



Escuela de Administración  
Graduate School of Business (Rosario GSB)

Maestría en Administración en Salud (MAS)

¿Cómo enfocar el análisis de la gestión del riesgo en salud en enfermedad renal crónica y sus precursoras, desde la perspectiva del aseguramiento y la prestación?

Presentado por:  
María Camila Angarita Claro  
María Teresa Daza Fonseca

Bogotá, D.C. 19 de julio de 2023



Escuela de Administración  
Graduate School of Business (Rosario GSB)

Maestría en Administración (MBA)

¿Cómo enfocar el análisis de la gestión del riesgo en salud en enfermedad renal crónica y sus precursoras, desde la perspectiva del aseguramiento y la prestación?

Modalidad: Estudio de caso

Presentado por:

María Camila Angarita Claro

María Teresa Daza Fonseca

Bajo la dirección de:

Dr. Walter Hernando Puerto Gómez

Bogotá, D.C. 19 de julio de 2023

## Contenido

|  |    |
|--|----|
| Contenido .....  | 3  |
| Preliminares .....   | 5  |
| Declaración de originalidad y autonomía .....  | 6  |
| Declaración de exoneración de responsabilidad .....  | 7  |
| Lista de tablas .....  | 9  |
| Abreviaturas .....   | 10 |
| Resumen Ejecutivo .....  | 12 |
| Palabras clave .....   | 12 |
| Abstract .....   | 13 |
| Keywords .....   | 13 |
| 1. Introducción .....  | 14 |
| 2. Contexto de la ERC y precursoras y su importancia en el Sistema de Salud .....  | 15 |
| 3. Perspectiva desde los costos (directos e indirectos) derivados de la atención de pacientes con ERC y precursoras .....                              | 17 |
| 4. Papel de la atención primaria en salud en el sistema de salud colombiano .....  | 20 |
| 5. Objetivos .....   | 22 |
| 5.1. General .....   | 22 |
| 5.2. Específicos .....   | 22 |
| 6. Caracterización de la población con ERC y enfermedades precursoras en el país .....   | 22 |
| 6.1. Contexto de la ERC y sus precursoras en Colombia .....  | 22 |
| 7. Identificación de necesidades alrededor de la gestión de las cohortes de ERC y precursoras, desde la óptica del aseguramiento y la prestación ..... | 24 |
| 8. Descripción de necesidades identificadas desde el aseguramiento .....   | 25 |
| 8.1.1. Descripción de necesidades identificadas desde el asegurador del régimen contributivo .....   | 30 |
| 8.1.2. Descripción de necesidades identificadas desde el asegurador del régimen subsidiado .....   | 31 |
| 8.1.3. Descripción de necesidades identificadas desde el asegurador del régimen subsidiado para población indígena .....                               | 32 |
| 9. Descripción de necesidades identificadas desde la prestación .....  | 34 |

|   |    |
|---|----|
| 9.1.1. Descripción de necesidades identificadas desde la prestación a población del régimen contributivo .....                                | 34 |
| 9.1.2. Descripción de necesidades identificadas desde la prestación a población del régimen subsidiado.....                                   | 37 |
| 9.1.3. Descripción de necesidades identificadas desde la prestación a población indígena  | 39 |
| 10. Estrategias para la generación de propuestas de valor en la mejora de los procesos de atención a la población con ERC y precursoras ..... | 40 |
| 11. Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo .....  | 42 |
| 12. Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario.....   | 46 |
| 13. Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor .  | 46 |
| 14. Enfoque pluripatológico, mas allá del cumplimiento de la ruta de atención básica .....  | 49 |
| 15. Conclusiones .....  | 52 |
| 16. Posible empleabilidad del desarrollo y contenido del presente proyecto.....   | 55 |
| 17. Referencias bibliográficas .....  | 56 |
| 18. Anexos Técnicos .....   | 58 |

# Preliminares

### **Declaración de originalidad y autonomía**

Declaramos bajo la gravedad del juramento, que hemos escrito el presente Proyecto Aplicado Empresarial (PAE), en la propuesta de solución a una problemática en el campo de conocimientos del programa de Maestría por nuestra propia cuenta y que, por lo tanto, su contenido es original.

Declaramos que hemos indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información y que este PAE no ha sido entregado a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación.



María Camila Angarita Claro



María Teresa Daza Fonseca

Firmado en Bogotá, D.C. el 19 de julio de 2023

### **Declaración de exoneración de responsabilidad**

Declaramos que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de sus autores. La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él.



María Camila Angarita Claro



María Teresa Daza Fonseca

Firmado en Bogotá, D.C. el 19 de julio de 2023

## Lista de figuras

|  |    |
|--|----|
| <i>Figura 1.</i> Indicador de control de presión arterial-----   | 26 |
| <i>Figura 2</i> Indicador de cumplimiento de meta de LDL -----   | 27 |
| <i>Figura 3.</i> Indicador de control de presión arterial-----   | 28 |
| <i>Figura 4.</i> Indicador medición de creatinina en el último año -----   | 28 |
| <i>Figura 5.</i> Indicador de evaluación de no pérdida de función renal -----  | 29 |
| <i>Figura 6.</i> Resultados indicadores de nefrotección Ranking CAC 2022 para IPS del<br>contributivo -----                | 36 |
| <i>Figura 7.</i> Resultados indicadores de nefrotección Rangking CAC 2022 para IPS del<br>subsidiado -----                 | 38 |
| <i>Figura 8.</i> Focos principales por impactar a partir de la identificación de necesidades -----                         | 41 |
| <i>Figura 9.</i> Focos de trabajo para impactar en la articulación en la gestión del riesgo<br>individual y colectivo----- | 42 |
| <i>Figura 10.</i> Elementos fundamentales a considerar en la cultura de los datos y gestión de<br>información -----        | 47 |

## Lista de tablas

|   |    |
|---|----|
| <i>Tabla 1 Costos directos anuales por atención de pacientes con ERC por estadio (2015-2016)</i> -----                    | 18 |
| <i>Tabla 2 Causas de inercia clínica</i> -----  | 19 |
| <i>Tabla 3 Indicadores de morbimortalidad de HTA – DM y ERC en Colombia 2021</i> -----                                    | 23 |
| <i>Tabla 4 Indicadores de evaluación de nefro protección</i> -----  | 26 |
| <i>Tabla 5 Necesidades desde el aseguramiento a usuarios del régimen contributivo</i> -----                               | 30 |
| <i>Tabla 6 Necesidades desde el aseguramiento a usuarios del régimen subsidiado</i> -----                                 | 31 |
| <i>Tabla 7 Necesidades desde el aseguramiento a usuarios del régimen subsidiado para población indígena</i> -----         | 33 |
| <i>Tabla 8 Necesidades desde la prestación a usuarios del régimen contributivo</i> -----                                  | 34 |
| <i>Tabla 9 Necesidades desde la prestación a usuarios del régimen subsidiado</i> -----                                    | 37 |
| <i>Tabla 10 Necesidades desde la prestación a usuarios del régimen subsidiado con énfasis en población indígena</i> ----- | 39 |

## Abreviaturas

|         |   |
|---------|---|
| ACV     | Accidente cerebro vascular                        |
| ADA     | American Diabetes Association                     |
| APS     | Atención Primaria en Salud                        |
| AVAD    | Años de vida ajustados por discapacidad           |
| CAC     | Cuenta de Alto Costo                              |
| CKD-EPI | Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration |
| DM      | Diabetes mellitus                                 |
| EAPB    | Empresas Administradoras de Planes de Beneficios  |
| ECV     | Enfermedad cardiovascular                         |
| ERC     | Enfermedad Renal Crónica                          |
| ERT     | Enfermedad renal terminal                         |
| GIRS    | Gestión Integral del Riesgo en Salud              |
| HTA     | Hipertensión arterial                             |
| IETS    | Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud      |
| IM      | Infarto de miocardio                              |
| IPS     | Institución Prestadora de Servicios de Salud      |
| KDIGO   | Kidney Disease: Improving Global Outcomes         |
| LDL     | Low density lipoprotein                           |
| MIAS    | Modelo de Atención Integral en Salud              |
| MSPS    | Ministerio de Salud y Protección Social           |
| RIAS    | Redes Integrales de Atención en Salud             |
| TFG     | Tasa de filtración glomerular                     |
| TRR     | Terapia de reemplazo renal                        |

## **Anexos**

|  |    |
|--|----|
| <i>Anexo 1.</i> Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal crónica estadiada en 1 a 5 sin diálisis, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus ----- | 58 |
| <i>Anexo 2.</i> Normatividad en Colombia con relación a HTA – DM – ERC -----   | 60 |
| <i>Anexo 3.</i> Listado de necesidades identificadas desde el aseguramiento, relacionada con el perfil del entrevistado y la fecha del encuentro -----   | 64 |
| <i>Anexo 4.</i> Listado de necesidades identificadas desde la prestación, relacionada con el perfil del entrevistado y la fecha del encuentro -----  | 67 |

## Resumen Ejecutivo

*¿Cómo enfocar el análisis de la gestión del riesgo en salud en enfermedad renal crónica y sus precursoras, desde la perspectiva del aseguramiento y la prestación?*

Más allá de garantizar acceso y cobertura de servicios para una población específica, la gestión integral del riesgo en salud (GIRS) supone retos mayores, cuyo éxito en gran medida, dependerá de la articulación entre entidades territoriales, aseguradores y prestadores, así como del despliegue de estrategias sostenibles en el tiempo ejecutadas por equipos altamente competentes. Las asimetrías en el sector salud en términos de eficiencia en los procesos, gestión del riesgo primario, técnico, financiero y estratégico son una realidad que impacta en el cumplimiento de las obligaciones contractuales entre aseguradores y prestadores, los resultados en salud de la población y el estatus reputacional en un sector ampliamente competitivo.

Es por ello, que basados en las necesidades no resueltas a nivel país y en la creciente prevalencia de la enfermedad renal crónica, la diabetes y la hipertensión, cuyo pilar de manejo y control nace en la atención primaria, cobra sentido el despliegue de estrategias a este nivel que permitan potenciar las habilidades de los equipos y así visibilizar prácticas adecuadas y mejores resultados en indicadores clave. El presente estudio de caso recopila las oportunidades de mejora y necesidades más relevantes según la visión de los equipos directivos como representantes del aseguramiento y la prestación a nivel país, alrededor de la cultura de los datos, articulación de los actores del sistema y habilidades del equipo, para ser empleado como insumo esencial en el planteamiento de posibles estrategias que permitan enfocar procesos de consultoría futuros.

### Palabras clave

Gestión del riesgo, sistema de salud, atención primaria en salud, nefroprotección, diabetes tipo 2, enfermedad renal, eficiencias, inercia terapéutica.

## **Abstract**

*How to approach the analysis of health risk management in chronic kidney disease and its precursors diseases, from the perspective of insurance and health care?*

Beyond guaranteeing access and coverage of services for a specific population, the primary health risk management (GIRS by its acronym in Spanish) poses major challenges, whose success will depend largely on the pairing between regional agents, insurers and health services providers, and the deployment of sustainable strategies over time executed by highly capable teams. The disparities in the health sector in terms of process efficiency, key risk management, technical, financial, and strategic topics, are a reality that has an impact not only the fulfilment of contractual obligations between insurers and health service providers, but also on the outcomes in health of the population, and the reputational status of the stakeholders in that highly competitive sector.

That is why, based on the unanswered needs at nation level, and the growing prevalence of high-cost diseases, like chronic kidney disease, diabetes and hypertension (whose management and control pillar originates in primary health care), it makes total sense to deploy strategies at this level, that allow the skills consolidation of the teams, and thus make visible appropriate practices and better results in key indicators. This case study gathers the most relevant opportunities for improvement and summarizes the needs, according to the vision of the high-level management teams, as agents of insurance and health service providers at national level. The study focuses around the culture of data, articulation of system actors and team skills, to be used as an essential input in the approach of possible strategies that allow focusing future consulting processes.

## **Keywords**

Risk management, health system, primary health care, nephroprotection, type 2 diabetes, kidney disease, efficiencies, therapeutic inertia.

## 1. Introducción

La Gestión Integral del Riesgo en Salud – GIRS, es definida por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), como una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud, que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación), realizar seguimiento y monitoreo de los riesgos, para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Si bien, en Colombia las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, son las responsables por la gestión del riesgo de la población a su cargo, es desde la prestación de servicios donde se llevan a cabo acciones de gestión individual del riesgo a partir del proceso de atención.

En este sentido, una de las poblaciones más retadoras alrededor de la GIRS, es la correspondiente a enfermedad renal crónica y sus enfermedades precursoras (diabetes mellitus e hipertensión arterial), teniendo en cuenta su alta y creciente prevalencia, requieren un uso racional y eficiente del recurso. Las asimetrías en cuanto a la eficiencia en los procesos, gestión del riesgo primario, técnico (prestación), financiero y estratégico en el sector salud, impacta en el cumplimiento de las obligaciones contractuales entre aseguradores y prestadores, los resultados en salud de la población y el estatus reputacional en un sector ampliamente competitivo. Así mismo, los retos a partir del planteamiento de una reforma al sistema de salud exigen una adecuada preparación de los equipos de atención primaria mucho más allá de garantizar la cobertura de la población, se requiere un equipo competente que permita mantener un sistema de salud sostenible.

Siendo claro el contexto y el gran reto asumido tanto por aseguradores como prestadores, entendiendo la responsabilidad de cada uno de los actores y el protagonismo de la atención primaria en salud, se plantea realizar un análisis a partir de la identificación de necesidades desde la perspectiva tanto del asegurador como del prestador, que funcione como insumo para posteriores proyectos enfocados en la implementación de estrategias de valor,

que conlleven a una mayor y mejor comprensión y aplicación de la gestión del riesgo en salud para mejores resultados en esta población.

El presente documento, ofrecerá el contexto clínico de la ERC y sus enfermedades precursoras, con la caracterización global y regional desde el enfoque del aseguramiento a partir de la data pública que revela los resultados obtenidos en el cumplimiento de indicadores de gestión del riesgo, así como su perspectiva desde las eficiencias en salud. Posteriormente, se realizará la descripción y análisis de las necesidades identificadas alrededor de la GIRS para la población objeto, a partir de la realización de encuestas a *stakeholders* que representen al menos un asegurador por régimen y uno o más representantes desde la red de prestación primaria. Finalmente, se ofrecerán estrategias y posibles soluciones a las necesidades más importantes derivadas del análisis.

## **2. Contexto de la ERC y precursoras y su importancia en el Sistema de Salud**

La enfermedad renal crónica (ERC), es definida en las guías KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) como anomalías en la estructura o función del riñón por más de 3 meses, clasificada según su etiología y categorías basados en la tasa de filtración glomerular (TFG) y la albuminuria (Garabed Eknoyan, 2020). El sistema de estratificación entre grado/estadio 1 a 5 a partir de la TFG, y la categorización a partir de la albuminuria entre A1 y A3, permite estimar el pronóstico del paciente y, por lo tanto, individualizar estrategias para evitar la progresión de la enfermedad e impactar en términos de morbimortalidad.

La etiología de la ERC es diversa, sin embargo, la hipertensión arterial (HTA) representa la causa principal, siendo responsable del 25 al 40% de los casos (César A Restrepo V., 2012); es importante aclarar, que la HTA también se presenta como complicación de la ERC en más del 80% de los pacientes renales, con un aumento proporcional a medida que aumenta la severidad del daño renal, lo que implica que, si un paciente es diagnosticado en estadios avanzados, no será posible determinar si la HTA precedió o no la ERC.

En Inglaterra, se calculan más de 1.8 millones de personas con ERC, aunque se estima que existe 1 millón más que aún no han sido diagnosticados (Kerr, 2012). Al comparar las

cifras anteriores con los datos ofrecidos por la Cuenta de Alto Costo (CAC) a partir del reporte de información en el año 2021, en Colombia se calculan 889.123 pacientes con ERC confirmada en cualquier estadio, equivalente a una prevalencia de 1,75 casos por 100 habitantes (Cuenta de Alto Costo, 2022), dato significativamente inferior al ofrecido por el país europeo, lo que cuestiona respecto a la posibilidad de sub diagnóstico de la enfermedad.

En el año 2007, la Sociedad Americana de Nefrología (ASN por sus siglas en inglés) calificó la ERC como una “amenaza de salud pública”, en miras a promover planes de ataque, teniendo claro que, hasta este punto, se conocían estrategias preventivas iniciales, pero no se estaban ejecutando; lo anterior se basó en la alta carga de enfermedad, la cual se experimenta en términos de mortalidad, morbilidad, calidad de vida y costos (Thomas D. DuBose, 2007), ante la posibilidad de compromiso multisistémico secundario a la progresión de la enfermedad renal.

