

PROPUESTA DE REORIENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN CLÍNICO
DE LA OBESIDAD ENFOCADOS EN UNA IPS BÁSICA DEL PRIMER NIVEL
DE ATENCION EVITANDO PROGRESIONES A MANEJOS QUIRÚRGICOS
“LIBERANDO BARRERAS”

JUAN FERNANDO VÉLEZ MÚNERA

juanf.velez1@udea.edu.co

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

ASESOR

JOSÉ ANDRÉS HURTADO ARISTIZÁBAL

DOCENTE ASESOR

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA “HÉCTOR ABAD GÓMEZ”

MEDELLÍN, NOVIEMBRE DE 2021

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 3 |
| Palabras clave: | 3 |
| ABSTRACT | 3 |
| Keywords: | 4 |
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 7 |
| Causas de obesidad | 10 |
| Dificultades para la aproximación a la obesidad: | 11 |
| Asociación de la obesidad con múltiples patologías: | 11 |
| Cardiovascular | 11 |
| Cáncer:..... | 12 |
| OBJETIVOS | 14 |
| Objetivo general | 14 |
| Objetivos específicos: | 14 |
| ABREVIATURAS..... | 15 |
| DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA..... | 16 |
| DESARROLLO DEL NUEVO MODELO..... | 19 |
| Modelo Actual | 19 |
| Propuesta nuevo modelo | 21 |
| Criterios de Inclusión:..... | 23 |
| Criterios de Exclusión: | 23 |
| Dimensionamiento de recurso humano..... | 30 |
| Presupuesto financiero | 30 |
| Indicadores: | 33 |
| CONSIDERACIONES MODELO..... | 34 |
| CONCLUSIONES..... | 35 |
| RECOMENDACIONES | 36 |
| BIBLIOGRAFÍA | 37 |
| ANEXOS | 39 |
| Anexo 1 | 39 |

TABLA DE ILUSTRACIONES

| | |
|---|----|
| Ilustración 1 prevalencia obesidad en colombia según la oms en el 2016 | 7 |
| Ilustración 2: clasificación obesidad según el riesgo, propuesta por equipo de endocrinos de la central de especialistas de la ips..... | 9 |
| Ilustración 3: encuesta nacional de situación nutricional de colombia ensin 2015 .. | 9 |
| Ilustración 4: distribución prevalencia obesidad estados unidos | 10 |
| Ilustración 5: peso y mortalidad global burden of disease project | 12 |
| Ilustración 6: árbol analítico del problema aumento de la incidencia obesidad (creación propia) | 16 |
| Ilustración 7: criterios inclusión programa especializado de obesidad de la eapb | 21 |
| Ilustración 8: Criterios de ingreso a cirugía bariátrica definidos por la eapb | 21 |
| Ilustración 9 cronograma del programa | 25 |
| Ilustración 10: diagrama del proceso programa de obesidad | 28 |
| Ilustración 11 carné seguimiento | 29 |
| Ilustración 12: dimensionamiento recurso humano, realizada por área de planeación de recurso humano | 30 |
| Ilustración 13: pyg modelo obesidad, realizada por área de financiero | 32 |

RESUMEN

Se diseñaron las condiciones para la reorganización del modelo clínico de atención de la obesidad evitando progresiones a manejos quirúrgicos “liberando barreras” en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Bello (Antioquia) con un enfoque preventivo motivado por la alta prevalencia en la región de esta patología. Se realizó una revisión bibliográfica de la problemática de la obesidad, y la importancia de hacer una intervención temprana desde el nivel básico de atención, pasando por una gestión multidisciplinaria, que impacte en los estilos de vida de los pacientes desde una alimentación saludable, un ejercicio consciente y un manejo de las emociones pertinente, empezando por el cambio desde los médicos en el abordaje del paciente obeso. El foco del modelo es el riesgo medio de la obesidad, G3 (Índice de Masa Corporal – IMC entre 27-30 con comorbilidades) y G4 (IMC entre 30-35 sin comorbilidades), ya que desde el G5 (IMC entre 30-35 con comorbilidades) en adelante están incluidos en los programas actuales de obesidad que manejan el riesgo alto a la Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB).

Palabras clave:

Obesidad, modelo atención, alimentación saludable, ejercicio consciente, gestión de emociones, IMC, prevención

ABSTRACT

I designed the conditions for the reorganization of the clinical model of obesity care preventing progressions to surgical management to be implemented in one health services institution (IPS) in Bello city (Antioquia), with a preventive approach, motivated by the high prevalence of this pathology in the region. There was a bibliographic review of the obesity problem and the importance of making an early intervention from the first level of care, going through a multidisciplinary management, which impacts the patients' lifestyle from a healthy diet, a conscious exercise and a pertinent management of emotions, starting with the change from the doctors in the approach of the obese patient. The focus of the model is the half risk of obesity, G3 (Body Mass Index (BMI) 27-30 with comorbidities) and G4

(BMI 30-35 without comorbidities), since from G5 (BMI 30-35 with comorbidities) onwards they are already included in obesity programs that manage high risk for the Benefit Plan Administrator Company (EAPB).

Keywords:

Obesity, clinical model of care, healthy nutrition, conscious exercise, emotion management, BMI, prevention

INTRODUCCIÓN

En el programa de especialización de administración en servicios de salud de la Universidad de Antioquia se plantea como una de las posibilidades para el trabajo de grado la elaboración de una monografía, la cual tendrá como objetivo el desarrollo analítico o creativo de un aspecto particular del campo de formación definida para la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) así: “Monografía: Consiste en el análisis del conocimiento existente, acerca de un tema específico del campo de formación, que puede comprender la exposición ordenada de hechos, datos o aspectos afines; la sistematización de experiencias en un lugar determinado con una base de sustentación teórica amplia; la revisión crítica de los estudios e investigaciones realizadas sobre un tema”. (Artículo 11, Acuerdo del Consejo de Facultad 054 de 2017), ampliando el concepto según la definición de la RAE (Real Academia Española) en 2018 “Descripción y tratado especial de determinada parte de una ciencia, o de algún asunto en particular”, y como la definen Ander-Egg y Valle “Una monografía, en sentido amplio del término, es una descripción, narración o exposición explicativa sobre una determinada parte de una ciencia, disciplina, tecnología o sobre un asunto en particular, tratando el tema de manera circunscrita”(1). La propuesta de reorganizar el modelo clínico de atención en obesidad se realiza desde una monografía, específicamente en una de sus tres modalidades que es la expositiva, ya que se basa sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis.

La EAPB actualmente tiene el modelo clínico de atención en obesidad como un programa especializado enfocado a los pacientes con alto riesgo, entendiendo

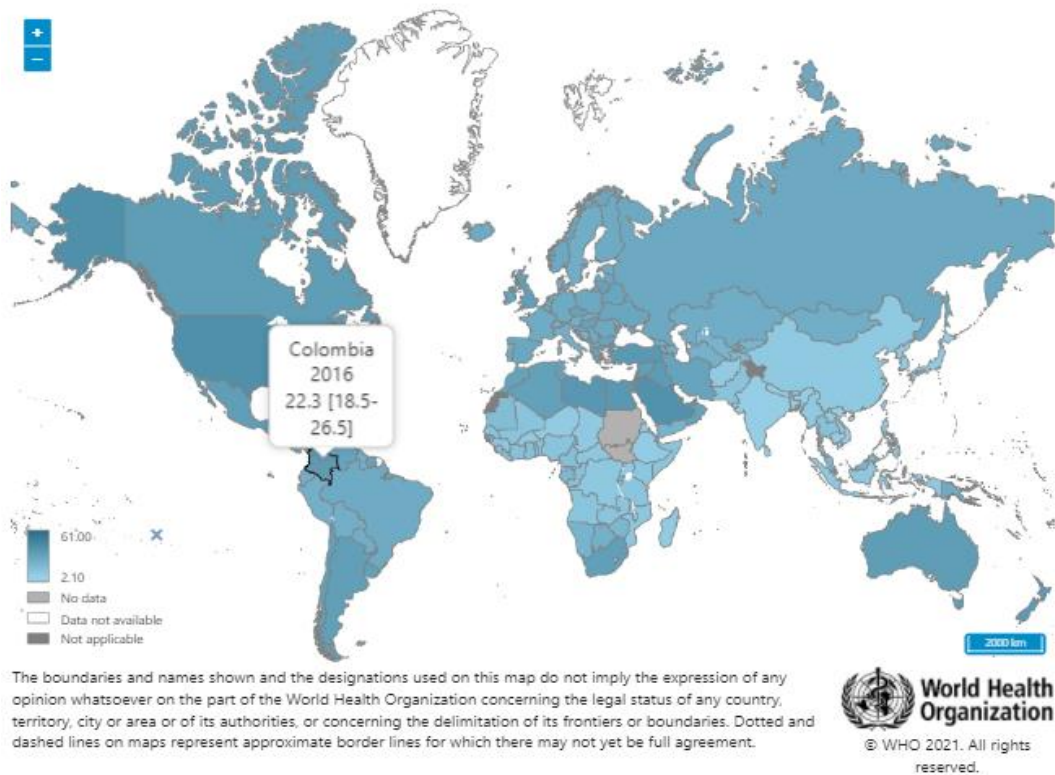
que esta patología será una de las que más impactará en periodos post pandemia, (2) tanto desde la salud pública como el resultado financiero de los aseguradores. La intención es ajustar el modelo actual de atención para ampliar el alcance a los pacientes con obesidad y riesgo medio, enfocado en los niveles primarios de atención, cualificando el talento humano en el enfoque de la obesidad. Un modelo global que desde el primer nivel se inicie una intervención en estilos de vida que eviten a futuro la obesidad en todos los pacientes desde un enfoque de saludables y la capacidad de salud, teniendo unos criterios de ingreso para la intervención multidisciplinaria según el riesgo de la obesidad, en los cuales deberá tener ya el diagnóstico según el IMC y las comorbilidades, un modelo que tenga la capacidad de articular el nivel básico con los especialistas y grupos de apoyo para diagnóstico temprano y poder implementar medidas eficaces de tratamiento, seguimiento y rehabilitación de los pacientes (3); las áreas de apoyo que serán el eje fundamental del modelo son: nutrición, sicología y preparador físico y la especialidad médica será medicina interna. La propuesta del nuevo modelo se plantea para ser desarrollada en una IPS del municipio de Bello (Antioquia), que actualmente está operando bajo un modelo de saludables implementado desde octubre de 2020 que entendió que los estilos de vida tienen una contribución potencial a la morbilidad superior al 40% y por tanto la importancia de promover el conjunto de condiciones físicas, mentales y sociales que le permitan a las personas vivir y desarrollarse en todas sus dimensiones y entra en sintonía con la propuesta de un modelo preventivo como el trazado en este documento. Con una intención de iniciar la operación del modelo en el periodo 2022 – 2025 que permita medir el impacto en salud de la intervención de la obesidad en estadíos iniciales, además que la EAPB lo pudiera extrapolar a todas las IPS que atienden usuarios de la misma. Un modelo que busca la homeostasis del organismo y adquirir hábitos de vida saludables, logrando con esto disminuir la progresión de la enfermedad, generando eficiencia al asegurador al evitar que los pacientes progresen a patologías cardiovasculares, osteomusculares, cáncer y logren mantener la obesidad en riesgo medio o bajo evitando que requieran intervenciones quirúrgicas.

