



Diseño de un Modelo Atención y Gestión de Pacientes que Requieren Cuidado
Paliativo

Trabajo de Grado

Vivian Andrea Hernández Ferrín

Bogotá, D.C. 2020



Diseño de un Modelo Atención y Gestión de Pacientes que Requieren Cuidado
Paliativo

Autor

Vivian Andrea Hernandez Ferrín

Tutor

Dr. Javier Leonardo González Rodríguez

Maestría en Administración en Salud
Escuela de Administración
Diciembre 12
Bogotá, Colombia
2020

Contenido

PRELIMINANARES.....	2
Agradecimientos	3
Dedicatoria.....	4
Declaración de originalidad y autonomía	5
Declaración de exoneración de responsabilidad.....	6
Lista De Figuras.....	7
Lista De Tablas	8
Introducción.....	1
1. Análisis PEST del Cuidado Paliativo en Colombia.....	3
1.1. Contexto Político y Legal	3
1.1.1. Ámbito Político	3
1.1.2. Marco Legal	5
2.2. Contexto Económico.....	9
2.3. Contexto Sociocultural	11
2.4. Contexto Tecnológico.....	13
3. Cuidado Paliativo un Área por Explorar	15
3.1. Análisis DOFA.....	21
3.2. Sistemas de Costeo en Salud	27
4. Modelo de Atención para la prestación de Servicios en Cuidados Paliativos	31
4.1. Modelos de Atención en Salud	31
4.2. Estructura y Procesos.....	34
4.2.1 Ingreso al Programa.....	34

4.2.2 Clasificación de la Complejidad	35
4.2.3 Desarrollo del Modelo	36
4.2.4 Costos y Fijación de precios	37
4.3. Indicadores de gestión	41
5. Implementación del Modelo de Atención en Cuidado Paliativo	43
5.1 Limitantes	44
6. Conclusiones.....	46
Referencias.....	48
Anexo 1.....	53
Anexo 2.....	55

PRELIMINANARES

Agradecimientos

A mi director de proyecto porque en el proceso de supervisión siempre orientó el aprendizaje más allá de la realización de este trabajo y permitió espacios de reflexión que hoy complementan grandemente mi formación personal, empresarial y administrativa en el campo de la salud.

A mi esposo e hija porque pacientemente han esperado que construya un espacio de aprendizaje y me han apoyado para en la realización de este trabajo y porque el tiempo invertido para tal fin era de ellos.

A mis padres y hermano porque siempre han creído en mí.

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a todos y cada uno de los pacientes que a lo largo de mi vida profesional me han enseñado sobre la vida, me han inspirado a profundizar en el conocimiento y se han convertido en ángeles que cuidan mi camino profesional.

Y a todo el personal de salud que se dedica al cuidado paliativo desde la vocación y con las limitaciones que nuestro contexto nos genera y no desfallecen por lograr una atención digna al final de la vida.

Declaración de originalidad y autonomía

Declaro bajo la gravedad del juramento, que he 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 mi propia cuenta y que, por lo tanto, su contenido es original.

Declaro que he 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.

Vivian Andrea Hernández Ferrín

Declaración de exoneración de responsabilidad

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

Vivian Andrea Hernández Ferrín

Lista De Figuras

FIGURA 1 GASTO PUBLICO EN COLOMBIA 2019. DATOS TOMADOS DEL OBSERVATORIO FISCAL DE LA PUJ	9
FIGURA 2 CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS DE COSTOS (TOMADO DE GESTIÓN DE COSTOS EN SALUD, 2019).....	28
FIGURA 3 MODELO DE CUIDADOS CRÓNICOS DE EDWAR WAGNER	32
FIGURA 4 FLUJOGRAMA PARA INGRESO DE PACIENTES AL SISTEMA DE ATENCIÓN EN CUIDADO PALIATIVO	36
FIGURA 5 VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA Y PAGO POR ATENCIÓN INTEGRAL	38
FIGURA 6 MODELO ASISTENCIAL EN CUIDADO PALIATIVO	42

Lista De Tablas

TABLA 1. MATRIZ DOFA CUIDADO PALIATIVO EN COLOMBIA	27
TABLA 2. INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL MODELO DE ATENCIÓN EN CUIDADO PALIATIVO	42

Resumen Ejecutivo

Nombre del PAE	Diseño de un Modelo Atención y Gestión de Pacientes que Requieren Cuidado Paliativo
Información básica del proyecto	El Cuidado Paliativo es el área de la salud que enfoca sus terapéuticas a pacientes en su fase final de vida procurando la mejor calidad de vida posible; en Colombia a pesar de existir un marco legal que genera condiciones para una atención adecuada a paciente en esta etapa de la vida, existe un déficit en la prestación de los servicios por falta de un modelo estructurado de atención que guíe la creación de centros especializados sobre todo en el nivel primario y secundario que se articule con lo ya existente en el tercer nivel. Este trabajo a través de un análisis del entorno local y de experiencias en otros países propone un modelo centrado en el valor y considerando la integralidad del paciente, así como la posibilidad de alternativas para generar un proceso de costeo que sea mas actual y permita ser sostenible dicha propuesta.
Aportes al caso de estudio o la solución de la problemática empresarial	Este proyecto aplicado impacta la atención de pacientes con necesidades paliativas con la generación de un modelo que permita operativizar las guías y lineamientos existentes y promulgados por el Ministerio de salud y organizaciones científicas de esta área de la salud.

Introducción

En Colombia existe desde el año 2014 la ley 1733 sobre cuidado paliativo en la cual se contempla como un derecho de los pacientes y un deber del sistema de salud garantizar este tipo de atención por parte de los diferentes pagadores y prestadores del mismo. De acuerdo con esta ley, los cuidados paliativos son aquellos “apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico uno social y espiritual, psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.”

Adicionalmente, existe un observatorio de cuidados paliativos que genera un sistema de información respecto a los cuidados paliativos en Colombia, en las áreas de políticas públicas, educación, prestación de servicios, acceso a opioides, medicamentos de listas esenciales y otras tecnologías en salud, necesarias para garantizar la atención de pacientes con enfermedad crónica avanzada y sus familias (OCCP, sitio web).

Al realizar una revisión de la Guía de Práctica Clínica Para la Atención de Pacientes en Cuidado Paliativo del Ministerio de Salud Colombiano, se establece que “el enfermo tiene derecho a recibir cuidados paliativos en diversos ámbitos y servicios, a nivel domiciliario, hospitalario o en centros sociosanitarios. Es necesario que estos servicios trabajen de forma coordinada para asegurar que las necesidades de los pacientes y de los cuidadores sean atendidas sin pérdida de continuidad” (Minsalud, 2016)

Considerando la baja cantidad de centros dedicados a la atención integral del paciente que requiere cuidado paliativo, respecto a la creciente demanda de este, se identifica como una de las deficiencias que generan esta situación, la falta de un modelo de atención que integre los diferentes niveles de atención en esta área y se centre en el paciente y su familia. Este modelo debe incluir como aspectos fundamentales: un sistema de información orientado a caracterizar la población, clasificarla en función de sus riesgos específicos, determinados por su condición clínica y no solamente por el diagnóstico de base; todo esto asociado a un sistema de costos más real que permita ofertar dichos servicios de acuerdo con el nivel de atención o las necesidades de los diferentes pagadores del sistema de salud colombiano.

El presente trabajo a través de la contextualización del sector salud en Colombia, los cuidados paliativos y los modelos aplicados en otras partes del mundo, pretende generar una propuesta de modelo que permita responder a los pacientes y familiares de estos que por su condición clínica necesitan de dicha atención y no lo logran de forma oportuna y eficaz.

Lo anterior se logrará a través de un análisis del entorno para el desarrollo del modelo, posteriormente se realiza una contextualización histórica sobre el cuidado paliativo y las herramientas utilizadas para clasificación de pacientes en este tipo de atención, análisis DOFA del sector generando estrategias para la construcción de la propuesta; después se hace una descripción de los sistemas de costeo en salud para de esta forma desarrollar la estructura del modelo, generar los indicadores de gestión, pautas para su implementación y limitantes.

1. Análisis PEST del Cuidado Paliativo en Colombia

1.1. Contexto Político y Legal

1.1.1. Ámbito Político

Teniendo en cuenta que el sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el estado desarrollan en este campo implica la articulación de tres componentes como lo son: El político en lo referente a modelos de gestión, económico generando modelos de financiamiento y técnico que desarrolla diferentes modelos asistenciales (Medwave, 2012), se identifica la existencia de varios de estos elementos en el contexto colombiano pero con un déficit importante en la articulación de los mismos en el ámbito del cuidado paliativo por motivos que en la realización del presente trabajo se discutirán y para los cuales se formularán algunas alternativas.

La prestación de los servicios de salud se encuentra organizada por niveles de atención de acuerdo a la complejidad, determinándose principalmente un nivel básico o nivel primario, uno medio o segundo nivel y uno alto tercer nivel; En Cuidado Paliativo los equipos de apoyo pueden facilitar el tratamiento adecuado de casos complejos, mientras que la implicación de los equipos de atención primaria aporta mayor accesibilidad (por ejemplo, captando mejor los casos no oncológicos), más continuidad en los cuidados, mayor número de muertes en domicilio y un menor número de visitas a urgencias hospitalarias.

