerido para dar respuesta a las necesidades, expectativas y preferencias de las PMM y sus cuidadores en el marco del modelo de atención y gestión.

Descripción general: el talento humano en salud es el recurso más valioso del modelo. Las actividades propuestas en este proceso recogen desde la asistencia técnica al talento humano, la formación, educación continua, disponibilidad, distribución, cambio cultural, e incentivos hasta un trabajo digno. A continuación, las principales actividades por nivel:

Macro gestión - Nivel nacional, MSPS

- Asistencia técnica: el modelo propuesto es amplio y abarca múltiples aspectos, los cuales deben operar en un entorno complejo. Implica cambios profundos en la comprensión y en los procesos. Esto requiere de un acompañamiento cercano y

permanente por parte del equipo técnico líder del MSPS que brinde asistencia técnica a todos los actores que participan de la implementación del modelo. Asistencia técnica en la que se puedan explicar, una y otra vez, los diferentes procesos para que sean entendidos y adaptados a cada contexto; y que esté acompañada de una estrategia de gestión de cambio y comunicaciones con amplios, variados y detallados materiales de información y educación.

- Inclusión en los planes curriculares de las profesiones de la salud elementos que promuevan el desarrollo del enfoque de multimorbilidad y la formación en salud familiar y comunitaria.²⁴
- Promoción del fortalecimiento y generación de incentivos a la formación y práctica de: i) talento humano en salud local y con vocación de permanencia en los territorios dispersos; y ii) especialistas en medicina familiar y en salud comunitaria²⁵.
- Puesta en marcha del Sistema de formación continua del talento humano en salud²⁶ para: (i.) la orientación y fomento de la oferta nacional y territorial entorno a la multimorbilidad; (ii) el establecimiento de los lineamientos para que las acciones de formación continua sean coherentes con la demanda respecto a la multimorbilidad; y (iii) el establecimiento de los lineamientos que orienten la formulación de planes institucionales de formación continua del talento humano por parte de instituciones del sector salud respecto a las multimorbididades.
- Promoción del trabajo decente y la dignificación del talento humano en salud.

Macro gestión - Nivel territorial ETS

- Asignación del profesional referente para el modelo, que sería el gestor de salud pública, mediante el PTS y el PIC en la ETS. El perfil sugerido es profesional en enfermería con amplia experiencia comunitaria o administrativa. Las principales funciones son:
 - Planificación, organización, y monitoreo de la gestión en salud pública para las PMM y sus cuidadores en el territorio.
 - GIRS con enfoque colectivo en salud pública para las PMM y sus cuidadores en el territorio.
 - Coordinación y gestión del PIC.
 - Gestión de los servicios sociosanitarios desde lo poblacional y colectivo en el territorio según esté diseñado el plan de atención colectivo (PAC).
 - Gestión de la mesa de coordinación intersectorial y sectorial.
 - Visita en casa con los siguientes objetivos: identificación de necesidades, preferencias y expectativas de las PMM, sus familias y comunidades,

²⁴ Tomado de la Política de Talento Humano en Salud, MSPS, 2018

²⁵ Tomado de la Política de Talento Humano en Salud, MSPS, 2018

²⁶ Tomado del Proyecto de decreto Sistema de Formación Continua del Talento Humano en Salud, MSPS, 2021

desde una perspectiva holística, canalización a los servicios sociales, y canalización y demanda inducida a los servicios de salud de la EAPB.

- Articulación con los equipos de salud de la ETS que tenga estas responsabilidades de identificación y canalización de las PMM según esté diseñado el PIC.
 - Articulación con las redes de apoyo social.
 - Articulación con el gestor de casos de la EAPB.
 - Rendición de cuentas al director de salud territorial.
 - Generación de documentación para los equipos involucrados en la atención.
- Promoción del trabajo decente y la dignificación del talento humano en salud.
 - Verificación del cumplimiento de estándares del talento humano en salud. (Resolución 3100 de 2019).

Meso gestión – EAPB

- Asignación del profesional referente para el modelo, que sería el gestor de casos de las PMM en la EAPB. El perfil sugerido es profesional en enfermería con experiencia en cronicidad y cualidades y aptitudes para comunicarse efectivamente con las PMM y sus cuidadores para responder a sus necesidades, expectativas y preferencias. Las principales funciones son:
 - Planificación, organización, y monitoreo de la gestión de casos para la PMM afiliada.
 - GIRS con enfoque colectivo e individual para las PMM afiliadas.
 - Coordinación y gestión del plan de atención individual (PAI).
 - Coordinación y gestión de la atención de las PMM y su continuidad, a través de la referencia y contrarreferencia entre CAP - CAE.
 - Monitoreo del acceso y continuidad de la atención a través de seguimiento presencial, telefónico, o domiciliario según el caso.
 - Gestión de los resultados no alcanzados en la mesa de coordinación intersectorial y sectorial.
 - Gestión de los vínculos entre las PMM y las IPS, apoyo residencial, social, conductual y de otro tipo, cuando sea necesario, de la manera más efectiva.
 - Articulación con el equipo de gestión de riesgo en salud de la EAPB.
 - Articulación con el gestor en salud pública de la ETS.
 - Articulación con el gestor clínico en la IPS.
 - Articulación con las redes de apoyo social.
 - Rendición de cuentas a la alta dirección y a los órganos de supervisión de la EAPB.
 - Generación de documentación para todos los equipos involucrados en la atención.

- Definición de mecanismos de consulta, asesoría oportuna y supervisión entre médicos generales y médicos familiares o internistas para la toma de decisiones sobre el manejo de las PMM y sus cuidadores.
- Generación de condiciones de desempeño para la conformación de equipos interprofesionales de salud, en torno a las PMM. Se sugiere que la gestión de la prevención primaria, secundaria y terciaria sea abordada por el EBS.
- Formalización de mejores condiciones laborales al talento humano en salud.
- Inclusión en los planes institucionales de formación continua, las estrategias y acciones articuladas, destinadas a mejorar los conocimientos, las habilidades, destrezas, aptitudes, actitudes, competencias y prácticas del talento humano en multimorbilidades.²⁷
- Jornadas de capacitación a los profesionales de la RISS, haciendo énfasis en el procedimiento de gestión y atención de PMM, adaptación o adopción de guías de práctica clínica o protocolos, normas técnicas, lineamientos y orientaciones.
- Promoción del trabajo colaborativo y coordinado con la ETS y la RISS mediante la mesa de coordinación territorial.

Micro gestión IPS

- **Servicios ambulatorios del CAP - CAE.** Asignación del profesional referente para el modelo que sería el gestor clínico de las PMM y sus cuidadores. El perfil sugerido es profesional en medicina general con amplia experiencia clínica en cronicidad. Las principales funciones son:
 - Planificación, organización, y monitoreo de la gestión clínica para las PMM y su cuidador.
 - GIRS con enfoque individual para la PMM afiliada y su cuidador.
 - Coordinación y gestión del PAP.
 - Supervisión de la atención y toma decisiones clínicas sobre el tratamiento y la atención de la PM.
 - Punto de contacto principal para la PMM y su familia.
 - Punto único de entrada a la prestación de los servicios.
 - Dirección del equipo interprofesional en la IPS.
 - Coordinación de los cuidados transicionales hospital – hogar.
 - Articulación con el gestor clínico de los servicios hospitalarios.
 - Articulación con el gestor de caso de la EAPB para indicar las necesidades las PMM en las diferentes esferas.
 - Rendición de cuentas a la alta dirección y a los órganos de supervisión de la IPS.

²⁷ Tomado del Proyecto de decreto Sistema de Formación Continua del Talento Humano en Salud, MSPS, 2021

- Generación de documentación para todos los equipos involucrados en la atención.
- **Servicios ambulatorios del CAP - CAE.** Conformación del EBS. Las recomendaciones de conformación de los EBS según tipo de centro es la siguiente:
 - Médico general. Se sugiere valorar para su designación como referente la experiencia en cronicidad y modalidad de contratación. (CAP)
 - Médico de familia, médico en salud familiar y comunitaria, o médico internista²⁸. Se sugiere valorar su experiencia en cronicidad y modalidad de contratación para su designación como referentes. (CAE)
 - Profesional en enfermería referente. Se sugiere valorar para su designación como referente la experiencia en cronicidad y modalidad de contratación. (CAP o CAE)
 - En los sitios donde no se cuente con estos profesionales se adapta a la disponibilidad de talento humano en la zona con el apoyo de los profesionales que hagan parte de la RISS.
- **Servicios ambulatorios del CAP - CAE.** Conformación del equipo complementario. Las recomendaciones de conformación de los EBS en el CAP o CAE es la siguiente:
 - Convocados de acuerdo con la disponibilidad de perfiles y según las necesidades identificadas en las PMM y sus cuidadores: psicología, trabajo social, fisioterapia, química farmacéutica, nutrición, geriatría y medicina familiar.
- **Servicios hospitalarios.** Asignación del profesional referente para el modelo que sería el gestor clínico de las PMM en los servicios hospitalarios la de la IPS. El perfil sugerido es profesional en medicina interna encargado de:
 - Atención de las PMM durante la hospitalización.
 - Coordinación del equipo interprofesional en los servicios complementarios.
 - Articulación con el gestor clínico de los servicios ambulatorios.
 - Articulación con el gestor casos de la EAPB.
 - Rendición de cuentas a la alta dirección y a los órganos de supervisión de la IPS.
 - Generación de documentación para todos los equipos involucrados en la atención.
- **Servicios hospitalarios.** Conformación del equipo hospitalario. Las recomendaciones de conformación en el hospital es la siguiente:

²⁸ Se prioriza este equipo en territorios con disponibilidad de especialistas que coordinen el seguimiento longitudinal del modelo.

- Convocados de acuerdo con la disponibilidad de perfiles y según las necesidades identificadas en las PMM y sus cuidadores: médico internista, médico de familia, médico en salud familiar y comunitaria y profesional en enfermería referente.
- Cambio cultural en el talento humano en salud que se centra en un único objetivo compartido alrededor de la mejoría de la calidad de vida de la PMM, donde cada miembro del equipo es par del otro de manera legítima, aporta su conocimiento y experiencia, y trabajan en colaboración, comparten el lenguaje y formación en cuanto a la multimorbilidad, de tal manera que se comparten los pacientes y realizan seguimiento en espacios físicos o virtuales creado para esto.
- Capacitación del equipo interprofesional relación con las multimorbididades y en las fortalezas de la salud familiar y comunitaria. teniendo en cuenta el análisis de necesidades de formación continua, planificación de acciones, definición de contenidos, duración de las acciones, determinación de formadores, y ejecución, seguimiento y evaluación (Resolución 3100 de 2019).
- Formalización de mejores condiciones laborales al talento humano en salud.
- Inclusión dentro de los procesos de los oferentes de acciones de formación continua, el análisis del contexto y las necesidades de formación continua del talento humano en multimorbididades.
- Inclusión en los planes institucionales de formación continua, las estrategias y acciones articuladas, destinadas a mejorar los conocimientos, las habilidades, destrezas, aptitudes, actitudes, competencias y prácticas del talento humano en multimorbididades.²⁹
- Promoción de alianzas con universidades para que la residencia en medicina familiar se de en un marco de práctica de la atención a las PMM.
- Cumplimiento de los estándares del talento humano que incluyan los procesos prioritarios de las PMM (Resolución 3100 de 2019).

Responsable: funcionarios responsables del talento humano en la Dirección del Desarrollo del Talento Humano en el MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Periodicidad: permanente.

Indicador: porcentaje de equipos interprofesionales cualificados, disponibles y suficientes con trabajo digno en los CAP.

²⁹ Tomado del Proyecto de Decreto Sistema de Formación Continua del Talento Humano en Salud, MSPS, 2021

b. Gestión del conocimiento

Nombre del proceso: Gestión del conocimiento. (Macro, meso y micro gestión)

Entidades: MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Objetivos: (i) contar con conocimiento sobre las características de las PMM, los índices pronóstico de las personas ligado al ámbito científico y cultural, y la mejor evidencia científica para direccionar las intervenciones para la toma de decisiones por parte de los actores del sistema de salud. (ii) contar con el conocimiento de las condiciones de salud y alternativas de tratamiento, rehabilitación, paliación y pronósticos para la toma de decisiones sobre el cuidado por parte de las PMM.

Descripción general: el conocimiento es otro de los recursos estratégicos para generar respuestas adecuadas a las necesidades, expectativas y preferencias de la PMM, que van desde el conocer la PMM en cuanto a sus características clínicas como sus modos de vivir. Las principales activades por niveles de gestión se relacionan a continuación:

Macro gestión - Nivel nacional

- Caracterización de la población a cargo en el territorio nacional para la identificación y estratificación del riesgo.
- Creación de líneas de investigación en el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación.
- Desarrollo, adaptación e implementación guías de práctica clínica para la atención integral de las PMM.
- Desarrollo y evaluación estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promoción de estilos de vida saludable, uso racional de medicamentos, y prevención de las ECNT en el contexto de la multimorbilidad.
- Diseño de estrategias que generen apropiación social del conocimiento en medios de comunicación. En especial, evidenciar la necesidad del cuidado de las personas mayores, enseñar a las familias el cuidado de las personas mayores, el papel de la profesional en enfermería en el cuidado de las personas mayores.
- Generación de estrategias e incentivos para que instituciones educativas, grupos de investigación, expertos y entidades públicas y privadas se interesen y desarrollen estudios e investigaciones sobre multimorbididades³⁰.
- Generación de información y disposición de un cubo alrededor de las multimorbididades en el SISPRO 2.0

³⁰ Tomado de la Política de Talento Humano en Salud, MSPS, 2018

- Generación de un modelo de análisis de indicadores que retroalimente de manera permanente y sistemática a los agentes de los sistemas educativo y de salud, respecto a las multimorbididades.³¹
- Inclusión de las multimorbididades en los ASIS.
- Inclusión en los observatorios del MSPS, un espacio sobre las multimorbididades.
- Promoción de conformación de redes de conocimiento, canales e instrumentos que faciliten el desarrollo, discusión, disposición, socialización y democratización alrededor de las multimorbididades.
- Utilización de la ciencia de datos para la construcción y uso continuo de conocimientos en multimorbididad, a partir de la información disponibles, para mejorar la toma de decisiones, la ejecución de procesos, y la interacción social.

Macro gestión - Nivel territorial

- Caracterización de la población a cargo en el territorio departamental o municipal para la identificación y estratificación del riesgo.
- Diseño de estrategias que generen apropiación social del conocimiento en medios de comunicación, en especial evidenciar la necesidad del cuidado de las personas mayores, enseñar a las familias el cuidado de las personas mayores, el papel del profesional en enfermería en el cuidado de las personas mayores.
- Generación de estrategias e incentivos para que instituciones educativas, grupos de investigación, expertos y entidades públicas y privadas se interesen y desarrollen estudios e investigaciones sobre multimorbididades.
- Inclusión de las multimorbididades en los ASIS.
- Conformación de redes de conocimiento, canales e instrumentos que faciliten el desarrollo, discusión, disposición, socialización y democratización alrededor de las multimorbididades en el territorio.
- Utilización de la ciencia de datos para la construcción y uso continuo de conocimientos, a partir de la información disponibles, para mejorar la toma de decisiones, la ejecución de procesos y tareas, la interacción social, y en general, complementar las capacidades cognitivas y ejecutivas humanas en el desempeño social y funcional en la sociedad.

Meso gestión - EAPB

- Caracterización de los beneficiarios para la identificación y estratificación del riesgo, y actualización y profundización en los factores relevantes de forma

³¹ Tomado de la Política de Talento Humano en Salud, MSPS, 2018

permanente a través del equipo interprofesional para luego traducirlo en recomendaciones específicas para las PMM.

- Participación en redes de conocimiento, canales e instrumentos que faciliten el desarrollo, discusión, disposición, socialización y democratización alrededor de las multimorbilidades.³²
- Generación de datos de calidad, oportunidad, pertinencia sobre la prestación de servicios de salud.
- Generación tableros de control con indicadores clave, con base en la información que reportan a sistemas de información tales como RIPS, Cuenta de Alto Costo, etc., que permitan monitorear los resultados en salud.
- Generación de estrategias que promuevan la autogestión de la salud de la persona, incluyendo seguimiento y contacto con la persona.

Micro gestión - IPS

- Participación en redes de conocimiento, canales e instrumentos que faciliten el desarrollo, discusión, disposición, socialización y democratización alrededor de las multimorbilidades.³³
- Generación de datos de calidad, oportunidad, pertinencia sobre la prestación de servicios de salud.

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada de la gestión de conocimiento en el MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Periodicidad: permanente.

Indicador: número de publicaciones relacionadas con la multimorbilidad.

c. Gestión de servicios y tecnologías en salud

Nombre del proceso: Gestión de los servicios y tecnologías en salud. (Macro, meso y micro gestión)

Entidades: MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Objetivo: garantizar la disponibilidad de los servicios y tecnologías necesarias para generar la integralidad en todas las fases de la atención promoción de la salud, prevención, diagnóstico, y tratamiento de la enfermedad, rehabilitación de sus secuelas y paliación.

³² Tomado de la Política de Talento Humano en Salud, MSPS, 2018

³³ Tomado de la Política de Talento Humano en Salud, MSPS, 2018

Descripción general: la gestión de nuevos servicios y tecnologías en salud inicia por una parte, con el escaneo de estas en el mundo, la entrada y aprobación al país, el cumplimiento de los requisitos de habilitación en los casos de servicios, la disponibilidad en los territorios donde se requiera o en las redes para la complementariedad. Y por otra, con el estudio para inclusión al PBS, o cobertura por fuera del PBS, y la vigilancia posterior a la inclusión o adopción.

Macro gestión - MSPS

- Priorización y definición de coberturas en salud en el PBS para las PMM.

Macro gestión - ETS

- Verificación del cumplimiento de estándares de servicios de salud, medicamentos, dispositivos médicos e insumos (Resolución 3100 de 2019).

Meso gestión - EAPB

- Acceso tecnologías en salud a las PMM garantizando la provisión en un mismo lugar dentro de la RISS.
- Coordinación de la atención de las PMM a través de la gestión de casos que facilita accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios y tecnologías en salud.
- Continuidad de la atención para las PMM que busca que los servicios y tecnologías en salud se garanticen a través de una secuencia lógica y racional.
- Integración de la atención para las PMM de forma organizacional y funcional para evitar la fragmentación de la atención.

Micro gestión - IPS

- Atención en salud en un mismo lugar a las PMM
- Disponibilidad de servicios, tecnologías en salud, en especial inventarios de medicamentos para la PMM
- Gestión administrativa/ financiera/riesgo actuarial: Concentración, morbilidad, costos, cambios en condiciones en salud o tecnológicos.
- Cumplimiento de los estándares de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, en los procesos prioritarios que incluyan las multimorbilidades (Resolución 3100 de 2019).

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada de la gestión de servicios y tecnologías en el MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Periodicidad: permanente.

Indicador: cobertura de servicios y tecnologías del PBS para PMM.

d. Gestión de infraestructura y dotación

Nombre del proceso: Gestión de la infraestructura y dotación. (Macro, meso y micro gestión)

Entidades: MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Objetivo: contar con la disponibilidad y suficiencia de CAP y CAE acordes con las necesidades, expectativas y preferencias de la población con multimorbilidad.

Descripción general: la infraestructura y la dotación permiten la disponibilidad, la suficiencia y la accesibilidad geográfica de las PMM mediante la atención en los diferentes ámbitos ambulatorio, hospitalario, urgencias y domiciliario. Por lo que es clave, no solo regular los estándares necesarios para facilitar el acceso y la seguridad a las PMM, sino también permitir la adopción y la adaptación del modelo en las áreas rurales y dispersas que ocupan más del 50% del territorio y alrededor del 16% de la población.³⁴

Macro gestión – MSPS

- Ajustes a los estándares de infraestructura de servicios de salud para ser más accesibles a las PMM. Incluye la atención extramural en zonas rurales y dispersas.

Macro gestión - ETS

- Verificación del cumplimiento de estándares de infraestructura y dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos (Resolución 3100 de 2019).

Meso gestión - EAPB

- Conformación de las RISS y adopción y adaptación del modelo a las condiciones territoriales y poblacionales, con enfoque de multimorbilidad.
- Seguimiento a las RISS para asegurar estrategias de fortalecimiento de la atención extramural en zonas rurales y dispersas.

Micro gestión - IPS

- Adecuación de las instalaciones para mejorar el acceso a la población con limitaciones de movilidad.
- Fortalecimiento de los equipos portátiles para la provisión de servicios de salud extramural de calidad y oportunidad en atención.
- Cumplimiento de los estándares de infraestructura y dotación de los procesos prioritarios que incluyan las multimorbilidades (Resolución 3100 de 2019).

³⁴ Censo nacional de población y vivienda 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/donde-estamos>

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada de la gestión de la infraestructura y dotación en el MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Periodicidad: permanente.

Indicador: porcentaje de CAP que garantizan la cobertura de atención al 100% de las PMM.

e. Gestión de tecnologías de la información y comunicación

Nombre del proceso: Gestión de tecnologías de la información y comunicación. (Macro, meso y micro gestión)

Entidades: MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Objetivo: disponer de información organizada, accesible, confiable, segura, actualizada e interoperable, y comunicación oportuna para la toma de decisiones de todos los actores que intervienen, en especial las PMM.

Descripción general: la gestión de la información incluye (i) el desarrollo de los mecanismos de interoperabilidad de la HCE, dado que es imprescindible que se comparta la información y se permita la comunicación entre los diferentes actores del ámbito sanitario de influencia en el territorio, y (ii) la adopción de tecnologías operadas por las PMM con fines de seguimiento y evaluación en tiempo real.

Macro gestión - MSPS

- Desarrollo del mecanismo de interoperabilidad de HCE por MSPS y MTIC.

Macro gestión - ETS

- Verificación del cumplimiento de estándares de historia clínica.

Meso gestión - EAPB

- Disposición y acceso a plataforma colaborativa y educativa alrededor de las PMM.
- Intercambio de información entre EAPB e IPS por sistemas de información clínica.
- Promoción de los registros electrónicos y la HCE en la RISS

Micro gestión - IPS

- Desarrollo de HCE, telesalud, y prescripción electrónica para la provisión de servicios de salud de calidad y oportunidad
- Intercambio de información entre CAP y CAE por sistemas de información clínica.
- Soporte a través de una central de llamadas para la atención de las PMM
- Tecnología operada por la persona que permite a las PMM enviar información a sus proveedores de atención y la telemonitorización.

- Cumplimiento de estándares de HCE.

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada de la gestión de información en el MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Periodicidad: Permanente.

Indicador: Porcentaje de CAP y CAE con HCE e interoperable con la RISS y la EAPB.

f. Gestión de recursos económicos y financieros

Nombre del proceso: Gestión de recursos económicos y financieros. (Macro, meso y micro gestión)

Entidades: MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Objetivo: garantizar los recursos económicos y financieros para hacer una transferencia justa de recursos a los actores y evitar la selección de riesgo y las barreras de acceso.

Descripción general: la gestión de los recursos económicos y financieros atraviesa los diferentes niveles de gestión que se inicia con el financiamiento del PIC, el PBS y servicios y tecnologías no incluidas en el incluidas en el PBS para garantizar la atención de las PMM. A continuación, las principales actividades:

Macro gestión - MSPS

- Cofinanciación de la formación continua del talento humano en multimorbididades.
- Implementación de un mecanismo de ajuste de riesgo en multimorbididad para las EAPB.
- Revisión del gasto de bolsillo y protección financiera.

Macro gestión – ETS

- Financiación del PIC.

Meso gestión - EAPB

- Cofinanciación de la formación continua del talento humano en multimorbididades.
- Cumplimiento con el pago oportuno a la RISS de acuerdo con lo contratado para la gestión de las multimorbididades.
- Generación de incentivos financieros para las redes de prestación de servicios de salud para la atención de las PMM.
- Predicción del riesgo individual de las PMM

Micro gestión - IPS

- Predicción del riesgo individual de las PMM.

- Generación de incentivos financieros en los profesionales de talento humano en salud para la atención de las PMM.
- Cumplimiento con el pago oportuno al talento humano en salud y a los proveedores de acuerdo con lo contratado para la gestión de las multimorbididades
- Cofinanciación de la formación continua del talento humano en multimorbididades.

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada de la gestión de los recursos económicos y financieros en el MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Periodicidad: permanente.

Indicador: pago oportuno a la RISS contratada para la atención de la PMM.

6.1.5 Gestión de procesos de seguimiento y evaluación

a. Vigilancia en salud pública

Nombre del proceso: Vigilancia en salud pública. (Macro gestión) **Entidad:** INS.

Objetivo: identificar los cambios en los patrones de ocurrencia y distribución de la multimorbididad y las asociaciones de enfermedades más frecuentes.

Descripción general: la vigilancia en salud pública está conformada por “la Vigilancia Epidemiológica y la Vigilancia Sanitaria, se relacionan con los procesos sistemáticos y estandarizados de observación y análisis de contextos, situaciones, condiciones y exposiciones que incrementan la vulnerabilidad de personas y colectivos con el objeto de orientar la gestión integral de la salud pública.” Incluye identificación, registro, notificación, análisis, interpretación, difusión, vigilancia y respuesta, direccionamiento, planeación, articulación, seguimiento y evaluación de los riesgos, los eventos de interés en salud pública, y los DSS que rodean a las personas y colectivos expuestos. (PDSP 2022 – 2031)

En el modelo, la vigilancia en salud pública es un proceso para la generación de información, toma de decisiones oportuna, gestión integral y el seguimiento y evaluación de la distribución y las tendencias de los eventos en salud pública relacionados con patologías crónicas que conforman las asociaciones más frecuentes de las PMM; y las respuestas puntuales, las recomendaciones a realizar y la diseminación de información a nivel individual y colectivo cuando sea necesario.

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada de la vigilancia en salud pública en el INS.

Periodicidad: monitoreo permanente y evaluación semestral.

Indicador: porcentajes de CAP y CAE que conforman la red de vigilancia en salud pública y notifican eventos relacionados con patologías crónicas frecuentes en las PMM.

b. Inspección, vigilancia y control

Nombre del proceso: Inspección, vigilancia y control. (Macro gestión)

Entidad: Superintendencia Nacional de Salud.

Objetivo: identificar, medir, prevenir, mitigar, monitorear y evaluar los riesgos a los que están expuestos los diferentes actores del sistema en función de la atención de las PMM.

Descripción general: la inspección busca monitorear y evaluar el cumplimiento de los requisitos habilitantes y del funcionamiento del sistema de salud, a través de la recolección, sistematización y análisis de la información de las diferentes entidades. La vigilancia permite, con base en los hallazgos de la inspección, advertir, prevenir, orientar, asistir y propender por el cumplimiento de los estándares establecidos en el marco legal. Por último, el control tiene el objeto de corregir y sancionar las situaciones de incumplimiento de las entidades del sistema de salud en los diferentes campos como son el técnico – científico, jurídico, financiero, económico y administrativo.

A través de la estrategia de supervisión basada en riesgos que utiliza el proceso de inspección, vigilancia y control, en el marco del modelo, se busca que se identifiquen y midan los principales riesgos relacionados con la gestión y atención de las PMM como son el riesgo en salud compuesto por los resultados sanitarios y el riesgo actuarial, y el riesgo operativo, principalmente. De tal forma que se prevengan una importante carga de enfermedad a expensas de la multimorbilidad y además, se eviten posibles concentraciones de PMM en EAPB o IPS.

Lo anterior, puede llevar a las entidades a incurrir en un déficit en los ingresos para cubrir las prestaciones de salud para esta población. De ser así, la herramienta permitiría detectar este tipo de situaciones para que se cuente con medidas de tratamiento del riesgo como un ponderador de la UPC por diagnóstico asociado a personas con patologías crónicas. Es decir, un ajuste de riesgo ex-ante, y evitar riesgos sistémicos que amenacen la viabilidad y estabilidad del sistema de salud, en detrimento de la atención de la PMM y posibles desenlaces negativos. Finalmente, contar con el seguimiento y evaluación de estos riesgos para identificar alertas tempranas y medidas oportunas que eviten intervenciones forzosas para administrar o liquidar u otras medidas preventivas o cautelares en las diferentes entidades.

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada de la inspección, vigilancia y control de ETS, EAPB e IPS en la Superintendencia Nacional de Salud.

Periodicidad: monitoreo permanente y evaluación semestral.

Indicador: porcentaje de instituciones (ETS, EAPB, e IPS) que cuentan con un sistema integrado de gestión de riesgos que incluya los riesgos relacionados con las PMM.

c. Seguimiento y evaluación institucional orientado a resultados

Nombre del proceso: Seguimiento y evaluación institucional orientado a resultados.
(Macro, meso y micro gestión)

Entidades: MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Objetivo: establecer los controles y los estándares e indicadores que permitan informar el comportamiento del modelo y la mejora continua de los diferentes procesos de la gestión y atención de las PMM.

Descripción general: los procesos de seguimiento y evaluación buscan el seguimiento continuo y sistemático de diseño, recolección periódica de datos y análisis de información, que permite determinar el grado de avance de las políticas públicas para asegurar que la ejecución se esté desarrollando según lo planeado (PDSP 2022 - 2031). Por su parte, la evaluación es el “proceso que recopila y analiza sistemáticamente la información con el objeto de emitir juicios sobre el mérito y valor del programa evaluado” (PDSP 2022 – 2031).

Para el modelo, el seguimiento es un proceso continuo de recopilación y análisis de datos con el fin de medir indicadores de desempeño del modelo, para comparar tanto el grado de implementación como los resultados esperados y presentar alertas tempranas para ajustar los procesos de la gestión y la atención.

En el caso de la a evaluación es el proceso periódico de recopilación y análisis de datos para la valoración de cualquier elemento de la cadena de valor del modelo de gestión y atención. Esto incluye los insumos, procesos o resultados en términos de productos, efectos o impacto en los diferentes niveles de gestión y atención, con el objeto de mejorar cualquier eslabón de la cadena de valor.

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada del seguimiento y evaluación de los procesos relacionados en el modelo en el MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Periodicidad: monitoreo permanente y evaluación semestral.

Indicador: porcentaje de instituciones (ETS, EAPB e IPS) que cuentan dentro de sus procesos de seguimiento y evaluación con indicadores orientados a resultados de las PMM.

6.1.6 Gestión de resultados

Nombre del proceso: Gestión de resultados. (Macro, meso y micro gestión)

Entidades: MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Objetivos: (i) contribuir a lograr los resultados en términos de recursos, procesos, productos, y resultados de efecto e impacto del modelo sobre las PMM, y (ii) tomar decisiones, rendir cuentas y presentar informes con base en evidencia sobre los resultados reales a lo largo de la cadena de valor del modelo de atención y gestión.

Descripción general: la gestión de resultados se enfoca en la coherencia entre los objetivos plasmados en procesos y actividades para la gestión y atención de las PMM con el fin de construir un sistema de recursos que proporcione una base adecuada para afectar los resultados en el corto, mediano y largo plazo.

Como herramienta para lograr esta gestión se recomienda la dinámica de sistemas mediante el uso a nivel agregado de la gestión dinámica de la gobernanza, y a nivel de los actores de la gestión dinámica del desempeño. Se identifican con enfoque de sistema los siguientes componentes del modelo: recursos, procesos y resultados.

De forma adicional, se incorpora el concepto de “*cuidado basado en valor*” como estrategia innovadora del modelo de atención. El valor en la atención médica es la mejora medida en los resultados de salud de un paciente por el costo de lograr esa mejora ³⁵.

El objetivo de la transformación de la atención basada en el valor es permitir que el sistema de atención médica cree más valor para los pacientes. Debido a que el valor se crea solo cuando los resultados de salud de una persona mejoran. Las descripciones de la atención médica basada en el valor que se enfocan en la reducción de costos son incompletas. Reducir los costos es importante pero no suficiente: si el verdadero objetivo de la atención médica basada en el valor fuera la reducción de costos, los analgésicos y la compasión serían suficientes.

La atención médica basada en valores a menudo se combina con la calidad, y la atención médica a menudo se enfoca en los insumos y el cumplimiento del proceso. Sin embargo, es posible que los esfuerzos de mejora de la calidad no mejoren los resultados de salud de los pacientes. Incluso, con procesos similares, los resultados de los diferentes equipos varían. Además, los requisitos para rastrear e informar el cumplimiento del proceso pueden distraer a los cuidadores del objetivo más importante que es mejorar los resultados de salud. La cadena de valor del modelo se encuentra en la figura 8.

Para la evaluación de resultados se proponen los siguientes indicadores por categoría, los cuales están definidos en los procesos antes señalados de la tabla 3 a la tabla 17.

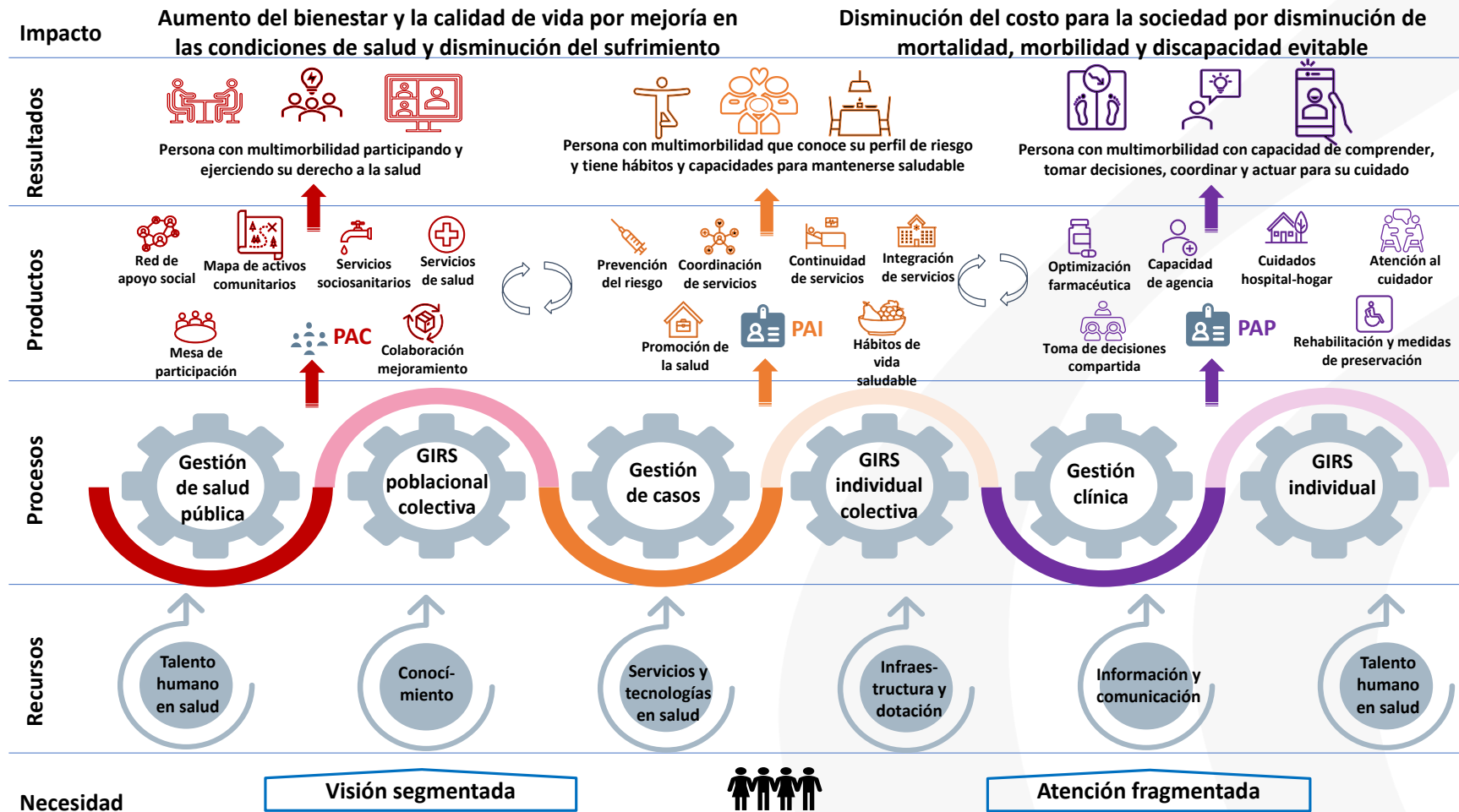
Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada del monitoreo y evaluación de los resultados en el MSPS, ETS, EAPB e IPS.