El aumento de la incidencia de la obesidad en los pacientes genera retos administrativos en la prestación de servicios de salud, ya que esta patología viene asociada a estilos de vida no saludables, estigmas de la sociedad desde lo estético y agravado por las cuarentenas por la pandemia por enfermedad por coronavirus (COVID 19), retos de no ser asumidos con la prontitud y firmeza nos enfrentaremos a un escenario de aumento del costo de la prestación de servicios para el asegurador por estar la obesidad asociada como desencadenante de enfermedades cardiovasculares, con incremento de enfermedades osteomusculares y con el cáncer, por lo tanto se debe ampliar el alcance de los modelos actuales de atención al riesgo medio de la obesidad.

JUSTIFICACIÓN

La obesidad ha crecido de manera acelerada en las últimas décadas, alcanzando proporciones epidémicas a partir de 1998 y, desde esa fecha, se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que más de 2.8 millones de personas mueren cada año en todo el mundo a causa del sobrepeso y la obesidad. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de obesidad entre adultos en Colombia para 2016 era del 22.3% y que tiene un intervalo de confianza que va desde 18.5% hasta 26.5%.

ILUSTRACIÓN 1 PREVALENCIA OBESIDAD EN COLOMBIA SEGÚN LA OMS EN EL 2016



Fuente: Organización Mundial de la Salud

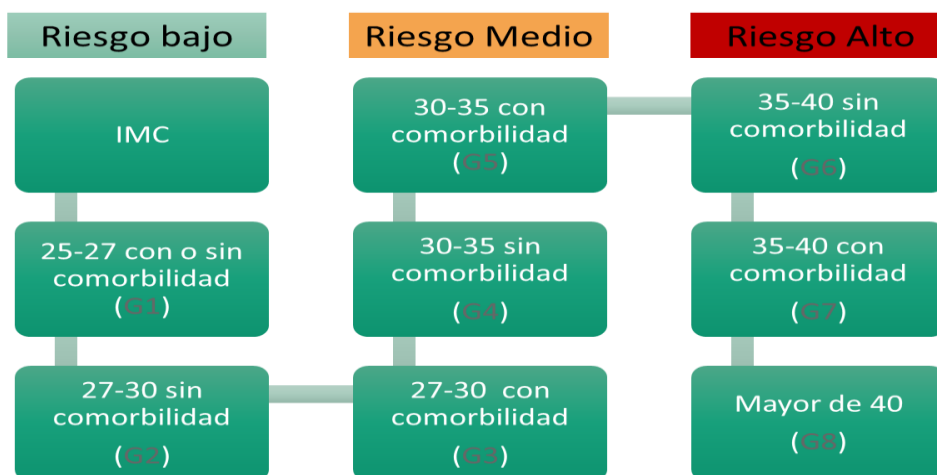
La Obesidad se define en adultos, según los sistemas de clasificación y las guías de obesidad, basados en la medición del IMC que es una medida del peso corporal ajustada para la altura [peso (kg) / estatura 2 (mts)], y se clasifica según



la OMS en peso corporal saludable como un IMC entre 18,5 y 24,9 kg/m², sobrepeso entre 25,0 y 29,9 kg/m² y obesidad ≥30 kg/m². En niños y adolescentes, las tablas de crecimiento de IMC por edad de los Centros para el Control y la Prevención de

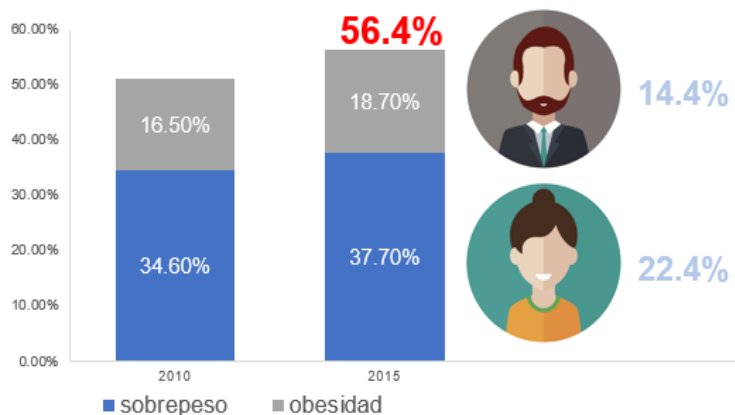
Enfermedades (CDC) de EE. UU. definen el sobrepeso como un IMC igual o superior al percentil 90 del peso estándar y la obesidad como un IMC superior al percentil 95 del peso estándar(4). La gran limitante del IMC por si solo radica en que no distingue distribución de la grasa corporal, ya que la grasa visceral predice el desarrollo del síndrome metabólico, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y el riesgo de mortalidad total por lo que se debería acompañar la medición de la circunferencia abdominal o acompañarlo de comorbilidades. Para el nuevo modelo se plantea una nueva clasificación de la obesidad según el riesgo en 9 grados, propuesta diseñada por el equipo de endocrinólogos de la central de especialistas de la IPS, en la cual se clasifica el riesgo dependiendo del IMC y de la presencia o no de comorbilidades (ilustración 2). En Colombia está reglamentado la manera de medir los indicadores antropométricos de menores de edad y adultos de 18 a 64 años con la Resolución 2465 de 2016.

ILUSTRACIÓN 2: CLASIFICACIÓN OBESIDAD SEGÚN EL RIESGO, PROPUESTA POR EQUIPO DE ENDOCRINOS DE LA CENTRAL DE ESPECIALISTAS DE LA IPS



Fuente: Creación propia con equipo de Endocrinólogos de la central de especialistas de la IPS

ILUSTRACIÓN 3: ENCUESTA NACIONAL DE SITUACIÓN NUTRICIONAL DE COLOMBIA ENSIN 2015



Datos de Colombia, de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia ENSIN 2015, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, nos muestra que en un lustro se pasó del 51,1% al 56,4% de la población con Obesidad o sobrepeso.

Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar

Además de la tendencia de aumento mostrada a 2015 se suma que, con los confinamientos producidos por la pandemia, se ha visto un incremento del IMC en la población. En un artículo publicado en JAMA (Journal of the American Medical Association), se demostró un aumento de peso constante a una tasa de 0,27 kg cada 10 días (IC del 95%, 0,17 a 0,38 kg cada 10 días; P < 0,001),

independientemente de la ubicación geográfica o las comorbilidades. Estos resultados se traducen en aproximadamente 1,5 libras (675 gramos) de aumento de peso cada mes (5).

ILUSTRACIÓN 4: DISTRIBUCIÓN PREVALENCIA OBESIDAD ESTADOS UNIDOS

| | Hombres | Mujeres | Niños y Adolescentes |
|----------|---------|---------|----------------------|
| Negra | 38.00% | 57.20% | 19.50% |
| Hispana | 37.90% | 46.90% | 21.90% |
| Blanca | 34.70% | 38.20% | 14.70% |
| Asiática | 12.60% | 12.40% | 8.60% |

Fuente: JAMA. 2016;315(21):2284-2291.

Un estudio de la tendencia de Obesidad en los estados unidos muestra la prevalencia con una distribución por razas, segregando por género y menores de edad. La distribución porcentual para los hombres es: hispano 37,9; negro 38,0; blanco 34,7 y asiáticos 12,6. Para las mujeres es: negra

57,2; Hispano 46,9; blanco 38,2 y asiáticos 12,4. Y para los niños y adolescentes es: hispanos 21,9; negro 19,5; blanco 14,7 y asiáticos 8,6(6).

Se realiza un análisis de la población de la IPS objeto del modelo con corte a marzo 2021, corresponde a 26415 pacientes; de los cuales 4755 tienen diagnóstico de Obesidad G3 (IMC 27-30 sin comorbilidad), y 2618 con obesidad G4 (IMC 30-35 sin comorbilidad) para un total de población objeto del modelo de 7373 pacientes, que corresponden al 27.9% de población de la IPS.

