

NOTA TÉCNICA N° IDB-TN-2993

Adopción y percepciones de la Telemedicina en el cuidado de enfermedades crónicas: Diabetes Mellitus tipo II en Colombia

Marlon Fernando Tejedor Bonilla
Nohora Lucila Benavidez Velandia
Sebastian Bauhoff
Sofía Castro Vargas

Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

Septiembre 2024



Adopción y percepciones de la Telemedicina en el cuidado de enfermedades crónicas: Diabetes Mellitus tipo II en Colombia

Marlon Fernando Tejedor Bonilla
Nohora Lucila Benavidez Velandia
Sebastian Bauhoff
Sofía Castro Vargas

Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

Septiembre 2024



**Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo**

Adopción y percepciones de la telemedicina en el cuidado de enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo II en Colombia: 2023-2024 / Marlon Fernando Tejedor Bonilla, Nohora Lucila Benavidez Velandia, Sebastian Bauhoff, Sofia Castro Vargas.

p. cm. — (Nota técnica del BID; 2993)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Type 2 diabetes-Colombia. 2. Chronically ill-Colombia. 3.

Telecommunication in medicine-Colombia. I. Tejedor Bonilla, Marlon. II.

Benavidez Velandia, Nohora. III. Bauhoff, Sebastian. IV. Castro Vargas,

Sofia. V. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. VI. Serie.

IDB-TN-2993

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2024 Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons CC BY 3.0 IGO (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/legalcode>). Se deberá cumplir los términos y condiciones señalados en el enlace URL y otorgar el respectivo reconocimiento al BID.

En alcance a la sección 8 de la licencia indicada, cualquier mediación relacionada con disputas que surjan bajo esta licencia será llevada a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la OMPI. Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil (CNUDMI). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones que forman parte integral de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta obra son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



ADOPCIÓN Y PERCEPCIONES DE LA TELEMEDICINA EN EL CUIDADO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: DIABETES MELLITUS TIPO II EN COLOMBIA

2023-2024

Marlon Fernando Tejedor Bonilla
Nohora Lucila Benavidez Velandia
Sebastian Bauhoff
Sofia Castro Vargas



Contenido

Resumen	3
Abstract	4
1. Problemática	5
2. Marco teórico	7
3. Estado del arte.....	9
4. Objetivos.....	11
4.1. Objetivo general	11
4.2. Objetivos específicos	11
5. Metodología.....	11
5.1. Tipo y diseño de estudio	11
5.2. Población y tamaño de muestra	12
5.3. Criterios de inclusión	12
5.4. Criterios de exclusión	13
5.5. Recolección de datos.....	13
5.5.1. Definición de variables	13
5.5.2. Modelos de formularios	14
5.5.3. Instrumento de observación participante	15
5.5.4. Recolección de la información	15
5.5.5. Sistematización de la información	15
5.5.6. Sesgos	16
6. Resultados.....	16
6.1. Narrativas de pacientes	16
6.1.1. Experiencias y percepciones de los pacientes.....	18
6.1.2. Atención general en salud	21
6.1.3. Programa de diabetes	27
6.1.4. Telemedicina	29
6.2. Narrativas del Talento Humano en Salud (THS).....	31
6.2.1. Programa de diabetes	33
6.2.2. Telemedicina	48
6.2.3. Talento Humano en Salud (THS).....	54
7. Conclusiones.....	56
7.1. Atención general.....	56
7.2. Programa de diabetes	57
7.3. Telemedicina	59
8. Declaración de aplicación de principios éticos en investigación	60
9. Bibliografía.....	61

Resumen

Contexto

La diabetes mellitus es una de las principales causas de muerte a nivel mundial; el 80% de la mortalidad se produce en países de ingresos bajos y medios, incluidos América Latina y el Caribe. Esta enfermedad representa el 3,2 por ciento de la carga total de enfermedades en Colombia y el 4,3% en América Latina y el Caribe. Los Programas de Manejo de Enfermedades (PMD) para pacientes diabéticos han sido estudiados desde diferentes perspectivas, pero pocos trabajos se han centrado en los desafíos que enfrentan los pacientes y los trabajadores de la salud al utilizarlos, así como en sus percepciones sobre las herramientas de telemedicina implementadas en estos programas. Con cohortes de dos de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) más grandes de Colombia, este estudio tiene como objetivo comprender por qué los pacientes diabéticos se adhieren a los PMD con un enfoque especial en la adopción de las herramientas de telemedicina que a menudo se proporcionan en estos programas.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo cualitativo que incluyó a 39 pacientes y 38 profesionales de la salud para explorar las opiniones de ambos conjuntos de actores sobre la inscripción y retención de pacientes diabéticos en los PMD de las dos EPS, con especial énfasis en las herramientas de telemedicina empleadas en estos programas. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas y observación participante para identificar los factores que influyen en la inscripción y la retención. Las entrevistas fueron codificadas utilizando el software NVivo®.

Resultados

El estudio identificó ideas clave sobre el acceso a la atención médica, las barreras del programa de diabetes, las estrategias institucionales efectivas y la usabilidad de las herramientas de telemedicina. Los pacientes informaron, reiteradamente, sobre largos tiempos de espera para las citas de medicina general, lo que los obligó a recurrir a atención alternativa, generando servicios fragmentados y costos adicionales para algunos de ellos. Sin embargo, por lo general percibieron el programa de manera positiva e identificaron oportunidades de mejora. Por su lado, los trabajadores de la salud señalaron desafíos en el acceso de los pacientes a la tecnología, que podrían afectar la eficacia de la telemedicina. Las sugerencias para mejorar los programas de atención de la diabetes incluyeron mejorar la educación de los pacientes, simplificar la prestación de servicios e integrar mejor la telemedicina. Se identificaron experiencias muy variadas con la telemedicina, observándose ventajas y desventajas en su utilización.

Conclusión

Nuestros resultados resaltan aspectos importantes de la relación de los pacientes y proveedores de salud con los programas de manejo de la atención de la diabetes; entre ellos, el acceso, la educación, las creencias y las percepciones. Los pacientes y los trabajadores de la salud enfrentan desafíos significativos. Los formuladores de política deberían reconocer el potencial prometedor que ofrece la telemedicina para mejorar la atención de la diabetes en Colombia. Las recomendaciones incluyen enfoques centrados en el paciente, integración de soluciones digitales y ajustes de políticas para mejorar la prestación general de atención médica. Utilizar la telesalud como estrategia de atención primaria podría reducir costos tanto para el sistema sanitario como para los pacientes, mejorar el monitoreo continuo de los niveles de glucosa y de la salud general, y ofrecer canales de consulta sobre tratamientos y acerca de la enfermedad en su conjunto.

Códigos JEL: I10, I18, I12, O33, L86

Palabras clave: Pacientes crónicos, Adherencia al tratamiento, Diabetes, Telesalud, Telemedicina.

Abstract

Background

Diabetes Mellitus is a leading cause of death globally, with 80% of mortality occurring in low- and middle-income countries including Latin America and the Caribbean. The disease represents 3,2 percent of the overall disease burden in Colombia and 4,3 percent in Latin America and the Caribbean. Disease Management Programs (DMP) for diabetic patients have been studied from different perspectives, but few studies have focused on the challenges that patients and health workers face for their use and their perceptions regarding telemedicine tools implemented in the programs. With cohorts from two of Colombia's largest Entidades Prestadoras de Salud (EPS) this study aims to understand why diabetic patients adhere to DMP with a special focus on adoption of the telemedicine tools often provided by these programs.

Methods

A qualitative, descriptive study including a set of 39 patients and 38 health professionals was conducted to explore both actors' views on diabetic patient's enrollment and retention in the DMP of each EPS with a special emphasis on telemedicine tools used in these programs. Semi-structured interviews and participant observation were used to explore factors influencing the enrollment and retention. The interviews were codified using NVivo software to allow for the analysis.

Results

The study identified significant insights around healthcare access, diabetes program barriers, effective institutional strategies, and the usability of telemedicine tools. Patients repeatedly reported long wait times for general medicine appointments, obliging them to access care alternatively, leading to fragmented services and extra costs for some services. However, patients generally perceived the programs positively, with identified opportunities for improvement. Health workers identified challenges with patients' access to technology, which could impact the effectiveness of telemedicine. Suggestions for improving diabetes care programs included enhancing patient education, streamlining service delivery, and better integrating telemedicine. Notably mixed experiences with telemedicine were identified, with both advantages and disadvantages in its use.

Conclusion

Our results highlight important aspects of the relationship between patients and health providers with diabetes care management programs, such as access, education, beliefs, perceptions, and others. Patients and health workers confront significant challenges. Policy makers should recognize that telemedicine holds promise for improving diabetes care in Colombia, with recommendations including having patient centered approaches, integration of digital solutions, and policy adjustments to enhance overall healthcare delivery. Using telehealth as a primary care strategy could reduce costs for the healthcare system and for patients, improve continuous monitoring of glucose levels and general health and provide channels for queries about treatments and the disease in general.