A pesar de la evidencia que indiscutiblemente refleja la importancia de realizar intervenciones desde el punto de vista de prevención primaria y secundaria, la ERC sigue siendo una afección muy prevalente a nivel mundial; sin embargo, durante los últimos 30 años la carga de ERC no ha disminuido en la misma medida que muchas otras enfermedades no transmisibles, tal como revela el estudio de la carga global de enfermedades, lesiones y factores de riesgo (GBD) publicado en 2020, que entre otras importantes conclusiones, revela que la tasa global de mortalidad por ERC en todas las edades aumentó en un 41,5% entre 1990 y 2017, así mismo, la ERC resultó en 35,8 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en 2017, de los cuales un tercio está asociado a nefropatía diabética. En un enfoque específico que se describe en GBD para los pacientes con enfermedad renal terminal (ERT), es decir, en estadio 5 según KDIGO, la terapia de reemplazo renal (TRR) supera los 2,5 millones de personas, y se prevé que se duplique a 5,4 millones para el año 2030, lo que genera gran preocupación para los países con dificultades de acceso, teniendo en cuenta que se estima que entre 2,3 y 7,1 millones de adultos han muerto prematuramente por falta de acceso a tratamientos (Bikbov, 2020).

### **3. Perspectiva desde los costos (directos e indirectos) derivados de la atención de pacientes con ERC y precursoras**

Las publicaciones y análisis de situación sobre los estadios tempranos son escasos y suele ser de baja calidad, esto en contraste con la prevalencia e incidencia crecientes para los estadios más avanzados. Alrededor del mundo, los programas de prevención de la ERC han demostrado que, siendo implementados tempranamente, permiten garantizar resultados en salud, lo cual, sumado al mejoramiento de la gestión del riesgo de esta población, favorece el correcto aprovechamiento del recurso.

Un tema de discusión frecuente es la mejor forma de evaluar a las personas para identificar la necesidad de medidas preventivas. En términos generales, las recomendaciones sugieren evaluar a las personas con diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, estructural, enfermedades del tracto renal, enfermedades autoinmunes con posibilidad de afectación renal y antecedentes familiares de enfermedad renal, durante los encuentros de rutina de atención primaria de salud (Andrew S. Levey, 2002).

Dos estudios realizados en los Estados Unidos mostraron que la microalbuminuria anual frente a la no realización de esta fue rentable solo en personas mayores de 50 años y con diabetes, hipertensión o ambas patologías: la relación costo-efectividad por año de vida ajustado por calidad fue de US \$21.000 para las personas con diabetes, \$55.000 para los hipertensos y \$155.000 para personas sin diabetes ni hipertensión (Vivekanand Jha, 2013).

Ahora bien, para el caso de pacientes con progresión a ERC, según los datos ofrecidos por *Kerr* para pacientes ingleses entre el año 2009 y 2010, se gastó aproximadamente 1.45 mil millones de euros, lo que incluye tanto gastos relacionados directamente con el cuidado renal y prescripción de terapias para evitar la progresión (costos directos), como el tratamiento de complicaciones (costos indirectos) por accidentes cerebro vasculares (ACV) e infartos de miocardio (IM), los cuales sumaron aproximadamente 7000 y 12000 eventos adicionales a los ocurridos por otras causas respectivamente (Kerr, 2012).

En un contexto local, autores colombianos analizaron la carga económica de la ERC entre el 2015 y 2016, a partir de datos de terceros pagadores, estimando que la ERC representa una alta carga económica al sistema de salud colombiano, la cual oscila entre COP

8,7 y COP 14,4 billones, que representarían entre el 1,6% y el 2,7% del producto interno bruto de Colombia en el 2015. De forma interesante, se analizaron los costos directos de atención anual por estadio (tabla 1), evidenciando un incremento del valor entre los estadios 1 al 2, y 2 al 3 del 4%, del estadio 3 al 4 del 34% y del estadio 4 al 5 del 15811%; en otras palabras, un paciente en estadio 5 consume los recursos de 230 pacientes en estadio 1 (Hernán Sarmiento Bejarano, 2019).

Tabla 1

*Costos directos anuales por atención de pacientes con ERC por estadio (2015-2016)*

| <b>Estadio</b>    | <b>Promedio</b> | <b>IC95%</b>   | <b>IC95%</b>   |
|-------------------|-----------------|----------------|----------------|
| <b>Estadio 1</b>  | COP 109.152     | COP 42.176     | COP 212.194    |
| <b>Estadio 2</b>  | COP 113.592     | COP 30.865     | COP 240.863    |
| <b>Estadio 3</b>  | COP 117.923     | COP 94.422     | COP 337.852    |
| <b>Estadio 4</b>  | COP 158.112     | COP 94.422     | COP 483.592    |
| <b>Estadio 5</b>  | COP 25.157.203  | COP 21.543.808 | COP 30.716.273 |
| <b>Trasplante</b> | COP 48.000.000  | COP 45.000.000 | COP 51.000.000 |

**Fuente:** (Hernán Sarmiento Bejarano, 2019)

Ahora bien, la importancia de la detección temprana de la ERC y el despliegue de estrategias de prevención secundaria para evitar progresión a estadios avanzados es clara, pero ¿qué papel juegan las intervenciones sobre patologías precursoras en términos de economía de la salud? Pues bien, al analizar los diferentes factores que juegan en contra del adecuado control glucémico de los pacientes en condición de diabetes, surge un término de gran importancia en lo que respecta a la gestión del riesgo clínico y es la inercia terapéutica; se ha demostrado, que el personal médico tarda entre 6 a 8 años en tomar la determinación de iniciar una terapia antidiabética inyectable, a un paciente fuera de metas con tratamiento oral, y 3 a 7 años más, en decidir intensificar, a pesar de la evidencia clínica y paraclínica de falta de control de su enfermedad (F. Andreozzi, 2020). En la tabla 2, se describen las principales causas de inercia clínica, clasificadas por los autores como relacionadas con los aspectos clínicos, con los pacientes y con el sistema de salud.

Tabla 2

*Causas de inercia clínica*

| <b>Relacionado con el médico</b>  | <b>Relacionamiento con el paciente</b>            | <b>Sistema de salud</b>                                  |
|---|---|--|
| Tiempo insuficiente   | Negación a su enfermedad                          | Ausencia de guías clínicas                               |
| Sobrecarga de trabajo   | Negación de la gravedad de la enfermedad          | Ausencia de registro adecuado de enfermedades            |
| Agotamiento   | Ausencia de síntomas                              | Dificultades burocráticas con nuevos medicamentos        |
| Conocimiento inadecuado de las directrices y evidencia clínica                  | Baja alfabetización en salud                      | Inadecuado apoyo tecnológico                             |
| Falta de familiaridad con las nuevas terapias                                   | Demasiados medicamentos                           | Restricciones de recursos                                |
| Falta de establecimiento de metas claras  | Régimen terapéutico complejo                      | Resistencia al cambio en el sistema                      |
| Dificultad en el manejo de terapias inyectables complejas                       | Efectos secundarios de la medicación              | Ausencia de planificación de visitas                     |
| No iniciar tratamiento  | Depresión o abuso de sustancias                   | Ausencia de contacto activo con los pacientes            |
| Falta de titulación del tratamiento para lograr objetivos                       | Factores de estilo de vida                        | Falta de apoyo en la toma de decisiones                  |
| Temor a efectos adversos  | Obstáculos cognitivos, emocionales y conductuales | Ausencia de enfoque como equipo en la toma de decisiones |
| Dificultad para manejar efectos secundarios                                     | Mala comunicación entre médico y paciente         | Comunicación deficiente entre médicos y personal         |
| Fracaso para identificar y manejar comorbilidades (por ejemplo, depresión)      | Resistencia psicológica a la insulina             | Actividad educativa no estructurada                      |
| Atención más reactiva que proactiva   |   |  |
| Subestimación de la necesidad del paciente                                      |   |  |
| Comunicación inadecuada médico-paciente   |   |  |
| Presencia de sesgo cognitivo por falta de racionalidad en la toma de decisiones |   |  |

Fuente: (F. Androozzi, 2020). Adaptación al español.

En consonancia con la importancia de la inercia clínica y sus implicaciones en los diferentes sistemas de salud, se diseñó un estudio publicado en 2020, que utilizó un modelo a largo plazo validado de diabetes tipo 2 (IQVIA CORE Diabetes Model) para proyectar los resultados de costos para una población del Reino Unido con diabetes tipo 2, a partir de la base de datos de atención primaria, para estimar la carga potencial del tiempo invertido en un control glucémico deficiente. El análisis mostró que incluso un período breve (1 año) con un control glucémico deficiente (HbA1c 8,2 %) podría costar 197 millones de libras esterlinas adicionales para el control de las complicaciones relacionadas con la diabetes durante los próximos 10 años. Ahora bien, como elemento adicional de gran valor para el trabajo en mención, se tuvieron en cuenta costos indirectos derivados de la pérdida de productividad en el lugar de trabajo por discapacidad o ausentismo, concluyendo que el costo total de 1 año de control glucémico deficiente podría ascender a 975 millones de libras esterlinas durante los próximos 10 años (Stephen C. Baina, 2020).

#### **4. Papel de la atención primaria en salud en el sistema de salud colombiano**

En Colombia, la política de Atención Integral en Salud PAIS establecida mediante la Resolución 429 del 2016 por el Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentó la implementación de las redes integrales de atención en salud RIAS (Resolución 3202 del 2016), cuyo objetivo es establecer una red de organizaciones que presta o hace arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales y está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (OPS 2009 Modificado de Shortell, AndersonDA, Gillies, MitchellJB, & MorganKL, 1993).

Según la Ley 1438 de 2011, la Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias

legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (MSPS, <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atencion-primaria-en-salud.aspx>, 2012)

Así las cosas, en el marco del modelo de atención integral en salud (MIAS) se definieron tres tipos de RIAS: promoción y mantenimiento de la salud (1), grupo de riesgo (2) y ruta específica de atención (3). Las rutas integrales de atención en salud de grupos de riesgo se clasifican en 16 RIAS dentro de las cuales se encuentra las RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, específicamente hipertensión arterial y diabetes.

Las consideraciones a tener en cuenta para la inclusión de estos dos grupos poblacionales, están relacionados con los desenlaces prevenibles y que al no ser evitados generan un impacto importante en la carga de la enfermedad del país. La hipertensión arterial se encuentra dentro de las 10 principales causas de mortalidad, el 49% de los ataques cardíacos y 62% de los eventos cerebrovasculares son causados por hipertensión arterial y durante los últimos treinta años el número de muertes relacionadas con hipertensión arterial han venido en aumento. En cuanto a diabetes mellitus, existe también información estadística importante para soportar de manera prioritaria la identificación, seguimiento, manejo y evaluación de la población.

En Colombia, el 32% de los pacientes con diabetes mellitus desarrollan complicaciones oftalmológicas, 26% complicaciones renales, 23% complicaciones cardiovasculares 17% complicaciones neurológicas y el 6% pie diabético (MSPS, [minsalud.gov.co](https://www.minsalud.gov.co), 2016). Ver en anexo 2 la relación de normatividad actual vigente para la identificación, análisis y seguimiento de esta población.

Con relación a la ERC no existe una RIAS específica, en los diagramas de las RIAS cardiovasculares de hipertensión y diabetes se menciona que es importante realizar la remisión al programa de ERC una vez se identifique que el paciente cuente con daño renal, dejando así que tanto el asegurador como el prestador definan sus programas para este tipo de pacientes. Frente a este último punto, la Cuenta de Alto Costo en el año 2011 generó el documento “contenidos mínimos indispensables para la gestión del riesgo renal en un programa de atención a pacientes adultos con enfermedad renal crónica, sin terapia de reemplazo renal en Colombia” que contó con el acompañamiento de representantes del

aseguramiento, la prestación y las sociedades científicas. En este documento, basado en la evidencia, se establecen los objetivos y las estrategias en los cuales se deben enfocar los programas de atención de pacientes con ERC (Cuenta de Alto Costo, 2011).

El resultado como tal, es la evaluación del cumplimiento de dichas estrategias a través de indicadores de resultado que evalúen el cumplimiento de los procesos de atención, objetivos y estrategias que los conforman. Para lograr esto, es necesario realizar una identificación de la población con riesgo, para lo cual se requieren intervenciones específicas en todos los niveles de atención esclareciendo y concientizando al personal generador de información, para que promuevan la gestión en la calidad y registro adecuado y completo de los datos de tal manera que se permita contar con información confiable que permita analizar y tomar decisiones, elemento clave para la conformación de un programa.

## **5. Objetivos**

### **5.1. General**

¿Cómo enfocar el análisis de la gestión del riesgo en salud en ERC y sus enfermedades precursoras, desde la perspectiva del aseguramiento y la prestación?

### **5.2. Específicos**

- Caracterizar la población con ERC y enfermedades precursoras en el país
- Identificar las necesidades alrededor de la gestión del riesgo de la cohorte de ERC y sus enfermedades precursoras, desde el aseguramiento y la atención primaria.
- Describir las necesidades identificadas, con el fin de ofrecer el panorama país
- Plantear estrategias como posibles soluciones a las principales necesidades identificadas

## **6. Caracterización de la población con ERC y enfermedades precursoras en el país**

### **6.1.Contexto de la ERC y sus precursoras en Colombia**

Para el año 2021 fueron reportados a la CAC, por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), 5.347.829 casos con diagnósticos de

Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) y/o Enfermedad Renal Crónica (ERC), evidenciando un aumento de la prevalencia de 4,61 casos por 100 habitantes al comparar con el periodo anterior. El 90,18% de los casos corresponden a personas vivas y activas en el sistema de salud, con un promedio de edad de 63,69 años (Cuenta de Alto Costo, 2022).

En los últimos tres años, se ha presentado un aumento importante en todos los indicadores de morbimortalidad, lo que indica que se debe replantear el abordaje definido en los diferentes programas ya que claramente los resultados obtenidos no son los esperados y existen brechas que impiden lograr el control adecuado en la población.

Tabla 3

*Indicadores de morbimortalidad de HTA – DM y ERC en Colombia 2021*

| Población                                    | Incidencia | Prevalencia | Mortalidad |
|--|------------|-------------|------------|
| Hipertensión Arterial                        | 8,15       | 9,64        | 312,74     |
| Diabetes Mellitus                            | 3,49       | 3,11        | 116,20     |
| Enfermedad Renal Crónica<br>(estadios 1 a 4) | 3,05       | 1,75        | 74,44      |
| Enfermedad Renal Crónica<br>(estadio 5)      | 8,91       | 81,34       | 14,55      |

Fuente: elaboración propia, datos Cuenta de Alto Costo

\* Incidencia por 1000 personas

\* Prevalencia por 100.000 personas

\* Mortalidad por 100.000 personas

Bogotá es la región con la tasa de incidencia (14,74) y prevalencia más alta del país; en contraste de la región de Amazonia/Orinoquia la cual presenta las tasas de incidencia más bajas (1,85).

En cuanto a la mortalidad, al comparar los resultados con periodos anteriores, se evidencia un aumento significativo en todas las poblaciones objeto de análisis; de otra parte, el 24,57% de los fallecimientos no contaban con la estadificación para la enfermedad renal crónica, es decir, no fueron estudiados. La edad promedio de mortalidad por hipertensión arterial fue de 76 años, en diabetes mellitus de 59 años, en enfermedad renal crónica estadios 1 a 4, 80 años y enfermedad renal crónica estadio 5 la edad fue 65 años. En cuanto al sexo, la mortalidad por enfermedad renal crónica estadios 1 a 4 se presenta con mayor frecuencia en los hombres y en estadio 5 en las mujeres.

De otra parte, llama la atención que el 33,76% de las personas reportadas con HTA y DM no fueron estudiadas para confirmar o descartar el diagnóstico de ERC (Cuenta de Alto Costo, 2022), lo que es una alerta importante tanto para aseguradores como prestadores ya que no se están llevando a cabo las actividades de detección temprana de la enfermedad que permitan tener un mejor y mayor control de las condiciones generales de esta población.

## **7. Identificación de necesidades alrededor de la gestión de las cohortes de ERC y precursoras, desde la óptica del aseguramiento y la prestación**

Conociendo que la gestión del riesgo individual y gestión del riesgo técnico, son parte de los principales designios del aseguramiento y la prestación, es clave conocer las necesidades desde el interior de los procesos y desde la óptica de los diferentes actores, lo cual, ofrece la oportunidad de contrastar con la situación y resultados país, como reflejo de la gestión de la población de las cohortes de ERC y precursoras.

Teniendo como objetivo central del presente proyecto, el identificar el correcto enfoque en futuros procesos de consultoría que permitan generar estrategias individualizadas, principalmente prestadores de atención primaria, que favorezcan los objetivos e intereses propios de cada organización y a su vez, aporte al sistema de salud desde el punto de vista de carga de enfermedad y eficiencias. Es por ello, que se llevó a cabo mediante trabajo de campo, la recopilación de necesidades expresadas directamente por representantes de los equipos directivos de aseguradores y prestadores, los cuales, en adelante, serán insumo para el análisis y el planteamiento de posibles estrategias como solución a tan importante problemática.