Causas de obesidad

La obesidad no es una patología unicausal, los estudios coinciden que esta es una enfermedad multicausal; pero la raíz está en que es una enfermedad mal adaptativa, donde el principal factor está en la relación entre la ingesta de alimentos y el gasto energético, balance que de ser positivo (mayor cantidad de ingresos que gastos) promueve el crecimiento del tejido adiposo y la obesidad. Las investigaciones cada vez suman más elementos involucrados en su génesis; actualmente se conocen factores genéticos, ambientales, neuroendocrinos, dietéticos y metabólicos, pero más del 95% de los pacientes la etiología es multifactorial denominada obesidad esencial (7).

Dentro de los desencadenantes de la obesidad, está la alimentación occidental, caracterizada por una alta ingesta energética, bebidas azucaradas (8) asociado a un aumento del sedentarismo, que se ha incrementado en las últimas décadas y se acentuó el último año a raíz del confinamiento producido por la pandemia del COVID 19 (3).

Dificultades para la aproximación a la obesidad: (4)

- a. Es una condición estigmatizada. Tanto los pacientes como los profesionales de la salud responden negativamente a las personas con sobrepeso, lo que puede afectar negativamente al tratamiento.
- b. Priorizar la disminución de peso como efecto cosmético sobre el deseo de los beneficios para la salud. Bajar 5% al 10% del peso es una gran meta desde la salud, pero no tiene la recompensa esperada desde los resultados estéticos.
- c. Las aseguradoras de salud han evitado el uso de terapias farmacológicas para la obesidad, frenando aún más el interés de la industria farmacéutica en desarrollar terapias farmacológicas para la obesidad.

Asociación de la obesidad con múltiples patologías:

Cardiovascular:

En condiciones fisiológicas normales, el tejido adiposo libera diversas moléculas bioactivas, tales como: leptina, adiponectina, interleucina-6 (IL-6), el factor de necrosis tumoral- α (TNF- α) y el inhibidor del activador del plasminógeno (PAI -1). En condiciones patológicas de obesidad, ante la presencia de tejido adiposo disfuncional, se altera el equilibrio de estas moléculas, aumenta la liberación de leptina, IL-6 y TNF- α y disminuye adiponectina; situación que contribuye a alteraciones metabólicas derivadas de la obesidad, tales como: dislipidemia, estrés oxidativo, inflamación, diabetes, disfunción endotelial, resistencia a la insulina, factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de aterosclerosis, infarto de miocardio y otras enfermedades cardiovasculares(9).

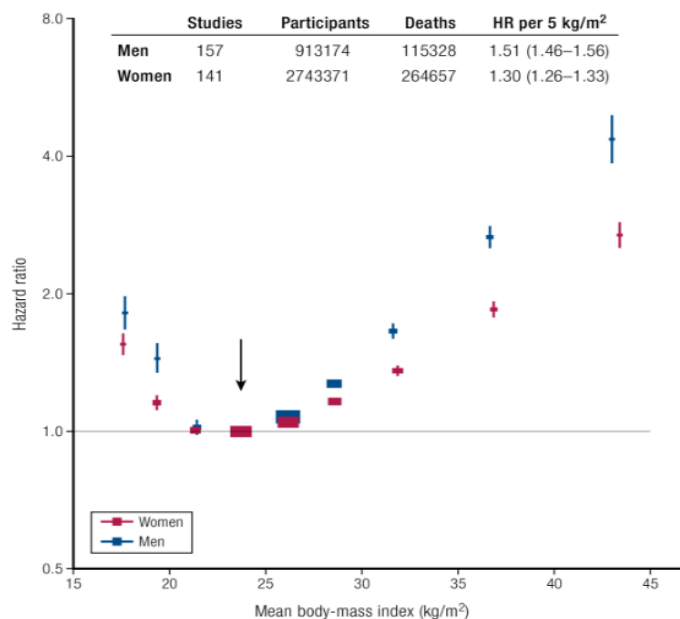
Cáncer:

Los resultados en un estudio en China (¿cuál estudio, año?) mostraban que la obesidad aumentaba el riesgo tanto en la incidencia de cáncer gástrico (Hazard Ratio (HR) = 3,82, Intervalo de Confianza (IC) del 95%: 1,97-7,38) como en la incidencia de cáncer de hígado (HR = 3,00, IC del 95%: 1,36-6,65) en los hombres, mientras que tanto el sobrepeso (HR = 1,98, IC del 95%: 1,03-3,82) como la obesidad (HR = 2,75, IC del 95%: 1,25-6,06) aumentaron el riesgo de cáncer de colon incidencia en varones.

Por último, la relación del IMC y la mortalidad obliga a trabajar en la obesidad, como se relaciona en la tabla del Global Burden of Disease Project: la asociación del sobrepeso y la obesidad con una mayor mortalidad, por todas las causas, fueron demostradas ampliamente. Este hallazgo respalda las estrategias para combatir todo el espectro de exceso de adiposidad en muchas poblaciones (10).

Por tanto, la obesidad es hoy en día uno de los más graves problemas de salud que requiere de programas de prevención a la población general y atención inmediata, que evite las complicaciones metabólicas y disminuya su impacto en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares crónicas como la diabetes, hipertensión, dislipidemia, enfermedad coronaria. Se requiere con urgencia implementar modelos que impacten de manera favorable en el estilo de vida (hábitos alimenticios saludables, bienestar mental y actividad consciente). De no tomar

ILUSTRACIÓN 5: PESO Y MORTALIDAD GLOBAL BURDEN OF DISEASE PROJECT



Fuente: Body-mass index and all-cause mortality - The Lancet

medidas y acciones al respecto, los servicios de salud y recursos no serán suficientes para atender el alto porcentaje de la población que presentará enfermedades metabólicas (crónico-degenerativas) (9), osteomusculares y cáncer derivadas de la obesidad.

OBJETIVOS

Objetivo general

Proponer la reorientación del modelo de atención para pacientes con diagnóstico de obesidad que permita ampliar el alcance al riesgo medio en el primer nivel de atención en una IPS del municipio de Bello; que disminuya la progresión de la obesidad y por tanto las intervenciones quirúrgicas en los próximos 3 años.

Objetivos específicos:

- Describir los recursos técnicos, humanos y financieros que permitan la reorganización del modelo de atención de obesidad.
- Describir los pilares que permitan generar una sensibilización en el personal asistencial que mitigue el estigma de la obesidad y lo cualifique en lenguaje asertivo.
- Abrir los espacios necesarios para que el modelo cuente con los momentos indicados para enseñar hábitos de vida saludables de los pacientes durante los 2 años de manejo.
- Diseñar los espacios en el modelo que permitan disminuir el sedentarismo de los pacientes que ingresan.
- Proponer indicadores para la medición de los procesos propuestos acorde al nuevo modelo planteado.

ABREVIATURAS

BMI Body Mass Index

COVID 19 Enfermedad de Coronavirus 19

DM2 Diabetes Mellitus tipo 2

EAPB Entidad Aseguradora del Plan Básico.

FNSP Facultad Nacional de Salud Pública

HTA Hipertensión Arterial

IAM Infarto Agudo de Miocardio

IMC Índice de Masa Corporal

IPC Índice de Precios al Consumidor

IPS Institución Prestadora de Servicios de Salud

IRC Insuficiencia Renal Crónica

OMS Organización Mundial de la Salud

RAE Real Academia Española

RIAS Rutas Integradas de Atención en Salud

SAHOS Síndrome de Apnea/Hipopnea Obstructiva del Sueño

SEEN Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

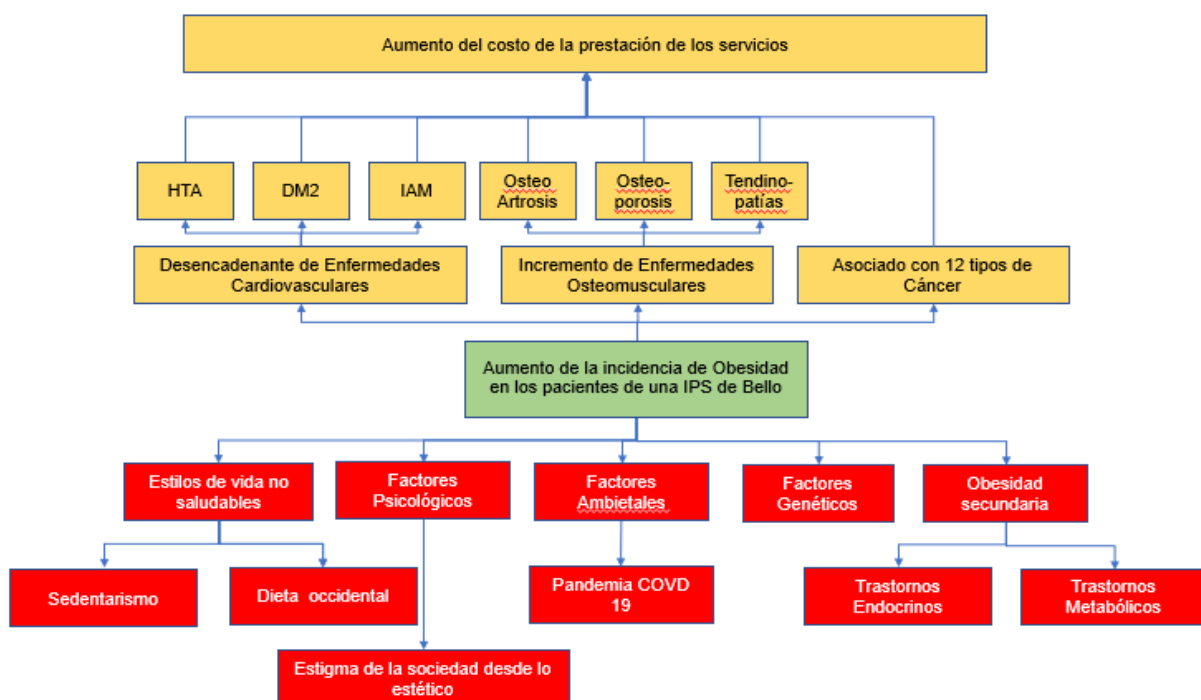
STAFF Conjunto de personas que forman un cuerpo o equipo de estudio, información o asesoramiento