JEL codes: I10, I18, I12, O33, L86

Keywords: Chronic patients, Treatment Adherence, Diabetes, Telehealth, Telemedicine

1. Problemática

Con el pasar de los años, las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en las patologías de mayor carga de enfermedad para los países de medianos y bajos ingresos de todo el mundo (1). Son una de las principales causas de morbilidad, que en 2022 cobró cerca de 41 millones de vidas y generó discapacidades significativas. Entre las patologías que más se destacan por sus efectos negativos se encuentran las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, las enfermedades respiratorias y la diabetes, que constituyen más del 80% de las muertes prematuras en el grupo de las no transmisibles (2).

La prevalencia de glucosa elevada en sangre (diabetes) en la población adulta representa el porcentaje de personas mayores de 18 años con un nivel de glucosa plasmática en ayunas de 7,0 mmol/l o más, antecedentes de diagnóstico de diabetes o uso previo de insulina o medicamentos hipoglucemiantes orales. En la región de las Américas, se estima que la prevalencia —estandarizada por edad— de glucosa elevada en sangre en ayunas ($\geq 7,0$ mmol/l) fue del 8,3%, con una pequeña diferencia entre hombres (8,5%) y mujeres (8,1%) (3).

En su informe de 2020, el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) evidencia cifras preocupantes sobre la mortalidad reportada en el mundo y en Latinoamérica debido a la Diabetes Mellitus y otras enfermedades no transmisibles, observándose resultados similares en Colombia (4).

Asimismo, el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acerca del panorama de la diabetes en las Américas permite ver que la perspectiva no difiere mucho de la evidenciada en el resto del mundo. La muerte prematura por enfermedades no transmisibles se presenta en un 36,5% de la población, siendo más recurrente en hombres que en mujeres. En 2019, la diabetes fue la causa subyacente de 284.049 muertes (5). Según el mismo informe, los años de vida perdidos por diabetes se han incrementado de modo significativo en las últimas décadas, pasando a ocupar el decimotercer lugar después de estar fuera del grupo de las 20 patologías con mayor registro de años de vida perdidos.

Tabla 1: Carga de diabetes y enfermedades no transmisibles en 2019

	Global		ALC		Colombia	
	Muertes	Porcentaje	Muertes	Porcentaje	Muertes	Porcentaje
Enfermedades no transmisibles	42.539.087	74,6%	2.693.173	75,8%	183.953	76,8%
Diabetes Mellitus	1.590.170	2,79%	211.876	5,97%	6.579	2,75%

En la situación particular de Colombia, en los últimos 10 años las tasas de mortalidad por diabetes han oscilado entre 15 y 20 muertes por cada 100.000 habitantes, con una tendencia al ascenso de las cifras en los últimos 4 años. Los departamentos que registran las mayores tasas de mortalidad por diabetes en ese periodo son San Andrés y Providencia, Caquetá, Meta, Quindío y Valle del Cauca (6). La diabetes es considerada como una de las principales enfermedades precursoras de la enfermedad renal crónica (ERC), cuya incidencia en Colombia ha aumentado significativamente, duplicándose la tasa en los seis últimos años: de 1,6 por cada 1.000

habitantes en 2015 pasó a 3,14 por cada 1.000 habitantes en 2021, siendo más frecuente en el sexo femenino que en el masculino (7).

En Colombia, según la Cuenta de Alto Costo, entre junio de 2020 y junio de 2021 se reportaron 1.576.508 personas con diagnóstico de diabetes mellitus, lo que equivale a una prevalencia de 3,11 casos por cada 100 habitantes, un aumento de 149.934 personas en comparación con el periodo anterior. Durante este mismo periodo de análisis, 58.925 personas con diagnóstico de diabetes mellitus fallecieron por diversas causas, de las cuales el 49% eran mujeres. La tasa de mortalidad cruda a nivel nacional por diabetes mellitus se ubica en 16,20 casos por cada 100.000 habitantes, siendo la más alta registrada en los últimos años (8).

Se considera que la carga de diabetes está estrechamente ligada a estilos de vida poco saludables, como el sedentarismo, la falta de ejercicio, el abuso de sustancias psicoactivas y, por ende, sus consecuencias como la obesidad y el sobrepeso, entre otras (*ibid.*). Estas situaciones se han tornado incontrolables en países de medianos y bajos ingresos, y deben ser atendidas de manera inaplazable, antes de que tanto la diabetes como otras patologías crónicas no transmisibles continúen dejando secuelas significativas en la población.

En el Nuevo Pacto Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para acelerar la acción contra la diabetes, se plantea la necesidad de adoptar medidas urgentes, entre las que se sugiere el acceso a medicamentos oportunos y a herramientas de diagnóstico y seguimiento. Es preciso tener en cuenta que hay factores que inciden en la baja adherencia al tratamiento de la diabetes, y que incluyen aspectos socioeconómicos, relacionados con el tratamiento, con el paciente, con la enfermedad y con el equipo sanitario. Uno de esos factores es la poca disponibilidad de tiempo y recursos para desplazarse hasta el servicio médico de atención (9). De esta situación surge la hipótesis de que la telemedicina y/o telesalud podrían constituir estrategias para solventar las brechas que se presentan en la adherencia de la población al tratamiento de la diabetes, posibilidad que no ha sido lo suficientemente investigada.

Dada la importancia de la diabetes en el perfil de morbilidad y mortalidad en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la resolución 3202 de 2016, que incorpora responsabilidades para las EPS, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y entidades territoriales con el propósito de gestionar el riesgo en la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebrovascular-metabólicas manifiestas, entre las cuales se encuentra la diabetes mellitus.

Posteriormente, se promulgó la Resolución 3280 de 2018, que establece los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Esta ruta contempla una serie de atenciones específicas para grupos etarios de riesgo, que incluyen actividades que deben llevar a cabo el médico general, la enfermera y la nutricionista para diagnosticar y gestionar el riesgo de la diabetes mellitus.

De igual forma, en abril de 2022, se emitieron los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para personas con riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebro-vascular-metabólicas manifiestas. En estos lineamientos, se pidió a las IPS fortalecer la implementación de telesalud y/o telemedicina según la normatividad vigente, de conformidad con su infraestructura y oferta de servicios. Asimismo, se establecieron intervenciones del componente primario, como la valoración inicial para la identificación o confirmación diagnóstica y la posterior intervención de los riesgos individuales para la diabetes mellitus tipo II, así como

las atenciones individuales de tipo complementario realizadas por profesionales de la salud especializados, orientadas al tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo.

Además, estos lineamientos técnicos han orientado intervenciones para promocionar estilos de vida saludables y garantizar el tratamiento y seguimiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en los servicios de salud a través de programas estructurados para el efecto. Estos programas tienen como objetivo mejorar su adherencia al tratamiento y el cumplimiento de metas, y están liderados por equipos multidisciplinarios conformados por personal capacitado que proporciona información y educación, además de motivar y brindar apoyo a los pacientes. Cabe resaltar que en la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) que atiende la diabetes se solicita expresamente que el programa incluya seguimiento telefónico a los pacientes.

La aplicación de la telemedicina en programas de seguimiento a pacientes con diabetes ha mostrado resultados positivos, como lo evidencia un estudio de revisión sistemática de literatura y metaanálisis publicado en 2017 el Canadian Medical Association Journal, que reportó una mejora en los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1C) —en comparación con la atención habitual— atribuible a la implementación de sistemas que permiten ajustes de medicación con o sin mensajes de texto o un portal web (10).

Colombia ha experimentado un importante avance en la oferta de servicios de telemedicina con posterioridad a la pandemia de COVID-19. Para el 31 de diciembre de 2021, el 4,27% de los prestadores de servicios de salud habilitados del país ofertaban telemedicina en 370 municipios de 32 departamentos y 6 distritos, con un total de 3.368 prestadores y 122 servicios habilitados. Entre diciembre de 2020 y diciembre de 2021, se registró un incremento del 25 % en las sedes de prestadores que ofrecen telemedicina y del 12 % en los servicios habilitados (11).

Con el objetivo de mejorar el acceso, la oportunidad y la resolutivez en la prestación de servicios a la población colombiana, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 2654 de 2019. En ella se establecen disposiciones para la telesalud y se definen los parámetros para la práctica de la telemedicina. Asimismo, se insta a los actores del sistema de salud a utilizar la telesalud y sus herramientas, respetando la libre elección de los pacientes en cuanto al acceso o no a estas tecnologías.

