



ORIGINAL

Indicadores de un programa de gestión en cuidado paliativo en Colombia: seguimiento retrospectivo

Liney Sequeda Ferro¹, Lady Layton-Acevedo², Jorge Edgar Guevara Muñoz³, Luz Adriana Quintero González⁴ y Sonia Carreño-Moreno⁵

¹Gestora de Salud. COMPENSAR EPS. Bogotá, Colombia. ²Gerencia Multicohorte Compensar EPS. COMPENSAR EPS. Bogotá, Colombia. ³Gerente de planeación del modelo de Salud COMPENSAR EPS. Bogotá, Colombia. ⁴Profesional Modelo de Salud - Gestión del Conocimiento COMPENSAR EPS. Bogotá, Colombia. ⁵Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia

Recibido el 11 de agosto de 2021

Aceptado el 3 de febrero de 2022

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos, evaluación de resultado en la atención de salud, servicios de salud.

Resumen

Objetivo: Comparar el seguimiento a indicadores de cuidado paliativo (CP) de un programa implementado en Bogotá, Colombia, entre marzo de 2019 y febrero de 2020.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, comparativo, retrospectivo desarrollado con base en los indicadores de un programa de CP. La muestra correspondió a una cohorte de 391 personas. Fueron considerados indicadores: la frecuencia de eventos hospitalarios, días de estancia hospitalaria, admisiones a unidad de cuidado intensivo (UCI), consulta a urgencias, consumo de opioides, frecuencia de uso de servicios profesionales, dolor, bienestar, calidad de vida, satisfacción y uso de recursos financieros.

Resultados: Se reportó menor frecuencia de eventos hospitalarios, uso de cuidados intensivos, consulta a urgencias ($p < 0,01$), mayor consumo de opioides en el último mes de vida ($p < 0,01$) y menor gasto de recursos financieros ($p < 0,01$) en los usuarios del programa de CP comparados con los usuarios susceptibles de CP. Se reportó una frecuencia de uso de servicios profesionales por paciente y por mes entre 0,86 y 3,6, siendo la consulta por terapia respiratoria y enfermería los más frecuentes. Se observaron indicadores de satisfacción y bienestar por encima del 80 %, mientras que el control del dolor estuvo en el 74,1 %.

Conclusión: Existen efectos potenciales de la inclusión de pacientes en un programa de CP sobre la percepción del bienestar, control del dolor y satisfacción del paciente con efectos que se extienden al uso de recursos en salud y su consecuente contención del gasto financiero. Se requieren estudios futuros que permitan establecer relaciones causales entre el programa con los resultados financieros y los de los pacientes.

*Autor para correspondencia:

Sonia Carreño Moreno

Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Ac. 26, Teusaquillo, Bogotá, Colombia

Correo electrónico: spcarrenom@unal.edu.co

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2022.1285/2021>

Indicators of a palliative care management program in Colombia: a retrospective follow-up

KEYWORDS

Palliative care, outcome evaluation in health care, healthcare services.

Abstract

Aim: To compare follow-up among palliative care (PC) indicators of a program implemented in Bogotá, Colombia, between March 2019 and February 2020.

Materials and methods: A descriptive, retrospective study was developed based on the indicators of a PC program. The sample involved a cohort of 391 people. Considered indicators included frequency of in-hospital events, days of hospital stay, admissions to the Intensive Care Unit (ICU), emergency room visits, opioid use, frequency of professional services, pain, well-being, quality of life, satisfaction, and use of financial resources.

Results: A lower frequency was reported for in-hospital events, use of ICU, emergency room visits ($p < 0.01$), higher use of opioids in the last month of life ($p < 0.01$), and lower financial expenses ($p < 0.01$) among users of the PC program compared with the those susceptible of PC. The frequency of professional service usage per patient and by month was reported to be between 0.86 and 3.6, with respiratory therapy and nursing visits being most common. Satisfaction and well-being indicators were observed above 80 %, whilst pain management was 74.1 %.

Conclusion: There are potential effects of the inclusion of patients in a PC program on well-being perception, pain management, and patient satisfaction, with effects that extend to usage of health resources and consequent financial expense contention. Future studies are required that will allow establishing causal relations between a PC program with positive financial results and patients.