Metodológicamente, con el fin de obtener la perspectiva nutrida desde ambos frentes, se seleccionaron actores relacionados entre sí (prestadores cuentan con contrato vigente al mes de mayo de 2023 con dicho asegurador), y su distribución geográfica representa 6 departamentos del país: tres para el aseguramiento y tres para la prestación.

### **Aseguradores:**

- EPS con enfoque principal en población del régimen contributivo
- EPS con enfoque principal en población del régimen subsidiado
- EPSI parte del régimen subsidiado, con enfoque principal en población indígena

## **Prestadores**

- IPS que presta servicios principalmente a población del régimen contributivo, con una población asignada de aproximadamente 400.000 usuarios
- IPS que presta servicios principalmente a población del régimen subsidiado, con una población asignada de aproximadamente 300.000 usuarios
- IPS que presta servicios exclusivamente a población indígena, con una población asignada de aproximadamente 34.000 usuarios

A continuación, se realizará la descripción de necesidades para cada una de las instituciones abordadas, agrupadas y analizadas en tres ejes temáticos clave; así mismo, se correlacionarán los resultados 2022 en la gestión para la cohorte según data pública de la CAC, y finalmente, dichas necesidades serán contrastadas entre el aseguramiento y la prestación, intentando identificar puntos en común y enfoque en sus intereses particulares. Con el fin de salvaguardar la seguridad y confidencialidad de la información suministrada, no se revelarán los nombres de las organizaciones ni de sus colaboradores participantes.

Los detalles en cuanto a perfiles de los entrevistados y las fechas de cada encuentro podrán ser evidenciados en la sección de anexos.

En cuanto a la agrupación de necesidades antes mencionada, se definieron tres tópicos, como aquellos subgrupos que ameritan el desarrollo de estrategias y herramientas puntuales. Son los siguientes:

- Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo
- Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario
- Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor

## **8. Descripción de necesidades identificadas desde el aseguramiento**

Para el estudio de caso, se realizó un análisis de los principales indicadores de evaluación de nefro protección en cada uno de los aseguradores participantes. En la tabla 4, se detallan los indicadores seleccionados y las metas esperadas para cada uno.

Tabla 4

*Indicadores de evaluación de nefro protección*

| Indicador                                | Meta  |
|--|---|
| Control de tensión arterial              | Más del 60% de la población debe contar con control de la presión arterial (140/90)   |
| Meta de LDL                              | El 50% de los pacientes a quienes se realizó el estudio de LDL, deben tener resultados menores 100 mg/dl  |
| Medición de albuminuria en el último año | El 60% de los pacientes deben tener medición de albuminuria.  |
| Medición de creatinina en el último año  | El 70% de los pacientes deben tener medición de creatinina.   |
| No pérdida de función renal              | Más del 50% de la población no debe tener pérdida de la función renal medida por CKD - EPI (% pérdida TFG $\leq$ 5 mil/min/1,73 m <sup>2</sup> en un año) |

Fuente: elaboración propia, datos Cuenta de Alto Costo

## Resultados del indicador control de presión arterial

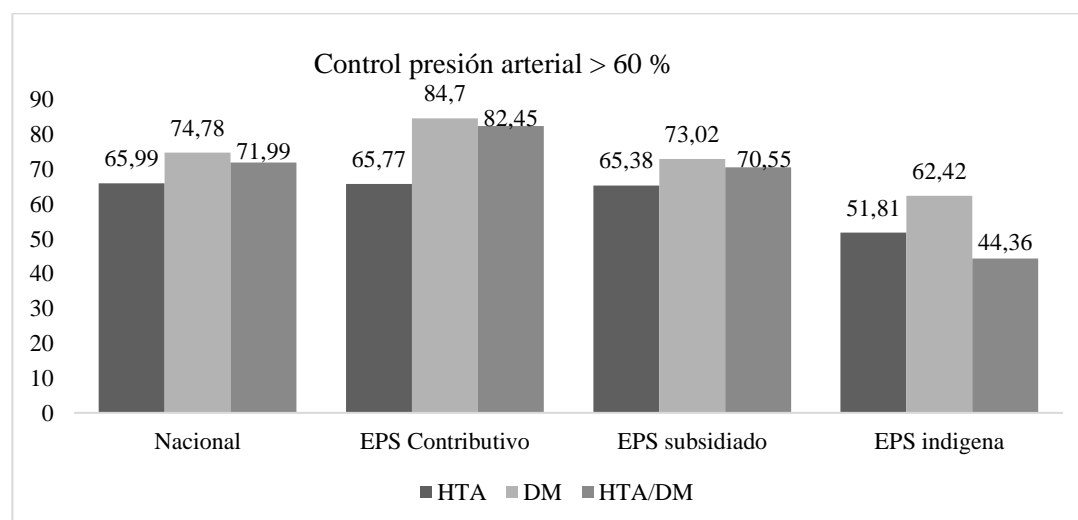


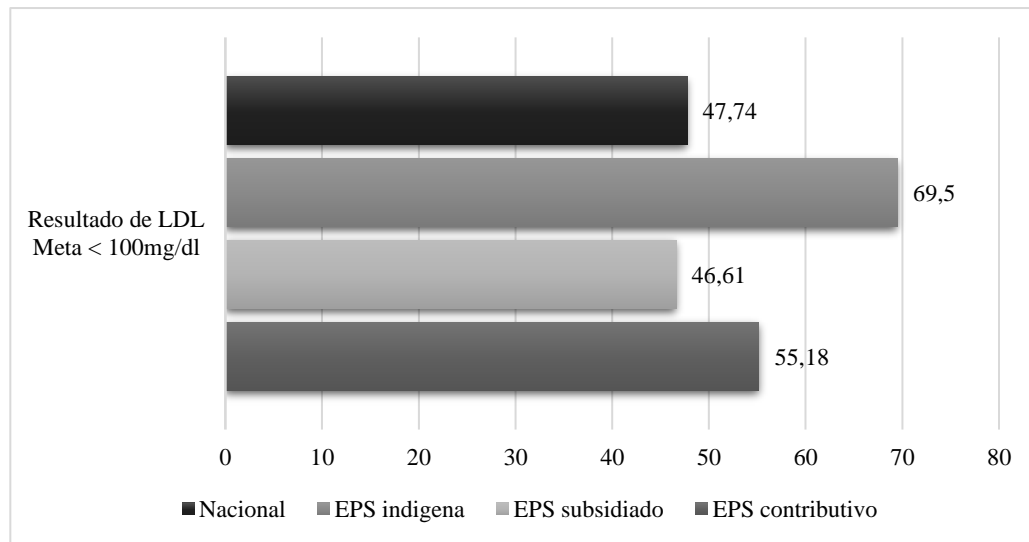
Figura 1. Indicador de control de presión arterial

Fuente: (Cuenta de Alto Costo, 2022)

La meta de control de presión arterial en el ámbito nacional cumple para los pacientes hipertensos, diabéticos e hipertensos y diabéticos. Los resultados más bajos se encuentran en la EPS que maneja la población indígena por lo cual es necesario identificar las situaciones

que están impidiendo el control y replantear la estrategia utilizada para el control y seguimiento de esta población.

### Resultados del indicador control de LDL

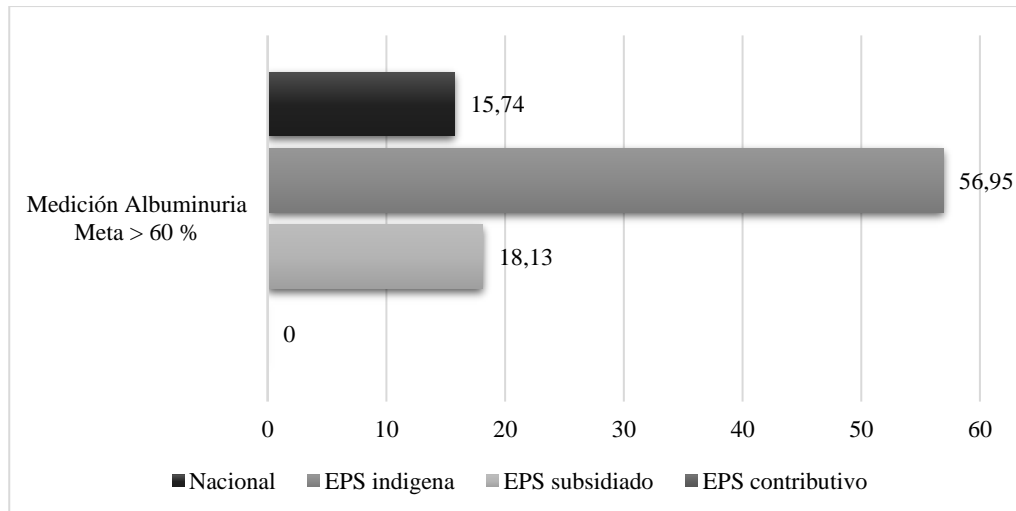


*Figura 2* Indicador de cumplimiento de meta de LDL

Fuente: (Cuenta de Alto Costo, 2022)

El LDL se ha definido como uno de los paraclínicos trazadores más importantes en el análisis de eventos cardiovasculares y enfermedades de los vasos sanguíneos. Por lo anterior, existen recomendaciones de realizar este estudio cada 1 o 2 años en los hombres entre 45 y 65 años y las mujeres entre 55 y 65 años (National Heart, 2008). Llama la atención los resultados de la EPS indígena la cual logró que el 69,5% de su población mantenga controlado este factor de riesgo, en contraste de la EPS del subsidiado que no lo logra; los resultados obtenidos por la EPS del régimen contributivo son los más bajos.

### Resultados del indicador albuminuria

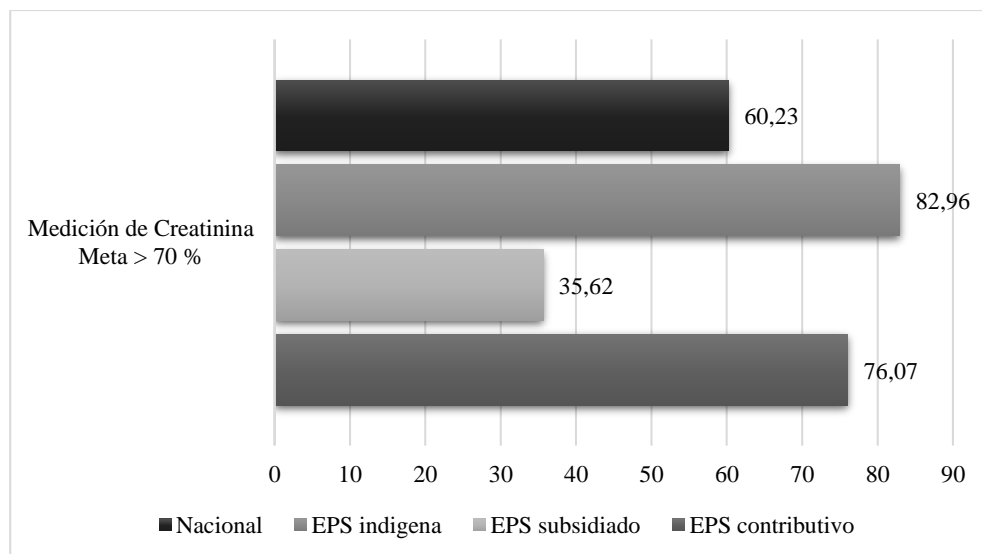


*Figura 3.* Indicador de control de presión arterial

Fuente: (Cuenta de Alto Costo, 2022)

Con relación a la albuminuria, el resultado nacional es muy bajo, posiblemente relacionado al 0% obtenido por la EPS del contributivo. Es de resaltar el resultado de EPS indígena la cual logró un 56,95 % de cumplimiento, sin embargo, sigue siendo un reto la implementación de estrategias para mejor resultado.

#### Resultados del indicador creatinina



*Figura 4.* Indicador medición de creatinina en el último año

Fuente: (Cuenta de Alto Costo, 2022)

En cuanto a la realización de creatinina por lo menos una vez al año, nuevamente se evidencian bajos resultados en la EPS subsidiada logrando solo la toma del paraclínico en el 35,62% de su población. La realización de este paraclínico es el principal paso en el estudio de ERC.

#### Resultados del indicador no pérdida de la función renal

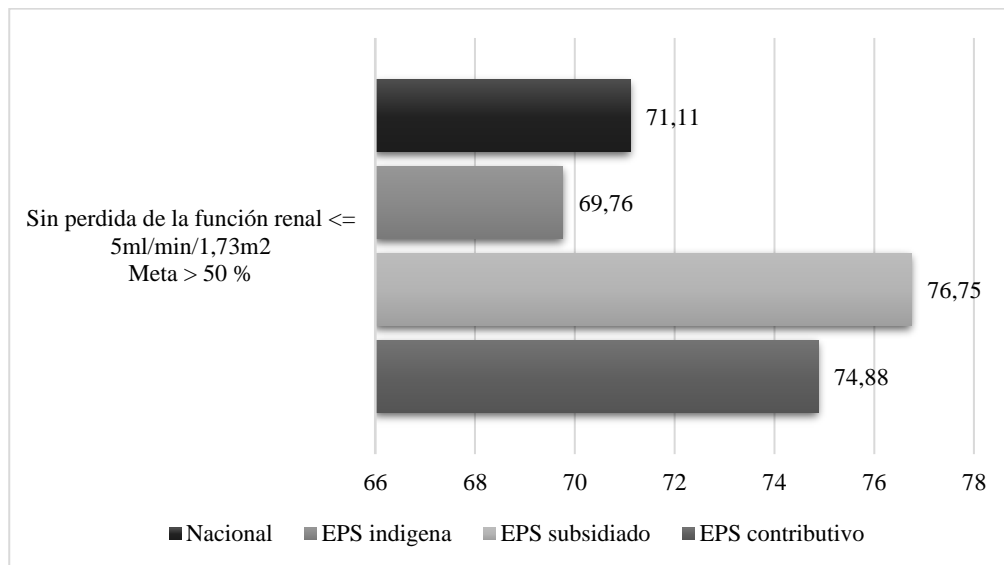


Figura 5. Indicador de evaluación de no pérdida de función renal

Fuente: (Cuenta de Alto Costo, 2022)

Finalmente, tanto en el ámbito nacional como las aseguradoras se obtuvieron resultados superiores a la meta en el indicador de no pérdida de función renal. Esto quiere decir, que en los pacientes que fueron estudiados y seguidos en el último año mantuvieron su función renal sin deterioro con un adecuado control y manejo en su enfermedad de base.

Con base en los anteriores resultados, se realizó un acercamiento con cada asegurador con el objetivo de identificar las diferentes situaciones que pueden estar afectando los resultados y el cumplimiento de las metas.

### 8.1.1. Descripción de necesidades identificadas desde el asegurador del régimen contributivo

Tabla 5

*Necesidades desde el aseguramiento a usuarios del régimen contributivo*

| <b>Eje Temático</b>   | <b>Necesidades identificadas</b>   |
|---|--|
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | Desarrollo de varias herramientas tecnológicas según la necesidad, las cuales no se encuentran integradas  |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | Falta de comunicación entre las diferentes fuentes que generan información para identificación de pacientes con EAC                                    |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Se deben fortalecer las estrategias de gestión para cada una de las cohortes, teniendo en cuenta los resultados  |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Gestoras de cohortes con trabajos operativos y no de análisis  |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Rotación de personal con la consecuente generación de reprocesos   |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Carga financiera negativa por el traslado de pacientes con EAC (enfermedades de alto costo) de las EPS liquidadas                                      |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Falta entrenamiento de los gerentes de cohorte de la EPS para llevar el seguimiento adecuado y exigir los resultados esperados por parte del prestador |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Los modelos de gestión del riesgo no reflejan el impacto esperado  |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Se cuenta con los datos, pero es necesario saber cómo interpretarlos   |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Desconfianza en la relación con los prestadores por la no entrega de la información completa (omiten datos)  |

Fuente: Elaboración propia a través de entrevistas durante trabajo de campo

El aspecto más importante para resaltar en esta aseguradora, es la robustez de los sistemas de información con los que cuentan, sin embargo se constituyen al mismo tiempo

en la principal oportunidad de mejora puesto que a pesar de contar con herramientas tecnológicas que capturan y almacenan información en todas las áreas de la compañía, éstas no permiten integrar la información transaccional de los pacientes, lo que genera una carga operativa importante en el personal por lo cual el recurso humano debe orientar sus esfuerzos en tareas operativas para construcción de información impidiendo la realización de análisis y generar valor agregado a la gestión de la cohorte como tal. Como consecuencia de lo anterior, el principal eje temático a trabajar en esta entidad es el relacionado con las *capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario*, de tal manera que el enfoque de trabajo se oriente a la optimización de las herramientas tecnológicas y fortalecimiento del recurso humano en fidelización, entrenamientos específicos de cohortes que aporten a sus capacidades de análisis.