No obstante, la implementación de servicios de telemedicina o telesalud aún supone grandes retos para los prestadores de servicios de salud a nivel nacional. Por otro lado, los pacientes parecen no estar habituados a que se gestione su enfermedad a través de herramientas no presenciales y es todavía insuficiente la investigación en torno a la percepción que tienen de estas tecnologías.

Por lo dicho, resulta de crucial importancia indagar las expectativas y percepciones que tienen las personas con diabetes mellitus respecto del uso de la telemedicina para gestionar el riesgo de su enfermedad. Este estudio busca contribuir a la evaluación del potencial de la telemedicina en Colombia para mejorar el acceso a la atención, la eficiencia en la prestación de servicios y los resultados de salud de las personas con diabetes y otras enfermedades crónicas.

2. Marco teórico

La comunidad internacional comenzó a reconocer la necesidad de trabajar en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles al constatar el aumento inusitado de estas patologías al inicio del segundo milenio. Su primera actuación al respecto tuvo lugar en la 53ª Asamblea

Mundial de la Salud, donde se instó a los estados miembros de la OMS a trabajar en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (12). Posteriormente, en 2003, se firmó un Convenio Marco para el Control del Tabaco bajo la misma estrategia (13). En 2004 se lanzó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (14); en 2006 la Estrategia Regional sobre Enfermedades Crónicas (15); y, en 2021, el Pacto Mundial contra la Diabetes.

En concordancia, Colombia, a partir del año 2000, implementó la resolución 412, por medio de la cual se adoptaron normas técnicas de cumplimiento obligatorio para las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida en el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública. Se instauró un esquema programático para la atención de patologías transmisibles y no transmisibles, entre las cuales se incluyó la diabetes.

Posteriormente, en el año 2018 la resolución 3280 adoptó las normas técnicas de la resolución 412 con el fin de instaurar las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Entre ellas se encuentra la ruta de diabetes, sugerida para todas las entidades promotoras de salud, que contempla actividades específicas por actor institucional y por etapa del ciclo vital de los usuarios. Esta herramienta está a la base del cuestionario que se utiliza en la entrevista semiestructurada que, como parte de este estudio, se hace tanto a pacientes como a prestadores.

De acuerdo con Minsalud, las RIAS *“definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. Ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades”* (16).

Por otro lado, es importante analizar las razones por las que se contempla la telemedicina y la telesalud como herramientas esenciales para complementar la atención de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. Es relevante, por tanto, entender el surgimiento de estas herramientas a partir de la *e-health*. Su dominio en internet apareció en 1995 y, posteriormente, en 1997, la OPS conceptualizó los términos de telesalud o cibersalud, teleeducación, telemonitoreo, teleconsulta, telerradiología, telepatología, telepsiquiatría, teledermatología, telecardiología y otros, e instó a los estados miembros a disponer de servicios de cibersalud (17). Ya para 1999, en Londres se realizó un congreso internacional de telemedicina y teleatención donde se presentó un estudio en el que se hablaba de la *e-health* (18).

A fin de acotar la amplia terminología de las tecnologías disponibles para la prestación de servicios en salud, es importante empezar por el concepto que emite el órgano rector (OMS) respecto de la telemedicina, a la que define como *“la práctica de la atención médica con la ayuda de comunicaciones interactivas de sonido, imágenes y datos; ello incluye la prestación de asistencia médica, la consulta, el diagnóstico y el tratamiento, así como la enseñanza y la transferencia de datos médicos”* (19). Partir de esta definición resulta especialmente útil si se tiene en cuenta que existe un sinnúmero de definiciones para el término telemedicina (20).

En Colombia, la ley 1419 de 2010 reglamenta las disposiciones para la telesalud y los parámetros que rigen para la práctica de la telemedicina. De igual forma define ambos términos:

- La telesalud se determina como *“el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleducación en salud”* (21).
- La telemedicina se entiende como *“la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica”* (ibid.).

La telesalud y la telemedicina se han estudiado alrededor del mundo desde diferentes perspectivas. Sin embargo, no son tantos los estudios que abordan los desafíos que enfrentan los usuarios para su uso y sus percepciones sobre la operación de cada entidad. Durante la pandemia, varias tesis de aspirantes a posgrado se enfocaron en medir esa percepción desde un enfoque cuantitativo. Cabe mencionar, a manera de ejemplo, un estudio presentado en Medellín en 2021, en el que se evaluó la percepción de los servicios de telemedicina de dos IPS (22). En Perú, para una tesis de grado de 2020, el autor indagó sobre la percepción del uso de la telemedicina en la emergencia sanitaria, utilizando también una metodología cuantitativa (23).

En España se registra, en 2021, un estudio cualitativo con un enfoque descriptivo interpretativo, desarrollado mediante grupos focales. Este trabajo exploró las percepciones y experiencias de la población ante la teleconsulta en medio de la pandemia (24). Vale la pena destacar que durante la revisión realizada, no se encontró ningún estudio de tipo cualitativo con enfoque etnográfico que explore las percepciones de las atenciones a pacientes con patología de diabetes y con una opción de telemedicina.

3. Estado del arte

La telemedicina ha sido ampliamente estudiada en el mundo entero. En una somera búsqueda en la base de datos de PubMed, utilizando los términos MeSH *telemedicine*, *telehealth* y restringiendo la búsqueda a los últimos cinco años, fue posible rescatar 11.908 resultados. Al acotar la búsqueda usando el filtro de revisiones sistemáticas, los resultados se redujeron a 688. Pero al delimitar aún más la búsqueda añadiendo las palabras “diabetes” y “Colombia”, los resultados disminuyeron a 10.

De estos estudios, se observa que tres no son colombianos o desarrollados en el ámbito geográfico colombiano, tres fueron manejados para diabetes tipo 1 y para diálisis peritoneal, y los cinco restantes hablan de telemedicina para el manejo de la diabetes. Este pequeño ejercicio demuestra, aunque de forma superficial, la falta de profundización en el país acerca del tema, especialmente en lo que respecta al sentir de los actores del proceso.

De los cinco estudios que se mencionan, el primero evalúa una plataforma llamada Tidepool, la cual mantiene la información de control de glucosa de forma permanente mediante conexión a bombas o monitores de insulina, además del ingreso manual de datos y dosis de insulina que se

debe aplicar, registrando el comportamiento diario de la enfermedad y permitiendo una conexión directa con los médicos tratantes. En el estudio se reportó que la mayoría de los participantes no tuvieron dificultad para usar la plataforma, pero sí para cargar los datos (25).

El segundo de los estudios analiza los resultados de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) en pacientes con diabetes tipo 1 y 2 que fueron seguidos por telemedicina durante el período de la pandemia, evidenciando que los valores registrados se mantuvieron estables, por lo cual se la consideró una herramienta útil tanto para los usuarios como para los proveedores de salud (26).

La tercera investigación consiste en una revisión sistemática cuyo propósito fue resumir la evidencia científica actual de la tecnología sanitaria móvil en la prevención primaria de la diabetes tipo 2 (27).

El último estudio relacionado revisa, por medio de una observación longitudinal, los parámetros glucémicos en pacientes diabéticos en un servicio de telesalud, determinando que es una buena estrategia, aunque que se ve dificultada ante la falta de acceso a internet y dispositivos adecuados para telemedicina (28).

En 2022 se publicó un estudio avalado por la Universidad de la Sabana, desde el Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, para el que se realizó una revisión narrativa mediante la búsqueda en bases de datos científicas. El objetivo fue describir el uso de la telesalud para el monitoreo de la diabetes mellitus tipo 2 en el marco de la atención primaria. El estudio encontró que la telesalud reduce costos y controla adecuadamente la glicemia de la población, incentivando el autocuidado y autocontrol de los pacientes que utilizan estas herramientas (29).

El uso de las tecnologías de comunicación en salud, especialmente la telemedicina, presentó un incremento sustancial durante el período de pandemia cuando las instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud se vieron en la necesidad de recurrir a estas herramientas para brindar atención a los usuarios durante los períodos de aislamiento y en medio del temor al contagio. Según el Minsalud, se pasó de 1.067 prestadores con telemedicina habilitada en 2019 a 3.368 en 2021, siendo medicina general, psicología, medicina interna, pediatría y nutrición las áreas que mayor uso hacen de esta tecnología. En total, “a 2021 se habían realizado 127.404.668 atenciones entre teleorientaciones y teleconsultas”, con un promedio de 6.066.989 consultas al mes (30).