Sequeda Ferro L, Layton-Acevedo L, Guevara Muñoz JE, Quintero González LA, Carreño-Moreno S. Indicadores de un programa de gestión en cuidado paliativo en Colombia: seguimiento retrospectivo. *Med Paliat.* 2022;29:63-70.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional, la prevalencia de enfermedades crónicas, la multimorbilidad, discapacidad y enfermedades con síntomas de manejo complejo hacen de los cuidados paliativos (CP) una necesidad vigente en todos los sistemas de salud¹. Sin embargo, a pesar de la creciente demanda de CP, esta es ciertamente una de las intervenciones en salud con menos cobertura a nivel mundial². El sufrimiento grave relacionado con la salud (SGRS) como aquel que se deriva de la necesidad de CP estuvo presente en cerca de 25 millones de personas que murieron durante el 2015, de las cuales el 80 % habitaban en países de medianos a bajos ingresos económicos (PMBI) dentro de los cuales está Colombia². Aunado a lo anterior, se calcula que cada año 56,8 millones de personas requieren CP de los cuales 25,7 millones están en la fase final de vida³. Se estima que 48 millones de personas morirán con SGRS para 2060⁴, cifra que comparada con 26 millones de personas que murieron en similares condiciones en 2016 es un llamado de atención urgente a los gobiernos de PMBI los cuales presentan los aumentos más acelerados de muertes en estas condiciones.

En Colombia, el panorama del CP no se aleja de la tendencia mundial, más aún, clasificado como un PMBI, expresa diversas problemáticas tales como falta de coordinación en el sistema de salud para su provisión, falta de preparación por parte del equipo de salud, baja oferta de servicios de

CP y barreras para el acceso y uso de opioides⁵. Por ejemplo, a pesar de contar con una ley de CP y ser pionero en la reglamentación del derecho a la eutanasia, el CP es teoría y papel, pues en la práctica no hay acceso adecuado en cantidad y calidad a este servicio⁵. Para 2020, se documentó que Colombia, con una tasa sobre un millón de habitantes, cuenta con apenas 0,04 unidades de CP; 1,15 equipos móviles intrahospitalarios de CP; 0,77 equipos de primer nivel de CP; 0,02 hospicios; 0,79 equipos extrahospitalarios; 0,79 equipos de CP pediátricos y regular coordinación entre prescriptores y reguladores de analgésicos opioides, lo que lo ubica muy por debajo en indicadores e integración del CP frente a otros países de la región como Chile y Argentina⁶.

Prestar servicios de CP en PMBI es un reto, dada la falta de acceso a la analgesia opioide, la falta de políticas en salud, la concepción de que se trata de un servicio especializado y un costo adicional, así como las barreras asociadas a mitos y creencias tales como que el CP facilita la adicción a los opioides, que es solo para enfermos de cáncer o que únicamente es necesario para personas con enfermedad terminal^{7,8}. El CP ha demostrado ser un abordaje eficaz para personas con enfermedades que limitan la vida, pues ofrece alivio de los síntomas, apoyo psicosocial y para el duelo; además, ha demostrado ser costo-efectivo en países de altos ingresos⁹; en otras palabras, responde a la triple meta que consiste en mejores resultados en salud posibles, la experiencia del usuario y el uso racional de recursos que lleva a

la sostenibilidad financiera¹⁰. A pesar de la escasa evidencia que en cuanto a los resultados asociados a CP se tiene en PMBI, es posible asegurar que, en un país como Colombia, no solo el CP es viable, sino que tendrá impactos positivos en pacientes, cuidadores, familias, sociedad y el sistema de salud¹¹.

De forma específica, Colombia es un país que tiene dificultades para lograr la implementación de programas de CP (PCP), de los cuales el sistema de salud basado en el aseguramiento es una de las principales barreras, en donde, a pesar de tener como principio la cobertura universal y la integralidad, la realidad es la fragmentación de los servicios de salud en 2 actores que son, por un lado, los aseguradores, quienes reciben los aportes de contribuyentes y subsidiados por el Estado, administran el recurso financiero y autorizan o no la prestación de servicios, y, por otro, los prestadores, que son instituciones de salud que brindan los servicios directos y que son contratados por los aseguradores¹². Lo anterior favorece no solo la falta de coordinación entre aseguradores y prestadores, sino, en general, entre todos los actores del sistema de salud, tales como los profesionales, las instituciones, los niveles de complejidad, los registros clínicos, los dispensadores de medicamentos y los activos sociales en salud; además, producto de ello es la insatisfacción general con el sistema, la desatención de necesidades en salud y la falta de optimización de recursos financieros.