Periodicidad: Permanente el monitoreo y la evaluación semestral.

Indicador: Numero de instituciones que cuentan dentro de sus procesos de seguimiento y evaluación indicadores orientado a resultados de la PMM.

35 Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. 2006 Boston, MA: Harvard Business School Press.

Figura 8 Cadena de valor de modelo de gestión y atención a la PMM. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022



Fuente: los autores

a. Indicadores de recursos

Tabla 3 Indicadores de recursos. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Recursos	Indicador
Talento humano	Porcentaje de equipos interprofesionales cualificados, disponibles y suficientes con trabajo digno en los CAP.
Conocimiento	No de publicaciones relacionadas con la multimorbilidad.
Servicios y tecnologías en salud	Cobertura de servicios y tecnologías del PBS para PMM.
Infraestructura y dotación	Porcentaje de CAP que garantiza la cobertura de atención al 100% de las PMM.
Información y comunicación	Porcentaje de CAP y CAE con HCE e interoperable con la RISS y la EAPB.
Económicos y financieros	Porcentaje de IPS con HCE e interoperable con la RISS y la EAPB.

Fuente: los autores

b. Indicadores de procesos

Tabla 4 Indicadores de procesos estratégicos. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Procesos	Indicador
Formulación de políticas públicas	Porcentaje de políticas públicas que tienen en cuenta el modelo de atención y gestión de las PMM.
Financiamiento en el PBS	Uso variables relacionadas con el estado de salud y uso de servicios utilizadas en el ajuste de riesgo de la UPC.
Coordinación intersectorial y sectorial	Porcentaje de cumplimiento de los compromisos establecidos .
Estratificación de la población según riesgo	Porcentaje de EAPB con estratificación de la población según riesgo
Redes integradas e integrales de servicios de salud	Porcentaje de redes que garanticen la atención integral e integrada a las PMM.
Contratación y formas de pago	Porcentaje de contratos que incluyen pago por resultados en las PMM.
Gestión del riesgo actuarial	Siniestralidad de la EAPB por PMM.
Circuito de atención para PMM	Porcentaje de CAP o CAE con circuitos de atención funcionando.
Gestión del cambio	Porcentaje de ETS, EAPB e IPS que implementaron la gestión del cambio.

Fuente: los autores

Tabla 5 Indicadores de procesos atención. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Procesos	Indicador
Gestión de la salud pública	No de políticas públicas nacionales/territoriales que incluyan la gestión y atención de la multimorbilidad y sus determinantes.
Gestión de las intervenciones colectivas	Porcentaje de ejecución del PIC relacionado con el componente de multimorbilidad.
Gestión de las intervenciones individuales	Siniestralidad de la EAPB relacionada con la multimorbilidad Satisfacción de la PMM frente a la prestación de servicios de salud en la IPS.

Fuente: los autores

Tabla 6 Indicadores de procesos de GIRS con enfoque colectivo e individual para la PMM afiliada. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Procesos	Indicador
Identificación de la PMM y sus riesgos en salud	Porcentaje de ETS que identificaron las PMM y sus riesgos en salud pública.
Medición y valoración de la PMM y sus riesgos en salud pública	Porcentaje de ETS que estratificaron las PMM y sus riesgos en salud pública.
Tratamiento y control de la PMM y sus riesgos de salud pública	Porcentaje de ETS que realizaron tratamiento y control a las PMM y sus riesgos en salud pública.
Monitoreo y evaluación de la PMM y sus riesgos en salud pública	Porcentaje de ETS que realizaron monitoreo y seguimiento a la PMM y sus riesgos en salud pública.

Fuente: los autores

Tabla 7 Indicadores de procesos de GIRS con enfoque individual para la PMM asignada. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Procesos	Indicador
Identificación de la PMM afiliada y sus riesgos en salud	Porcentaje de EAPB que identificaron las PMM y sus riesgos individuales.
Medición y valoración de la PMM afiliada y sus riesgos en salud	Porcentaje de EAPB que estratificaron las PMM y sus riesgos individuales.
Tratamiento y control de la PMM afiliadas y sus riesgos en salud	Porcentaje de EAPB que realizaron tratamiento y control a las PMM y sus riesgos individuales.
Monitoreo y evaluación de la PMM afiliada y sus riesgos en salud	Porcentaje de EAPB que realizaron monitoreo y seguimiento a las PMM y sus riesgos individuales.

Fuente: los autores

Tabla 8 Indicadores de procesos de GIRS con enfoque colectivo en salud pública para la PMM en el territorio. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Procesos	Indicador
Identificación de la PMM asignada y sus riesgos en salud	Porcentaje de IPS que identificaron las PMM y sus riesgos individuales.
Medición y valoración de la PMM asignada y sus riesgos en salud	Porcentaje de IPS con PMM con VM.
Tratamiento y control de la PMM asignada y sus riesgos en salud	Porcentaje de IPS con PAP consensuados con las PMM.
Monitoreo y evaluación de la PMM asignada y sus riesgos en salud	Porcentaje de IPS que realizaron monitoreo y seguimiento a las PMM y sus riesgos clínicos.

Fuente: los autores

Tabla 9 Indicadores de procesos de seguimiento y evaluación. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Procesos	Indicador
Vigilancia en salud pública	Porcentaje de CAP y CAE que conforman la red de vigilancia en salud pública y notifican eventos relacionados con patologías crónicas frecuentes en las PMM.
Inspección, vigilancia y control	Porcentaje de instituciones (ETS, EAPB, e IPS) que cuentan con un sistema integrado de gestión de riesgos que incluya los riesgos relacionados con las PMM.
Seguimiento y evaluación orientada a resultados	Porcentaje de instituciones (ETS, EAPB e IPS) que cuentan dentro de sus procesos de seguimiento y evaluación indicadores orientado a resultados de las PMM.

Fuente: los autores

c. Indicadores de producto

Tabla 10 Indicadores de productos macro gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Intervenciones	Indicador
	Porcentaje de municipios con PIC que incluyan intervenciones dirigidas a PMM.

Plan de atención colectivo	Porcentaje de cumplimiento de las metas propuestas en el plan de atención colectivo.
Participación en la mesa de coordinación territorial	Porcentaje de avance en los compromisos acordados según los resultados alcanzados en la gestión intersectorial y sectorial. Valor de los recursos en la atención movilizados y articulados producto de la mesa de coordinación territorial.
Colaboración para el mejoramiento continuo	Número de coproducciones que mejoren la salud y la calidad de vida de la PMM. Número. de propuestas de políticas públicas, programas, y proyectos de mejora continua de la atención de las PMM.
Promoción de activos comunitarios en la PMM	Número de mapas de activos en salud que mejoren la satisfacción de necesidades en las PMM. Número de actividades que promueven los activos comunitarios entre las PMM y sus cuidadores y familia.
Promoción de redes de apoyo social en la PMM	Número de redes de apoyo social que mejoren la satisfacción de necesidades en las PMM. Número de actividades que promueven las redes de apoyo social en la PMM, sus cuidadores y familia.
Canalización de la PMM a los servicios sociosanitarios	Número de mejora el acceso de las PMM a los programas, proyectos, estrategias y oferta de servicios sociales en el territorio. Número de mejoras el acceso a los activos comunitarios y redes de apoyo social.
Canalización de la PMM a los servicios de salud	Número de mejoras en el acceso de tipo información, económico u otra de las PMM a los servicios de salud. Número de ingresos al modelo de gestión y atención de la multimorbilidad a las PMM que cumpla con los criterios de ingreso.

Fuente: los autores

Tabla 11 Indicadores de productos meso gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Intervenciones	Indicador
Plan de atención individual	Porcentaje de PMM que cuenta con el PAI Porcentaje de cumplimiento de las metas propuestas en el PAI
Promoción y mantenimiento de la salud de la PMM	Porcentaje de PMM referida a la oferta de servicios socio sanitarios del territorio. Porcentaje de PMM referida a los espacios de participación en salud del territorio
Promoción de hábitos de vida saludable en la PMM	Porcentaje de PMM que recibió formación en prácticas de cuidado para la salud Porcentaje de PMM que recibió formación en las estrategias de afrontamiento de sucesos vitales
Prevención de factores de riesgos, enfermedades,	Porcentaje de PMM a las que se le aplicó la escala EQ5D calidad de vida del paciente y el familiograma

complicaciones y muerte en PMM	Porcentaje de PMM que recibió asesoramiento sobre riesgos individuales y familiares, y condiciones de salud encontradas
Coordinación de la atención en la PMM	Porcentaje de PMM que realizó su VM en un solo turno en el circuito de atención Tasa de asistencia a servicio de urgencias por falta de acceso a la consulta ambulatoria
Continuidad de la atención en la PMM	Porcentaje de PMM con autorizaciones integrales para las intervenciones contenidas en el PAI y el PAP Tasa de reingreso a urgencias / hospitalización general / UCIM / UCI por insuficiente nivel de cuidado
Integración de la atención en la PMM	Porcentaje de PMM con entrega de medicamentos completos en el mismo lugar de la atención o entrega domiciliaria Porcentaje del costo en servicios o tecnologías en salud duplicados e innecesarios

Fuente: los autores

Tabla 12 Indicadores de productos micro gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Intervenciones	Indicador
Plan de atención personalizado	Porcentaje de PMM que cuenta con el PAP Porcentaje de cumplimiento de las metas propuestas en el PAP
Planificación compartida de la atención	Porcentaje de PMM que participó en la elaboración del PAP Porcentaje de PMM que suscribió del documento de voluntades anticipadas habiéndolo solicitado
Promoción de la capacidad de agencia en la PMM	Porcentaje de PMM que recibió educación para fortalecer la capacidad de agencia de autocuidado y autogestión Porcentaje de PMM que recibió educación sobre procesos de resiliencia, adaptación y las estrategias de afrontamiento
Optimización farmacoterapéutica	Porcentaje de PMM que se le redujo la carga del tratamiento y la polimedicación extrema. Porcentaje de PMM con conciliación medicamentosa durante las transiciones de la atención
Rehabilitación de medidas de preservación funcional y cognitiva	Porcentaje de PMM en programa de abordaje de la fragilidad y el deterioro funcional Porcentaje de PMM con referencia a programas de rehabilitación, preservación funcional y cognitiva
Cuidados transicionales hospital - hogar	Porcentaje de PMM con plan de cuidados transicionales conocido por EBS, PMM y su cuidador Porcentaje de PMM con seguimiento del plan de cuidados posterior al egreso hospitalario
Atención integral al cuidador	Porcentaje de cuidadores que asisten a programas de cuidado a los cuidadores Porcentaje de cuidadores que recibieron educación para reducir la sobrecarga del cuidador familiar y mejorar la adaptación al rol

Fuente: los autores

d. Indicadores de efecto

Tabla 13 Indicadores de efecto de la macro gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Nivel	Indicador
Macro	Porcentaje de PMM que participa en la mesa de coordinación territorial
Macro	Porcentaje de PMM que participa en los procesos de colaboración para el mejoramiento continuo.
Macro	Porcentaje de PMM con redes de apoyo social
Macro	Porcentaje de PMM que utilizan los activos comunitarios
Macro	Porcentaje de PMM que acceden a la oferta sociosanitaria del territorio

Fuente: los autores

Tabla 14 Indicadores de efecto de la meso gestión

Nivel	Indicador
Meso	Porcentaje de PMM que conocen su perfil de riesgo en salud
Meso	Porcentaje de PMM que realiza regularmente actividad física
Meso	Porcentaje de PMM que tiene una dieta saludable
Meso	Porcentaje de PMM con prácticas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas
Meso	Porcentaje de PMM con habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud mental y convivencia
Meso	Porcentaje de PMM con detección temprana de alteraciones y riesgos en salud
Meso	Porcentaje de PMM con control de riesgo en salud (tabaco/abuso de alcohol/sustancias psicoactivas/soledad/otros)

Fuente: los autores

Tabla 15 Indicadores de efecto de la micro gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Nivel	Indicador
Micro	Porcentaje de PMM con capacidad de comprender, tomar decisiones, coordinar y actuar para su cuidado

Micro	Porcentaje de PMM resiliente y que afronta sanamente los sucesos vitales
Micro	Porcentaje de PMM con adherencia al tratamiento
Micro	Porcentaje de PMM adulta mayor que conservan la autonomía e independencia funcional
Micro	Porcentaje de PMM adulta mayor que conservan las habilidades cognitivas
Micro	Porcentaje de PMM con complicaciones evitables
Micro	Porcentaje de cuidadores que participan en el control de los riesgos y de las enfermedades de la PMM

Fuente: los autores

Tabla 16 Indicadores de efecto de todos los niveles de gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Nivel	Indicador
Todos	Porcentaje de mortalidad evitable en PMM
Todos	Porcentaje de morbilidad evitable en PMM
Todos	Porcentaje de discapacidad evitable en PMM
Todos	Porcentaje de PMM satisfecha con la atención en el contexto del modelo

Fuente: los autores

e. Indicadores de impacto

Tabla 17 Indicadores de efecto de todos los niveles de gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Impacto	Indicador
Calidad de vida	Porcentaje de PMM que percibe mejoraría de la salud mental, bienestar y calidad de vida
	Porcentaje de PMM que percibe minimización del sufrimiento físico, emocional, espiritual y social
Económico	Costo anual per cápita de la PMM incluyendo servicios PBS y no incluidos en el PBS
	Porcentaje de gasto en PMM con relación al gasto total del sistema en salud con cargo a las atenciones individuales

Fuente: los autores

6.2 Dimensión de la atención

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

6.2.1 Niveles para la atención de la multimorbilidad

Según lo reportado en las revisiones de literatura, para favorecer la integralidad y el holismo se proponen modelos, enfoques, estrategias o intervenciones, que se traducen en nociones como: atención centrada en la persona, PAP, atención integrada, atención interprofesional, entre otros (Aggarwal et al., 2020; Berntsen et al., 2018; Boeckxstaens et al., 2020; Mann et al., 2018; Oksavik et al., 2021; Orbett et al., 2020). Desde estas nociones, el foco de la atención de la multimorbilidad son las necesidades priorizadas por la persona en conversación con el equipo interprofesional y su cuidador, y sobre estas necesidades se consensua un PAP que es dinámico, determina las metas, objetivos y actividades que puedan ser alcanzables y que busquen el máximo nivel de bienestar de la persona en situación de multimorbilidad (Hernández-Zambrano et al., 2022).

Así mismo, esta hoja de ruta es el eje de la integralidad para la movilización y articulación de recursos sociales, comunitarios y del sistema de salud para favorecer el enfoque de salutogénesis. El personal de salud de atención primaria y especializada, los activos comunitarios, las redes informales de cuidados, deben garantizar la continuidad de la atención o coordinación de cuidados. Esto implica, que cada quién que participa en el proceso reconocerá que la responsabilidad no es fragmentada, no es una cuestión de que cada uno cumpla una tarea, sino que existe una corresponsabilidad que pueda garantizar la cooperación, conversación y co-creación de la ruta que cada sujeto de cuidado y cuidador puede seguir para alcanzar el bienestar (Hernández Zambrano et al., 2022).

Desde esta perspectiva, documentos referentes en el contexto global como la Guía *NICE* de evaluación clínica y manejo de la Multimorbilidad y el Proceso Asistencial Integrado para la Atención a Pacientes Pluripatológicos (Junta de Andalucía, 2018; NICE Guideline, 2016), sumado a las evidencias provenientes de la revisión sistemática y realista de gestión y atención en la multimorbilidad (Hernández Zambrano et al., 2022; Latorre Castro et al., 2022) coinciden en los componentes claves para la atención: identificación de la población, VM para la identificación de necesidades, el PAP, y la articulación de actores del sistema de salud y comunitarios.

Por otra parte, respecto de los contextos propicios para la atención, la revisión realista de literatura muestra que el hogar y la atención de los CAP en el marco de la APS, son los territorios propicios para los cuidados y autocuidados para la atención a la cronicidad compleja (Hernández Zambrano et al., 2022). Esto implica consolidar circuitos de atención integrales, organizados desde las RISS del aseguramiento en salud, liderados por los CAP en el marco de la APS, y que impliquen a las ETS y a los actores comunitarios, para favorecer la satisfacción de necesidades en la cronicidad compleja.

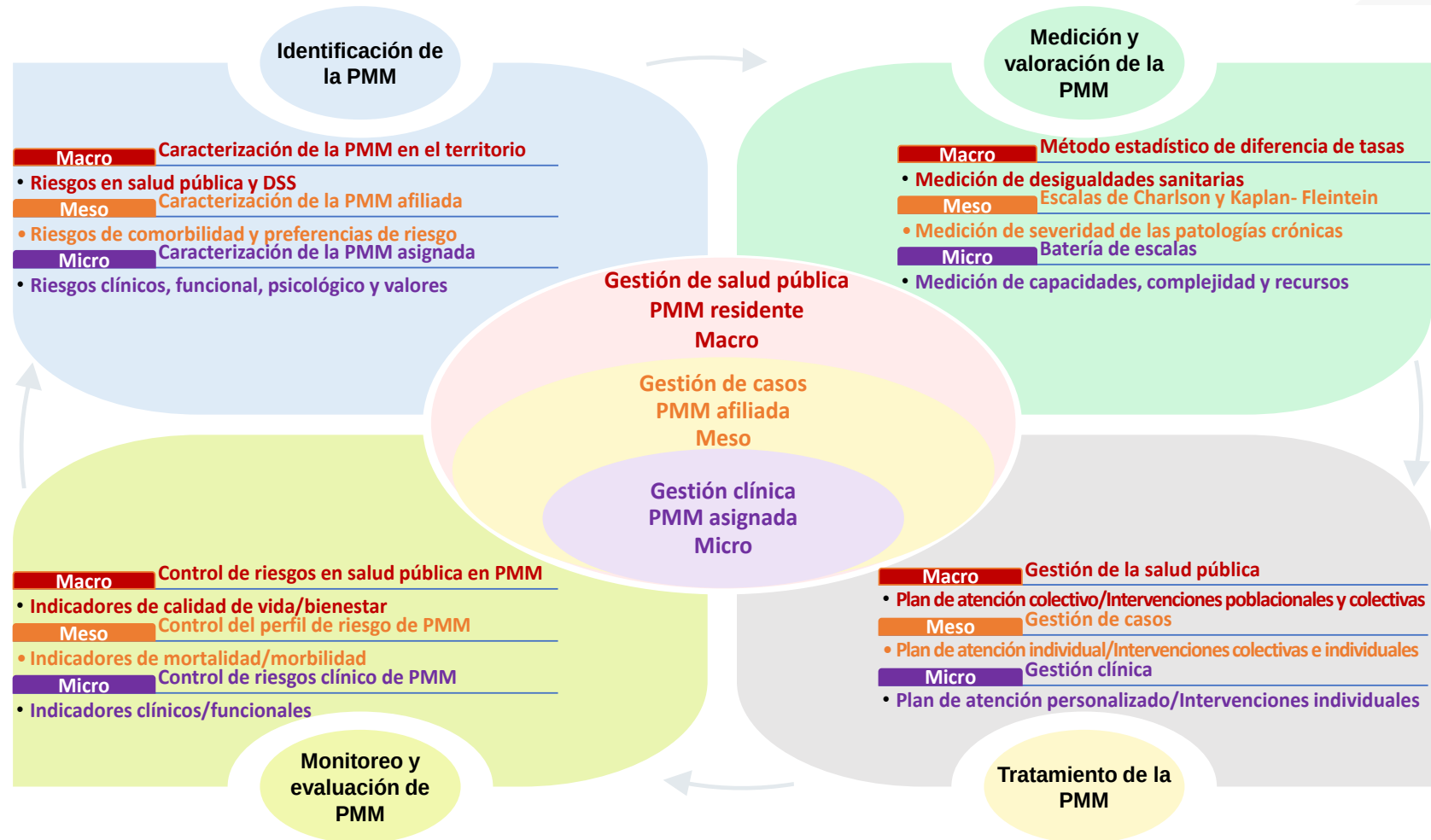
El modelo pretende orientar y organizar la atención integral en salud de las PMM, según lo encontrado en la literatura y la aproximación a la realidad del sistema de salud colombiano. Esto significa la mancomunación de esfuerzo de los diferentes actores en el ejercicio de sus competencias y en los diferentes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

Para lo anterior, el modelo identifica la GIRS como un proceso de atención, que se desarrolla en las cuatro etapas de identificación del riesgo, evaluación y medición de riesgos, tratamiento y control de riesgos, y monitoreo y evaluación. Sus contenidos se obtienen de la normatividad vigente, las evidencias disponibles en la literatura y los hallazgos del estudio piloto que señaló un conjunto de recomendaciones para adaptar el modelo propuesto a los territorios y a los actores y recursos del SGSSS. La matriz de gestión de riesgo se encuentra en el Anexo 8.

De la GIRS se realiza para cada uno de los niveles macro gestión, meso gestión, y micro gestión. Las etapas se desarrollan como se observan en la Figura 9 y se describen de manera detallada en esta dimensión y general a continuación:

- La identificación del riesgo se debe realizar en todos los niveles, en el macro se inicia con la caracterización de la PMM y los riesgos en salud en el territorio a través de los ASIS y de las visitas domiciliarias en el marco del PIC; en el meso con la caracterización de la PMM y sus riesgos individuales; y en lo micro con la identificación de la PMM por demanda inducida de la información remitida por la EAPB.
- La evaluación y medición de riesgos con diferentes instrumentos con metodologías estadística y a través de un conjunto de escalas según el nivel y el tipo de riesgos, para la estratificación de la PMM e identificar la población sujeto del modelo de gestión y atención.
- El tratamiento y control de riesgos se realiza a través de un proceso especializado para a gestión, y se derivan los planes de atención compuesto por las intervenciones propuestas para cada uno de los diferentes niveles, que respondan efectivamente a las necesidades, expectativas y preferencias en salud de la PMM, su cuidador, familias y comunidades.
- El monitoreo y evaluación de riesgos se enfoca en lo macro gestión en indicadores de calidad y bienestar de la PMM; en lo meso gestión en indicadores de mortalidad, morbilidad y secuelas en la PMM; y en la micro gestión en indicadores clínicos que den cuenta de riesgo clínicos, funcionales, psicológicos e indicadores transversales de seguimiento a los proceso, productos y efectos del modelo de atención y gestión a la PMM y sus cuidadores.

Figura 9 Gestión integral del riesgo en salud en los diferentes niveles de gestión y atención de la PMM. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022



Fuente: los autores

6.2.2 Provisión de la atención desde la salud pública - Gestión de salud pública (macro gestión)

a. *Gestión integral del riesgo en salud (GIRS) con enfoque colectivo en salud pública para las PMM en el territorio*

En el contexto de atención de la multimorbilidad, la GIRS para las PMM, desde la salud pública, se desarrolla en las cuatro etapas de la gestión de riesgo con enfoque poblacional, colectivo e individual de alta externalidad. A continuación, se señalan los principales subprocesos.

1 Identificación de las PMM y sus riesgos en salud pública

Nombre del subproceso: Identificación de la PMM y sus riesgos en salud pública. (Macro gestión)

Entidad: ETS.

Objetivo: identificar las PMM y los riesgos de salud pública a los que están expuesta en el territorio.

Descripción general: los riesgos obedecen a contextos específicos y a condiciones particulares determinados estructural y socialmente, y se relacionan con entornos que potencian o controlan los riesgos. Por lo tanto, se hace necesaria la identificación de las PMM y sus riesgos en salud pública propios del área geográfica en el marco del PTS³⁶ y el ASIS según la normatividad.

En el marco de la caracterización de la población en el territorio y sus riesgos en salud pública, propios de la zona geográfica, se busca: a) caracterización de los contextos territorial y demográfico; b) abordaje de los efectos sobre la salud y sus determinantes, incluye el análisis de morbilidad, mortalidad, discapacidad y DSS; y c) priorización de los efectos de salud³⁷. El modelo recomienda para la tamización, identificación y seguimiento de las PMM y sus riesgos lo siguiente:

- *Identificación de las PMM:* incluir la multimorbilidad en el análisis de mortalidad, morbilidad, discapacidad en el ASIS debido a que, por su definición que corresponde a una o más patologías, no se encuentra un código de enfermedades para esto, y pueden concurrir enfermedades que atraviesan las grandes causas y los subgrupos. Además, contar con un abordaje de los determinantes de la multimorbilidad, tanto en los estructurales como los intermedios. Adicionalmente, para identificar la población sujeto del modelo se deben aplicar los criterios relacionados con los ocho GRP, y los criterios de uso y costo de servicios de salud. Se recomienda el uso del *Algoritmo de*

³⁶ Resolución 1536 de 2015

³⁷ MSPS (2014) "Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales"

identificación de las PMM, el cual se puede adaptar según las necesidades de la ETS.
(Ver anexo 4)

- *Identificación de los riesgos en salud pública*: identificar las causas o detonantes y las consecuencias de los factores de riesgos asociados a los DSS que afectan la salud de las personas en el territorio, relacionados con la multimorbilidad. Una vez se tengan el ASIS, el PTS, se hace la caracterización de la población afiliada a las EAPB utilizando, entre otras fuentes de información, la disponible en SISPRO. Estos riesgos se denominan inherentes porque son intrínsecos de cada actividad, y no se tienen en cuenta los controles sobre este. Los resultados del proceso se pueden presentar en la siguiente matriz:

Tabla 18 Matriz de causas y consecuencias de los riesgos inherentes relacionados con la multimorbilidad en el proceso de GIRS con enfoque colectivo en salud pública para la PMM en el territorio. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIA	TIPO DE RIESGO

Fuente: los autores

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada de la gestión integral de riesgo en salud pública de la ETS.

Periodicidad: cada cuatro años y actualización anual.

Indicador: porcentaje de ETS que identificaron las PMM y sus riesgos en salud pública relacionados con la multimorbilidad.

2 Medición y valoración de las PMM y sus riesgos en salud pública

Nombre del subproceso: Medición y valoración de la PMM y sus riesgos en salud pública. (Macro gestión)

Entidad: ETS.

Objetivos: (i) Estratificar las PMM según los riesgos de salud pública a los que están expuestas en el territorio, en función del impacto y la probabilidad de ocurrencia, y las necesidades, preferencias y expectativas en salud; (ii) Identificar a las PMM con mayor complejidad y elevada necesidad de cuidado; y (iii) apoyar la toma de decisiones frente a las acciones poblacionales, colectivas e individuales de alta externalidad.

Descripción general: en este subproceso se deben estratificar las PMM y calcular el nivel de riesgo de los riesgos identificados en la matriz anterior, en función de su impacto sobre las PMM y su probabilidad de ocurrencia.

- *Medición y evaluación de riesgos en salud pública.* Evaluar implica cuantificar los efectos probables asociados a riesgos inherentes, en función de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del riesgo (materialización del riesgo) en la unidad de tiempo (frecuencia), y la estimación del grado de impacto severidad o efecto de la ocurrencia (severidad). Medir lleva a identificar el nivel de exposición al riesgo en la unidad de tiempo mediante la combinación de la probabilidad y el impacto de riesgo de cada riesgo inherente. Para la medición de los riesgos en salud pública se puede usar la siguiente matriz:

Tabla 19 Matriz de clasificación de los riesgos en salud pública. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

IMPACTO	Crítico (5)	Bajo	Medio	Alto	Extremo	Extremo
	Considerable (4)	Bajo	Medio	Alto	Alto	Extremo
	Moderado (3)	Bajo	Bajo	Medio	Alto	Alto
	Menor (2)	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Medio
	Insignificante (1)	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
		Improbable (1)	Posible (2)	Probable (3)	Casi seguro (4)	Seguro (5)
		PROBABILIDAD				

Fuente: los autores

El sistema de alarmas y dependencia que se deriva de la matriz se constituye en:

-  Nivel 1: Riesgo bajo
-  Nivel 2: Riesgo intermedio
-  Nivel 3: Riesgo alto
-  Nivel 4: Riesgo y complejidad alta

- *Estratificación de la PMM según riesgos en salud pública.* Estratificar las PMM en función de sus riesgos en salud pública implica estratificarlas por las principales variables demográficas, sociales y económicas como edad, sexo, etnia, educación, ocupación, ingreso, las cuales pueden llevar a desigualdades sociales en las condiciones de vida y de trabajo medidos con métodos estadísticos donde se calculan tasas y se pondera por los DSS, que son determinantes en la multimorbilidad. Esto permite identificar grupos con patrones similares de necesidades de salud, y protección social, lo que facilita la planificación de los recursos, la gestión de los DSS y las intervenciones colectivas propias de este nivel de gestión.

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada de la gestión integral de riesgo en salud pública de la ETS.

Periodicidad: cada cuatros años y actualización anual.

Indicador: porcentaje de ETS que estratificaron las PMM y sus riesgos en salud pública.

3 Tratamiento y control de las PMM y sus riesgos de salud pública

Nombre del subproceso: Tratamiento y control de las PMM y sus riesgos de salud pública. (Macro gestión)

Entidad: ETS.

Objetivo: controlar y tratar los principales riesgos de salud pública a los que están expuestas las PMM en el territorio, a través de los PTS y el PIC.

Descripción general: el tratamiento y el control del riesgo para cada uno de los riesgos inherentes extremos y altos identificados, implica tener en cuenta la gestión de la salud pública, el plan de atención colectivo y las intervenciones poblacionales, las intervenciones colectivas, y las de alta externalidad.

- *Gestión en salud pública.* La gestión en salud pública se realiza según GRP con enfoque diferencial en PMM, teniendo en cuenta el proceso estratégico de coordinación intersectorial y sectorial; los procesos de apoyo de la macro gestión del nivel territorial; el plan colectivo de intervenciones y las intervenciones recomendadas.
- *Plan de atención colectivo.* Orientado a definir del control y el plan de tratamiento de los riesgos inherentes extremos y altos identificados en la estratificación como prioritarios, implica adoptar herramientas en el PTS y en el PIC que puedan evitar, reducir, compartir o asumir el riesgo inherente valorado, teniendo en cuenta criterios como las acciones de intervención, las cuales incluyen información en salud, comunicación y educación para la salud, canalización, participación, tamizaje, jornadas de salud, entre otros. También establecen responsable, periodicidad, propósito, método, acciones de control y evidencia. Luego, se deben valorar el riesgo residual o neto, que es el que permanece luego de realizar el tratamiento del riesgo inherente y elaborar mapa de riesgos.
- *Intervenciones para modificación del riesgo.* El tratamiento y control de las PMM busca la modificación del riesgo en este nivel y se realiza con: (Ver intervenciones recomendadas)
 - Intervenciones poblacionales que pretenden afectar las condiciones, modos y los estilos de vida de una sociedad, con un enfoque de DSS por medio de la acción intersectorial y de todos los actores sociales y del sistema de salud como determinante intermediario. Es esencial la articulación y colaboración entre las ETS que manejan la gestión del riesgo colectivo con las EPS e IPS que realizan la gestión del riesgo individual; y un enfoque salutogénico a través de la promoción de la calidad de vida, protección social y salud y la gestión de los riesgos sociales y ambientales a través del PTS;
 - intervenciones colectivas que corresponde a actividades, intervenciones, y procedimientos dirigidos a las PMM sus familias y cuidadores, con un enfoque

salutogénico para la promoción de la salud. Algunos son los activos sociales e institucionales y la gestión del riesgo poblacional, por medio del PIC de cada ETS;

- intervenciones individuales de alta externalidad como la vacunación o identificación y canalización de las PMM.

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada de la gestión integral de riesgo en salud pública y gestor de salud pública de la ETS.

Periodicidad: anual.

Indicador: porcentaje de ETS que realizaron tratamiento y control a las PMM y sus riesgos en salud pública.

4 Monitoreo y evaluación de las PMM y sus riesgos en salud pública

Nombre del subproceso: Monitoreo y evaluación de las PMM y sus riesgos en salud pública. (Macro gestión)

Entidad: ETS.

Objetivo: monitorear y evaluar los principales riesgos de salud pública a los que están expuestas las PMM en el territorio.

Descripción general: el monitoreo y la evaluación consisten en la supervisión, observación crítica o determinación del diseño, estado de implementación del proceso y los resultados de manera continua o con la periodicidad específica de las intervenciones intervenciones poblacionales, colectivas o individuales de alta externalidad previstas en el PIC y el PTS. Se busca obtener información adicional con el fin de afinar la caracterización del riesgo e identificar riesgos emergentes.

El propósito es generar capacidad para alcanzar los objetivos generales e identificar oportunamente cambios en el nivel requerido o esperado de desempeño, y tomar decisiones para mejorar la calidad y efectividad de la GIRS. Se sugiere un conjunto de indicadores de recursos, procesos, producto, efecto e impacto del modelo que se encuentran en el ítem de gestión de resultados. Sin embargo, estos se pueden adoptar, adaptar y adicionar según las necesidades.

Al año de implementación del modelo se evalúa la consecución de los objetivos y resultados, la necesidad de cambiarlos o de identificar si los objetivos, necesidades y actividades deben mantenerse o, de lo contrario, necesitan ser cambiados.

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada de la GIRS en salud pública de la ETS.

Periodicidad: monitoreo mensual y evaluación anual.

Indicador: porcentaje de ETS que realizaron monitoreo y seguimiento a las PMM y sus riesgos en salud pública.

b. Gestión en salud pública para las PMM

1 Plan de atención colectivo (PAC)

Nombre: Plan de atención colectivo (PAC). (Macro gestión)

Tipo de gestión: Gestión en salud pública.

Entidad: ETS.

Objetivo: Contribuir a la mejora del bienestar, la calidad de vida, la equidad y el goce efectivo del derecho a la salud de las PMM, su cuidador, y su familia.

Descripción general: en el marco del PTS y el PIC del territorio, el modelo describe un conjunto de recomendaciones poblacionales, colectivas de tipo comunitarias e individuales de alta externalidad para la promoción y mantenimiento de la salud para las personas, familias y comunidades.

También resultados en salud e intervenciones sociosanitarias basadas en la evidencia, que son esenciales para la atención de la multimorbilidad que se recogen y desarrollan en este plan. Estas recomendaciones se alinean con documentos referentes para el país como la RPMS.

Responsable: gestores de salud pública en la ETS.

Indicadores: porcentaje de municipios con PIC que incluyan intervenciones dirigidas a las PMM y porcentaje de cumplimiento de las metas propuestas en el PAC.

2 Participación en la mesa de coordinación territorial

Nombre de la intervención: Participación en la mesa de coordinación territorial. (Macro gestión)

Tipo de intervención: Poblacional (Macro gestión)

Entidad: ETS.

Responsable: gestores de salud pública en la ETS.