En Colombia, la telesalud y la telemedicina han sido usadas desde hace años por algunas instituciones del país, con experiencias destacables como la de la Universidad Nacional de Colombia y la de la Fundación Cardiovascular. La primera atiende desde hace más de 10 años, apoyada por el Plan Nacional de Telemedicina, especialmente en zonas apartadas, brindando respuesta oportuna (incluso en horas) en la atención de especialidades en las cuales la consulta tiene oportunidades muy amplias. La segunda corresponde al Instituto del Corazón en Bucaramanga, que instituyó un Centro Nacional de Telemedicina con el fin de interactuar con médicos generales de territorios apartados y brinda asesoría en consultas especializadas de medicina interna, cardiología, pediatría, dermatología, cirugía vascular periférica, entre otros (31).

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Comprender por qué los pacientes con diabetes utilizan o no los programas de cuidado al paciente diabético, con o sin telesalud / telemedicina y por qué continúan o no con el seguimiento de dichos servicios disponibles en las entidades promotoras de salud analizadas en Colombia en el año 2023- 2024.

4.2. Objetivos específicos

- a) Comprender los desafíos que enfrentan los pacientes para controlar su condición a través de programas de cuidado de pacientes diabéticos y/o telesalud/telemedicina de las EPS y su red de prestación.
- b) Conocer los puntos de vista de los pacientes sobre los diferentes programas de atención de la diabetes, incluyendo telesalud/telemedicina y las razones para utilizar o no este tipo de programas para controlar su condición.
- c) Describir la percepción de los proveedores de salud frente a los programas de seguimiento a pacientes diabéticos con o sin telesalud/telemedicina y sus aportes al mejoramiento del cuidado de los pacientes con diabetes.
- d) Describir la percepción que tienen los pacientes y profesionales acerca de los programas de atención a pacientes diabéticos, telesalud/telemedicina y su funcionamiento
- e) Identificar los elementos que aportan valor a los programas de cuidado a pacientes diabéticos y telesalud/telemedicina.
- f) Identificar las habilidades digitales de los pacientes diabéticos mediante un proceso de observación

5. Metodología

5.1. Tipo y diseño de estudio

El abordaje metodológico de este trabajo se realizará desde un enfoque cualitativo a partir de un diseño descriptivo interpretativo (32), lo que permitirá describir y comprender, desde la experiencia de los participantes, las condicionantes contextuales de las acciones cotidianas en torno a los programas de cuidado del paciente diabético/gestión del riesgo y/o telesalud/telemedicina como opción en la atención de pacientes con diabetes mellitus en Colombia.

Se utilizará como técnicas para la recolección de información la entrevista semiestructurada que, como lo plantean Díaz-Bravo et al. en 2013, es un instrumento que permite adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (33).

A través de los focos conversacionales de la entrevista, se buscará determinar los desafíos que los participantes encuentran para utilizar programas de cuidado del paciente diabético/gestión del riesgo y/o telemedicina.

De la misma manera, se aprovechará el recurso de la observación participante para que el investigador formule preguntas en función de sus objetivos de investigación, mientras observa al participante frente a sus habilidades para el uso de herramientas informáticas o de telecomunicaciones en su entorno habitual.

5.2. Población y tamaño de muestra

Los participantes en el estudio se dividieron en dos grupos o estratos: pacientes y profesionales de la salud, dada la intención de indagar desde las dos perspectivas acerca de las causas que llevan a los pacientes a utilizar o no los programas de cuidado al paciente diabético con o sin herramientas de telesalud/telemedicina, garantizando representatividad demográfica y geográfica, pertenecientes a las EPS participantes en el estudio.

El grupo de pacientes se escogió por conveniencia a partir de las bases de datos proporcionadas por las entidades participantes, correspondientes a usuarios con diagnóstico de diabetes, hombres y mujeres, mayores de 18 años, inscritos en los programas de cuidado del paciente diabético/gestión, todos con afiliación vigente en alguna de las dos EPS. De las dos entidades, se recibieron los datos de 166 pacientes para contactarlos, explicarles el proyecto e invitarlos a integrarse al mismo. Un 77% no aceptaron hacerlo. Después de este proceso y de acuerdo con las personas que aceptaron, se citó a 40 pacientes para realizar la entrevista respectiva, de los cuales uno finalmente no aceptó. De los 39 que la aceptaron, el 74% respondieron de manera virtual y el 26% de forma presencial en cada uno de sus domicilios.

En el grupo de profesionales de la salud, se incluyó a 39 personas pertenecientes a instituciones proveedoras de servicios de salud de la red de prestación de salud de las EPS participantes en el estudio y que brindaban sus servicios profesionales en el momento de la entrevista en los programas de cuidado y/o gestión del riesgo de pacientes con diabetes con o sin telesalud/telemedicina. Cabe resaltar que todas las entrevistas fueron realizadas de forma presencial en la ubicación laboral de cada participante.

5.3. Criterios de inclusión

El muestreo se realizó en dos grupos diferentes: usuarios y prestadores del servicio en salud. Por ende, los criterios de inclusión —y exclusión— se estratificaron siguiendo el mismo criterio:

Tabla 2: Criterios de inclusión

Pacientes	Prestadores de servicios de salud
<ul style="list-style-type: none"> ● Haber sido diagnosticado con diabetes mellitus en cualquiera de sus grados de severidad. ● Ser mayores de 18 años. ● Pertenecer a las EPS participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Prestadores de servicios de salud que hagan parte de la red de servicios de las EPS participantes. ● Profesionales de salud que prestan sus servicios en los programas de cuidado/gestión del riesgo de pacientes con diabetes de forma presencial o por telesalud/telemedicina de manera habitual.

- Profesionales de salud que hagan parte de la red primaria de atención.

5.4. Criterios de exclusión

Tabla 3: Criterios de exclusión

Pacientes	Prestadores de servicios de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Personas con alteraciones cognitivas reportadas. • No querer participar en el estudio y/o no firmar el consentimiento informado 	<ul style="list-style-type: none"> • No querer participar en el estudio y/o no firmar el consentimiento informado

5.5. Recolección de datos

5.5.1. Definición de variables

Pese a tratarse de un estudio cualitativo, es necesario obtener variables cuantificables con el objeto de describir a la población a partir de antecedentes y algunas variables de tipo sociodemográfico que enriquezcan el estudio. Esto permitirá hacer comprensible la cultura o la interacción de los individuos de la comunidad estudiada.

Tabla 4: Definición de variables

Nombre	Definición operativa	Escala de medición	Naturaleza	Unidad de medición
Sexo	Condición orgánica, masculina, femenina, indeterminada.	Nominal dicotómica	Cualitativa	1. Masculino 2. Femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta la actualidad.	Cuantitativa, discreta, razón	Cuantitativa	Años
Lugar de residencia	Municipio o ciudad en donde vive el sujeto	Nominal, politómica	Cualitativa	Nombre del municipio de residencia
Régimen de afiliación	Régimen del SGSSS informado por el sujeto de investigación al momento del ingreso al estudio y de acuerdo con el registro en su sistema de salud colombiano	Nominal politómica	Cualitativa	1. Contributivo 2. Subsidiado
EPS	Nombre de la entidad promotora de salud en la cual se encuentra registrado el sujeto de investigación durante el interrogatorio	Nominal politómica	Cualitativa	Nombre de la EPS

Nivel de escolaridad	Nivel educativo informado por el participante del estudio durante el interrogatorio, conforme a los niveles alcanzados dentro del sistema educativo colombiano	Nominal politómica	Cualitativa	1. Ninguno 2. Primaria 3. Bachillerato 4. Técnico 5. Universitario 6. Posgrado
----------------------	--	--------------------	-------------	---

Se realizó un análisis abductivo o mixto, considerando tanto las categorías preestablecidas como las posibles categorías emergentes. La recolección de participantes y la recolección de información se llevó a cabo hasta alcanzar el punto de saturación.

El análisis abductivo se fundamentó en las siguientes categorías preestablecidas, relacionadas con los objetivos propuestos para el estudio y de las cuales se derivaron los códigos utilizados en el análisis final (34):

Tabla 5: Categorías de análisis preestablecidas

Pacientes	Descripción
Experiencias y percepciones	Contempla aquellas narrativas que incluyan los puntos de vista de los pacientes sobre sus vivencias en el manejo de su enfermedad.
Atención general	Aborda la atención que el paciente recibe, ya sea en consulta externa por libre demanda o en el marco preventivo de las diferentes RIAS.
Programa de diabetes	Esta categoría busca indagar acerca de la percepción que se tiene del programa específico de atención a pacientes con diabetes.
Telemedicina	Explora los puntos de vista acerca de las diferentes formas de telemedicina y su aplicación al programa.
Talento humano en salud	Descripción
Talento humano en salud	Esta categoría recoge las percepciones de satisfacción del talento humano (personal de salud) en relación con su rol, los resultados obtenidos con los pacientes y la organización para la que trabajan.
Programa de diabetes	Recoge las narrativas sobre el programa de diabetes desde la óptica del talento humano.
Telemedicina	Explora los puntos de vista sobre las diferentes formas de telemedicina y su aplicación al programa.