En el marco de un sistema de salud como el colombiano, son requeridos estudios que apuesten por el logro de la integración y, en particular, la coordinación entre aseguradores y prestadores. Además, dada la necesidad de robustecer la evidencia disponible acerca de la implementación de PCP en PMBI, el propósito de este estudio fue comparar el seguimiento a indicadores de CP de un programa implementado en Bogotá Colombia entre marzo de 2019 y febrero de 2020 entre pacientes incluidos y no incluidos en dicho programa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Estudio descriptivo, comparativo y retrospectivo desarrollado con base en los indicadores de un PCP entre marzo de 2019 y febrero de 2020. Se optó por el análisis de dicho periodo temporal con el fin de evitar sesgos asociados a la pandemia por COVID-19, que pueden no reflejar la operación regular del programa.

Escenario y muestra

El estudio se condujo en el marco de un PCP de una empresa administradora de planes de beneficio en Colombia, el cual es un programa que se diseñó con asesoría de una organización internacional que busca la excelencia de PCP¹³. Este programa está contemplado con el fin de lograr una triple meta en términos de la mejora de los desenlaces en salud de sus asociados, mejorar la experiencia de estos y racionalizar el uso de los recursos¹⁰.

La muestra del estudio corresponde a una cohorte de personas en CP que en el mencionado periodo de observación está compuesta por 391 personas. Se trató de un muestreo

por conveniencia retrospectivo realizado en las bases de datos y tablero de indicadores del PCP. Dicho tablero de datos recopila la información mensual de seguimiento a indicadores del PCP, se encuentra parametrizado y se alimenta con la información que incluyen los profesionales y proveedores del programa. El muestreo por conveniencia se realizó accediendo a las bases de datos del tablero de indicadores del programa en el periodo de estudio.

Descripción del programa de cuidado paliativo versus la atención convencional

El PCP es un programa de gestión diseñado para brindar acompañamiento a personas con condiciones crónicas en fase terminal, que implican síntomas, problemas emocionales, prácticos, sociales y espirituales que generan en la persona y su familia un estado de sufrimiento. El programa se encarga de la gestión de los planes de beneficio, articulación, acompañamiento y seguimiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Articula, además, la prestación de servicios de salud en los diferentes escenarios de atención, siendo el contexto domiciliario el que predomina sobre la internación y la atención en niveles básicos de atención.

Los pacientes susceptibles de CP son aquellos definidos por el estudio de McNamara y cols.¹⁴ que incluyen: enfermedad crónica avanzada clasificada como cáncer, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, enfermedades de motoneurona, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, enfermedad de Alzheimer e infección por VIH/sida.

La Tabla I presenta un cuadro comparativo de las actividades y servicios que reciben los usuarios que están, o no, incluidos en el PCP.

Medidas

Se compararon indicadores de actividad, bienestar, satisfacción y rendimiento económico.

Dentro de los indicadores de actividad, se evaluaron: número de eventos hospitalarios, número de consultas a urgencias y número de eventos de ingreso a unidad de cuidado intensivo, y media de días de estancia hospitalaria. En estos indicadores se consideraron como numerador la cantidad de usuarios con el evento (dentro y fuera del PCP) y como denominador el total de usuarios susceptibles de CP (dentro y fuera del PCP). También se registraron el número de actividades de apoyo espiritual, de cuidado de enfermería, de consulta de dolor y CP, de consulta de fisioterapia, de nutrición y dietética, de psicología, de terapia respiratoria y de trabajo social del PCP en el periodo, sobre el número de pacientes del PCP (para este indicador no se evaluaron datos comparativos entre los usuarios dentro y fuera del PCP, ya que no se contó con datos de registro de los usuarios fuera del PCP debido a la fragmentación de servicios que recibieron y la inviabilidad de coleccionar información de instituciones prestadoras diseminadas por toda la ciudad y sin un sistema único común de registro).