WHO World Health Organization

DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

1. En la materia diseño de la monografía de la especialización en administración de servicios de salud, se realizó un árbol analítico del problema “Aumento de la incidencia de la obesidad en los pacientes de una IPS de Bello”, encontrando como causas los estilos de vida no saludables (sedentarismo y dieta occidental), factores psicológicos (estigma de la sociedad desde lo estético), factores ambientales (cuarentenas por la pandemia por COVID 19), factores genéticos y obesidad secundaria (trastornos endocrinos y metabólicos). Con unas consecuencias que van desde ser desencadenante de enfermedades cardiovasculares (HTA, DM2, IAM), incremento de enfermedades osteomusculares (osteoartrosis, osteoporosis y tendinopatías) y la asociación con 12 tipos de cáncer, estas 3 consecuencias conllevan al aumento del costo de la prestación de servicios para el asegurador (Ilustración 6).

ILUSTRACIÓN 6: ÁRBOL ANALÍTICO DEL PROBLEMA AUMENTO DE LA INCIDENCIA OBESIDAD (CREACIÓN PROPIA)



2. Se contextualiza el problema planteado mediante el desarrollo de una perspectiva teórica. Se realizó una planeación de la búsqueda de información; una revisión de la literatura en las bases de datos Pubmed, SciELO, Science direct, Google scholar; se detectó la literatura pertinente; se extrajo y recopiló la información de interés y se construyó la justificación del proyecto.
3. Se hizo una referenciación con la EAPB del modelo actual del programa especializado en obesidad, con los criterios de inclusión y exclusión y los criterios que definen para ingreso a cirugía bariátrica.
4. Se realizó reunión con equipo de Rutas Integradas de Atención en Salud (RIAS) de la compañía, para revisar ruta actual de la obesidad, donde se encuentra que solo se tiene definición para los menores de 5 años, no hay una ruta definida para los adultos.
5. Se realizó reunión con equipo de Modelo Saludables, tratando de alinear lo implementado con el nuevo modelo de obesidad, donde se ve afinidad de ambos modelos desde la prevención y empoderamiento de los pacientes para adquirir hábitos de vida saludables, pero se define que no es viable combinarlos, ya que la población objetivo del modelo de saludables se definió que no debían tener diagnósticos de patologías de base, por tanto, no sería compatible incluir pacientes con obesidad.
6. Se presenta propuesta con equipo de endocrinólogos de la central, quienes manifiestan que la propuesta de reorganización del modelo de atención en obesidad cuenta con muchos elementos de las ideas formuladas como grupo, donde el planteamiento y la justificación son acordes. Encuentran muy acertado la selección de la población sobre todo teniendo en cuenta que es un programa de atención primaria. Además, como grupo resaltan que la propuesta cumple con los lineamientos generales de un modelo, que enmarca estos 5 aspectos:
 - Objetivo que genera valor
 - Alcance a un grupo de riesgo

- Ciclo integral de atención de la población blanco
 - Equipo clínico y administrativo
 - Seguimiento a través del tiempo con indicadores.
7. Se revisó la propuesta con el equipo de apoyo de la IPS de la ciudad de Bello (Nutricionistas, Psicólogos, Preparador físico), le ven gran valor al manejo multidisciplinario para poder alcanzar metas y generar impacto en los pacientes obesos.
 8. Con las observaciones de los endocrinólogos y el equipo de apoyo de saludables, se plasma el proceso y el cronograma del modelo de atención de los pacientes de riesgo medio que complementa el programa especializado que actualmente tiene la EAPB para los pacientes de alto riesgo.
 9. Se realizó un dimensionamiento del personal necesario para la operación del nuevo modelo con equipo encargado de planeación de recursos de la IPS.
 10. Se revisó con el equipo del área de planeación financiera de la IPS un presupuesto del modelo.

DESARROLLO DEL NUEVO MODELO

La atención de salud en el primer nivel de atención, en cuanto a eficacia y eficiencia, debe tener una reorganización hacia un enfoque centrado en las personas con una focalización en las necesidades de salud. Enfoque que busque unas relaciones personales duraderas, con una atención integral y continua; además, con equipos multidisciplinarios cercanos a los usuarios que se ocupen de un grupo de población determinado; que coordinen las contribuciones de los especialistas, los hospitales y las organizaciones comunitarias. Un enfoque basado en la responsabilidad sobre la salud de todos los integrantes de la comunidad a lo largo del ciclo vital, sobre todo la responsabilidad de afrontar los determinantes de la mala salud.

La Promoción de la Salud es esencialmente protectora y de fomento de estilos de vida saludable, buscando actuar en lo colectivo sobre los determinantes de la salud y promoviendo el bienestar tanto de la persona sana como enferma, en este contexto, la enfermedad es vista como una oportunidad para el crecimiento. Para el mejoramiento de la calidad de vida se necesita de un proceso a largo plazo con acciones continuadas y aunque implica altas inversiones al inicio, su efectividad es significativa cuando se logra cambiar condiciones y estilos de vida.

Basados en el riesgo de la obesidad se debe iniciar un manejo integral de esta patología en todos los niveles de atención, con una planeación, ejecución y evaluación de las actividades de prestación de servicios enmarcados en la normatividad actual que existe en el país que son las RIAS, específicamente la de alteraciones nutricionales (desnutrición u obesidad).

Modelo Actual

Actualmente existe en la EAPB un programa especializado de obesidad para sus pacientes, que está enfocado en el alto riesgo de la obesidad, que incluye pacientes con obesidades mórbidas (IMC > 40 sin comorbilidades), o con obesidad con IMC 30-39.9 con comorbilidades como HTA, diabetes/prediabetes, hígado graso, apnea del sueño, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal crónica. Se tienen en consideración pacientes próximos a cirugía bariátrica para acondicionamiento físico previo o

postquirúrgicos mayores de 1 año que requieran seguimiento estrecho. Se anexan los criterios de inclusión de programa especializado existente en la EAPB (ilustración 7) y de los criterios actuales para acceder a la cirugía bariátrica (ilustración 8). El programa especializado actual de atención se inicia con un manejo en el primer nivel de atención (IPS básica) con valoración nutricional, prescripción de ejercicio 150 minutos/semana y valoración por medicina interna quienes definen si cumple los criterios de ingreso al programa especializado (ilustración 7); ya en el programa inicia manejo interdisciplinario con revisión cada 3 meses, evaluando la adherencia con pérdida o ganancia de peso, si pérdida >3% se considera que el paciente responde a la estrategia y debe continuar igual manejo hasta estancar pérdida de peso, esto conlleva a considerar inicio del manejo farmacológico; pero si es un paciente adherente pero la pérdida de peso es <3% es candidato al manejo farmacológico que debe ser prescrito por medicina interna. El manejo inicial es con Orlistat 120mg c/8 horas por 3 meses (inhibidores de las lipasas; actúa evitando que algunas de las grasas de los alimentos consumidos se absorban en los intestinos), si tolerancia y pérdida de peso >4% se define en el modelo continuar manejo, de lo contrario se debe considerar falla terapéutica e iniciar con alguna marca comercial del Orlistat (Lipogras, Disgrasil, Xenical) por 3 meses y evaluar, si falla terapéutica considerar un escalonamiento de medicamento al Liraglutida (Saxenda) por 3 meses (miméticos de la incretina. Actúa ayudando al páncreas a liberar la cantidad correcta de insulina cuando los niveles de azúcar en la sangre son altos), con unas claras metas establecidas y si el paciente no alcanza una pérdida del 5% del peso se suspende el tratamiento.

