

**BO
LE
TÍN
2024**



#3

**Salud multidisciplinaria:
POTENCIANDO RESULTADOS**
a través del trabajo en equipo

Bogotá, D. C.
17 de octubre 2024



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Boletín #3 de gestión del riesgo, 2024

Salud multidisciplinar: potenciando resultados a través del trabajo en equipo



Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Cuenta de Alto Costo (CAC)

Bogotá, D. C., Colombia, octubre de 2024

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC).
Boletín #3 de gestión del riesgo, salud multidisciplinar: potenciando resultados a través del trabajo en equipo;
Bogotá, D. C. 2024.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este boletín sin la autorización escrita de la Cuenta de Alto Costo

Junta directiva

Presidente

Jorge Alberto Tamayo Saldarriaga
Salud Total EPS

Beda Margarita Suárez Aguilar
Anas Wayuu EPS Indígena

Julián Guillermo Guerra Camargo
Comfenalco Valle EPS

Jorge Iván Domínguez Londoño
Coosalud EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS-S

Julio Alberto Rincón Ramírez
Nueva EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Subdirectores técnicos y equipos de trabajo de la Cuenta de Alto Costo:

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alberto Soler Vanoy
Subdirector de Gestión del Riesgo y Apropiación

Miguel Ángel García Gómez
Subdirector de Tecnología e Innovación

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Rubén Alfonso Rivera Rivera
Coordinador de Gestión de la Tecnología y Gestión de la Información

Orlando Andrés Fajardo Tejada
Coordinador de Innovación, Investigación y Desarrollo

Martha Lucía Salas Antolines
Coordinadora de Gestión del Riesgo

Autores

Lizbeth Acuña Merchán

Directora Ejecutiva

Luis Alberto Soler Vanoy

Subdirector de Gestión del Riesgo y Apropiación

Martha Lucía Salas Antolines

Coordinadora de Gestión del Riesgo

Cristian Alejandro González Rojas

Líder de ajuste por riesgo y evaluación económica

Indira Katherine Burgos García

Gestora del riesgo

Yesica Lorena Alvarado Núñez

Gestora del riesgo

EPS participantes

Asociación Indígena del Cauca EPSI

Aliansalud EPS

Anas Wayuu EPSI

Asmet Salud EPS

Cajacopi Atlántico EPS

Capital Salud

Capresoca

ComfaOriente

Comfachocó

Comfenalco Valle

Compensar EPS

Coosalud (contributivo)

Coosalud (subsidiado)

Dusakawi EPSI

Emssanar EPS

Empresas Públicas de Medellín - EPM

Famisanar EPS

Mallamas EPSI

Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles

Nacionales de Colombia

Mutual Ser (contributivo)

Mutual Ser (subsidiado)

Nueva EPS (contributivo)

Nueva EPS (subsidiado)

Pijaos Salud EPSI

Salud Total EPS

Salud Mía

Sanitas EPS

Savia Salud

Servicio Occidental de Salud - S.O.S. EPS

Sura EPS

EPS Familiar de Colombia

Salud Bolívar EPS

Revisión y corrección de estilo

Alejandro Niño Bogoya

Jefe de comunicaciones

Unidad de Comunicación y Difusión

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca

Diseñadora editorial

Unidad de Comunicación y Difusión

Aviso de Copyright © y Propiedad Industrial de la Cuenta de Alto Costo.

Todos los derechos reservados.

La titularidad de los derechos patrimoniales de autor del presente documento en su integridad y sus distintos acápite, pertenece a la CUENTA DE ALTO COSTO (CAC), así como la vigilancia de los derechos morales en cabeza de las personas naturales que son autores o coautores, por tanto la información allí contenida está protegida en el marco de la Decisión 351 de la Comunidad Andina de Naciones, la Ley 23 de 1982, el Decreto 1360 de 1989, la Ley 44 de 1993, la Ley 1403 de 2010, 1519 de 2012, la Ley 1834 de 2017 y la Ley 1915 de 2018. La CAC permite que se realicen citas referenciales del contenido de las obras académicas, literarias y/o científicas sin solicitud de autorización previa, con la condición de que el usuario respete la integridad de la obra e incluya una nota siguiendo las normas APA, en donde informe la titularidad de la CAC con identificación del recurso o medio impreso y/o digital de donde fue extraída la referencia. Cualquier ausencia de citación y reconocimiento y titularidad de la CAC en los anteriores términos, puede llegar a considerarse como un asunto de defraudación de Derechos de Autor, susceptible de denuncia penal, por las conductas típicas descritas en los Artículos 270 y 271 de la Ley 599 de 2000 - Código Penal de la República de Colombia.

Cualquier información adicional relacionada con el contenido y alcance de la presente nota de Propiedad Intelectual, puede ser solicitada al correo electrónico:

direccion@cuentadealtocosto.org

o a la dirección física de correspondencia de la CAC:

Carrera 45 N° 103 - 34. Oficina 802. Bogotá, D. C., Colombia.

Tabla de control de cambios

Título de la publicación	Versión	Fecha de publicación	Cambios respecto a la versión anterior
Boletín #3 de gestión del riesgo, 2024: salud multidisciplinar: potenciando resultados a través del trabajo en equipo	1.0	17 de octubre de 2024.	
	1.1	6 de diciembre de 2024.	Actualización en el aviso de copyright.



Tabla de contenido

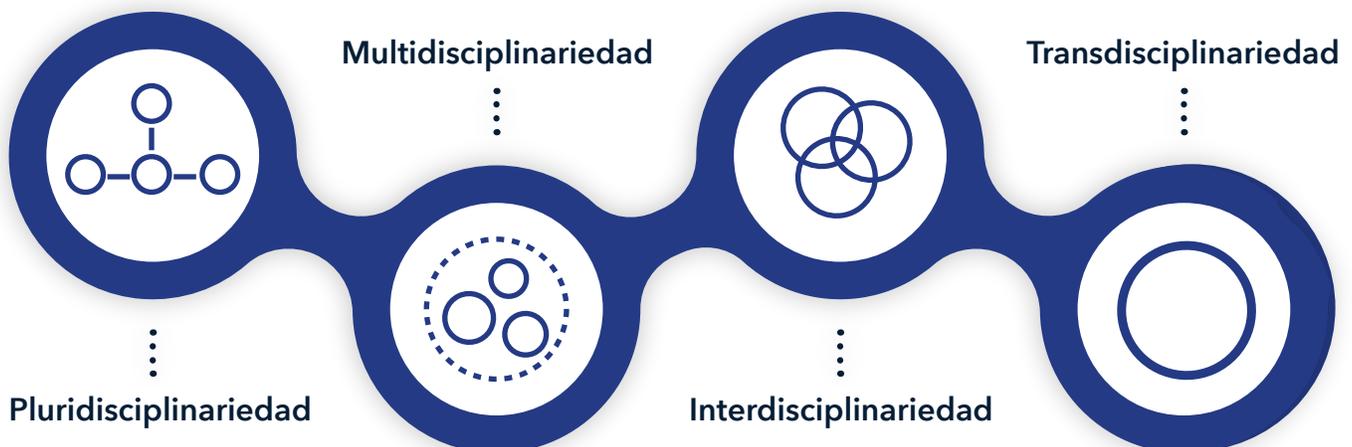
1. Enfoques del trabajo conjunto para la gestión del riesgo	7
Niveles de trabajo colectivo	7
Habilidades para el trabajo conjunto.....	8
Integración de la atención	8
La atención primaria como enfoque integral, integrado e integrador.....	9
2. Intersectorialidad.....	9
2.1. Definición de intersectorialidad	9
2.2. Actores involucrados en la intersectorialidad.....	10
2.3. Sectores involucrados en la intersectorialidad.....	11
2.4. Aspectos de las políticas públicas integrales	11
2.5. Factores que condicionan la respuesta intersectorial.....	11
2.6. Multidimensional	12
2.7. Medición de asociación de razón de riesgos (RR)	13
3. Valoración multidisciplinar en la cohorte de artritis reumatoide.....	14
4. Valoración multidisciplinar en la cohorte de VIH.....	15
5. Valoración multidisciplinar en la cohorte de cáncer	16
6. Valoración multidisciplinar en la cohorte de enfermedad renal crónica.....	17
7. Valoración multidisciplinar en la cohorte de hemofilia	18
8. Valoración multidisciplinar en la cohorte de hepatitis C.....	18
9. Referencias.....	20