Dentro de los indicadores de bienestar se evaluó: el porcentaje de los usuarios fallecidos dentro y fuera del PCP

Tabla I. Usuarios que están, o no, incluidos en el PCP.

Criterio	Fuera del PCP	Dentro del PCP
Análisis de caso	El caso es analizado por el médico tratante	El caso de cada paciente es analizado por la Junta de CP (la junta se realiza con frecuencia semanal y en ella participan: un delegado de las instituciones que prestan servicios, la gestora de caso (enfermera), un representante de las cohortes de riesgo relacionadas (domiciliaria, oncológica, multicohorte)
Servicios garantizados	Atención por médico tratante con posibilidad de remisión a los diferentes servicios	Consulta con médico paliativista, trabajo social, enfermería, psicología y acompañamiento espiritual con la frecuencia que el paciente y su familia lo demanden. La atención es interprofesional y realizada por un equipo integrado
Acceso a los servicios	Los servicios deben ser autorizados por la empresa administradora de planes de beneficios antes de ser prestados por las instituciones de salud	Los servicios del programa no requieren autorización, por lo que se eliminan barreras administrativas
Costo para el paciente y su familia	Se debe cancelar una cuota moderadora por cada servicio o consulta	Los servicios están exentos de cuotas moderadoras
Integración	Se establece un plan de cuidados prescrito por el médico tratante	Se prescribe un plan de cuidados unificado (interprofesional e integrado)
Oportunidad	No hay ruta de atención y, por tanto, los servicios pueden tener demoras y pueden ser prestados por instituciones lejanas entre sí	Existe una ruta de atención que prioriza los servicios en tiempo y espacio geográfico

PCP: programas de cuidados paliativos.

susceptibles del CP con tratamiento de opioides en el último mes de vida y el porcentaje de pacientes con sensación de bienestar y control del dolor ($ESAS \leq 4$) dentro del PCP (por las mismas razones expuestas en los indicadores de actividad, este indicador no fue evaluado de forma comparativa).

Como indicador de satisfacción se evaluó el porcentaje de satisfacción de los usuarios en el PCP en el periodo de estudio.

Como indicador de rendimiento económico se evaluó el costo promedio por paciente de los servicios de los afiliados fallecidos dentro y fuera del programa susceptible de CP y diferencia de costos medios (oncológicos y no oncológicos). Este indicador se obtuvo identificando el costo total de las actuaciones y el consumo de recursos al final de la vida (3 meses antes del fallecimiento) de los 2 grupos y calculando una media de costo por usuario.

Análisis estadístico

El análisis se llevó a cabo con el software SPSS® versión 24. Se usaron frecuencias relativas para describir la muestra y el uso de servicios del PCP. Para describir el uso de servicios generales en salud y el uso de recursos financieros se emplearon medias y desviación estándar. Para comparar el uso de servicios y recursos entre los usuarios susceptibles de CP que se encuentran vinculados o no al PCP, se utilizó la prueba t-Student para muestras independientes, previo testeo de

requisitos de normalidad con el estadístico de Kolgomorov-Smirnov, esto, para las variables continuas. Para las variables discretas (porcentajes) se usó el estadístico Chi-cuadrado.

RESULTADOS

La cohorte de pacientes incluidos en el PCP estaba conformada por el 55 % de género femenino y el 74 % de ellos mayores de 60 años. El 86 % de ellos presentaban condiciones oncológicas, el 8,8 % neurológicas, el 3,5 % cardiovasculares y el 1,7 % otras categorías. Dentro de las patologías oncológicas más prevalentes para este grupo se encontró el cáncer gástrico (14,2 %), cáncer de otras partes del tracto digestivo (12,4 %), cáncer ginecológico (10,1 %), cáncer de próstata (9,8 %), cáncer de mama (9,6 %), cáncer de pulmón (8,6 %) y otros (35,3 %). Dentro de las condiciones crónicas no oncológicas se evidenciaron demencias (44,7 %), enfermedad renal crónica (16,4 %), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (11,8 %), secuelas de accidente cerebrovascular (10,5 %) y otras (16,6 %).