Se estima que en Colombia entre el 21% y el 35% de las hospitalizaciones se podrían prevenir con una adecuada atención primaria ambulatoria; el país tiene la tasa de hospitalización más alta de América Latina; sólo el 36% de los pacientes cuenta con un médico general que le presta atención de manera regular; todo lo anterior genera un sistema ineficiente que aumenta los costos al duplicar servicios durante el tratamiento desarticulado de los pacientes. (Gutiérrez, 2018)

El establecimiento de las Redes Integradas de Servicios y el modelo de atención primaria en salud pueden contribuir de manera sustancial y reducir el desperdicio, reduciendo el uso de los servicios de emergencia (más costosos) como puerta de entrada al sistema, reduciendo las hospitalizaciones evitables, y previniendo la aparición de enfermedades crónicas y sus complicaciones (Gutiérrez, 2018)

Los Modelos Integrales de Atención en Salud (MIAS) se centran en las personas y las familias y no en la enfermedad, son implementados mediante centros integrales de atención con equipos multidisciplinarios y con médicos generales o de familia como puerta de entrada al sistema, que son capaces de resolver el 80% de las necesidades de atención de la población. Se enfocan en la prevención de la enfermedad e intervienen no solo la salud individual sino los riesgos sociales y comunitarios. tiene el potencial de reducir las solicitudes por servicios incluidos en el Plan de Beneficios (antes POS) por vía judicial, en la medida en

que mejoraría la continuidad y oportunidad del servicio, y evitaría que los ciudadanos tengan que recurrir a las cortes para exigir los servicios a los que tienen derecho (Gutiérrez, 2018)

1.1.2. **Marco Legal**

- Ley 1384 de 2010. Ley Sandra Ceballos. Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Artículo 5°. Control integral del cáncer. Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional para la República de Colombia. El control integral del cáncer de la población colombiana considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología, apoyado con la asesoría permanente de las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determinará acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.
- Resolución 1841 de 28 de mayo de 2013 Que adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021, se establece en la Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, la meta de organizar y garantizar la oferta de intervenciones de cuidado paliativo y reconstrucción, así como la disponibilidad y suministro continuo de medicamentos opioides.
- Resolución 1383 del 02 de mayo de 2013 Por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 -2021, en donde se trazan unas metas y acciones para el mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y

sobrevivientes con cáncer, entre las cuales se encuentran: organizar y garantizar la oferta de intervenciones de cuidado paliativo, rehabilitación y reconstrucción en el país; garantizar en el territorio nacional la disponibilidad de medicamentos opioides, contar con servicios de apoyo social y consejería a pacientes con cáncer y sus cuidadores e implementar estrategias e investigaciones que aseguren la calidad en las intervenciones de cuidado paliativo para pacientes con cáncer y cuidadores.

- Ley 1733 de septiembre 8 de 2014. Mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e 28 Ley Consuelo Devis Saavedra. irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.
- Ley 1753 de 2015 Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo. Fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud que atiende a población adulta mayor, con relación a los determinantes sociales de la salud, enfoque de derechos, curso de vida, atención primaria en salud y en modelos de cuidados de mediana y larga estancia (cuidados paliativos, cuidados domiciliarios y cuidados al cuidador).
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Resolución 429 de 2016 Reglamenta la Política de Atención Integral en Salud.

- Resolución 3202 de 2016 Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud —RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones.
- Circular 022 de 19 de abril de 2016 Lineamientos y directrices para la gestión del acceso a medicamentos opioides para el manejo del dolor.
- Circular 023 de 20 de abril de 2016. Instrucciones respecto de la garantía de los derechos de los pacientes que requieran cuidados paliativos.
- Resolución 1441 de 21 de abril de 2016 Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.
- Resolución 1051 de 01 de abril de 2016 DEROGADA. Por medio de la cual se reglamenta la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada.
- Resolución 1416 de 20 de abril de 2016 Por la cual se adiciona el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 2003 de 2014.
- Resolución 1477 de 2016 Por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades 29 Funcionales para la Atención

Integral de Cáncer del Adulto "UFCA" y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI" y se dictan otras disposiciones

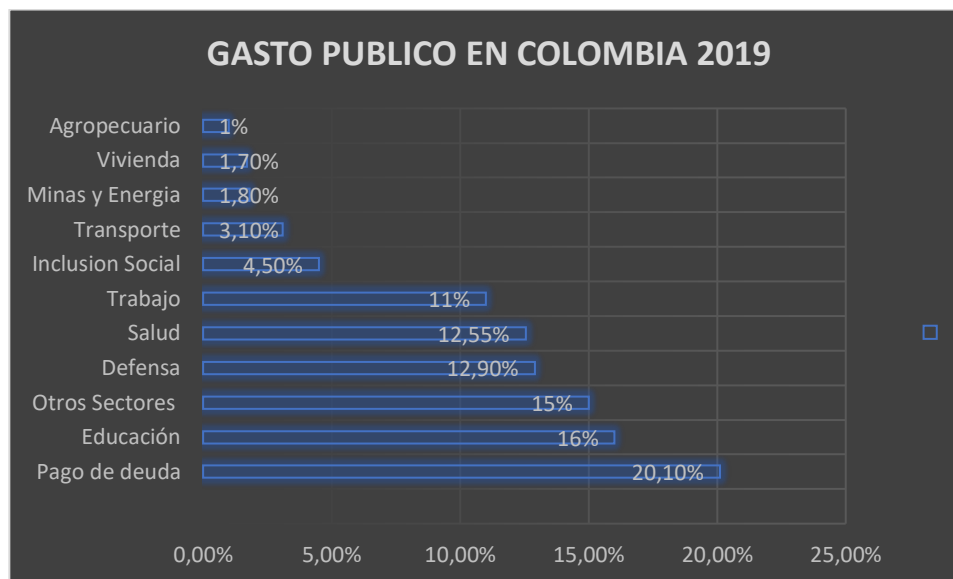
- Resolución 2003 de 2014 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud
- Decreto 4747 de 2007 Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones
- Resolución 518 de 2015 Por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC
- Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores El objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.
- Resolución 2665 de 2018, la cual deroga la Resolución 1051 de 2016. Por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada. (Lineamientos, 2018)

- Resolución 2626 de 2019: Por medio de la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial y se incorpora la misma en un solo documento.
- Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se definen condiciones de prestación como la atención domiciliaria y telemedicina.

2.2. Contexto Económico

El gasto en los países de la OECD crecerá en los próximos 20 años, por lo menos dos puntos adicionales del PIB; en Colombia, el presupuesto destinado para salud es bajo comparado con países desarrollados y de ingreso medio alto, el país gasta mucho menos por habitante en valor absoluto, pero en términos de esfuerzo fiscal, el gasto en Colombia no es bajo, ya que es uno de los rubros más alto de gasto público después del servicio de la deuda, educación, y defensa siendo uno de los países que más porcentaje del PIB destina por su nivel de riqueza. (Gutiérrez, 2018). (Ver figura 1)

FIGURA 1 GASTO PUBLICO EN COLOMBIA 2019. Datos tomados del Observatorio fiscal de la PUJ



En la actualidad una serie de factores, como el tecnológico, ha llevado a una escalada mundial en el gasto o inversión en salud; la tendencia del crecimiento ha sido una constante independiente del sistema analizado, tanto en sistemas públicos de seguridad social como el inglés o el español, o sistemas de mercado si regulaciones estatales como el americano el aumento en el gasto cada vez es más preocupante. En este marco identificar si una intervención, o inversión en salud es pertinente o costo-efectiva se vuelve una necesidad de los gobiernos, de los aseguradores, pagadores del sistema, hospitales y prestadores en general. (Castaño, 2005)

Uno de los elementos más importantes en temas de administración financiera en salud es la contratación de los productos y servicios que cada institución vende, así como el establecimiento de tarifas, formas de remuneración (pagos por capitación, por servicios, por paquetes o conjuntos de atención), así como el plazo para la cancelación de cuentas que

históricamente en Colombia (Castaño, 2005) ha causado dificultades en el flujo de recursos dentro de las instituciones. Recientemente se sancionó la Ley 2024 de julio de 2020 por medio de la cual se adoptan normas de pago en plazos justos en el ámbito mercantil y dictan otras disposiciones en materia de pago y facturación (Ley 2024), lo que puede generar oportunidades de cambio económico en un sector con estrechos márgenes de rentabilidad como lo es la atención en salud desde el punto de vista de los prestadores.

La forma como se paga a los proveedores de servicios o a los administradores de planes de beneficio (por servicio prestado, por evento de salud, por paciente atendido, por resultados, por afiliado, etc.) moldea los incentivos de los agentes. En un sistema complejo donde intervienen múltiples actores con intereses divergentes es indispensable diseñar mecanismos de pago que logren alinear los incentivos de los agentes con los objetivos sanitarios y económicos del sistema de salud. Los esquemas prevalecientes en Colombia no parecen los más adecuados para lograr este objetivo. El pago a los prestadores por cada servicio prestado (consulta, examen, procedimiento, etc.) no promueve el control de costos ni el uso racional de los recursos, ni el logro de las metas sanitarias. Por el contrario, para los prestadores resulta conveniente ordenar más servicios en tanto su ingreso depende del volumen facturado. (Gutiérrez, 2018)

2.3. Contexto Sociocultural

En los últimos años ha cambiado la distribución demográfica en Colombia observándose un aumento en la expectativa de vida y en la población mayor de 64 años que paso de 4,74% en el 2000 a 7.98% en 2018 según el DANE; de la misma forma este cambio supone un aumento en las enfermedades crónicas de este grupo poblacional con mayor requerimiento de paliación de síntomas. En nuestro país, más de 110 mil personas fallecen cada año por enfermedades crónicas como las afecciones cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las patologías pulmonares; Se estima que aproximadamente el 70% de las personas que fallecen en Colombia tienen una enfermedad crónica y pasan por una etapa de enfermedad avanzada y terminal con una serie de condiciones que hubieran requerido de la atención en Cuidados Paliativos (Minsalud, 2019)

Respecto a la formación del talento en salud requerido para la atención de los pacientes que requieren cuidado paliativo, para médicos existen en nuestro país 8 programas de especialización de los cuales 4 son de segunda especialidad y 4 como primera especialidad, solo 2 de ellos existían antes del 2010 y los demás son de reciente creación. El Observatorio de cuidados paliativos refiere en total para Colombia 11 programas de pregrado, 12 de postgrado y 10 diplomados lo anterior incluyendo a todo el personal de salud (OCCP anuario); Estos datos hacen pensar que la cantidad de talento humano formado en el área aún es insuficiente para el manejo de patologías que lo requieren. Esto último unido a un limitado número de unidades de Cuidado Paliativo como centro dedicados a este objetivo especialmente en el nivel primario y secundario y de grupos encargados de la prestación del servicio en el ámbito domiciliario hace pensar que no se han creado o establecido modelos administrativos que faciliten la viabilidad dentro del sistema de este tipo de instituciones.