ILUSTRACIÓN 7: CRITERIOS INCLUSIÓN PROGRAMA ESPECIALIZADO DE OBESIDAD DE LA EAPB

| PROGRAMA | IPS ESPECIALIZADA | RUTA REMISION | CRITERIOS PARA EL INGRESO |
|--------------------------------------|---|---|---|
| PROGRAMA GESTION CLINICA DE OBESIDAD | IPS ESPECIALIZADA CLINICA DE OBESIDAD CEMDE | Ipsa-remisión gestión clínica de obesidad, está habilitado para la remisión desde las siguientes especialidades: Hepatología, endocrinología, Pediatría, cx, medicina interna | <ul style="list-style-type: none"> * Pacientes mayores de 6 años y menores de 75 años. * Pacientes con IMC mayores de 30-39.9, con comorbilidades como HTA, diabetes, hígado graso, Enf. Respiratorias, Enf. Cardiovascular, IRC. * Pacientes con IMC 40 o mas, sin comorbilidades |
| | IPS ESPECIALIZADA CLINICA DE OBESIDAD MODOFISIO | | <ul style="list-style-type: none"> * Pacientes con Obesidad próximos a realizar intervención quirúrgica y que requieran de un acondicionamiento físico previo a la cirugía. * Pacientes con mas de un año de haber sido sometidos a procedimiento de Cirugía Bariátrica que requieren seguimiento estrecho por grupo de expertos para lograr la homeostasis de su organismo y adquirir hábitos de vida saludables, disminuyendo el riesgo de recaída. |

Fuente: EAPB

ILUSTRACIÓN 8: CRITERIOS DE INGRESO A CIRUGÍA BARIÁTRICA DEFINIDOS POR LA EAPB

| PROGRAMA | IPS ESPECIALIZADA | RUTA REMISION | CRITERIOS PARA EL INGRESO |
|--------------------|-------------------|--------------------------------------|---|
| CIRUGIA BARIATRICA | N.A | PROGRAMA GESTION CLINICA DE OBESIDAD | <ul style="list-style-type: none"> • IMC de 40 kg/m² o superior, con o sin comorbilidades que puedan mejorar clínicamente con la pérdida de peso. • Tener un IMC de 35 a 40 kg/m² con comorbilidades que puedan mejorar clínicamente con la pérdida de peso |

Fuente: EAPB

Propuesta nuevo modelo

Para iniciar el nuevo modelo de atención clínica que permita ampliar el alcance al riesgo medio de la obesidad, se debe partir de la premisa que el pilar fundamental es poder cambiar la manera de abordaje del paciente con obesidad en el equipo asistencial, poniendo el paciente en el centro de la atención, generando una sensibilización en el equipo asistencial sobre la patología y para esto se debe tener como base la capacitación continuada del personal enfocada en 4 aspectos:

Primero: sensibilizar al equipo con el tema “la obesidad un estigma a vencer”, que busque que el personal asistencial visualice que la obesidad no es una condición más de los pacientes sino una enfermedad y como tal se debe iniciar un manejo integral. Que reconozcan que los pacientes no son obesos por una elección de vida sino porque las condiciones propias de la vida los llevaron a ser así. Proceso de formación continuada que debe iniciar cuanto antes para poder cambiar el abordaje del equipo asistencial hacia los pacientes con diagnóstico de obesidad. Estas

capacitaciones deben tener una periodicidad mensual que refuercen los cuatro aspectos de la sensibilización y se debe realizar mínimo 1 año.

Segundo: en los riesgos a futuro de los pacientes de no intervenir su enfermedad ahora. La asociación a patologías cardiovasculares, cáncer y mortalidad como se hace referencia en la justificación.

Tercero: en la adecuada búsqueda de metas individualizadas que logran empoderar y generar adherencia a los pacientes. En la prescripción de alimentaciones balanceadas, actividad consciente y gestión de emociones individualizadas a cada uno de los pacientes.

Cuarto: en como buscar estrategias adicionales que fomenten la adherencia al programa como lo son las herramientas tecnológicas, ejemplo: el blog de la EAPB, aplicaciones de ejercicio que llevan el registro de las actividades realizadas e imponen retos personales.

El espacio de capacitación al personal se debe realizar de manera virtual por las aplicaciones disponibles (Zoom, Meet o Teams), donde se exponga a los colaboradores cómo desde su rol, movilizan la estrategia de la compañía y acompañan en la creación de este modelo para entregar una mejor experiencia y resultados a la población con obesidad, enmarcados en los cuatro pilares base ya mencionados. Además de la sensibilización, hay que realizar un enfoque en el actuar de todos los médicos desde la consulta general. Además de enseñar las herramientas que serán utilizadas para educar los pacientes.

El equipo médico de la IPS Básica debe tener muy claro los criterios de inclusión, tanto como el equipo del modelo ya que la atención de los pacientes debe ser integral, y durante el primer año el paciente sienta todo el apoyo de los profesionales del programa, como Médicos expertos (médico general capacitado por los especialistas que le genere una experiencia adicional en obesidad), Médico Internista, Nutricionista, Sicólogo y preparador físico. El foco del nuevo modelo de atención es el riesgo medio de la obesidad, G3 IMC 27-30 con comorbilidades y G4 IMC 30-35 sin comorbilidades, ya que el G5 IMC 30-35 con comorbilidades quedó

incluido en los programas actuales de obesidad que manejan el riesgo alto, G6, G7 y G8 (ilustración 2: clasificación según el riesgo)

➤ Criterios de Inclusión:

*Pacientes mayores de 18 años sin límite de edad

*Pacientes con IMC mayor de 27 con comorbilidades como HTA, hígado graso, IRC, dislipidemia (valores del ATP III Colesterol total >200 mg/dl, Colesterol LDL >130 mg/dl, Colesterol HDL <35 mg/dl y/o Triglicéridos >150 mg/dl), prediabetes, DM2, SAHOS. (con Índice de salud bajo).

*Pacientes con IMC de 30 - 35 sin comorbilidades.

➤ Criterios de Exclusión:

*Pacientes menores de 18 años

*Pacientes con patología psiquiátrica diagnosticada en manejo activo por psiquiatría.

*Pacientes con diagnóstico de cualquier condición médica que contraindique la pérdida de peso (Ejemplo: embarazo o lactancia, cáncer, diálisis)

*Pacientes que no quieran ingresar al programa, en caso de negación se deben dar claras recomendaciones de metas personalizadas de manejo nutricional, ejercicio, y abrir la posibilidad de ingreso al programa en consultas posteriores en caso de aceptar.

El programa inicia desde la consulta médica, haciendo la medición antropométrica adecuada, además de peso y talla, incluir la medida de la circunferencia abdominal. Clasificando los pacientes en los 9 grupos de la obesidad según el riesgo y definir el ingreso al programa. El manejo de la obesidad debe tener un enfoque inicial desde la toma de conciencia del equipo y del paciente de la obesidad como enfermedad, para poder adquirir cambios radicales en los hábitos de vida saludables, nunca criticar el peso del paciente, ser empático con su patología.

Para ingresar los pacientes se captarán por un Forms (Formato de formularios de Microsoft) que permite recolectar encuestas virtuales y tener la base de datos de pacientes anotados para poder asignar la cita de ingreso sincrónico al programa.

Se requiere que una auxiliar administrativa que realiza una gestión de la base de datos, llama al paciente, asigna la cita de ingreso sincrónico, ya para la continuidad del programa, en cada cita del ciclo el responsable de asignar la próxima cita es el profesional que lo está atendiendo según el cronograma, con estos contactos con el paciente cada 3 semanas, se busca que estos tengan los 16 contactos el primer año, basados en la sugerencia de la SEEN Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, que garantizan un acompañamiento estricto del paciente logrando adherencia y por tanto cumplimiento de metas, que se traducen en un impacto económico para el asegurador.

En cada contacto se debe diligenciar el carné de seguimiento (ilustración 11) que permita llevar la trazabilidad del peso y el IMC.

Debe ser claro para todo el equipo que el tratamiento farmacológico puede ser útil en casos seleccionados, pero está indicado siempre en combinación con cambios en el estilo de vida. Iniciando de manera gradual la farmacoterapia con el Orlistat genérico, pasando por la marca comercial y llegando hasta la Liraglutida según las indicaciones de falla terapéutica y adherencia al tratamiento no farmacológico, porque de no ser así se desmontarán los tratamientos también a los pacientes incluso se podrá dar por terminado el programa por no adherencia del paciente.

ILUSTRACIÓN 9 CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

| Primer año | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|--------|-------|-------|
| Controles cada 3 semanas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| semana | 3 | 6 | 9 | 12 | 15 | 18 | 21 | 24 | 27 | 30 | 33 | 36 | 39 | 42 | 45 | 48 | 51 | 54 |
| contacto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| Psicología | Ps #1 | | Ps #2 | | | | Ps #3 | | | | staff | Ps #4 | | | | Ps #5 | | |
| Nutrición | NU #1 | | | NU #2 | | | | NU #3 | | | | | NU #4 | | | | NU #5 | |
| Preparador físico | De #1 | | | | De #2 | | | | De #3 | | | | | De #4 | | | | De #5 |
| MD Experto | MD #1 | | | | | MD #2 | | | | MD #3 | | | | | | | | |
| Med Interna | | Int #1 | | | | | | | | | | | | | | Int #2 | | |

| Segundo año | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|-----|--------|
| Controles cada 6 semanas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| semana | 57 | 60 | 63 | 66 | 69 | 72 | 75 | 78 | 81 | 84 | 87 | 90 | 93 | 96 | 99 | 102 | 105 | 108 |
| contacto | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 35 |
| Psicología | | staff | | Ps #6 | | | | | | | | Ps #7 | | | | | | Ps #8 |
| Nutrición | | | | | | NU #6 | | | | | | | | NU #7 | | | | NU #8 |
| Preparador físico | | | | | | | | De #6 | | | | | | | | De #7 | | De #8 |
| MD Experto | MD #4 | | | | | | | | | MD #5 | | | | | | | | MD #6 |
| Med Interna | | | | | | | | | | | | | | | | | | Int #3 |

Semana 3 El **ingreso**: se hará a las 3 semanas de captado en el Forms con un ingreso sincrónico multidisciplinario, que incluye el médico experto, en esta consulta se hace un enfoque desde la atención en descartar patologías endocrinológicas que puedan explicar una obesidad secundaria. Psicología buscando alteraciones emocionales que puedan llevar al fracaso del programa, nutrición para definir plan nutricional inicial, preparador físico para definir actividades y metas de ejercicio a realizar. Luego se continúa con un carrusel (consistente en una plataforma rotatoria) cada 3 semanas de evaluación con psicología, nutrición, preparador físico e internista hasta el segundo staff a la semana 60. Luego controles cada 6 semanas hasta finalizar el segundo año de manejo. El ingreso debe ser presencial, los controles posteriores se definirá la posibilidad de usar los canales de virtualidad.

Semana 6 **Internista**: Revisar los paraclínicos y descartar obesidad secundaria

Semana 9 **Psicología**: Afrontar la obesidad como enfermedad crónica, autorreconocimiento.