### 8.1.2. Descripción de necesidades identificadas desde el asegurador del régimen subsidiado

Tabla 6

*Necesidades desde el aseguramiento a usuarios del régimen subsidiado*

| <b>Eje Temático</b>   | <b>Necesidades identificadas</b>  |
|---|---|
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i> | Dificultad en el flujo y oportunidad de información entre IPS – EPS   |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i> | Falta integridad de las fuentes de información para la identificación de pacientes  |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i> | Entrega inoportuna e incompleta de información por parte de la red pública  |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i> | Falta gestión en el acompañamiento y liderazgo por parte del Ente Territorial   |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i> | Subregistro de información importante para el análisis y seguimiento de la cohorte  |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i> | Modelos de contratación con transferencia del riesgo sin definición del seguimiento de resultados del cumplimiento de metas por prestador |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i> | Falta un modelo de gestión integrado entre el nivel central y las regionales  |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>     | Falta recurso humano para el análisis y seguimiento de la cohorte   |

|   |   |
|---|---|
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Desconocimiento de la gestión integral de la cohorte  |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Falta de capacitación / entrenamiento de los líderes de cohortes en los aspectos claves para el manejo de la cohorte                      |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Incluir personal de apoyo (cuidadores) que permitan realizar el seguimiento y la gestión de la población con mayor dificultad de contacto |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Desconocimiento de la importancia de contar con la información (registro o entrega)   |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | No hay estrategias enfocadas a intervenir los riesgos de mayor impacto o las poblaciones con mayores dificultades                         |

Fuente: Elaboración propia a través de entrevistas durante trabajo de campo

La principal necesidad identificada en este asegurador está relacionada con la *Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo*. Las condiciones para la contratación de prestación de servicios por parte de esta entidad limitan las posibilidades de exigir de parte de la red pública la entrega de información oportuna y con la calidad que se requiere. En muchas ocasiones al ser estas IPS públicas las únicas operando en la región, es el prestador el que debe aceptar los términos y exigencias de estas sin permitir llegar a acuerdos entre las partes. El ente territorial se convierte entonces también, más en una carga que un apoyo que permita orientar esfuerzos en busca de mejores resultados. Lo que más se solicita por parte de los directivos de esta entidad, es generar desde el MSPS una normativa regulatoria en la que se exija a la red pública el cumplimiento de las condiciones contractuales a las que está regida cualquier otro prestador.

### **8.1.3. Descripción de necesidades identificadas desde el asegurador del régimen subsidiado para población indígena**

Tabla 7

*Necesidades desde el aseguramiento a usuarios del régimen subsidiado para población indígena*

| <b>Eje Temático</b>   | <b>Necesidades identificadas</b>  |
|---|---|
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | No hay articulación entre el asegurador y los prestadores para identificación de diagnóstico temprano   |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | Deben fortalecerse los procesos de contratación con el fin de asegurar los resultados de gestión debido a que no se asegura la integralidad de la atención  |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | No se recibe la información oportuna por parte de los prestadores   |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | Es necesario integrar a los profesionales asistenciales para concientizar el registro y la calidad de los datos   |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | Por la ubicación geográfica en la que se encuentra su población no siempre se cuentan con los recursos naturales disponibles para las necesidades básicas   |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | Falta compromiso desde el gobierno central para la solución de las dificultades socioeconómicas de la población   |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Se requiere fortalecer el recurso humano en competencias para análisis y seguimiento  |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Incentivar el trabajo en equipo para mejorar la gestión del riesgo  |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | La población indígena tiene unas características especiales en el marco de su proceso de atención desde la perspectiva ancestral y la medicina tradicional que limita algunos tratamientos e intervenciones |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Dificultades con la respuesta por parte de los prestadores, principalmente los de la red pública  |

Fuente: Elaboración propia a través de entrevistas durante trabajo de campo

La excelente estructura organizacional de esta entidad, en la que se incluyen líderes del pueblo indígena en la junta directiva, permiten que exista una articulación entre la cultura ancestral y la tradicional logrando que muchas de las actividades e intervenciones que se

requieren para el manejo y control de las enfermedades se puedan realizar sin resistencia, al contrario al contar con el aval de su médico ancestral hay una mejor disposición para recibir las recomendaciones dadas desde la medicina tradicional. Ha sido un trabajo conjunto de muchos años en el fortalecimiento de la sensibilización de parte y parte, entendiendo, viviendo y respetando la cultura, única forma de obtener reconocimiento y respeto también para la medicina tradicional.

No obstante, se identifican necesidades en las que básicamente se requiere más participación y apoyo por parte del gobierno regional ya que por su misma condición de población especial, no siempre hay respuestas a las necesidades sociales, económicas y culturales propias de esta población, que de una manera u otra impactan en los resultados de salud.

## 9. Descripción de necesidades identificadas desde la prestación

### 9.1.1. Descripción de necesidades identificadas desde la prestación a población del régimen contributivo

Tabla 8

*Necesidades desde la prestación a usuarios del régimen contributivo*

| <b>Eje temático</b>   | <b>Necesidades identificadas</b>  |
|---|---|
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i> | Existe retroalimentación por parte del asegurador, con un enfoque limitado a indicadores y no a despliegue de estrategias   |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i> | El no contar con dispensación directa de medicamentos por parte de la IPS y que el ejercicio lo realicen terceros, no permite un adecuado seguimiento a la dispensación y adherencia del paciente                 |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i> | Existe una falta de sincronía entre las decisiones al egreso hospitalario y la continuidad de la estrategia de manejo en la atención primaria, generando reprocesos y dificultades en el control de la enfermedad |

|   |   |
|---|---|
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | La generalización de estrategias de índole nacional no necesariamente da solución a las problemáticas específicas del prestador en su región  |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Es necesario potenciar el equipo y las actividades enfocadas en la educación a pacientes  |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Rotación de personal, puntualmente médicos generales  |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Potenciación de la cultura del dato, se requiere una estrategia que promueva una rutina de análisis de datos  |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | El equipo de ciencia de datos requiere potenciar sus aptitudes para elevar al siguiente nivel los análisis de un gran lago de datos disponible  |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Lograr mejor posición en la negociación con los aseguradores, al demostrar eficacia y eficiencias   |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Cuentan con rutas y GPC propias, podrían ser objeto de análisis en búsqueda de ineficiencias  |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Se requieren herramientas que agilicen los procesos, ya que el día a día y las situaciones prioritarias consumen el recurso   |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Se requiere sensibilización al equipo asistencial sobre la importancia del registro adecuado de los datos (médicos como generadores del dato) para una migración completa que se refleje en el resultado de indicadores |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | No existe un consenso claro y actualizado al respecto de frecuencias y cumplimiento de metas en nefroprotección   |

Fuente: Elaboración propia a través de entrevistas durante trabajo de campo

Como primer gran elemento a resaltar, las necesidades y oportunidades de mejora identificadas durante los diferentes espacios, están principalmente relacionados con la cultura del dato y la gestión de información para toma de decisiones basadas en valor. Como fortalezas, esta institución cuenta con un equipo de ciencia de datos, GPC propias y una orientación hacia análisis de calidad involucrando economía de la salud; sin embargo, dicho equipo debe ser fortalecido en cuanto a aptitudes y herramientas, con el fin de lograr identificar de forma oportuna desviaciones y dificultades en indicadores clave de forma ágil, para así proyectar análisis a un nivel superior. Por otro lado, se requiere apoyo en cuanto a la

difusión de la importancia de la cultura del dato, ya que actualmente, el equipo directivo tiene completa claridad en su importancia y usabilidad, pero requieren que sus equipos técnicos sean quienes fomenten el ejercicio como una práctica habitual.

En la figura 6, obtenida a partir de la data pública de la CAC en su página web, portal HIGIA (Cuenta de Alto Costo, 2022), las cuales contemplan 8 de los 10 indicadores del decálogo que aplica para la medición del cumplimiento para las IPS, permiten evidenciar cumplimiento superior a la meta para 6 de los 8 indicadores clave.

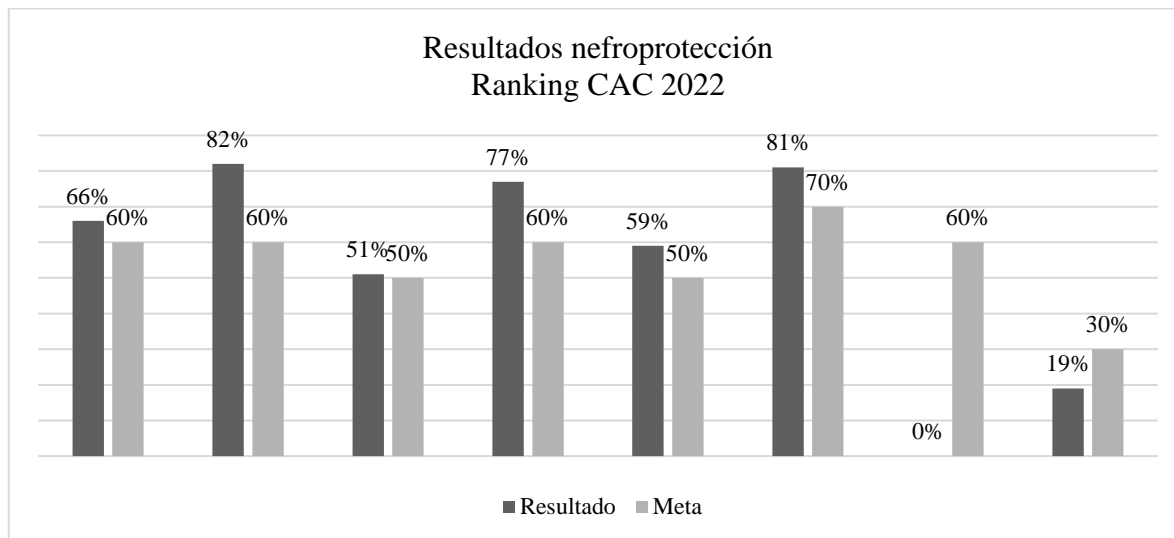


Figura 6. Resultados indicadores de nefroprotección Ranking CAC 2022 para IPS del contributivo

Fuente: (Cuenta de Alto Costo, 2022)

Respecto al indicador octavo (control de peso basados en IMC), se identifican oportunidades de mejora en la generación y disposición adecuada del dato en el sistema de información, el cual cuenta con un campo estructurado para tal fin. Ahora bien, al analizar conjuntamente el séptimo indicador, toma de albuminuria en 24 horas a población general, en la práctica clínica los pacientes hipertensos y diabéticos se siguen mediante relación albúmina creatina anual, expresado en mg/g, lo cual es completamente válido tomando en cuenta la GPC Nacional (MINSALUD - IETS, 2016), la cual corresponde a la adaptación de las guías KDIGO 2012 (Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), 2013) como referente mundial en la generación de estrategias de prevención y manejo en ERC. A pesar de lo anterior, el indicador es calculado sobre los usuarios que cuenten con albúmina en orina

de 24 horas como único parámetro válido, ofreciendo una importante oportunidad de mejora para dicho organismo técnico, ya que podría estar subestimando la cobertura en cuanto a estudio de nefropatía en esta importante población.

### 9.1.2. Descripción de necesidades identificadas desde la prestación a población del régimen subsidiado

Tabla 9

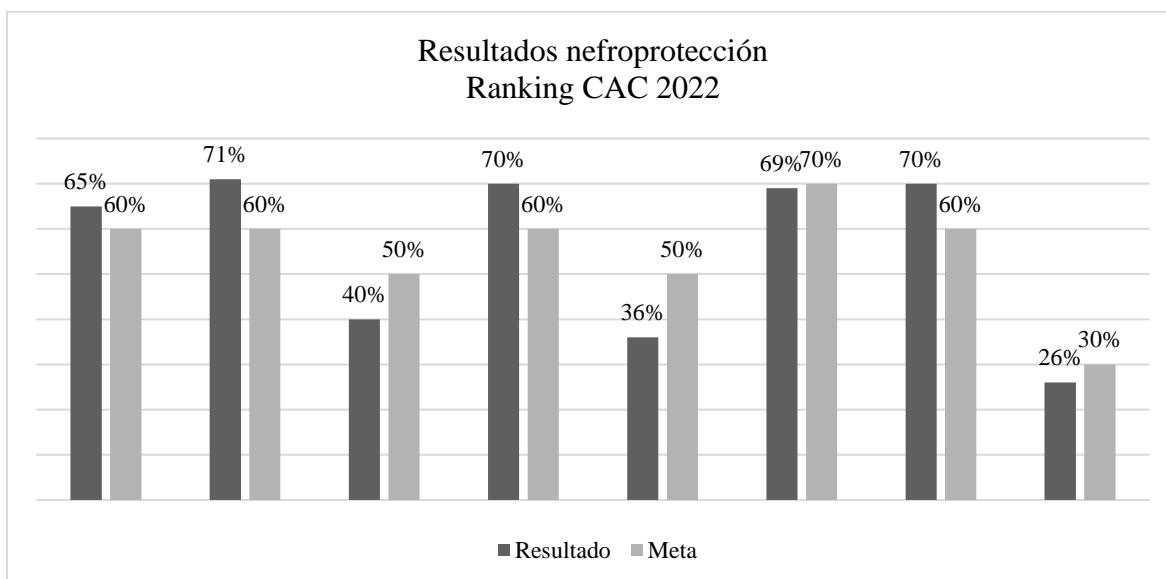
*Necesidades desde la prestación a usuarios del régimen subsidiado*

| <b>Eje temático</b>   | <b>Necesidades identificadas</b>   |
|---|--|
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | Conciencia de enfermedad por parte de los pacientes y sus familias   |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | Errores en la dispensación de medicamentos por parte del operador logístico  |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | Demanda inducida complicada por datos errados proporcionados por pacientes   |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Entrenamiento a personal de enfermería a cargo de educación a pacientes  |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Estrategias para mayor control de pacientes diabéticos, asegurador solicita 80% de control   |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Educación médica continuada para médicos   |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Personal médico teme a los cambios o intensificación de terapias en el paciente diabético  |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Rotación de personal, puntualmente médicos generales   |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | En ocasiones, existen indicaciones contrarias entre miembros del equipo multidisciplinario, particularmente en el enfoque nutricional      |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | No cuentan con GPC propia, guía de su asegurador principal no está actualizada   |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Ausencia de cultura del dato, se inició recientemente la recolección juiciosa de la información  |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Deficiencias en cuanto al análisis de datos para toma de decisiones  |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Se requiere el uso de diferentes fuentes para cruzar información que alimente base de datos, también se debe recurrir a recolección manual |

Fuente: Elaboración propia a través de entrevistas durante trabajo de campo

A diferencia de los intereses y oportunidades identificadas para el prestador a población del régimen contributivo descrito en el literal anterior, el equipo entrevistado enfoca sus necesidades en “capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario”, debido a que de forma repetitiva, identifican falencias en cuanto a conceptos clínicos que derivan en inercia terapéutica y mal control de las metas establecidas, sumado a indicaciones contrarias entre los médicos y el equipo multidisciplinario. Lo anterior, se suma a la ausencia de GPC y líderes clínicos y metodológicos dentro de la institución, que funcionen como facilitadores de la información.

Un elemento adicional importante para fortalecer, el cual se repite en la institución del régimen contributivo, es el potenciar las habilidades duras y blandas del equipo multidisciplinario alrededor de la educación y empoderamiento a los pacientes, para garantizar adherencia al programa en toda su extensión.



*Figura 7.* Resultados indicadores de nefroprotección Rangking CAC 2022 para IPS del subsidiado

Fuente: (Cuenta de Alto Costo, 2022)

El panorama en cuanto al cumplimiento de indicadores clave para esta IPS es definitivamente diferente al anterior; en este caso, logran cumplimiento alto para cuatro indicadores, relacionados con control de tensión arterial y cobertura en la realización de

estudios (glicada, LDL y albuminuria); sin embargo, los indicadores de resultado no logran superar las metas de cumplimiento. Lo anterior refleja dificultades en cuanto al enfoque hacia la gestión del riesgo clínico y técnico.