5.5.2. Modelos de formularios

Se elaboraron dos formularios semiestructurados diferentes, con preguntas guía y un guion sugerido para los entrevistadores, teniendo en cuenta los dos grupos participantes. En los formularios se abordaron los temas más relevantes previamente identificados y también se

incluyeron posibles categorías emergentes según lo observado en campo (véanse los anexos 1 y 2).

5.5.3. Instrumento de observación participante

Se estableció un instrumento para la observación participante durante las entrevistas realizadas de forma presencial.

5.5.4. Recolección de la información

El componente cualitativo para identificar percepciones, aprendizajes y sugerencias de los diferentes actores del programa se aplicó en entrevistas semiestructuradas. Para ello, se realizó un primer contacto telefónico con los pacientes localizados en las bases de datos suministradas por las EPS, siguiendo los guiones preestablecidos para cada entidad (véase el anexo 3), en el cual se les explicó el proyecto y se les invitó a participar en el estudio. La entrevista semiestructurada es una estrategia de recopilación de datos cualitativos en la que el investigador hace a los informantes una serie de preguntas predeterminadas que corresponden a ejes conversacionales destinados a determinar tres niveles de comprensión: el nivel primario o "reporte" (el *qué* ocurrió), la "explicación" o comprensión secundaria (el *por qué* ocurrió) y la "descripción" o comprensión terciaria, que da cuenta de lo que percibieron sus agentes (el *cómo* ocurrió para ellos) (35). Si bien existen preguntas básicas, el diálogo con los pacientes puede dar lugar a nuevas preguntas para ampliar información sobre lo que se busca conocer. En este sentido, los informantes podrán suministrar categorías para el análisis cualitativo basadas en lo que piensan, sienten, dicen y hacen con respecto a la telemedicina y la diabetes.

A los pacientes que aceptaron participar voluntariamente, se les programó una visita en su lugar de residencia, en la IPS de atención o, en su defecto, de forma virtual, según su preferencia. El equipo investigador se desplazó al punto de encuentro previamente acordado para entablar la conversación acerca de la DM2 y otros programas de cuidado del paciente diabético con o sin telesalud/telemedicina, y para observar al paciente en su entorno natural.

Para la entrevista del talento humano en salud, se solicitó a los directivos de las IPS adscritas coordinar un tiempo de aproximadamente 30 a 40 minutos para que personas con diferentes perfiles que en ese momento se encontraran laborando, pudieran participar. Para ello, se contó con un equipo de entrevistadores para realizar de dos a cuatro entrevistas de forma simultánea, con el fin de optimizar el tiempo del personal de los programas, dada la alta demanda que tienen en las instituciones.

5.5.5. Sistematización de la información

Se utilizó el software NVivo® (QSR International Pty Ltd.) para organizar y codificar las entrevistas durante el análisis temático, empleando un enfoque tanto inductivo como deductivo. Todas las transcripciones se leyeron varias veces para familiarizarse con los datos (36) y realizar una codificación más fundamentada.

Los investigadores verificaron al menos dos veces las transcripciones, resolviendo cualquier discrepancia mediante discusión con los otros investigadores. Para ello, las transcripciones se codificaron en un conjunto inicial de temas basados en palabras clave o frases que parecían transmitir opiniones o percepciones sobre el objeto de investigación. Esta codificación se realizó manualmente, considerando los intereses de la investigación (37).

Estos códigos iniciales fueron examinados y refinados, agrupándonos con otros similares en temas principales o dividiéndolos en subtemas mediante un proceso inductivo. Los códigos finales se resumieron, cotejaron y refinaron iterativamente utilizando análisis emparejados de transcripciones por parte de los investigadores.

Cuando se presentaron interpretaciones divergentes, las transcripciones se revisaron y discutieron nuevamente hasta lograr un consenso. Se emplearon estrategias para asegurar la calidad y homogeneidad en la recolección de datos, como la triangulación por fuente, por herramientas de recolección de información y por investigador (38)

5.5.6. Sesgos

Se siguió el plan de análisis de información, aplicando triangulación por fuente, herramienta de recolección de información e investigador.

6. Resultados

Como ya se mencionó, el análisis se enfocó en entender y/o conocer las razones por las cuales las personas con diabetes utilizan o no los programas de cuidado al paciente diabético y/o de telesalud/telemedicina y por qué continúan o no con el seguimiento de dichos servicios disponibles en las EPS participantes en el año 2024.

Desde un enfoque institucional, los públicos interesados directos del resultado de esta investigación son los proveedores de servicios de salud y los aseguradores sujetos de investigación del proyecto. Desde la perspectiva del sistema de salud, esos públicos son el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Ciencia y Tecnología, la Asociación Colombiana de Diabetes y las asociaciones de usuarios y pacientes a nivel nacional.

Se utilizaron cuatro mesas de expertos como escenarios de contextualización, cuyo objetivo fue escuchar a los *stakeholders* del sistema acerca del manejo de la enfermedad desde los diferentes actores y perspectivas. Los resultados se analizaron por separado según los grupos de participantes (pacientes y talento humano).

6.1. Narrativas de pacientes

El muestreo se realizó en dos grupos diferentes: usuarios y prestadores del servicio en salud. Por ende, los criterios de inclusión —y exclusión— se estratificaron siguiendo los mismos criterios que se muestran en la tabla 2.

Se invitó a participar del estudio a cuatro EPS, de las cuales dos aceptaron la invitación. Estas organizaciones compartieron bases de datos de pacientes crónicos o diabéticos para ser contactados y entrevistados. Se realizaron 39 entrevistas semiestructuradas a pacientes diabéticos tipo II. De los pacientes entrevistados 14 (36%) fueron mujeres y 25 (64%) hombres. El rango de edad de los pacientes entrevistados estuvo entre los 30 y los 85 años, observándose mayor longevidad en el grupo de mujeres, con edades entre 42 y 85 años, mientras que los hombres se ubicaron en el rango entre los 30 y 76 años. De los entrevistados, 36 pacientes estaban afiliados al régimen contributivo, dos al régimen subsidiado y dos no reportaron su régimen de afiliación. Ningún participante presentaba alteraciones cognitivas conocidas y todos tenían diagnóstico de diabetes tipo II, según información de las EPS.

Los lugares de residencia de los participantes fueron los municipios de Envigado, Itagüí, Rio Negro, Bello y Medellín del departamento de Antioquia y en los municipios de Facatativá, Chía y Bogotá del departamento de Cundinamarca. Los participantes se seleccionaron a través de un muestreo por conveniencia.

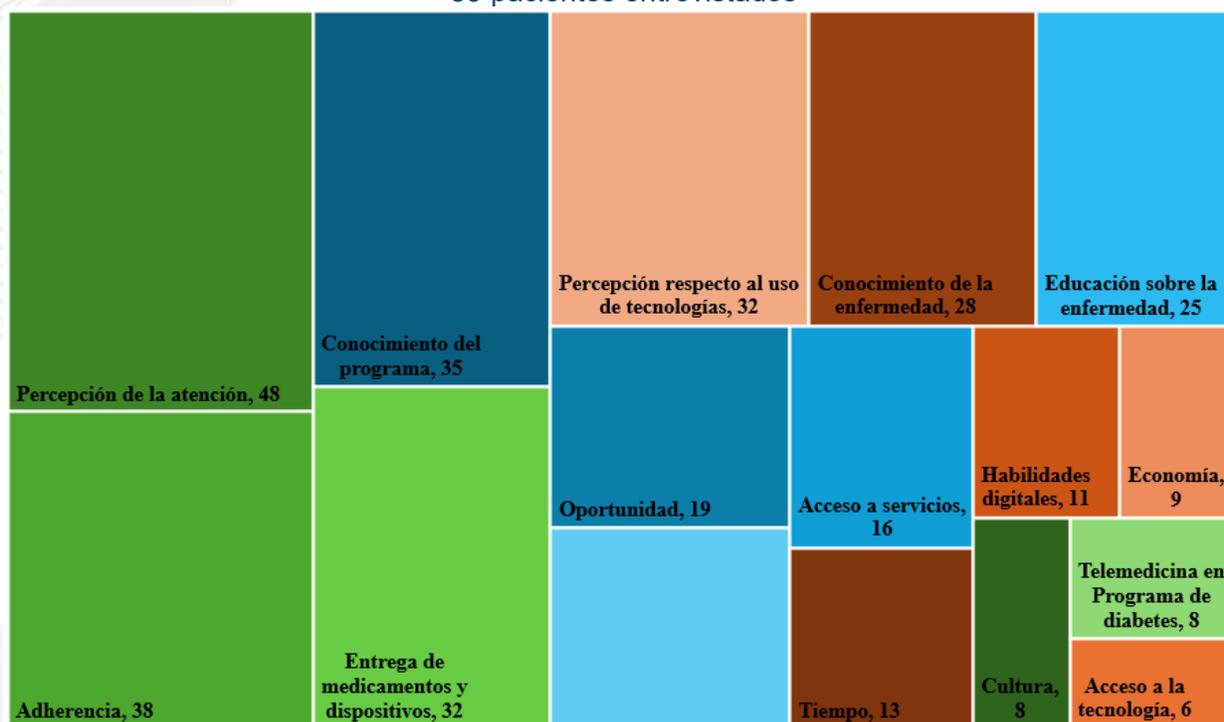
Se construyeron categorías preestablecidas para el análisis a partir de la revisión de la literatura y consulta con expertos. Asimismo, se identificaron algunas categorías emergentes del análisis preliminar de las entrevistas, obteniendo como resultado final cuatro categorías, cada una con subcategorías que se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6. Categorías y subcategorías de análisis de entrevistas a pacientes