Semana 12 **Nutrición**: Revisar adherencia al plan nutricional, plato saludable.

Semana 15 **Preparador físico**: cumplimiento de pequeñas metas de actividad y definir nuevas actividades a realizar.

Semana 18 **Médico experto**: definir adherencias a las medidas no farmacológicas y definir inicio de tratamiento con Orlistat.

Semana 21 **Psicología**: manejo de la ansiedad

Semana 24 **Nutrición**: Revisar adherencia al plan nutricional, aprender a mercar.

Semana 27 **Preparador físico**: cumplimiento de metas de actividad, la importancia de caminar.

Semana 30 **Médico experto**: definir si existe falla terapéutica al Orlistat y diligenciar formato para acceder a marcas comerciales.

Semana 33: **STAFF**: Reunión sincrónica del equipo multidisciplinario tratante donde se definen en conjunto la adherencia general al programa del paciente y su continuidad.

Semana 36 **Psicología**: gestión de emociones, aprender a decir NO.

Semana 39 **Nutrición**: Revisar adherencia al plan nutricional, conteo de calorías.

Semana 42 **Preparador físico**: cumplimiento de metas de actividad.

Semana 45 **Internista**: definir si existe falla terapéutica al Orlistat comercial, y prescribir Liraglutida.

Semana 48 **Psicología**: cambios de conductas en los grupos sociales.

Semana 51 **Nutrición**: Revisar adherencia al plan nutricional, importancia del agua

Semana 54 **Preparador físico**: cumplimiento de metas de actividad.

Semana 57 **Médico experto**: Adherencia y tolerancia al Liraglutida.

Semana 60 **STAFF**: Reunión sincrónica del equipo multidisciplinario tratante donde se definen en conjunto la adherencia general al programa del paciente y su continuidad.

Semana 66 **Psicología**: compromiso conmigo mismo

Semana 72 **Nutrición**: Revisar adherencia al plan nutricional, alimentación y ejercicio

Semana 78 **Preparador físico**: cumplimiento de metas de actividad.

Semana 84 **Médico experto**: Adherencia y tolerancia al Liraglutida.

Semana 90 **Psicología**: retos a futuro

Semana 96 **Nutrición**: Revisar adherencia al plan nutricional, conservar el hábito

Semana 102 **Preparador físico**: cumplimiento de metas de actividad.

Semana 108 **Cierre** del programa, nuevamente evaluación sincrónica. Compromisos a futuro desde la continuidad de los hábitos adquiridos.

La continuidad se definirá en los STAFF (Reunión sincrónica del equipo multidisciplinario tratante), que se realizarán en la semana 33 y 60 donde de manera multidisciplinaria se evaluará adherencia al tratamiento no farmacológico como principal herramienta para lograr no aumentar peso y empezar a disminuir. Haciendo foco en los hábitos de alimentación saludable y actividad consciente. Revisando que los usuarios estén ingresando al blog de Sura a la sección de saludables. En caso de detectar que no hay adherencia en los controles individuales de cada 3 semanas, se debe insistir en el cumplimiento para poder continuar en el programa, el cual se definirá en las semanas 33 y 60 en los staff. Si en algún momento el paciente no desea continuar en el programa se puede dar el alta.

ILUSTRACIÓN 10: DIAGRAMA DEL PROCESO PROGRAMA DE OBESIDAD

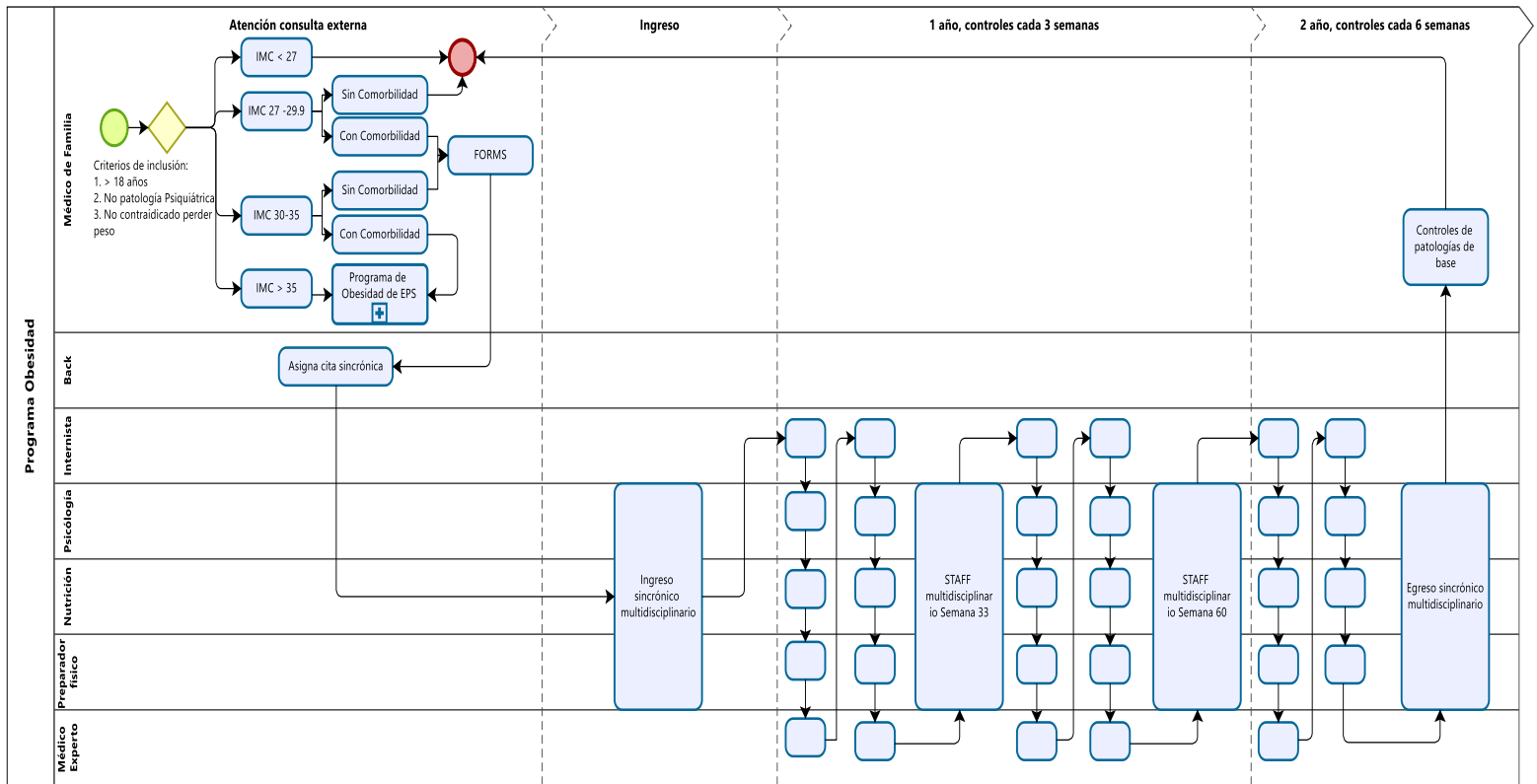
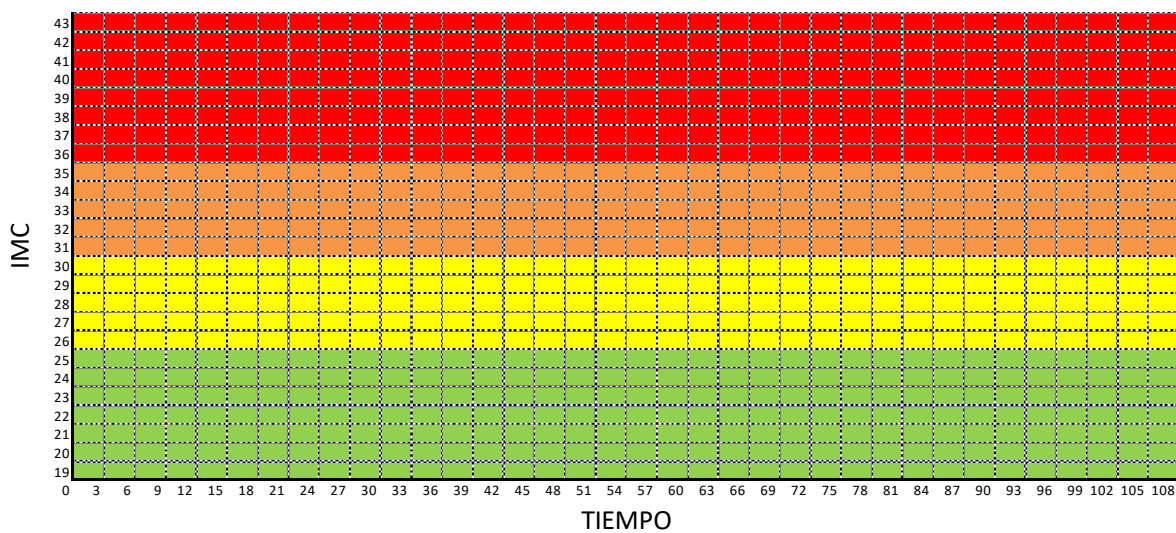
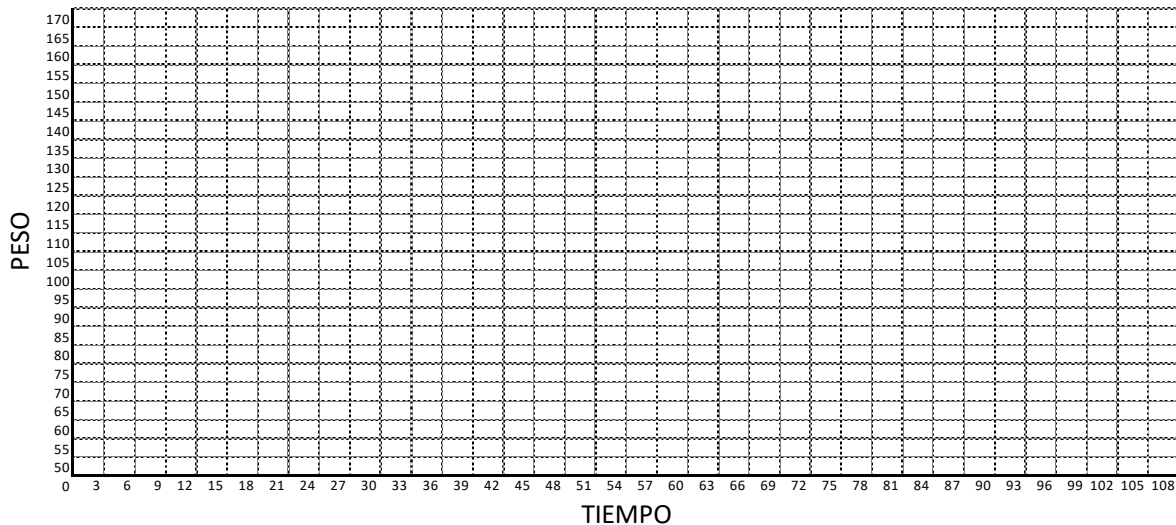