En el 2016 en el país se encontraron registradas 243 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el código de habilitación 309 que corresponde a Dolor y Cuidados Paliativos. En ese momento de los 32 departamentos solo 23 (72%) contaban con servicios habilitados en Cuidados Paliativos. De los cuales el 6% correspondían a entidades públicas, el 80 % a entidades privadas y el 14% a profesional independiente. (Minsalud, 2019)

2.4. Contexto Tecnológico

En un escenario de absorción acelerada de tecnología el gasto en aseguramiento en salud como porcentaje del PIB alcanzará a ser de 6,2%. El 44% de este crecimiento estará explicado por el cambio técnico, el 38% por el crecimiento de la población, el 12% por el cambio en la estructura demográfica (envejecimiento) y el 6% restante por el cambio proyectado en el perfil epidemiológico hacia enfermedades crónicas. (Gutiérrez, 2018).

En los últimos años a nivel mundial dados los avances tecnológicos, existencia de Big data, inteligencia artificial, necesidades de análisis de la información como clave para poder manejar la prestación de servicios, identificar riesgos y ejecutar tareas complejas,

posibilidades de aumento de interconectividad que permitan la interoperabilidad de los diferentes actores en salud, se han generado diferentes soluciones y propuestas para aumentar la productividad.

Esto se vio acelerado enormemente en el contexto de la aparición de la pandemia por COVID 19, dado que para mejorar los puntos de contacto entre los prestadores y usuarios de manera casi urgente y no programada se instauraron programas de telesalud, tele consulta y tele orientación secundarios a las medidas de aislamiento y confinamiento establecidas en las diferentes latitudes.

Requiriéndose la activación de flujos de trabajo, mejoría en los procesos y generación de datos que permitieran la estandarización de actividades a nivel mundial se hizo un avance grande en transformación digital apalancados en el fortalecimiento de estrategias que permitieran la autogestión por parte de los pacientes para facilitar trámites administrativos, desarrollo de software, aplicaciones, páginas web que aunque venían siendo trabajada desde tiempo atrás debieron implementarse rápidamente en un contexto de crisis.

Siendo esta la realidad actual se hace necesario incluir en los planes de elaboración de modelos de atención en salud actividades de transformación tecnológica que sean costo efectivas, promuevan la administración de datos de forma remota tanto en captura como en generación de información para ser aprovechada en educación al paciente, construcción de

planes de gestión, toma de decisiones, permitan la trazabilidad de acciones dentro de los sistemas, disminuyan los reprocesos, mejoren todo lo relacionado con facturación y en general se puedan optimizar la utilización de los recursos limitados en salud.

3. Cuidado Paliativo un Área por Explorar

En los años 1940, una enfermera y trabajadora social, Cicely Saunders, decidió expresar su sentimiento religioso a través del cuidado de pacientes terminales. Fue así como decidió realizar formación en salud y cursar estudios de Medicina en el St. Thomas's Hospital Medical School. Sus experiencias, tanto en el St. Luke's Home for the Dying Poor como en el St. Joseph's Hospice de Londres, le permitieron profundizar sus conocimientos médicos en el cuidado de las personas moribundas, así como el uso de la morfina para el alivio del dolor. En 1967 inaugura el St. Christopher Hospice en Londres, donde rápidamente se incorpora la atención domiciliaria a este tipo de enfermos, y define el término «dolor total», en referencia a las múltiples dimensiones que se están afectando o pueden verse afectadas

cuando un paciente expresa que tiene dolor; el objetivo de este centro era la atención integral, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multidisciplinario, no con la finalidad de prolongar su vida sino de mejorar la calidad de vida y cubrir sus necesidades. Dicho centro se convierte en modelo de expansión de la atención de pacientes terminales en los siguientes años, y es considerado el primer hospice moderno. En 1969 E. Kubler-Ross describió cinco fases por las que pasa un paciente terminal a lo largo de su proceso de final de la vida generando una reflexión en Estados Unidos sobre la atención de los pacientes en esta etapa que resultó en la creación de los hospice americanos incluidos en el sistema sanitario Medicare a principios de la década de 1980. (Gómez-Batiste,2015)

La filosofía planteada por C. Saunders y su equipo fue seguida en muchos lugares del Reino Unido y se establecieron numerosos hospice a lo largo del territorio iniciando el Movimiento Hospice a nivel mundial; después se vincularon nuevas áreas asistenciales, como las unidades de atención domiciliaria impulsadas por la Fundación Macmillan-Macmillan Cancer Relief, y el desarrollo de la atención social promovida por la Fundación Marie Curie, facilitando de esta forma el cuidado en el hogar por parte de enfermeras y casas de acogida para pacientes con cáncer. Posteriormente se desarrollaron los centros de día, con la intención de facilitar, mediante estancias cortas, la valoración y la atención por parte de equipos específicos como fisioterapia, terapia ocupacional y soporte psicosocial. Ya en los años 1980, la atención paliativa pasó de las organizaciones privadas a incluirse dentro del sistema público de salud. Al mismo tiempo se establecieron dentro de los hospitales generales

las primeras unidades de soporte hospitalario especializadas en el control de síntomas. (Gómez-Batiste,2015)

El creciente número de personas mayores con condiciones de salud crónicas avanzadas hace necesario redefinir los modelos tradicionales de atención para centrarlos en la persona, más que en la enfermedad. Es por esto por lo que los modelos de atención en la etapa final de la cronicidad adquieren nuevas características: contemplan los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales y conciben los cuidados de forma integrada y continuada desde el respeto a la dignidad de la persona y la promoción de una calidad de vida que responda a la dignidad intrínseca del ser humano. (Vacas, 2014).

Se estiman que cerca de 20 millones de personas en el mundo requieren cuidado paliativo (Dzingina M, 2015); según datos de la Estrategia de Cuidado Paliativo en el sistema nacional de salud español, cerca del 30% de los pacientes que fallecen por causas oncológicas serían subsidiarios de recibir atención en esta área específica (Martinez-Litago E., 2017). La población estimada para América Latina en el 2020 es de 100 millones de habitantes mayores de 60 años, la prevalencia de enfermedades crónicas es alta, en el 2010 se presentaron 103.7/100.000 muertes causadas por neoplasias malignas y 47.9/100.000 por enfermedades cardiovasculares (Pastrana T, 2015). En Colombia el Ministerio de Salud consultó la base de suficiencia para el cálculo de la UPC del 2013 donde identificó el número de personas con diagnósticos relacionados con enfermedades crónicas y a quienes se les aplicó algún

medicamento opioide, intentando establecer un dato en atención paliativa, encontró un total de 51.354 paciente de los cuales 50.950 eran mayores de 18 años y 440 menores de esta edad (Minsalud, 2019)

En la realización de los lineamientos para la atención integral en Cuidados Paliativos propuestos por el Ministerio de Salud se evidenció como uno de los problemas fundamentales en la aplicación de estos, el escaso desarrollo de herramientas técnicas para la implementación a nivel nacional.

De esta forma se considera como un punto crítico para la atención la entrada a un sistema que permita desplegar las actividades planteadas para lograr la integralidad necesaria y propuesta desde lo teórico y legal, siendo entonces la determinación y clasificación de la complejidad de los pacientes un eje vertebrador.

Actualmente en la atención de la cronicidad se clasifican los pacientes en tres niveles:

- Pacientes crónicos complejos
- Pacientes Crónicos en fase avanzada de la enfermedad con un pronóstico de vida probable a mediano plazo menor de 18 meses
- Pacientes en situación de final de vida con pronósticos de vida menores de 6 meses (Esteban- Pérez).

Alrededor del mundo se han desarrollado diferentes formas de evaluar a las personas que requieren cuidado paliativo se describen escalas con finalidad de evaluar la supervivencia del paciente tanto para pacientes oncológicos como no oncológicos pero como gran limitante encontrada por el grupo investigador del IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud) y ministerio de salud en la realización de la Guía Práctica Para la Atención de Pacientes en Cuidado paliativo se evidencia falta de validación en nuestros contextos y el desconocimiento del impacto de su utilización en la práctica clínica (Minsalud, 2016).

Las escalas que se pueden mencionar en este contexto son las de Karnofsky, El Palliative Prognostic Score (PaP Score), ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), Palliative Prognostic Index (PPI), para pacientes oncológicos; en cambio en pacientes no oncológicos es preferible considerar los factores de mal pronóstico de cada enfermedad o escalas validadas (Seattle Heart Failure Model para insuficiencia cardíaca congestiva, MODEL para insuficiencia hepática, BODE para EPOC y otras para valoración clínica específica a consideración del médico tratante), siempre teniendo presente la incertidumbre y el curso poco predecible de las enfermedades no malignas (Minsalud, 2016). Otra limitante es la necesidad de ser aplicadas en contextos hospitalarios o su aplicación en fases muy tardías por personal especializado que demoraría el inicio o vinculación a un programa de manejo integral por parte de los individuos que requieren cuidado paliativo.

Siendo este el contexto se plantea como necesidad la de encontrar un instrumento que pueda ser aplicado por el personal de atención en niveles primario y secundario como pueden llegar a ser médicos generales, médicos familiares, médicos internistas y que de forma más temprana identifiquen los pacientes con requerimientos de paliación y se deriven a los programas integrales.

En España durante la última década se ha realizado el trabajo de hacer un proceso de validación de una herramienta que nacen de un proyecto de mejora de la atención Paliativa en el Reino Unido Gold Estándar Framework (GSF) durante el cual se desarrolló un instrumento denominado Prognosis Indicator Guidance (PIG) y que junto con el Supportive and Palitive Care Indicators Tool escocés, proponen parámetros útiles para la identificación de enfermos en situaciones de enfermedad avanzada terminal. Este proyecto fue denominado NECPAL y el documento resultado ofrece garantías de validez de contenido en términos semánticos, idiomáticos, vivenciales y conceptuales al idioma español. (Gómez-Batiste, 2013) Ver anexo 1.