Enfoques del trabajo conjunto para la gestión del riesgo

Para el trabajo conjunto en salud, existen cuatro enfoques de colaboración de acuerdo con el nivel de participación de cada uno de los involucrados y la interacción que se genere entre los miembros del equipo: pluridisciplinariedad, multidisciplinariedad, interdisciplinariedad, y transdisciplinariedad (1).

En la pluridisciplinariedad, varias disciplinas participan de forma paralela sin interacción ni integración. La multidisciplinariedad implica la colaboración de varias disciplinas en un mismo proceso, manteniendo sus enfoques separados, pero trabajando hacia un objetivo común. La interdisciplinariedad requiere una integración profunda de teorías y metodologías entre disciplinas, creando una visión compleja y unificada. Finalmente, la transdisciplinariedad busca trascender los límites disciplinarios, generando un conocimiento nuevo a través de la cooperación entre distintas áreas del saber, abordando problemas de forma integral y sistémica (2).

Figura 1. Evolución del concepto: de la pluridisciplinariedad a la transdisciplinariedad



Fuente: elaboración propia a partir de Blanco O, Díaz L, Hernández M (2011) (4).

Niveles de trabajo colectivo:

La efectividad del trabajo colectivo requiere que todos sus miembros tengan las competencias técnicas necesarias para aportar al equipo.

A nivel individual, se enfatiza el desarrollo del conocimiento técnico específico. A nivel grupal, cada persona desempeña un rol particular que contribuye al objetivo común. Finalmente, en el nivel de equipo, se destacan aspectos como la comunicación, la interdependencia de roles, el apoyo mutuo y la monitorización situacional. Además, se resalta que los programas de entrenamiento deben abarcar tanto conocimientos como habilidades y actitudes, promoviendo la colaboración más allá de la simple coexistencia física en un mismo lugar (3).

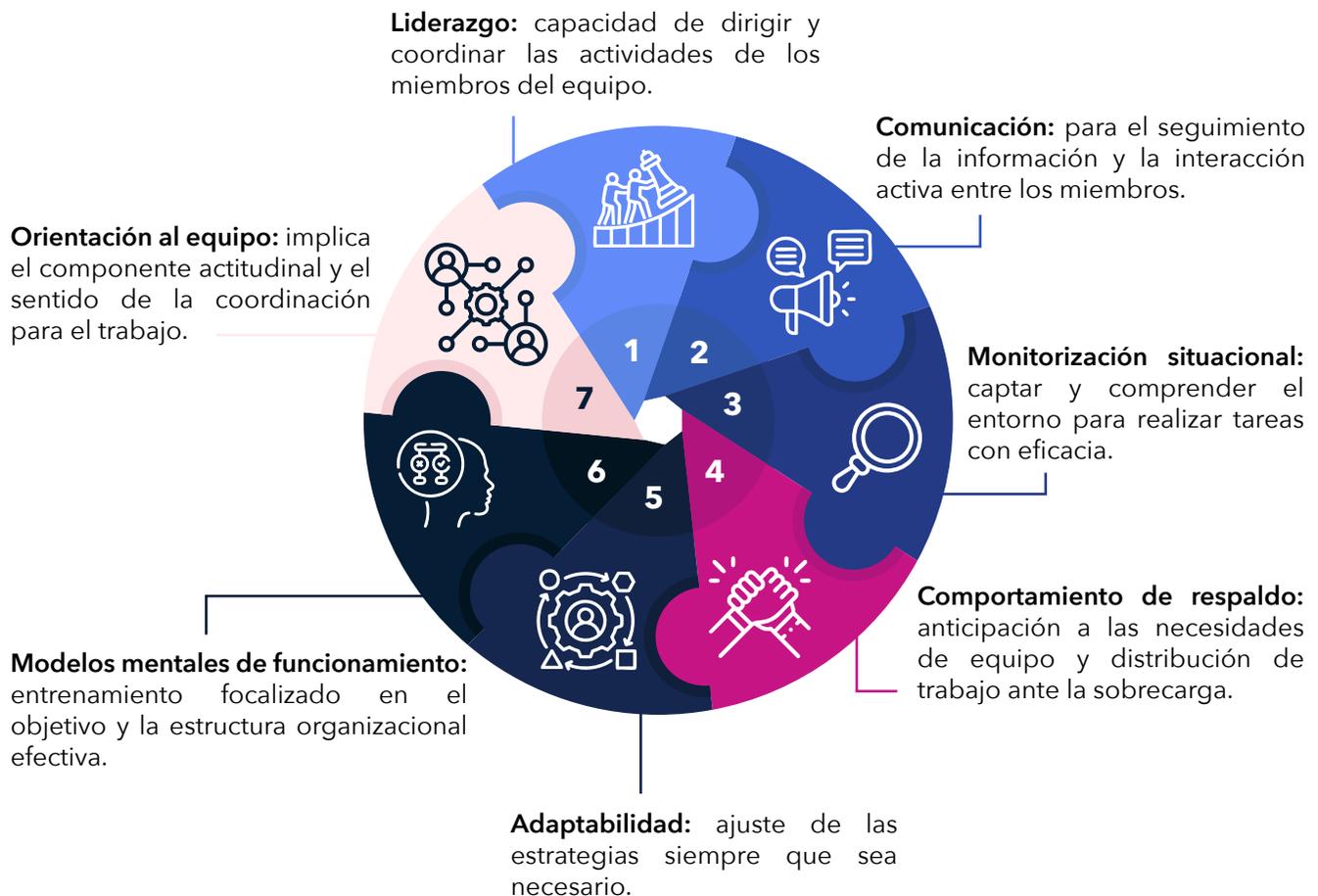




Habilidades para el trabajo conjunto:

De manera transversal, los equipos de trabajo para la gestión del riesgo deben garantizar la experticia clínica y administrativa que faciliten el acceso, la continuidad, la sostenibilidad y efectividad de las actividades en salud. Para esto es importante desarrollar distintos tipos de estrategias (4) (**figura 2**).