ILUSTRACIÓN 11 CARNÉ SEGUIMIENTO



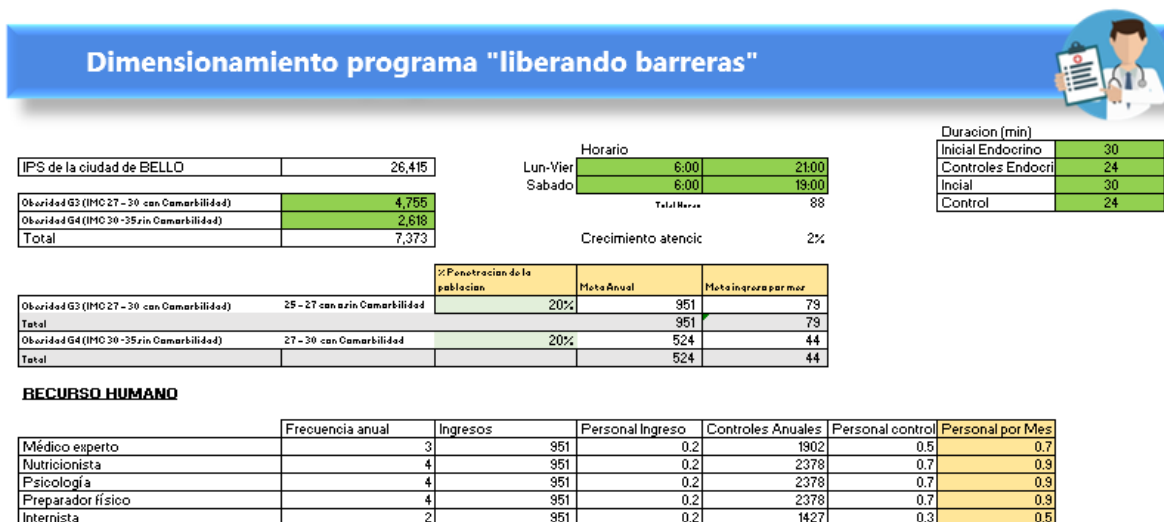
Ya el blog está creado, con un área de salud que tiene temas de actividad física, prevención en salud, nutrición, familia, relaciones personales, tiempo libre, cáncer de mama, saludables y Bienestar. La ruta de acceso al blog de la EAPB, área de salud es <https://acortar.link/Wgc2Ng> o con el código QR.



Dimensionamiento de recurso humano

Con el equipo de planeación de recurso de la IPS, se realiza ejercicio de dimensionamiento del talento humano necesario para poder implementar el modelo, poniendo como meta una penetración de la población del 20% de los pacientes con diagnóstico de obesidad G3 y G4, los tiempos dimensionados se llevan a tiempos completos de 48 horas y el resultado del ejercicio muestra que se requiere de 0.7 de Médico Experto correspondiente a 34 horas/semana, 0.9 de nutricionista, psicólogo y preparador físico que equivalen a 43 horas/semana y 0.5 de internista vale por 24 horas/semana como se muestra en la ilustración 12.

ILUSTRACIÓN 12: DIMENSIONAMIENTO RECURSO HUMANO, REALIZADA POR ÁREA DE PLANEACIÓN DE RECURSO HUMANO



Fuente: Elaboración propia con ayuda del equipo de planeación de recurso humano

Presupuesto financiero

Se revisó con el equipo del área de planeación financiera de la IPS un presupuesto del modelo, basados en el ejercicio de dimensionamiento del recurso humano, se tuvo en cuenta los siguientes salarios y se realizó presupuesto de costo con un factor prestacional aproximado del 1.56 y se llevó al costo anual de cada rol.

Para la compañía el factor prestacional se definió por los siguientes porcentajes, salud 8.50%, Pensión 12%, ARL 0.52%, Parafiscales 9% (Sena 2%, ICBF 3%, Caja de compensación familiar 4%), Prima de servicios 8.00%, Cesantías 8.33%,

Intereses sobre las cesantías 1%, Vacaciones 4.17%, Dotación 5%. Quedando en total promedio para el ejercicio 56%.

| NOMBRE CARGO | TC | SALARIO | COSTO MES (1.56) | COSTO AÑO |
|---------------------|-----------|----------------|-------------------------|--------------------------|
| Médico experto | 0.7 | \$ 4,665,140 | \$ 5,029,060.82 | \$ 60,348,729.83 |
| Nutricionista | 0.9 | \$ 3,269,669 | \$ 4,375,739.94 | \$ 52,508,879.32 |
| Psicología | 0.9 | \$ 3,269,669 | \$ 4,375,739.94 | \$ 52,508,879.32 |
| Preparador físico | 0.9 | \$ 3,269,669 | \$ 4,375,739.94 | \$ 52,508,879.32 |
| Internista | 0.5 | \$ 14,247,055 | \$ 11,650,313.65 | \$ 139,803,763.75 |
| total | | | \$ 29,806,594.29 | \$ 357,679,131.53 |

Luego se estima un valor por usuario mes de \$15.000, llevado al año \$180.000, y se hace una proyección de crecimiento del 4% por 3 años, basados en los crecimientos históricos del índice de precios al consumidor (IPC) en Colombia. La capacidad de usuarios que ingresan la determinó la herramienta de dimensionamiento equivalentes al primer año de 1475 pacientes, para el segundo se disminuye a la mitad 736 acumulando 2211 pacientes, ya para el tercero como ya se dieron de alta a los que ingresaron el primer año vuelve a tener la capacidad de ingreso de 1475. Los costos indirectos y gastos fueron estimados y proporcionados por el área de financiera de la IPS objeto del modelo. (Ilustración 13).

ILUSTRACIÓN 13: PYG MODELO OBESIDAD, REALIZADA POR ÁREA DE FINANCIERO

| PYG modelo obesidad "liberando barreras" | Valor propuesto año 1 | Valor propuesto año 2 | Valor propuesto año 3 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | \$ 180,000 | \$ 187,200 | \$ 194,688 |
| | 2022 | 2023 | 2024 |
| USUARIOS INGRESAN | 1,475 | 736 | 1,475 |
| USUARIOS TOTALES | 1,475 | 2,211 | 2,211 |
| INGRESOS MEDICINA_ | \$ 265,500,000 | \$ 413,899,200 | \$ 430,455,168 |
| TOTAL INGRESOS | \$ 265,500,000 | \$ 413,899,200 | \$ 430,455,168 |
| Médico experto | \$ 60,348,730 | \$ 62,762,679 | \$ 65,273,186 |
| Nutricionista | \$ 52,508,879 | \$ 54,609,234 | \$ 56,793,604 |
| Psicología | \$ 52,508,879 | \$ 54,609,234 | \$ 56,793,604 |
| Preparador físico | \$ 52,508,879 | \$ 54,609,234 | \$ 56,793,604 |
| Internista | \$ 139,803,764 | \$ 145,395,914 | \$ 151,211,751 |
| PERSONAL ASISTENCIAL MEDICINA_ | \$ 357,679,132 | \$ 371,986,297 | \$ 386,865,749 |
| INSUMOS E INSTRUMENTAL MEDICINA_ | \$ 200 | \$ 200 | \$ 200 |
| COSTOS DIRECTOS MEDICINA_ | \$ 357,679,332 | \$ 371,986,497 | \$ 386,865,949 |
| TOTAL COSTOS | \$ 357,679,332 | \$ 371,986,497 | \$ 386,865,949 |
| CONTRIBUCION BRUTA MEDICINA_ | -\$ 92,179,332 | \$ 41,912,703 | \$ 43,589,219 |
| CONTRIBUCION BRUTA IPS_ | -\$ 92,179,332 | \$ 41,912,703 | \$ 43,589,219 |
| COSTO PERSONAL INDIRECTO_ | \$ 281,799 | \$ 293,071 | \$ 304,794 |
| LOCATIVOS IPS_ | \$ 61,989 | \$ 64,469 | \$ 67,047 |
| OPERATIVOS IPS_ | \$ 156,191 | \$ 162,439 | \$ 168,936 |
| DEPRECIACION Y AMORTIZACION | \$ 15,900 | \$ 16,536 | \$ 17,197 |
| TOTAL COSTOS INDIRECTOS IPS_ | \$ 515,879 | \$ 536,514 | \$ 557,975 |
| CONTRIBUCION IPS/RESULTADO TECNICO_ | -\$ 92,695,210 | \$ 41,376,189 | \$ 43,031,245 |
| GASTOS NOMINA DIR.NAL_ | | | |
| GASTOS GENERALES DIR.NAL_ | \$ 128,009 | \$ 133,129 | \$ 138,454 |
| GASTOS DIRECCION NACIONAL_ | \$ 128,009 | \$ 133,129 | \$ 138,454 |
| GASTOS NOMINA APOYO_ | | | |
| GASTOS DE ADMINISTRACION APOYO_ | \$ 72,494 | \$ 75,394 | \$ 78,410 |
| GASTOS APOYO_ | \$ 72,494 | \$ 75,394 | \$ 78,410 |
| GASTOS DE PROYECTOS_ | \$ - | \$ - | \$ - |
| TOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS_ | \$ 200,503 | \$ 208,523 | \$ 216,864 |
| TOTAL COSTO Y GASTO | \$ 358,195,210 | \$ 372,523,011 | \$ 387,423,923 |
| % ADMINISTRATIVO | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 |
| RESULTADO OPERACIONAL_ | -\$ 92,895,713 | \$ 41,167,666 | \$ 42,814,381 |