Pacientes	
Experiencias y percepciones de los pacientes	Conocimiento de la enfermedad
	Cultura
	Gastos adicionales de pacientes
	Disponibilidad de tiempo para la atención
Atención general	Oportunidad
	Acceso a servicios
	Percepción de la atención
	Educación sobre la enfermedad
	Adherencia
	Entrega de medicamentos y dispositivos
Programa de diabetes	Oportunidad
	Conocimiento del programa
	Acceso a servicios
	Percepción de la atención
	Educación sobre la enfermedad
Telemedicina	Habilidades digitales
	Acceso a la tecnología
	Percepción sobre respecto al uso de tecnologías
	Telemedicina en atención general
	Telemedicina en programa de diabetes

Al analizar las narrativas de los usuarios de los servicios de atención en salud para diabetes, se observa que la mayoría se centró en la percepción de la atención general y del uso de tecnologías, seguido por la adherencia a los servicios de atención general, el conocimiento de la enfermedad, el conocimiento del programa y la entrega de medicamentos. En cuanto a las subcategorías, la de adherencia a la atención general, la percepción de la atención general y el conocimiento del programa de diabetes fueron las más mencionadas por los entrevistados (véase la Ilustración 1).

Ilustración 1: Mapa jerárquico para referencia de paciente/categoría en el grupo de los 39 pacientes entrevistados



6.1.1. Experiencias y percepciones de los pacientes

Se refiere a las opiniones, puntos de vista y experiencias de los pacientes en cuatro aspectos puntuales: conocimiento de la enfermedad, disponibilidad de tiempo para la atención, economía y cultura, las cuales se explican con mayor detalle más adelante. Con respecto a esta categoría, se destacan los siguientes hallazgos:

6.1.1.1. Conocimiento de la enfermedad

Esta subcategoría hace referencia al grado de información que tienen los pacientes sobre su enfermedad o, en su defecto, al desconocimiento de la misma. Los pacientes presentaron diferencias de nivel en el conocimiento de su enfermedad. Aunque todos los entrevistados hacían parte de la cohorte cardiovascular o de pacientes diabéticos de las EPS participantes, algunos manifestaron que en algún momento un médico les informó que habían desarrollado la enfermedad o que sus niveles de azúcar estaban elevados tras haberse realizados exámenes de laboratorios, pero no sabían con certeza si habían sido diagnosticados con diabetes.

Asimismo, hubo pacientes que referenciaron haber recibido anteriormente un diagnóstico de diabetes, pero no haberle dado importancia en ese momento. Con el paso de los años, han comenzado a preocuparse debido a la información que encuentran en las redes sociales y al riesgo que supone padecer la enfermedad.

“ O sea, sí estoy tomando como más conciencia a la edad que tengo, también cuando le dicen a uno usted tiene diabetes... digamos cuando me dijeron eso, yo tenía 46 años o sea no le puse mucha mucha atención... salen en los tik tok los médicos diciendo que uno se tiene que cuidar, que puede quedar ciego, que va a quedar con diálisis permanente, que las arterias... bueno, es una enfermedad mortal, que si usted no se cuida se lo lleva, pero si usted tiene una buena orientación del nutricionista, si uno mismo se ayuda, puede controlarla” (Jorge, 53 años, Bogotá).

Por otro lado, también se entrevistó a pacientes que demostraron un alto nivel de conocimiento y conciencia sobre la enfermedad y la importancia del autocuidado, como lo menciona María, una mujer de 58 años pensionada.

“Ya yo fui la que dije... es que soy yo la que soy diabética, soy yo la que tengo que tomar control de mi diabetes con ayuda de los profesionales lógicamente. Y mejoró muchísimo porque yo digo que una enfermedad es el estado de ánimo de uno y la forma en que uno acepte la enfermedad la va a llevar mucho mejor” (María, 58 años, Medellín).

De igual forma, se encontraron discursos en los cuales los pacientes demostraron un conocimiento específico de la enfermedad y se mostraron adaptados a las recomendaciones profesionales.

“A ver, eeeee, las indicaciones, emmmm, dejar los dulces, no tomar gaseosas, eeeee, estoy endulzando con Stevia, lo que es el desayuno normalmente pues, eeeee, se usa el azúcar... yo no volví a usar azúcar, nada de eso, ni panela ni nada... y tomo la droguita que me ha mandado el médico...” (Luis, 72 años, Medellín).

“Yo soy muy juicioso, es más, un promedio son cada 3 meses, y yo trato de cumplirlos, así como traté de cumplir con ustedes, pero yo soy el juicioso en eso y me conscienticé que tengo una enfermedad de que es de por vida y trato de trabajar sobre eso; hago ejercicio, me tomo mi droga y así, mermé el azúcar y todas esas cosas...” (José, 60 años, Medellín).

6.1.1.2. Cultura

Otro aspecto relevante es el de determinadas creencias sobre el cuidado de la salud. En el campo de la psicología social, estas creencias se ubican en la categoría de "representaciones sociales", una teoría propuesta por Moscovici hacia 1961. Esta teoría busca integrar los niveles individual y social en el análisis del comportamiento de los individuos, sugiriendo que la conducta está influenciada por las representaciones sociales y viceversa. Según Moscovici, las representaciones sociales son un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones que se generan en el diario vivir a través de las relaciones interpersonales, y en la sociedad corresponden a mitos y sistemas de creencias tradicionales (39). Por esta razón, se decidió indagar acerca de las prácticas culturales asociadas al cuidado de la diabetes en los pacientes entrevistados. En esta subcategoría, se evidenció que los pacientes diabéticos combinan la medicación con remedios caseros y le atribuyen el posible éxito en el manejo de la enfermedad a la combinación de medicamentos proporcionados por profesionales de la salud con la medicina tradicional.

“Pues ahí vamos... ahí vamos... ahí vamos, probando remedios caseros, mirando a ver qué me sirve, pero pues a la fecha nada, todo lo mismo...” (Antonio, 55 años, Bogotá).

“Los llevé (los exámenes) y me los leyeron, y de acuerdo con eso me dieron medicina. En ese caso yo fui muy juicioso y volvieron a tomarme exámenes otra vez después de como tres cuatro meses más o menos. Y el médico quedó asombrado y dijo: “uy, usted qué se hizo”, pues yo le dije la medicina que usted me mandó, pero yo aparte de eso, yo con agüita de hierbas me fui ayudando...” (Fredy, 67 años, Bogotá).

De igual forma, la negación de la enfermedad o el no pensar demasiado en ella aparece como una de las estrategias de manejo que algunos pacientes utilizan para seguir con su vida. Se evidenció que algunos no han interiorizado o no son del todo conscientes de tener una enfermedad crónica como la diabetes. Tal como se describió en la subcategoría de la

enfermedad, aunque el médico les informó sobre su diagnóstico, después de meses o incluso años, algunos pacientes no saben o se niegan a aceptar su diagnóstico.

“Pues más... aparte de la enfermedad yo lo veo como más exagerado, pues yo creo que entre más uno piense en una enfermedad como que más se enferma ¿no? ...” (Eduardo, 39 años, Bogotá).

“Sí y porque a diario uno tiene una disculpa en la boca, uno quiere hacerse el de la vista gorda con esa enfermedad, desafortunadamente uno se quiere negar a uno mismo que tiene ese problema...” (Hugo, 55 años, Bogotá).

Una estrategia de manejo de la enfermedad que han desarrollado los pacientes es seguir estrictamente las recomendaciones de los profesionales durante la mayor parte del tiempo y permitirse no observarlas con relativa frecuencia, tal como se evidencia en los siguientes apartados de las entrevistas.

“Es que ese es el problema... es que uno como que peca, pero o sea no todo el año, pues normal uno brega como a llevar bien el proceso, ¿sí me entiende? Ahí toca a veces como bregar en diciembre a no salir o no sé...” (Ever, 36 años, Medellín).