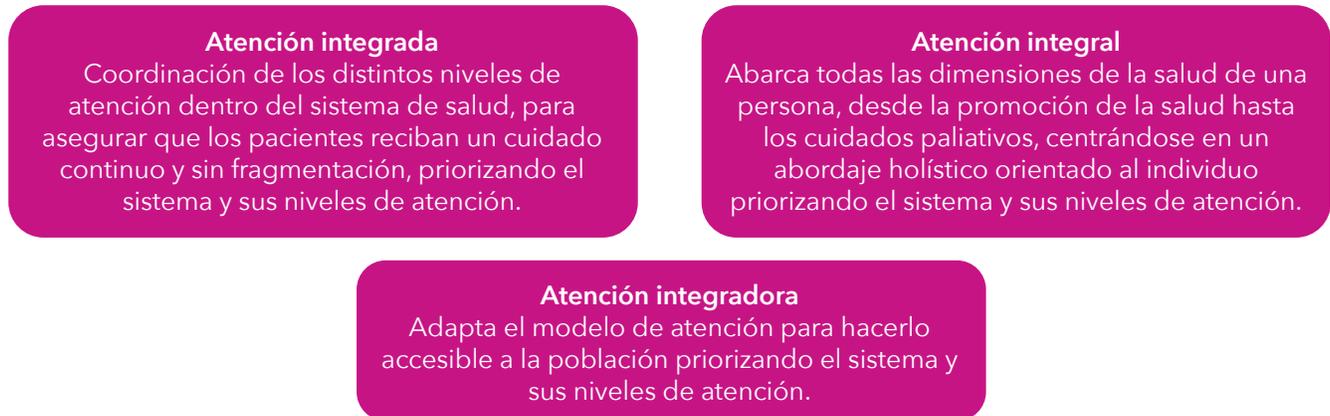
Figura 2. Habilidades para la efectividad del trabajo conjunto



Fuente: elaboración propia a partir de Rando, AE (2016) (4).

Integración de la atención

La coordinación de las atenciones en salud debe garantizar que todas las disciplinas funcionen de manera sincrónica, a través de métodos de retroalimentación, que permitan mejores decisiones y la integración de procesos para el abordaje completo de los diferentes componentes de la salud individual; procurando en todos los aspectos que esta sea accesible para el usuario final (5).

Figura 3. Enfoques para una visión unificada en salud (triple I)

Fuente: elaboración propia a partir de Sánchez M, Pérez F & Rovira J., (2021) (5).

La atención primaria como enfoque integral, integrado e integrador

El concepto de atención primaria en salud (APS) renovada (6), es un ejemplo de la integración de los modelos de salud con otros sectores, a través de un enfoque que busca proporcionar el mayor nivel posible de salud y bienestar para toda la sociedad, asegurando una distribución equitativa de los recursos. Este modelo de atención se basa en poner a las personas en el centro del sistema de salud, atendiendo sus necesidades desde el primer momento y a lo largo de todo el proceso. Además, busca estar lo más cerca posible de las personas, integrándose con su entorno cotidiano garantizando un acceso efectivo y continuo.

Primary "care"  **Atención primaria**

Partiendo de esta definición de atención primaria más integral, semánticamente el término *primary care* que se caracteriza por ser un enfoque de relaciones horizontales, simétricas y participativas, donde el cuidado es intersectorial, lo que implica una colaboración entre diferentes sectores para brindar atención integral; se diferencia de la tradicional atención primaria entendida como servicios de primer nivel y que se asocia más con un enfoque vertical y asimétrico, con poca participación social, centrado principalmente en programas institucionales o servicios específicos para tratar enfermedades concretas, lo que ubica a las personas como receptoras pasivas de cuidados.

2. Intersectorialidad

2.1. Definición de intersectorialidad

La intersectorialidad en salud se refiere a un enfoque colaborativo que involucra la participación coordinada de diferentes sectores de la sociedad, como la educación, la vivienda, el medio ambiente, el transporte, entre otros, para abordar los determinantes sociales de la salud y mejorar el bienestar general de la población. Este enfoque reconoce que los problemas de salud no pueden ser resueltos exclusivamente desde el sector sanitario, sino que requieren una acción conjunta y coordinada de múltiples áreas que influyen en las condiciones de vida y salud de las personas (7).



Figura 4. Conceptos relacionados con la intersectorialidad

Colaboración multisectorial

La intersectorialidad implica la cooperación entre diversos sectores sociales y económicos para abordar problemas de salud pública.

Enfoque holístico

Busca resolver problemas de salud abordando los determinantes sociales, económicos y ambientales que influyen en el bienestar de la población.

Acción conjunta

Implica la participación de sectores como educación, economía y medio ambiente en la formulación de políticas de salud.

Fuente: elaboración propia basado en MSPS (2016) (7).

2.2. Actores involucrados en la intersectorialidad

La intersectorialidad en el ámbito de la salud implica la colaboración de diversos sectores y actores para abordar de manera integral los determinantes sociales que afectan la salud de las poblaciones. Este enfoque permite coordinar los esfuerzos desde múltiples perspectivas, promoviendo políticas públicas y programas que trascienden el sector sanitario. Al integrar recursos, conocimientos y capacidades de diferentes áreas, se favorece la creación de intervenciones más eficaces y sostenibles, impactando positivamente en la salud y el bienestar de las comunidades (7).

Figura 5. Actores involucrados en la intersectorialidad



Gobierno

Ministerios de salud, educación, trabajo y medio ambiente colaboran en políticas públicas saludables.



ONGs

Organizaciones no gubernamentales aportan experiencia en áreas específicas y trabajo comunitario.



Sector privado

Empresas participan en programas de responsabilidad social corporativa y alianzas público-privadas.



Comunidades

La participación comunitaria es esencial para implementar programas de salud efectivos.

Fuente: elaboración propia basado en MSPS (2016) (7).

2.3. Sectores involucrados en la intersectorialidad

En el contexto de la salud, diversos sectores colaboran para abordar los determinantes sociales y mejorar el bienestar de las poblaciones. A continuación, se presenta una tabla que describe cómo cada sector contribuye a este esfuerzo intersectorial (7).

Tabla 1. Sectores involucrados en la intersectorialidad

Sector	Descripción
Salud	Provee servicios médicos y desarrolla políticas sanitarias para mejorar la salud.
Educación	Promueve la educación para la salud y fomenta hábitos saludables en la población.
Economía	Gestiona recursos financieros, presupuesto en salud y programas de protección social.
Vivienda	Mejora las condiciones de vida, influenciando factores determinantes de salud (agua, saneamiento).
Medio ambiente	Regula la calidad del aire, agua y gestión de residuos, afectando la salud pública.
Agricultura	Asegura la seguridad alimentaria y la calidad de los alimentos, impactando la nutrición.
Trabajo	Regula condiciones laborales seguras y promueve la salud ocupacional.
Transporte	Facilita el acceso a servicios de salud y promueve infraestructura segura para prevenir accidentes.
Seguridad social	Administra el acceso equitativo a servicios de salud y pensiones.

Fuente: elaboración propia basado en MSPS (2016) (7).

2.4. Aspectos de las políticas públicas integrales

Las políticas de desarrollo territorial deben enfocarse en la inclusión social y la mejora de la calidad de vida de las poblaciones vulnerables. Para abordar los desafíos complejos de manera integral, es esencial que estas políticas consideren la interacción entre sectores, la participación de diversos actores, la articulación entre diferentes niveles de gobierno y una visión intertemporal que contemple soluciones a corto, mediano y largo plazo (9).

- **Intersectorialidad:** integra las dimensiones económica, social y ambiental en el desarrollo, fomentando diálogos que aborden los problemas de forma integral.
- **Participación de actores:** involucra a todas las partes interesadas en la formulación de políticas, asegurando mecanismos de participación ciudadana efectivos.
- **Articulación multinivel:** coordina entre diferentes niveles de gobierno y escalas geográficas para que las políticas territoriales se adapten a las realidades locales.
- **Intertemporalidad:** asegura soluciones a largo plazo para enfrentar problemas estructurales, garantizando la sostenibilidad de las políticas en el tiempo.