Descripción general: esta mesa se define como un mecanismo de participación social, compuesto por diferentes actores sociales con capacidad de toma de decisiones en el territorio. La mesa se realizará en la primera fase de implementación del modelo, y se sugieren encuentros semestrales o anuales para hacer seguimiento de los hitos del modelo, en el lugar designado por la ETS que favorezca la participación de los actores convocados.

En el marco del modelo de responsabilidad compartida por los diferentes niveles de gestión ETS, EAPB, CAP y CAE, de cada una de estas entidades se designará a los profesionales referentes del modelo quienes asumirán el liderazgo y la responsabilidad compartida en la atención para propender por la gobernanza en la macro, meso y micro gestión.

Identificación de los resultados esperados:

- Incidir en la gestión y atención de las PMM producto de la mesa de coordinación territorial.
- Favorecer la movilización y articulación de recursos en la atención producto de la mesa de coordinación territorial.

Preselección de intervenciones/acciones:

- Definición de mecanismos que permitan referir para atención a los cuidadores, cuando no están afiliados a la misma EAPB que las PMM. Desde el modelo se sugiere la remisión a la EAPB en el que está afiliado el cuidado familiar, y derivar a los programas de las ETS o de otras organizaciones, identificados en el mapa de activos comunitarios.
- Participación activa de las PMM, la comunidad y los diferentes actores sectoriales e intersectoriales en la mesa de coordinación.
- Socialización de la base de datos con las PMM identificadas en el territorio, y su caracterización.
- Socialización de los programas con los que cuenta la EAPB y de los que se podría beneficiar la población del modelo, por ejemplo, programas de cuidado paliativo, atención domiciliaria, cuidado al cuidador por parte de la EAPB.
- Socialización del mapa de activos en salud que beneficia a la población por parte de la ETS.

3 Colaboración para el mejoramiento continuo

Nombre de la intervención: colaboración para el mejoramiento continuo. (Macro gestión)

Tipo de intervención: Poblacional (Macro gestión)

Entidad: ETS.

Responsables: Gestores de salud pública en la ETS

Descripción general: la colaboración se da en el marco del enfoque de vínculos y el atributo de gobernanza y liderazgo de la rectoría (Kickbusch, I., 2011), en el nivel de macro gestión por parte del MSPS y de la ETS. Los principios que la rigen para su desarrollo e implementación son: inversión en la generación de confianza y relaciones frente a recursos como tiempo y espacio para construir relaciones sólidas; flexibilidad y adaptabilidad frente a entornos cambiantes y realidades políticas de los socios; respuesta activa respetuosa y receptiva a las necesidades de las PMM y de los diferentes actores del sistema de salud; comunicación transparente y abierta para el tratamiento de los problemas; utilizar una fuerza laboral calificada; adoptar enfoques conjuntos; centrarse en los intereses de salud; centrarse en el valor público; entre otros.

La colaboración exige cambios en:

- La comprensión de los constructos sobre la atención de las PMM y los patrones bio-patológicos para pasar a una visión holística e integral; el desarrollo conjunto de los

enfoques, atributos y estrategias y compartidos para lograr los objetivos en los niveles macro, meso y micro; la búsqueda de sinergias en las intersecciones entre los diferentes actores a través de la gestión del riesgo en salud, y la atención en salud.

- Toma de decisiones en todos los niveles: en el macro, en la toma de decisiones conjuntas y de abajo hacia arriba en cuanto a políticas públicas, lineamientos, programas, y financiamiento de la atención para las PMM. En el nivel meso, las decisiones compartidas sobre la gestión del riesgo, y los planes individualizados de gestión de riesgo, y en el micro, en los PAP.

Identificación de los resultados esperados:

- Coproducir en especial conocimiento que mejore la salud y la calidad de vida de las PMM.
- Formular propuestas de políticas públicas, programas, y proyectos de mejora continua de la atención de las PMM.

Preselección de intervenciones/acciones:

- Convocatoria de las PMM a la co-creación de respuestas innovadoras a sus necesidades que van desde propuestas de políticas públicas, hasta atención sociosanitaria.
- Colaboración y participación activa de las PMM, la comunidad y los diferentes actores sectoriales e intersectoriales.
- Desarrollo de plataformas colaborativas donde los actores de diferentes ETS, EAPB, CAP, CAE, PPM, cuidador y líderes comunitarios puedan colaborar, compartir recursos y contribuir con ideas y experiencias en multimorbilidad.
- Elaboración de consultas o encuestas en línea o presenciales para recopilar necesidades, expectativas y preferencias de las PMM sobre los cuidados y a atención, y el cómo mejorarlos.
- Organización de grupos de co-creación con representantes de ETS, EAPB, CAP, CAE, PPM, cuidador y líderes comunitarios, y expertos para compartir y discutir experiencias sobre cuidados, y atención en salud, y generar ideas que respondan a las necesidades, expectativas y preferencias de las PMM.
- Realización de talleres con representantes de ETS, EAPB, CAP, CAE, PPM, cuidador y líderes comunitarios sobre formas innovadora para el cuidado, la atención, la integración de servicios, entre otros.

4 Promoción de activos comunitarios en la PMM

Nombre de la intervención: Promoción de activos comunitarios para las PMM y sus cuidadores familiares. (Macro gestión)

Tipo de intervención: Colectiva.

Entidad: ETS.

Responsable: Gestor de salud pública en la ETS.

Descripción general: Los activos comunitarios son recursos o elementos de la comunidad que son salutogénicos, por lo que se pueden utilizar para promover la salud y el bienestar. Estos pueden ser, por ejemplo, tangibles recursos humanos (líderes comunitarios), físicos (parques), económicos (donaciones); e intangibles tales como recursos culturales (tradiciones), y conexiones sociales (relaciones sociales).

La activación de los activos comunitarios se produce cuando el vínculo del sujeto consigo mismo, está dado por la posibilidad de hacerse cargo de la situación que está viviendo, abandonado el “rol de enfermo” para activar dispositivos que favorezcan su bienestar, independencia, sentido de esperanza, empoderamiento y toma de decisiones (Hernández Zambrano et al., 2022). Por tanto, este vínculo minimiza la tensión de la persona con los servicios de salud, dado que estos activos-dispositivos comunitarios son fuente para satisfacer necesidades emocionales, espirituales y sociales que no suplen en el sistema sanitario (Hernández Zambrano et al., 2022; Kordowicz y Hack-Polay, 2021).

Así mismo, en la revisión sistemática de literatura se identifica el apoyo del acceso a recursos comunitarios y sociales, como componentes esenciales para la atención de la multimorbilidad (Palmer et al., 2019; Morkisch et al., 2020; Neeltje et al., 2017; Stokes et al., 2017). La participación de la red social (informal), incluidos amigos, asociaciones de personas, familiares, vecinos se mencionó en tres modelos (Palmer et al., 2019; Salisbury et al., 2018; Neeltje et al. 2017).

Identificación de los resultados esperados:

- Contar con un mapa de activos en salud que mejoren la satisfacción de necesidades en la PMM.
- Promocionar los activos comunitarios entre la PMM y sus cuidadores y familia.

Preselección de intervenciones/acciones (Hernández-Zambrano et al., 2022):

- Acceso a internet que proporciona una plataforma para que las personas y cuidadores se organicen en comunidades en línea donde pueden discutir sus condiciones, compartir recursos, ofrecerse apoyo entre sí, conectándolos y empoderándolos
- Movilización de activos en salud identificados en la mesa de coordinación territorial.
- Programa de persona experta que fortalece los vínculos entre PMM, ayudando a la comprensión más profunda de su propia situación.
- Sistema de apoyo comunitario utilizado para mapear los componentes cruciales para construir una comunidad beneficiosa sustentada en valores como la participación de la familia y la comunidad.

5 Promoción de redes de apoyo social en la PMM

Nombre de la intervención: Promoción de redes de apoyo social en la PMM. (Macro gestión)

Tipo de intervención: Colectiva.

Entidad: ETS.

Responsable: Gestor de salud pública en la ETS.

Descripción general: Las redes de apoyo social se conciben como estrategias para la atención de la multimorbilidad, dado que representan beneficios para la persona en situación de cronicidad, asociada a problemáticas como soledad, aislamiento social, y disminución de las relaciones interpersonales con amigos y familiares (Virginia-González et al., 2012; Mesa Melgarejo et al., 2013). En este contexto, el cuidador familiar es el primer eslabón en la cadena de redes porque se concibe como fuente de apoyo material y emocional (Mesa Melgarejo et al., 2013), fundamental para potenciar la capacidad de agencia de la PMM.

Según los hallazgos de la revisión realista de literatura, uno de los vínculos más importantes en el hogar, está dado por la familia cuidadora y la PMM (Hernández-Zambrano et al., 2022). Este vínculo que, en muchas ocasiones, se sobre entiende como afectivo, dada la consanguinidad y el ideal de familia, no está libre de tensiones, que, además, se acrecientan cuando el miembro con multimorbilidad debe ser cuidado por otra persona de la familia. La tensión del vínculo se puede ver en la literatura consultada, por el ingreso de un rol no predeterminado en la relación inicial, el rol de cuidador(a), que no es ajeno a las relaciones de familia, sin embargo, es distinto y (Cuesta Benjumea, 2004), se tensa cuando entra en la lógica medicalizadora (Hernández-Zambrano et al., 2022).

Se debe entender que el vínculo que se da en las familias es inherente a esta forma de organización social, y como se mencionó, no es ajeno a tensiones, y se ve sometido a cambios acordes a las circunstancias por las que estén pasando uno o todos los miembros de la familia (Hernández-Zambrano et al., 2022). Es probable, que la situación de uno de los individuos afecte al resto de núcleo. Si, sumado a esto, el rol de hijo(a), esposo(a), abuelo(a), madre/padre se modifica a través de nuevas funciones y responsabilidades de las cuáles dependen la salud y vida de otro, pues el cambio será mayor y trastoca no solo el vínculo sino quizás el lugar que ocupan cada uno de los miembros en el hogar (Hernández-Zambrano et al., 2022).

Es claro, que cuando los sistemas de salud o de cuidado requieren del cuidador familiar, se hace con “el objetivo de que la persona en situación de enfermedad pueda permanecer en su hogar” (Cuesta Benjumea, 2004), lo que parece desdibujarse es el objeto del cuidado que se ofrece en la familia, que se entiende como más afectivo-amoroso, íntimo y nutrido de las historias, fantasías, experiencias, y horizontes trazados; para convertirse en un cuidado atravesado por la vigilancia, el control, y el cumplimiento de los objetivos en salud que se proponen desde el cuidado profesional. En este sentido, es importante, establecer co-responsabilidades en las acciones de cuidado familiar, pero reconociendo, los límites de la familia en el cuidado de la enfermedad; su potencial en el cuidado de la salud particularmente en el contexto espiritual y afectivo (Hernández-Zambrano et al., 2022); y la necesidad de cuidado y acompañamiento al cuidador familiar.

Por otra parte, cuando se habla de redes de apoyo social en el contexto de la cronicidad compleja, es fundamental comprender la noción de soporte social como una herramienta de integración que involucra actores académicos, científicos, tecnológicos y culturales mediante un sistema de comunicación para apoyar procesos, compartir experiencias,

fortalecer conocimientos y unir esfuerzos orientados al desarrollo individual y colectivo (Barrera-Ortiz et al., 2008; Barrera-Ortiz et al., 2011; Weiner et al., 2005). Se consideran en este soporte, cuatro componentes fundamentales (Struk y Moss, 2009; Barrera-Ortiz et al., 2008): “1) la red social: se refiere a los individuos o grupos de individuos disponibles para brindar cualquier tipo de ayuda al sujeto, 2) la interacción social: es la frecuencia y calidad de las interacciones del sujeto con su red, 3) el soporte social percibido: es la apreciación subjetiva del sujeto, el grado de pertenencia a la red, la accesibilidad, disposición, grado de intimidad y confianza que mantiene con los individuos de la red, y, 4) el soporte instrumental: son los servicios concretos y observables que la red social suministra al sujeto”

Algunas recomendaciones para potenciar las redes de apoyo social sugieren que, en primer lugar se tome en cuenta la biografía de la persona considerando sus costumbres, hábitos cotidianos y preferencias, , en particular, aquellas redes y acciones que generen mayor impacto en la mejora funcional y bienestar emocional y que fomenten la calidad de la vida de la persona y su cuidador; además es importante la viabilidad de las acciones propuestas, en aquellos lugares donde habita la persona como el hogar, el barrio, o los entornos comunitarios (Junta de Andalucía, 2018).

Identificación de los resultados esperados

- Contar con redes de apoyo social que mejoren la satisfacción de necesidades en las PMM.
- Promocionar las redes de apoyo social en las PMM, sus cuidadores y familia.

Preselección de intervenciones/acciones

- Abordaje del cuidador familiar con el objetivo de dar respuesta a sus necesidades, que no son idénticas entre las distintas familias y que además pueden ir cambiando a lo largo del proceso de cuidado. Entre ellas, se destacan el reconocimiento social, el asesoramiento individualizado, la formación, la intervención psicológica o el intercambio de experiencias con otras familias (Junta de Andalucía, 2018).
- Adecuación de los recursos personales y/o familiares a las necesidades priorizadas en el PAP, que estimulen su autoestima y que favorezcan su autonomía.
- Asesoramiento e información sobre recursos sociales y aspectos jurídicos y legales básicos (Junta de Andalucía, 2018).
- Estimulación de la participación en actividades culturales, y ocupación del tiempo libre afines a sus preferencias.
- Integración en grupos formales o informales de la comunidad identificados en el mapeo de activos en salud.
- Movilización de recursos y promoción del uso de apoyos técnicos que mejoren los déficits y/o la adaptación a estos, y mejoren la autonomía de la población con fragilidad y dependencia. (Junta de Andalucía, 2018).
- Promoción de la formación y/o participación en grupos formación inter pares como programas de paciente experto.

- Valoración en la esfera social con la escala de Gijón en la VM. (Anexo 5. Escalas recomendadas para la VM).

6 Canalización de las PMM a los servicios sociosanitarios

Nombre de la intervención: Canalización de la PMM a los servicios sociosanitarios (Macro gestión)

Tipo de intervención: Individual (Macro gestión)

Entidad: ETS.

Responsable: Gestores de salud pública en la ETS

Descripción general: la canalización es la orientación y direccionamiento de las PMM, y sus cuidadores a los servicios sociales intersectoriales (sociales, económicos, ambientales y comunitarios) disponibles en el territorio, como los activos comunitarios, las redes de apoyo social, la mesa de coordinación territorial.

El objetivo es contribuir a la mejora de la calidad de vida y salud de las PMM a través de un mejor acceso a los servicios sociales intersectoriales, se lleva a cabo en el marco de la ejecución del PTS y del PIC.

Identificación de los resultados esperados:

- Mejorar el acceso de las PMM a los programas, proyectos, estrategias y oferta de servicios sociales en el territorio.
- Mejorar el acceso a los activos comunitarios y redes de apoyo social.

Preselección de intervenciones/acciones:

- Identificación de las PMM, sus cuidadores y familias al realizar visita en el domicilio.
- Direccionamiento de las PMM, sus cuidadores y familias y comunidades a los programas, proyectos, estrategias y oferta de servicios sociales en el territorio.
- Direccionamiento de las PMM, sus cuidadores y familias y comunidades a las redes de apoyo social.
- Direccionamiento de las PMM, sus cuidadores y familias y comunidades a los activos comunitarios.
- Gestión permanente con líderes de las organizaciones comunitarios presentes en el territorio a fin de identificar PMM.

7 Canalización de las PMM a los servicios de salud

Nombre de la intervención: Canalización de las PMM a los servicios de salud. (Macro gestión)

Tipo de intervención: Individual (Macro gestión)

Entidad: ETS.

Responsable: Gestores de salud pública en la ETS

Descripción general: la canalización sectorial es la orientación y direccionamiento para la atención en salud de las PMM, y sus cuidadores a los servicios de salud de la EAPB dónde se encuentra afiliado, disponibles en el territorio.

El objetivo es contribuir a la mejora de la calidad de vida y la salud de las PMM a través de un mejor acceso a los servicios de salud e ingreso al modelo de gestión y atención a la multimorbilidad. Se realiza en el marco de la ejecución del PIC.

Identificación de los resultados esperados:

- Mejorar el acceso de las PMM a los servicios de salud.
- Ingresar al modelo de gestión y atención de la multimorbilidad a las PMM que cumplan con los criterios de ingreso.

Preselección de intervenciones/acciones:

- Identificación de las PMM, sus cuidadores y familias al realizar visita en el domicilio.
- Demanda inducida de las PMM, sus cuidadores y familias y comunidades a los servicios de salud de la EAPB.
- Direccionamiento de las PMM, sus cuidadores y familias y comunidades a los espacios de colaboración para el mejoramiento continuo.
- Gestión permanente con líderes de las organizaciones comunitarios presentes en el territorio a fin de identificar PMM.

6.2.3 Provisión de la atención desde el Aseguramiento en salud - Gestión de casos (meso gestión)

a. Gestión integral de riesgos en salud con enfoque colectivo e individual para la PMM afiliada

En el contexto de atención de la multimorbilidad, la GIRS con enfoque colectivo e individual para las PMM se desarrolla en las cuatro etapas de la gestión de riesgo con las características propias del aseguramiento en salud.

1 Identificación de las PMM afiliadas y sus riesgos en salud

Nombre del subproceso: Identificación de las PMM afiliadas y sus riesgos en salud.
(Meso gestión)

Entidad: EAPB.

Objetivo: Identificar las PMM afiliadas a la EAPB y sus riesgos en salud colectivos e individuales.

Descripción general: El sistema de salud prevé que en este nivel de gestión se realice la caracterización poblacional según la normatividad expedida con el fin de identificar

riesgos, priorizar poblaciones de personas afiliadas y lugares dentro de un territorio, y programar intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos.

En el marco de la caracterización de la población afiliada a la EAPB, los contenidos son³⁸:

a) caracterización de los contextos territorial y demográfico, b) caracterización de la mortalidad, c) caracterización de la morbilidad, d) caracterización de los DSS, y e) priorización demográfica, territorial, y en mortalidad, morbilidad y desigualdades.³⁹ El modelo recomienda para la tamización, identificación y seguimiento de PMM, lo siguiente:

- *Identificación de las PMM*: incluir en la caracterización de la población afiliada: (i) un abordaje de los determinantes de la multimorbilidad, tanto los estructurales como los intermedios ; (ii) la multimorbilidad en el análisis de mortalidad, morbilidad, discapacidad dado que por su definición que, corresponde a una o más patologías, no se encuentra un código de enfermedades para esto, en especial en el ítem de caracterización de la morbilidad, en patologías y eventos de alto consumo; y un perfil de utilización y costos de atención de la PMM afiliada, contenidos en el PBS y por fuera de este. Se recomienda el uso del *Algoritmo de identificación de la PMM*, el cual se puede adaptar según las necesidades de la EAPB. (Ver anexo 3)
- *Identificación de los riesgos colectivos e individuales de la PMM*: caracterizar individualmente la PMM, según el riesgo es fundamental. Se deben identificar las causas o detonantes y las consecuencias de los factores de riesgos asociados a la multimorbilidad. Se debe buscar la información en diferentes fuentes disponibles, actualizadas, pertinentes y de buena calidad en cada EAPB, con el fin de contribuir a un proceso más robusto en función de los criterios de inclusión de población al modelo. Estas fuentes deberían incluir datos demográficos, sociales, económicos, estilo de vida, historial de salud personal y familiar, datos biométricos y genéticos, preferencias de riesgo individuales, entre otros, para una mejor predicción del riesgo en salud y su posible gestión, y tratamiento conjunto con la PMM. Los riesgos inherentes, con sus causas, consecuencias se pueden presentar en la siguiente matriz:

Tabla 20 Matriz de causas y consecuencias de los riesgos inherentes relacionados con la multimorbilidad en el proceso de GIRS con enfoque colectivo e individual para la PMM afiliada. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIA	TIPO DE RIESGO

³⁸ MSPS (2017) Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)

³⁹ Resolución 1536 de 2015

Fuente: los autores

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada de la GIRS en la EAPB.

Periodicidad: Anual.

Indicador: Porcentaje de EAPB que identificaron las PMM y sus riesgos individuales.

2 Medición y valoración de las PMM afiliadas y sus riesgos en salud

Nombre del subproceso: Medición de las PMM afiliadas y sus riesgos en salud. (Meso gestión)

Entidad: EAPB.

Objetivos: (i) Estratificar las PMM afiliadas a la EAPB, en función de la gravedad de las enfermedades, el riesgo de complicaciones y muerte, y las necesidades, expectativas y preferencias en salud; (ii) Identificar a las PMM con mayor complejidad y elevada necesidad de cuidado; y (iii) apoyar la toma de decisiones frente a las acciones colectivas e individuales.

Descripción general: La estratificación del riesgo se da en el marco del proceso de la identificación, análisis y clasificación del riesgo de cada afiliado perteneciente a uno de los ocho GRP e incluye dos procesos:

- *Medición y evaluación del riesgo de la PMM:* se plantean dos escalas de riesgo, dada su capacidad demostrada en la identificación de severidad; Charlson y Kaplan-Fleinstein. Los códigos CIE-10 de las enfermedades del algoritmo que se usa para marcar las personas con multimorbilidad no coinciden exactamente con la escala de Charlson, razón por la cual se usa también Kaplan-Fleinstein que tiene categorías de enfermedad más genéricas. Ambas escalas se pueden aplicar a través de los RIPS.

a) Aplicación de la escala de Charlson

Su objetivo es calcular la gravedad de las enfermedades presentes y el riesgo de morir de las personas a un año complementando la gestión del riesgo primario y el riesgo técnico. Esta escala consta de 19 elementos correspondientes a afecciones médicas, que se ponderan para proporcionar una puntuación total de la suma de las diferentes patologías.

En 1994, Charlson y colaboradores validaron el uso combinado de comorbilidad y edad, basados en una cohorte de personas con hipertensión o diabetes sometida a cirugía electiva de julio de 1982 a septiembre de 1985. En los resultados se encontró que el riesgo relativo de muerte para cada década de edad fue 1.42 (IC 95 % = 1.08-1.88) y para cada incremento en el grado de comorbilidad fue de 1.46 (IC 95 % = 1.22-1.74). Por lo tanto, el riesgo relativo estimado y ajustado para cada unidad (edad/comorbilidad) fue de 1.45 (IC 95 % = 1.25-1.68).

Las enfermedades por las cuales la escala de Charlson pregunta son:

- Infarto del miocardio: historia de infarto del miocardio médicamente documentado
- Insuficiencia cardíaca congestiva: ICC sintomática con respuesta a tratamiento específico
- Enfermedad vascular periférica: claudicación intermitente, puente arterial periférico para el tratamiento de la insuficiencia, gangrena, insuficiencia arterial aguda, aneurisma no tratado (≥ 6 cm)
- Enfermedad vascular cerebral: historia de AIT o EVC sin o con secuelas menores (excepto hemiplejía)
- Demencia: deterioro cognitivo crónico
- Enfermedad pulmonar crónica: disnea sintomática debido a condiciones respiratorias crónicas (incluye asma)
- Enfermedad del tejido conectivo: LES, polimiositis, enfermedad mixta del tejido conectivo, polimialgia, AR severa o moderada
- Enfermedad ulcerativa: pacientes que han requerido tratamiento por enfermedad ulcerativa péptica
- Enfermedad hepática leve: Cirrosis sin hipertensión portal, hepatitis crónica
- Diabetes (sin complicaciones) Diabetes en tratamiento médico
- Diabetes con daño a órgano blanco: Retinopatía, neuropatía, nefropatía
- Hemiplejía (paraplejía)
- Enfermedad renal moderada: Creatinina > 3 mg/dL o severa (265 mmol/L), diálisis, trasplantados, síndrome urémico
- Tumor sólido secundario: Inicialmente tratado en los últimos cinco años. Excluye cáncer de piel (no metastásico) no melanomatoso y carcinoma de cérvix in situ Leucemia LMC, LLC, LAM, LAL, PV Linfoma, MM Linfoma no-Hodgkin y de Hodgkin, macroglobulinemia de Waldenström, mieloma múltiple
- Enfermedad hepática moderada o severa: Cirrosis con hipertensión portal, con o sin hemorragia por várices esofágicas
- Tumor sólido secundario (metastásico)
- SIDA y complejos relacionados con el SIDA

Se reconocen las debilidades de la codificación CIE 10, los sesgos de clasificación, pero es un sistema de información robusto que permite llegar a identificar las PMM y una vez realizada esta identificación, se sugiere el uso de la escala de Charlson dada su capacidad para valorar la severidad de las condiciones presentes en una persona. La comorbilidad se suele medir por la suma del número de enfermedades presentes en un paciente, diferenciando el diagnóstico principal de los secundarios. Existen varios instrumentos para medir la comorbilidad: Cumulative Illness Rating Scale, el índice de Kaplan-Fenstein, el Index of CoExistent Disease, Total Illness Burden Index y el índice de Charlson. El índice de comorbilidades de Elixhauser es una lista de treinta afecciones que permiten calcular el riesgo de muerte, pero no otorga ningún peso al tipo de patología como lo aplica el índice de Charlson.

El índice de comorbilidad de Charlson predice las complicaciones de la suma de ciertas enfermedades, como la capacidad funcional al alta y a la mortalidad (Gual N) (Gutiérrez-Misis A) (Lázaro M). Esta correlación entre el índice de Charlson y la

mortalidad se ha demostrado en diferentes patologías: accidente vascular cerebral isquémico o hemorrágico (Castro HHG) (Ofori-Asenso R), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (da Costa E), infarto agudo de miocardio Invalid source specified., neumonía de la comunidad (Gili-Miner M), insuficiencia renal crónica en hemodiálisis (Ríos A), trauma craneoencefálico (Hsu IL), lesión encefálica no traumática (Khuu W), demencia (Wang QH), insuficiencia cardíaca (Wajner A), linfomas (Saygin C), cáncer de pulmón (Zhao L).

Esta escala también predice los costos de atención en salud con relación a las comorbilidades (Charlson ME) y las readmisiones a los servicios de urgencias (Wang HY). Un estudio a gran escala realizado en diversos hospitales del Brasil encontró que el índice de Charlson <3 se asoció a mortalidad 10-14% pero con un índice >3 la proporción aumentó a 28% (Martins M.).

Para las PMM esta escala servirá para clasificar la severidad de la pluripatología de la siguiente manera:

Tabla 21 Principales tipos de riesgo en el nivel meso gestión. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Comorbilidad	Puntaje
Infarto de miocardio	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	1
Enfermedad vascular periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
Enfermedad pulmonar crónica	1
Enfermedad del tejido conectivo	1
Úlcera péptica	1
Afección hepática benigna	1
Diabetes	1
Hemiplejía	2
Insuficiencia renal moderada o severa	2
Diabetes con afección orgánica	2
Cáncer	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Enfermedad hepática moderada o severa	3
Metástasis	6
SIDA	6

El punto de división entre baja y alta probabilidad de severidad y de mortalidad estableció tres GR:

Tipo de riesgo	índice de Charlson
Riesgo Bajo (RB)	0 o 1
Riesgo Intermedio (RI)	2 - 4
Riesgo Alto (RA),	>5

b) Aplicación del índice de comorbilidad de Kaplan-Fleinstein

Kaplan y Feinstein fueron los primeros en definir y clasificar las comorbilidades según su severidad. En 1974 desarrollaron el índice que lleva sus nombres, el cual ha sido utilizado con frecuencia como un predictor de supervivencia, especialmente en personas con cáncer. Estos índices permiten complementar la gestión del riesgo primario y el riesgo técnico.

Estructura:

Está compuesto por una serie de condiciones que podrían afectar la supervivencia de las personas (cuadros V y VI). La puntuación total de comorbilidad es determinada con base en el número de condiciones médicas y sus grados individuales de severidad, las cuales se describen de una de cuatro categorías (entre 0 y 3). Las instrucciones son más simples que las requeridas para otras escalas de comorbilidad como CIRS y comparables con la simplicidad de la escala de Charlson.

Reglas:

- El rango de calificación por categoría va de 0 a 3.
- Si se encuentra presentes varias enfermedades, la enfermedad con la puntuación más alta define la calificación;

Excepciones:

Si dos o más enfermedades con puntuación de dos en la misma categoría se encuentran presentes simultáneamente, la puntuación total es de tres.

Tabla 22 Índice de comorbilidad de Kaplan-Fleinstein. Propuesta de modelo de gestión y atención de la salud de las PMM y sus cuidadores. Colombia 2022

Enfermedad comórbida confirmada	Grado 3	Grado 2	Grado 1
Hipertensión arterial			Presión diastólica 90-114 mm Hg sin efectos secundarios ni síntomas
Enfermedad Cardíaca	Durante los últimos meses FCC, IAM, arritmias significativas u hospitalización por angina pectoris o dolor torácico similar a angina	Falla cardíaca congestiva por más de seis meses, falla cardíaca congestiva, angina pectoris que no requiere especialización	Infarto del miocardio de más de 6 meses. Evidencia en ECG de enfermedad coronaria, fibrilación arterial
Enfermedad cerebro vascular o psíquica	ECV reciente, estado de coma o estado suicida	ECV antiguo con secuela, ataque isquémico transitorio, convulsiones frecuentes o episodio de estado epiléptico	EVC antiguo sin secuela, ataque isquémico pasado o reciente.
Enfermedad respiratoria	Marcada insuficiencia respiratoria (dianosis, narcosis por CO ₂) o	Moderada insuficiencia respiratoria (disnea durante ejercicios leves), recurrente estado asmático	Insuficiencia pulmonar leve, tuberculosis activa reciente, enfermedad obstructiva crónica manifestada solo en radiografía o en prueba

Enfermedad comórbida confirmada	Grado 3	Grado 2	Grado 1
	recurrente estado asmático	con enfermedad pulmonar obstructiva	de función pulmonar, o ataques asmáticos recurrentes sin enfermedad pulmonar de fondo
Enfermedad renal	Síndrome urémico, descompensación renal con anemia, edema o hipertensión secundaria	Azoemia manifestada por evaluación del BUN (> 25 mg/dl) o creatinina > 3.0 mg/dl sin efectos secundarios, síndrome nefrótico, infección renal recurrente, hidronefrosis	Proteinuria (+++ o ++++ en dos o más uroanálisis o > 1 g en orina de 24 horas); infecciones frecuentes del tracto urinario inferior, cálculos renales
Enfermedad hepática	Insuficiencia hepática (ascitis, ictericia, encefalopatía) o várices esofágicas	Falla hepática compensada (arañas cutáneas, eritema palmar, hepatomegalia u otra evidencia clínica de enfermedad hepática crónica)	Enfermedad hepática crónica manifestada en biopsia; por elevación persistente de BSP (retención > 15 %) o bilirrubinas (> 3 g/dL)
Gastrointestinal	Sangrado mayor reciente, controlado por seis o más unidades de transfusión sanguínea	Moderado sangrado que requirió por lo menos seis unidades de transfusión sanguínea, pancreatitis aguda reciente o síndrome de malabsorción crónica	Sangrado leve que no requiere transfusión; episodios de colelitiasis sintomática, pancreatitis crónica o úlcera péptica
Vascular periférica	No puntúa	Amputación reciente o gangrena de una extremidad	Amputación antigua; claudicación intermitente
Malignidad	No controlada	Controlada posterior a terapia o cirugía, sarcoma de Kaposi	No puntúa
Deterioro locomotor	Desplazamiento cama-silla	Moderado deterioro (confinado a la casa o sitio de convalecencia)	Leve deterioro (alguna limitación de la actividad)
Alcoholismo	Severamente descompensado (más de un episodio de delirium o convulsiones alcohólicas)	Moderadamente descompensado (un episodio de delirium tremens o convulsiones) hospitalizaciones recurrentes por eventos asociados con el consumo de alcohol tales como gastritis o pancreatitis; caquexia o anemia por causa nutricional, o significativos problemas de conducta	Moderadamente descompensado (un episodio de delirium tremens o convulsiones) hospitalizaciones recurrentes por eventos asociados con el consumo de alcohol, tales como gastritis o pancreatitis; caquexia o anemia por causa nutricional, o significativos problemas de conducta
Misceláneas	Colagenopatía sistémica no controlada (lupus eritematoso, otras)	Colagenopatía sistémica controlada (lupus eritematoso)	Presión diastólica 90-114 mm Hg sin efectos secundarios ni síntomas

- *Estratificación de las PMM según riesgos colectivos e individuales:* los puntajes de ambas escalas se traducen a riesgos relativos que permiten clasificar las personas en cohortes de riesgo y con base en esto, conformar las cohortes que serán priorizadas

en su gestión y atención de acuerdo con riesgos de enfermedad, y luego, soportar las decisiones sobre el tratamiento del riesgo.

Con la clasificación de las escalas antes mencionadas se deben conformar las cohortes de PMM para gerenciar el riesgo y su atención específica. Con la siguiente interpretación para la escala de Charlson:

Tipo de riesgo	Índice de Charlson
Riesgo Bajo (RB)	0 o 1
Riesgo Intermedio (RI)	2 - 4
Riesgo Alto (RA),	>5

Y con la siguiente interpretación de Kaplan-Fleinstein así:

Se entiende por riesgo relativo, la medida que permite medir la fuerza de la asociación entre la exposición y la enfermedad. Indica la probabilidad de que se desarrolle un evento, en los expuestos a un factor de riesgo con relación al grupo de los no expuestos. Cuando el RR= 1, significa que la presencia del factor no modifica la probabilidad de ocurrencia del evento. Cuando el RR es > 1, indica cuanto mayor es la probabilidad del evento en los expuestos respecto de los no expuestos (en este caso, se trata de un FR porque aumenta la probabilidad de enfermar). Cuando el RR es < 1, indica cuanto menor es la probabilidad de enfermar en los expuestos respecto de los no expuestos (se trata entonces de un factor protector porque disminuye la probabilidad de enfermar).

Puntuación total	Riesgo relativo
0	1.00
1	1.45
2	2.10
3	3.04
4	4.40
5	6.38
6	9.23
7	13.37
> 8	19.37

Con base en lo anterior cuando se usan las escalas, las cohortes de riesgo de PMM quedarían conformadas de la siguiente manera:

Tipo de riesgo	Índice de Charlson	Kaplan-Fleinstein
Riesgo Bajo (RB)	0 o 1	0 a 2
Riesgo Intermedio (RI)	2 - 4	2 a 4
Riesgo Alto (RA)	>5	5 a > 8

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada de la GIRS en la EAPB.

Periodicidad: anual.

Indicador: Porcentaje de EAPB que estratificaron las PMM y sus riesgos individuales.

3 Tratamiento y control de las PMM afiliadas y sus riesgos en salud

Nombre del subproceso: Tratamiento y control de las PMM afiliada y sus riesgos colectivos e individuales en salud. (Meso gestión)

Entidad: EAPB.

Objetivo: Controlar y tratar los principales riesgos de salud colectivos e individuales de las PMM para disminuir la prevalencia de enfermedades, las complicaciones y muertes por esta causa, a través del plan de atención individual.