Por su parte, en el grupo de pacientes no incluidos en el PCP el 53 % eran mujeres, el 42 % tenían edades entre los 61 y 60 años, el 39 % eran mayores de 60 años, el 13 % tenían entre 46 y 60 años y solo el 6 % eran menores de 45 años. El 46 % de ellos presentaban condiciones oncológicas, el 26 % respiratorias, el 8 % cardiovasculares, el 6 % Alzheimer, el 6 % insuficiencia renal y el 9 % otras categorías.

Uso de servicios asistenciales generales

Dentro de los indicadores de uso de servicios generales en salud por parte de los usuarios susceptibles de CP, se destacó una diferencia significativa ($p < 0,01$) en la frecuencia de eventos hospitalarios, uso de cuidado intensivo, consulta a urgencias y consumo de opioides en el último mes de vida. Hubo menor uso de servicios de salud y mayor consumo de opioides por parte de los pacientes vinculados al PCP. La Tabla II presenta el comparativo de los indicadores de uso de servicios generales entre los usuarios susceptibles de CP que están dentro y fuera el PCP.

Uso de recursos financieros

Se observó una diferencia significativa ($p < 0,01$) en el costo medio en pesos colombianos entre los usuarios vinculados y no vinculados al PCP. Hubo menor consumo de recursos financieros por parte de los usuarios del PCP. La Tabla III presenta los indicadores de uso y ahorro de recursos financieros por parte de los usuarios susceptibles de CP que están dentro y fuera del PCP.

Uso de servicios de cuidado paliativo

El PCP ofrece una articulación de servicios que apuntan al abordaje integral, integrador e interdisciplinario. En general se observa que, en promedio, cada usuario accede a una o más actividades por profesión o servicio con una frecuencia

mensual. La Tabla IV presenta los indicadores de uso de servicios ofertados por el PCP a los usuarios de este.

Resultados en salud

Se destacan buenos resultados en satisfacción con el programa y bienestar, con proporciones superiores al 80 % y resultados aceptables en control del dolor con un 74,1 %. La Tabla V presenta los indicadores de resultado en los usuarios del PCP.

DISCUSIÓN

Este estudio registró que los pacientes beneficiarios del PCP tuvieron una menor frecuencia de eventos hospitalarios, uso de unidad de cuidado intensivo y consulta a urgencias, en comparación con los pacientes susceptibles de CP que no fueron incluidos en el programa. Al respecto, la evidencia soporta el efecto del CP sobre la reducción de uso de servicios hospitalarios y altamente especializados, que han demostrado ser poco coste-efectivos para el abordaje de necesidades de la persona en este ámbito¹⁵⁻¹⁷. Por el contrario, la atención de la persona en CP en entornos hospitalarios ha demostrado limitaciones para procesos centrales de la experiencia de vivir con una condición que requiere este tipo de cuidados, como son la interacción social, familiar, la reflexión, construcción de significado y la toma de decisiones¹⁸; resultados que, suponemos, pudieron estar presentes en la cohorte de pacientes que se incluyeron en el PCP y que

Tabla II. Indicadores de uso de servicios generales en salud.

Aspecto	Media (DE)/mes/ usuarios fuera del PCP	Media (DE)/mes/usuarios dentro del PCP	<i>p</i>
Frecuencia de eventos hospitalarios	0,69 (0,09)	0,37 (0,09)	<0,01
Promedio de días de estancia hospitalaria	2,97 (0,6)	2,27 (0,9)	0,06
Frecuencia de uso de UCI	0,17 (0,03)	0,02 (0,03)	<0,01
Frecuencia de consulta a urgencias	0,62 (0,06)	0,23 (0,07)	<0,01
Porcentaje de personas fallecidas susceptibles de CP con consumo de opioides en el último mes de vida	9,70 % (1,64)	21,40 % (2,73)	<0,01

CP: cuidado paliativo. DE: desviación estándar. PCP: programa de gestión del cuidado paliativo. UCI: unidad de cuidado intensivo. Fuente: indicadores PCP marzo de 2019 a febrero de 2020.

Tabla III. Indicadores de uso y ahorro de recursos financieros.