2.5. Factores que condicionan la respuesta intersectorial

La implementación de políticas públicas en salud requiere una serie de elementos clave que permiten su desarrollo exitoso. Entre estos factores se destacan la voluntad política, el respaldo legislativo y la descentralización, que facilitan la toma de decisiones informadas y adaptadas a las necesidades locales. Además, es esencial contar con una autoridad sanitaria fortalecida, un talento humano motivado, y una participación de la sociedad. A continuación, se presenta una imagen que detalla estos componentes fundamentales para la gestión efectiva en el ámbito de la salud (7).



Figura 6. Condicionantes a la respuesta intersectorial



Fuente: elaboración propia basado en MSPS (2016) (7).

2.6. Multidimensional

La multidimensionalidad se refiere a la comprensión de fenómenos como la pobreza desde una perspectiva que abarca múltiples dimensiones, más allá del ingreso económico. Según la ONU, este enfoque considera factores como el acceso a educación, salud, vivienda y servicios básicos, que son esenciales para medir el bienestar de las personas. Este concepto permite abordar problemas complejos de forma integral, reconociendo que la falta de recursos en varias áreas simultáneamente impacta negativamente el desarrollo y la calidad de vida de las personas (10).

La medida municipal de pobreza multidimensional en Colombia es un enfoque integral para evaluar la pobreza que considera diversas dimensiones y sus indicadores específicos, en lugar de limitarse a la medición del ingreso. Esta metodología asigna ponderaciones a diferentes dimensiones que afectan el bienestar de la población, tales como las condiciones educativas del hogar, la niñez y juventud, el trabajo, la salud y las condiciones de vivienda y acceso a servicios públicos. Cada dimensión tiene un peso específico que refleja su importancia en el contexto local, permitiendo así una comprensión más profunda de las múltiples facetas de la pobreza y su impacto en el desarrollo de las comunidades (11,12).

La pobreza multidimensional presenta una relación negativa con la prevalencia del cáncer de mama en los municipios, presentado una correlación de Spearman de -0,39. A medida que aumenta la pobreza multidimensional, la prevalencia del cáncer de mama tiende a disminuir, posiblemente debido a las limitaciones en el acceso a servicios de salud, diagnóstico temprano y tratamiento en contextos de alta pobreza. Además, factores como la falta de educación y recursos reducen el conocimiento sobre la enfermedad, lo que afecta la búsqueda de atención médica (13).

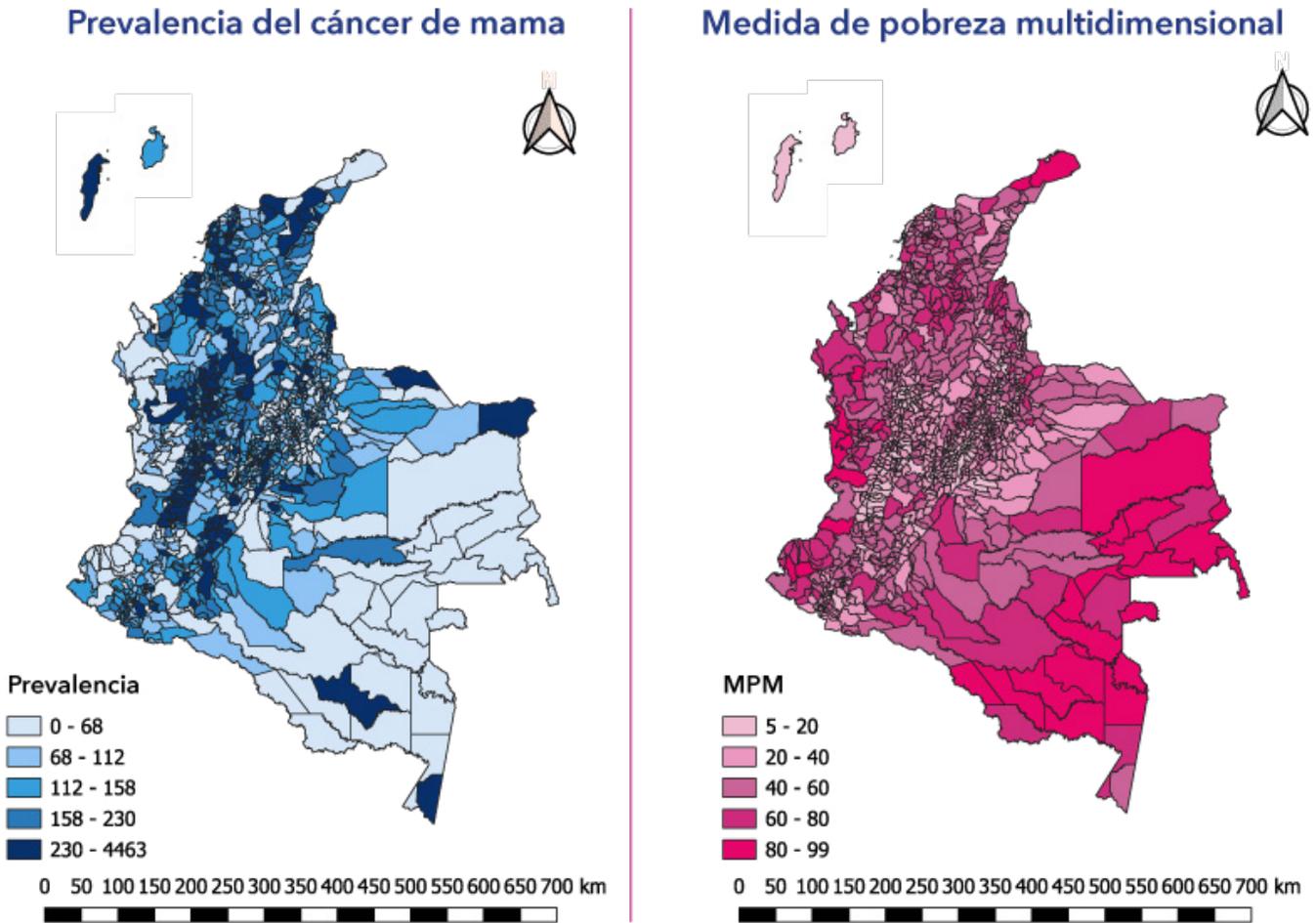
Tabla 2. Correlación de Spearman

Variable	Correlación de Spearman	P-Valor
MPM	-0,39***	0,000001

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Los mapas de pobreza multidimensional de 2018 y la prevalencia del cáncer de mama en 2021 muestran que los municipios más pobres tienden a reportar menores tasas de cáncer de mama, debido a limitaciones en el acceso a servicios de salud y diagnóstico temprano. En contraste, regiones menos pobres presentan mayores tasas de prevalencia de cáncer de mama, influenciadas por hábitos poco saludables como el sedentarismo, alcoholismo y tabaquismo. La lucha contra la pobreza no solo mejora las condiciones de vida, sino que también es clave para mejorar la detección y resultados en salud, especialmente en las comunidades vulnerables (13).

Figura 7. Mapa coroplético de prevalencia del cáncer de mama y MPM



Fuente: elaboración propia con datos de la CAC (2022) & DANE (2018) (12,14,15).

2.7. Medición de asociación de razón de riesgos (RR)

La razón de riesgos (RR) o razón de incidencias (*Relative Risk*) es una medida utilizada en estudios epidemiológicos para comparar la probabilidad de un evento (como el desarrollo de una enfermedad) entre dos grupos: uno expuesto a un factor de riesgo y otro no expuesto (16). Se calcula con la siguiente fórmula:

$$RR = \left(\frac{A/(A + B)}{C/(C + D)} \right) = \left(\frac{p_e}{p_o} \right)$$

Factor/estado	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	A	B	A+B
No expuestos	C	D	C+D
Total	A+C	B+D	N

Donde, p_e es la probabilidad de estar enfermo si se expuso al factor y p_o es la probabilidad de estar enfermo si no se expone al factor.