### 9.1.3. Descripción de necesidades identificadas desde la prestación a población indígena

Tabla 10

*Necesidades desde la prestación a usuarios del régimen subsidiado con énfasis en población indígena*

| <b>Eje temático</b>   | <b>Necesidades identificadas</b>  |
|---|---|
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | Se requiere educación para pacientes en miras a mejorar la adherencia, bajo una verdadera comprensión de la realidad de la población indígena, idiosincrasia y recursos |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | Fortalecimiento de estrategias para potenciar la atención primaria, integrando determinantes sociales   |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | Toda estrategia para implementación de ruta debe llevar consigo el relacionamiento y los acuerdos con sus médicos tradicionales de los resguardos                       |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | No se recibe retroalimentación oportuna o despliegues de estrategias por el asegurador  |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | Las costumbres e idiosincrasia son un reto para la población atendida, la cual incluso varía de acuerdo con el resguardo  |
| <i>Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo</i>                       | Las estrategias de difusión deben ser específicas de acuerdo con las costumbres de los resguardos (funciona radial)   |
| <i>Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario</i>                           | Teniendo como ventaja personal asistencial estable en el tiempo, se requiere potenciar en ellos la fidelización de la población para lograr adherencia                  |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Recurso muy limitado para la captura y análisis de información. Se realiza de forma manual por auxiliares entrenadas con alcance 100% operativo                         |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Sin rutina de análisis de datos, no se cuenta con una metodología de alertas tempranas  |
| <i>Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor</i> | Existe una gran carga operativa sobre el prestador para la construcción de múltiples reportes de acuerdo con diferentes normas, sin tener un punto medio                |

Fuente: Elaboración propia a través de entrevistas durante trabajo de campo

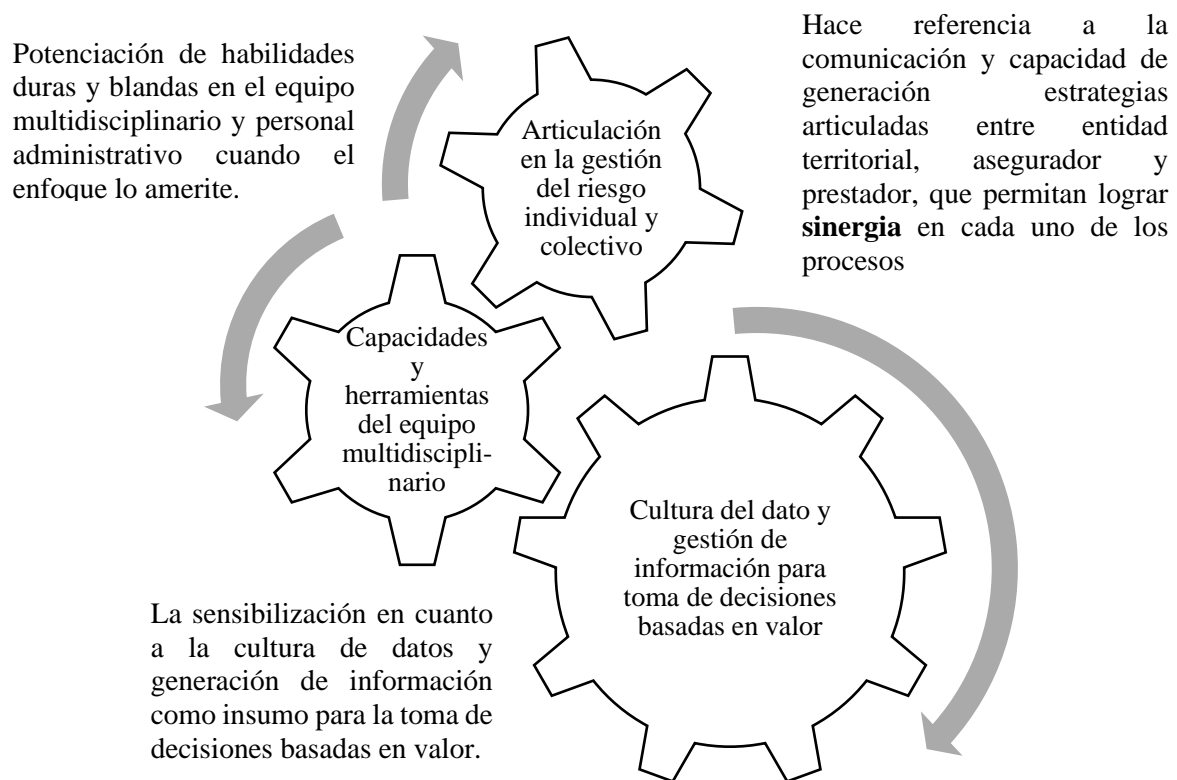
Para el caso de la prestación para población indígena, sus directivos revelan necesidades sustancialmente diferentes a las descritas anteriormente, las cuales están en estrecha relación con la cultura y los determinantes sociales, como el factor fundamental en la implementación de los diferentes modelos. Lo anterior, deriva en elementos alrededor de la articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo, que exige comunicación fluida entre direcciones territoriales, asegurador y prestador, que permitan estrategias conscientes y adaptadas a sus territorios.

Para este tipo de prestador, cuyas sedes no se encuentran ubicadas en ciudades principales, llama la atención que la rotación de personal no está presente dentro de sus preocupaciones a diferencia de las IPS analizadas previamente, por el contrario, han logrado consolidar un equipo robusto que a pesar de no contar con grandes herramientas tecnológicas, logran un adecuado relacionamiento con su población, cumpliendo con expectativas a nivel interno.

Ahora bien, al analizar su comportamiento en cuanto a resultados en indicadores en la medición del Ranking 2022, llama la atención la ausencia de información, lo cual obedece a que el asegurador incumplió el reporte anual de la resolución 2463 de 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Indagando al respecto, la IPS realizó la recolección mensual de la data bajo la estructura designada y la dispuso al asegurador con esta misma periodicidad.

## **10. Estrategias para la generación de propuestas de valor en la mejora de los procesos de atención a la población con ERC y precursoras**

Continuando con la lógica de los tres tópicos con los que se clasificaron las necesidades alrededor de la gestión de la cohorte de nefroprotección y ERC, se requiere fluidez entre estos tres elementos, entendiendo que cada institución presenta un nivel de madurez diferente y que así mismo, presenta particularidades modificables y no modificables.



*Figura 8.* Focos principales por impactar a partir de la identificación de necesidades

Fuente: Elaboración propia

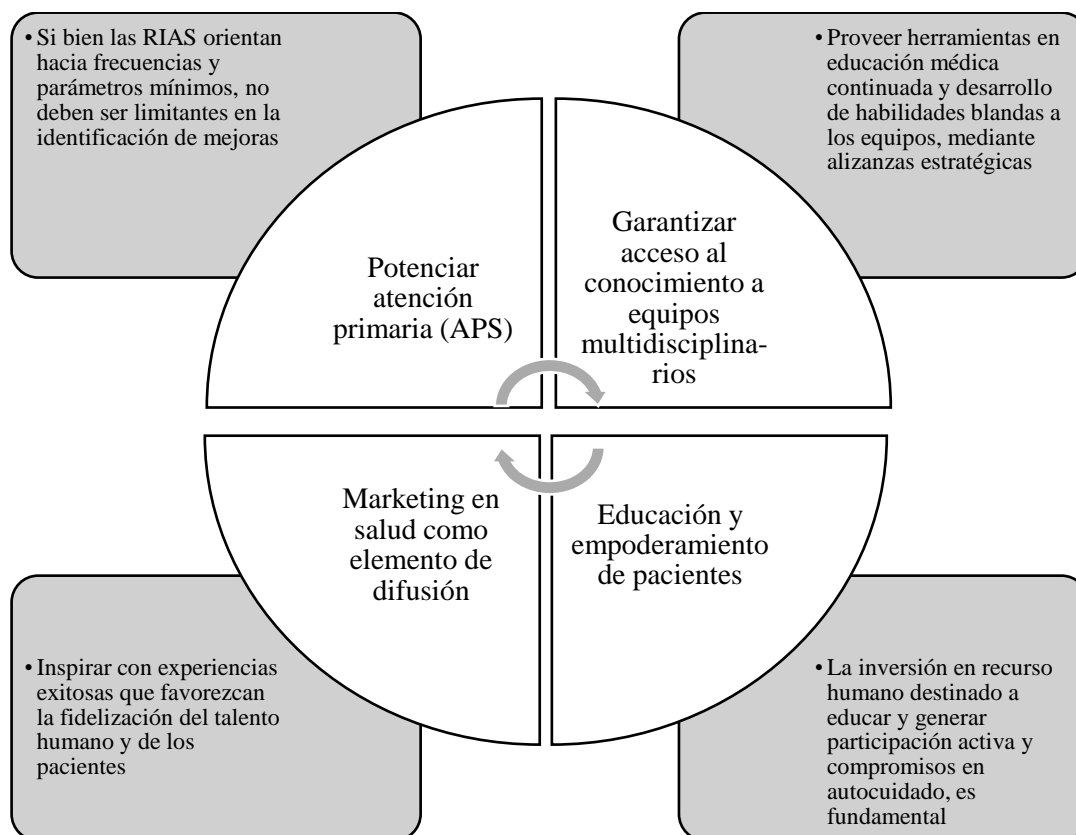
Si bien, uno de los pilares fundamentales alrededor de la GIRS son las responsabilidades de entidades territoriales con enfoque en riesgo colectivo, es claro que su participación está siendo insuficiente, y que, sumado a una comunicación deficiente entre el aseguramiento y la prestación, se favorece la generación de barreras en diferentes frentes, que finalmente afectarán a los equipos y a los pacientes.

Previo a la descripción del enfoque para la creación de estrategias futuras, es claro, que un proceso de mejora inicia justamente con la identificación de necesidades específicas para la institución/entidad a trabajar, más allá de los mínimos requeridos por el funcionamiento del sistema de salud y de los requerimientos de un tercer pagador. Es por ello, que se debe garantizar los amplios conocimientos en el sistema y habilidades técnicas competitivas, lo cual debe ser complementado con habilidades blandas para lograr comunicación asertiva y capacidad de negociación contundente.

A continuación, se plantearán potenciales estrategias que permitirán impactar cada uno de los tópicos, teniendo presente, que tal como se muestra en la figura 8, se busca sincronía entre ellos para orientar al éxito según los objetivos propuestos.

### 11. Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo

Hace referencia a la comunicación y capacidad de generación estrategias articuladas entre entidad territorial, asegurador y prestador, que permitan lograr sinergia en cada uno de los procesos.



*Figura 9.* Focos de trabajo para impactar en la articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo

Fuente: Elaboración propia.

Indiscutiblemente el principal aspecto que se debe tener en cuenta para orientar estrategias que permitan obtener mejores resultados en salud para esta población es el **fortalecimiento de la APS**, la cual no solo depende de la gestión realizada por el prestador, sino que requiere del compromiso e involucramiento del asegurador. Las dos partes deben propender por el fortalecimiento de la comunicación, de tal manera que conlleven a una mejor y mayor confianza y de esta forma se creen de manera conjunta estrategias sostenibles y costo efectivas ya que no se trata de gastar menos sino de gastar mejor. Sin este primer paso consolidado, no se pueden establecer técnicas de negociación efectivas y seguras, con acuerdos de pago por resultados en salud con el impacto esperado. Independiente del curso del sistema de salud con el posible advenimiento de una reforma, se debe garantizar acceso efectivo a programas bien establecidos, con un enfoque centrado en el paciente.

La expectativa de vida de la población es cada vez es mayor, lo que conlleva a expresar más necesidades y, por consiguiente, la demanda a los servicios de salud también se incrementará. El fortalecimiento de la APS requiere un proceso adecuado de planificación que permita obtener mejores resultados a un mejor costo, en un sistema en el cual se deben buscar alternativas para alcanzar a mejorar la calidad de vida. Para esto, debe conocerse muy bien la población, cuántas personas tiene la entidad con ERC – HTA y/o DM, cómo se encuentran, cuánto están costando, identificar los problemas que están afectando el acceso a los servicios, seguimiento, manejo de comorbilidades e intervenciones entre otras. Se debe identificar el o los problemas en cada uno de los aspectos mencionados y generar estrategias que permitan saber hacia dónde se pueden orientar esfuerzos.

El modelo de planificación debe contener todas las P posibles: periódica, preventiva, participativa, precisa, personalizada y debe estar apoyado de personas expertas en este tipo de procesos, tales como profesionales expertos en ciencia de datos, científicos de datos que a través de capacidades analíticas propongan herramientas innovadoras que permitan entre otras cosas realizar priorización de pacientes, definir periodicidad de actividades, intervenciones, evaluar el impacto, la evolución y los resultados.

Es poco probable, que un equipo sin las herramientas ni los conocimientos mínimos alrededor de la ERC y sus enfermedades precursoras sea el que promueva el cambio a favor

de mejores resultados en salud. **Garantizar espacios de educación para equipos multidisciplinario** debe estar orientado en diferentes vías:

- Conocimiento clínico: el promover la adherencia y la comprensión de la aplicación de las GPC disponibles como por ejemplo las guías ADA 2023 (American Diabetes Association, 2023) las cuales comandan las decisiones en diabetes, es fundamental para orientar las acciones diarias hacia la gestión del riesgo clínico venciendo la inercia terapéutica. Para tal fin, surgen múltiples herramientas sin necesariamente incurrir en altos costos de formación: alianzas con asociaciones y gremios (por ejemplo, ASOCOLNEF - Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión o ACE-Asociación Colombiana de Endocrinología), permitirán acceder a charlas y actualizaciones sin incurrir en acciones con ánimo de lucro. Así mismo, según el potencial y el nivel de desarrollo de una institución, sería de gran valor el optar por recurso propio como facilitador del conocimiento; por ejemplo, especialistas que lideren clubes de lectura basados en artículos científicos. Idealmente, se debe hacer uso del horario laboral, para garantizar compromiso de las partes.
- Potenciación de habilidades blandas: según las necesidades específicas, existirán instituciones cuyas dificultades no radiquen necesariamente en la falta de espacios de educación científica, sino en escasas habilidades blandas que dificultan el relacionamiento entre médicos y equipo multidisciplinario y de los diferentes equipos con los usuarios. Es por ello, que la inversión en coaching en salud y espacios lúdicos cobran sentido. Si es viable, dichas actividades podrían ser complementadas por un sistema de recompensas no necesariamente financieros, como, por ejemplo, fomentar dentro de la cultura organizacional el reconocimiento público el cual impacta en la motivación y productividad laboral (Organización Internacional del Trabajo, 2020), sumado a la fidelización de los colaboradores, siendo un dolor común entre las entidades que prestan al régimen contributivo y subsidiado entrevistadas.
- Habilidades para lograr educación efectiva a los pacientes: el promover y garantizar dentro de la ruta de atención un equipo destinado a educación a pacientes con ERC y precursoras, podrá ser un elemento diferenciador a la hora de contrastar resultados. El tiempo en consulta es limitado para lograr identificar dificultades y alcanzar una

educación de calidad que impacte en la adherencia al programa y a las terapias farmacológicas y no farmacológicas definidas. Así las cosas, es de vital importancia promover el conocimiento específico en el área si se busca una transferencia de información de valor a los usuarios. Nuevamente, las alianzas estratégicas con gremios e incluso con industria farmacéutica con programas de índole no comercial, funcionan como aliados para la educación individualizada según el uso de tecnologías. Ahora bien, yendo más allá según el alcance, un proceso de consultoría con un amplio portafolio podría proporcionar equipos (probablemente por la asociación con terceros como proveedores clave) con un enfoque en esferas nutricional, conductual y farmacológico, que favorezca la interacción con pacientes de forma grupal y con enfoque comunitario, sumado al hecho de poder ser la herramienta para la educación del personal asistencial designado a tan importante labor.

Contando con personal capacitado para ofrecer educación a sus usuarios, con un enfoque preventivo, es momento de proponer un modelo estructurado de participación de los usuarios. Es necesario involucrar a la ciudadanía, no necesariamente el paciente que cuenta con la enfermedad es el que entiende y puede aportar al proceso educativo, podría incluso plantearse la posibilidad de contar con personas de referencia en cada una de las regiones como manera efectiva para llegar al paciente y poder identificar sus necesidades escuchando qué perspectiva tienen, cómo ven su proceso de atención, cómo se ha sentido, que considera que puede impactar en su resultado, que cambios ha tenido durante su proceso y de esta manera poder generar un mapa de empatía que permitirá enfocar actividades para mejorar la experiencia de usuario y una mejor gestión de su enfermedad.

Independiente del grado de implementación de los programas y nuevas estrategias, es clave realizar medición constante que permita identificar victorias tempranas como experiencias de éxito. El relacionamiento estrecho con las entidades territoriales y direcciones departamentales de salud es muy importante, ya que el marketing responsable en salud podría potenciar programas al añadir posibles aliados e inversión de recursos por parte del municipio.