“A mí sí me cuesta, la dieta sí me cuesta, pero por ejemplo yo con el azúcar ya peleé. Mis tintos, a mí el tinto que me gusta, sin azúcar, eh, nada de endulzantes, edulcorantes nada, gaseosas nada ya... pero por ejemplo a veces los fines de semana se pierde un poquito. Y otra cosa, como les dije, yo vivo solo, yo soy mucho de restaurante...” (Jhony, 60 años, Medellín).

6.1.1.3. Gastos adicionales de pacientes

Esta subcategoría buscó indagar si los pacientes deben incurrir en gastos adicionales para controlar su enfermedad y si esto influye en su adherencia a las recomendaciones profesionales.

En cuanto al acceso a dispositivos médicos o medicamentos, algunos pacientes se quejaron de tener que comprar de su bolsillo productos como tirillas, lancetas, medicamentos, o de pagar exámenes complementarios. Esto les afecta económicamente y, desde luego, puede obstaculizar su adherencia al tratamiento. Al respecto, se encontraron comentarios como los siguientes:

“Entonces, es algo muy delicado, porque muchas veces económicamente uno no tiene para suplir de pronto, por ejemplo, las tirillas...” (Fredy, 40 años, Bogotá).

“Yo he llegado hoy en día al punto en que me toca comprar los medicamentos, me toca comprar Glucomet, me toca comprar esas eh... las lancetas... las tirillas... no las hay, no están entregando esos insumos y me ha tocado comprarlos de mi bolsillo, imagínate...” (Benjamín, 41 años, Bogotá).

“Fíjate que cuando me diagnosticaron, me mandaron un poco de exámenes y me dieron hasta una orden de una empresa prestadora de servicios, con ustedes, para que me hicieran un examen de ojos, pero nunca me llamaron, me tocó hacerlo particular...” (Adriana 59 años, Bogotá).

Los pacientes mencionaron, además, que por dificultades económicas, no siempre pueden seguir las recomendaciones nutricionales que los profesionales en nutrición o el resto del equipo de salud les proporcionan como parte de su plan de cuidado de la enfermedad.

“Yo como sagradamente lo que sea, créame, yo como lo que sea. Toda la vida he comido común y corriente, a lo pobre. Por ahí, cuando estaba trabajando a veces comía pescado al almuerzo, lo único que no como es carne, lo mismo pollo... esto ya me tiene hasta la coronilla” (Pedro, 67 años, Bogotá).

6.1.1.4. Disponibilidad de tiempo para la atención en consultas generales, RIAS o programas de seguimiento

Esta categoría hace referencia a la disponibilidad de tiempo que tienen los pacientes para atender los requerimientos en salud, como la asistencia a controles médicos, la toma de exámenes de laboratorio y la asistencia a charlas o talleres que proporcionan sus EPS, independientemente de si las atenciones recibidas están en el marco de la consulta general, las RIAS o el programa de pacientes diabéticos.

La mayoría de los pacientes manifestó no tener tiempo para asistir a citas programadas o a espacios educativos para el manejo de su enfermedad. Aunque reconocen que estos programas educativos son de buena calidad, la falta de tiempo en ocasiones retrasa los tiempos estipulados en los programas de atención. Argumentaron que la oferta institucional de horarios para las citas o la educación es incompatible con sus horarios laborales o de producción económica, lo que les impide asistir con la frecuencia requerida por los profesionales para recibir sus atenciones.

“Entonces, como es trimestral lo de las citas, entonces pues básicamente siempre caen un día entre semana y me queda muy difícil asistir... estar pidiendo permisos es como incómodo con la empresa, porque pues siempre tildan de decir ¡ay este hombre, sí bueno con citas médicas, una cosa con otra!, independientemente de la enfermedad, pues siempre a ninguna empresa le sirve tener una persona enferma en sus líneas de trabajo, ¿no? ...”. (Daniel, 39 años, Bogotá).

“Las citas... no pues la verdad normalmente son cada cuatro o cinco meses y yo por cuestiones laborales me descuido mucho en ese sentido, no soy tan constante...”. (Dimas, 55 años, Bogotá).

Sin embargo, plantean la posibilidad de utilizar medios alternativos a la presencialidad para recibir información o para el seguimiento de su enfermedad.

“Mi tiempo laboral es muy limitado y esas charlas siempre las hacen a las dos o tres de la tarde y me queda un poquito difícil, la verdad... ¿Entonces qué hago yo? Si a mí me mandaran información por el celular o así... mira pues en estos momentos que cuadramos la cita y con mucho gusto la puedo atender, pero realmente para yo desplazarme a otro lugar a asistir a una reunión o una cita en estos momentos, me queda un poquito difícil...”. (Edison, 43 años, Medellín).

6.1.2. Atención general en salud

Esta categoría de análisis aborda la atención de la enfermedad que el paciente recibe en consulta externa por libre demanda o en el marco preventivo de las diferentes rutas de atención integral en salud (RIAS) de la resolución 3280 de 2018, las cuales se encuentran fuera del programa de seguimiento al paciente diabético. Es importante aclarar que los pacientes tienen la oportunidad de acceder a atenciones en salud para atender su enfermedad por libre demanda también a través de las RIAS y de forma complementaria mediante el programa de gestión del riesgo de diabetes. En esta sección se analizaron únicamente los relatos de los pacientes sobre las atenciones recibidas por demanda y en el marco de las RIAS.

La consulta externa por medicina general es una de las rutas de acceso a los servicios de salud que tienen los pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Los pacientes solicitan por libre demanda una atención por medicina general en la IPS a la cual están adscritos por lugar de residencia. Asimismo, pueden solicitar citas para otras disciplinas de la salud como psicología, nutrición y dietética, optometría o alguna especialidad médica, siempre con la remisión emitida por un médico de la misma red de prestación de servicios en la que el paciente recibe la atención.

Además de esta puerta de entrada, existen las que brindan las RIAS de la resolución 3280 de 2018. Estas atenciones están estructuradas para hacer seguimiento a los pacientes según su grupo de edad y nivel de riesgo con el fin de realizar detección temprana y brindar atención oportuna a las enfermedades que pueden desarrollar según su ciclo vital. Estas atenciones incluyen un conjunto de servicios proporcionados por profesionales y especialistas, así como el uso de tecnologías en salud que el paciente debe recibir con una frecuencia determinada.

Dada la importancia de estas atenciones, se preestablecieron subcategorías para analizar la oportunidad de la atención en consulta externa y en RIAS, el acceso a estos servicios, la percepción de la atención, la educación recibida sobre la enfermedad y la adherencia a las indicaciones de los profesionales. De forma complementaria, emergió la subcategoría entrega de medicamentos y dispositivos médicos.

6.1.2.1. Oportunidad en la atención en consulta externa y RIAS

En esta subcategoría se hace referencia al tiempo de espera en días calendario que transcurre entre el primer contacto con la IPS para la asignación de la cita de primera vez y la fecha para la que es asignada (40).

Se identificó una queja común en los pacientes frente a la “larga espera para recibir atención por medicina general y especialistas”. Al revisar el Observatorio Nacional de Calidad en Salud (ONCAS), se encontró que en 2023 el departamento de Antioquia tuvo un tiempo promedio de espera para la asignación de cita por medicina general de 5,36 días, mientras que en el Distrito Capital fue de 2,1 días. Asimismo, el tiempo promedio para la asignación de cita por medicina interna en Antioquia fue de 12,5 días y en Bogotá de 10,45 días. No obstante, los pacientes reportaron tiempos de espera para medicina general de hasta ocho días y de hasta tres meses con especialistas, lo cual difiere notoriamente de los datos oficiales.

“En la medida de lo posible... porque no siempre es fácil conseguir la cita. Ahorita, por ejemplo, yo debía haber tenido cita para finales de enero, principios de febrero, y cuando llamé a pedirla me la dieron para marzo...” (Mabel, 85 años, Bogotá)

“A veces hay especialistas que se demoran mucho en asignar las citas, por ejemplo con mi papá, que son para abril...” (Ilda, 59 años, Medellín).

“Porque, por ejemplo, uno va a pedir una cita médica, pues que se enferma uno o algo, entonces se la dan a uno con ocho días, menos no, ocho días. Antes era más rápido, de un día para otro, bueno, por lo regular, o a los dos días, pero ya ahora es imposible conseguir una cita rápido...” (Beatriz, 56 años, Medellín).

De igual forma, los pacientes reportan cancelaciones inoportunas de las citas.

“Bueno, como le digo, yo tenía una cita para el 13 de diciembre y automáticamente se canceló, y ya no había más citas para los próximos meses pues para enero y febrero ya no había más ...” (Miguel, 51 años, Bogotá).