La **tabla 3**, presenta un ejemplo de RR, donde se revisa el impacto de la atención interdisciplinaria en dos condiciones de salud: artritis reumatoide (HAQ y DAS28) y VIH (adherencia a la TAR). En el caso de esta enfermedad, para el HAQ, la razón de riesgo (RR= 3,81) indica que los pacientes que reciben atención interdisciplinaria tienen 3,81 veces más probabilidades de presentar un índice igual a 0 como resultado, sugiriendo una menor gravedad de la enfermedad en este grupo. Respecto al DAS28, la (RR= 1,10) sugiere que aquellos con atención interdisciplinaria tienen un 10% más de probabilidad de alcanzar la remisión en comparación con quienes no la reciben. En cuanto a la adherencia a la TAR del VIH, la (RR= 1,82) indica que los pacientes que reciben atención interdisciplinaria son 1,82 veces más propensos a ser adherentes, lo que resalta el impacto positivo de esta atención en la adherencia de la TAR. En general, la atención interdisciplinaria parece tener un efecto beneficioso en la severidad (HAQ), remisión (DAS28) en artritis y adherencia al tratamiento (TAR) en VIH.

Tabla 3. Resultados de RR relacionado a atenciones interdisciplinarias en artritis reumatoide y VIH

Atenciones interdisciplinarias	Artritis reumatoide - HAQ				
	Igual a 0	Mayor a 0	Total	Probabilidad	Resultado
Sí	525	1.613	2.138	Pn	24,6%
No	1.678	24.381	26.059	Pe	6,4%
Total	2.203	25.994	28.197	RR	3,81
Atenciones interdisciplinarias	Artritis reumatoide - DAS28				
	Sí remisión	No remisión	Total	Probabilidad	Resultado
Sí	1.230	818	2.048	Pn	60,1%
No	2.798	2.337	5.135	Pe	54,5%
Total	4.028	3.155	7.183	RR	1,10
Atenciones interdisciplinarias	Adherencia TAR - VIH				
	No adherente	Sí adherente	Total	Probabilidad	Resultado
Sí	60	63	123	Pn	48,8%
No	6.090	16.609	22.699	Pe	26,8%
Total	6.150	16.672	22.822	RR	1,82

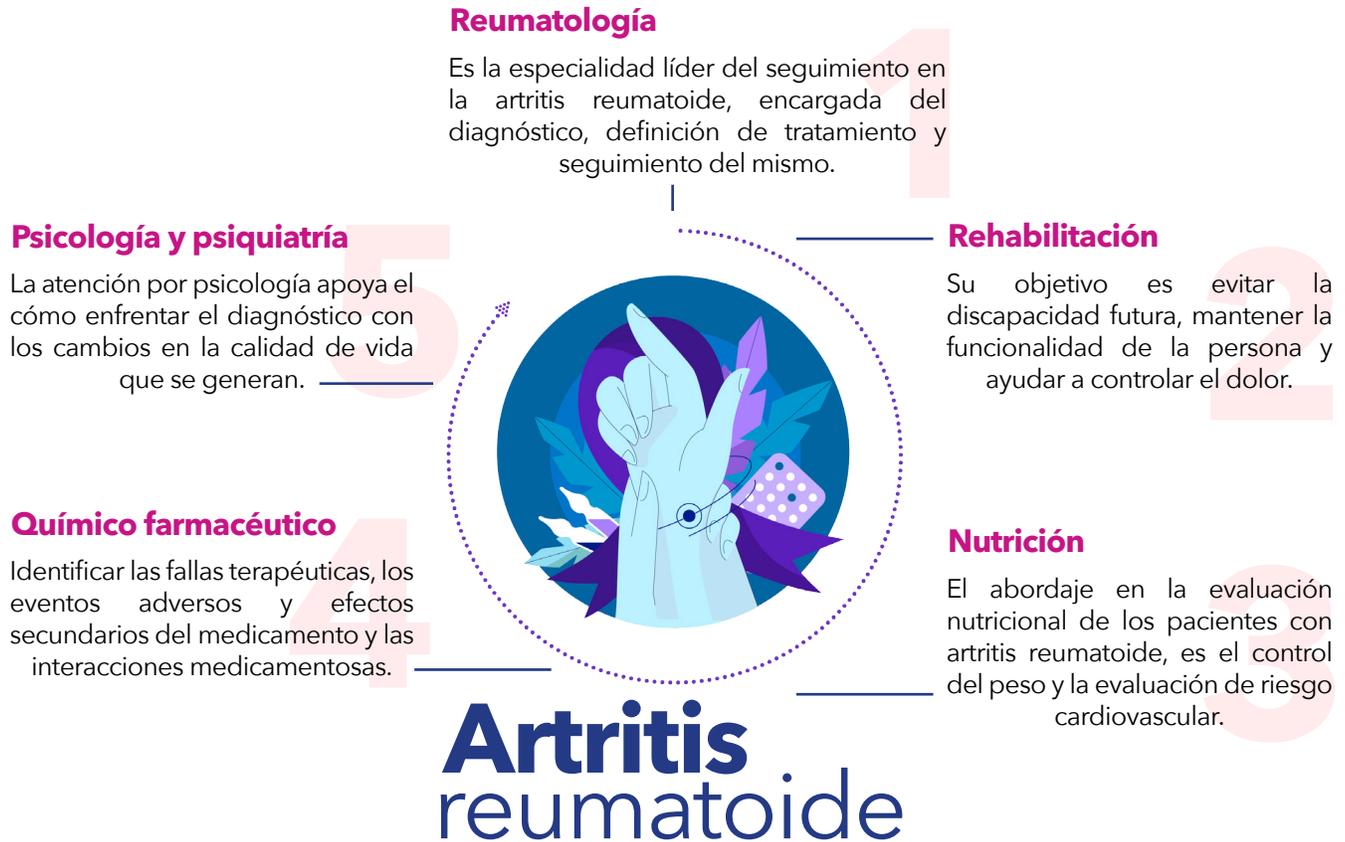
Fuente: elaboración propia con datos de MSPS (2015), MSPS (2019) & CAC (2023) (17-19).

3. Valoración multidisciplinaria en la cohorte de artritis reumatoide

El panel de expertos considera que es necesario hacer énfasis en el manejo multidisciplinario de los pacientes con AR, teniendo en cuenta no solo la rehabilitación, sino también el cuidado de la salud mental y la vigilancia de la adherencia e interacciones medicamentosas (20).

Dentro del manejo multidisciplinario, encontramos las siguientes consultas y el respectivo abordaje para la artritis reumatoide.

Figura 8. Equipo básico para la atención en artritis reumatoide



Fuente: Toro-Gutiérrez et al., (2023) (21).

4. Valoración multidisciplinaria en la cohorte de VIH

De acuerdo a la GPC de VIH, la recomendación es el manejo multidisciplinario en personas que viven con VIH, ya que el seguimiento es altamente deseable para el logro de desenlaces en salud de la población, tales como la supresión viral, el recuento de CD4, la adherencia a la TAR y al programa de atención (21).