## **12. Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario**

Más allá de jornadas o espacios aislados de educación, se requieren programas y rutinas educativas multinivel, que permitan potenciar las habilidades de los colaboradores según su área de experticia. Como estrategia para generar valor agregado en programas de nefroprotección y en general de riesgo cardiovascular, se propone una elección consciente de representantes de cada una de las áreas involucradas, con el fin de favorecer mayor inversión en conocimiento, con el fin de otorgar una responsabilidad adicional como facilitador del conocimiento, lo cual a su vez logrará mayor empoderamiento y fidelización con la institución. Cada uno de estos líderes, deberá realizar seguimiento a sus indicadores clave por servicio.

Según la literatura, la inversión en educación y capacitación de la fuerza laboral menos calificada es un factor clave para aumentar la productividad de las economías en desarrollo, lo que a su vez tiene un efecto directo en la reducción de sus niveles de pobreza (Organización Internacional del Trabajo, 2020).

En la actualidad, existen diferentes plataformas de autoestudio gratuitas pero que en general, requieren de la voluntad de cada colaborador para cursar diferentes módulos. Es por ello, que la persona que lidere las actividades de educación y formación sea activa en cuanto a alternativas dinámicas y se permita alternar entre actividades sincrónicas en horario laboral y según acuerdos, se logre complementar con autoestudio.

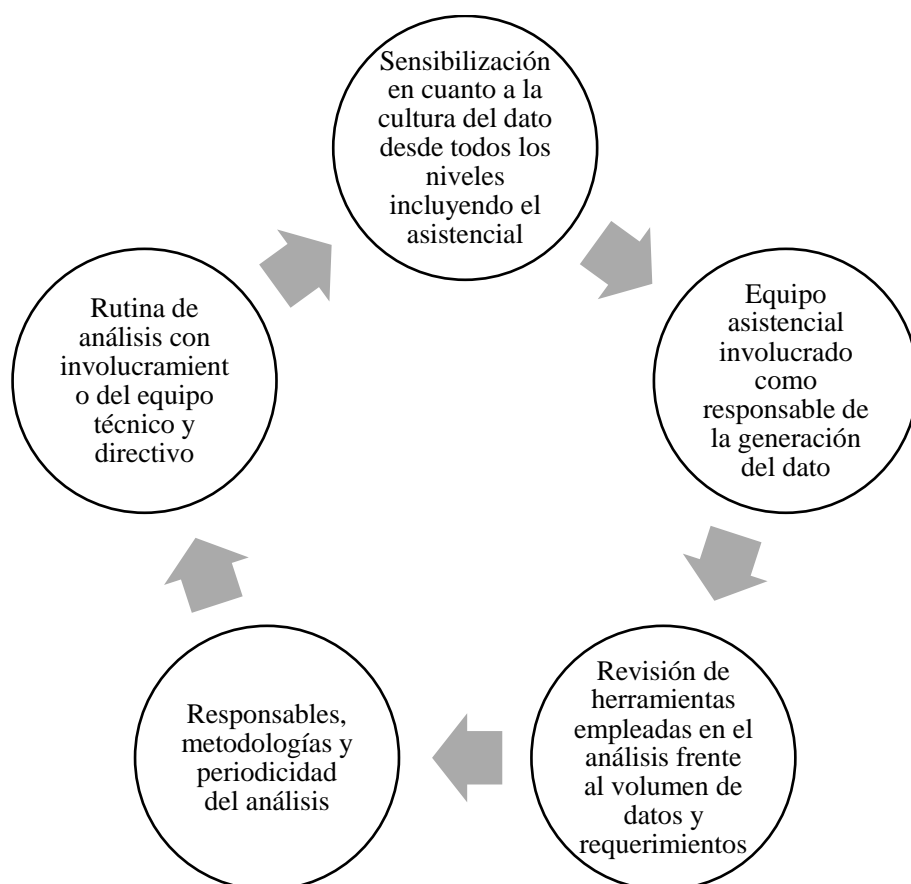
## **13. Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor**

La cultura del dato y gestión de información, cobra completa relevancia al incursionar en intervenciones en GIRS ya que si no existe una cultura de datos y las decisiones son parte del hecho de resolver situaciones diarias sin un enfoque específico basado en necesidades, es poco probable el cumplimiento de los mínimos requeridos como actor del sistema y especialmente, el lograr impacto reputacional.

Se deben orientar estrategias para implementar la madurez cultural en los profesionales del equipo de salud, fortalecerse con equipos de personas competentes que

aseguren el compromiso con la calidad en el registro de los datos y por supuesto realizando retroalimentación oportuna, de tal manera que conozcan el para qué sirve la información y el impacto que tienen los datos. El propósito final debe ser contar con datos de calidad, evitar el subregistro y permitir la toma de decisiones basados en datos del mundo real.

La figura 10, pretende resumir los diferentes elementos a tener en cuenta para la apropiación de la cultura del dato y gestión de información en una institución de salud, siendo un elemento fundamental para que, según el grado de desarrollo, un equipo consultor plantee estrategias de potenciación cuyo resultado final, tendrá relación directa con el nivel de base y los objetivos puntuales.



*Figura 10.* Elementos fundamentales a considerar en la cultura de los datos y gestión de información

Fuente: Elaboración propia.

El análisis periódico de la información recolectada permitirá orientar esfuerzos de forma oportuna, en un entorno dinámico. Al contrastar con las necesidades identificadas a

partir de las entrevistas realizadas, son notables las diferencias en cuanto al interés y el nivel de desarrollo con relación a la cultura de los datos. Para el caso del asegurador y prestador para población indígena, sus procesos actualmente se enfocan en dar cumplimiento al registro y reporte según las diferentes resoluciones y circulares, llevado a cabo de forma 100% manual sin contar con un equipo de ciencia de datos o similar, que permita identificar desviaciones o limitantes en sus procesos. Por otro lado, la institución del régimen subsidiado a pesar de ser altamente representativo en términos de población asignada recientemente dio inicio al proceso de recolección de los datos de forma rutinaria, sin contar con herramientas adicionales para favorecer el análisis ni una rutina específica que involucre al equipo directivo. A favor, la institución muestra interés en la sensibilización de los equipos como generadores de información, a diferencia de la institución indígena.

Finalmente, la institución que presta a población del régimen contributivo, la cual también es altamente representativa por el número de usuarios asignados, siendo parte de un asegurador con importante presencia en el país, cuenta con un recorrido superior al respecto, dado por el hecho de contar con un equipo de ciencia de datos, herramientas tecnológicas a disposición y un sistema de información que permite realizar consolidación de los datos de forma automatizada. Contrario a las expectativas, no existe una rutina de análisis de datos e incluso, las aptitudes del equipo de ciencia de datos deben ser fortalecidas para que los análisis trasciendan más allá de los indicadores clave y así mismo, el equipo tenga el suficiente empoderamiento como para replicar mensajes clave y conocimientos a los demás equipos.

En definitiva, la cultura de los datos no es responsabilidad exclusiva del área de tecnología destinada a reportes con calidad, se requiere de un cambio de cultura en las organizaciones para que sea una prioridad corporativa y de esta manera, sea claro que la generación de los datos surge en cada una de las consultas y actividades por parte de los profesionales y por tanto, de estos profesionales depende en principio la generación de datos con calidad; sin embargo, el proceso no cobra sentido si dichos datos no son transformados en información para así ser analizados y a su vez, el análisis soporta decisiones en salud.

En este punto, es importante que el equipo consultor con énfasis en la gestión de información, logre aclarar conceptos técnicos que permitan orientar esfuerzos como un gran

primer paso; uno error común cometido por aseguradores y prestadores, es centrar sus esfuerzos exclusivamente en la generación y recolección de datos con calidad, sin tener en cuenta que si bien la calidad es fundamental para posterior cálculo de indicadores, no habrá impacto en cuanto a resultado si dichos datos no reflejan la gestión sobre su población.

Posteriormente, se debe evaluar qué herramientas de trabajo podrían ser de alto valor para la institución en cuestión, con el fin de ofertar mejores alternativas que a su vez requieran apoyo periódico para potenciar las habilidades del equipo a cargo.

#### **14. Enfoque pluripatológico, mas allá del cumplimiento de la ruta de atención básica**

Más allá de la implementación de las RIAS cardio – cerebro - metabólica y de garantizar el cumplimiento de aquellos elementos mínimos requeridos por norma, existen metodologías que nacen justamente a partir de la exploración de necesidades no resueltas dentro de un sistema de salud. Un buen ejemplo de lo anterior es el giro del modelo de atención basado en el paciente pluripatológico, con gran auge en la unión europea desde hace más de una década, debido justamente al incremento de la prevalencia del paciente multimórbido.

La pluripatología, hace referencia a la presencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo paciente, la cual está en crecimiento debido a al aumento en la esperanza de vida y al envejecimiento de la población (Gonzalo Rivas Costa, 2009), la cual no es ajeno al patrón de transición epidemiológica en el contexto colombiano. Así las cosas, este tipo de modelo busca controlar la situación clínica, disminuir sobrecarga del cuidador y la polifarmacia (busca simplificar la terapia optando por la desprescripción inteligente y responsable), mejorar utilización de servicios de salud, coordinación asistencial, calidad de vida y atención domiciliaria, impactando en los resultados de la población y en eficiencias en salud.

En el año 2002 un grupo la Sociedad Andaluza de Medicina interna propuso unos criterios operativos de paciente pluripatológico, actualizados más adelante en el 2007 y con gran aceptación en el país; lo anterior, ha facilitado la elaboración de índices como el *PROFUND* y *PROFUNCTION*, los cuales permiten aproximar a 12 meses un pronóstico de

mortalidad y capacidad funcional para proyectar de una mejor manera el enfoque de la atención (Julio Montes Santiago, 2012), lo cual cobra relevancia al conocer que la mortalidad anual de los pacientes pluripatológico en la atención primaria es del 6%, hospitalaria del 19-20% durante el ingreso, del 36% al año y del 50% a los 4 años de seguimiento. A continuación, se presenta un resumen de las categorías definitorias y su prevalencia a partir del análisis de estudios, nuevamente liderado por autores españoles (M. Bernabeu-Wittel, 2017), permitiendo proyectar posibles futuros programas especializados para el abordaje individualizado del paciente.

- Categoría A (enfermedades cardíacas): 72-77%
- Categoría C (enfermedades pulmonares): 45-49%
- Categoría E (enfermedades neurológicas): 35-38%
- Categoría B (enfermedades renales): 20-32%
- Categoría G (neoplasias/anemia crónica): 26%
- Categoría F (arteropatía periférica/DM2 con neuropatía): 25%
- Categoría H (enfermedades osteoarticulares): 17%
- Categoría D (enfermedades hepáticas): 7%

Las principales acciones que pueden incorporarse para mejorar los resultados globales en salud de los pacientes pluripatológico son agrupadas por el autor de la siguiente manera (M. Bernabeu-Wittel, 2017):

1. **Promoción y prevención de la salud:** estilos de vida, alimentación, ejercicio, sueño e inmunizaciones principalmente.
2. **Activación y autogestión del paciente y del cuidador:** actividades encaminadas a aumentar y consolidar la autoeficacia y el grado de compromiso y conocimiento de la enfermedad por el paciente y su familia.
3. **Activación de la red de apoyo y soporte social:** Uso y aprovechamiento de los activos comunitarios.
4. **Optimización farmacoterapéutica:** Atención especial a una adecuada prescripción, conciliación, polifarmacia y ajustes de dosis según las características específicas del paciente (función hepática y renal por ejemplo).

5. **Rehabilitación y medidas de preservación funcional y cognitiva:** Medidas específicas para la prevención y manejo de la fragilidad, riesgo de caídas,
6. **Planificación anticipada de decisiones:** Respeto por las decisiones anticipadas en cuanto a su abordaje y en especial, en etapa de fin de vida.

Ahora bien, un programa consolidado debe permitir establecer métricas de evaluación periódica, que permitan visibilizar las oportunidades de mejora y logros en la implementación del modelo; el “*proceso asistencial integrado de atención a pacientes pluripatológicos*”, publicado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, lista un conjunto de indicadores de proceso para el ámbito hospitalario y la APS, a señalar a continuación:

#### **Hospitalización convencional**

- Estancia media ajustada por el funcionamiento
- Porcentaje de reingresos
- Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Tasa de infección hospitalaria
- Tasa de reacciones transfusionales
- Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria
- Tasa de caídas
- Tasa de mortalidad intrahospitalaria global

#### **Consultas en el ámbito de atención primaria**

- Número de reuniones del responsable de la unidad con los profesionales de la atención primaria
- Porcentaje de reducción de ingresos hospitalarios en personas mayores
- Porcentaje de reducción de la estancia media hospitalaria en personas mayores
- Porcentaje de reducción del número de estancias hospitalarias / año en personas mayores
- Porcentaje de reducción en urgencias hospitalarias en personas mayores

Lo anterior, debe complementarse con las encuestas de satisfacción al usuario en cada uno de los servicios (Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid, 2009).

## 15. Conclusiones

- En el contexto del impacto en salud que tienen los pacientes hipertensos, diabéticos y/o con enfermedad renal crónica, se identificaron las principales necesidades en los aseguradores y prestadores del régimen contributivo y subsidiado que se seleccionaron para en el estudio de caso planteado, lo que permite tener una visión global de las principales fortalezas y debilidades no solo en la organización sino en el sistema de salud en general.
- El enfoque para el análisis de gestión del riesgo, implementación de estrategias y obtención de buenos resultados, en un proceso de consultoría, requiere un conocimiento amplio del sistema de salud, de tal manera que independiente de los posibles cambios que se puedan presentar, estos se conviertan en oportunidades que permitan aportar y generar valor para mejores resultados en salud. Es indispensable definir objetivos claros para priorización de estrategias enfocadas en riesgos mitigando ineficiencias.
- Existe un número importante de normas que reglamentan el acceso, la oportunidad, la integralidad, la calidad y demás principios para la atención en salud; sin embargo, hay grandes brechas entre lo planeado y lo que se puede ejecutar, puesto que en algunos casos no se contempla la articulación que debe existir entre la red pública y los aseguradores y no hay una estimación adecuada de los costos reales que implican la implementación de dichos programas o rutas de atención.
- Cada entidad debe realizar un proceso de planificación bien estructurado a nivel de la APS, partiendo de la normatividad, pero proponiendo modelos innovadores en gestión de riesgo que permiten obtener resultados tangibles según las características específicas de su población y sus condiciones sociodemográficas.
- Debe existir un acompañamiento a los profesionales de APS, por parte de cada entidad con el fin de incentivar el compromiso en el registro de los datos y el fortalecimiento de la gestión.
- El desarrollo e implementación de herramientas tecnológicas, debe estar enfocada a generar valor para la toma de decisiones, para esto se requiere el acompañamiento de

profesionales del área de la salud con competencias altamente calificadas y con la experiencia necesaria para que las ayudas tecnológicas aporten al proceso de atención.

- Se requiere identificar las necesidades de los pacientes, involucrarlos de manera activa como parte de la implementación de estrategias para mejorar el curso de su enfermedad haciéndolos partícipes y responsables de su rol en el sistema de salud.
- Se debe propender por lograr el equilibrio entre los resultados en salud y los riesgos financieros que permitan sostenibilidad y eficiencia.
- Se deben buscar las mejores prácticas clínicas para lograr mayor impacto en la detección y tratamiento oportuno de estas patologías, logrando que se cumplan los indicadores establecidos.
- Las brechas desde la visual del aseguramiento siguen siendo una realidad, que amerita el desarrollo de políticas públicas, que permitan homogeneizar el acceso a servicios dentro de programas de calidad.
- Se requiere una verdadera articulación entre las entidades territoriales, aseguradores y prestadores, basados en metas y objetivos comunes, que permitan impactar en la gestión del riesgo individual y colectivo.
- En definitiva, no es correcto realizar un análisis puramente global o nacional, cuando se trata de evaluar las necesidades y el cumplimiento desde la prestación y mucho menos, establecer medidas generalizadas para una red. Una estrategia que impacte a los programas de nefroprotección, debe contemplar las particularidades de cada una de las IPS y sus sedes.
- Si bien, con este tipo de trabajo descriptivo, no es posible establecer relación directa, el análisis de la información obtenida en el proceso de identificación de necesidades, sugiere que las instituciones con un mayor enfoque y desarrollo alrededor de la cultura de la gestión y el análisis de datos logran mejores resultados en indicadores clave.
- Existen dificultades sustanciales en cuanto a vías de comunicación efectivas entre el aseguramiento y la prestación, lo cual deriva en desarticulación en cuanto a estrategias, esfuerzos e inversión, que impactan de forma negativa resultados comunes.
- Se requieren alianzas con diferentes entidades y gremios del sector, con el fin de solventar necesidades, lo que ofrece una oportunidad valiosa para el surgimiento de compañías

consultoras con el dinamismo y capacidad técnica suficiente como para crear estrategias individualizadas, que permitan potenciar las acciones de la red de prestación, con enfoque en resultados.