Descripción general: La intervención o tratamiento del riesgo requiere la implementación de opciones para modificar los riesgos, gestionar los casos y apoyar la agencia (autocuidado y autogestión) y se debería tener en consideración como mínimos los siguientes aspectos:

- *Gestión de casos:* La organización de la atención se realiza según GR con enfoque diferencial. En PMM incluye la planificación, implementación, coordinación, monitoreo y evaluación de las opciones y los servicios para dar respuesta a las necesidades, preferencias y expectativas en salud de la PMM. Lo anterior, se concreta en un plan individualizado que vela por que el PAP se cumpla a través de intervenciones colectivas e individuales recomendadas, y se apoya en los procesos estratégicos de coordinación intersectorial y sectorial, estratificación de la población según riesgo, RISS; contratación y formas de pago; los procesos de apoyo y la gestión clínica de la micro gestión.
- *Plan de atención individual:* implica el desarrollo de modelos predictivos de riesgo individual y de planes individuales de salud orientados a intervenir condiciones de riesgo inherentes extremos y altos definidos como prioritarios acorde con la clasificación específica del riesgo del individuo. Se busca abordarlos y mitigarlos, teniendo en cuenta criterios como las acciones de intervención individual; responsabilidad; periodicidad; propósito; método; acciones de control y evidencia. Por ejemplo, un bajo riesgo puede ser una persona con pocas condiciones comórbidas que requieran poca autogestión y no necesita atención domiciliaria. Una persona de alto riesgo puede ser uno con múltiples multimorbilidades que requiere numerosos fármacos, autogestión diaria y necesidades de cuidados importantes para soportar las limitaciones funcionales. Luego, se deben valorar el riesgo residual o neto, que es el que permanece luego de realizar el tratamiento del riesgo inherente y elaborar mapa de riesgos. Incluye programas de seguimiento permanente, servicios especializados de salud, entre otros.
- *Intervenciones para modificación del riesgo:* el tratamiento de las PMM busca la modificación del riesgo a través de acciones costo efectivas aplicadas por personal de salud e IPS y dirigidas a las PMM. Se realiza con: (i) intervenciones colectivas que corresponde a actividades, y procedimientos dirigidos a las PMM sus familias y

cuidadores, con un enfoque salutogénico para la promoción de la salud y la gestión del riesgo poblacional, mediante la articulación con el PIC de cada ETS. Incluye programas que gerencian el riesgo de las personas tales como nefroprotección, cardioprotección, entre otros. (ii) Intervenciones individuales que corresponden a actividades, , procedimientos, y medicamentos, dirigidos a las PMM sus familias y cuidadores, con el fin de hacer la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la educación para la salud individual, grupal o familiar, el diagnóstico, y el tratamiento de la enfermedad, la rehabilitación y la paliación. Esto es responsabilidad de la EAPB y está incluido en PBS. (Ver intervenciones recomendadas)

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada de la GIRS en la EAPB y gestor de caso de la EAPB. **Periodicidad:** anual.

Indicador: porcentaje de EAPB que realizaron tratamiento y control a las PMM y sus riesgos individuales.

4 Monitoreo y evaluación de las PMM afiliadas y sus riesgos en salud

Nombre del subproceso: Monitoreo y evaluación de las PMM afiliadas y sus riesgos en salud. (Meso gestión)

Entidad: EAPB.

Objetivo: Monitorear y evaluar los principales riesgos de salud individuales de la PMM.

Descripción general: El monitoreo y evaluación de procesos y resultados de la atención incluye la verificación y seguimiento regular o con la periodicidad específica de los riesgos, la PMM, las complicaciones y las intervenciones colectivas o individuales previstas en el PAI y sus efectos; verificación y vigilancia para garantizar la eficacia y la eficiencia de los controles en el diseño y la implementación; obtener información adicional con el fin de afinar la caracterización del riesgo; analizar y aprender lecciones a partir de la gestión del riesgo de eventos, el comportamiento, los éxitos y fracasos; orientación del gasto hacia la prevención efectiva de la multimorbilidad; vigilancia de la gestión del riesgo en PMM; e identificación de riesgos emergentes. Esto debe articularse con los procesos de vigilancia en salud pública, e inspección, vigilancia y control del SGSSS.

El propósito es generar capacidad para alcanzar los objetivos generales y específicos del PAI con la disponibilidad de recursos y la articulación de los procesos de gestión y atención para lograrlos. Se sugiere un conjunto de indicadores de recursos, procesos, producto, efecto e impacto del modelo que se encuentran en el ítem de gestión de resultados. Sin embargo, estos se pueden adoptar, adaptar y adicionar según las necesidades.

Al año de implementación del modelo se evalúa la consecución de los objetivos y resultados, la necesidad de cambiarlos o de identificar si los objetivos, necesidades y actividades deben mantenerse o, de lo contrario, necesitan ser cambiados.

Responsable: funcionarios responsables en la Dirección encargada de la GIRS en la EAPB.

Periodicidad: Monitoreo mensual y evaluación anual.

Indicador: Porcentaje de EAPB que realizaron monitoreo y seguimiento a las PMM y sus riesgos individuales.

b. Gestión de casos de la persona con multimorbilidad

1 Plan de atención individual (PAI)

Nombre del plan: Plan de atención individual. (Macro gestión)

Tipo de gestión: Gestión de casos.

Entidad: EAPB.

Objetivos: Contribuir a la mejora del bienestar, la calidad de vida, la equidad y el goce efectivo del derecho a la salud de las PMM, sus cuidadores, y su familia

Descripción general: el PAI se define como un instrumento personalizado para la gestión de casos donde se recogen: (i) las valoraciones del estado de salud, social y funcional de las PMM; (ii) la identificación de los factores de riesgo; (iii) la priorización de las necesidades de atención que presenta las PMM; (iv); la definición de objetivos; y (v) la definición de intervenciones concretas colectivas e individualizadas en la atención. Esto es responsabilidad de la EAPB y la IPS en el marco de la GIRS, y la gestión de casos para la materialización del PAP.

El PAI debe ser integral, específico para las condiciones y complejidades de salud y adaptado a las necesidades, preferencias y expectativas de las PMM. Los contenidos sugeridos son los siguientes:

- **Perfil de riesgos:** con base en las valoraciones del estado de salud, social y funcional de las PMM, y el desarrollo de modelos predictivos de riesgo individual. a través de los datos de:
 - DSS (caracterización de la población afiliada a la EAPB)
 - Demográficos (edad, sexo , territorio),
 - Estilo de vida (cuestionario de Salud General SF-12),
 - Historial de salud personal (escalas de riesgo con identificación de severidad (Charlson y Kaplan- Fleintein),
 - Historial de salud familiar (familiograma),
 - Datos biométricos (como peso, talla, presión arterial, glicemia, colesterol, etc.)

- Datos genéticos/genómicos (historia clínica)
- Preferencias individuales con respecto a la comodidad con el riesgo (escala EQ5D calidad de vida del paciente).
- *Objetivos de salud de las PMM:* consensuados con metas claras y alcanzables relacionadas con la salud de las PMM y el impacto en la calidad de vida. Deben tener en cuenta los incluidos en el PAP.
- *Promoción y mantenimiento de salud, bienestar y calidad de vida de las PMM:* incluye la promoción de hábitos de vida saludable garantizados por la EAPB y articulados con la oferta sociosanitaria de la ETS, y la promoción de la capacidad de agencia realizada por la IPS.
- *Prevención de factores de riesgos, enfermedades, complicaciones y muerte en PMM:* incluye la asesoría sobre los riesgos y enfermedades de las PMM, y el diseño de estrategias para la detección temprana y protección específica con el objetivo de disminuir la ocurrencia de condiciones prevenibles tanto enfermedades como complicaciones. Tales como recibir vacunas apropiadas, llevar un control de la presión arterial, la glicemia o la realización de chequeos de salud periódicos, entre otros.
- *Coordinación de la atención en las PMM:* se requiere un enfoque coordinado y centrado en el paciente para manejar las múltiples condiciones de manera efectiva. Por lo que con base en el PAP en el proceso estratégico de contratación y forma de pago se incluyen las intervenciones que se deben coordinar para garantizar el acceso oportuno, al igual que lo contenido en este PAI.
- *Continuidad de la atención en las PMM:* es otro de los elementos clave en la gestión de casos que permite que las PMM reciban de manera oportuna y a través de una secuencia lógica, las intervenciones propuestas tanto en el PAP elaborado por el CAP como este PAI.
- *Integración de la atención en las PMM:* se logra través de distintos tipos de integración en el modelo, tales como organizacional, funcional, de servicios y clínica con el objeto de garantizar el acceso a una atención coordinada, continua y que responda a las necesidades de las PMM.

Responsables: Gestor de casos de la EAPB en coordinación con el gestor de salud pública de la ETS, y el gestor clínico, el EBS y los equipos complementarios del CAP y el CAE.

Indicador: Porcentaje de PMM que cuenta con el PAI y Porcentaje de cumplimiento de las metas propuestas en el PAI.

2 Promoción y mantenimiento de la salud, la calidad de vida y el bienestar de la PMM

Nombre de la intervención: Promoción y mantenimiento de la salud, la calidad de vida y el bienestar de las PMM. (Meso gestión)

Tipo de intervención: Colectiva.

Entidad: EAPB.

Responsable: Gestor de casos de la EAPB.

Descripción general: la gestión del riesgo primario parte de reconocer que existen condiciones individuales de salud prevenibles que están influenciadas por DSS más generales, como por ejemplo el nivel de ingresos, el nivel educativo, las condiciones de vida y de trabajo y la disponibilidad de alimentos, cuya intervención depende, en gran medida, de las acciones poblacionales y colectivas que realiza la ETS en cumplimiento de sus competencias.

Estas acciones deben articularse con las que desarrolla la EAPB orientadas a la disminución de la incidencia y severidad de condiciones individuales de salud cuando estas obedecen a circunstancias que están bajo su control, como por ejemplo las acciones orientadas a fomentar el autocuidado y estilos de vida saludables (hábitos alimenticios, peso adecuado, hábito de fumar) para prevenir por ejemplo el riesgo cardiovascular.

La articulación del trabajo entre las EAPB y las ETS y la realización de acciones para la detección temprana y el tratamiento oportuno de las condiciones individuales de salud prevenibles y no prevenibles, son necesarias para garantizar la oportunidad, la integralidad, la eficiencia y la seguridad de la atención, con el fin de mejorar el nivel de salud de los afiliados, la experiencia en el proceso de atención, mejorar la eficiencia y contrarrestar los efectos financieros no deseados derivados del proceso de atención.

En caso de que una PMM sea diagnosticada con un evento en salud, para el cual la RPMS contempla intervenciones de detección temprana, debe continuar con el manejo definido según el evento por parte de la RPMS.

Identificación de los resultados esperados

- Promover y mantener la salud de las PMM a través de un mejor acceso a la oferta de servicios socio sanitarios.
- Promover la participación en salud de las PMM en la mesa de coordinación territorial y en los espacios de colaboración para el mejoramiento continuo.

Preselección de intervenciones/acciones

- Articulación con la ETS para el direccionamiento de las PMM, sus cuidadores y familias a: (i) programas, proyectos, estrategias y oferta de servicios sociales en el territorio, (ii) redes de apoyo social, (iii) activos comunitarios, (iv), entre otros.
- Direccionamiento de las PMM, sus cuidadores, y familia a la participación en: (i) los espacios de colaboración para el mejoramiento continuo, y (ii) en la mesa de coordinación territorial.
- Direccionamiento de las PMM, sus cuidadores, y familia a la oferta de servicios sociosanitaria del territorio como: (i) programas, proyectos, estrategias y oferta de

servicios sociales en el territorio, (ii) redes de apoyo social, (iii) activos comunitarios, (iv), entre otros

3 Promoción de hábitos de vida saludable en las PMM

Nombre de la intervención: Promoción de hábitos de vida saludable en las PMM. (Meso gestión)

Tipo de intervención: Colectiva e individual.

Entidad: EAPB.

Responsable: Gestor de casos de la EAPB.

Descripción general: todos los profesionales darán recomendaciones sobre hábitos de vida saludables. Incluye alinear estrategias de bienestar relacionadas con alimentación, recreación, educación y otras actividades que impacten este componente.

Las intervenciones deben adaptarse a las características de las PMM en términos de sus condiciones de salud, estilo de vida y riesgos específicos que enfrenta, los cuales se identifican en la meso y en la micro gestión.

Además, se deberá realizar un familiograma que apoye la identificación de la red de apoyo de las PMM con el fin de que sus cuidadores y su red concurren en el proceso de fortalecimiento de las capacidades de agencia y auto gestión de las enfermedades. Lo puede liderar la IPS y decidir, junto al EBS, los manejos, tratamientos, resultados y metas que se esperan de cada una de las PMM, articulado con la promoción de hábitos saludables.

Identificación de los resultados esperados

- Fortalecer las prácticas de cuidado para la salud de las PMM.
- Potenciar las estrategias de afrontamiento de sucesos vitales por parte de la PMM.

Preselección de intervenciones/acciones

- Promoción de la adopción de prácticas de cuidado para la salud, incluyendo capacidades, oportunidades y motivación (MSPS, 2018).
- Promoción de la alimentación saludable a través de clases de cocina saludable o educación sobre nutrición, entre otros.
- Promoción de la actividad física como la participación en grupos de ejercicio, baile, yoga, entre otros.
- Promoción de la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales como el control del estrés, manejo del duelo, técnicas de relajación, entre otras actividades que promueven el bienestar emocional.
- Actividades de formación y educación en los diferentes temas relacionados con hábitos de vida saludables en PMM.
- Articulación con la promoción de la capacidad de agencia y autogestión.

- Inclusión de las recomendaciones específicas del plan de cuidado de la RPMS a las recomendaciones en el modelo.

4 Prevención de factores de riesgos, enfermedades, complicaciones y muerte en PMM

Nombre de la intervención: Prevención de factores de riesgos, enfermedades, complicaciones y muerte en PMM. (Meso gestión)

Tipo de intervención: Individual.

Entidad: EAPB.

Responsable: Gestor de casos de la EAPB.

Descripción general: La gestión del riesgo en salud es uno de los elementos fundamentales para la gestión de la enfermedad en las PMM, y la comunicación del riesgo es un componente de la gestión de riesgos. Comunicar los riesgos a las PMM encontrados en la estratificación busca:

- Traducir a un lenguaje sencillo que la PMM pueda entender, el perfil de riesgo y las alternativas de tratamiento y control de estos riesgos.
- Asesorar a las PMM sobre los siguientes aspectos:
 - Las posibles intervenciones basadas en el perfil de riesgo y la evidencia.
 - Las recomendaciones individualizadas de reducción de riesgos.
 - La información de salud que facilita la toma de decisiones informadas sobre su salud y calidad de vida.
 - La información sobre cambios que alteren la vida en hábitos de salud y estilo de vida.
 - El CAP para la atención.
 - Los recordatorios de la atención.
 - La oferta sociosanitaria que contribuye a su bienestar y calidad de vida como los activos comunitarios de promoción de la salud, entre otros.

Identificación de los resultados esperados

- Conocer las preferencias de riesgo individual de la PMM.
- Concientizar a la PMM sobre los riesgos individuales y familiares y las condiciones de salud encontradas.

Preselección de intervenciones/acciones

- Aplicación del instrumento escala EQ5D calidad de vida del paciente, para comprender actitudes y preferencias de riesgo individual en salud i, las condiciones diagnósticas y los pro y contra asociados a las intervenciones de salud propuestas en el PAI, con el objeto de individualizar y alinear el PAI a las preferencias de la PMM.
- Aplicación del familiograma para la identificación de antecedentes familiares relevantes, evaluación de factores de riesgo familiares, identificación de redes de apoyo, y recomendaciones de educación y concientización familiar.

- Recomendaciones de medidas preventivas específicas para la prevención como vacunación o disminución de los riesgos individuales y familiares como tabaquismo, sedentarismo, abuso de alcohol, entre otros.
- Provisión de información educativa y asesoramiento frente a los riesgos individuales y familiares encontrados como:
 - Promoción de la cesación de tabaco,
 - Prevención o intervención del abuso de alcohol,
 - Intervención del sobrepeso y obesidad,
 - Tratamiento de la dislipidemia,
 - Tratamiento de la hipertensión,
 - Tratamiento de la diabetes mellitus.
- Provisión de información de la oferta sociosanitaria manejada por la ETS y los espacios de participación en salud.
- Recomendaciones de medidas de mitigación de los riesgos encontrados como gestión de la enfermedad a través de chequeos periódicos, llevar control de la glicemia o la tensión arterial u otro signo relevante, tratamientos, efectos secundarios, signos de advertencia, entre otros.
- Provisión de información educativa y asesoramiento sobre las condiciones de salud específicas de la PMM.
- Provisión de información del CAP y CAE al que está asignado, y a toda la RISS en caso de necesitarla.
- Articulación con la promoción de la capacidad de agencia y autogestión.

5 Coordinación de la atención en las PMM

Nombre de la intervención: Coordinación de la atención en las PMM. (Meso gestión)

Tipo de intervención: Individual.

Entidad: EAPB.

Responsable: Gestor de casos de la EAPB.

Descripción general: La coordinación de la atención busca el logro de los objetivos acordados en el PAP y en el PAI a través de una red coordinada, que facilita la accesibilidad, oportunidad y calidad de las intervenciones requeridas. Este proceso implica lo siguiente:

- Identificación y seguimiento de las PMM con PAI y PAP.
- Evaluación de las mejores opciones de servicios para dar respuesta a las necesidades de salud plasmadas en ambos planes.
- Articulación entre el gestor de salud pública, el gestor clínico del CAP y CAE, los EBS, los equipos complementarios y demás profesionales de los distintos niveles de gestión y atención y sectores.
- Gestión en un acto único a través del circuito de atención la VM y otras intervenciones en la RISS.

- Uso de los recursos, y procesos disponibles y la comunicación para llevar a cabo las intervenciones previstas con la calidad adecuada y los resultados fijados en los planes.
- Seguimiento y acompañamiento a las PMM a través de un contacto cercano y periódico que permita conocer su experiencia en el circuito de atención.

Identificación de los resultados esperados

- Potenciar una respuesta unificada a través del circuito de atención de las PMM.
- Reducción de los ingresos evitables de las PMM a los servicios de urgencias por falta de acceso a los servicios ambulatorios.

Preselección de intervenciones/acciones

- Asignación de un gestor de casos a las PMM.
- Monitoreo y acompañamiento de las PMM en la atención
- Promoción del circuito de atención para la PMM.
- Articulación entre los diferentes actores en torno a las necesidades de atención de las PMM para evitar la fragmentación de la atención
- Comunicación constante entre los diferentes actores en torno a las necesidades de servicios de la PMM.
- Monitoreo y seguimiento a cambios en el PAP o PAI de la PMM.

6 Continuidad de la atención de las PMM

Nombre de la intervención: Continuidad de la atención de las PMM. (Meso gestión)

Tipo de intervención: Individual.

Entidad: EAPB.

Responsable: Gestor de casos de la EAPB.

Descripción general: La continuidad de la atención para las PMM busca que las PMM reciban las intervenciones de forma oportuna a través de una secuencia lógica y racional de servicios y tecnologías en salud con la finalidad de lograr los objetivos propuestos en el PAP y en el PAI. Esto incluye las siguientes actividades:

- *Circuito de atención:* se diseñó un circuito de atención que garantiza la continuidad de la atención durante el ingreso de las PMM al modelo en el CAP y su posterior seguimiento.
- *Autorizaciones integrales:* otro elemento clave para la continuidad es la autorización integral de servicios y el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia. De tal forma que la PMM pueda recibir las intervenciones contempladas en el PAP sin interrupciones.
- *Acceso a los servicios de urgencias:* la puerta de entrada de la PMM al CAP se realiza a través de los servicios ambulatorios. Sin embargo, podrá entrar por urgencias si su estado de salud lo amerita.

- *Cuidados transicionales de las PMM:* se requiere asegurar la continuidad de los cuidados, la coordinación entre los diferentes servicios, la comunicación entre los niveles y la RISSS, y el acompañamiento y seguimiento a las PMM. Esto se puede dar entre el egreso hospitalario en un CAE y los servicios ambulatorios o domiciliarios del CAP. El egreso de los servicios de urgencias de un CAP o un CAE a los servicios ambulatorios o domiciliarios del CAP.

Identificación de los resultados esperados

- Reducir las barreras de acceso administrativas que impiden la continuidad del cuidado al interior del CAP – CAE y en la RISS.
- Reducir los reingresos a los servicios de urgencias u hospitalarios (hospitalización general o UCI) por insuficiente nivel de cuidado.

Preselección de intervenciones/acciones

- Asignación de un gestor de casos a la PMM.
- Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia entre los CAP y CAE de la RISS.
- Fomento de las autorizaciones integrales de servicios.
- Fortalecimiento de los sistemas de traslado de la PMM.
- Adopción de un informe de continuidad de cuidados que contenga información clara, relevante, precisa y actualizada sobre la atención, el estado de salud, los riesgos, y las recomendaciones de las PMM y que busque:
 - Reducir las urgencias domiciliarias de la PMM.
 - Reducir los ingresos a urgencias evitables de la PMM.
 - Reducir los ingresos hospitalarios evitables de la PMM.
 - Reducir los ingresos a UCI / UCIM evitables de la PMM.
 - Reducir las complicaciones evitables de la PMM.
 - Reducir la mortalidad evitable de la PMM.
- Formación de las PMM, el cuidador y la familia incluyendo el uso de internet, y el plan de cuidados en el hogar durante la estancia en el hospital.
- Gestión de la atención ambulatoria como parte del egreso hospitalario.

7 Integración de la atención de la PMM

Nombre de la intervención: Integración de la atención en la PMM. (Meso gestión)

Tipo de intervención: Individual.

Entidad: EAPB.

Responsable: Gestor de casos de la EAPB.

Descripción general: la integración de los servicios busca garantizar el acceso a una atención coordinada, continua y que responda a las necesidades de las PMM. La integración de la atención para el modelo está presente de diferentes maneras:

- *Integración organizacional* a través de la RISS y los CAP y CAE coordinados por el gestor de caso para la atención de las PMM con referentes como los gestores clínicos en cada IPS.
- *Integración funcional* de funciones administrativas, como HCE interoperables en la RISS y la EAPB para garantizar el acceso directo, rápido y concomitante a la información clínica de la PMM o plataformas colaborativas y educativas entorno a la multimorbilidad entre la IPS, EAPB y ETS.
- *Integración de servicios clínicos* a nivel de CAP y CAE por medio de los equipos interprofesionales que incluyen gestores clínicos, EBS y equipos complementarios.
- *Integración clínica* de la atención brindada por los CAP en un proceso único o coherente interprofesional a través del circuito de atención.

Identificación de los resultados esperados

- Evitar la fragmentación de la atención de la PMM.
- Obviar intervenciones innecesarias en PMM.

Preselección de intervenciones/acciones

- Asignación de un gestor de casos a la PMM.
- Promoción del trabajo coordinado entre la RISS y la EPS para obviar intervenciones innecesarias en PMM que permitan:
 - Reducir las consultas innecesarias de la PMM.
 - Reducir las urgencias domiciliarias de la PMM.
 - Reducir los ingresos a urgencias evitables de la PMM.
 - Reducir los ingresos hospitalarios evitables de la PMM.
 - Reducir la duplicidad de servicios y tecnologías en PPM.
 - Reducir la morbilidad evitable de la PMM.
 - Reducir la mortalidad evitable de la PMM.
- Implementación de la HCE única, completa e interoperable entre los CAP – CAE de la RISS y la EAPB.
- Implementación de un sistema de información que registre las admisiones y el tránsito de la atención de forma eficiente para los trámites administrativos.
- Desarrollo de plataformas colaborativas y educativas entorno a la multimorbilidad entre los diferentes actores del sistema.
- Gestión de los medicamentos para las comorbilidades como parte integrada de la atención.
- Promoción del trabajo articulado entre los diferentes profesionales que lideran y conforman los EBS en cada uno de los niveles.
- Consolidación del circuito de atención.

6.2.4 Provisión de la atención desde la prestación de servicios – Gestión clínica (micro gestión)

a. Gestión integral de riesgos en salud con enfoque individual para la PMM asignada

En el contexto de atención de la multimorbilidad, la GIRS para la PMM se desarrolla en las cuatro etapas de la gestión de riesgo y sus contenidos tienen énfasis en el enfoque individual desde la gestión clínica.

1 Identificación de la PMM asignada y sus riesgos en salud

Nombre del subproceso: Identificación de la PMM asignada y sus riesgos en salud. (Micro gestión)

Entidad: IPS.

Objetivo: Identificar la PMM y sus riesgos individuales en salud.

Descripción general: se sugiere que la identificación de la PMM sea realizada por los CAP en coordinación con la EAPB. Sin embargo, como ya se explicó en el proceso de organización del circuito se abre la posibilidad de la identificación en los CAE.

En el marco de la prestación de servicios de salud de la población asignada, se toman como referentes los contenidos de la caracterización de la EAPB, que se enriquecerán posteriormente con la VM. El modelo recomienda para la tamización, identificación y seguimiento de PMM, lo siguiente:

- *Identificación de la PMM:* la identificación activa de la PMM en este nivel parte de: (i) la PMM identificada en base datos enviada por la EAPB, que debe ser cotejada, validada y complementada con la información registrada en la historia clínica, para lo cual se designa a un integrante del EBS, incluyendo la dirección y teléfono; y (ii) la PMM identificada por el CAP producto de una búsqueda activa de personas que demandan atención con diagnóstico de patologías crónicas pertenecientes a los ocho GRP y que cumplan los criterios de la población sujeto.
- *Identificación de los riesgos individuales de la PMM:* los riesgos individuales se obtienen de la VM.

Responsable: Los EBS del CAP o CAE y los agentes comunitarios.

Periodicidad: Este proceso se realizará posterior a las mesas de articulación convocadas por las EAPB. Luego, se realiza según la actualización de la base de datos de las PMM por parte de la EAPB.

Indicador: Porcentaje de IPS que identificaron las PMM y sus riesgos individuales.

2 Medición y valoración de la PMM asignada, su cuidador y sus riesgos en salud

Nombre del subproceso: Medición y valoración de la PMM asignada, su cuidador y sus riesgos en salud. (Micro gestión)

Entidad: IPS.

Objetivos: (i) Estratificar la PMM y sus riesgos en salud en función de riesgos socio familiares, de autonomía para las actividades básicas, de caídas, de las diferentes opciones terapéuticas, entre otros, y las necesidades, expectativas y preferencias en salud; (ii) valorar la sobrecarga y adopción del rol del cuidador familiar principal; y (iii) apoyar la toma de decisiones frente a las acciones individuales-

Descripción general: la evaluación integral de las personas cuenta con evidencia sólida en diferentes estudios y permitirá una aproximación holística a sus necesidades, y debe incluir la valoración clínica, funcional, cognitiva, afectiva, sociofamiliar, pronóstica, farmacológica, y de los valores, metas y prioridades de las personas beneficiarias del modelo (Junta de Andalucía, 2018). Para el caso del modelo se identifican los siguientes procesos:

- *Medición y evaluación del riesgo de las PMM:* La VM ha de incluir valoración clínica, funcional, cognitiva, afectiva, sociofamiliar, pronóstica, farmacológica, de la autogestión y de los valores-preferencias. Se utilizará una batería de instrumentos validados y pilotados en estudios realizados en Colombia con PMM (Hernández Zambrano et al., 2019; Hernández Zambrano et al., 2021; Mesa Melgarejo et al., 2022) y en el estudio piloto marco del modelo. La batería de instrumentos que se proponen son un conjunto básico de escalas prioritarias y otras escalas complementarias. En el anexo 5 se relacionan las escalas recomendadas para la VM de la PMM y en el anexo 6 las escalas recomendadas para la VM del cuidador. En este sentido, se recomienda el juicio clínico y autonomía de los EBS para decidir respecto a las escalas.

En la primera consulta, además de la VM con las escalas, es importante la valoración clínica (anamnesis y exploración física), prescripción farmacológica, solicitud de exámenes complementarios e interconsultas prioritarias según las necesidades identificadas.

Recomendaciones para facilitar la VM:

- ✓ -Adaptación cultural de las escalas (validación facial) en los territorios.
- ✓ -Inclusión de los instrumentos en la historia clínica para la gestión de la información.
- ✓ -Entrenamiento del equipo en el proceso de VM.

La VM se lleva a cabo en el CAP o CAE de referencia. Sin embargo, se recomienda en el caso de personas con dependencia severa que el proceso se haga en su domicilio; y en el caso de población rural dispersa la valoración se haga en atención extramural en espacios como brigadas de salud en los territorios.

- *Medición y evaluación de la sobrecarga y adaptación del rol del cuidado de la PMM:* Además, las personas que tengan identificada a la persona que cuida (Cuidador familiar⁴⁰), se evaluará la sobrecarga y adaptación de su rol. Para identificar al cuidador/a familiar principal se sugiere considerar los siguientes criterios (Barrera et al., 2010):
 - Persona con vínculo de parentesco o cercanía que brinda cuidados a la PMM.
 - Persona que modula todo el cuidado de la persona enferma, incluida la toma de decisiones.

En el caso de que el cuidador no se encuentre afiliado a la misma EAPB de la PMM se puede llevar a la mesa de articulación, para definir mecanismos que permitan referir para atención a cuidadores en otra EAPB.

Responsable: Los EBS y los equipos complementarios del CAP o CAE y los agentes comunitarios. Se sugiere una consulta en circuito con distribución de roles con el equipo asignado:

- -Médico referente: Valoración clínica, afectiva, mental-cognitiva, nutricional y pronóstica. Revisión de polimedicación.
- -Profesional en enfermería referente: Valoración funcional, adherencia terapéutica, agencia de autocuidado, explorar los valores y preferencias en el cuidado.
- -Trabajador social o psicología: valoración de la sobrecarga del cuidador y valoración sociofamiliar.

Periodicidad: La valoración se realizará en la primera consulta que tendrá una duración aproximada de 40 minutos. Se sugiere una consulta en circuito.

Según las recomendaciones del proceso asistencial de Atención a Pacientes pluripatológicos, se sugiere actualizar la VM (Junta de Andalucía, 2018): Tras el egreso hospitalario, identificación de nueva categoría diagnóstica, Barthel de 20 puntos y aparición de circunstancias vitales estresantes (Por ejemplo, la viudez)

Indicador: Porcentaje de IPS con PMM con VM.

3 Tratamiento y control de la PPM asignada y sus riesgos individuales en salud

Nombre del subproceso: Tratamiento y control de la PPM asignada y sus riesgos individuales en salud. (Micro gestión)

Entidad: IPS.

⁴⁰Cuidador familiar es “la persona con vínculo de parentesco o cercanía que brinda cuidados al persona en busca de compensar las disfunciones existentes, y quien en muchos casos se convierte en el actor que modula todo el cuidado de la persona enferma, incluida la toma de decisiones” (Barrera et al., 2010).

Objetivo: Controlar y tratar los principales riesgos de salud individuales de las PMM para disminuir las complicaciones y muertes por esta causa, a través del PAP.

Descripción general: La intervención o tratamiento del riesgo requiere la implementación de opciones para modificar los riesgos, hacer gestión clínica con el PAP que debe estar sustentado en el análisis de necesidades identificado en la VM y busca promover la atención centrada en la persona, la satisfacción de sus necesidades y mejorar la integralidad y el holismo en la atención a través de intervenciones individuales y se debería tener en consideración como mínimos los siguientes aspectos:

- *Gestión clínica:* busca una atención centrada en la PMM, basada en la evidencia y coordinada por el EBS, con el fin de mejorar la calidad y la eficiencia en el uso de los recursos de la atención en salud. Se realiza según GR con enfoque diferencial en PMM, teniendo en cuenta los procesos de RISS, contratación y formas de pago, y el circuito de atención; y los procesos de apoyo de la micro gestión.
- *Plan de atención personalizado:* En la revisión sistemática de literatura se identificó la importancia del PAP, y en la revisión realista y sistemática de literatura sobre la Gestión y Atención de la Multimorbilidad (Hernández Zambrano et al., 2022; Latorre Castro et al., 2022), y la Guía *NICE* de evaluación clínica y manejo de la Multimorbilidad (NICE Guideline, 2016), se señalan un conjunto de recomendaciones clave para el cambio de perspectiva en la relación clínica, desarrollo y seguimiento del PAP:

1. Identificación de objetivos y equipo de atención:

-“¿Qué es lo importante?”. Anime a la PMM a aclarar lo que es importante para ellos, incluidos sus objetivos, valores y prioridades personales. Estos pueden incluir, por ejemplo, mantenimiento de su independencia, realizar trabajo remunerado o voluntario, participar en actividades sociales y desempeñar un papel activo en la vida familiar, prevenir resultados adversos específicos (por ejemplo, accidente cerebrovascular), reducir los daños de los medicamentos, reducir la carga del tratamiento, o alargar la vida (NICE Guideline, 2016).

-Identificar el equipo interprofesional de los centros de referencia. Doce de los modelos identificados en la revisión sistemática señalan la importancia de conformar un equipo interprofesional y coordinado: equipo conformado por médico general, especialistas, profesional en enfermería, químicos farmacéuticos (Salisbury et al., 2018), terapia, psicológica (Coventry et al., 2012), entre otros.

-Elaborar un PAP integral y consensuado, basado en evidencias y en las preferencias del sujeto. La prestación de la atención se realizará de acuerdo con el PAP y esto implica lealtad al plan y revisión periódica de las metas. En la evaluación de objetivos es importante entender que no todos los objetivos de la vida son preocupaciones de salud (Hernández Zambrano et al., 2022). Así como, en algunos modelos, el PAP incluye la elaboración de un proyecto de vida para la PMM.

2. *Reconocimiento de la comunicación como característica central del cuidado centrado en la persona*

Reconocer la comunicación como característica básica del cuidado centrado en la persona para apreciar lo que el sujeto valora sobre su vida y cuáles son sus preferencias y prioridades (Hernández Zambrano et al., 2022):

- Escucha activa
- Empatía
- Reconocer los valores del sujeto (estos suelen ser estables y pueden verse como creencias fundamentales sobre uno mismo y la vida)
- Cuando el sujeto esté *“en su propio mundo brumoso”* (dolor, agudización de síntomas), esperar la desaparición de síntomas para comunicar en salud.
- Acompañamiento en la trayectoria biográfica mediante consultas repetidas (Aumento tiempo longitudinal)
- Aumento de tiempo de consulta que garantice no excluir a ningún grupo de problemas, *“abrir la caja de pandora”*.
- Exponer las expectativas que cada sujeto tiene frente a la relación que se fomenta y sus límites de cuidado y autocuidado.
- Reuniones de equipos interprofesionales en los hogares que vinculen profesionales de la atención social, como mecanismo para cerrar la brecha entre la atención aguda y comunitaria.
- Reuniones en las que participa el sujeto-familia. En este intercambio de saberes se siente reconocido por el equipo interprofesional y aprende más de su enfermedad, del manejo de síntomas, y de los cuidados profesionales que aporten en la satisfacción de sus necesidades.
- La figura del referente-facilitador, facilita las conversaciones y la atención más personal, detallada y más involucrada que los encuentros típicos con los proveedores de atención en salud.

3. *Desaprendizaje del modelo biomédico*

- Educación Interprofesional desde la formación de pregrado, como estrategia necesaria para lograr un trabajo colaborativo interprofesional centrado en la persona.
- Reconocer la importancia de una identidad profesional sólida y bien desarrollada. Comprender las habilidades y responsabilidades de los demás, el reconocimiento de sus límites y cuándo debían referirse a otros equipos.
- Modelos de formación y trabajo interprofesionales que aumenten el sentido de pertenencia al equipo, la conciencia y el respeto de los especialistas por el rol del médico (a) de familia.
- La alfabetización sanitaria debe ser bidireccional con el fin de acercar las cosmovisiones y legitimar al sujeto de cuidado – sujeto profesional para promover sus capacidades de agencia.