Fuente: Elaboración propia con ayuda del equipo de planeación financiera

El primer año de la estrategia daría un resultado negativo por la cantidad de pacientes, pero después del 2 año, el resultado operacional empieza a ser positivo para la IPS, aumentado el resultado financiero con la disminución del costo de los pacientes que no progresan a patologías crónicas que impactan las ayudas diagnósticas y recursos destinados a la cápita de la IPS, y desde el asegurador con la disminución del costo de la progresión de la patología, de las complicaciones y la disminución de intervenciones quirúrgicas.

Indicadores:

Basados en la teoría de la administración de que lo que no se conoce, no se mide, los que no se mide no se controla y lo que no se controla no se gerencia, es fundamental hacer una construcción de indicadores que se divide en 3 esferas:

Adherencia

- Pacientes que completan al programa: # pacientes completan los 2 años o mejoran IMC/ # pacientes que ingresan
- Pacientes que ingresan al blog: # pacientes ingresan al blog/ # pacientes que ingresan
- Pacientes adheridos al ejercicio: # Pacientes que cumplen metas semanales de ejercicio/ # pacientes que ingresan

Resultado

- Disminución del IMC: # pacientes que alcanzan metas IMC/ # pacientes que ingresan
- Inasistencia: (Eficiencia) # citas inasistidas/ #citas asignadas, con un meta <10%
- Evitabilidad de cirugía bariátrica (Eficacia): 1- (# pacientes que terminan remitidos para procesos de cirugía bariátrica) / # pacientes que ingresan
- Evitabilidad de comorbilidades (Efectividad): 1- (# pacientes que desarrollan desenlaces desfavorables (inicio de HTA, DM, IAM)) / # pacientes que ingresan

Impacto en salud:

- Realizar una encuesta a los pacientes en 3 momentos, los 2 staff y al finalizar el ciclo, que aporte conocimiento al equipo asistencial y administrativo sobre la efectividad del cuidado en salud desde la perspectiva de los pacientes, sobre la calidad del cuidado en salud. Qué permita mejorar el suministro de servicios de salud y justificar inversión de recursos (financiación del cuidado centrado en el paciente).

CONSIDERACIONES MODELO

1. Capacitación del personal de salud en “la obesidad un estigma a vencer”
2. Capacitar al personal en hábitos de vida saludables y como buscar en los pacientes las tres A.
 - a. Alimentación balanceada, tomar agua y masticar bien los alimentos.
 - b. Actividad consciente
 - c. Acertado manejo de las emociones.

Buscar metas en los pacientes realistas y alcanzables que los lleven a ser “su mejor versión”.

3. Evaluación integral en todos los momentos de la IPS, con adecuadas medidas antropométricas.
4. Buscar que los equipos remitan los pacientes al blog de EAPB a la sección de saludables.
5. Definir criterios claros de remisión a programas de obesidad de EAPB que generen articulación desde nivel básico.
6. Trabajar en la construcción de la RIAS de alteraciones nutricionales para el adulto.

CONCLUSIONES

Cambiar el estigma de la obesidad es el primer paso para lograr impactar en la atención de los pacientes, y esta debe empezar a ser considerada por todo el equipo asistencial, no como una condición sino como una enfermedad.

El manejo básico se fundamenta en adquirir hábitos de vida saludables, que incluyen una alimentación balanceada, tomar agua y masticar bien los alimentos, actividad consciente y manejo de las emociones. Buscar metas en los pacientes realistas y alcanzables que los lleven a ser “su mejor versión”.

Con una reducción del 5-10% del peso inician los beneficios del manejo integral e impactan en el resultado en salud de los pacientes y el costo a futuro para el asegurador, siempre y cuando la reducción se mantenga en el tiempo.

El primer año de la estrategia daría un resultado negativo por la cantidad de pacientes, pero después del 2 año, el resultado operacional empieza a ser positivo para la IPS, aumentando el resultado financiero con la disminución del costo de los pacientes que no progresan a patologías crónicas que impactan las ayudas diagnósticas y recursos destinados a la cápita de la IPS, y desde el asegurador con la disminución del costo de la progresión de la patología, de las complicaciones y la disminución de intervenciones quirúrgicas.

RECOMENDACIONES

Por la situación financiera que atraviesa la EAPB en este momento producto de la situación de la pandemia del Covid 19, no es factible presentar el modelo de atención finalizando este año y se debe postergar para inicios del 2022 que tenga unos presupuestos diferentes.

Para tener un impacto en el costo de la obesidad, independiente de la aprobación de la reorganización del modelo de atención en obesidad, es prioritario empezar en todas las IPS por a educar al personal asistencial sobre el abordaje del paciente obeso, desmitificando la obesidad como una condición más sino entendiéndola como una enfermedad y por tanto la necesidad de tratarla en estadíos tempranos.

El costo de educar a la población en adquirir hábitos de vida saludable generará sostenibilidad a mediano y largo plazo. Enfoque inicial en una alimentación balanceada y consciente, aumentar la ingesta de líquidos, realizar actividad física consciente y aprender a gestionar las emociones. Siempre buscando alcanzar “su mejor versión”.

Para un adecuado seguimiento del programa, se debe proponer a la EAPB montar el carné como anexo a la historia clínica, de manera que quede automatizado con el registro de los datos antropométricos tomados en los contactos del paciente en el programa.

En un mundo tan digital, para la EAPB es perentorio hacer una mayor difusión del Blog a los afiliados, generando mayor contenido que motive a adquirir hábitos de vida saludable.

Con la generación del trabajo se plantea la necesidad de generar la RIAS para obesidad en adultos, actualmente solo está establecida para desnutrición y obesidad en menores de 5 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ander-Egg E, Valle P. Guía para preparar monografías y otros textos expositivos. 2da ed. Lumen GE, editor. Argentina; 2008. 175 p.
2. Zupo R, Castellana F, Sardone R, Sila A, Giagulli VA, Triggiani V, et al. Preliminary trajectories in dietary behaviors during the COVID-19 pandemic: A public health call to action to face obesity. Vol. 17, International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020.
3. Glasper A. Obesity levels and COVID-19: The Government's mission. Vol. 29, British Journal of Nursing. 2020.
4. Bray GA, Heisel WE, Afshin A, Jensen MD, Dietz WH, Long M, et al. The Science of Obesity Management: An Endocrine Society Scientific Statement. 2018; Available from: <https://academic.oup.com/edrv>
5. Lin AL, Vittinghoff E, Olgin JE, Pletcher MJ, Marcus GM. Body Weight Changes During Pandemic-Related Shelter-in-Place in a Longitudinal Cohort Study. JAMA Netw Open [Internet]. 2021 Mar 22;4(3):e212536–e212536. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.2536>
6. Flegal KM, Kruszon-Moran D, Carroll MD, Fryar CD, Ogden CL. Trends in Obesity Among Adults in the United States, 2005 to 2014. JAMA [Internet]. 2016 Jun 7;315(21):2284–91. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.6458>
7. Rosero RJ, Duque JJ. Recomendaciones de la asociación colombiana de endocrinología, diabetes y metabolismo para el manejo de la obesidad Volumen II.
8. Malik VS, Pan A, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis 1-3. Available from: <https://academic.oup.com/ajcn/article/98/4/1084/4577098>
9. Contreras Leal É, Santiago García J. Obesidad, síndrome metabólico y su

impacto en las enfermedades cardiovasculares. *Rev Biomédica*.
2011;22(3):103–15.

10. Collaboration G, Angelantonio E, Bhupathiraju S, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet (London, England)*. 2016 Aug 20;388:776–86.

ANEXOS

Anexo 1

RE: Solicitud autorización Trabajo de Grado



Juan Carlos Suescun Giraldo

Para Yo Investigigo; Juan Fernando Velez Munera



2021/03/12

Buenos días

Juan Fernando tiene todo el aval y la autorización para realizar su trabajo de grado, me parece de mayor relevancia y aplicabilidad el tema de obesidad.

Pd: En caso de requerir información de usuarios, o datos de compañía, es importante la validación de las áreas técnicas y de salud pública.

Saludos

Juan Carlos Suescún Giraldo
DIRECTOR NACIONAL DEL NIVEL BASICO (E)