Figura 9. Equipo para la atención en VIH

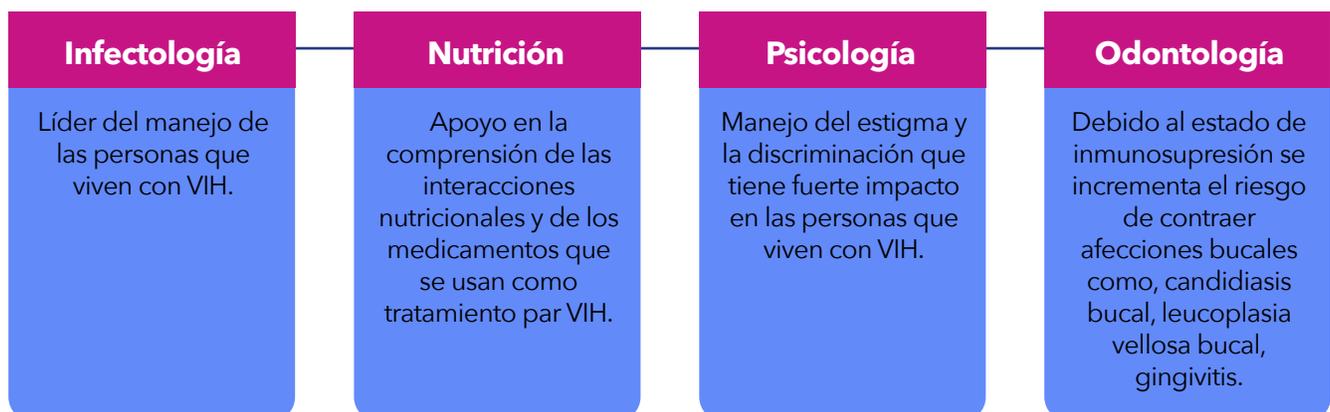
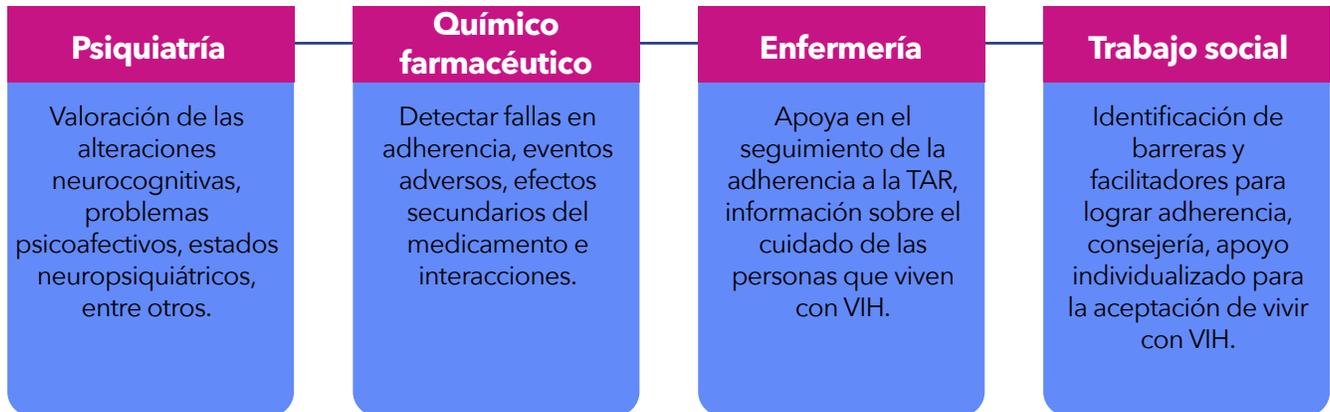




Figura 9. Equipo para la atención en VIH (continuación)



Fuente: elaboración propia con datos de MSPS (2021) (21).

5. Valoración multidisciplinaria en la cohorte de cáncer

La atención de los pacientes con cáncer debe ser multidisciplinaria y especializada para obtener mejores resultados en la oportunidad del diagnóstico y tratamiento (22) (23) (24). Al ser esta una enfermedad que involucra los diferentes niveles de atención, aglomera diferentes disciplinas médicas, quirúrgicas y otros profesionales de la salud, lo que requiere un recurso humano y tecnológico importante (25). A continuación, se presentan algunas de las múltiples disciplinas involucradas según el tipo de neoplasia y según alcance, detección temprana, diagnóstico y tratamiento, de acuerdo a las recomendaciones de expertos y equipos metodológicos para el desarrollo de guías de práctica clínica y herramientas técnicas.

Tabla 4. Equipo para la atención en cáncer

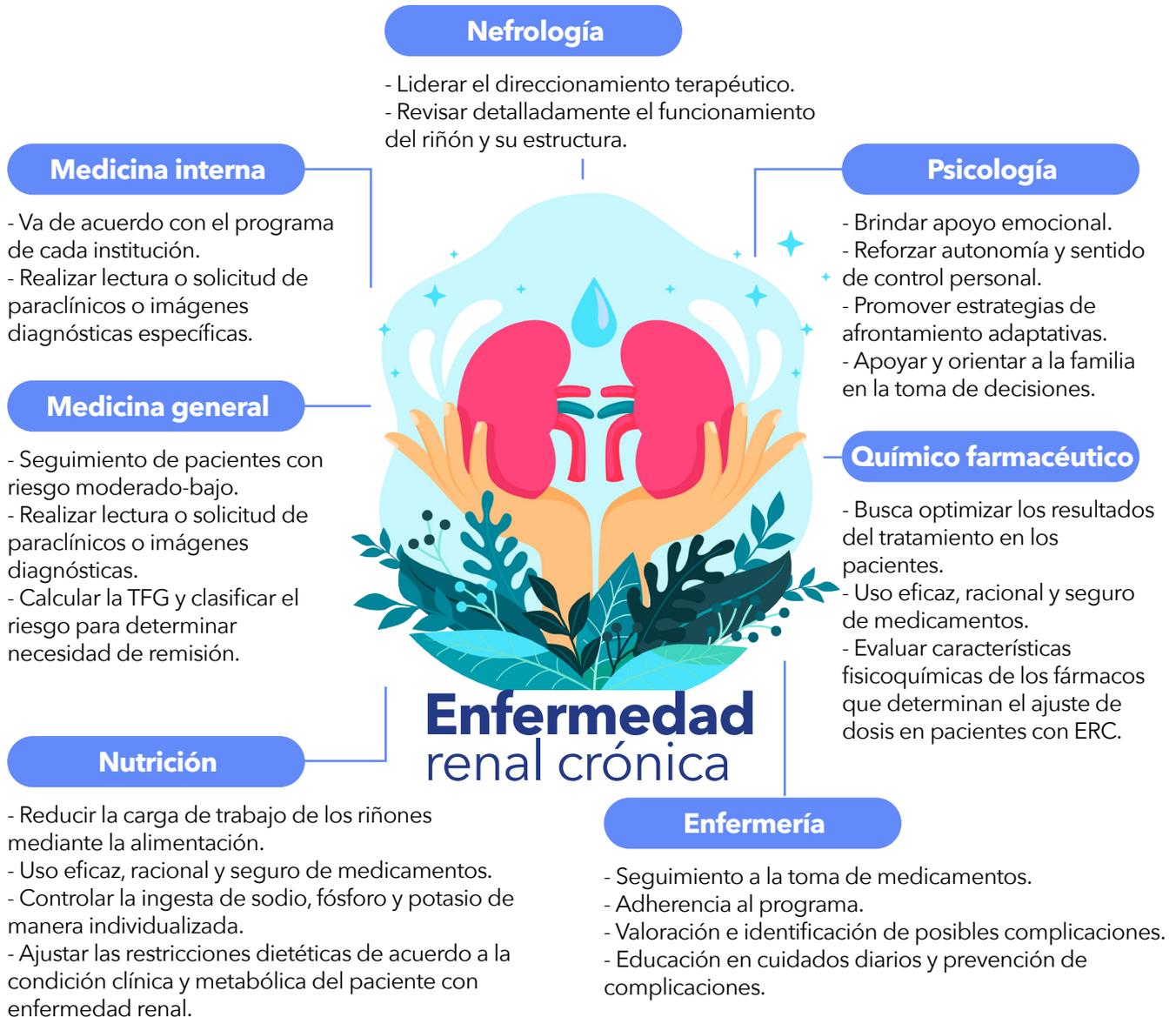
Valoración multidisciplinaria en cáncer		
Tipo de cáncer	Detección temprana	Diagnóstico y tratamiento
Cáncer de mama	Medicina general Enfermería	Cirujanos, oncólogos, patólogos, radiólogos, cuidado paliativo y enfermeras especialistas en cáncer de mama.
Cáncer de cérvix	Medicina general Enfermería	Ginecólogo oncólogo, patólogo, cuidado paliativo, rehabilitación, nutrición, psicología.
Cáncer de próstata	Medicina general Enfermería	Oncólogos, patólogos, urólogos radiólogos, cirujanos, cuidado paliativo, nutrición, psicología.
Cáncer colorrectal	Medicina general Enfermería	Oncólogos, patólogos, cirujanos, radioterapeuta, nutrición, psicología.
Cáncer de pulmón	Médico general Medicina familiar Enfermería	Radiología torácica, neumología, cirugía torácica, radioterapia, dolor y cuidado paliativo.
Cáncer de estómago	Medicina general Enfermería	Cirujanos digestivos, oncólogos médicos, radioterapeutas, gastroenterólogos, patólogos, radiólogos, cuidados paliativos y especialistas en nutrición.