- Diálogo entre la evidencia científica, el conocimiento tácito del profesional y el conocimiento experiencial del sujeto de cuidado.
 - Descentrar la decisión de lo prescriptivo, flexibilizar las herramientas clínicas (GPC, protocolos, plantillas de priorización).
 - Comprender la perspectiva fenomenológica de la multimorbilidad que implica el abordaje de las necesidades existenciales, y el enfoque de DSS en la atención.
 - Reconocer los límites de la atención por parte del profesional.
 - Comprender que los objetivos de la atención son los que expone el sujeto de cuidado.
 - La educación continua es un componente transversal, y esto implica currículos de pregrado que promuevan la Educación Interprofesional.
- *Intervenciones para modificación del riesgo.* El tratamiento de la PMM busca la modificación del riesgo a través de acciones costo efectivas aplicadas por personal de salud e IPS y dirigidas a la PMM y se realiza con: intervenciones individuales y colectivas que corresponden a actividades, intervenciones, procedimientos, y medicamentos, dirigidas a la PMM sus familias y cuidadores, con el fin de la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la educación para la salud individual, grupal o familiar, el diagnóstico, y el tratamiento de la enfermedad, la rehabilitación y la paliación, a cargo de la EAPB y establecidas en el PBS. (Ver intervenciones recomendado)

Responsable: Los EBS y los equipos complementarios del CAP o CAE y los agentes comunitarios.

Periodicidad: La consulta inicial y los seguimientos se realizarán en el CAP o CAE de referencia, según la disponibilidad del equipo en la RISS del territorio y la complejidad de los casos. Este modelo propende por la responsabilidad compartida entre el CAP y CAE de referencia en cada territorio para coordinar la atención.

El CAP de referencia convocará las juntas interprofesionales periódicamente (Por ejemplo, quincenal o mensualmente).

La modalidad virtual facilita el desarrollo de la junta con profesionales de diferentes proveedores de atención.

Indicador: Porcentaje de IPS con PAP consensuados con las PMM.

4 Monitoreo y evaluación de la PMM y sus riesgos individuales en salud individuales

Nombre del subproceso: Monitoreo y evaluación de la PMM. (Micro gestión)

Entidad: IPS.

Objetivo: Monitorear y evaluar los principales riesgos clínicos de la PMM.

Descripción general: El monitoreo y evaluación de procesos y resultados de la atención incluye la verificación y seguimiento regular o con la periodicidad específica de las intervenciones individuales previstas en el PAP y sus efectos; obtener información adicional con el fin de afinar la VM; analizar y aprender lecciones a partir de la GIRS orientación del gasto hacia la prevención efectiva de las complicaciones; vigilancia de la gestión del riesgo en PMM; e identificación de riesgos emergentes a través del monitoreo en las consultas de seguimiento y las intervenciones de apoyo diagnóstico y terapéutico.

El propósito es el de generar capacidad para alcanzar los objetivos generales y específicos del PAP. Se sugiere un conjunto de indicadores de recursos, procesos, producto, efecto e impacto del modelo que se encuentran en el capítulo de gestión de resultados. Estos se pueden adoptar, adaptar y adicionar según las necesidades.

Al año de implementación del modelo se evalúa la consecución de los objetivos y resultados, la necesidad de cambiarlos o de identificar si los objetivos, necesidades y actividades deben mantenerse o, de lo contrario, necesitan ser cambiados.

Responsable: Los EBS del CAP o CAE y los agentes comunitarios.

Periodicidad: Monitoreo mensual y evaluación anual.

Indicador: Porcentaje de IPS que realizaron monitoreo y seguimiento a las PMM y sus riesgos clínicos.

b. Gestión clínica de las personas con multimorbilidad

1 Plan de atención personalizado (PAP)

Nombre del plan: Plan de atención personalizado (PAP). (Micro gestión)

Tipo de gestión: Gestión clínica.

Entidad: IPS.

Objetivo: Contribuir a la mejora del bienestar, la calidad de vida, la equidad y el goce efectivo del derecho a la salud de la PMM, su cuidador, y su familia.

Descripción general: el PAP es el plan de cuidados individual en el marco de la gestión clínica que contiene intervenciones individuales que propende por la toma de decisiones compartidas. Se realizará a través de la junta interprofesional integrada por el equipo de salud de los CAP y CAE referentes, y está basado en el consenso entre el equipo de profesionales responsables de la atención interprofesional, la PMM (Junta de Andalucía, 2018) y su cuidador familiar. En este proceso es importante aclarar y revisar periódicamente con la persona sí y cómo le gustaría que sus cuidadores familiares participen en las decisiones clave sobre el manejo de sus condiciones, y sí el persona está de acuerdo en compartir información clínica (Junta de Andalucía, 2018).

El PAP se realizará basado en el consenso entre el equipo de profesionales responsables de la atención interprofesional y la PMM, incorporando al cuidador familiar si la persona

está de acuerdo. Este debe estar sustentado en el análisis de las necesidades identificadas en la VM. Es imprescindible que en la junta interprofesional, el equipo de salud las priorice para el diseño del PAP, de acuerdo con las necesidades identificadas y los valores y preferencias de la persona.

El plan deberá incluir los siguientes componentes (Servicio Andaluz de Salud, 2016):⁴¹

- Anticipar y delinear problemas
- Definir metas y objetivos
- Consensuar el plan de acción
- Documentar
- Coordinar
- Soporte
- Revisión

Los objetivos de la atención deberán ser concretos, alcanzables, relacionados, en la medida de lo posible, con las necesidades detectadas, y atendiendo a criterios de prevención y de intervención.

Instrumentos: el modelo de informe para el PAP se encuentra en la Guía de recomendaciones de autocuidado y autogestión y PAP del modelo. (Ver Anexo 8). Este se recomienda:

- Se entregue a la persona y su cuidador familiar
- Se redacte en primera persona, en lenguaje comprensible y adaptado al nivel cultural de la población, y se comparta en un formato accesible con la persona.
- Se adapte al lenguaje de las personas en cada territorio. Debe ser legible, y traducida para las comunidades indígenas o grupos étnicos.
- Se compa con la EAPB como insumo para la GIRS; coordinación de la derivación a programas y a otros proveedores y gestionar las barreras administrativas.

A continuación, se describen un conjunto de recomendaciones individuales, resultados en salud e intervenciones basadas en la evidencia, que son esenciales para la atención de la multimorbilidad. Es imprescindible que en la junta interprofesional el equipo de salud las priorice para el diseño del PAP, de acuerdo con las necesidades identificadas y los valores y preferencias de la persona. Estas recomendaciones se sustentan en la síntesis de evidencias de las revisiones sistemática y realista de literatura y se armonizan con guías y protocolos clínicos de atención a la cronicidad utilizados en el país.

Responsable: Gestor clínico de la IPS, en conjunto con el EBS, el equipo complementario, y los miembros de la junta interprofesional.

⁴¹ El Servicio Andaluz de Salud describe sistemáticamente el proceso y recursos para la elaboración del PAP. Se sugiere la revisión del documento con los equipos referentes del CAP y CAE: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Plan de Acción Personalizado en Pacientes Pluripatológicos o con Necesidades Complejas de Salud Recomendaciones para su elaboración. Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2016.

Indicador: Porcentaje de PMM que cuenta con el PAP.

2 Planificación compartida de la atención (PCA)

Nombre de la intervención: Planificación compartida de la atención (PCA) (Micro gestión)

Tipo de intervención: Individual (Micro gestión)

Entidad: IPS.

Responsable: Gestor clínico de la IPS.

Descripción general: la PCA se entiende como “un proceso comunicativo-deliberativo, relacional y estructurado, que facilita la reflexión y la comprensión de la vivencia de la enfermedad y el cuidado de las personas implicadas, centrado en la persona que afronta una trayectoria de enfermedad, para identificar y expresar sus valores, preferencias y expectativas de atención. Su objetivo es promover la toma de decisiones compartida en relación con el contexto actual y los retos futuros de atención, como en aquellos momentos en que la persona no sea competente para decidir.” (Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención, 2023). Este proceso lo puede liderar el médico o profesional en enfermería referente del c, y se debe realizar cuando la PMM tenga capacidad para decidir.

Identificación de los resultados esperados:

- Favorecer la toma de decisiones compartidas en la atención.
- Mejorar la atención al final de vida.

Preselección de intervenciones/acciones:

- La PCA debería recoger valores relevantes y preferencias sanitarias de carácter general o indicaciones concretas (preferencias e indicaciones para el cuidado, sobre el final de vida y la donación de órganos y tejidos, elección del representante, ritos funerarios).
- Se realizará, siempre que la persona lo permita, con apoyo de una persona de su confianza que puede ser designado como su representante legal.
- Se sugiere revisar la resolución 2665 del 2018, que recoge los lineamientos para la suscripción del Documento de Voluntades Anticipadas en Colombia.
- Según el documento de Atención a Pacientes Pluripatológicos (Junta de Andalucía, 2018) se recomienda iniciar el proceso de PCA ante: *“Hospitalización prolongada o ingresos reiterados en los últimos seis meses, cambio en las expectativas de tratamiento, Alto grado de dependencia, Deterioro progresivo o situación terminal”*.

3 Promoción de la capacidad de agencia (autocuidado y autogestión) en la PMM

Nombre de la intervención: Promoción de la capacidad de agencia (autocuidado y autogestión) en la PMM (Micro gestión)

Tipo de intervención: Individual (Micro gestión)

Entidad: IPS.

Responsable: Profesional en enfermería referente.

Descripción general: como se mencionó en el atributo de agencia, es imprescindible mejorar la capacidad de autocuidado y autogestión en las PMM. En este sentido, es importante (Hernández Zambrano et al., 2022):

- Ayudar a las personas a identificar las prioridades de salud que se relacionan con la persona en su totalidad
- -Reconocer al sujeto desde un enfoque de capacidades y no de limitaciones.
- -Legitimar el poder del sujeto sobre su propio cuerpo.
- -Ceder las acciones de cuidado familiar, reconociendo los límites de la familia en el cuidado de la enfermedad y su potencial en el cuidado de la salud (contexto social, espiritual, emocional) Se ayudará a la persona en la comprensión de la información relacionada con su conjunto de condiciones crónicas específicas y así aprender las estrategias de autocuidado (Junta de Andalucía, 2018).

Como evidencias de la revisión sistemática de literatura que reportan temas de autogestión, se menciona la importancia de brindar opciones para que las personas y sus familias mejoren su autogestión utilizando el asesoramiento de salud y recordatorios para vivir de manera más independiente y con una capacidad mejorada de autocuidado y autoeficacia por ejemplo, computadoras, tabletas, mHealth y dispositivos portátiles /tecnologías de asistencia.

Identificación de los resultados esperados:

- Favorecer la capacidad de agencia de autocuidado y autogestión.
- Potenciar la esperanza y la alegría de vivir.

Preselección de intervenciones/acciones:

- Se recomienda utilizar como instrumento en la VM la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado, que permite medir la operatividad de la capacidad de autocuidado reportada por una persona (Anexo 5 y 6. Escalas recomendadas para la VM).
- Identificar los valores y preferencias de la persona.
- Incluir una discusión sobre: salud mental, cómo la carga de la enfermedad afecta su bienestar, cómo interactúan sus problemas de salud y cómo esto afecta la calidad de vida (NICE Guideline, 2016).
- Educación terapéutica para promover la agencia de autocuidado y autogestión.
- Educación para fortalecer los procesos de resiliencia, adaptación y las estrategias de afrontamiento
- Desarrollo y vinculación en programas con personas expertas para fortalecer las habilidades del cuidado de sí, y los procesos de resiliencia, adaptación y las estrategias de afrontamiento.
- Movilización de activos comunitarios que favorezcan el autocuidado y autogestión.
- Fortalecimiento de la red de apoyo social movilizando activos comunitarios.

4 Optimización farmacoterapéutica

Nombre de la intervención: Optimización farmacoterapéutica (Micro gestión)

Tipo de intervención: Individual (Micro gestión)

Entidad: IPS.

Responsable: Químico farmacéutico.

Descripción general: las intervenciones propuestas para la optimización farmacoterapéutica se sumarán a la “buena prescripción” (Junta de Andalucía, 2018). Se sugiere contar con el químico farmacéutico en las juntas interprofesionales que apoye la toma de decisiones para la conciliación terapéutica:

Identificación de los resultados esperados:

- Reducir la carga del tratamiento y la polimedicación extrema.
- Mejorar la conciliación medicamentosa.

Preselección de intervenciones/acciones:

- Revise los medicamentos y otros tratamientos teniendo en cuenta la evidencia de los beneficios y daños probables para la persona y los resultados importantes para la persona (NICE guideline, 2016)
- Valore los riesgos y beneficios para la PMM, de los tratamientos individuales recomendados en GPC de enfermedades específicas. Discuta esto con la persona junto con sus preferencias de atención y tratamiento (NICE guideline, 2016).
- Establezca la carga del tratamiento hablando con las personas sobre cómo los tratamientos para sus problemas de salud afectan su vida cotidiana. Incluir en la discusión: la cantidad y el tipo de medicamentos que toma una persona y con qué frecuencia, cualquier daño de los medicamentos, tratamientos no farmacológicos como dietas, programas de ejercicio y tratamientos psicológicos, cualquier efecto del tratamiento en su salud mental o bienestar (NICE guideline, 2016).
- Intervenciones para reducir la carga del tratamiento y optimizar la atención y el apoyo mediante la identificación de formas de maximizar el beneficio de los tratamientos existentes, tratamientos que podrían suspenderse debido al beneficio limitado, tratamientos y arreglos de seguimiento con una alta carga, medicamentos con un mayor riesgo de eventos adversos (por ejemplo, caídas, hemorragia gastrointestinal, lesión renal aguda), tratamientos no farmacológicos como posibles alternativas a algunos medicamentos (NICE guideline, 2016).
- Intervenciones para la conciliación del tratamiento (Junta de Andalucía, 2018).
- Intervenciones para la mejora de la adherencia (Junta de Andalucía, 2018).
- Intervención sobre el control de las interacciones y alergias (Junta de Andalucía, 2018).
- Educación terapéutica para la autogestión de la persona y/o persona que cuida (Junta de Andalucía, 2018).

- Es prioritaria la participación de la persona en las decisiones sobre medicamentos y la comprensión del conocimiento, las creencias y las preocupaciones del persona sobre los medicamentos (NICE guideline, 2016).

5 Rehabilitación y medidas de preservación funcional y cognitiva

Nombre de la intervención: Rehabilitación y medidas de preservación funcional y cognitiva (Micro gestión)

Tipo de intervención: Individual (Micro gestión)

Entidad: IPS.

Responsable: Terapeuta físico.

Descripción general: son acciones dirigidas a prevenir y tratar condiciones de fragilidad, discapacidad y dependencia. Los programas de actividad física deben propender por integrar intervenciones para prevenir y abordar la condición de fragilidad conjuntamente con la realización de programas de rehabilitación generales y específicos para las enfermedades y patologías concretas de la PMM (Junta de Andalucía, 2018).

Identificación de los resultados esperados:

- Prevenir y abordar la fragilidad y el deterioro funcional (Junta de Andalucía, 2018).
- Mejorar el estado cognitivo y fomentar el bienestar emocional (Junta de Andalucía, 2018).

Preselección de intervenciones/acciones:

- Abordaje de la fragilidad (Junta de Andalucía, 2018).
- Estar alerta a la posibilidad de depresión y ansiedad (considere identificar, evaluar y manejar estas condiciones de acuerdo con las guías sobre problemas comunes de salud mental); dolor crónico y la necesidad de evaluar este y la adecuación del manejo del dolor (NICE guideline, 2016).
- Referencia a programas generales de rehabilitación, preservación funcional y cognitiva (Junta de Andalucía, 2018).
- Referencia a programas específicos de rehabilitación, preservación funcional y cognitiva (rehabilitación cardíaca, respiratoria, cognitiva, ERC) (Junta de Andalucía, 2018).
- Derivación a programas de cuidados paliativos.

6 Cuidados transicionales hospital-hogar

Nombre de la intervención: Cuidados transicionales hospital-hogar (Micro gestión)

Tipo de intervención: Individual (Micro gestión)

Entidad: IPS.

Responsable: Gestor clínico.

Descripción general: las transiciones en el cuidado ocurren cuando las PMM s se transfieren entre escenarios y entre proveedores de cuidados de salud. El tránsito de un hospital al hogar para recibir cuidados es un ejemplo del cuidado transicional (Naylor y Toles, 2021) y es habitual en las personas en situación de multimorbilidad. En la revisión sistemática se identificó el estudio de Morkisch et al. (2020), que sugieren que, para el éxito de la transición, las intervenciones esenciales podrían ser: evaluación del alta y planificación de la atención, comunicación con el proveedor, preparación de la persona y del cuidador para la transición de cuidado, armonización de medicamentos en la transición, basados en la comunidad de seguimiento y en la educación en autocuidado de la persona (Allen, 2014; Naylor, 1999). Intervenciones como la medicación, y su armonización se han relacionado con la reducción eventos asociados con la falta de adherencia a la medicación después del egreso hospitalario (Coleman, 2003). La reducción de eventos adversos también se ha relacionado con intervenciones con un enfoque interprofesional y mejor comunicación entre profesionales de la salud durante la transición de la persona al hogar (Naylor, 1994).

Todos los profesionales que participan en las transiciones deben cooperar con la PMM y sus cuidadores familiares para desarrollar un plan de egreso que apoye las necesidades de la persona, que procure su seguridad y la continuidad de cuidados. Así mismo, procuraran una comunicación efectiva para compartir la información de la PMM entre los miembros del equipo interprofesional durante la transición de cuidados y en el seguimiento (Junta de Andalucía, 2018).

Identificación de los resultados esperados:

- Favorecer la transición de los cuidados hospital-hogar de la PMM.
- Incentivar el seguimiento de la PMM luego del egreso hospitalario.

Preselección de intervenciones/acciones:

- VM.
- Planificación del cuidado. Definiendo objetivos e intervenciones
- Coordinación de los servicios pertinentes.
- Elaboración de un plan de cuidados transicional, plan de egreso siguiendo el modelo del PAP.
- Favorecimiento de la interoperabilidad de la información clínica entre los diversos profesionales y proveedores de atención y la continuidad y seguimiento en la atención a través de visitas domiciliarias, seguimiento telefónico o por teleconsulta al egreso (Junta de Andalucía, 2018).
- Incremento del apoyo educativo y modificaciones de conductas coordinadas entre diversos profesionales y niveles asistenciales implicados (Junta de Andalucía, 2018).
- Mejoramiento de la comunicación entre los diversos profesionales de los diferentes niveles asistenciales implicados (Junta de Andalucía, 2018).
- Seguimiento por teleconsulta al egreso.

7 Atención integral al cuidador

Nombre de la intervención: Atención integral al cuidador. (Micro gestión)

Tipo de intervención: Individual (Micro gestión)

Entidad: IPS.

Responsable: Gestor clínico.

Descripción general: cuidados orientados a valorar y abordar las necesidades del cuidador familiar de la persona en situación de multimorbilidad. Convertirse en un cuidador familiar de una persona con cronicidad compleja, implica la transición hacia un nuevo rol y puede vivenciarse como una imposición de la vida (Pavarini et al., 2008), factor que se complejiza porque los cuidadores familiares habitualmente no están preparados para asumir el nuevo rol (Chaparro-Díaz et al., 2016; Eterovic Díaz et al., 2015). Como consecuencia los cuidadores conviven con sobrecarga, que se manifiesta por cansancio físico, estrés, angustia, insomnio, sentimientos de soledad, rabia, impotencia (Martínez Pizarro, 2020), entre otros síntomas.

Sin embargo, los roles pueden ser aprendidos y por tanto es necesario avanzar en el reconocimiento del sujeto que cuida, y promover en el marco del modelo el desarrollo de intervenciones que favorezcan una transición favorable de la adopción del rol (Meleis, 2010; Chaparro-Díaz, 2022) y minimicen la sobrecarga del cuidador familiar.

Estas intervenciones deben propender por el desarrollo de nuevas habilidades, relaciones y estrategias de afrontamiento (Carrillo González et al., 2014; Nabors et al., 2013) que favorezcan la capacidad de agencia del cuidador familiar. Además, es esencial ceder las acciones de cuidado familiar, reconociendo los límites de la familia en el cuidado de la enfermedad y su potencial en el cuidado de la salud (contexto social, espiritual, emocional) (Hernández-Zambrano et al., 2022). En este contexto, el reconocimiento del cuidador le otorga un papel activo y co-responsable, y legitima sus saberes y habilidades como agente del cuidado de sí y del cuidado de la PMM.

Identificación de los resultados esperados:

- Reducir la sobrecarga del cuidador familiar.
- Mejorar la adaptación del rol del cuidador familiar.

Preselección de intervenciones/acciones:

- Valoración de la sobrecarga y adaptación del rol del cuidador familiar. (Anexo 6). Escalas recomendadas para la VM).
- Desarrollo de intervenciones educativas individuales y grupales para reducir la sobrecarga del cuidador familiar y mejorar la adaptación al rol.
- Derivación a programas de cuidado a los cuidadores y redes de apoyo social identificadas en el mapeo de activos en salud.

7 Referencias Bibliográficas

- Åberg, C., Gillsjö, C., Hallgren, J., & Berglund, M. (2020). "It is like living in a diminishing world": older persons' experiences of living with long-term health problems - prior to the STRENGTH intervention. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1747251. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1747251>
- Agborsangaya CB, N. E. (2013). *Multimorbidity prevalence in the general population: the role of obesity in chronic disease clustering*. *BMC Public Health.*, 131161.
- Aggarwal, P., Woolford, S. J., & Patel, H. P. (2020). *Multi-Morbidity and Polypharmacy in Older People: Challenges and Opportunities for Clinical Practice*. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 5(4), 85. <https://doi.org/10.3390/geriatrics5040085>
- Alarcón T, G.-M. J. (1998). *La escala socio familiar de Gijón, elemento útil en el hospital general*. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 33:178–9.
- Alfaro Lara ER, V. C. (2012). *Selection of tools for reconciliation, compliance and appropriateness of treatment in patients with multiple chronic conditions*. *Eur J Intern Med.*, 23:506–12.
- Alfonso-Sierra, E., Amaya Valdivieso, M.H., Arcila Carabalí, A., Bolívar Vargas, M.C., Bonilla Torres, J., Hernández Zambrano S.M., Hurtado Cárdenas, G.E., Iunes, R., Porras Ramírez, A. (2022). *Proyecto Mejora de la gestión de los servicios de salud para pacientes con múltiples enfermedades crónicas en tres países de América Latina - Brasil, Colombia y Uruguay. Prueba piloto – Colombia. Resultados y Evaluación*. Banco Mundial, Ministerio de Salud y Protección Social.
- Alfonso-Sierra, E., Arcila Carabalí, A., Bolívar Vargas, M.C., Bonilla Torres, J., Iunes, R., Latorre Castro, M.L., Porras Ramírez, A. y Urquijo Velásquez, L. (2018). *Situación de multimorbilidad en Colombia, 2012-2016*. Banco Mundial, Ministerio de Salud y Protección Social.
- Allen J, H. A. (2014). *Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review*. *BMC Health Serv Res*, 14:346.
- Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R., & Livingston, P. M. (2014). *Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review*. *BMC health services research*, 14, 346. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-346>
- Alonso-Morán, E., Nuño-Solinis, R., Onder, G., & Tonnara, G. (2015). *Multimorbidity in risk stratification tools to predict negative outcomes in adult population*. *European journal of internal medicine*, 26(3), 182–189. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.02.010>
- Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención. (2023). *Planificación Compartida de la Atención*. Recuperado el 17 de marzo del 2023 de <https://aepca.es/>
- Backman, C., Stacey, D., Crick, M., Cho-Young, D., & Marck, P. B. (2018). *Use of participatory visual narrative methods to explore older adults' experiences of managing multiple chronic conditions during care transitions*. *BMC health services research*, 18(1), 482. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3292-6>
- Balaban RB, W. J. (2008). *Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study*. *J Gen Intern Med.*, 23(8):1228–33.
- Bandura. (1977). *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychol Rev.*, 84:191–215.

- Barbabella, F., M. G. (2017). *How Can eHealth Improve Care for People with Multimorbidity in Europe?* Brucelas: European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems and Policies Analysis.
- Barnett K, M. S. (2012). *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*. Lancet, 380:37-43.
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. (2012). *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*. Lancet, 380:37-43.
- Barrera, L., Pinto, N., & Sánchez, B. (2008). *Hacia la construcción de un modelo de cuidado de cuidadores de personas con enfermedad crónica*. Actualizaciones en Enfermería, 11(2), 22-28.
- Barrera, L., Pinto, N., Sánchez, B., Carrillo, G., & Chaparro Díaz, L. (2020). *Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*. Bogotá: Unibiblos. http://www.uneditorial.net/uflip/Cuidando_a_los_cuidadores/pubData/source/UNAL_Cuidando_a_los_cuidadores.pdf
- Barrera-Ortiz, L., Carrillo-González, G. M., Chaparro-Díaz, L., Afanador, N. P., & Sánchez-Herrera, B. (2011). *Soporte social con el uso de TIC's para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*. Revista de Salud Pública, 13(3), 446-457.
- Barry PJ, e. a. (2007). *START (screening tool to alert doctors to the right treatment)-an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients*. Age Ageing., 36(6):632–8.
- Batista, S. R. (2020). *Comportamentos de proteção contra COVID-19 entre adultos e idosos brasileiros que vivem com multimorbidade: iniciativa ELSI-COVID-19*. Cad. Saúde Pública, 36, suppl.3, e00196120.
- Baturone MO, Á. T. (2007.). *Atención al paciente pluripatológico. Proceso asistencial Integrado*. Sevilla: 2a ed. Consejería de Salud.
- Bayliss EA, E. A. (2008). *Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities*. Fam Pract, 25: 287–93.
- Bayliss EA, E. J. (2009). *Seniors' self-reported multimorbidity captured biopsychosocial factors not incorporated into two other data-based morbidity measures*. J Clin Epidemiol, 62:550–7.
- Beeler PE, B. D. (2014). *Clinical decision support systems*. Swiss Med Wkly., 144: w14073.
- Benbassat J, T. M. (2000). *Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations*. Arch Intern Med., 160(8):1074–81.
- Berntsen, G., Høyem, A., Lettrem, I., Ruland, C., Rumpsfeld, M., & Gammon, D. (2018). *A person-centered integrated care quality framework, based on a qualitative study of patients' evaluation of care in light of chronic care ideals*. BMC health services research, 18(1), 479. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3246-z>
- Berthelsen, C.B., J. K. (2015). *The content, dissemination and effects of case management interventions for informal caregivers of older adults: A systematic review*. Int J Nurs Stud., pp. 988-1002.
- Beuscart JB, e. a. (2017). *A systematic review of the outcomes reported in trials of medication review in older patients: the need for a core outcome set..* Br J Clin Pharmacol., 83(5):942–52.
- Bice TW, B. S. (1977). *A quantitative measure of continuity of care*. Med Care, 15: 347–49.

- Boeckxstaens, P., Brown, J. B., Reichert, S. M., Smith, C., Stewart, M., & Fortin, M. (2020). *Perspectives of specialists and family physicians in interprofessional teams in caring for patients with multimorbidity: a qualitative study*. CMAJ open, 8(2), E251–E256.
- Boehmer, K. R., Guerton, N. M., Soyring, J., Hargraves, I., Dick, S., & Montori, V. M. (2019). *Capacity Coaching: A New Strategy for Coaching Patients Living With Multimorbidity and Organizing Their Care*. Mayo Clinic proceedings, 94(2), 278–286. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.08.021>
- Bolívar Vargas, M.C, Latorre Castro, M.L., Iunes, R., Porras Ramírez, A. (2021). *Propuesta de modelo de gestión y atención para personas con multimorbilidad en Colombia. Estudio Fase II. Revisión de la literatura nacional e internacional sobre los modelos de gestión y atención de pacientes con multimorbilidad. Componente: Efectividad clínica*. Banco Mundial, Ministerio de Salud y Protección Social
- Bolívar Vargas, M.C., Hernández Zambrano S.M., Hurtado Cárdenas, G.E., Latorre Castro, M.L., Porras Ramírez, Bonilla Torres, J., (2021). *Propuesta de modelo de gestión y atención para personas con multimorbilidad en Colombia. Estudio Fase II. Experiencias exitosas en la gestión de la atención de pacientes con multimorbilidad en Colombia. Estudio mixto con fase cualitativa y fase cuantitativa*. Banco Mundial, Ministerio de Salud y Protección Social.
- Bolívar Vargas, M.C., Hernández Zambrano S.M., Iunes, R. (2021). *Propuesta de modelo de gestión y atención para personas con multimorbilidad en Colombia. Estudio Fase II. Revisión de la literatura nacional e internacional sobre los modelos de gestión y atención de pacientes con multimorbilidad. Componente: Gestión y atención*. Banco Mundial, Ministerio de Salud y Protección Social
- Bolívar Vargas, M.C., Hurtado Cárdenas, G.E., Iunes, R. (2021). *Propuesta de modelo de gestión y atención para personas con multimorbilidad en Colombia. Estudio Fase II. Revisión de la literatura nacional e internacional sobre los modelos de gestión y atención de pacientes con multimorbilidad. Componente: Financiero*. Banco Mundial, Ministerio de Salud y Protección Social
- Bonomi, A., Wagner, E., Glasgow, R., & Von Korff, M. (2022). *Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A practical tool to measure quality improvement*. Health. Serv. Res., 37, 791-820.
- Boult C, R. L. (2011). *The Effect of Guided Care Teams on the Use of Health Services: Results From a Cluster-Randomized Controlled Trial*. Arch Intern Med, 171: 460–466.
- Bowers Newton L. et. al. “*Actuarial Mathematics*.” The Society of Actuaries. Second Edition.1997.
- Boyd CM, F. M. (2010). *Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design?* Public Health Rev., 32:451-74.
- Braillard, O., Slama-Chaudhry, A., Joly, C., Perone, N., & Beran, D. (2018). *The impact of chronic disease management on primary care doctors in Switzerland: a qualitative study*. BMC family practice, 19(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0833-3>
- Bratzke LC, M. R. (2015). *Selfmanagement priority setting and decision-making in adults with multimorbidity: a narrative review of literature*. Int J Nurs Stud. , 52:744–55.
- Buffel du Vaure C, D. A. (2016). *Exclusion of patients with concomitant chronic conditions in ongoing randomised controlled trials targeting 10 common chronic conditions and registered at ClinicalTrials.gov: a systematic review of registration details*. BMJ Open., 6:e012265.

- Caballero Otálora, A.M., et al. (2021). *Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2022*. Ministerio de la Protección Social.
- Campbell M, F. R. (2000). *Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health*. BMJ., 321:694–6.
- Campo-Arias, C. G.-A. (2009). *Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial*. Universitas Psychologica, 10 (3), 735-743.
- Cano Arana, A., González Gil, T., y Cabello López, J.B. *Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo*. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. (2010). Cuaderno III (pp. 3-8). Alicante: CASPe.
- Carretero, S. (2015). *Technology-enabled services for older people living at home independently: lessons for public long-term care authorities in the EU Member States*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Carrillo González, G.M., Ortiz Barrera, L., Herrera Sánchez, B., Carreño Moreno, S.P., & Chaparro Díaz, L (2014). *Efecto del programa de habilidad de cuidado para cuidadores familiares de niños con cáncer*. Rev Colomb Cancerol, 17(4), 168. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123901513701690> DOI: 10.1016/S0123-9015(13)70169-0
- Castaño, R (2015). *Riesgo primario, riesgo técnico y riesgo operacional: Elementos básicos y definiciones*. Revista Conexión, Año 4, número 8, Enero-Abril.
- Castaño, R.A. (2011). *Mecanismos de Pago a Prestadores de Servicios de Salud*. Cali: Documento no publicado facilitado por COOMEVA EAPB
- Castelnuovo, G., Mauri, G., Simpson, S., Colantonio, A., Goss, E., (2015). *New technologies for the management and rehabilitation of chronic diseases and conditions*. BioMed Research International.
- Cerquera Córdoba A. M., Tiga Loza, D. C., Álvarez Anaya, W. A., Dugarte Peña. E., Jaimes Espíndola, L. R., Plata Osma, L. J., (2022). *Ensayo controlado aleatorizado de un programa multicomponente para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer*. Revista Cuidarte. 2021;12(2):e2002. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte>.
- Chandraratne, N. K., Pathirathna, K., Harrison, C., & Siriwardena, A. N. (2018). *A comparison of policies and guidelines related to multimorbidity in the UK, Australia and Sri Lanka*. Australian journal of general practice, 47(1-2), 14–19. <https://doi.org/10.31128/AFP-09-17-4346>
- Chaparro-Díaz, L., Barrera-Ortiz, L., Vargas-Rosero, E., & Carreño-Moreno, S.P. (2016). *Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia*. Rev Cienc Cuidad, 13(1), 72-86. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/736/718>
- Chaparro-Díaz, L., Carreño-Moreno, S., & Rojas-Reyes J. (2022). *Adopting the Role of Caregiver of Chronic Patients: Specific Situation Theory*. Aquichan, 22(4), e2242. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.2>
- Chaplin K, P. B.-S. (2018). *Understanding usual care for patients with multimorbidity: baseline data from a cluster-randomised trial of the 3D intervention in primary care*. BMJ Open, 1-13.
- Charles, A., (2018.). *A Year of Integrated Care Systems: Reviewing the Journey So Far*. The King's Fund.