En el mismo país se plantea como una necesidad la definición del término complejidad en Cuidado Paliativo y su clasificación a nivel internacional, sobre todo con el fin de establecer los recursos requeridos, aumentando la eficacia y oportunidad de la prestación de servicios; para tal fin desarrollan el Instrumento Diagnóstico de la Complejidad (IDC Pal) teniendo en cuenta 36 elementos agrupados en 3 categorías: 1) Paciente 2) Familia

y entorno social 3) organización de salud; tras esta evaluación la situación clínica se puede dividir en: Ver anexo 2. (Salvador M., 2017)

- Altamente Compleja
- Compleja
- No compleja

3.1. Análisis DOFA

Para el análisis del problema planteado durante el desarrollo de este documento se realizará un análisis DOFA del sector que posteriormente ayude a la generación de estrategias que aporten en la construcción de un posible modelo de atención.

Debilidades:

- Desconocimiento social del significado real de los cuidados paliativos
- Falta de sistemas de auditoria que establezcan y monitoricen la calidad de estándares y prestación de servicios en el área.
- Existencia de un bajo número de líderes con el conocimiento técnico y administrativo necesario para la formación de grupos interdisciplinarios y enfoque empresarial.
- Inexistencia de decretos reglamentarios que operativicen la prestación de servicios en cuidado paliativo.

- En la mayoría de los programas de pregrado en carreras de la salud hay poca o nula educación en cuidado paliativo.
- Hay pocos programas de postgrado que formen especialistas o personal altamente calificado para la prestación de servicios en temas referentes al cuidado paliativo.
- Los recursos insuficientes para el área de cuidados paliativos dentro del sector salud y el interés reducido por parte los actores del sistema dan como resultado la falta de investigaciones y publicaciones, así como un bajo nivel en colaboración y desarrollo de redes de trabajo. (Pastrana T, 2015)
- No se han creado redes de información en el país que permitan caracterizar la población susceptible de requerir cuidados paliativos
- No existencia de herramientas técnicas que permitan mejorar el flujo de pacientes con requerimientos de paliación dentro del sistema de salud colombiano. (Lineamientos,2018)
- Escaso desarrollo de la atención domiciliaria en cuidados paliativos.

Fortalezas

- Existencia de una Ley de Cuidados Paliativos en el país que genera un marco para el desarrollo de un modelo viable

- Incremento progresivo en programas de formación para el talento humano orientado a la atención paliativa.
- Existencia de documento como la Guía de Práctica Clínica y Lineamientos para la atención en Cuidado Paliativo desarrollados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Existencia de líneas de cooperación con organizaciones internacionales e instituciones para enriquecimiento del conocimiento e impulso de las políticas locales en el área de atención al paciente que requiere cuidado paliativo.

Oportunidades

- Experiencia en otros países de la región en el funcionamiento de modelos similares de atención al deseable para el nuestro.
- Tendencias demográficas que muestran un envejecimiento de la población y la coexistencia de enfermedades crónicas que requieren actividades de paliación.
- Existencia de planes y estrategias gubernamentales para la atención de pacientes con cáncer, así como instituciones dedicadas a este tipo de patología que generan la necesidad de creación de Unidades de Cuidado Paliativo en dicho contexto empresarial.
- Requerimientos y deseos de los pacientes por ser atendidos en sus domicilios.
- El aceleramiento de los procesos de transformación digital en salud con la aparición de la pandemia por COVID 19 que impulso el desarrollo de tecnologías

que pueden favorecer la prestación de servicios en Cuidado paliativo con perspectivas de costo efectividad.

Amenazas

- Sector muy disperso que no genera información de buena calidad dada la falta de fiabilidad por fuentes no consistentes con la realidad y en la que obtener mediciones sobre esta se hace difícil.
- Escaso soporte empírico en temas administrativos de cuidado paliativo reportado en la literatura científica.
- Dado que no hay consenso en la prestación del servicio puede generarse resistencia por parte de algunos profesionales para la implementación de un modelo de gestión para el cuidado paliativo.
- Existencia en Colombia de 2 asociaciones gremiales que reúnen a los profesionales que se dedican al cuidado paliativo y que quizás no reúne esfuerzos sino divide
- Gestión de la Ley de eutanasia
- Asignación de recursos del sistema para tratamientos curativos costosos con poca o no consideración de costo efectividad
- Sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano

- Contratación de servicios “por evento” que no favorece la atención integral por equipos especializados de cuidados paliativos (Lineamientos, 2018)
- Deficiencia en la oportunidad y acceso a los medicamentos opioides (Lineamientos, 2018)

MATRIZ DOFA CUIDADO PALIATIVO EN COLOMBIA	Fortalezas F1. Existencia de una Ley de Cuidados Paliativos F2. Aumento en programas de formación en cuidado paliativo F3. Guía práctica y lineamientos del Ministerio de salud F4. Líneas de cooperación con organizaciones internacionales	Debilidades D1. Desconocimiento social del significado real de los cuidados paliativos D2. Falta de sistemas de auditoria D3. Bajo número de líderes con el conocimiento técnico y administrativo D4. Inexistencia de decretos reglamentarios de la ley de CP D5. Poca educación en pregrado y pocos postgrados D6. falta de investigaciones y publicaciones D7. No caracterización de la población D8. Escaso desarrollo de la atención domiciliaria en cuidados paliativos
Oportunidades O1. Experiencia en otros países de la región O2. Tendencias demográficas que muestran un envejecimiento de la población O3. Existencia de planes y estrategias gubernamentales para la atención de pacientes con cáncer O4. Requerimientos y deseos de los pacientes por ser atendidos en sus domicilios O5. Aceleramiento de los procesos de transformación digital	Estrategias FO F3O2. Creación de un modelo en atención que operativice la prestación de servicios en el país en el área de cuidado paliativo F2O3. Aprovechamiento de los recursos financieros y de recurso humano para la implementación del modelo de atención	Estrategias DO D8O4. Estímulo a través del Modelo de Atención para la creación de entidades que presten servicios domiciliarios especializados en cuidado paliativo D6O5. Creación de un sistema de información que permita caracterizar la población con necesidades paliativas en Colombia y oriente la toma de decisiones en esta área
Amenazas A1. Escaso soporte empírico en temas administrativos de cuidado paliativo reportado en la literatura científica A2. No hay consenso en la prestación del servicio A3. Existencia en Colombia de 2 asociaciones gremiales A4. Ley de eutanasia A5. Asignación de recursos del sistema para tratamientos curativos costosos	Estrategias FA F2A1. Creación de líneas de investigación que permitan generar información de calidad y comparar nuestra población con la de otras latitudes en búsqueda del establecimiento de modelos ya validados o la validación de los propios F3A6. Desarrollo de un modelo de costeo que permita la creación de entidades sostenibles	Estrategias DA D1A3. Realización de actividades en medios de comunicación, redes sociales, espacios científicos para la visibilización del Cuidado Paliativo D4A3. Búsqueda de los recursos para lograr la reglamentación de la Ley

A6. Contratación de servicios “por evento” que no favorece la atención integral	dedicadas a la prestación de servicios en Cuidado Paliativo	
---	---	--

3.2. Sistemas de Costeo en Salud

Uno de los puntos críticos en el diseño de un modelo de atención en salud es el establecimiento de los costos, control y gestión de estos y como consecuencia la fijación de precios, esto determina la posibilidad de abrir nuevos servicios, generar rentabilidad en las empresas y lograr hacerse sostenibles dentro del mercado.

Los sistemas de costos pueden ser de varios tipos de acuerdo con factores como la estructura de la organización, el proceso productivo, los actores implicados en la producción y consumo de un determinado producto o servicio, llevando a la siguiente clasificación: (Charlita P, 2019)

• I <i>Tabla 1MMMMMATRIZ</i>	• Variable
• De acuerdo con el objeto de costo	- Por órdenes de trabajo - Por procesos
* De acuerdo con el momento de determinarlos	- Históricos o reales

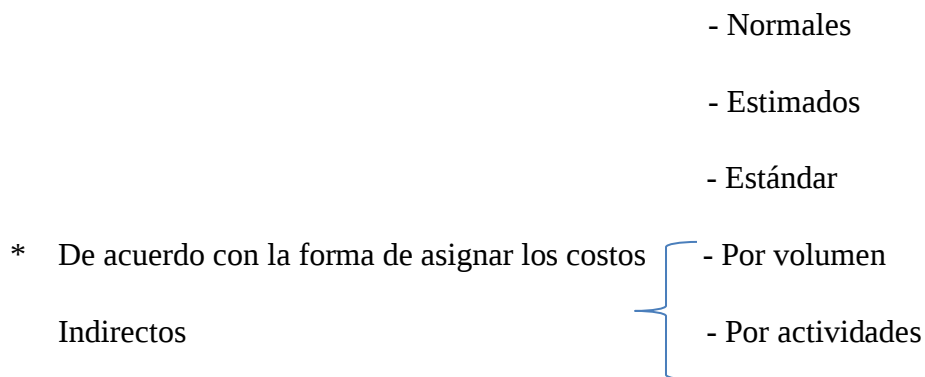


FIGURA 2 Clasificación de los sistemas de costos (Tomado de Gestión de Costos en Salud, 2019)

3.2.1 Costeo Absorbente o completo: en este sistema los costos fijos y variables se aplican al producto o servicio

3.2.2 Costeo Variable: en este tipo el costo del producto o servicio se determina a través de la estimación de los componentes directos y la parte variable de los indirectos.

3.2.3 Por órdenes de trabajo: se utiliza cuando el objeto de costo es un producto individual o un servicio muy diferenciado para un cliente específico o con un destino determinado. Los costos se van acumulando y al final se conoce el valor total para ese objeto específico.

3.2.4 Costeo por proceso: utilizado cuando se trata de productos procesados masivamente; la materia prima debe pasar por varias estaciones donde se transforma y al final el costo unitario resulta de dividir los costos acumulados entre el número de unidades procesadas.

3.2.5 Costeo real o histórico: los costos se aplican después de producido o realizado el servicio a posteriori.

3.2.6 Costeo Normal: los elementos directos se contabilizan por el costo real a medida que ocurren y los indirectos se calculan al comienzo del periodo.

3.2.7 Costeo estimado: este sistema anticipa los costos con base a experiencias anteriores y cambios anticipados de las condiciones actuales.

3.2.8 Costeo estándar: los costos se calculan a priori, son predeterminados y constituyen un costo objetivo ya que no se trata de datos reales sino calculados; este sistema facilita la comparación de lo realizado con lo previsto.