- El desarrollo de estrategias para un prestador y/o asegurador, puede resultar costosa en el corto plazo y es por ello, que desde el inicio deben ser involucrados conceptos y análisis desde las eficiencias en salud, entendiendo que los desenlaces evitables incluyendo los costos derivados de la pérdida de productividad, impactarán en el mediano y largo plazo la disponibilidad de recursos de una institución y por ende su sostenibilidad.
- En Colombia, la conciencia y empoderamiento de las enfermedades crónicas no trasmisibles se presenta como una debilidad, entre otras, favorecida por la idiosincrasia y la analfabetización en salud. Lo anterior, refleja una importante oportunidad en cuanto a la generación de estrategias de concientización, responsabilidad y empoderamiento de los pacientes alrededor de su enfermedad.
- Es importante el involucramiento de la operación logística como gestores farmacéuticos en la conversación y en la generación de estrategias, con acuerdos contractuales eficientes y control de barreras, para garantizar el acceso de los pacientes a las tecnologías disponibles, pero a su vez, con la capacidad de generar alertas si se identifican desviaciones.
- Se requiere ajuste de la normativa, puntualmente de la resolución 2463 del 2014, con el fin de afinar la recolección y análisis de información igualmente de valor, pero alineada con conceptos actualizados.
- En condiciones ideales, la democratización de la información debería permitir obtener data local, regional y nacional debidamente anonimizada, para que entidades públicas y privadas cuenten con insumos de valor para análisis robustos.
- Se requieren análisis específicos de costeos y eficiencias en salud, que permitan dimensionar la carga de la enfermedad y que así mismo, se logren decisiones en políticas públicas mejor sustentadas.
- La voluntad política es un elemento trascendental alrededor de la GIRS para esta población; es por ello, que gremios e instituciones en general, deberán ser voceras a partir de análisis de situación y experiencias de éxito, sean movilizados y gestores del cambio.

- Es importante realizar acuerdos de voluntades específicos basados en relaciones de confianza y compromiso, que incluyan necesidades claves para el manejo de la población evitando en lo posible la fragmentación y que aseguren el cumplimiento de los resultados en salud garantizando la integralidad, oportunidad y continuidad de la atención.
- Una de las falencias identificadas tiene relación con la falta de articulación de la información, por lo que se requiere establecer elementos mínimos que permitan fortalecer los sistemas de información con el fin de contar con datos de calidad que permitan tomar decisiones oportunas y reales.

## **16. Posible empleabilidad del desarrollo y contenido del presente proyecto**

Conociendo el alcance del proyecto, el cual ofrece una descripción amplia y detallada de las necesidades de mayor relevancia por parte de representantes clave desde el aseguramiento y la prestación alrededor de la gestión del riesgo de la población con ERC y sus enfermedades precursoras, se considera que funciona como insumo clave para:

- Proyectar modelos de negocio alrededor del acompañamiento/consultoría como aliado en el sistema de salud, con un enfoque hacia la optimización de los procesos con enfoque en resultados desde los diferentes frentes.
- Fomenta futuros trabajos colaborativos con entidades públicas para la articulación con direcciones departamentales y distritales de salud, en sintonía con los equipos regionales encargados de la atención y seguimiento de los pacientes.
- Provee herramientas a tomadores de decisiones para orientar planes de mejora basados en su caracterización y necesidades específicas, yendo mucho más allá del ejercicio diario en el cumplimiento de actividades prioritarias, para proyectar a mejores resultados y eficiencias en salud.
- Favorece el aprendizaje y el desarrollo en el sector de *stakeholders* involucrados en la atención, seguimiento y/o control de la cohorte objeto de análisis.
- Promueve la curiosidad en la búsqueda activa de alternativas innovadoras y de valor, en miras a impactar aquellas oportunidades de mejora en el corto y largo plazo.

## 17. Referencias bibliográficas

- American Diabetes Association. (Enero de 2023). Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care*.
- Andrew S. Levey, M. J. (2002). *Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. New York: National Kidney Foundation, Inc.
- Bikbov, B. P.-B.-A.-H.-R.-G. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 25.
- CAC. (2021). *Situación de la enfermedad renal crónica hipertensión arterial y diabetes mellitus en Colombia*. Bogotá.
- César A Restrepo V., C. A. (2012). *Nefrología Básica 2. Capítulo 23 Enfermedad Renal Crónica* (Vol. Segunda edición). Manizales: La Patria.
- Costo, C. d. (2021). *Situación de ERC HTA DM*. Bogotá.
- Cuenta de Alto Costo. (2011). contenidos mínimos indispensables para la gestión del riesgo renal en un programa de atención a pacientes adultos con enfermedad renal crónica, sin terapia de reemplazo renal en Colombia.
- Cuenta de Alto Costo. (2022). Obtenido de Cuenta de Alto Costo HIGIA: <https://cuentadealtocosto.org/higia/>
- Cuenta de Alto Costo. (2022). *Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2021*. Bogotá: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC).
- F. Andreozzi, R. C. (2020). Clinical inertia is the enemy of therapeutic success in the management of diabetes and its complications: a narrative literature review. *Diabetology & Metabolic Syndrome*.
- Garabed Eknoyan, M. N. (2020). KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Management of Candidates for Kidney Transplantation. *Official Journal of the Transplantation Society & International Liver Transplantation Society*, 106.
- Gonzalo Rivas Costa, M. F. (2009). Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. Madrid, 2007. *Revista Española de Salud Pública*.
- Hernán Sarmiento Bejarano, C. R. (2019). Carga económica de la enfermedad renal crónica en Colombia, 2015-2016. *Salud Uninorte*, 17.
- Julio Montes Santiago, E. C. (2012). La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. *Situación y propuestas en Galicia*.
- Kerr, M. (2012). *Chronic Kidney Disease in England: The Human and Financial Cost*. England: Chronic kidney disease - NHS.
- Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO). (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Official Journal of the International Society of Nephrology*.
- M. Bernabeu-Wittel, B. B.-F.-M.-G.-D.-B. (2017). Estratificación pronóstica y abordaje asistencial de los pacientes pluripatológicos. *Revista Clínica Española*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Resolución 2463 de 2014. Colombia.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Gestión Integral del Riesgo en Salud: Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. (2009). *Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones*. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social.
- MINSALUD - IETS. (Mayo de 2016). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica (adopción). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-enfermedad-renal-adopcion.pdf>
- MSPS. (4 de Octubre de 2012). <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atencion-primaria-en-salud.aspx>. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atencion-primaria-en-salud.aspx>: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Consultas-Estrategia-de-Atencion-Primaria-en-Salud-en-Colombia.aspx>
- MSPS. (2016). *minsalud.gov.co*. Obtenido de minsalud.gov.co: <https://www.minsalud.gov.co/>
- National Heart, L. a. (junio de 2008). <https://www.nhlbi.nih.gov>. Obtenido de <https://www.nhlbi.nih.gov/>: [www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/other/sp\\_package.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/other/sp_package.htm)
- OPS 2009 Modificado de Shortell, S., AndersonDA, Gillies, R., MitchellJB, & MorganKL. (1993). Buildingintegratedsystems:theholographicorganization. *HealthcareForumJournal*, 20-36.
- Organización Internacional del Trabajo. (2020). Impulsando la Productividad. 122.
- Social, M. d. (Octubre de 2021). [www.minsalud.gov.co/proteccionsocial](http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial). Obtenido de Minsalud.
- Stephen C. Baina, B. B. (2020). Evaluating the burden of poor glycemic control associated with therapeuticinertia in patients with type 2 diabetes in the UK. *Journal of Medical Economics*, 98–105. doi:<https://doi.org/10.1080/13696998.2019.1645018>
- Thomas D. DuBose, J. (2007). Presidential Address, American Society of Nephrology Annual Meeting, 2006: Chronic Kidney Disease as a Public Health Threat—New Strategy for a Growing Problem. *Journal of the American Society of Nephrology*, 8.
- Vivekanand Jha, G. G.-G.-M. (2013). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*, 13.

## 18. Anexos Técnicos

*Anexo I.* Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal crónica estadificada en 1 a 5 sin diálisis, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus

| Código   | Nombre del indicador                     | Definición de numerador  | Definición del denominador   | Unidades   | Semaforización |          |      |
|----------|--|--|--|------------|----------------|----------|------|
|          |  |  |  |            | Alto           | Medio    | Bajo |
| nefro_01 | Control de la presión arterial (<140/90) | Número de pacientes del denominador, con cifras de presión arterial < 140/90 mmHg en el último semestre.   | Número total de pacientes del tipo de población a la que se le mide el indicador.  | Porcentaje | >60%           | 40 a 60% | <40% |
| nefro_02 | Medición de HbA1C últimos 6 meses        | Número de pacientes del denominador a quienes se le ha realizado HbA1C en los últimos 6 meses.             | Número total de pacientes del tipo de población y con DM a la que se le mide el indicador.   | Porcentaje | >60%           | 40 a 60% | <40% |
| nefro_03 | Meta de HbA1C (< 7%)                     | Número de pacientes del denominador con HbA1C < 7%.  | Número total de pacientes del tipo de población y con DM a la que se le mide el indicador a quienes se le ha realizado HbA1C en los últimos 6 meses. | Porcentaje | >50%           | 30 a 50% | <30% |
| nefro_04 | Medición de LDL en el último año         | Número de pacientes del denominador, con medición de LDL en el último año.                                 | Número total de pacientes del tipo de población a la que se le mide el indicador.  | Porcentaje | >60%           | 40 a 60% | <40% |
| nefro_05 | Meta de LDL < 100 mg/dL                  | Número de pacientes del denominador, con niveles de LDL inferiores o iguales a 100 mg/dl en el último año. | Número total de pacientes del tipo de población a la que se le mide el indicador a quienes se les realizó LDL en el último año.                      | Porcentaje | >50%           | 30 a 50% | <30% |

|          |  |   |   |            |      |          |      |
|----------|--|---|---|------------|------|----------|------|
| nefro_06 | Medición de creatinina en el último año  | Número de pacientes del denominador con medición de creatinina en el último año.                    | Número total de pacientes del tipo de población a la que se le mide el indicador. | Porcentaje | >70% | 50 a 70% | <50% |
| nefro_07 | Medición de albuminuria en el último año   | Número de pacientes del del denominador con medición de albuminuria (mg/24 horas) en el último año. | Número total de pacientes del tipo de población a la que se le mide el indicador. | Porcentaje | >60% | 40 a 60% | <40% |
| nefro_08 | Control de IMC (20-25 kg/m <sup>2</sup> )  | Número de pacientes del del denominador con IMC entre 20 -25.                                       | Número total de pacientes del tipo de población a la que se le mide el indicador. | Porcentaje | >30% | 20 a 30% | <20% |
| nefro_09 | Sin pérdida de la función renal Cockroft (% pérdida TFG $\leq$ 5 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> en un año) | Pacientes del denominador sin disminución de la TFG de más de 5 ml/min/1,73m <sup>2</sup> en 1 año. | Número total de pacientes del tipo de población a la que se le mide el indicador. | Porcentaje | >50% | 40 a 50% | <40% |
| nefro_10 | Sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG $\leq$ 5 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> en un año)  | Pacientes del denominador sin disminución de la TFG de más de 5 ml/min/1,73m <sup>2</sup> en 1 año. | Número total de pacientes del tipo de población a la que se le mide el indicador. | Porcentaje | >50% | 40 a 50% | <40% |

Fuente: HIGIA - Cuenta de Alto Costo

Anexo 2. Normatividad en Colombia con relación a HTA – DM – ERC

| <b>TIPO DOCUMENTO</b>                   | <b>FECHA DE EMISIÓN</b> | <b>EPÍGRAFE</b>  | <b>EMISOR</b>  | <b>TEMÁTICA</b>   |
|---|-------------------------|--|--|---|
| <a href="#">Resolución 3442 de 2006</a> | Sept 22 de 2006         | Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica                           | Ministerio de Protección Social  | Guías manejo VIH – ERC  |
| <a href="#">Resolución 2565 de 2007</a> | Julio 27 de 2007        | Por la cual se adoptan unas determinaciones en relación con la Cuenta de Alto Costo.   | Ministerio de Protección Social  | Define ERC como Enfermedad de Alto Costo                                |
| <a href="#">Resolución 3215 de 2007</a> | Sept 12 de 2007         | Por la cual se fijan los mecanismos de cálculo para definir los montos de aporte por parte de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado y Entidades Obligadas a Compensar y de distribución de recursos de la Cuenta de Alto Costo, en el caso de la Terapia de Reemplazo Renal por Enfermedad Renal Crónica. | Ministerio de Salud y Protección Social                                      | Mecanismo de cálculo de distribución recursos ERC                       |
| <a href="#">Acuerdo 0388 de 2008</a>    | Enero 1 de 2008         | Por medio del cual se determina el valor del K y se establecen los Coeficientes de Alto Costo de Insuficiencia Renal Crónica para cada una de las EPS en el año 2007   | Ministerio de Protección Social – Ministerio de Hacienda y Crédito Público – | Valor del K y Coeficientes de Alto Costo de Insuficiencia Renal Crónica |

|   |                 |   |   |  |
|---|-----------------|---|---|--|
|   |                 |   | secretaría técnica<br>CNSSS   |  |
| <a href="#">Acuerdo 0395 de 2008</a>    | Ago 14 de 2008  | Por medio del cual se incluyen servicios ambulatorios especializados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para la atención de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial y se ajusta el valor de la UPC en el Régimen Subsidiado para el año 2008               | Ministerio de Protección Social – Ministerio de Hacienda y Crédito Público – secretaria técnica CNSSS | Atención pacientes HTA – DM – Valor UPC Reg. Sub.          |
| <a href="#">Resolución 4003 de 2008</a> | Oct 21 de 2008  | Por medio del cual se adopta el Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes   | Ministerio de Protección Social   | Manejo de pacientes HTA y DM                               |
| <a href="#">Anexo Resolución 4003</a>   | Oct 21 de 2008  | Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes.  | Ministerio de Protección Social   | Manejo de pacientes HTA y DM                               |
| <a href="#">Resolución 4700 de 2008</a> | Nov 24 de 2008  | Por la cual se definen la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar para la operación de la Cuenta de Alto Costo   | Ministerio de Protección Social – Ministerio de Hacienda y crédito público                            | Manejo de pacientes HTA y DM                               |
| Resolución 3413 de 2009                 | Sept 16 de 2009 | Por la cual se fijan los mecanismos de calculo que definen los montos de giro y distribución de los recursos de la Cuenta de Alto Costo para las empresas promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, y EOC, en el caso de la Terapia de Reemplazo Renal por Enfermedad Renal Crónica. | Ministerio de Protección Social – Ministerio de Hacienda y crédito público                            | Mecanismo para calculo y distribución de recursos para ERC |

|   |                  |   |   |  |
|---|------------------|---|---|--|
| <a href="#">Resolución 4917 de 2009</a> | Dic 9 de 2009    | Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3413 de 2009   | Ministerio de Protección Social<br>– Ministerio de Hacienda y crédito público | Modificación variables Res. 3413 de 2009   |
| <a href="#">Resolución 4918 de 2009</a> | Dic 9 de 2009    | Por la cual se fijan los mecanismos e instrumentos de ejecución y los criterios de distribución de los recursos contemplados en la Ley Anual de Presupuesto para la vigencia 2009, destinados a financiar actividades del Plan Nacional de Salud Pública orientadas a promover las acciones de diagnóstico temprano y reducción de la nefropatía diabética e hipertensiva | Ministerio de Protección Social<br>– Ministerio de Hacienda y crédito público | Mecanismo para fijar criterios de Financiación actividades Plan Nacional Salud Publica 2009                              |
| <a href="#">Resolución 5394 de 2009</a> | Dic 24 de 2009   | Por la cual se efectúa una distribución de recursos destinados a financiar actividades del Plan Nacional de Salud Pública orientadas a promover las acciones de diagnóstico temprano y reducción de la Nefropatía Diabética e Hipertensiva.   | Ministerio de Protección Social<br>– Ministerio de Hacienda y crédito público | Distribución recursos para financiación actividades Plan Nacional Salud Publica 2009                                     |
| <a href="#">Decreto 0861 de 2010</a>    | Marzo 16 de 2010 | Por el cual se define la metodología a aplicar para el ajuste de la desviación de siniestralidad sobre el promedio del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la Enfermedad Renal Crónica-ERC.   | Ministerio de Protección Social<br>– Ministerio de Hacienda y crédito público | Desviación de siniestralidad ERC   |
| <a href="#">Resolución 5535 de 2010</a> | Dic 29 de 2010   | Por la cual se definen los criterios y se efectúa la de distribución de los recursos destinados a financiar actividades del Plan Nacional de Salud Pública orientadas a promover las acciones de diagnóstico temprano y reducción de la nefropatía diabética e hipertensiva en la vigencia 2010.  | Ministerio de Protección Social   | Mecanismo para fijar criterios y distribución de recursos para financiación actividades Plan Nacional Salud Publica 2010 |
| <a href="#">Resolución 0378 de 2011</a> | Dic 21 de 2011   | Por la cual se adopta una medida para ajustar la desviación de siniestralidad en la Enfermedad Renal Crónica ERC.   | Ministerio de Salud y Protección Social<br>– Ministerio de                    | Desviación de siniestralidad ERC   |