- Charlson ME, P. P. (1987). *A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation*. J Chronic Dis., 40:373–83.
- Chehade, M. J., Yadav, L., Jayatilaka, A., Gill, T. K., & Palmer, E. (2020). *Personal digital health hubs for multiple conditions*. Bulletin of the World Health Organization, 98(8), 569–575. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.249136>
- Cid-Ruzafa, J. y.-M. (1997). *Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel*. Rev. Esp. Salud Publica [online]., vol.71.
- Clemson L, L. N. (2016). *Occupational therapy Predischarge home visits in acute hospital care: a randomized trial*. J Am Geriatr Soc., 64(10):2019–26.
- Coleman E. A. (2003). *Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs*. Journal of the American Geriatrics Society, 51(4), 549–555. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51185.x>
- Coleman EA, P. C. (2006). *The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial*. Arch Intern Med., 166(17):1822–8.
- Cooper JA, e. a. (2015). *Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review*. BMJ Open., 5(12):e009235.
- Copeland, J.A. (2020). *The experiences of Family Medicine teachers and Family Medicine residents in multimorbidity care and education*. Ontario: The University of Western Ontario.
- Corbett TK, Cummings A, Lee K, Calman L, Fenerty V, Farrington N, Lewis L, Young A, Boddington H, Wiseman T, Richardson A, Foster C, Bridges J. *Planning and optimising CHAT&PLAN: A conversation-based intervention to promote person-centred care for older people living with multimorbidity*. PLoS One. 2020 Oct 16;15(10):e0240516. doi: 10.1371/journal.pone.0240516. PMID: 33064764; PMCID: PMC7567392.
- Coventry P, L. K. (2015). *Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease*. BMJ, 350: h638.
- Coventry PA, L. K. (2012). *Collaborative Interventions for Circulation and Depression (COINCIDE): study protocol for a cluster randomized controlled trial of collaborative care for depression in people with diabetes and/ or coronary heart disease*. Trials, 13: 139.
- Cuesta Benjumea, C. (2004). *Cuidado Artesanal: la invención ante la adversidad*. Medellín: Universidad de Antioquia. Pág. 4-5
- Daker-White, G., Hays, R., Blakeman, T., Croke, S., Brown, B., Esmail, A., & Bower, P. (2018). *Safety work and risk management as burdens of treatment in primary care: insights from a focused ethnographic study of patients with multimorbidity*. BMC family practice, 19(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0844-0>
- Damarell, R. A., Morgan, D. D., & Tieman, J. J. (2020). *General practitioner strategies for managing patients with multimorbidity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research*. BMC Fam Pract 21, 131. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01197-8>
- DANE. *Censo nacional de población y vivienda 2018*. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/donde-estamos>

- Demiris, N. C. (2015). *A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers*. Journal of Telemedicine and Telecare, 37-44.
- Department of Health. (2015). *National Schedule of Reference Costs*. Department of 2015 (<https://www.gov.uk/government/collections/nhs-referencecosts>). Londres.
- Derogatis LR, C. P. (1977). *Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation*. J Clin Psychol, 33: 981–9.
- Deschodt M, L. G. (2020). *Core components and impact of nurse-led integrated care models for home-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis*. Int J Nurs Stud., May;105:103552.
- Deschodt, M., Laurent, G., Cornelissen, L., Yip, O., Zúñiga, F., Denhaerynck, K., Briel, M., Karabegovic, A., De Geest, S., & INSPIRE consortium (2020). *Core components and impact of nurse-led integrated care models for home-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis*. International journal of nursing studies, 105, 103552. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103552>
- Devlin N, S. K. (2016). *Valuing Health-Related Quality of Life: An EQ-5D-5L Value Set for England*. Londres: Office of Health Economics.
- Díaz Monroy, L.G., (2002) “*Estadística Multivariada: Inferencia y Métodos*”. Universidad Nacional de Colombia. Primera edición
- Díaz, Eterovic C., Mendoza Parra, S., & Sáenz Carrillo, K. (2015). *Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes*. Enferm Glob, 14(2), 235–248. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/198121/174111>
- Djalali S, e. a. (2015). *Undirected health IT implementation in ambulatory care favors paper-based workarounds and limits health data exchange*. Int J Med Inform., 84(11):920–32.
- Dreischulte T, D. P. (2016). *Safer prescribing—a trial of education, informatics, and financial incentives*. N Engl J Med, 374: 1053–64.
- Duncan P, M. M. (2018). *Development and validation of the Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire (MTBQ)*. . BMJ, eo19413
- Duncan, P., Ridd, M. J., McCahon, D., Guthrie, B., & Cabral, C. (2020). *Barriers and enablers to collaborative working between GPs and pharmacists: a qualitative interview study*. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, 70(692), e155–e163. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X708197>
- Eckerblad, J., Waldréus, N., Stark, Å. J., & Jacobsson, L. R. (2020). *Symptom management strategies used by older community-dwelling people with multimorbidity and a high symptom burden - a qualitative study*. BMC geriatrics, 20(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01602-y>
- Elissen A, N. E.-Z. (2013). *Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches*. BMC Health Serv Res. 2013;13:117. BMC Health Serv Res. , 13:117.
- Essén, I. S. (2018). *Patient access to electronic health records: differences across ten countries*. Health Policy and Technology, 44-56.
- European Commission. (2019). *Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe. An overview of current approaches and opportunities for improvement* Publications. Luxembourg: Office of the European Union.
- European Union of Medical Specialists (EUMS). *Definition of geriatrics*. (06 de 04 de 2021). Citado en: <http://uemsgeriatricmedicine.org/www/>.

- Favarato, M. H., Germani, A., & Martins, M. A. (2021). *Glimpsing the raging seas that stop swans: A qualitative look at living with multimorbidity and pain in patients from a tertiary care service*. Journal of comorbidity, 11, 2633556521999509. <https://doi.org/10.1177/2633556521999509>
- Feder, S. L., Kiwak, E., Costello, D., Dindo, L., Hernandez-Bigos, K., Vo, L., Geda, M., Blaum, C., Tinetti, M. E., & Naik, A. D. (2019). Perspectives of Patients in Identifying Their Values-Based Health Priorities. Journal of the American Geriatrics Society, 67(7), 1379–1385. <https://doi.org/10.1111/jgs.15850>
- Fortin M, B. G. (2005). *Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice*. Ann Fam Med., 3:223–228. doi: 10.1370/afm.272.
- Foucault, M. (1999). *Diálogo sobre el poder*. Obras esenciales III. Barcelona: Paidós Básica, p. 65.
- Freilich, J., Nilsson, G. H., Ekstedt, M., & Flink, M. (2020). "Standing on common ground" - a qualitative study of self-management support for patients with multimorbidity in primary health care. BMC family practice, 21(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01290-y>
- Función Pública. Colombia. Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. *Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas* (2022)
- Galván- Banqueri M, D. I.-V.-C.-M.-G. (2013). *Reliability of a questionnaire for Pharmacological treatment appropriateness in patients with multiple chronic conditions*. Eur J Intern Med., 24:420–4.
- Garfinkel D, M. D. (2010). *Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy*. Arch Intern Med. , 170(18):1648–54.
- Garrison GM, K. R. (2017). *Visit entropy associated with hospital readmission rates*. J Am Board Fam Med, 30: 63–70.
- Gitlin LN, H. W. (2006). *Effect of an in-home occupational and physical therapy intervention on reducing mortality in functionally vulnerable older people: preliminary findings*. J Am Geriatr Soc, 54: 950–955.
- Glasgow RE, W. E. (2005). *Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC)*. Med Care, 436-44.
- González R, V. (2012). *Percepción de la calidad de vida en las personas con úlcera de extremidad inferior de etiología venosa*. En: Grupo de Cuidado, Faculta de Enfermería. El cuidado de enfermería y las metas del Milenio. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; p. 203-13
- Goodwin, N., (2014.). *Providing Integrated Care for Older People wit Complex Needs: Lessons from Seven International Case Studies*. The King's Fund, p. 28.
- Gordon, K., Steele Gray, C., Dainty, K.N., DeLacy, J., Ware, P. y Seto, E. (2020). *Exploring an Innovative Care Model and Telemonitoring for the Management of With Complex Chronic Needs: Qualitative Description Study*. JMIR Nursing, 3 (1), e15691. doi: 10.2196 / 15691. <https://nursing.jmir.org/2020/1/e15691/>
- Green, A. R., Lee, P., Reeve, E., Wolff, J. L., Chen, C., Kruzan, R., & Boyd, C. M. (2019). *Clinicians' Perspectives on Barriers and Enablers of Optimal Prescribing in Patients with Dementia and Coexisting Conditions*. Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM, 32(3), 383–391. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.03.180335>
- Greene W. H. "Análisis Económico" (1998) Prentice Hall. Tercera edición.
- Gysin, S., Sottas, B., Odermatt, M., & Essig, S. (2019). *Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse*

- role to Swiss primary care: a qualitative study. BMC family practice, 20(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1055-z>
- Hardeep, A. (2018). *Multimorbidity Designed by: oysterdesign.co.uk Understanding the challenge. A report for The Richmond Group of Charities.* [citado el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.richmondgroupofcharities.org.uk/sites/default/files/multimorbidity_-_understanding_the_challenge.pdf
- Harvard Business Review. (2006) *Leading Change Why Transformation Efforts Fail by John P. Kotter*. Harvard Business School Publishing Corporation. <https://irpcdn.multiscreensite.com/6e5efd05/files/uploaded/Leading%20Change.pdf>
- Hernández Zambrano, S.M, Agudelo Turriago, A.M., Bohorquez Pantoja, L.C., Salcedo Angulo, M.A. y pluripatología intrahospitalario, & Grupo de investigación de modelo de gestión de casos. (2021). *Evaluación de la efectividad del modelo de gestión de casos intrahospitalarios en personas pluripatológicos complejos*. Paraninfo Digital, (33), e33104o. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/pd/e33104o>
- Hernández Zambrano, S.M., Carrillo Algarra, A.J, Castiblanco Montañez, R.A., Chaparro Díaz, O.L., Carreño Moreno, S.P., & Gonzalo Jiménez, E. (2019). *Componentes del modelo de gestión de casos en la atención de la persona en condición de pluripatología y sus cuidadores familiares en Colombia*. Paraninfo Digital, 13(29). Disponible en: <http://ciberindex.com/c/pd/e124>
- Hernández-Zambrano, S. M., Montañez, R. A. C., Algarra, A. J. C., & Rodríguez, L. C. G. (2020). *Análisis cualitativo del modelo de gestión de casos para la atención de personas en situación de pluripatología y sus cuidadores familiares*. New Trends in Qualitative Research, 3, 503–514. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.503-514>
- Huber C, Schneeweiss S, Signorell A, Reich O. *Improved prediction of medical expenditures and health care utilization using an updated chronic disease score and claims data*. Journal of Clinical Epidemiology 66 (2013) 1118-1127.
- Icontec. (2020). *Norma técnica colombiana ISO-31010:2020 de gestión del riesgo*. Técnicas de evaluación de riesgo. Colombia
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2007). *Glosario de género*. Primera Edición: México D.F: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Joensson, A., Guassora, A. D., Freil, M., & Reventlow, S. (2020). What the doctor doesn't know: Discarded patient knowledge of older adults with multimorbidity. Chronic illness, 16(3), 212–225. <https://doi.org/10.1177/1742395318796173>
- Juhnke Christin, Bethge Susanne and Mühlbacher. *A Review on Methods of Risk Adjustment and their Use in Integrated Healthcare Systems*. International Journal of Integrated Care, 16(4): 4, pp. 1–18, DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2500>
- Junius-Walker, U., Schleef, T., Vogelsang, U., & Dierks, M. L. (2019). *How older patients prioritise their multiple health problems: a qualitative study*. BMC geriatrics, 19(1), 362. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1373-y>
- Junta de Andalucía. (2018). *Atención a Pacientes Pluripatológicos*. Sevilla: Consejería de Salud. [Internet] 2018 [Consultado 22 mayo 2020]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_ate
- Kastner, M., Hayden, L., Wong, G., Lai, Y., Makarski, J., Treister, V., Chan, J., Lee, J. H., Ivers, N. M., Holroyd-Leduc, J., & Straus, S. E. (2019). *Underlying mechanisms of complex interventions addressing the care of older adults with multimorbidity: a realist review*. BMJ open, 9(4), e025009. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025009>

- Kordowicz, M., & Hack-Polay, D. (2021). *Community assets and multimorbidity: A qualitative scoping study*. PloS one, 16(2), e0246856.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246856>
- Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (Eds.). (2015). *Building primary care in a changing Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kristensen, M., Due, T. D., Hølge-Hazelton, B., Guassora, A. D., & Waldorff, F. B. (2018). *'More constricting than inspiring' - GPs find chronic care programmes of limited clinical utility. A qualitative study*. BJGP open, 2(2), bjgpopen18X101591.
<https://doi.org/10.3399/bjgpopen18X101591>
- Kristensen, M., Guassora, A. D., Arreskov, A. B., Waldorff, F. B., & Hølge-Hazelton, B. (2018). *'I've put diabetes completely on the shelf till the mental stuff is in place'. How patients with doctor-assessed impaired self-care perceive disease, self-care, and support from general practitioners. A qualitative study*. Scandinavian journal of primary health care, 36(3), 342–351.
<https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1487436>
- Kuluski, K., Peckham, A., Gill, A., Gagnon, D., Wong-Cornall, C., McKillop, A., Parsons, J., & Sheridan, N. (2019). *What is Important to Older People with Multimorbidity and Their Caregivers? Identifying Attributes of Person Centered Care from the User Perspective*. International journal of integrated care, 19(3), 4.
<https://doi.org/10.5334/ijic.4655>
- Kumlin, M., Berg, G. V., Kvigne, K., & Hellesø, R. (2020). *Elderly patients with complex health problems in the care trajectory: a qualitative case study*. BMC health services research, 20(1), 595. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05437-6>
- Leijten, F., Hoedemakers, M., Struckmann, V., Kraus, M., Cheraghi-Sohi, S., Zemplényi, A., Ervik, R., Vallvé, C., Huič, M., Cypionka, T., Boland, M., Rutten-van Mölken, M., & SELFIE consortium (2018). *Defining good health and care from the perspective of persons with multimorbidity: results from a qualitative study of focus groups in eight European countries*. BMJ open, 8(8), e021072.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021072>
- Lettieri, E., L. P. (2015). *Empowering patients through eHealth: a case report of a pan-European project*. BMC Health Services Research, 309.
- Liu, X. L., Willis, K., Fulbrook, P., Wu, C. J., Shi, Y., & Johnson, M. (2019). *Factors influencing self-management priority setting and decision-making among Chinese patients with acute coronary syndrome and type 2 diabetes mellitus*. European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology, 18(8), 700–710.
<https://doi.org/10.1177/1474515119863178>
- Lupiáñez-Villanueva, F., D. A.-S.-Z. (2018). *Electronic health use in the European Union and the effect of multimorbidity cross-sectional survey*. Journal of Medical Internet, e165.
- Macdonald, G. G., Townsend, A. F., Adam, P., Li, L. C., Kerr, S., McDonald, M., & Backman, C. L. (2018). *eHealth Technologies, Multimorbidity, and the Office Visit: Qualitative Interview Study on the Perspectives of Physicians and Nurses*. Journal of medical Internet research, 20(1), e31. <https://doi.org/10.2196/jmir.8983>
- Mann, C., Shaw, A., Wye, L., Salisbury, C., & Guthrie, B. (2018). *A computer template to enhance patient-centredness in multimorbidity reviews: a qualitative evaluation in primary care*. The British journal of general practice: the journal of the Royal

- College of General Practitioners, 68(672), e495–e504.
<https://doi.org/10.3399/bjgp18X696353>
- Martínez Pizarro, S. (2020). *Síndrome del cuidador quemado*. Revista Clínica de Medicina de Familia, 13(1), 97-100. Epub 20 de abril de 2020. Recuperado en 17 de marzo de 2023, de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2020000100013&lng=es&tlng=es
- Mateo-Abad, M., Fullaondo, A., Merino, M., Gris, S., Marchet, F., Avolio, F., Graps, E., Ravic, M., Kovac, M., Benkovic, V., Stevanovic, R., Zwiefka, A., Davies, D., Mancin, S., Forestiero, A., Stafylas, P., Hurtado, M., d'Angelantonio, M., Daugbjerg, S., Pedersen, C. D., ... CareWell project group (2020). *Impact Assessment of an Innovative Integrated Care Model for Older Complex Patients with Multimorbidity: The CareWell Project*. International journal of integrated care, 20(2), 8.
<https://doi.org/10.5334/ijic.4711>
- McCallum, M., Gray, C. M., Hanlon, P., O'Brien, R., & Mercer, S. W. (2019). *Exploring the utility of self-determination theory in complex interventions in multimorbidity: A qualitative analysis of patient experiences of the CARE Plus intervention*. Chronic illness, 1742395319884106. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1177/1742395319884106>
- McGilton, K. S., Vellani, S., Yeung, L., Chishtie, J., Commisso, E., Ploeg, J., Andrew, M. K., Ayala, A. P., Gray, M., Morgan, D., Chow, A. F., Parrott, E., Stephens, D., Hale, L., Keatings, M., Walker, J., Wodchis, W. P., Dubé, V., McElhaney, J., & Puts, M. (2018). *Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review*. BMC geriatrics, 18(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0925-x>
- Melchiorre, M. G., Lamura, G., Barbabella, F., & ICARE4EU Consortium (2018). *eHealth for people with multimorbidity: Results from the ICARE4EU project and insights from the "10 e's" by Gunther Eysenbach*. PloS one, 13(11), e0207292.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207292>
- Melchiorre, M. G., Papa, R., Quattrini, S., Lamura, G., Barbabella, F., & on behalf of ICARE4EU Consortium (2020). *Integrated Care Programs for People with Multimorbidity in European Countries: eHealth Adoption in Health Systems*. BioMed research international, 9025326. <https://doi.org/10.1155/2020/9025326>
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mesa Melgarejo, L., Carrillo Algarra, A.J., & Moreno Rubio, F. (2013). *La cronicidad y sus matices: estudio documental*. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 15(2), 95-114.
- Mesa-Melgarejo, L., Carreño Moreno, S., Chaparro-Díaz, L., Quintero González, L. A., García-Quintero, D., Carrillo-Algarra, A. J., Castiblanco-Montañez, R. A., & Hernández-Zambrano, S. M. (2022). *Effectiveness of a case management model for people with multimorbidity: Mixed methods study*. Journal of advanced nursing, 78(11), 3830–3846. <https://doi.org/10.1111/jan.15417>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017) *Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)*. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Guia_caracterizacion_EAPB%20version%2021072014.pdf

- Ministerio de Salud y Protección Social. *ASIS (ASIS) Colombia*, 2020 Dirección de Epidemiología y Demografía. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2020-colombia.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia (2018). *Política de Talento Humano en Salud*. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia (2022) *Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. *El aseguramiento en cifras. Identificación de afiliados con condiciones crónicas empleando medicamentos dispensados en el régimen contributivo Años: 2012-2013*. Boletín mensual No. 7 noviembre 2015 Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en salud.
- Morales-Asencio, J.M., Cuevas-Fernández-Gallego, M., Morilla-Herrera, J.C., Martín-Santos, F.J., Silvano Arranz, A., & Batres Sicilia, J.P. et al. (2019). *Characteristics of the provision of case management services in the community setting in Andalusia based on the RANGECOM registry*. Enferm. clín, 29(2), 67-73.
- Morkisch, N., Upegui-Arango, L. D., Cardona, M. I., van den Heuvel, D., Rimmele, M., Sieber, C. C., & Freiberger, E. (2020). *Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review*. BMC geriatrics, 20(1), 345. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01747-w>
- Nabors, L.A., Kichler, J.C., Brassell, A., Thakkar, S., Bartz, J., Pangallo, J., Van Wassenhove, B., & Lundy H. (2013). *Factors related to caregiver state anxiety and coping with a child's chronic illness*. Fam Syst Health, 31(2), 171–180. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23795628/> DOI: 10.1037/a0031240
- National Institute for Health and Care Excellence guideline (2016). *Multimorbidity: clinical assessment and management*. London: National Institute for Health and Care Excellence. [Internet]. 2016 [Consultado 22 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>
- Naylor M, B. D.-M. (1994). *Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial*. Ann Intern Med, 120(12), 999–1006.
- Naylor MD, B. D. (1999). *Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinica trial*. JAMA., 281(7), 613–20.
- Naylor, M.D., & Toles, M. (2021). *El desafío de proveer cuidado transicional basado en la evidencia*. Investig Enferm Imagen Desarr, 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.dpct>
- Nieto-Martín, M.D. (2019). *An interdisciplinary approach for patients with multiple chronic conditions: impacto study*. Med Clin (Barc), Aug 2;153(3), 93-99.
- Northwood, M., Ploeg, J., Markle-Reid, M., & Sherifali, D. (2018). *Integrative review of the social determinants of health in older adults with multimorbidity*. Journal of advanced nursing, 74(1), 45–60. <https://doi.org/10.1111/jan.13408>
- O'Brien, T., Ivers, N., Bhattacharyya, O., Calzavara, A., Pus, L., Mukerji, G., Friedman, S. M., Abrams, H., Stanaitis, I., Hawker, G. A., & Pariser, P. (2019). *A multifaceted primary care practice-based intervention to reduce ED visits and hospitalization for*

- complex medical patients: A mixed methods study*. PloS one, 14(1), e0209241. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209241>
- O'Connor, S., Deaton, C., Nolan, F., & Johnston, B. (2018). *Nursing in an age of multimorbidity*. BMC nursing, 17, 49. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0321-z>
- Oksavik, J. D., Aarseth, T., Solbjør, M., & Kirchhoff, R. (2021). 'What matters to you?' *Normative integration of an intervention to promote participation of older patients with multi-morbidity - a qualitative case study*. BMC health services research, 21(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06106-y>
- Oksavik, J. D., Kirchhoff, R., Sogstad, M., & Solbjør, M. (2020). *Sharing responsibility: municipal health professionals' approaches to goal setting with older patients with multi-morbidity - a grounded theory study*. BMC health services research, 20(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4983-3>
- Olaya, B. M. V.-M. (2017). *Latent class analysis of multimorbidity patterns and associated outcomes in Spanish older adults: a prospective cohort study*. BMC Geriatrics, 17:186.
- Onder, G., Palmer, K. (2015). *Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS)*. European Journal of Internal Medicine, 157-159.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. Asamblea Mundial de la Salud*, 69. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas: Agenda para el Cambio*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud. (2019) *Cómo gestionar el cambio en la salud pública (versión 1.0)* Conjunto de herramientas dirigidas a los sistemas de información para la salud. Cápsula de conocimiento ampliado. Gestión del cambio en la salud pública. IS4H- KCCM <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57020>
- Palmer, K., Carfi, A., Angioletti, C., Di Paola, A., Navickas, R., Dambrauskas, L., Jureviciene, E., João Forjaz, M., Rodriguez-Blazquez, C., Prados-Torres, A., Gimeno-Miguel, A., Cano-Del Pozo, M., Bestué-Cardiel, M., Leiva-Fernández, F., Poses Ferrer, E., Carriazo, A. M., Lama, C., Rodríguez-Acuña, R., Cosano, I., Bedoya-Belmonte, J. J., ... Onder, G. (2019). *A Methodological Approach for Implementing an Integrated Multimorbidity Care Model: Results from the Pre-Implementation Stage of Joint Action CHRODIS-PLUS*. International journal of environmental research and public health, 16(24), 5044. <https://doi.org/10.3390/ijerph16245044>
- Panay, B.; Baloian, N.; Pino, J.A.; Peñafiel, S.; Sanson, H.; Bersano, N. (2019) *Predicting Health Care Costs Using Evidence Regression*. *Proceedings* 2019, 31, 74. <https://doi.org/10.3390/proceedings2019031074>
- Pascual-de la Pisaa, B., Palou -Lobato, M., Márquez Calzadady M., García-Lozano, M.J. (2020). *Efectividad de las intervenciones basadas en telemedicina sobre resultados en salud en PMM en atención primaria: revisión sistemática*. Atención Primaria, 52(10), 759-769.

- Pavarini, S.C.I, Melo, L.C., Silva, V.M., Orlandi, F.S., Mendiando, M.S.Z., Filizola, C.L.A., & Barham, E.J. (2008). *Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares*. Rev Eletr Enf, 10(3): 580-590. Disponible en: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46488/22871>
- Peart, A., Lewis, V., Barton, C., & Russell, G. (2020). *Healthcare professionals providing care coordination to people living with multimorbidity: An interpretative phenomenological analysis*. Journal of clinical nursing, 29(13-14), 2317–2328. <https://doi.org/10.1111/jocn.15243>
- Peña Londoño, B.K. 2020. *Abordajes para la intervención desde enfermería en la Dída en condiciones de cronicidad*. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería Bogotá, D.C. Maestría en Enfermería.
- Peters, M., Potter, C. M., Kelly, L., & Fitzpatrick, R. (2019). *Self-efficacy and health-related quality of life: a cross-sectional study of primary care patients with multimorbidity*. Health and quality of life outcomes, 17(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1103-3>
- Pinazo-Hernandis, S. (2013). *Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial*. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, 41, 252-282. <https://roderic.uv.es/handle/10550/36786?show=full>
- Ploeg, J., Yous, M. L., Fraser, K., Dufour, S., Baird, L. G., Kaasalainen, S., McAiney, C., & Markle-Reid, M. (2019). *Healthcare providers' experiences in supporting community-living older adults to manage multiple chronic conditions: a qualitative study*. BMC geriatrics, 19(1), 316. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1345-2>
- Porter ME, Teisberg, E.O. (2006) *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2004). *Redefining Competition in Health Care*. Harvard Business Review, 82(6), 64-76.
- Porter, T., Ong, B. N., & Sanders, T. (2020). *Living with multimorbidity? The lived experience of multiple chronic conditions in later life*. Health (London, England: 1997), 24(6), 701–718. <https://doi.org/10.1177/1363459319834997>
- Richter, S., Demirer, I., Choi, K. E., Hartrampf, J., Pfaff, H., & Karbach, U. (2020). *People with multimorbidity in outpatient care: patient-focused and needs-oriented healthcare management (MamBo) - protocol for a multiperspective evaluation study*. BMC health services research, 20(1), 296. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05178-6>
- Rivadeneira, A. G. (2014). *Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación*. Monitor estratégico No. 5, pp. 4-11. Superintendencia Nacional de Salud.
- Rothschild M. And Stiglitz J. “*Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An essay on the Economics of Imperfect Information*.” Quarterly Journal of Economics. Volume 90 Issue 4 November 1976.
- Saldarriaga Cantillo, A. (2021). *La vejez y el amor negado*. Revista de Medicina y Cine, 17(1), 71-75. Epub 29 de marzo de 2021. <https://dx.doi.org/10.14201/rmc20201717175>
- Salisbury, C., Man, M. S., Bower, P., Guthrie, B., Chaplin, K., Gaunt, D. M., Brookes, S., Fitzpatrick, B., Gardner, C., Hollinghurst, S., Lee, V., McLeod, J., Mann, C., Moffat, K. R., & Mercer, S. W. (2018). *Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D*

- approach. *Lancet* (London, England), 392(10141), 41–50.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31308-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31308-4)
- Schirnacher, E. And Thandi, N. (2002) “*A practitioner’s Guide to Generalized Linear Models*” Monroy Luis G. “*Estadística Multivariada: Inferencia y Métodos*”. Universidad Nacional de Colombia. Primera edición 2002.
- Schirnacher, E. And Thandi, N. (2007). “*A practitioner’s Guide to Generalized Linear Models*.” Casualty Actuarial Society. Third Edition 2007.
- Scholz Mellum, J., Martsof, D. S., Glazer, G., Tobias, B., & Martsof, G. (2019). *How older adults with multimorbidity manage their own care within a formal care coordination program?* *Geriatric nursing* (New York, N.Y.), 40(1), 56–62.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.06.006>
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. (2016). *Plan de Acción Personalizado en Pacientes Pluripatológicos o con Necesidades Complejas de Salud Recomendaciones para su elaboración*. Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Shakib, S., Dundon, B. K., Maddison, J., Thomas, J., Stanners, M., Caughey, G. E., & Clark, R. A. (2016). *Effect of an Interdisciplinary Outpatient Model of Care on Health Outcomes in Older Patients with Multimorbidity: A Retrospective Case Control Study*. *PloS one*, 11(8), e0161382.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161382>
- Steele Gray C, Barnsley J, Gagnon D, Belzile L, Kenealy T, Shaw J, Sheridan N, Wankah Nji P, Wodchis WP. (2018). *Using information communication technology in models of integrated community-based primary health care: learning from the iCOACH case studies*. *Implementation Science* , 87.
- Stokes, J., Man, M. S., Guthrie, B., Mercer, S. W., Salisbury, C., & Bower, P. (2017). *The Foundations Framework for Developing and Reporting New Models of Care for Multimorbidity*. *Annals of family medicine*, 15(6), 570–577.
<https://doi.org/10.1370/afm.2150>
- Struk, C., & Moss, J. (2009). Focus on Technology: *What Can You Do to Move the Vision Forward?* *CIN: Computers Informatics Nursing*, 7(3), 193.
- Stumm, J., Thierbach, C., Peter, L., Schnitzer, S., Dini, L., Heintze, C., & Döpfner, S. (2019). *Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners - a qualitative study*. *BMC family practice*, 20(1), 160.
<https://doi.org/10.1186/s12875-019-1048-y>
- Takeda, A., Taylor, S. J., Taylor, R. S., Khan, F., Krum, H., & Underwood, M. (2012). Clinical service organisation for heart failure. *The Cochrane database of systematic reviews*, (9), CD002752. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002752.pub3>
- Tambo-Lizalde, E., Febrel Bordejé, M., Urpí-Fernández, A. M., & Abad-Díez, J. M. (2021). *La atención sanitaria a pacientes con multimorbilidad. La percepción de los profesionales*, 53(1), 51–59. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.013>
- Thomas-Purcell, K. B., Jacobs, R. J., Seidman, T. L., Acevedo, A., Waldrop-Valverde, D., & Ownby, R. L. (2019). *A mixed analysis approach to elucidate the multiple chronic condition experience of English- and Spanish-speaking older adults*. *Clinical interventions in aging*, 14, 407–418. <https://doi.org/10.2147/CIA.S193215>
- Vermunt, N. P. C. A., Harmsen, M., Westert, G. P., Olde Rikkert, M. G. M., & Faber, M. J. (2017). *Collaborative goal setting with elderly patients with chronic disease or multimorbidity: a systematic review*. *BMC geriatrics*, 17(1), 167.
<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0534-0>

- Vermunt, N. P., Harmsen, M., Elwyn, G., Westert, G. P., Burgers, J. S., Olde Rikkert, M. G., & Faber, M. J. (2018). *A three-goal model for patients with multimorbidity: A qualitative approach. Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 21(2), 528–538.
<https://doi.org/10.1111/hex.12647>
- Violan, et al (2017). *Patrones de multimorbilidad en adultos jóvenes en Cataluña: un análisis de clústeres*. BMC Geriatrics, 17:186.
- Vos, J., Gerling, K., Linehan, C., Siriwardena, A. N., & Windle, K. (2018). *Understanding Care Navigation by Older Adults With Multimorbidity: Mixed-Methods Study Using Social Network and Framework Analyses*. JMIR aging, 1(2), e11054.
<https://doi.org/10.2196/11054>
- Webster, F., Rice, K., Bhattacharyya, O., Katz, J., Oosenbrug, E., & Upshur, R. (2019). *The mismeasurement of complexity: provider narratives of patients with complex needs in primary care settings*. International journal for equity in health, 18(1), 107.
<https://doi.org/10.1186/s12939-019-1010-6>
- Weiner, C., Cudney, S., & Winters, C. (2005). *Social Support in Cyberspace. The next Generation*. CIN: Computers Informatics Nursing, 23(1), 7- 15.
- Werner and Modlin. *Basic Ratemaking*. Four edition Casualty Actuarial Society. October 2010
- Yonekura, T., Quintans, J. R., Soares, C. B., & Negri Filho, A. A. (2019). *Realist review as a methodology for using evidence in health policies: an integrative review*. Revisão realista como metodologia para utilização de evidências em políticas de saúde: uma revisão integrativa. Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 53, e03515.
<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018037703515>
- Zechmann, S., Senn, O., Valeri, F., Essig, S., Merlo, C., Rosemann, T., & Neuner-Jehle, S. (2020). *Effect of a patient-centred deprescribing procedure in older multimorbid patients in Swiss primary care - A cluster-randomised clinical trial*. BMC geriatrics, 20(1), 471. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01870-8>

8 Anexos

8.1 Anexo 1. Normas relacionadas con el modelo

DEFINICIÓN DE POLÍTICAS	
Ley Derecho a la Salud (Ley 1751 de 2015)	○ El Estado deberá formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema; formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales; realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas; realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud. ○ El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los DSS. De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.
Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753 de 2015)	○ Política de atención integral en salud. El MSPS, dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones. Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) APS; ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las RPMS, las RGR, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en RISS, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación. ○ Para la definición de la política de atención integral, el MSPS garantizará una amplia participación de todos los grupos de interés del sector salud: usuarios, prestadores, aseguradores, academia, asociaciones científicas, ETS, entre otros.
Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 (Ley 2294 de 2023)	○ Política Nacional de Salud Mental. “El Gobierno nacional bajo la coordinación técnica del Ministerio de Salud y Protección Social, y con la participación del Consejo Nacional de Salud Mental actualizará la política nacional de salud mental individual y colectiva en la cual se abordarán líneas estratégicas con acciones transectoriales de mediano y largo plazo que incidan en los determinantes sociales de la salud

	mental, por entornos de desarrollo, curso de vida distinguiendo los enfoques poblacional, interseccional y territorial que contemple la promoción de la salud mental, la prevención, atención integral, rehabilitación e inclusión social de la población con afectaciones en salud mental, consumo problemático de sustancias psicoactivas, y las situaciones de violencia. Esta política deberá también abordar la eliminación del estigma y discriminación, el desarrollo de habilidades para la vida y competencias socioemocionales, y la identificación oportuna de problemas mentales. Así mismo, se realizará asistencia técnica articulada con las entidades territoriales del país para la implementación de dicha política en articulación con la estrategia de atención primaria en salud y rehabilitación basada en la comunidad.”
Ley Reforma al SGSSS (Ley 1438 de 2011)	El objeto es el fortalecimiento del SGSSS, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia APS permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.
Política de Atención Integral en Salud- PAIS (Resolución 429 de 2016)	- El objetivo de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. - La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de las EAPB y de las IPS.
Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) Resolución 3202 de 2016	- El objetivo de las RIAS es regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en Salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del SGSSS y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud a efectos de contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad. Se definen tres tipos de rutas: RPMS; RGR; y Rutas de eventos Específicas de Atención. - RGR para población con riesgo o presencia de: 1. Alteraciones cerebro vascular metabólicas manifiestas. 2. Enfermedades respiratorias crónicas. 3. Alteraciones nutricionales. 4. Trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones. 5. Trastornos psicosociales y del comportamiento. 6. Alteraciones en la salud bucal. 7. Cáncer. 8. Materno perinatal. 9. Enfermedades infecciosas. 10. Zoonosis y agresiones por animales. 11. Enfermedad y accidentes laborales. 12. Agresiones, accidentes y traumas. 13. Enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente. 14. Enfermedades huérfanas. 15. Trastornos visuales y auditivos. 16. Trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes. - Contenido: 1. Acciones de gestión de la salud pública; 2. Intervenciones colectivas; 3. Intervenciones poblacionales; 4. Intervenciones individuales; 5. Hechos claves en el continuo de la atención o hitos; 6. Indicadores de seguimiento y evaluación; 7. Responsables sectoriales. - Características: 1. Describen explícitamente los elementos clave de la atención basada en la evidencia, las mejores prácticas y las expectativas de los usuarios; 2. Permiten la integración organizada,

	mediante la secuenciación de las acciones interprofesionales de índole poblacional, colectiva e individual y las funciones de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones; 3. Fortalecen la comunicación entre los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones; 4. Facilitan la identificación apropiado de los recursos humanos, de infraestructura y financieros; 5. Precisan las responsabilidades de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud; 6. Especifican resultados esperados de las intervenciones colectivas e individuales, dentro del proceso integral de la atención en salud.
Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE (Resolución 2626 de 2019)	○ La PAIS es el conjunto de enfoques, estrategias, procesos, instrumentos, acciones y recursos que centra el sistema de salud en el ciudadano, permite atender a la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud para generar mejores condiciones de salud a la población, ordenando la intervención de los integrantes del sistema de salud y de otros actores responsables de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación y la muerte digna, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutive. ○ El PAIS se desarrollará bajo la estrategia de APS, la GIRS, el Enfoque de cuidado de la salud, y el Enfoque diferencial de derechos. ○ Para el desarrollo del PAIS, se implementará el MAITE, conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienten de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y de este modo contribuir al mejoramiento continuo, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito. ○ Las 8 líneas del MAITE son: Aseguramiento, Salud Pública, Prestación de servicios, Talento Humano en Salud, Financiamiento, Enfoque diferencial, Articulación intersectorial y Gobernanza
Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (Resolución 430 de 2013)	○ Los objetivos de este PDSP son: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. ○ El PDSP se desarrolló a través de 8 dimensiones prioritarias y 2 transversales, cada dimensión a su vez desarrolla un componente transectorial y sectoriales que incorpora un conjunto de acciones.
Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 (Resolución 1035 de 2022)	○ La visión del PDSP a 2031 es que el país habrá avanzado en la garantía del derecho fundamental a la salud y la mejora del bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano, mediante la incidencia sobre los DSSS, y contempla como fines lo siguiente: 1. Avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud mediante la acción intersectorial y de la sociedad en su conjunto para la afectación positiva de los DSS. 2. Avanzar hacia la mejora de las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de las personas, familias y comunidades que habitan

	en el territorio colombiano mediante la reducción de desigualdades sociales en salud entre grupos socialmente constituidos. 3. Reducir la mortalidad evitable y su impacto en los años de vida perdidos, así como la morbilidad y discapacidad evitables y su impacto en los años de vida saludables. 4. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo de un ambiente sano y a la mejora de la salud ambiental mediante la acción intersectorial para la protección de los ecosistemas y la generación de territorios, entornos y comunidades saludables, resilientes y sostenibles.
Ley de Telesalud (Ley 1419 de 2010)	○ Telesalud: Es el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud. ○ Uno de los principios de la Telesalud es la calidad de la atención de salud, entendida como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. ○ La Telemedicina es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.
Disposiciones para la telesalud y parámetros para la telemedicina (Resolución 2654 de 2019)	○ El objetivo de la telemedicina como componente de la telesalud, tiene como objetivo facilitar el acceso y mejorar la oportunidad y resolutivez en la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Esta modalidad de prestación de servicios puede ser ofrecida y utilizada por cualquier prestador en cualquier zona de la geografía nacional.
Ley de Salud Mental (Ley 1616 de 2013)	○ La política deberá ser formulada e implementada bajo un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, en articulación con las demás políticas públicas vigentes incluyendo entre otros elementos: la atención integral mediante la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas en salud mental individuales y colectivos, así como los trastornos mentales mediante la detección, la remisión oportuna, el seguimiento, el tratamiento integral y la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud locales.
Atención Integral de Cáncer (Ley 1384 de 2010)	○ El control integral del cáncer de la población colombiana considerará aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología, apoyado con la asesoría permanente de las sociedades científicas, clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de personas ○ El MSPS definirá los mecanismos y la organización de la Red Nacional de Cáncer y concurrirá en su financiación. Esta red será coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología. La red tendrá como objeto la gestión del sistema integral de información en cáncer, la gestión del conocimiento, la gestión de la calidad de la información, la gestión del desarrollo tecnológico y la vigilancia epidemiológica del cáncer.

PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	
Ley Derecho a la Salud (Ley 1751 de 2015)	○ El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. ○ El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.
Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753 de 2015)	○ El MSPS realizará la adaptación de esta política en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes. Para zonas con población dispersa y rural, se podrá determinar la existencia de uno o varios aseguradores. Si se trata de un único asegurador, el MSPS establecerá las condiciones para su selección.
Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 (Ley 1955 de 2019)	○ Cuando el proceso de referencia se solicite, de manera posterior a la atención de urgencias o ambulatorias prioritarias, se deberá dar prelación a aquellas personas que procedan de regiones dispersas y de difícil acceso, por parte de la entidad responsable de pago y de la IPS receptora. Igual consideración se deberá tener en cuenta para el proceso de contrarreferencia de estas personas.
Ley Reforma al SGSSS (Ley 1438 de 2011)	○ Las redes integradas de servicios de salud se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda.
Política de Atención Integral en Salud- PAIS (Resolución 429 de 2016)	○ El marco estratégico de la PAIS se fundamenta en la APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la GIRS y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. Estas estrategias permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse en cada uno de los contextos poblacionales y territoriales.
Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE (Resolución 2626 de 2019)	○ Se emprenderán acciones para garantizar el acceso a los servicios de salud que se prestan en el territorio, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los mismos a través del mejoramiento de la capacidad resolutoria, la implementación de mecanismos que permitan verificar la suficiencia de la oferta de servicios y la organización de redes de prestadores de servicios de salud para favorecer el cumplimiento de prioridades y expectativas en salud de personas, familias, y comunidades de sus territorios.
Ley de Historia Clínica Electrónica Interoperable	○ Los Prestadores de Servicios de Salud estarán obligados a diligenciar y disponer los datos, documentos y expedientes de la historia clínica en la plataforma de interoperabilidad que disponga el Gobierno nacional. ○ El MSPS articulará la información consignada en los reportes obligatorios de salud pública con la HCE.

(Ley 2015 de 2020)	
Disposiciones para la telesalud y parámetros para la telemedicina (Resolución 2654 de 2019)	La provisión de servicios de salud a los usuarios a través de la modalidad de telemedicina debe preservar las características de calidad de la atención de salud que incluyen accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad.
Ley de Salud Mental (Ley 1616 de 2013)	- Los ETS, las EAPB deberán disponer de una red de salud mental pública y privada, como parte de la RISS. Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de APS con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Esta red estará articulada y coordinada bajo un sistema de referencia y contrarreferencia que garantice el retorno efectivo de los casos al primer nivel de atención. Los ETS, las EAPB, las ARL podrán asociarse para prestar estos servicios, siempre que garanticen calidad, oportunidad, complementariedad y continuidad en la prestación de los servicios de salud mental a las personas de cada territorio. - El MSPS, adoptará en el marco de la APS el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana de las personas, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente. - Las EAPB, y las IPS públicas y privadas deberán garantizar y prestar sus servicios de conformidad con las políticas, planes, programas, modelo de atención, guías, protocolos y modalidades de atención definidas por el MSPS - El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema, el cual debe garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales para la población, proveer cuidado integral buscando resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital, además de integrar los cuidados individuales, colectivos y los programas focalizados en riesgos específicos a la salud mental. Las acciones en este nivel tienen entradas desde múltiples ámbitos e instancias a nivel local tales como los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo, la comunidad.
Atención Integral de Cáncer (Ley 1384 de 2010)	- Las EAPB, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre y vulnerable no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las IPS públicas y privadas, estarán obligados a contratar la prestación de servicios con las IPS que contengan Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer, a excepción de las actividades de promoción y prevención, y las de cuidado paliativo en casos de estado terminal del persona. - Las IPS, que se encuentren en lugares aislados del país deberán brindar una atención primaria en cáncer y en caso de que el persona requiera una atención especializada deberán remitirlo a la Unidad Funcional en Oncología más cercana.

	Las EAPB de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán responder por la organización y gestión integral de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos.
PLAN DE BENEFICIOS, PLANES, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	
Ley Derecho a la Salud (Ley 1751 de 2015)	- El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud - Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.
Ley Reforma al SGSSS (Ley 1438 de 2011)	El PDSP se elaborará a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de APS, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.
Política de Atención Integral en Salud- PAIS (Resolución 429 de 2016)	La coordinación entre las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de las EAPB y de las IPS, implica la implementación y seguimiento de los PTS, en concordancia con: los Planes de Desarrollo Territoriales, el PDSP 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.
Ley de Salud Mental (Ley 1616 de 2013)	- La Política de Salud Mental deberá incluir un Plan Nacional de Salud Mental para cada quinquenio en correspondencia con el PDSP. El primer plan corresponderá a las acciones consignadas en el primer PDSP. - El MSPS, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los PDSP, PTS y PIC, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los ETS, EAPB, IPS, ARP tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación - Los ETS deberán definir y estandarizar los mecanismos, procesos y procedimientos administrativos y asistenciales prioritarios para acceder a los servicios de la red de salud mental. - El MSPS deberá incluir en la actualización de los PBS de todos los regímenes, la cobertura de la salud mental en forma integral incluyendo actividades, procedimientos, intervenciones, insumos, dispositivos médicos, medicamentos y tecnologías en salud para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se requieran con necesidad para la atención integral e integrada en salud mental.

Atención Integral de Cáncer (Ley 1384 de 2010)	- Los ETS deberán incluir en su plan de desarrollo el cáncer como prioridad, así como una definición clara de los indicadores de cumplimiento de las metas propuestas para el control en cada uno de los territorios. - Las EAPB de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de las personas oncológicas a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, sicológica y social, incluyendo prótesis.
TALENTO HUMANO EN SALUD	
Política de Atención Integral en Salud- PAIS (Resolución 429 de 2016)	Para el fortalecimiento del Recurso Humano en Salud se deben implementar acciones en cuatro ejes, a saber, la formación, la armonización con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios, el fortalecimiento del responsable de la planeación y gestión territorial en salud, y el mejoramiento de condiciones laborales. Estos ejes deben articularse en los PTS para generar impacto real en la población.
Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE (Resolución 2626 de 2019)	Aspectos relacionados con la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación del talento humano que apoya los procesos de atención integral en salud, al igual que la población, de la implementación efectiva de las acciones de cuidado.
Ley de Salud Mental (Ley 1616 de 2013)	- Las IPS en Salud Mental públicas y privadas, deberán disponer de un equipo interprofesional idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud. - Este equipo Interprofesional garantizará la prevención y atención integral e integrada de conformidad con el modelo de atención, guías y protocolos vigentes. - El MSPS y los ETS garantizarán la capacitación y formación en salud mental de los EBS, así como su actualización permanente.
Atención Integral de Cáncer (Ley 1384 de 2010)	Se incluirá en los currículos de programas académicos de educación formal y de educación para el trabajo del personal de salud y relacionados, planes educativos al control del cáncer con énfasis en prevención y detección temprana teniendo en cuenta los protocolos aprobados.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	
Ley Derecho a la Salud (Ley 1751 de 2015)	- El MSPS divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad. Con base en los resultados de dicha evaluación se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población. El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema. - Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros. Los agentes del Sistema deben suministrar

	la información que requiera el MSPS, en los términos y condiciones que se determine.
Política de Atención Integral en Salud- PAIS (Resolución 429 de 2016)	Se deben hacer ajustes en el SISPRO, para integrar los componentes del modelo. Para tal efecto se debe desarrollar un conjunto mínimo de datos, centrado en el ciudadano, la familia y la comunidad con estándares (semánticos y sintácticos), integrados con interoperabilidad, bajo arquitecturas modulares con interfaces estandarizadas y otras tecnologías disponibles. El sistema debe asegurar que la información del conjunto mínimo de datos esté disponible para los integrantes: planificadores, gerentes en salud, directores y administradores, profesionales, personas y ciudadanos y demás entidades o personas responsables de acciones en salud. En todo caso, se deberá respetar la reserva de los datos.
Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE (Resolución 2626 de 2019)	El MSPS definirá los indicadores y criterios para el monitoreo de la implementación y avances del modelo con el propósito de verificar los resultados e impacto en la salud de la población en la respectiva ETS.
Ley de Historia Clínica Electrónica Interoperable (Ley 2015 de 2020)	- La HCE es el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del persona, que se encuentra contenido en sistemas de información y aplicaciones de software con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información refrendada con firma digital del profesional tratante. - La HCE deberá contener los datos clínicos relevantes de la persona de forma clara, completa y estandarizada con los más altos niveles de confidencialidad.
Conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (Resolución 866 de 2021)	- Los datos clínicos relevantes son aquellos datos de la historia clínica de una persona que las IPS requieren conocer para su atención a lo largo del curso de la vida. - El mecanismo electrónico de interoperabilidad de datos clínicos relevantes de la historia clínica permitirá visualizar los datos de las atenciones de salud que deberán ser usados para dar continuidad a la atención en salud. - Las IPS en el país y demás actores autorizados para la interoperabilidad, según su competencia, deberán disponer los datos de las atenciones de salud realizadas de forma permanente, a través del mecanismo electrónico de interoperabilidad y las herramientas tecnológicas que se utilicen en la plataforma de interoperabilidad.
Disposiciones para la telesalud y parámetros para la telemedicina (Resolución 2654 de 2019)	Los prestadores de servicios de salud que ofrezcan la modalidad de telemedicina (remisor y de referencia) deberán garantizar la autenticidad, integridad, disponibilidad y fiabilidad de los datos.
Ley de Salud Mental (Ley 1616 de 2013)	El MSPS, las ETS deberán generar los mecanismos para la recolección de la información de los RIPS de salud mental e incluirlos en la CUPS. También incluirá dentro del sistema de información todos aquellos DSS e individuales de la Salud Mental a efectos de constituir una línea de base para el ajuste continuo de la prevención y atención integral en Salud Mental, así como para la elaboración, gestión y evaluación de las políticas y planes consagrados en la presente ley. La información recolectada deberá reportarse en el Observatorio Nacional de Salud.

Atención Integral de Cáncer (Ley 1384 de 2010)	- Se establece Observatorio Epidemiológico del Cáncer. Este hará parte del Sistema de Vigilancia e Salud Pública. la dirección estará a cargo del y coordinación técnica del observatorio estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología con participación de las ETS. - Se establecerá el Registro Nacional de Cáncer Adulto, basado en registros poblacionales y registros institucionales. Este hará parte integral del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección y coordinación técnica del registro estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología
FINANCIACION	
Política de Atención Integral en Salud- PAIS (Resolución 429 de 2016)	El Nivel Nacional determina el esquema de incentivos a lo largo de la cadena de provisión de servicios, para orientar y alinear aseguradores, prestador y proveedores de insumos alrededor de los resultados en salud. El Sistema de Salud deberá confluir hacia sistemas de pago que favorezcan la integralidad y calidad en la atención. Igualmente, se deben desarrollar incentivos para los recursos humanos en salud relacionados con el desempeño, la formación y la distribución geográfica.
Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE (Resolución 2626 de 2019)	Planeación, presupuestación, ejecución y seguimiento de los recursos financieros que garanticen una gestión eficiente, eficaz y sostenible del sistema de salud para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.
Atención Integral de Cáncer (Ley 1384 de 2010)	Los recursos se incorporarán en la Subcuenta de Alto Costo componente específico Cáncer, y harán parte del sistema de financiamiento del SGSS que integran los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con base en su criterio de cofinanciación y de equidad, con el propósito de generar solidaridad.
Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 (Ley 1955 de 2019)	- El MSPS diseñará e implementará un mecanismo de pago por resultados en salud, el cual tendrá como mínimo un sistema de información, seguimiento y monitoreo basado en indicadores trazadores. Para efecto de lo dispuesto, la ADRES, podrá girar los recursos que se determinen por este mecanismo a las IPS, en función de los resultados en salud que certifique la EAPB. - Los recursos destinados para el mecanismo de pago por resultado serán los equivalentes a los asignados en cumplimiento del artículo 222 de la Ley 100 de 1993 a la entrada en vigor de la Ley. El MSPS establecerá la variación de estos recursos, que en todo caso deberán tener en cuenta la suficiencia de la UPC. Adicionalmente se establecerán incentivos de reconocimiento social y empresarial por resultados con calidad para las IPS del Sistema de Salud u otros actores del SGSSS. El MSPS podrá con cargo a los recursos del mecanismo, contratar a un tercero independiente que evalúe el cumplimiento de dichos resultados.
Disposiciones para la telesalud y parámetros para la telemedicina (Resolución 2654 de 2019)	El plan de servicios y tecnologías financiados con cargo a la UPC, cubren la modalidad de telemedicina para los servicios o tecnologías en salud.

Fuente: los autores

8.2 Anexo 2. Resultados de la aplicación de la metodología propuesta en la gestión del financiamiento en el plan de beneficios en salud

A continuación, se presentan los resultados de aplicar la propuesta metodológica para el ajuste de riesgo de la UPC en la gestión del financiamiento en el PBS. Esta tiene como objetivo identificar los posibles impactos y estructuras para llevar a cabo este pronóstico del gasto en la UPC. En consecuencia, no se busca obtener los valores que se emplearían en un eventual cálculo de ajuste de UPC, ni se considera la asignación de recursos fuera de esta tales como presupuestos máximos, acuerdos de punto final, entre otros.

Los resultados de aplicarla en cada uno de los regímenes es la siguiente:

8.2.1 Resultados en el Régimen contributivo

En el siguiente cuadro se presentan los resultados de la estimación del modelo⁴² en donde se evidencia que todas las variables explicativas presentan una relación estadísticamente significativa explicando el costo promedio.

⁴² Los coeficientes presentados se refieren a los coeficientes de la relación lineal los cuales se relacionan con los factores por esta expresión. $f_k = \exp(\beta_k)$

Figura 10 Resultados Modelo GLM para costo anual promedio régimen contributivo

Coefficient	Estimate	Std. Error	t- value	Pr(> t)
(Intercept)	13,720291	0,008679	1580,817	0,0000
Año = 2016	0,164807	0,003024	54,503	0,0000
Año = 2017	0,023095	0,003028	7,627	0,0000
Año = 2018	0,288991	0,003015	95,837	0,0000
Año = 2019	0,227070	0,003001	75,654	0,0000
Año = 2020	0,306863	0,003008	102,000	0,0000
Pertenece a Polimórbido	1,493426	0,012667	117,899	0,0000
Grupo de Qx = G1	0,944111	0,004293	219,920	0,0000
Grupo de Qx = G2	0,542556	0,008111	66,893	0,0000
Grupo de Qx = G3	0,047217	0,005622	8,398	0,0000
Grupo de Qx = G5	1,025714	0,011001	93,239	0,0000
Grupo de Qx = G7	1,183847	0,007258	163,104	0,0000
Grupo de Qx = G9	1,388153	0,016728	82,985	0,0000
Grupo de Qx = G14	0,366335	0,005524	66,314	0,0000
Grupo de Qx = G15	0,718917	0,004766	150,844	0,0000
Edad 1 a 4 Mujer	-0,948368	0,010244	-92,576	0,0000
Edad 5 a 12 Mujer	-1,693824	0,009100	-186,143	0,0000
Edad 5 a 14 Mujer	-1,413635	0,009835	-143,736	0,0000
Edad 15 a 18 Mujer	-0,947943	0,008650	-109,589	0,0000
Edad 19 a 44 Mujer	-0,830690	0,009799	-84,774	0,0000
Edad 50 - 54 Mujer	-0,726721	0,009852	-73,765	0,0000
Edad 55 a 59 Mujer	-0,651200	0,010035	-64,891	0,0000
Edad 60 a 64 Mujer	-0,570109	0,010403	-54,803	0,0000
Edad 65 a 69 Mujer	-0,473494	0,010973	-43,150	0,0000
Edad 70 a 74 Mujer	-0,415972	0,011828	-35,167	0,0000
Edad 75+	-0,273275	0,010637	-25,692	0,0000
Edad 1 a 4 Hombre	0,099955	0,008126	12,301	0,0000
Edad 5 a 12 Hombre	0,122867	0,004734	25,954	0,0000
Edad 5 a 14 Hombre	-0,206037	0,007103	-29,008	0,0000
Edad 15 a 18 Hombre	-0,558564	0,002599	-214,912	0,0000
Edad 19 a 44 Hombre	-0,306319	0,007018	-43,646	0,0000
Edad 50 - 54 Hombre	-0,237983	0,007219	-32,966	0,0000
Edad 55 a 59 Hombre	-0,110048	0,007784	-14,138	0,0000
Edad 60 a 64 Hombre	0,015023	0,008816	1,704	0,0884
Edad 65 a 69 Hombre	0,105879	0,010156	10,425	0,0000
Edad 70 a 74 Hombre	0,174696	0,012098	14,440	0,0000
Edad 75+	0,167845	0,009621	17,445	0,0000
Mun. con dispersion geo.	-0,499928	0,004396	-113,723	0,0000
Otros	-0,204544	0,002043	-100,114	0,0000
Zona Alejada	0,133930	0,020302	6,597	0,0000

Fuente: los autores

Para la PMM, el modelo estima que para el reconocimiento de éstos se debe multiplicar el costo correspondiente por un factor de 4.45, ($e^{1.493426}$) lo que evidencia el importante impacto que estas personas generan en la demanda de servicios.

Figura 11 Factores asociados con los grupos de diagnóstico régimen contributivo

Grupo	Factor
G1	Riesgo o Alteraciones cardio-cerebro vascular-metabólicas manifiestas
G2	Riesgo o enfermedades respiratorias crónicas
G3	Riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
G5	Riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento
G7	Riesgo o presencia de Cáncer
G9	Riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
G14	Riesgos o enfermedades huérfanas
G15	Riesgos o trastornos degenerativos neuropatías y autoinmunes

Fuente: los autores

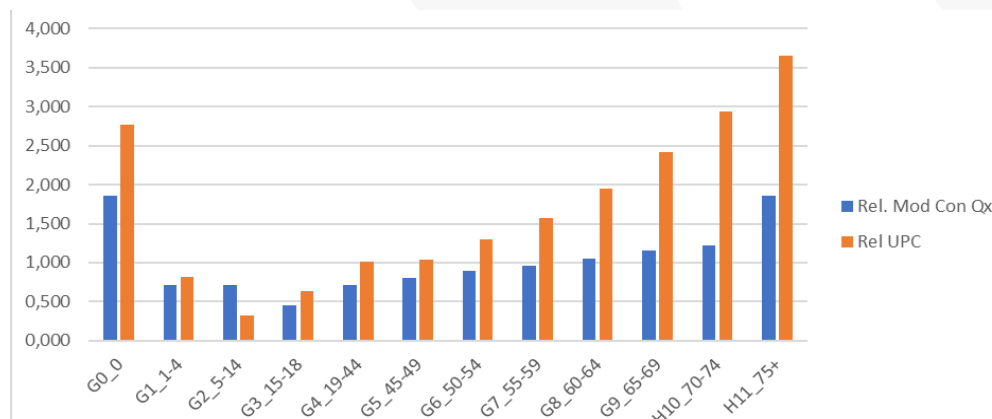
De igual forma se destaca el efecto que las condiciones crónicas tienen sobre el gasto en donde éstas incrementan el costo en 4.83% para el grupo G3 alteraciones nutricionales y hasta en un 300% más para el grupo crónico G9 de enfermedades infecciosas.

Dada la estructura multiplicativa una persona con más de una patología debería recibir estos incrementos simultáneamente por cada condición crónica, así una persona con Cáncer y una afectación metabólica recibiría un incremento de 10.30 equivalente al producto del factor de grupo G1 (2.5705), y el del grupo G9 (4.0074). Si esta persona estuviera en el grupo multimórbido entonces se debería afectar en 45.86 veces el costo.

Este mayor impacto asociado con el diagnóstico y la multimorbilidad afectan en forma inversa las asignaciones que se dan en otros factores tales como el grupo etario.

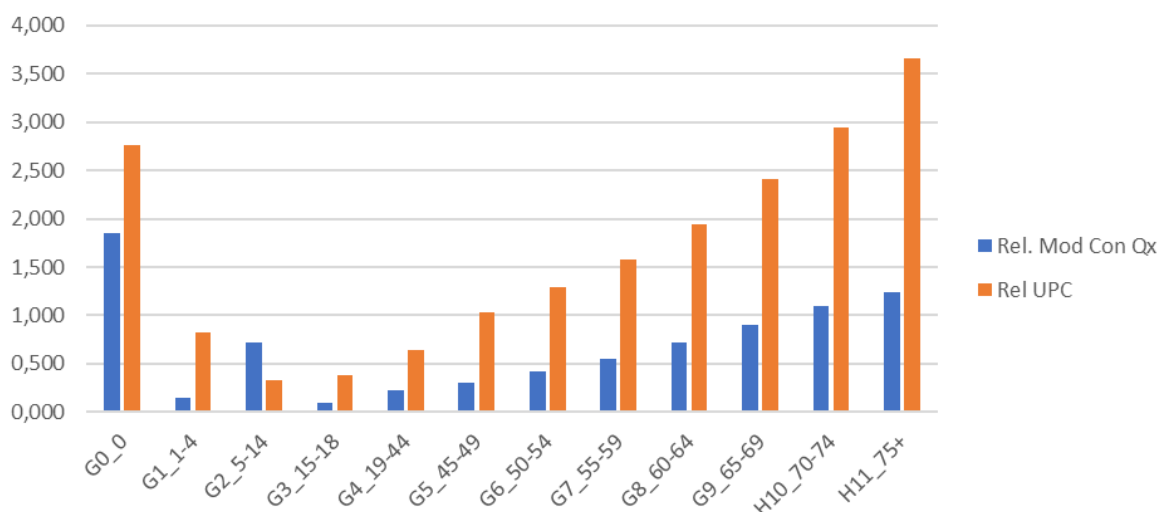
Tanto para las mujeres como los hombres se evidencia una reducción significativa en los factores en prácticamente todos los grupos etarios, esta reducción es más marcada en el grupo de los hombres cuyos factores se reducen en promedio entre un 62% y 70% para los grupos mayores de 18 años. En las mujeres esta reducción en el mismo grupo etario está entre un 22% y un 58%. Esto por cuanto los pacientes crónicos están más concentrados en los hombres que en las mujeres.

Figura 12 Factores asociados a grupo etarios mujeres régimen contributivo



Fuente: los autores

Figura 13 Factores asociados a grupo etarios hombre régimen contributivo



Fuente: los autores

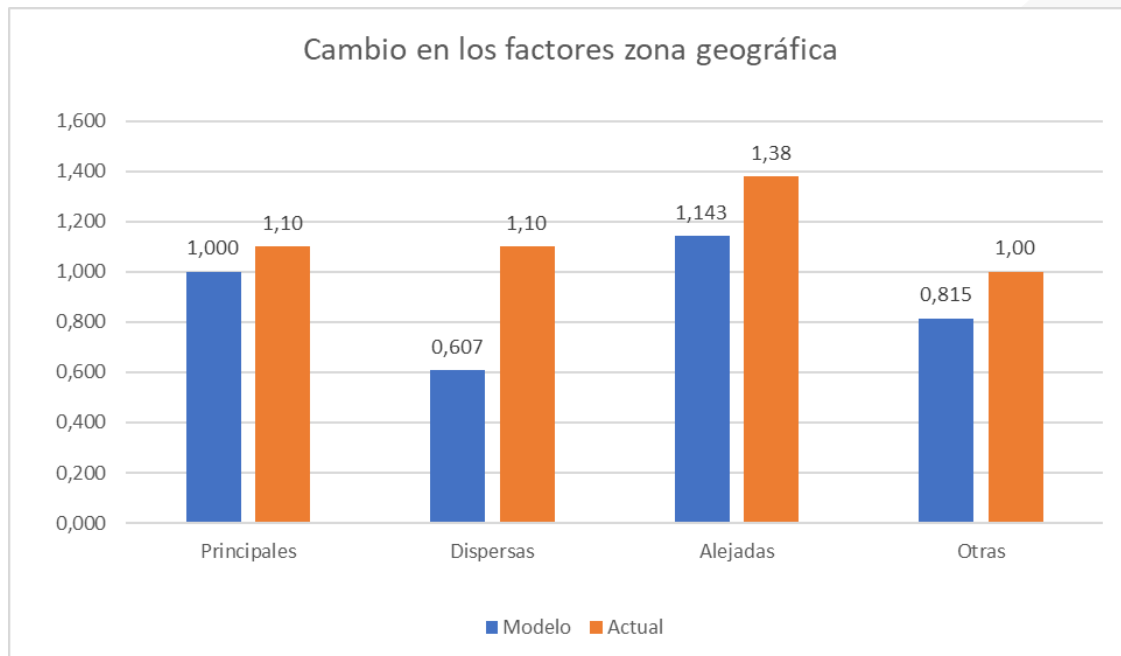
Figura 14 Porcentaje de afiliados con condiciones crónicas por grupo etario régimen contributivo

Grupo Etario	Mujeres	Hombre
Edad 0	0,25%	0,59%
Edad 1 a 4	0,75%	2,34%
Edad 5 a 12	1,05%	2,78%
Edad 5 a 14	1,37%	1,86%
Edad 15 a 18	4,53%	4,20%
Edad 19 a 44	11,88%	12,40%
Edad 50 - 54	17,55%	18,28%
Edad 55 a 59	23,23%	26,61%
Edad 60 a 64	30,57%	39,66%
Edad 65 a 69	38,40%	55,59%
Edad 70 a 74	45,84%	73,60%
Edad 75+	54,73%	99,34%
TOTAL	11,67%	13,58%

Fuente: los autores

En cuanto a las medidas geográficas el modelo también produce una disminución en estos factores de un 9% en las ciudades principales, de un 44.86% en los municipios dispersos de un 17.1% en los municipios dispersos y 18.5% en el resto. Así, se evidencia el cambio que el modelo produce en la asignación del costo desde las variables de grupo etario y geográficas hacia el diagnóstico y la morbilidad.

Figura 15 Factores asociados a ubicación geográfica



Fuente: los autores

Al evaluar en toda la población el impacto de esta asignación, se evidencia un incremento en los recursos que recibirían las personas de mayor edad en perjuicio de una disminución en los grupos de 44 años o menos. Así se reducen los recursos del grupo de 44 o menos años en un 22.2% mientras que se aumenta en el de mayores a 44 años en un 17.7%. De igual manera se evidencia una transmisión desde el grupo de mujeres hacia el de hombres en donde las mujeres reducen su asignación en 1.19% mientras que los hombres aumentan en 1.58%. El costo de los servicios adicionales debe ser asignado por cada persona pertenecientes al modelo de multimorbilidad. El valor estimado de esta adición es de \$205.928 anuales por personas lo que equivale a una asignación adicional por \$24.246 millones de pesos, lo cual aumenta las primas del régimen en aproximadamente un 0.01%.

Figura 16 Comparación primas promedio por afiliado y grupo etarios mujeres régimen contributivo

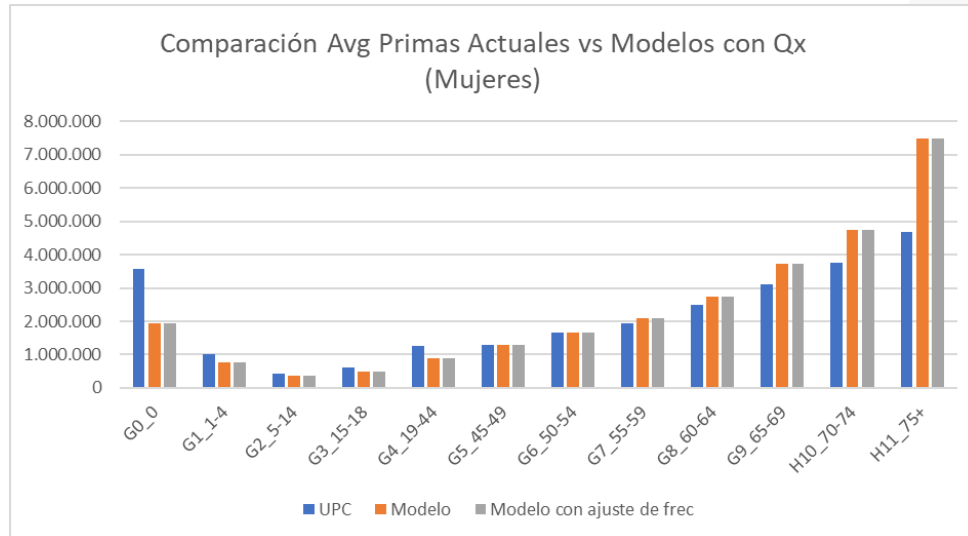
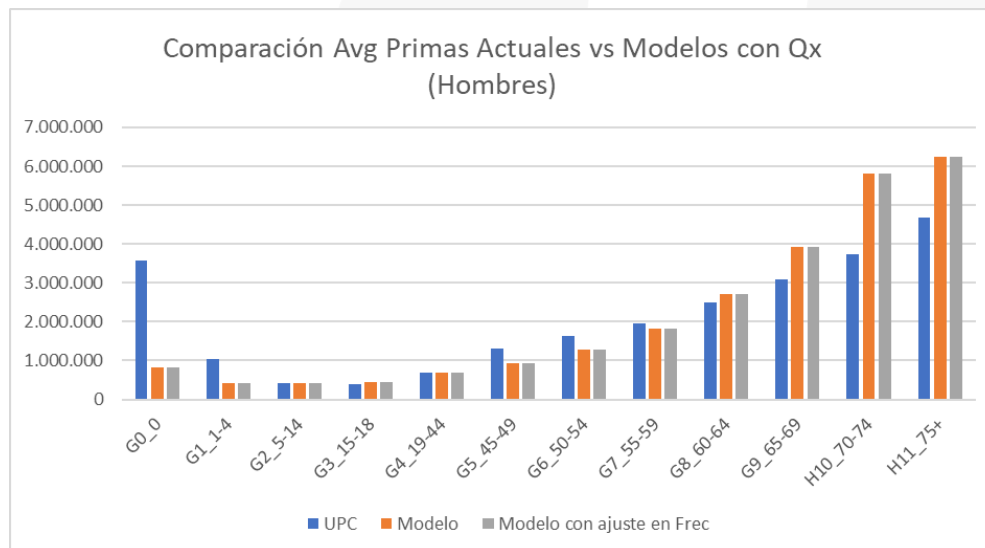


Figura 17 Comparación primas promedio por afiliado y grupo etarios hombre régimen contributivo



Fuente: los autores

8.2.2 Resultados en el Régimen subsidiado

En el siguiente cuadro se presentan los resultados de la estimación del modelo⁴³ y al igual que en el modelo asociado con el régimen contributivo, se evidencia que todas las variables explicativas producen presentan una relación estadísticamente significativa con el costo promedio.

Figura 18 Resultados Modelo GLM para costo anual promedio régimen subsidiado

Coefficient	Estimate	Std. Error	t- value	Pr(> t)
(Intercept)	13,366856	0,008058	1658,863	0,0000
Año = 2018	0,103965	0,002705	38,438	0,0000
Año = 2019	0,409936	0,002708	151,396	0,0000
Año = 2020	0,204751	0,002664	76,859	0,0000
Pertenece a Polimórbido	1,608987	0,015871	101,380	0,0000
Grupo de Qx = G1	1,188213	0,006220	191,033	0,0000
Grupo de Qx = G2	0,507315	0,011394	44,523	0,0000
Grupo de Qx = G3	-0,021247	0,009414	-2,257	0,0240
Grupo de Qx = G5	1,261388	0,014177	88,977	0,0000
Grupo de Qx = G7	1,190692	0,010358	114,957	0,0000
Grupo de Qx = G9	1,024884	0,017331	59,137	0,0000
Grupo de Qx = G14	0,528309	0,009505	55,583	0,0000
Grupo de Qx = G15	0,744243	0,007964	93,455	0,0000
Edad 1 a 4 Mujer	-0,837339	0,009595	-87,265	0,0000
Edad 5 a 12 Mujer	-1,505046	0,008476	-177,557	0,0000
Edad 5 a 14 Mujer	-0,893958	0,009111	-98,122	0,0000
Edad 15 a 18 Mujer	-0,662034	0,008157	-81,166	0,0000
Edad 19 a 44 Mujer	-0,702658	0,009695	-72,474	0,0000
Edad 50 - 54 Mujer	-0,616122	0,009773	-63,041	0,0000
Edad 55 a 59 Mujer	-0,508023	0,009990	-50,854	0,0000
Edad 60 a 64 Mujer	-0,397853	0,010482	-37,957	0,0000
Edad 65 a 69 Mujer	-0,299212	0,009668	-30,948	0,0000
Edad 70 a 74 Mujer	-0,190844	0,012002	-15,901	0,0000
Edad 75+	-0,069975	0,010236	-6,836	0,0000
Edad 1 a 4 Hombre	0,096477	0,007651	12,609	0,0000
Edad 5 a 12 Hombre	0,076641	0,004381	17,495	0,0000
Edad 5 a 14 Hombre	-0,528049	0,006448	-81,891	0,0000
Edad 15 a 18 Hombre	-0,607821	0,003109	-195,521	0,0000
Edad 19 a 44 Hombre	-0,310271	0,008240	-37,653	0,0000
Edad 50 - 54 Hombre	-0,247911	0,008340	-29,725	0,0000
Edad 55 a 59 Hombre	-0,178012	0,008760	-20,320	0,0000
Edad 65 a 69 Hombre	-0,102911	0,009751	-10,554	0,0000
Edad 70 a 74 Hombre	0,039675	0,012844	3,089	0,0020
Edad 75+	0,044989	0,009463	4,754	0,0000
Zona Alejada	0,327266	0,036501	8,966	0,0000

Fuente: los autores

En la PMM, el modelo presenta un factor de 4.99, ($e^{1.608987}$) ligeramente superior al evidenciado en el régimen contributivo de 4.45, evidenciando el importante impacto que estas personas generan en la demanda de servicios del régimen subsidiado.