3.2.9 Costeo por volumen: en este sistema lo que genera los costos es el volumen de producción, los costos indirectos se asignan mediante tasas obtenidas al dividir el costo real entre el volumen de producción y a estos se le suman los directos

3.2.10 Costeo basado en actividades o ABC: busca una asignación más precisa de los costos indirectos a los productos o servicios considerando que en el proceso de producción, y venta se generan una serie de actividades, la mayor causal de los costos no es el volumen sino la complejidad de estas.

Las instituciones de salud son estructuras empresariales complejas en donde confluyen una serie de situaciones internas y externas para la generación de costos y que hacen su análisis y gestión un reto en la administración en salud. Los costos en salud vienen aumentando por diferentes motivos tales como el aumento en la expectativa de vida, aumento de los seguros en salud, los costos administrativos, aumento en el ingreso de la población general, , exceso de médicos, , medicina defensiva por riesgos legales,, altos costos por

enfermedades terminales, productividad en el sector de servicios, desarrollo tecnológico, exceso en la capacidad hospitalaria, costo de la mano de obra profesional y desperdicio de recursos por ineficiencia. (Castaño S, 2005).

Si a lo anterior además se le suma que en nuestro país aún se utilizan manuales tarifarios como el SOAT de 1996 y el Manual ISS los cuales tienen soportes legales y técnicos muy bajos, están obsoletos y no responden a las variaciones anteriormente descritas; de esta forma en la actualidad se desarrolla a nivel gubernamental propuestas para la creación de una metodología que permita actualizar y definir las tarifas de forma permanente y continua.

Los sistemas de costeo y fijación de precios van a depender de la estructura organizacional de cada entidad, del contexto al que pertenecen, de los servicios que presten, de las interacciones que tengan con los proveedores y empresas encargadas de aseguramiento en salud y por último de los sistemas de gestión aplicados.

4. Modelo de Atención para la prestación de Servicios en Cuidados Paliativos

4.1. Modelos de Atención en Salud

La Organización Panamericana de Salud define como modelo aquel que “en una organización de servicios de salud corresponde a la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados con el objeto de contribuir a su función colectiva”. (OPS, 2020), busca crear cultura y herramientas de estandarización dentro de un sistema; es el reflejo de complejos procesos históricos, económicos, culturales que involucran desde la planificación, la ejecución y la evaluación de las prácticas sociales en salud.

Un modelo de cuidado de crónicos fue desarrollado en la última década del pasado siglo por Edward Wagner y colaboradores en MacColl Center for Healthcare Innovation en Seattle tras comprobar que la práctica de una excelente medicina no era suficiente para obtener buenos resultados en salud ante múltiples comorbilidades y necesidades asistenciales; busca crear recomendaciones clínicas basadas en la evidencia, mejorar el

trabajo en equipo y empoderar a los pacientes y a vincularse con su propio cuidado, lo anterior a través de la alineación de objetivos asistenciales según las necesidades específicas de cada paciente con desarrollo de un programa terapéutico individualizado. (Glasgow RE, 2001) (Ver Figura 3)

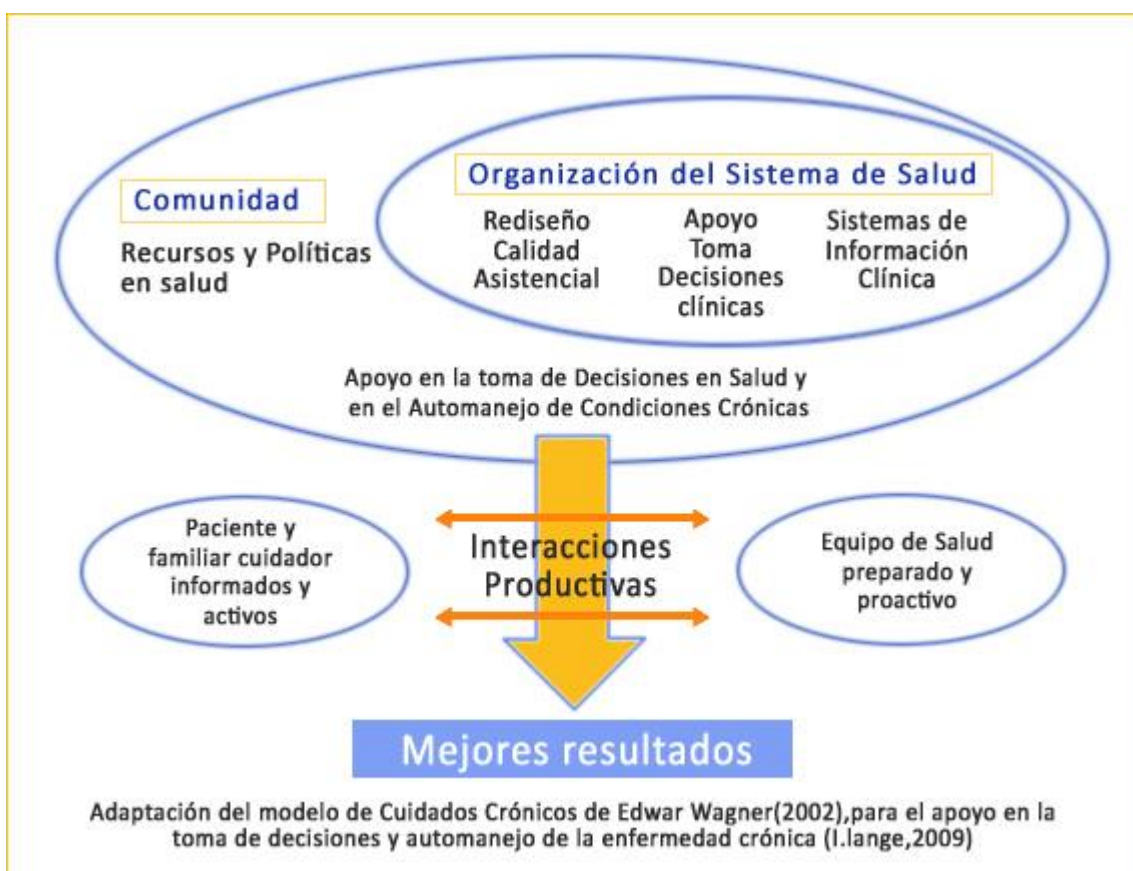


FIGURA 3 Modelo De Cuidados Crónicos De Edwar Wagner

En el 2015, se publicaron los resultados de un estudio patrocinado por las autoridades sanitarias de los estados miembros de la Unión Europea. En este se analizaron las características de 119 programas de atención a la cronicidad en países europeos, 22 de los cuales eran españoles. Las características comunes de estos programas fueron las siguientes: (Nordman J, 2015)

- A. Centrados en el paciente
- B. Énfasis puesto en la coordinación sanitaria
- C. Facilita la colaboración del cuidador
- D. Multidisciplinario
- E. Centrado en resultados
- F. Incluye perfiles de profesionales como el del gestor clínico
- G. Dirigido al cumplimiento de metas terapéuticas disminuyendo polifarmacia

Más recientemente Michael Porter actualiza este modelo descrito centrado en el paciente para proponer un enfoque de Cuidado Basado en el Valor, definiendo este último como: “el resultado en salud logrado por dólar gastado” (Porter, 2013). De esta forma se propone que los servicios de salud generen valor al dirigir esfuerzos en como la organización de servicios, procesos de pago y todo lo relacionado con la experiencia del paciente en relación con los resultados logrados en términos recuperación funcional, calidad de la atención, apoyo a la red de soporte deberían ser usados para monitorizar el desarrollo de procesos o prácticas clínicas. (Elf M, 2017). Se convierte de esta manera una tarea retadora identificar dentro del ciclo de cuidado de los pacientes con condiciones de salud complejas y crónicas cuales son las

necesidades por satisfacer a través de los niveles de atención y en el marco de contextos diversos.

4.2. Estructura y Procesos

A pesar de la existencia de un marco normativo extenso, guías y lineamientos del Ministerio de Salud, no se evidencia el desarrollo de acciones que a lo largo del país estimulen el manejo de los pacientes que requieren cuidado paliativo por diferentes limitantes.

En el proceso de diagnóstico y tratamientos de múltiples enfermedades se han establecido clasificaciones y acciones específicas para ingresar al sistema y recibir atención en los diferentes niveles, esto genera mayor claridad entre los diferentes actores para realizar manejos, remisiones y dirigir el flujo de pacientes. En contraste con lo anterior cuando se requiere la prestación de servicios encaminados a paliar sintomatología derivada de enfermedades crónicas avanzadas se presenta desconocimiento y confusión por lo que muchos de los usuarios no acceden a los servicios o lo hacen de forma tardía.

4.2.1 Ingreso al Programa

De esta forma se plantea como primera estrategia para la construcción del modelo de atención la estandarización de una herramienta que sea aplicada en los niveles primarios y

programas de atención a pacientes con enfermedades crónicas, para establecer su ingreso a un programa de atención integral con fines paliativos

En el desarrollo de este documento y como propuesta se plantea la utilización del NECPAL CCOMS-ICO como herramienta validada al español, siendo esta una alternativa que por su fácil diligenciamiento y completa información puede permitir identificar en los niveles primarios (médicos generales y familiares de atención básica) o secundarios (atención especializada según diagnóstico de base) los pacientes con necesidades paliativas y ser derivados de forma precoz y oportuna a estos servicios.

4.2.2 Clasificación de la Complejidad

Posterior a la determinación de la necesidad de atención con fines de paliación, se hace importante clasificar el nivel de complejidad para determinar cuál sería su movimiento en el sistema: permanecer en la atención primaria o con el especialista encargado de la patología de base de forma ambulatoria, requerir atención integral en un grupo de atención paliativa en domicilio, abordaje integral con internación en tercer nivel o abordaje integral en hospicio (Ver Figura 4).

De esta forma se puede proponer que los pacientes a ser derivados a un servicio de cuidado paliativo son aquellos que con la aplicación de los instrumentos descritos en este documento son clasificados como crónicos en fase avanzada de enfermedad (con pronósticos

de vida menores de 18 meses), en fase de final de vida (con pronósticos de vida menor de 6 meses) y que presentan situaciones clínicas complejas o altamente complejas.