Aspecto	Media (DE)/mes/ usuarios fuera del PCP	Media (DE)/mes/usuarios dentro del PCP	<i>p</i>
Coste medio del último trimestre de vida en personas fuera PCP (oncológico)	COP 11.215.146 USD 2803	COP 9.076.463 USD 2269	<0,01
Coste medio del último trimestre de vida en personas fuera PCP (no oncológico)	COP 7.659.268 USD 1914	COP 5.164.588 USD 1291	<0,01

COP: pesos colombianos. PCP: programa de gestión del cuidado paliativo. USD: dólares americanos (se tomó como equivalencia 1 USD = 4000 COP, que es el promedio de la tasa de cambio en 2022).

Fuente: indicadores PCP marzo de 2019 a febrero de 2020.

Tabla IV. Indicadores de uso de servicios por parte de usuarios del programa de gestión del cuidado paliativo.

Servicio profesional	Promedio de consultas por paciente mensual (porcentaje)
Frecuencia de apoyo espiritual	0,86
Frecuencia de atención de enfermería	2,85
Frecuencia de consulta de dolor y CP	1,49
Frecuencia de consulta fisioterapia	1,67
Frecuencia de consulta nutrición y dietética	1,09
Frecuencia de consulta psicología	1,19
Frecuencia de terapia respiratoria	3,63
Frecuencia de consulta trabajo social	1,14

CP: cuidado paliativo.

Fuente: indicadores PCP marzo de 2019 a febrero de 2020.

Tabla V. Indicadores de resultado.

Aspecto	Proporción
Bienestar total	59,7 %
Control del dolor	74,1 %
Satisfacción	94,6 %
Calidad de vida	82,2 %

Fuente: indicadores de los programas de gestión de los cuidados paliativos, de marzo de 2019 a febrero de 2020.

se recomienda sean estudiados en futuras investigaciones. Por otra parte, el uso frecuente de servicios hospitalarios se asocia a mayor prevalencia de muerte en este entorno, lo que de manera colateral también se pudo moderar en los pacientes incluidos en el PCP y, aunque no contamos con evidencia del lugar de la muerte en la cohorte estudiada, consideramos relevante la inclusión de los pacientes en este programa no solo para gestionar el lugar de la muerte acorde con las preferencias de los usuarios, sino para que en un futuro estudio este indicador sea evaluado y comparado¹⁹.

Una mayor proporción de pacientes con consumo de opioides en el último mes de vida se observó en la cohorte beneficiaria del PCP, comparada con la población susceptible no incluida en este programa. Este indicador se complementó con el del 74 % de control del dolor en el grupo de pacientes beneficiarios. Al respecto, aunque es infrecuente que los ensayos clínicos reporten diferencia de medias en consumo de opioides, se ha documentado que las intervenciones en el marco de PCP favorecen la obtención de información y adherencia a la medicación²⁰, autorreporte de manejo de síntomas, incluido dolor²¹, aspectos que pudieron influir en que la cohorte de pacientes incluidos en el PCP tuviera un consumo mayor de opioides que la cohorte no incluida. Aunque se requiere mayor evidencia para determinar el rol de las intervenciones en el control del dolor, dada la complejidad del manejo de este síntoma en CP, en particular en población con dolor oncológico²², el reportar mayor consumo de opioide y una prevalencia aceptable de control del dolor puede ser visto como una victoria en un país de medianos ingresos y baja integración del CP, como es Colombia⁶.