⁴³ Los coeficientes presentados se refieren a los coeficientes de la relación lineal los cuales se relacionan con los factores por esta expresión. $f_k = \exp(\beta_k)$

Figura 19 Factores asociados con los grupos de diagnóstico régimen subsidiado

Grupo	Factor	
G1	Riesgo o Alteraciones cardio-cerebro vascular-metabólicas manifiestas	3,2812
G2	Riesgo o enfermedades respiratorias crónicas	1,6608
G3	Riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	0,9790
G5	Riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento	3,5303
G7	Riesgo o presencia de Cáncer	3,2894
G9	Riesgo o presencia de enfermedades infecciosas	2,7868
G14	Riesgos o enfermedades huérfanas	1,6961
G15	Riesgos o trastornos degenerativos neuropatías y autoinmunes	2,1048

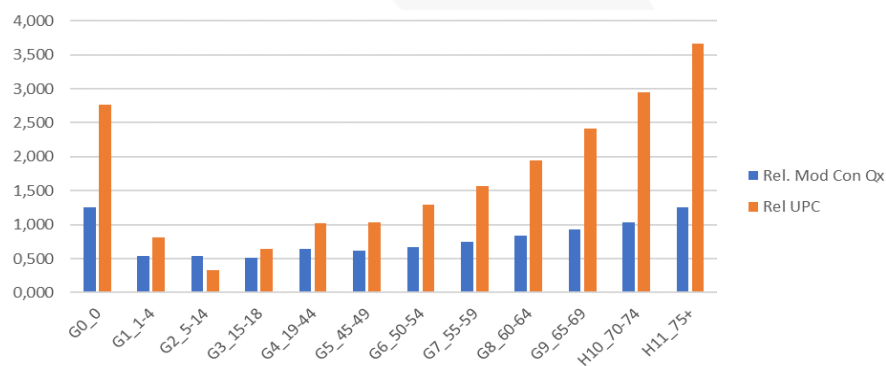
Fuente: los autores

En cuanto al efecto de las condiciones crónicas sobre el gasto se muestra una reducción del 2.1% para el grupo G3 (alteraciones nutricionales), el cual incrementaba en el régimen contributivo, mientras que para todos los demás se presentan incrementos en la asignación entre 66% y 229%. Estos últimos se ven muy en línea con los resultados del régimen contributivo con excepción del grupo G9 en donde el impacto se reduce de forma significativa (del 300% en el contributivo frente al 178% en el subsidiado).

Este mayor impacto asociado con el diagnóstico y la multimorbilidad afectan en forma inversa las asignaciones que se dan en otros factores tales como el grupo etario.

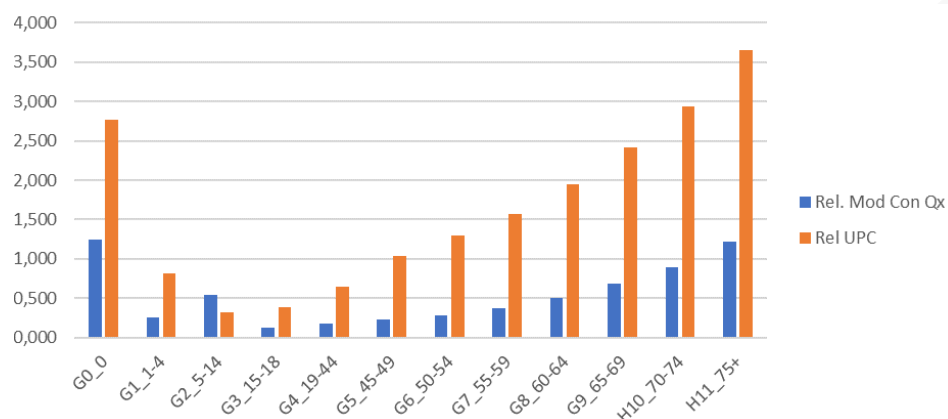
Muy similar a lo observado en el régimen contributivo, tanto para las mujeres como los hombres se evidencia una reducción significativa en los factores en prácticamente todos los grupos etarios, siendo mayor porcentualmente el impacto en el régimen subsidiado y en los hombres cuyos factores se reducen en promedio entre un 67% y 78% para los grupos mayores de 18 años, mientras que en las mujeres esta reducción está entre un 36% y un 65%. Igual que en el caso del régimen contributivo, la concentración de personas crónicas es inferior en mujeres que en hombres lo que explica la mayor reducción en el costo de los hombres. Por otra parte se destaca la menor prevalencia de personas crónicas en el régimen subsidiado lo que podría indicar menor calidad de registro y/o diagnóstico.

Figura 20 Factores asociados a grupo etarios mujeres régimen subsidiado



Fuente: los autores

Figura 21 Factores asociados a grupo etarios hombre régimen contributivo



Fuente: los autores

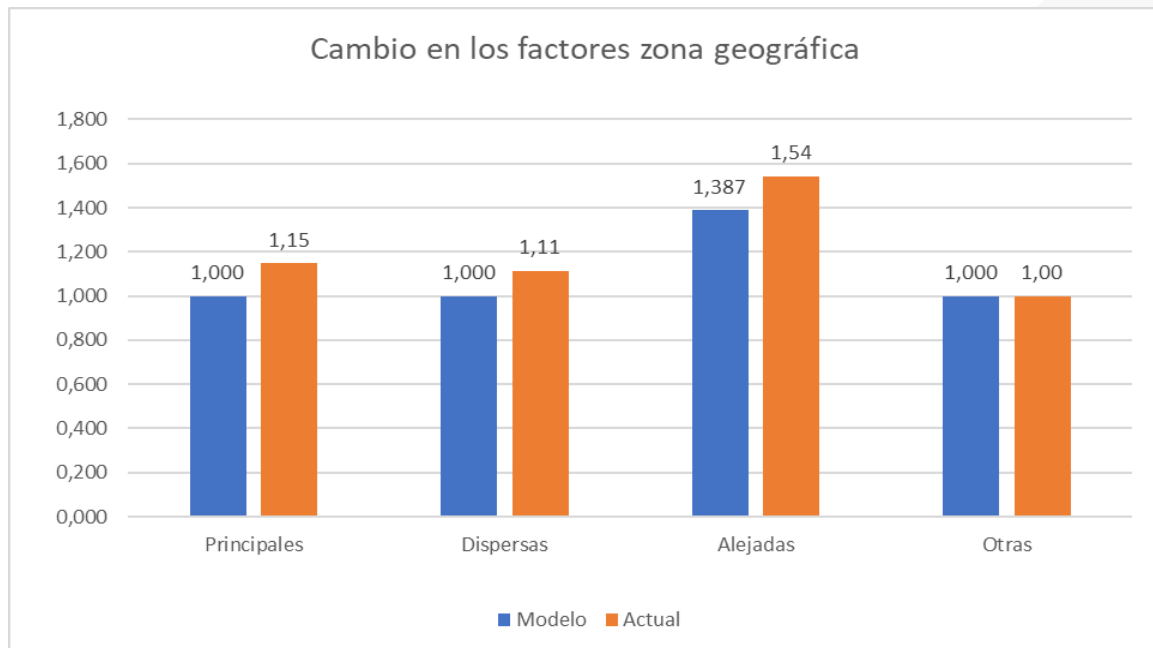
Figura 22 Porcentaje de afiliados con condiciones crónicas por grupo etario régimen contributivo

Grupo Etario	Mujeres	Hombre
Edad 0	1,15%	2,29%
Edad 1 a 4	1,03%	2,34%
Edad 5 a 12	0,85%	1,84%
Edad 5 a 14	1,37%	1,45%
Edad 15 a 18	2,95%	2,31%
Edad 19 a 44	7,58%	5,59%
Edad 50 - 54	11,07%	8,18%
Edad 55 a 59	14,69%	11,85%
Edad 60 a 64	18,74%	17,17%
Edad 65 a 69	22,69%	23,34%
Edad 70 a 74	25,22%	30,10%
Edad 75+	26,39%	38,12%
TOTAL	6,28%	6,32%

Fuente: los autores

En cuanto a las medidas geográficas el modelo también produce una disminución en estos factores de un 13% en las ciudades principales, de un 10.3% en los municipios dispersos de un 10.1% en los municipios alejados sin afectación para los demás.

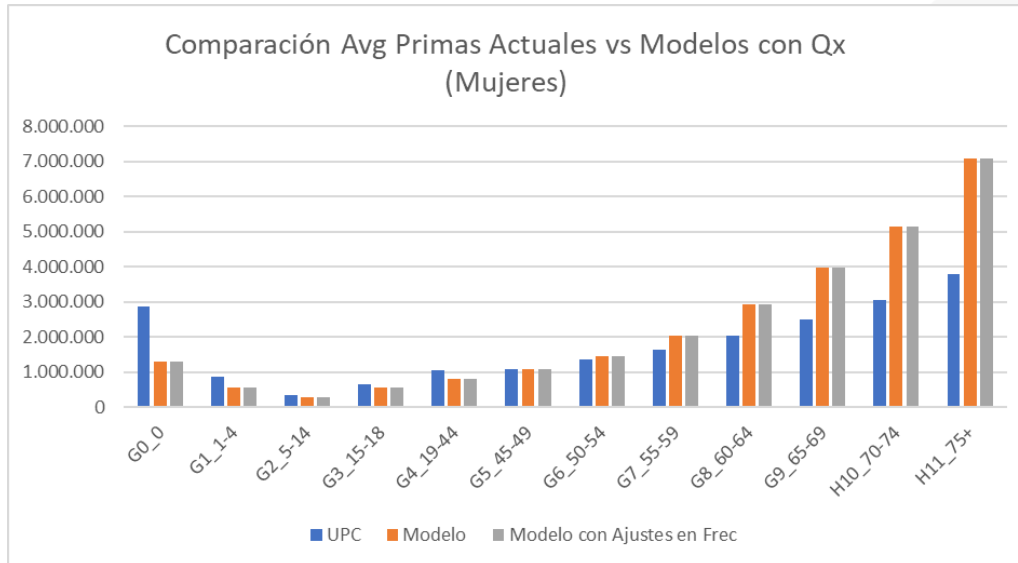
Figura 23 Factores asociados a ubicación geográfica



Fuente: los autores

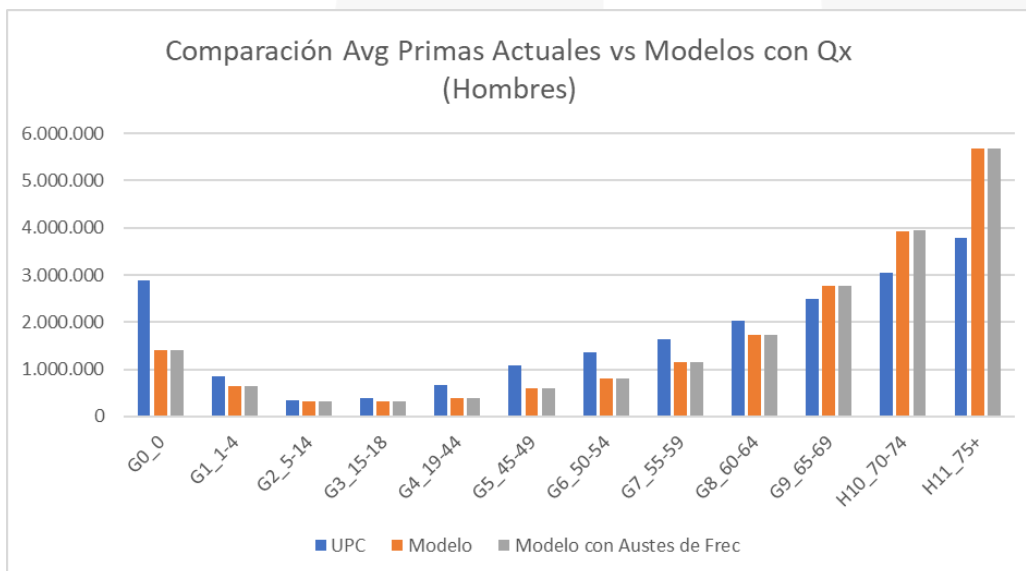
Muy similar a lo que sucedió en el caso del régimen contributivo, se evidencia un incremento en los recursos que recibirían las personas de mayor edad en perjuicio de una disminución en los grupos de 44 años o menos. El grupo de 44 o menos años reducen sus ingresos en un 29.0% mientras que se aumenta en el de mayores a 44 años en un 26.5%. De una forma opuesta a los que sucede en el régimen contributivo, manera se evidencia una transmisión desde el grupo de hombres hacia el de mujeres en donde los hombres reducen su asignación en 13.42% mientras que las mujeres aumentan en 10.81%. Se puede decir adicionalmente, que parte de los menores recursos que se asignaban desde los jóvenes hacia las personas de mayor edad se dirigen específicamente a las mujeres mayores a 44 años pues su asignación aumenta en 48.8% mientras que los hombres mayores de 44 años aumentan en tan solo 2.3%. De igual manera que en el régimen contributivo, el costo de los servicios adicionales debe ser asignado por cada persona pertenecientes al modelo de multimorbilidad. El valor estimado de esta adición es igual al del régimen contributivo estimado en \$205.928 anuales por personas. Como producto de esto la asignación en el régimen subsidiado debe ser 43.639 millones de pesos. Esto implica un incremento de cerca de un 0.02% en las primas del régimen.

Figura 24 Comparación primas promedio por afiliado y grupo etarios mujeres régimen subsidiado



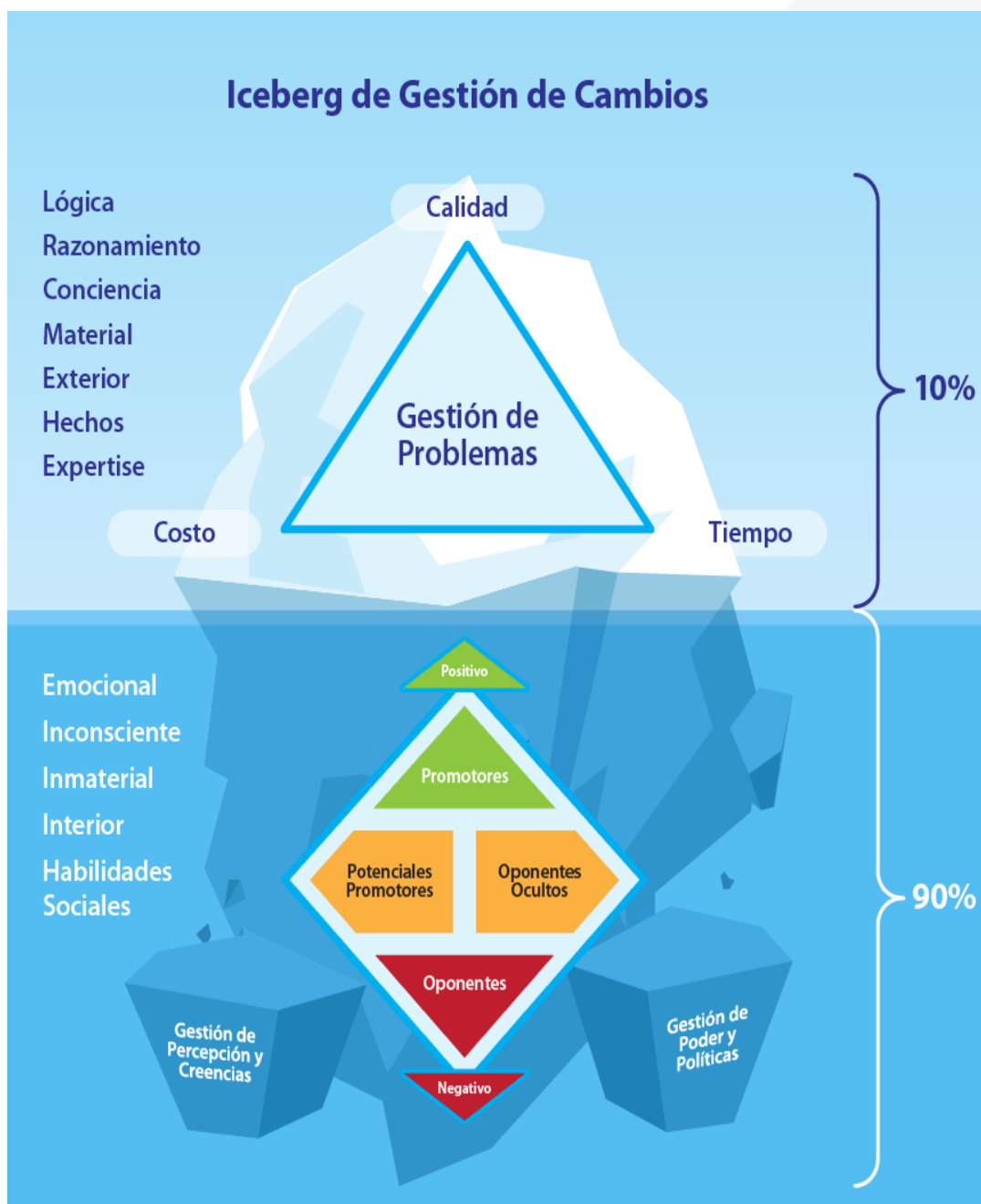
Fuente: los autores

Figura 25 Comparación primas promedio por afiliado y grupo etarios hombre régimen subsidiado



Fuente: los autores

8.3 Anexo 3. El Iceberg de la Gestión del Cambio de Wilfried Krüger



Fuente: Figura traducida y adaptada. Tomada de <https://www.mentu.com.py/blog/2991/cambio-organizacional-como-protagonizarlo>

8.4 Anexo 4. Algoritmo de identificación de la PMM

El algoritmo es una propuesta para la identificación de la PMM en el contexto de la GIRS, y puede ser aplicado y adaptado por cualquiera de los actores en los diferentes niveles de gestión y atención del modelo.

8.4.1 Fuentes de información

La fuente de información sugerida son registros administrativos (RIPS o información reportada por las EAPB para el estudio de suficiencia de la UPC) que puede ser un punto de partida para adoptar, adaptar y mejorar en la ETS o EAPB, dadas las limitaciones que pueden tener los RIPS en el sistema frente a la oportunidad, calidad, entre otros.

La información que se requieren para el algoritmo de identificación de la PMM corresponde a:

- *Servicios y tecnologías en salud.* se identifican las siguientes variables: a) sociodemográficas: identificación de la persona, fecha de nacimiento, sexo registrado en el documento de identificación, departamento y municipio de residencia; b) prestación del servicio: EAPB, IPS, fecha de prestación del servicio, ámbito de prestación, código del servicio y tecnología en salud, diagnóstico principal y diagnóstico relacionado; y c) contratación y costo: forma de contratación y pago, valor del servicio, valor asumido por el usuario por cuotas moderadoras y copagos y número de factura. (Ministerio de Salud y Protección Social).
- *GRP.* En la política PAIS se priorizaron 16 GR y eventos que se relaciona en la tabla a continuación:

Tabla 23 GR y eventos priorizados

Clave	Grupo de Riesgo (1)	Eventos priorizados (2)
GR1	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas.	Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Accidente Cerebro Vascular, Infarto Agudo de Miocardio, Enfermedad Renal Crónica.
GR2	Población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas.	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Asma
GR3	Población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	Desnutrición en menores de 5 años, Anemia en menores de 5 años y Obesidad
GR4	Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.	Uso de sustancias psicoactivas.
GR5	Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento	Depresión, Epilepsia, Esquizofrenia, Trastorno Afectivo Bipolar, Psicosis, E espectro Autista,

		Ansiedad, Trastornos del comportamiento en los niños, Demencia.
GR6	Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal.	Caries, Fluorosis, Edentulismo.
GR7	Población con riesgo o presencia de cáncer.	Cáncer de Mama, Cáncer de Cérvix, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata, Cáncer de Pulmón, Cáncer de Estómago, Cáncer de Piel.
GR8	Población materno perinatal.	Alteraciones y complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio, interrupción Voluntaria del Embarazo, Embarazo en Adolescentes; Enfermedades Congénitas, Trastornos del Recién Nacido.
GR9	Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas	Enfermedades transmitidas por Vectores (ETV): Dengue, Chikunguña, Zika, Chagas, Malaria. Tuberculosis Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda (Neumonía) en menores de 5 años. Infecciones de transmisión Sexual: Sífilis, Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Hepatitis B y C.
GR10	Población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales	Accidente Rábico y Ofídico.
GR11	Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales	Enfermedad y accidentes laborales (general)
GR12	Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	Violencias: por conflicto armado, de género, conflictividad social. Trauma Craneoencefálico y Raquimedular
GR13	Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente	Hace parte de la RIAS para la Promoción y Mantenimiento de la Salud
GR14	Población con riesgo o enfermedades huérfanas.	Hemofilia, Fibrosis Quística, Enfermedad de Depósito Lisosomal, Hipotiroidismo Congénito.
GR15	Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos	Trastornos visuales: Defectos de Refracción, Catarata, Glaucoma, Retinopatía del Prematuro, Baja Visión Trastornos auditivos: Otitis, Hipoacusia, Vértigos y Trastornos de Habla y Lenguaje
GR16	Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.	Artritis Reumatoidea y Enfermedades Neurológicas

Fuente: (1) MSPS, Resolución 3202 de 2016; (2) Equipo Técnico Dirección de Promoción y Prevención, 2018.

- **CIE 10.** Es un sistema de categorías mutuamente excluyentes a las cuales se asignan enfermedades, lesiones y motivos de consulta de acuerdo con criterios previamente establecidos. Es importante mencionar que se usará la clasificación vigente en el momento de aplicar el algoritmo que permite identificar la PMM. La clasificación abarca todo el rango de enfermedades existentes en la terminología médica. Una enfermedad es una representación mental que permite entender el

padecimiento de las personas. Las enfermedades también son llamadas morbilidades o nosografías y resultan evidenciables por la detección de una lesión, una infección o una disfunción mediante los signos y los síntomas. El médico para identificar cuál enfermedad padece la persona realiza un diagnóstico. Existen diagnósticos etiológicos y topográficos. La tecnología médica ayuda a confirmar el diagnóstico. Si no es posible precisar el diagnóstico se identifica un síndrome.

8.4.2 Metodología

La metodología tiene las siguientes etapas:

a. Etapa 1. Identificación de la población con diagnóstico de los GR

Tomando como base la tabla CIE 10, se clasifica la lista tabular de acuerdo con los 16 GR definidos y priorizados por el MSPS dando como resultado que el 37.5% de 12.615 códigos CIE 10 corresponden a estos 16 grupos.

Tabla 24 Numero de Códigos de la Clasificación internacional de enfermedades décima revisión en cada uno de los GR

Grupo de riesgo	CIE 10
G1	242
G2	20
G3	15
G4	92
G5	139
G6	523
G7	436
G8	123
G9	681
G10	10
G11	1.580
G12	10
G13	206
G14	269
G15	388
	4.734

Fuente: Elaboración propia de los autores

En la tabla siguiente, se pueden observar los rangos de diagnósticos por GR.

Tabla 25 Rango de Diagnósticos de la Clasificación internacional de enfermedades décima revisión en cada Grupo de Riesgo

Grupo de Riesgo	Rango CIE 10	Descripción
GRUPO1	E00-E90	E00-E90 Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas
	I00-I99	I00-I99 Enfermedades Del Sistema Circulatorio

	N00-N99	N00-N99 Enfermedades Del Sistema Genitourinario
	P00-P96	P00-P96 Ciertas Afecciones Originales En El Periodo Perinatal
GRUPO2	J00-J99	J00-J99 Enfermedades Del Sistema Respiratorio
GRUPO3	E00-E90	E00-E90 Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y metabólicas
GRUPO4	F00-F99	F00-F99 Trastornos Mentales y Del Comportamiento
	V01-Y98	V01-Y98 Causas Externas De Morbilidad Y De Mortalidad
GRUPO5	F00-F99	F00-F99 Trastornos Mentales y Del Comportamiento
GRUPO6	K00-K93	K00-K93 Enfermedades Del Sistema Digestivo
GRUPO7	C00-D48	C00-D48 Tumores
GRUPO8	O00-O99	O00-O99 Embarazo, Parto y Puerperio
GRUPO9	A00-B99	A00-B99 Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias
	M00-M99	M00-M99 Enfermedades Del Sistema Osteomuscular y Del Tejido Conjuntivo
	N00-N99	N00-N99 enfermedades Del Sistema Genitourinario
	P00-P96	P00-P96 Ciertas Afecciones Originales En El Periodo Perinatal
GRUPO10	S00-T98	S00-T98 Traumatismos, Envenenamientos y Algunas Otras Consecuencias De Causa Externas
GRUPO11	Z00-Z99	Z00-Z99 Factores Que Influyen En El Estado De Salud y Contacto Con Los Servicios De Salud
GRUPO12	V01-Y98	V01-Y98 Causas Externas De Morbilidad Y De Mortalidad
GRUPO13	Z00-Z99	Z00-Z99 Factores Que Influyen En El Estado De Salud y Contacto Con Los Servicios De Salud
GRUPO14	D50-D89	D50-D89 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
	E00-E90	E00-E90 Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y metabólicas
GRUPO15	H00-H59	H00-H59 Enfermedades Del Ojo Y Sus Anexos
	H60-H95	H60-H95 Enfermedades Del Oído y De La Apófisis Mastoides
GRUPO16	G00-G99	G00-G99 Enfermedades Del Sistema Nervioso
	M00-M99	M00-M99 Enfermedades Del Sistema Osteomuscular y Del Tejido Conjuntivo

Fuente: Elaboración propia de los autores

El grupo técnico del MSPS seleccionó 8 de los 16 GR, para el análisis de multimorbilidad que se relacionan a continuación

- GR1 Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas.
- GR2 Población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas
- GR3 Población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.
- GR5 Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento
- GR7 Población con riesgo o presencia de cáncer
- GR9 Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.
- GR14 Población con riesgo o enfermedades huérfanas.
- GR16 Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes

Se reconoce que el uso de la clasificación CIE-10 incluye sesgos de clasificación que se evidencian a través del uso de códigos basura o códigos inespecíficos. Sin embargo, dado la robustez de la bodega de datos y la definición de los GR antes mencionada se considera una minimización del sesgo.

Con la información de los servicios prestados a la población afiliada se procede a marcar cada diagnóstico reportado en cada uno de los servicios prestados a la población afiliada para determinar del total de la población expuesta cuántas personas tienen o no condiciones crónicas, cuántas tendrían dos o más condiciones crónicas y cumplirían el criterio de multimorbilidad y cuántas basados en los 8 GR están en dos o más grupos y cumplen con la nueva clasificación de multimorbilidad.

b. Etapa 2. Aplicación de los criterios de uso de servicios y costos

Una vez identificadas las personas que cumplen con la nueva condición de multimorbilidad, es decir tienen dos o más de los 8 GR clasificados. Se realiza una segunda fase que busca adicionar bajo el criterio uso aumentado de servicios una clasificación adicional de las personas.

El criterio de uso aumentado de servicios corresponde a:

1. Una hospitalización anual en unidad de cuidados intensivos o unidad de cuidados intermedios por una de las patologías priorizadas en los ocho GR.
2. Dos hospitalizaciones anuales que tengan como etiología cualquiera de estas patologías crónicas priorizadas en los GR.
3. Dos consultas de urgencias anuales por estas mismas patologías.
4. Diez o más principios activos dispensados mensualmente por patologías crónicas de esos GR.
5. Comportamiento anual costos inferiores a la media de la población referente o a tres veces la UPC, es decir, la UPC de su grupo

Como resultado, el criterio de selección de las personas con condiciones de multimorbilidad corresponde a:

1. Personas con dos o más condiciones de los 8 GR seleccionados, que adicionalmente
2. Cumplan con una o más de las cuatro características de uso aumentado de servicios o que su costo anual sea superior a 3 veces la UPC del grupo etario y zona geográfica.

c. Etapa 3. Clasificación de las personas

Para la clasificación de las personas bajo estos criterios una vez que cada persona quedo clasificada con dos o más de los 8 GR, se construye una matriz de ceros y unos con las ocurrencias del criterio uso aumentado de servicios de la siguiente manera:

H (1,0) si cumple o no con una hospitalización anual en unidad de cuidados intensivos o unidad de cuidados intermedios por una de las patologías priorizadas en los ocho GR o si

tiene dos hospitalizaciones anuales que tengan como etiología cualquiera de estas patologías crónicas priorizadas en los GR.

U (1,0) si cumple o no con dos consultas de urgencias anuales por cualquiera de estas patologías crónicas priorizadas en los GR.

M (1,0) si cumple o no con diez o más principios activos dispensados mensualmente por cualquier patología. (por la forma como se registra la dispensación de medicamentos en Colombia no es posible determinar si estos principios activos correspondían a patologías crónicas de los GR priorizados).

V (1,0) si cumple o no con costo anual 3 veces grupo etario zona de UPC.

Tabla 26 ejemplo de matriz persona uso aumentado de servicios

Persona	H	M	U	V	HMOV
pers1	1	1	1	1	1111
pers2	1	1	1	1	1111
pers3	1	1	1	1	1111
pers4	1	1	1	1	1111
pers5	1	1	1	1	1111
pers6	0	0	1	0	0010
pers7	0	0	1	0	0010
pers8	0	0	1	0	0010
pers9	0	1	0	1	0101
pers10	0	0	1	1	0011
pers11	1	0	0	0	1000
pers12	0	0	1	0	0010
pers13	0	0	1	0	0010
pers14	1	0	0	1	1001
pers15	1	0	0	1	1001
pers16	0	1	0	1	0101
pers17	0	0	1	0	0010
pers18	0	1	0	0	0100
pers19	0	0	1	0	0010
pers20	0	1	0	0	0100
pers21	0	0	1	0	0010
pers22	0	0	1	0	0010

8.5 Anexo 5. Escalas recomendadas para la valoración multidimensional de la PMM

Dimensión valorada	Nombre del Instrumento	Finalidad	Quienes	Criterio de priorización de los instrumentos
Captación de PMM según criterios de inclusión en el programa, datos sociodemográficos y clínicos	Formato de caracterización (Entregado por la EAPB)	Obtención de datos sociodemográficos de participantes, criterios diagnósticos y de severidad de acuerdo con el modelo.	Médico general/ Médico especialista y Profesional en enfermería referentes	Formato básico
Funcional	-Índice de actividades básicas de la vida diaria (Barthel). -Índice de actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody).	Establecimiento del diagnóstico de los déficit funcionales, de los factores que influyen en ellos, y del riesgo de desarrollo de otros nuevo	Profesional en enfermería referente	Escala prioritaria.
Riesgo de caídas	Escala de Downton	Valorar el riesgo de caída de las personas.	Profesional en enfermería referente.	Escala complementaria. Aplicar si en la valoración se identifican factores de riesgo de caídas.
Cognitivo	Prueba de detección cognitiva breve (Mini-Cog).	Tamizaje para identificar deterioro cognitivo.	Médico general/ Médico especialista referente	Escala prioritaria.
Psicoafectiva	-Escala de depresión geriátrica de Yesavage (Para > de 60 años) -Cuestionario sobre la salud del persona-2 (PHQ-2) (Para < de 60 años). -Cuestionario sobre la salud del persona-9 (PHQ-9) (Para < de 60 años).	Tamizaje de depresión.	Médico general/ Médico especialista referente	Escala prioritaria.

Calidad de vida	Cuestionario SF-12.	Estimar el estado funcional del persona, reflejando su salud física, mental y social, así como la obtención de un valor cuantitativo, que representará el estado de salud de forma multidimensional.	Profesional en enfermería referente.	Escala complementaria. Como alternativa se sugiere pregunta abierta en la entrevista clínica: Actualmente, ¿Cómo percibe su salud física y su salud mental? Mala, Regular, Buena
Agencia de autocuidado	Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA)	Mide la operatividad de la capacidad de autocuidado reportada por una persona	Profesional en enfermería referente.	Escala complementaria. Está indicada cuando en la entrevista clínica se identifican dificultades en el autocuidado y se prioriza como indicador en el PAP.
Adherencia a medicamentos	Escala de adherencia a la medicación de Morisky.	Mide comportamientos de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos.	Profesional en enfermería referente.	Escala prioritaria.
Polimedicación	Formulario ad hoc para registro de medicamentos	Evalúa la polimedicación extrema: >10 medicamentos	Médico general/ Médico especialista referente	Revisión prioritaria en la historia clínica.
Nutricional	Cribado mini nutricional.	Detectar la presencia de malnutrición o riesgo de desarrollarla en personas con pluripatología compleja.	Médico general/ Médico especialista referente	Escala prioritaria.
Pronóstico	-Índice profund -Índice Paliar	-Definir el índice de comorbilidad en personas con pluripatología compleja. -Definir reorientación del esfuerzo terapéutico en personas con pluripatología compleja.	Médico general/ Médico especialista referente	Escala complementaria. *Aplicar PROFUND si se determina que es prioritaria la planificación compartida de la atención. *Si en la entrevista se identifican necesidades paliativas se sugiere remitir a equipo de cuidados paliativos

Fuente adaptada de: Hernández Zambrano, S.M, Agudelo Turriago, A.M., Bohórquez Pantoja, L.C., Salcedo Angulo, M.A., pluripatología intrahospitalario, & Grupo de investigación de modelo de gestión de casos. (2021). Evaluación de la efectividad del modelo de gestión de casos intrahospitalarios en personas pluripatológicos complejos. Paraninfo Digital, (33), e33104o. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/pd/e33104o>

8.6 Anexo 6. Escalas recomendadas para la valoración multidimensional del cuidador

Dimensión valorada	Nombre del Instrumento	Finalidad	Quienes	Criterio de priorización de los instrumentos
Riesgo social	Escala sociofamiliar de Gijón. CUIDADOR	Detección de situaciones de riesgo o problemática social.	Auxiliar de enfermería/trabajador social/psicología, en simultánea para valoración del cuidador familiar	Escala prioritaria.
Sobrecarga del cuidador	Entrevista Zarit. CUIDADOR	Entrevista Zarit, escala que ha sido utilizada para medir el nivel de sobrecarga en los cuidadores y consta de 22 preguntas con escala tipo Likert de 5 opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre	Trabajador social/psicología, para valoración del cuidador familiar	Escala prioritaria.
Rol cuidador	Adopción del rol de cuidador familiar del persona crónico (ROL). CUIDADOR	Valorar la experiencia de ser cuidador de un persona con pluripatología compleja de los familiares o responsables directos.	Trabajador social/psicología, para valoración del cuidador familiar	Escala complementaria. *Aplicar si se identifica sobrecarga en el cuidador, para mejorar la adopción de su rol.

Fuente adaptada de: Hernández Zambrano, S.M, Agudelo Turriago, A.M., Bohórquez Pantoja, L.C., Salcedo Angulo, M.A., pluripatología intrahospitalario, & Grupo de investigación de modelo de gestión de casos. (2021). Evaluación de la efectividad del modelo de gestión de casos intrahospitalarios en personas pluripatológicos complejos. Paraninfo Digital, (33), e33104o. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/pd/e33104o>

8.7 Anexo 7. Guía de recomendaciones de autocuidado y autogestión y PAP