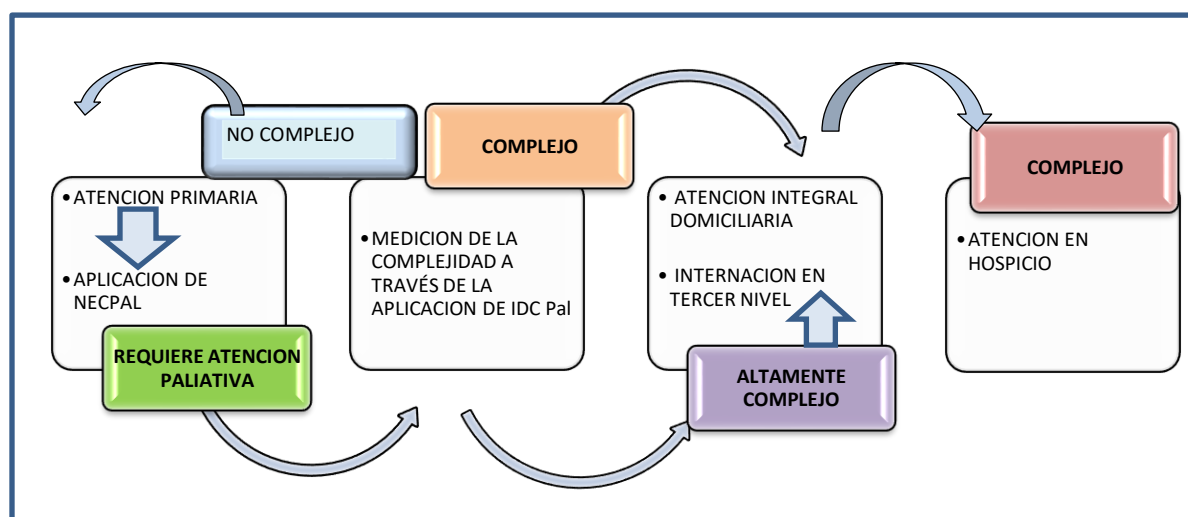


FIGURA 4 Flujograma Para Ingreso De Pacientes Al Sistema De Atención En Cuidado Paliativo Fuente: Elaboración Propia.

4.2.3 Desarrollo del Modelo

“La PAIS propone un modelo de operación que permita, mediante la implementación de diferentes estrategias, adoptar herramientas que garanticen la oportunidad, la continuidad, la integralidad, la aceptabilidad y la calidad en la atención en salud. De la misma forma, dicha política reúne un conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que buscan dirigir, de manera articulada, las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada única y exclusivamente en las personas. El MIAS, por su parte, pone en el centro a las personas, su bienestar y su desarrollo. Propone una serie de intervenciones

que incluyen el componente primario de atención con enfoque preventivo y promocional de la salud y el cuidado. Comprende, además, acciones de protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de la vida; todo ello, enmarcado dentro de criterios claros de oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia y efectividad.” (Abella P, 2019).

Basados en este referente normativo se espera que un paciente en quien se ha determinado el ingreso a un programa de Cuidados Paliativos sea valorado por un equipo multidisciplinario para establecer necesidades específicas como individuo y de su entorno. Es importante que este paso se haga dentro de una misma red integrada en lo posible una misma institución o prestador ya que en la actualidad no sucede así, exponiendo al usuario a mayor cantidad de trámites, no oportunidad, imposibilidad de acceder a algunos de los servicios requeridos; el sistema entonces se ve expuesto a reprocesos, pagos por eventos, quejas por insatisfacción y los costos que esto implica.

4.2.4 Costos y Fijación de precios

Una vez revisado los diferentes métodos de costeo y entendiéndose la complejidad del contexto de prestación de servicios de salud en nuestro país por la existencia de diferentes regímenes, por la naturaleza diversa de las entidades prestadoras y los contextos geográficos desiguales se considera no viable proponer un sistema único de costeo pero si algunas pautas que lleven a la construcción de modelos financieros más sostenibles.

Lo primero es recomendar la no aceptación de utilización de manuales que no están adaptados a las realidades actuales y trabajar en el establecimiento de los costos operativos teniendo en cuenta los procesos requeridos para que la atención que genere valor al paciente y al equipo que realiza el servicio; esto podría hacerse a través de sistemas por procesos o actividades y generando dinámicas de acuerdos con los actores del mercado atreviéndose a proponer nuevas metodologías en el marco de lo establecido por nuestras políticas y normas vigentes antes descritas

Para lograr tal fin se hace necesario diseñar paquetes de atención con características de costo efectividad. (Ver Figura 5) y poder desde lo administrativo fomentar la integralidad en la atención al paciente.

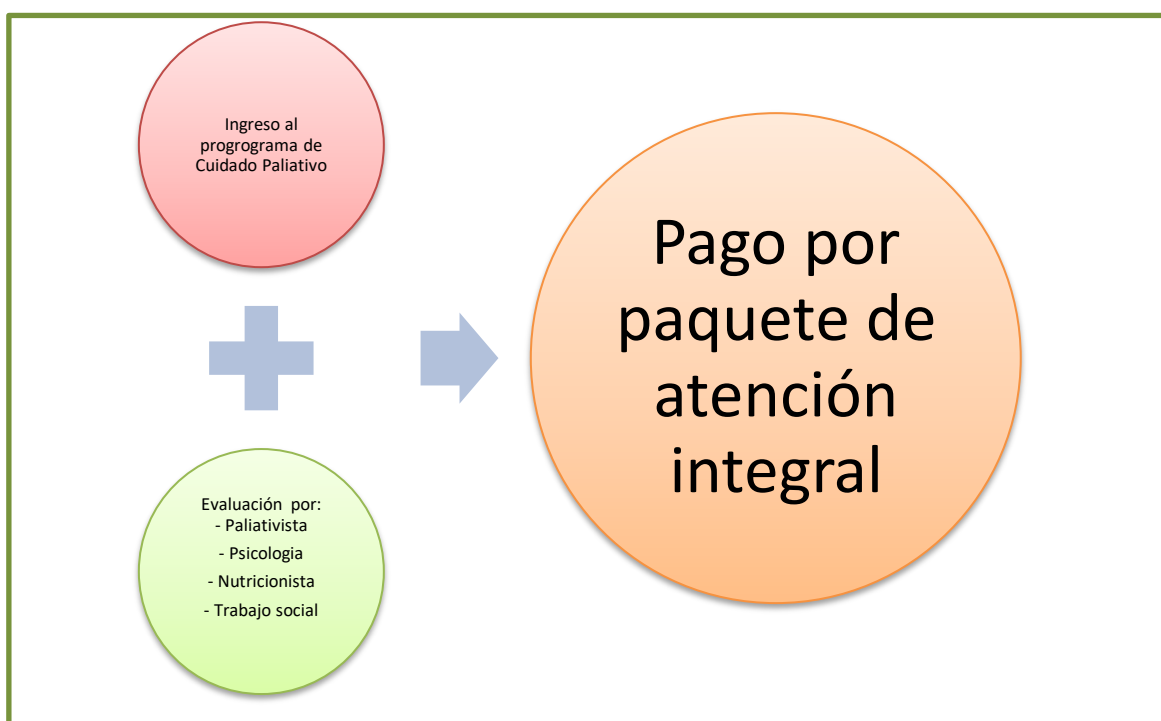


FIGURA 5 Valoración Multidisciplinaria Y Pago Por Atención Integral Fuente: Elaboración Propia.

Uno de los objetivos principales del modelo de atención es promover un alto porcentaje las atenciones a nivel domiciliario; se definen estas como: El conjunto de actividades que surgen del contexto de planificación previa, desarrollada por los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de atención y que tiene como objetivo proporcionar cuidados de salud con fines de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de corresponsabilización del usuario y/o familia con los profesionales en el domicilio de aquellas personas que debido a su estado de salud y criterios establecidos previamente no pueden desplazarse los centros de atención (Esteban J, 2015)

Estudios realizados en el Reino Unido, en 1993, sobre una población de pacientes con enfermedad terminal y sus familiares, demostraron que un elevado porcentaje de estos prefería pasar la última etapa de su vida en su hogar. Otros estudios muestran que, de los enfermos fallecidos, el 29% lo hicieron en su domicilio y el resto en el hospital, de éstos, el 50% hubieran preferido permanecer en su casa y sus cuidadores hubieran deseado lo mismo si el sistema de salud fuera más competente para tal eventualidad. En cuanto a los beneficios que se describen para realizarlo en lo referente al paciente se puede mencionar que este se encuentra dentro de un ambiente conocido, manteniendo su intimidad, pudiendo realizar ciertas tareas laborales, continuar con sus hábitos y algunos de sus hobbies, la alimentación es más variada y a fin a sus gustos y los horarios no son rígidos; la familia logra mayor satisfacción por participar activamente en el cuidado, puede realizar los cuidados con más tranquilidad, siente que respeta la voluntad del paciente de permanecer en el domicilio, se previene el duelo patológico y se anticipa el inicio de la elaboración del mismo. En el sistema

de salud se disminuyen internaciones hospitalarias largas y de alto costo, se evita realizar tratamientos innecesarios, disminuyendo la posibilidad de caer en encarnizamientos terapéuticos. En sistemas sanitarios deficitarios, como ocurre en muchos países latinoamericanos, el ahorro económico que se produciría desplazando internaciones hospitalarias hacia el sector de atención domiciliaria continua, seguramente sería importantísimo; este ahorro permitiría una mayor eficiencia en la salud pública y honorarios adecuados para los integrantes del equipo de cuidados paliativos en domicilio. (Fornells H., 2000).

Una vez el paciente se encuentra dentro del sistema y establecidas las necesidades a tratar en un esquema multidimensional, se establece una retroalimentación sobre su estado de salud con el uso tecnologías que faciliten las interacciones con el grupo multidisciplinario de forma periódica, costo efectiva y cómoda para el paciente, donde recursos como la tele consulta pueden jugar un papel estratégico. También se debe contar con la alternativa de hospitales día para la resolución de situaciones clínicas específicas estipuladas en las guías de atención en cuidado paliativo y que requieren la asistencia de personal sanitario, pero no necesariamente la internación del paciente en un centro hospitalario. Otro grupo de paciente puede requerir atención especializada en centro hospitalario de tercer nivel, pero debe ser un bajo porcentaje, con estancias hospitalarias cortas y adecuada red de información entre los diferentes niveles de atención de tal forma que se facilite la movilidad y aprovechamiento de los recursos en cada uno fortaleciendo el sistema de referencia y contrarreferencia.