Sumado al mayor consumo de opioides y control del dolor, los pacientes del programa reportaron adecuados niveles de bienestar y satisfacción. Estos hallazgos, aunque corresponden a una autovaloración de los pacientes, constituyen indicios de los potenciales efectos del programa sobre la calidad de vida. Desde su definición, los CP han proyectado la calidad de vida como su principal foco de resultado, de hecho, ensayos clínicos conducidos en el área lo miden como efecto distal²²⁻²⁴; por tal motivo, un desafío para el PCP estudiado y para estudios futuros es parametrizar la valoración de calidad de vida con instrumentos válidos y confiables para el contexto y población. Además, es necesaria la indagación cualitativa de la experiencia de participar en el PCP, pues en un área tan compleja, reflexiva y sensible como esta, las expresiones cualitativas son una potente herramienta para el ajuste del programa y sus futuros efectos²⁵. Aunque este estudio no establece relaciones de causalidad entre la atención incluida en el PCP y los resultados en los pacientes, una de las explicaciones verosímiles de los resultados es el acceso a los servicios interprofesionales del programa. Se observó cómo, de manera consistente, los usuarios del programa accedieron por lo menos a una actividad por tipo de servicio profesional, indicador que da una idea de la capacidad operativa del programa y de la integralidad de sus servicios; esta característica es compatible con las definidas para cualquier PCP²⁶. Frente a estos hallazgos, es necesario que los lectores consideren que el acceso a consultas por parte del equipo interprofesional solo fue evaluado en la cohorte dentro del programa estudiado y, por tanto, ante la falta de datos comparativos con la cohorte no incluida, es imposible atribuir el acceso a dichos servicios como efecto absoluto de la gestión del programa.

Finalmente, el programa reportó resultados importantes en contención del gasto, y por tanto, en ahorro de recursos financieros, indicador que demuestra la costoeficacia de este tipo de programas. Estos hallazgos son congruentes con los reportados por Yosick y cols.¹⁷ en 2019 quienes, sumado a la reducción de la utilización de servicios hospitalización, días de estancia hospitalaria y admisiones a unidad de cuidado intensivo, reportaron una reducción del 20 % de los costes totales, proporción que para este estudio fue mucho mayor, pues se acercó al 27 % de reducción de costes. Es indudable que la contención del gasto es un aspecto de alto

interés para aseguradores y prestadores, pues en la medida que se optimiza el manejo de los recursos financieros las empresas se vuelven más competitivas; no obstante, en el campo de los CP es un reto, no solo el ahorro financiero, sino la posibilidad de reorientar los recursos en acciones que potencien aún más los resultados de calidad de vida del paciente y su familia²⁷. De esta forma, se muestra la eficacia de un PCP en la consecución de la triple meta en salud, revelando que es posible mejorar los resultados en los pacientes, la experiencia de bienestar y la optimización de los recursos financieros¹⁰.

CONCLUSIÓN

La implementación del PCP tiene efectos potenciales en la reducción de eventos hospitalarios, admisiones a unidad de cuidado intensivo y consulta a urgencias, además el aumento en el consumo de opioides en el último mes de vida y la contención de gastos financieros. Se requieren estudios futuros con diseños analíticos que permitan establecer relaciones causales entre la inclusión en el PCP y los resultados mencionados.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los primeros cuatro autores declaran que trabajan para COMPENSAR EPS en el programa Cerca de Ti.

Sonia Carreño-Moreno no declara conflicto de intereses.

Este trabajo no ha sido presentado en congresos o seminarios de forma oral.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio fue aprobado por el Comité Interno de Investigación de la Unidad Salud de Compensar con el aval número 2310/2020.

Autores

Todos los autores, excepto Sonia Carreño-Moreno, participan como gerentes, gestores o profesionales del programa Cerca de Ti y fueron los responsables de la gestión de los datos de estudio.