|   |                   |  |  |  |
|---|-------------------|--|--|--|
|   |                   |  | Hacienda y<br>Crédito Público  |  |
| <a href="#">Resolución 3779 de 2013</a> | Sept 24 de 2013   | Por la cual se define el monto a pagar a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado y a las Entidades Obligadas a Compensar para ajustar la desviación de siniestralidad en la Enfermedad Renal Crónica entre 01-07-2011 y 30-06-2012  | Ministerio de Salud y Protección Social                                    | Desviación de siniestralidad ERC                           |
| <a href="#">Resolución 0248 de 2014</a> | Febrero 3 de 2014 | Por la cual se fija el mecanismo de calculo que define el monto de giro y distribución de los recursos de la Cuenta de Alto Costo para las empresas promotoras de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado, y entidades obligadas a compensar, en el caso de la Terapia de Reemplazo Renal por Enfermedad Renal Crónica.  | Ministerio de Protección Social – Ministerio de Hacienda y crédito público | Mecanismo para cálculo y distribución de recursos para ERC |
| <a href="#">Resolución 2463 de 2014</a> | Junio 19 de 2014  | Por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008   | Ministerio de Salud y Protección Social                                    | Modificación Reporte de información ERC                    |
| <a href="#">Resolución 3394 de 2014</a> | Agosto 6 de 2014  | Por la cual se define el monto a pagar a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado y a las Entidades Obligadas a Compensar para ajustar la desviación de siniestralidad en la Enfermedad Renal Crónica entre 01-07-2012 al 30-06-2013   | Ministerio de Salud y Protección Social                                    | Desviación de siniestralidad ERC                           |
| <a href="#">Resolución 0610 de 2015</a> | Marzo 3 de 2015   | Por la cual se define el monto a pagar a las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y a las Entidades Obligadas a Compensar, para ajustar la desviación de siniestralidad en la Enfermedad Renal Crónica respecto de los periodos no corregidos a la fecha de entrada en vigor de la Ley 1737 de 2014. | Ministerio de Salud y Protección Social                                    | Ajuste desviación de siniestralidad ERC                    |

|   |                  |   |  |   |
|---|------------------|---|--|---|
| <a href="#">Circular 038 de 2016</a>    | Julio 27 de 2016 | Prestación del servicio de salud a personas con sospecha o diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica              | Supersalud   | Prestación del servicio de salud ERC                                    |
| <a href="#">Resolución 0185 de 2017</a> | Enero 31 de 2017 | Por la cual se modifica la Resolución 0248 de 2014 – Mecanismo para cálculo y distribución de recursos para ERC | Ministerio de Protección Social – Ministerio de Hacienda y crédito público | Modificación mecanismo para cálculo y distribución de recursos para ERC |

*Anexo 3.* Listado de necesidades identificadas desde el aseguramiento, relacionada con el perfil del entrevistado y la fecha del encuentro

| <b>Tipo de prestador</b> | <b>Fecha de encuentro</b> | <b>Perfil del entrevistado</b> | <b>Necesidades</b>   | <b>Tema relacionado</b>                                      |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------|--|--|
| EPS subsidiado           | 18-Apr-23                 | Director epidemiología         | Falta recurso humano para el análisis y seguimiento de la cohorte                  | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario     |
| EPS subsidiado           | 18-Apr-23                 | Director epidemiología         | Dificultad en el flujo y oportunidad de información entre IPS - EPS                | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo |
| EPS subsidiado           | 18-Apr-23                 | Gestor de cohorte              | Desconocimiento de la gestión integral de la cohorte                               | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario     |
| EPS subsidiado           | 18-Apr-23                 | Director epidemiología         | Falta integridad de las fuentes de información para la identificación de pacientes | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo |
| EPS subsidiado           | 18-Apr-23                 | Gestor de cohorte              | Entrega inoportuna e incompleta de información por parte de la red pública         | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo |
| EPS subsidiado           | 18-Apr-23                 | Vicepresidente de salud        | Falta gestión en el acompañamiento y liderazgo por parte del Ente Territorial      | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo |
| EPS subsidiado           | 18-Apr-23                 | Gestor de cohorte              | Subregistro de información importante para el análisis y seguimiento de la cohorte | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo |

|                |           |                          |  |  |
|----------------|-----------|--------------------------|--|--|
| EPS subsidiado | 18-Apr-23 | Gestor de cohorte        | Desconocimiento de la importancia de contar con la información (registro o entrega)  | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |
| EPS subsidiado | 18-Apr-23 | Director epidemiología   | Modelos de contratación con transferencia del riesgo sin definición del seguimiento de resultados del cumplimiento de metas por prestador                  | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |
| EPS subsidiado | 18-Apr-23 | Gestor de cohorte        | Falta de capacitación / entrenamiento de los líderes de cohortes en los aspectos claves para el manejo de la cohorte                                       | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario                           |
| EPS subsidiado | 18-Apr-23 | Gestor de cohorte        | Falta un modelo de gestión integrado entre el nivel central y las regionales   | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |
| EPS subsidiado | 18-Apr-23 | Gestor de cohorte        | No hay estrategias enfocadas a intervenir los riesgos de mayor impacto o las poblaciones con mayores dificultades  | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |
| EPS subsidiado | 18-Apr-23 | Vicepresidente de salud  | Incluir personal de apoyo (cuidadores) que permitan realizar el seguimiento y la gestión de la población con mayor dificultad de contacto                  | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario                           |
| EPS indígena   | 27-Apr-23 | Líder de cohorte         | No hay articulación entre el asegurador y los prestadores para identificación de diagnóstico temprano  | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |
| EPS indígena   | 27-Apr-23 | Líder de cohorte         | Dificultades con la respuesta por parte de los prestadores, principalmente los de la red pública   | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |
| EPS indígena   | 27-Apr-23 | Gerente general          | Se requiere fortalecer el recurso humano en competencias para análisis y seguimiento   | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario                           |
| EPS indígena   | 27-Apr-23 | Director de contratación | Deben fortalecerse los procesos de contratación con el fin de asegurar los resultados de gestión debido a que no se asegura la integralidad de la atención | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |

|                  |           |                         |   |  |
|------------------|-----------|-------------------------|---|--|
| EPS indígena     | 27-Apr-23 | Líder de cohorte        | Incentivar el trabajo en equipo para mejorar la gestión del riesgo  | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario     |
| EPS indígena     | 27-Apr-23 | Líder de cohorte        | No se recibe la información oportuna por parte de los prestadores   | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo |
| EPS indígena     | 27-Apr-23 | Líder de cohorte        | Es necesario integrar a los profesionales asistenciales para concientizar el registro y la calidad de los datos   | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo |
| EPS indígena     | 27-Apr-23 | Líder de cohorte        | La población indígena tiene unas características especiales en el marco de su proceso de atención desde la perspectiva ancestral y la medicina tradicional que limita algunos tratamientos e intervenciones | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario     |
| EPS indígena     | 27-Apr-23 | Gerente general         | Por la ubicación geográfica en la que se encuentra su población no siempre se cuentan con los recursos naturales disponibles para las necesidades básicas   | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo |
| EPS indígena     | 27-Apr-23 | Gerente general         | Falta compromiso desde el gobierno central para la solución de las dificultades socioeconómicas de la población   | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo |
| EPS contributivo | 2-May-23  | Director Médico         | Se deben fortalecer las estrategias de gestión para cada una de las cohortes, teniendo en cuenta los resultados   | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario     |
| EPS contributivo | 2-May-23  | Gestor de cohorte       | Desarrollo de varias herramientas tecnológicas según la necesidad, las cuales no se encuentran integradas   | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo |
| EPS contributivo | 2-May-23  | Director Médico         | Gestoras de cohortes con trabajos operativos y no de análisis   | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario     |
| EPS contributivo | 2-May-23  | Director Médico         | Rotación de personal con la consecuente generación de reprocesos  | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario     |
| EPS contributivo | 2-May-23  | Vicepresidente de salud | Carga financiera negativa por el traslado de pacientes con EAC  | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario     |

|                  |          |                         |  |  |
|------------------|----------|-------------------------|--|--|
|                  |          |                         | (enfermedades de alto costo) de las EPS liquidadas   |  |
| EPS contributivo | 2-May-23 | Vicepresidente de salud | Los modelos de gestión del riesgo no reflejan el impacto esperado  | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |
| EPS contributivo | 2-May-23 | Vicepresidente de salud | Se cuenta con los datos, pero es necesario saber cómo interpretarlos   | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |
| EPS contributivo | 2-May-23 | Director Médico         | Desconfianza en la relación con los prestadores por la no entrega de la información completa (omitir datos)  | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |
| EPS contributivo | 2-May-23 | Gestor de cohorte       | Falta de comunicación entre las diferentes fuentes que generan información para identificación de pacientes con EAC                                    | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |
| EPS contributivo | 2-May-23 | Director Médico         | Falta entrenamiento de los gerentes de cohorte de la EPS para llevar el seguimiento adecuado y exigir los resultados esperados por parte del prestador | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario                           |

*Anexo 4.* Listado de necesidades identificadas desde la prestación, relacionada con el perfil del entrevistado y la fecha del encuentro

| <b>Tipo de prestador</b> | <b>Fecha de encuentro</b> | <b>Perfil del entrevistado</b> | <b>Necesidades</b>  | <b>Tema relacionado</b>  |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------|---|--|
| IPS Subsidiado           | 5-abr-23                  | Director IPS                   | Entrenamiento a personal de enfermería a cargo de educación a pacientes                         | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario                           |
| IPS Subsidiado           | 5-abr-23                  | Director IPS                   | Conciencia de enfermedad por parte de los pacientes y sus familias                              | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |
| IPS Subsidiado           | 5-abr-23                  | Director IPS                   | Ausencia de cultura del dato, se inició recientemente la recolección juiciosa de la información | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |

|                  |           |                                    |  |  |
|------------------|-----------|------------------------------------|--|--|
| IPS Subsidiado   | 5-abr-23  | Director IPS                       | Deficiencias en cuanto al análisis de datos para toma de decisiones  | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |
| IPS Subsidiado   | 5-abr-23  | Director IPS                       | Estrategias para mayor control de pacientes diabéticos, asegurador solicita 80% de control   | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario                           |
| IPS Subsidiado   | 12-abr-23 | Coordinador médico                 | Educación médica continuada para médicos   | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario                           |
| IPS Subsidiado   | 12-abr-23 | Coordinador médico                 | Personal médico teme a los cambios o intensificación de terapias en el paciente diabético  | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario                           |
| IPS Subsidiado   | 12-abr-23 | Coordinador médico                 | Rotación de personal, puntualmente médicos generales   | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario                           |
| IPS Subsidiado   | 12-abr-23 | Coordinador médico                 | Errores en la dispensación de medicamentos por parte del operador logístico  | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |
| IPS Subsidiado   | 12-abr-23 | Coordinador médico                 | En ocasiones, existen indicaciones contrarias entre miembros del equipo multidisciplinario, particularmente en el enfoque nutricional      | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario                           |
| IPS Subsidiado   | 12-abr-23 | Coordinador médico                 | No cuentan con GPC propia, guía de su asegurador principal no está actualizada   | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario                           |
| IPS Subsidiado   | 12-may-23 | Ingeniero de sistemas              | Demanda inducida complicada por datos errados proporcionados por pacientes   | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |
| IPS Subsidiado   | 12-may-23 | Ingeniero de sistemas              | Se requiere el uso de diferentes fuentes para cruzar información que alimente base de datos, también se debe recurrir a recolección manual | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |
| IPS Contributivo | 11-abr-23 | Gerente de innovación y desarrollo | Potenciación de la cultura del dato, se requiere una estrategia que promueva una rutina de análisis de datos                               | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |
| IPS Contributivo | 11-abr-23 | Gerente de innovación y desarrollo | El equipo de ciencia de datos requiere potenciar sus aptitudes para elevar al  | Cultura del dato y gestión de información para toma                                |

|                  |           |                                    |   |  |
|------------------|-----------|------------------------------------|---|--|
|                  |           |                                    | siguiente nivel los análisis de un gran lago de datos disponible  | de decisiones basadas en valor   |
| IPS Contributivo | 11-abr-23 | Gerente de innovación y desarrollo | Lograr mejor posición en la negociación con los aseguradores, al demostrar eficacia y eficiencias   | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |
| IPS Contributivo | 11-abr-23 | Gerente de innovación y desarrollo | Existe retroalimentación por parte del asegurador, con un enfoque limitado a indicadores y no a despliegue de estrategias   | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |
| IPS Contributivo | 11-abr-23 | Gerente de innovación y desarrollo | El no contar con dispensación directa de medicamentos por parte de la IPS y que el ejercicio lo realicen terceros, no permite un adecuado seguimiento a la dispensación y adherencia del paciente                       | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |
| IPS Contributivo | 11-abr-23 | Gerente de innovación y desarrollo | Existe una falta de sincronía entre las decisiones al egreso hospitalario y la continuidad de la estrategia de manejo en la atención primaria, generando reprocesos y dificultades en el control de la enfermedad       | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |
| IPS Contributivo | 11-abr-23 | Gerente de innovación y desarrollo | Cuentan con rutas y GPC propias, podrían ser objeto de análisis en búsqueda de ineficiencias  | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |
| IPS Contributivo | 28-abr-23 | Coordinadora PyP                   | Se requieren herramientas que agilicen los procesos, ya que el día a día y las situaciones prioritarias consumen el recurso   | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |
| IPS Contributivo | 28-abr-23 | Coordinadora PyP                   | Es necesario potenciar el equipo y las actividades enfocadas en la educación a pacientes  | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario                           |
| IPS Contributivo | 28-abr-23 | Coordinadora PyP                   | Se requiere sensibilización al equipo asistencial sobre la importancia del registro adecuado de los datos (médicos como generadores del dato) para una migración completa que se refleje en el resultado de indicadores | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |

|                  |           |                         |   |  |
|------------------|-----------|-------------------------|---|--|
| IPS Contributivo | 28-abr-23 | Coordinadora PyP        | Rotación de personal, puntualmente médicos generales  | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario                           |
| IPS Contributivo | 28-abr-23 | Coordinadora PyP        | La generalización de estrategias de índole nacional no necesariamente da solución a las problemáticas específicas del prestador en su región                            | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |
| IPS Indígena     | 19-may-23 | Representante legal     | Se requiere educación para pacientes en miras a mejorar la adherencia, bajo una verdadera comprensión de la realidad de la población indígena, idiosincrasia y recursos | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |
| IPS Indígena     | 19-may-23 | Representante legal     | Fortalecimiento de estrategias para potenciar la atención primaria, integrando determinantes sociales   | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |
| IPS Indígena     | 19-may-23 | Representante legal     | Recurso muy limitado para la captura y análisis de información. Se realiza de forma manual por auxiliares entrenadas con alcance 100% operativo                         | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |
| IPS Indígena     | 19-may-23 | Representante legal     | Sin rutina de análisis de datos, no se cuenta con una metodología de alertas tempranas  | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |
| IPS Indígena     | 19-may-23 | Representante legal     | Toda estrategia para implementación de ruta debe llevar consigo el relacionamiento y los acuerdos con sus médicos tradicionales de los resguardos                       | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |
| IPS Indígena     | 19-may-23 | Representante legal     | Existe una gran carga operativa sobre el prestador para la construcción de múltiples reportes de acuerdo a diferentes normas, sin tener un punto medio                  | Cultura del dato y gestión de información para toma de decisiones basadas en valor |
| IPS Indígena     | 19-may-23 | Representante legal     | No se recibe retroalimentación oportuna o despliegues de estrategias por el asegurador  | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |
| IPS Indígena     | 26-may-23 | Coordinador de programa | Las costumbres e idiosincrasia son un reto para la población atendida, la cual  | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo                       |

|              |           |                         |  |  |
|--------------|-----------|-------------------------|--|--|
|              |           |                         | incluso varía de acuerdo con el resguardo  |  |
| IPS Indígena | 26-may-23 | Coordinador de programa | Las estrategias de difusión deben ser específicas de acuerdo a las costumbres de los resguardos (funciona radial)                                      | Articulación en la gestión del riesgo individual y colectivo |
| IPS Indígena | 26-may-23 | Coordinador de programa | Teniendo como ventaja personal asistencial estable en el tiempo, se requiere potenciar en ellos la fidelización de la población para lograr adherencia | Capacidades y herramientas del equipo multidisciplinario     |