4.3. Indicadores de gestión

Dado que los resultados de un modelo de atención deber ser medibles y evaluables se propone como primera medida indicadores iniciales que permitan establecer el impacto de las acciones establecidas para su desarrollo.

NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICION DEL INDICADOR	META
NUMERO DE VISITAS AL SERVICIO DE URGENCIAS	Se contabilizan desde el momento del ingreso al programa el número de atenciones	
READMISIÓN A URGENCIAS	Tiempo de reingreso al servicio de urgencias expresado en horas	>72 horas
TIEMPO DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS	Número de días que permanece internado en institución de tercer nivel	Disminuir el 20% del promedio previo
REINGRESOS HOSPITALARIOS	Número de días desde el egreso hospitalario hasta el día de reingreso a manejo intrahospitalario	> 30 días
NIVEL DE SATISFACCIÓN	Se clasifica a través de encuestas estructuradas y midiendo diferentes aspectos de la atención en 5 niveles: - Muy insatisfecho	Mínimo el 80% de la población deberá reportar niveles de satisfacción: Satisfecho y muy satisfecho

	- Insatisfecho - Ni insatisfecho ni satisfecho - Satisfecho - Muy Satisfecho	
--	---	--

Tabla 2. Indicadores de Gestión para el Modelo de Atención en Cuidado Paliativo Fuente: Elaboración Propia.

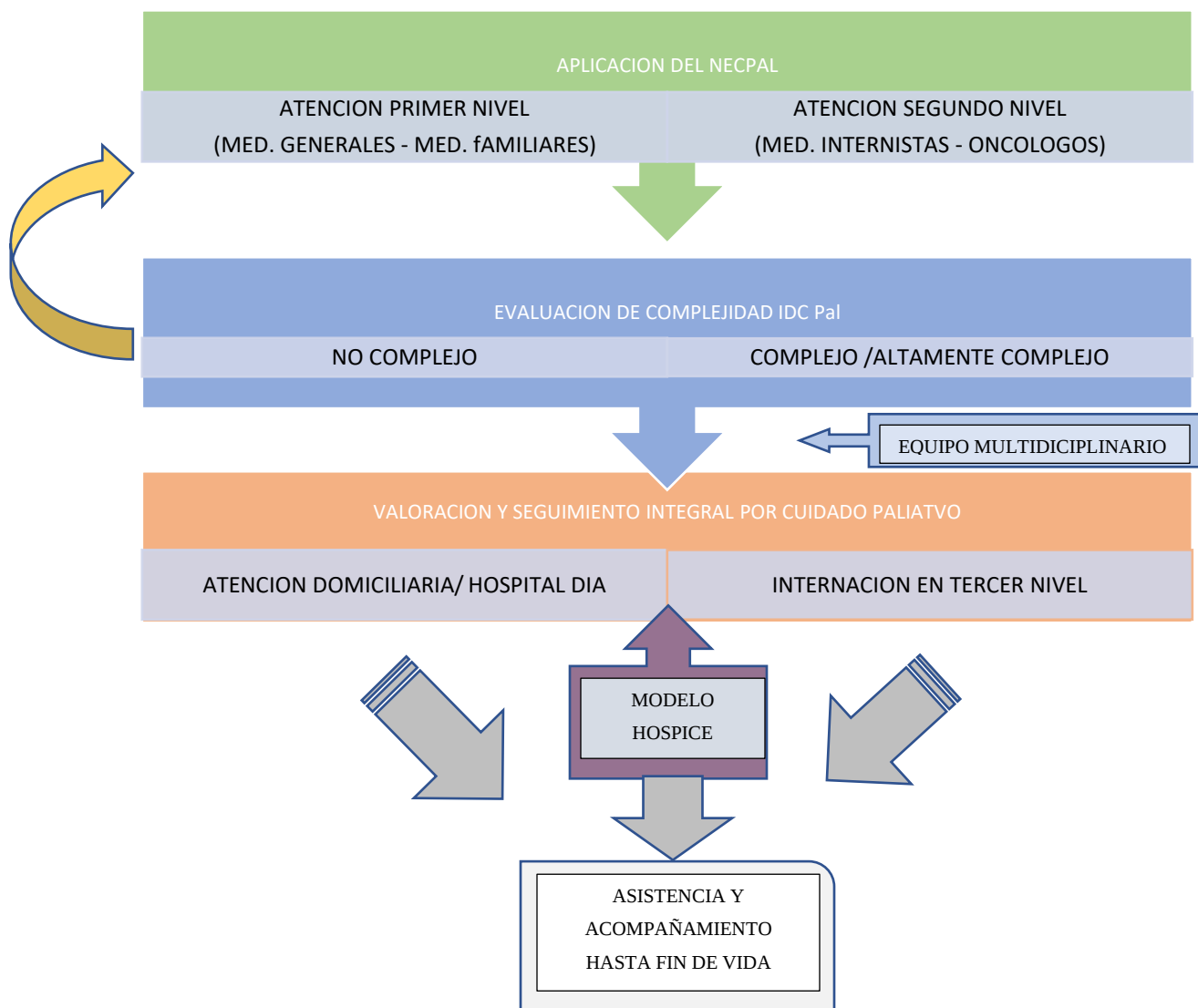


FIGURA 6 MODELO ASISTENCIAL EN CUIDADO PALIATIVO. Fuente: Elaboración Propia

5. Implementación del Modelo de Atención en Cuidado Paliativo

El desarrollo de este modelo pretende impulsar la existencia de puntos de articulación entre los diferentes niveles de atención y promover la existencia de un sistema de información entre ellos en beneficio del paciente, de tal forma que se garantice la integralidad, la optimización en el uso adecuado de los limitados recursos sin afectar la calidad.

Cuando se pretende hacer un proceso de implementación se debe tener en cuenta el recurso humano necesario y que permite el cumplimiento de los objetivos marcados. En cuanto a talento humano en salud y considerando la multidimensionalidad del ser humano debe contarse con personal médico especializado en cuidado paliativo como eje orientador de las acciones a ejecutar; médicos familiares, internistas o geriatras de acuerdo al perfil del grupo poblacional para complementar la toma de decisiones médicas; es fundamental contar con grupo de enfermería liderado por enfermeras profesionales y completado con auxiliares de enfermería para el seguimiento operativo de situaciones como el cuidado de piel, colocación y uso de catéteres para administración de medicamentos e hidratación, manejo de estomas, procesos de educación a cuidadores. Otros profesionales que ayudan a ejercer la

integralidad son aquellos dedicados a la salud mental como psicólogos y orientadores espirituales; trabajadores sociales para el análisis y mantenimiento del entorno del paciente; nutricionistas siendo crítico en estos periodos de vida orientar procesos de mantenimiento.

5.1 Limitantes

A continuación, se describirán algunos puntos críticos para el sistema de costeo en este modelo:

- En salud se acostumbra a hacer pagos por evento desestimulando la integralidad en la atención, la gestión del resultado y motivando la multiplicidad de atenciones que aumentan gastos generales, generan reprocesos y desperdicios.
- El atraso en la transformación digital no ha permitido crear sistemas de información sólidos, interinstitucionales, interoperables, que simplifiquen procesos y los hagan menos costosos al necesitarse menor cantidad de recursos humanos para su gestión, aplicación y procesamiento. Por otro lado, la implementación de nuevas tecnologías puede disminuir tiempos de atención, aumentando la oportunidad en los mismos, mayor cobertura al disminuir la dificultad en acceso geográfico y desplazamientos de pacientes y personal de salud en grandes ciudades o zonas dispersas.
- La promoción de actividades de predominio domiciliario puede impactar en los costos fijos derivados de las grandes infraestructuras para la atención de pacientes

lo que permitiría replantear precios del mercado haciéndolos más competitivos y asequibles a diferentes pagadores. Adicionalmente, puede influir en la sostenibilidad ambiental empresarial en épocas donde el suelo para construcción es costoso y la construcción misma produce emisiones de carbono importantes en nuestro planeta.

- La forma de contratación en salud no permite generar sentido de pertenencia ni continuidad en los procesos empresariales afectando la cultura organizacional de las entidades, se hace necesario establecer políticas y modos más costo efectivos de tal forma que el talento humano sea el motor para lograr impulso en iniciativas de cambios sectoriales.
- Dado que el modelo de atención propone la creación de paquetes de servicios que hasta ahora no han impactado en el mercado de salud para ser ofertados, podría implementarse para su costeo una metodología de “costo por objetivo” (procesos o actividades), lo que implica el requerimiento de estudios de mercado e ingeniería inversa enfocado en un análisis de competidores, proveedores y demás factores involucrados que permitan establecer precios que vayan más allá del seguimiento de tablas y estándares desactualizados, no ajustados a la realidad los cuales podrían estar afectando la sostenibilidad financiera de las entidades en salud.

6. Conclusiones

En Colombia existe un amplio marco normativo, políticas creadas para la atención integral, guías de manejo, lineamientos orientadores pero no hay consenso en un modelo de atención por lo que esta propuesta se hace relevante y debe ser escalada a las sociedades científicas para obtener validación dentro del sector.

La mayor limitante para el desarrollo de este trabajo se encontró en la poca información que se genera sobre cuidado paliativo en nuestro país y Latinoamérica por lo que se deben fortalecer mecanismos que la unifiquen, el alcance de las actividades realizadas por el Observatorio y ser canalizadas por las organizaciones científicas que agrupan en amplia medida el talento humano dedicado a esta área.

Para el establecimiento de sistemas de costeo y fijación de precios es necesario tener en cuenta situaciones del entorno tales como la naturaleza misma empresarial de cada

organización, el régimen al que pertenecen, contexto geográfico, entre otros, por lo que el presente trabajo desarrollo el análisis de alternativas y propuso parámetros generales como punto de partida en la elaboración de modelos particulares.