Sonia Carreño-Moreno tomó los datos usados para este estudio de un tablero de control parametrizado con el que cuenta la institución e hizo el análisis de estos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abbatfati C, Machado DB, Cislighi B, Salman OM, Karanikolos M, McKee M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396:1204-22.
2. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, de Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2018;391:1391-454.
3. Connor S, Morris C, Jaramillo E, Harding R, Cleary J, Haste B, et al. Global Atlas of Palliative Care [Internet]. 2nd ed. London: WHO; 2020 [citado 24 Nov 2021]; p. 1-120. Disponible en: <http://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
4. Sleeman KE, de Brito M, Etkind S, Nkhoma K, Guo P, Higginson IJ, et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Glob Heal*. 2019;7:e883-92.
5. Sánchez-Cárdenas MA. Cuidados paliativos: una apuesta por la salud y la calidad de vida. *Rev Colomb Enferm*. 2018;17:1-12.
6. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica 2020 - Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos [Internet]. Cuidados Paliativos; 2022 [citado 18 Jun 2021]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/recursos/publicaciones/atlas-de-cuidados-paliativos-de-latino-america/>
7. Cleary J, Ddungu H, Distelhorst SR, Ripamonti C, Rodin GM, Bushnaq MA, et al. Supportive and palliative care for metastatic breast cancer: Resource allocations in low- and middle-income countries: A breast health global initiative 2013 consensus statement. *Breast*. 2013;22:616-27.
8. Pastrana T, Vallath N, Mastrojohn J, Namukwaya E, Kumar S, Radbruch L, et al. Disparities in the contribution of low- and middle-income countries to palliative care research. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39:54-68.
9. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, Mccrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6):CD007760.
10. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27:759-69.
11. Reid EA, Kovalerchik O, Jubanyik K, Brown S, Hersey D, Grant L. Is palliative care cost-effective in low-income and middle-income countries? A mixed-methods systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2018;9:120-9.
12. Suárez-Rozo C, Fernanda L, María L. La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2017;16:34-50.
13. Newpalex | New Health Foundation [Internet]. New Health Foundation; 2022 [citado 24 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.newhealthfoundation.org/newpalex/>
14. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CDAJ. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage*. 2006;32:5-12.
15. Quinn KL, Stukel T, Stall NM, Huang A, Isenberg S, Tanuseputro P, et al. Association between palliative care and healthcare outcomes among adults with terminal non-cancer illness: Population based matched cohort study. *BMJ*. 2020;370:2257.
16. Oliver D. Improving patient outcomes through palliative care integration in other specialised health services:

- What we have learned so far and how can we improve? *Ann Palliat Med.* 2018;7:S219-30.
17. Yosick L, Crook RE, Gatto M, Maxwell TL, Duncan I, Ahmed T, et al. Effects of a population health community-based palliative care program on cost and utilization. *J Palliat Med.* 2019;22:1075-81.
 18. Hov R, Bjørslund B, Kjøs BØ, Wilde-Larsson B. A sense of security in palliative homecare in a Norwegian municipality; dyadic comparisons of the perceptions of patients and relatives - a quantitative study. *BMC Palliat Care.* 2020;19:7.
 19. Hoare S, Morris ZS, Kelly MP, Kuhn I, Barclay S. Do patients want to die at home? A systematic review of the UK literature, focused on missing preferences for place of death. *PLoS One.* 2015;10:e0142723.
 20. Brian Cassel J, Kerr KM, McClish DK, Skoro N, Johnson S, Wanke C, et al. Effect of a home-based palliative care program on healthcare use and costs. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64:2288-95.
 21. Fink RM, Kline DM, Siler S, Fischer SM. Apoyo con Cariño: A qualitative analysis of a palliative care-focused lay patient navigation intervention for Hispanics with advanced cancer. *J Hosp Palliat Nurs.* 2020;22:335-46.
 22. Fischer SM, Kline DM, Min SJ, Okuyama-Sasaki S, Fink RM. Effect of Apoyo con Cariño (Support With Caring) Trial of a patient navigator intervention to improve palliative care outcomes for Latino adults with advanced cancer: A randomized clinical trial. *JAMA Oncol.* 2018;4:1736-41.
 23. Arias-Rojas M, Carreño-Moreno S, Arias-Quiroz N. The “PalliActive Caregivers” intervention for caregivers of patients with cancer in palliative care: a feasibility pilot study. *J Hosp Palliat Nurs.* 2020;22:495-503.
 24. Korfage IJ, Carreras G, Arnfeldt Christensen CM, Billekens P, Bramley L, Briggs L, et al. Advance care planning in patients with advanced cancer: A 6-country, cluster-randomised clinical trial. *PLoS Med.* 2020;17:e1003422.
 25. McMahan RD, Tellez I, Sudore RL. Deconstructing the complexities of advance care planning outcomes: what do we know and where do we go? A scoping review. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69:234-44.
 26. Getty J. Principles of palliative care. *InnovAiT Educ Insp Gen Pract [Internet].* 2018;11:676-9.
 27. Akhtar S, Srinivasan V, Weisse C, DiSorbo P. Characterizing the financial value of in-home palliative care for patients, payers, and hospitals. *Am J Hosp Palliat Med.* 2020;37:196-200.