Fuente: elaboración propia a partir de MSP (2013), CAC (2018), CAC (2022) & Borrás JM, Prades J. (2011) (22-25).

6. Valoración multidisciplinaria en la cohorte de enfermedad renal crónica

De acuerdo con la última actualización de la guía de práctica clínica para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica (KDIGO), frente a los modelos óptimos de atención se resalta la importancia de la derivación a especialistas en nefrología para una evaluación y un estudio exhaustivos y la importancia del acceso a equipos de atención multidisciplinarios (26).

Figura 10. Equipo de atención en ERC



Fuente: elaboración propia a partir de García-Maset, R., Bover, J. & de la Morena, J. S (2022), CAC (2011), Mirás, L., & Rodríguez, M (2018) & Blanco, J. M., Solano, L. A., & Gonzáles, R (2021) (27-30).



7. Valoración multidisciplinaria en la cohorte de hemofilia

La atención multidisciplinaria en hemofilia es esencial para abordar las necesidades físicas, emocionales y sociales de los pacientes. Este enfoque integral no solo promueve una gestión más efectiva de la enfermedad, sino que también brinda un apoyo emocional fundamental para los pacientes y sus familias.

Figura 11. Equipo de atenciónes en coagulopatías



Fuente: elaboración propia a partir de CAC (2021), CAC (2020) & Eight Factor (2021) (27-30).

8. Valoración multidisciplinaria en la cohorte de hepatitis C

La valoración multidisciplinaria del tratamiento de la hepatitis C garantiza un enfoque integral y especializado que optimiza la eficacia del tratamiento debido a que ayuda a monitorear la salud del paciente, gestionar efectos secundarios y ofrecer orientación emocional mejorando a su vez las tasas de adherencia y recuperación.

Figura 12. Equipo de atenciones en hepatitis C



Profesional médico

- Diagnostican la hepatitis C con base en la historia médica, un examen físico y análisis de sangre.
- Si tiene hepatitis C, realizará pruebas adicionales para ver cómo está el hígado.
- Durante el examen físico, su doctor típicamente le examina el cuerpo para ver si hay señales de daño al hígado.
- Ordenar uno o más medicamentos antivirales de acuerdo a la condición de salud del paciente.



Enfermería

- Realiza el seguimiento del paciente.
- Durante el tratamiento garantiza la continuidad de los cuidados y proporciona una educación terapéutica.
- Dar la información necesaria a pacientes y familiares, que entiendan y conozcan los aspectos de su enfermedad.



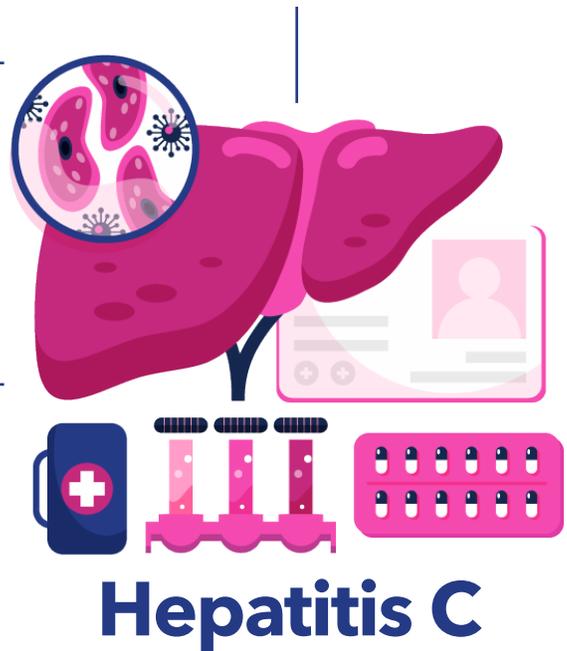
Psicología

- Ayudar en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Preparar los cambios que pueden tenerse que hacer en la vida diaria.
- Ayudar a mantener la calidad de vida y el estado de ánimo.
- Dar apoyo a la familia en su tarea de cuidar a la persona enferma.



Trabajo social

- Valorar pacientes con factores de riesgo para no adherencia a tratamiento y medicamentos.
- Intervención para gestión del riesgo.
- Debe contemplar la inclusión de los pacientes con hepatitis C en los planes, programas y proyectos de protección social de los niveles nacional, departamental o municipal existentes.
- Implementar estrategias de movilización social que apoyen la adherencia del paciente al tratamiento.



Hepatitis C

Fuente: elaboración propia a partir de NIDDK (2017), ASSCAT (2021), Psicología Flexibles (s.f.) & MSPS (2017) (27-30).