Se considera de gran importancia crear líneas de investigación que generen alternativas en el área administrativa del cuidado paliativo y permitan difundir información de calidad, útil y aterrizada en las condiciones de la prestación de servicios en el marco del sistema de salud Colombiano.

La operativización de sistemas como los establecidos en el marco normativo en lo referente al desarrollo de redes integradas, puede generarse con la implementación de modelos de atención tales como el descrito dentro de este trabajo y de esta forma estimular la creación de empresas o entidades de salud que respondan a las necesidades poblacionales.

La investigación de mercados puede producir información más específica en cuanto a mercados potenciales en esta área de la salud, que permitan planificar estrategias comerciales ajustadas a realidades actuales derivadas de la atención en cuidado paliativo en Colombia.

La estandarización de actividades críticas como los puntos de entrada al sistema es fundamental para el funcionamiento de modelos de atención y su implementación.

Referencias

Abella P., Baquero N., Gómez P., León M., et al. (2019). Manual de rutas clínicas de dolor 2.a edición Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Castaño S., Santa G., Vásquez C., et al. (2005) Finanzas y Costos: Un acercamiento a la gestión financiera de las organizaciones de salud. 2Ed. Centro de Gestión Hospitalaria.

Charlita, P. (2019) Gestión de costos en salud: teoría, cálculo y uso. 3a ed. Bogotá. ECOE Ediciones.

Dzingina M, Higginson I. (2015) Public Health and Palliative Care. Clinical Geriatric Med. 1:253–263.

Elf M., FlinK M., Nilson M., Tistad M., Von Koch L., Ytterberg Ch. (2017). The case of value-based healthcare for people living with complex long-term conditions. BMC Health Service Research. 17:24.

Esteban J., Ramírez D., Sánchez F. (2015) Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria. Ed International Marketing & Communication. Madrid.

Esteban-Pérez, M. Fernández -Ballart, J. Boira, R., et al. (2018) Concordancia entre la complejidad observada desde diferentes niveles asistenciales en pacientes crónicos complejos, con enfermedad avanzada o al final de la vida mediante un modelo de abordaje de la complejidad. Medicina Paliativa 25(4). 236-244.

Fornells H. Cuidados Paliativos en el Domicilio. (2000) Acta Bioethica año VI, nº 1. 65-75.

Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH. (2001). Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention? Milbank Q.79:579-612

Gómez-Batiste, X., Blay C., Roca J., Fontanals M., Calsina A. (2015). Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas: aspectos generales. Elsevier España.

Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay C., et al. (2013). Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO. Medicina Clínica (Barc). 140 (6). 241-245.

Gutiérrez, C. (2018). El Sistema de Salud Colombiano en las Próximas Décadas: como avanzar hacia la sostenibilidad y calidad en la atención. Cuadernos Fedesarrollo No. 60, marzo.

<https://occp.com.co/wp-content/uploads/2020/07/2018Anuario-14nov2019.pdf>

<https://www.paho.org/es/temas/modelos-atencion-salud>. Abril 2020.

Martínez- Litago E., Martínez -Velásquez M., Muniesa – Zaragozano M. (2017). Cuidados Paliativos y Atención al final de la vida en los pacientes Pluripatológicos. Revista Clínica Española. 217 (9). 543-552.

Medwave (2012) Modelos de gestión en las organizaciones de salud. Mar/Abr;12(3):e5329 doi: 10.5867/medwave. 2012.03.5329.

Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (2016). Guía de Práctica Clínica para la atención del Cuidado Paliativo (adopción). Bogotá Colombia Junio.

Ministerio de Salud. (2019). Lineamientos para la Atención Integral en Cuidado Paliativo.

Noordman J, van der Heide I, Hopman P, Schellevis F, Rijken M. (2015). Innovative health care approaches for patients with multi-morbidity in Europe. The availability of integrated care programmes including care pathways, and/or addressing poly-pharmacy and patient adherence, for patients with multiple chronic conditions in 31

European countries; <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-CHRODIS>

Pastrana T., Centeno C., De Lima L. (2015). Palliative Care in Latin America from the Professional Perspective: A SWOT Analysis. *Journal Of Palliative Medicine*. 18 (5). 429-437.

Porter ME, Pabo EA, Lee TH. (2013). Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Needs. *Health Aff*. 32(3). 516–25.

República de Colombia, Ley 2024 de 23 de julio de (2020).

República de Colombia, Ley Consuelo Devis Saavedra No. 1733, (2014).

Salvador M., Garrido N., Perea I., Martin M., et al. (2017). El valor del Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos para identificar la complejidad en pacientes tributarios de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*. 24 (4). 193-203.

Vacas M. (2014). Aportando valor al cuidado en la etapa final de la cronicidad. *Enfermería Clínica*. 24 (1), 74-78.

Anexo 1

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO® (Necesidades Paliativas)

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores

¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?

☐ No ☐ Sí

2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD¹ – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa

Elección / demanda: ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal **han solicitado**, explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?

☐ Sí ☐ No

Necesidad: ¿considera que este paciente **requiere actualmente** medidas paliativas o tratamientos paliativos?

☐ Sí ☐ No

3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema

Marcadores nutricionales, cualquiera de los siguientes, en los **últimos 6 meses**:

- ☐ Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda
- ☐ Progresión: pérdida de peso > 10%
- ☐ Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente

☐ Sí ☐ No

Marcadores funcionales, cualquiera de los siguientes, en los **últimos 6 meses**:

- ☐ Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%)
- ☐ Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada
- ☐ Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente

☐ Sí ☐ No

Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema, al menos 2 de los siguientes, en los **últimos 6 meses**:

- ☐ Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV)
- ☐ Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1)
- ☐ Síndrome confusional agudo
- ☐ Disfagia persistente
- ☐ Caídas (> 2)

☐ Sí ☐ No

Presencia de **distress emocional** con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo

☐ Sí ☐ No

Factores adicionales de uso de recursos, cualquiera de los siguientes:

- ☐ 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año
- ☐ Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio

☐ Sí ☐ No

Comorbilidad: ≥ 2 patologías concomitantes

☐ Sí ☐ No

4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas

ENFERMEDAD ONCOLÓGICA (sólo requiere la presencia de un criterio)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica– también en estadio III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.)
- ☐ Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%)
- ☐ Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico

ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones
- ☐ Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- ☐ En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40%
- ☐ En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliaria o estar actualmente realizando este tratamiento en casa
- ☐ Insuficiencia cardíaca sintomática asociada
- ☐ Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)

ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable
- ☐ Disnea o angina de reposo o a mínimos esfuerzos
- ☐ Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- ☐ En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPs > 60 mmHg)
- ☐ Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min)
- ☐ Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca /cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC (sólo requiere la presencia de un criterio)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima consciencia > 3 días
- ☐ Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antidistragia), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (>1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras per decúbito estadio 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA,

ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON (presencia de dos o más de los siguientes criterios)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo
- ☐ Síntomas complejos y difíciles de controlar
- ☐ Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse
- ☐ Disfagia progresiva
- ☐ Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria

ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante
- ☐ Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante

DEMENCIA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Criterios de severidad : incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7)
- ☐ Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperglucosa por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer, en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral
- ☐ Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes -neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, etc.- que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo)

Anexo 2

► IDC-Pal: Instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos

		Elementos	Nivel de complejidad*	Sí	No
1. Dependientes del paciente	1.1. Antecedentes	1.1a Paciente es niño/a o adolescente	AC		
		1.1b Paciente es profesional sanitario	C		
		1.1c Rol socio-familiar que desempeña el/la paciente	C		
		1.1d Paciente presenta discapacidad física, psíquica o sensorial previas	C		
		1.1e Paciente presenta problemas de adicción recientes y/o activos	C		
		1.1f Enfermedad mental previa	C		
	1.2. Situación clínica	1.2a Síntomas de difícil control	AC		
		1.2b Síntomas refractarios	AC		
		1.2c Situaciones urgentes en paciente terminal oncológico	AC		
		1.2d Situación de últimos días de difícil control	AC		
		1.2e Situaciones clínicas secundarias a progresión tumoral de difícil manejo	AC		
		1.2f Descompensación aguda en insuficiencia de órgano en paciente terminal no oncológico	C		
		1.2g Trastorno cognitivo severo	C		
		1.2h Cambio brusco en el nivel de autonomía funcional	C		
		1.2i Existencia de comorbilidad de difícil control	C		
		1.2j Síndrome constitucional severo	C		
		1.2k Dificil manejo clínico por incumplimiento terapéutico reiterado	C		
	1.3. Situación psico-emocional	1.3a Paciente presenta riesgo de suicidio	AC		
		1.3b Paciente solicita adelantar el proceso de la muerte	AC		
		1.3c Paciente presenta angustia existencial y/o sufrimiento espiritual	AC		
		1.3d Conflicto en la comunicación entre paciente y familia	C		
		1.3e Conflicto en la comunicación entre paciente y equipo terapéutico	C		
		1.3f Paciente presenta afrontamiento emocional desadaptativo	C		
2. Dependientes de la familia y el entorno		2.a Ausencia o insuficiencia de soporte familiar y/o cuidadores	AC		
		2.b Familiares y/o cuidadores no competentes para el cuidado	AC		
		2.c Familia disfuncional	AC		
		2.d Claudicación familiar	AC		
		2.e Duelos complejos	C		
		2.f Limitaciones estructurales del entorno	AC		
3. Dependientes de la organización sanitaria	3.1. Profesional/ equipo	3.1a Aplicación de sedación paliativa de manejo difícil	AC		
		3.1b Dificultades para la indicación y/o manejo de fármacos	C		
		3.1c Dificultades para la indicación y/o manejo de intervenciones	C		
		3.1d Limitaciones en la competencia profesional para el abordaje de la situación	C		
	3.2. Recursos	3.2a Dificultades para la gestión de necesidades de técnicas instrumentales y/o material específico en domicilio	C		
		3.2b Dificultades para la gestión y/o manejo de necesidades de coordinación o logísticas	C		

*Nivel de complejidad C: Elemento de Complejidad AC: Elemento de Alta Complejidad

Situación: No compleja ☐ Compleja ☐ Altamente Compleja ☐

Intervención de los recursos avanzados/específicos: Sí ☐ No ☐