9. Referencias

1. Blanco O, Díaz L, Hernández M. El método científico y la interdisciplinariedad en el abordaje del Análisis de la Situación de Salud [en línea]. 2011. [citado 2024 septiembre 25]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000200003
2. Salas Á, Castillo A, Torres R, Icaza C, Villegas O. La gestión en la atención integral de la salud [en línea]. [Citado 2024 septiembre 26]. Disponible en: https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/La_gestion_en_la_atencion_integral_en_salud.pdf
3. Rodríguez F, Secín R, Ramírez J. El trabajo en equipo como parte de un sistema de salud [en línea]. 2022 [citado 2024 septiembre 26]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000400477
4. Rando AE. Trabajo en equipo: ¿Es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos? [en línea]. 2016 [citado 2024 septiembre 26]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000100008
5. Sánchez M, Pérez F, Rovira J. Triple I: Atención Integral, Integradora e Integrada - RIOD [en línea]. 2021 [citado 2024 septiembre 26]. Disponible en: <https://riod.org/triple-i/>
6. Organización Panamericana de la Salud. Alma-Ata: 25 años después [en línea]. [Citado 2024 septiembre 26]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>
7. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Orientaciones para la intersectorialidad [en línea]. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/orientaciones-intersectorialidad.pdf>
8. World Health Organization (WHO). Intersectoral actions for addressing social determinants of health: Report of a regional consultation [en línea]. 2011 [citado 2024 septiembre 28]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/sea-he-201>
9. Williner A, Martínez MF. Políticas públicas integrales: el caso de las políticas de desarrollo territorial [en línea]. CEPAL; 2023 [citado 2024 septiembre 28]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11362/68020>
10. Alkire S, Foster J, Seth S, Santos ME, Roche JM, Ballon P. Multidimensional Poverty Measurement and Analysis. Multidimensional Poverty Measurement and Analysis [en línea]. 2015 agosto20 [citado 2023 diciembre 25]; disponible en: <https://academic.oup.com/book/11882>
11. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Nota metodológica de la medida de pobreza multidimensional municipal con información censal. 2018 [citado 2024 febrero 21]; disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-y-desigualdad/medida-de-pobreza-multidimensional-de-fuente-censal>
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Medida de pobreza multidimensional municipal de fuente censal 2018 [en línea]. 2018 [citado 2024 febrero 21]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-y-desigualdad/medida-de-pobreza-multidimensional-de-fuente-censal>
13. Arnold M, Morgan E, Runggay H, Mafrá A, Singh D, Laversanne M, et al. Current and future burden of breast cancer: Global statistics for 2020 and 2040. The Breast: Official Journal of the European Society of Mastology [en línea]. 2022 diciembre 1º [citado 2023 diciembre 20]; 66:15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9465273/>
14. Acuña Merchán, Lizbeth, Soler Vanoy, Luis Alberto, Sánchez, Patricia, Martínez Ruiz, Diana Marcela, Torres Cortés, Lucía, Mercado, Edgar, Hernández Cuta AF. Consenso Indicadores Programas Nefroprotección - Cuenta de Alto Costo [en línea]. [Citado 2023 jul 11]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-indicadores-programas-nefroproteccion/?1689206573210>
15. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Resolución 4496 por el cual se organiza el sistema nacional de información en cáncer y se crea el observatorio nacional de cáncer [en línea]. Bogotá D.C.; 2012. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2019/10/Resolucion-4496-de-2012.pdf>
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Lesson 3: Measures of Risk | CDC Archive [en línea]. 2012 [citado 2024 septiembre 29]. Disponible en: <https://archive.cdc.gov/#/details?url=https://www.cdc.gov/csels/dSeptiembre/ss1978/lesson3/section5.html>
17. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Resolución 1393 de 2015. Reporte para el registro de pacientes con Artritis Reumatoide a la Cuenta de Alto Costo [en línea]. 2015. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org.webpkgcache.com/doc/-s/cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2019/10/Resolucion-1393-de-2015-ARTRITIS.pdf>
18. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Resolución 0273 de 2019. Reporte de información relacionado con VIH y SIDA con destino a la Cuenta de Alto Costo [en línea]. 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-273-de-2019.pdf>

19. Cuenta de Alto (CAC). HIGIA - Cuenta de Alto Costo [en línea]. 2022 [citado 2024 febrero 21]. Disponible en: <https://cuentadealto-costo.org/higia/>
20. Toro-Gutiérrez CE, Arbeláez-Cortés Á, Fernández-Aldana AR, Mejía-Romero RA, Méndez Patarroyo P, Quintana L. G, et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con artritis reumatoide. Asociación Colombiana de Reumatología, 2022. Revista Colombiana de Reumatología. 2023 febrero 15;31(2):205-22.
21. Toro C, Arbeláez Á, Fernández A, Mejía R, Patarroyo P. Guía de práctica clínica para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con artritis reumatoide. Asociación Colombiana de Reumatología, 2022. Revista Colombiana de Reumatología. 2023;31(2):205-22.
22. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto. 2013.
23. Cuenta de Alto Costo C, de Hematología y Oncología AC. Herramienta técnica de diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico. 2018. p. 1-14.
24. Cuenta de Alto Costo. Herramienta técnica de cáncer de pulmón. 2022.
25. Borrás JM, Prades J. El desarrollo de la atención multidisciplinar en la atención del cáncer. 2011;1.
26. Levin A, Ahmed SB, Carrero JJ, Foster B, Francis A, Hall RK, et al. Executive summary of the KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: known knowns and known unknowns. Kidney Int. 2024 abril 1;105(4):684-701.
27. García-Maset, R., Bover, J., de la Morena, J. S., Diezhandino, M. G., del Hoyo, J. C., Martín, J. E. S., & et.al. (2022). Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrología. Scienedirect, 42(3), 233-264. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.07.010>
28. Cuenta de Alto Costo. (s.f.). Contenidos mínimos indispensables para la gestión del riesgo renal. BibliotecaDigital. Disponible en: https://doi.org/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/programas_ERC.pdf
29. Mirás, L., & Rodríguez, M. (2018). Enfermedad renal crónica. Atención psicológica. Disponible en: <https://doi.org/http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/sites/all/informacion/mpm6/servicios-clinicos/psicologia/Act.PsicoERC.pdf>
30. Blanco, J. M., Solano, L. A., & Gonzáles, R. (2021). "Importancia de un nutricionista en consulta de Insuficiencia renal crónica. Disponible en: <https://doi.org/https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/116/blancofrances.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Cuenta de Alto Costo. (2021). Conoce la situación de la hemofilia y otras coagulopatías en Colombia 2021. Disponible en: <https://doi.org/https://cuentadealtocosto.org/hemofilia/conoce-la-situacion-de-la-hemofilia-y-otras-coagulopatias-en-colombia-2021/>
32. Cuenta de Alto Costo. (2020). Herramienta técnica de diagnóstico y tratamiento de la hemofilia (Cuenta de Alto Costo). Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/herramientas_tecnica/herramienta-tecnica-de-diagnostico-y-tratamiento-de-la-hemofilia/
33. Eight Factor. (2021). Hemofilia por qué es importante una correcta alimentación . Eight Factor. Disponible en: <http://www.eightfactor.com/es/insight/hemofilia-por-que-es-importante-una-correcta-alimentacion/>
34. National Institute of Diabetes and Digestive and Kindey Diseases. (NIDDK,2017). Hepatitis C. National Institute of Diabetes and Dlgestive and Kindey Dlseases. Retrieved septiembre 25, 2024, disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-higado/hepatitis-viral/hepatitis-c#:~:text=Los%20doctores%20usan%20los%20an%C3%A1lisis,cause%20problemas%20graves%20de%20salud.>
35. ASSCAT. (2021). El papel de la enfermera en el manejo de las hepatitis víricas. ASSCAT. Disponible en: <https://asscat-hepatitis.org/el-papel-de-la-enfermera-en-el-manejo-de-las-hepatitis-viricas/>
36. Psicología flexible. (s.f.). ¿Qué es la hepatitis? Psicología Flexible. Septiembre 25, 2024, disponible en: <https://www.psicologiaflexible.com/es/hepatitis/#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20puede%20hacer%20la%20Psicologia%20para%20las%20personas%20con%20hepatitis%3F&text=Hacer%20una%20acogida%20despu%C3%A9s%20del,hacer%20en%20la%20vida%20diaria>
37. MINSALUD. (2017). Vía clínica para el tratamiento de hepatitis C crónica. MINSALUD. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VIS/MET/Via-clinica-para-el-tratamiento-de-la-hepatitis-C.pdf>



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

@cuentadealtocosto



www.cuentadealtocosto.org