“Lo de la nutrición es maluquísimo porque, por ejemplo, uno pide la cita, se la dan con mucho tiempo y estuve varios días que me la cancelan. Ah que, para tal día, que no, que ese día no se va a poder atender. Por ahí cuatro veces me la cancelaron...” (Vilma, 56 años, Medellín).

De manera complementaria a la subcategoría de análisis “conocimiento de la enfermedad” descrita en la sección anterior, los pacientes informaron que no se realizó un seguimiento constante a su condición de salud después de haber sido diagnosticados con diabetes. Esto

evidencia un olvido conjunto de la gestión del riesgo del paciente tanto por parte la EPS-IPS como de los propios pacientes.

“Como le digo, ya después de la pandemia, pues hace tres años, que me vienen cancelando las citas por X o por Y motivo, pues por qué... no sé. Ya eso es como interno de ellos. Cada año, cada seis meses, a ver, después de la pandemia se demoraron por ahí más de un año en llamarme. Al año y medio me llamaron y me dieron una cita para volver a retomar el caso luego, pues el caso es el procedimiento que me venían haciendo. Ya después volví, me cancelaron la cita y así sucesivamente me han tenido, pues...”. (Fredy, 57 años, Bogotá).

6.1.2.2. Acceso a servicios

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud que sean adecuados, oportunos y de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles. Además, se debe asegurar que el uso de esos servicios no exponga a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo a los servicios (41).

Muchos pacientes mencionaron que en ocasiones deben recibir atención en lugares diferentes a su IPS primaria, evidenciándose una fragmentación de servicios, específicamente en la toma de laboratorios, lo cual implica desplazamientos y costos adicionales para obtener este servicio. De igual manera, mencionan que en algunas ocasiones tienen que recibir atención especializada fuera de la IPS primaria.

“Hablemos de laboratorio de sangre... sí se genera inmediatamente en la EPS, pero otros exámenes generales remitidos de las otras entidades a la EPS, ha sido un poquito complicado conseguir...”. (Fabián, 40 años, Bogotá).

“A veces es muy difícil acceder a las citas cuando son especialistas que están por fuera de la IPS... Entonces es como estar más pendiente de esos agentes externos y de esos convenios que hace la EPS y para un seguimiento de calidad y verificar que los tiempos que están dando de respuesta a los usuarios... son unos tiempos muy malos...”. (Inés, 85 años, Bogotá).

Un proceso administrativo mencionado recurrentemente por los pacientes es el de las autorizaciones. Para ellos, este proceso resulta ser lento y usualmente se les mantiene en lista de espera para citas especializadas durante largos periodos de tiempo. En muchos casos, las órdenes de remisión pueden vencerse, lo que les obliga a reiniciar el proceso a través de una consulta general, retrasando de ese modo la atención de la enfermedad.

“Pues lo que pasa es que son varias cosas... primero que todo está el tema que uno necesita que lo valore un especialista, un internista. Ese tema se dilata mucho cuando ellos no autorizan, no le dan las autorizaciones a uno, entonces ahí uno ya de pronto dice yo tengo tiempo ahorita, por qué no me autorizan de una vez... y por ahí le dicen en un mes, dos meses... entonces no, ya no cuento con el tiempo y aplazar para uno, como paciente, no es bueno...”. (Jairo, 41 años, Bogotá).

Algunos pacientes informan que no pueden asistir a las citas pactadas con sus médicos tratantes en las IPS primarias en las ciudades donde habitan debido a que, por ejemplo, sus trabajos implican desplazamientos a otras ciudades, lo que prolonga los tiempos de seguimiento. Esto sucede específicamente con pacientes que, por motivos laborales, deben viajar constantemente, y la EPS no les garantiza la atención por consulta externa en ciudades diferentes a la que han

registrado como lugar de residencia. Esto se constituye en una barrera para el acceso a los servicios.

“A veces es por falta de tiempo, porque le dicen tiene cita el miércoles a tal hora... Yo trabajo en turismo, entonces me encuentro viajando, estoy por allá en la Patagonia y justo la cita la tengo el miércoles y hay viaje para el lunes, o sábado, o viernes... Entonces es como más falta de tiempo mío para poder asistir a esas citas... pero bueno, ya quiero empezar otra vez, quiero como empezar desde cero...” (Hugo, 53 años, Bogotá).

“En Itagüí, la IPS era cerca de mi casa y pues bajaba caminando y subía caminando... Ahora me queda en el otro extremo, pero como ya no laboro en una empresa, tengo todo el tiempo, puedo esperar, pero si no lo tuviera sería un inconveniente muy grande” (Alejandro, 40 años, Medellín).

6.1.2.3. Percepción de la atención

Esta categoría se refiere a las percepciones que tienen los pacientes sobre la atención que reciben por parte de su EPS o IPS y se mide a través de la satisfacción y de características centradas en la persona, como la integralidad y la continuidad de la asistencia. La percepción del usuario es un eje importante en la calidad; se estima que las empresas están cumpliendo con la entrega de un servicio adecuado, de acuerdo con la forma como el usuario valora lo que recibe de la atención por parte del personal de salud (42).

Pese a las barreras existentes, una vez que reciben la atención, la mayoría de los pacientes manifestó tener una buena percepción de los servicios proporcionados por los profesionales de la salud y el personal administrativo en las IPS. Resaltan el buen trato, el seguimiento personalizado, el compromiso con el tratamiento de los pacientes y la información que les brindan para el manejo de la enfermedad. Este tipo de apreciaciones positivas atañen a todos los profesionales y especialistas.

“Todo ha sido muy claro, la información bien, cuando me ha tocado con la nutricionista muy bien todo. Le explican a uno muy bien cómo va todo el proceso o ponte las pilas con esto o baja de peso... eso sí, son muy humanitarios, como decimos, verdad que sí muy bien en ese sentido...” (Alex, 43, Medellín).

Por otro lado, algunos pacientes manifestaron no estar satisfechos con la atención recibida por los profesionales. Sus quejas se centran en el uso constante de medicamentos, los efectos adversos de estos, o en haber recibido atención de profesionales con poca experiencia.

“Yo siempre he estado bastante insatisfecho, en el sentido de... cómo le digo, me enseñan es a sobrevivir con la medicina, más no ver cómo puedo revertir o tratar de revertir o averiguar cuál es la causa... Lo único que quieren es que uno siga consumiendo y consumiendo...” (Andrés, 51 años, Bogotá).

De manera complementaria, llama la atención que muchos pacientes se refieren a los prestadores de servicios de salud como EPS, aunque sean usuarios recurrentes de los servicios prestados por la IPS. En su discurso, no parece haber una diferenciación clara entre EPS e IPS, sin que esto afecte su percepción de la atención. Es importante resaltar este hecho porque tanto los aciertos como los desaciertos de los múltiples agentes del sistema en la atención a los pacientes entrevistados son atribuidos a las EPS sin distinción.

6.1.2.4. Educación sobre la enfermedad

En general todos los pacientes entrevistados manifestaron haber recibido información sobre el manejo de su enfermedad en consulta general. No obstante, para algunos de ellos, esta información parece ser insuficiente.

“No, pues, yo sé que la diabetes es azúcar en la sangre, pero hasta ahí. No sé hasta dónde llegará, no sé si más adelante tenga alguna repercusión de algo o ya queda así, porque, mire, yo ya llevo así como tres, cuatro años o más...” (Pedro, 67 años, Bogotá).

Por otro lado, uno de los motivos importantes a considerar es que, en algunas ocasiones, la información proporcionada por los profesionales de la salud acerca de la promoción y el cuidado de la salud no está alineada con las características de los contextos y la cotidianidad de los pacientes para el manejo de la enfermedad.

“El problema es básicamente mío: a uno le entregan un formato para que uno lleve y lo siga en la alimentación, los cuidados, el deporte... básicamente es uno el que no contribuye para que las cosas marchen de mejor forma...” (Omar, 45 años, Bogotá).

Según narran los pacientes, parte de la información que reciben del personal de salud se centra en qué es la diabetes, los alimentos que elevan el índice glucémico, los cambios de alimentación, el cuidado de la piel, la importancia de la actividad física y el uso de medicamentos.

“Cuando yo fui diagnosticado, me dieron unas citas como a las dos o tres de la tarde. Le explican a uno lo que de pronto el cuerpo no está generando para contrarrestar lo del azúcar... se me olvida el nombre... yo ya estuve en una capacitación de esas donde me explicaron lo de la alimentación. Después tuve cita con la nutricionista, con el de la diabetes que le toma a uno el peso, me explica cómo cortarme las uñas... y ya hasta ahí...” (Andrés, 41 años, Medellín)

“Bueno, lo primero que me dijeron en las citas médicas, pues es el autocuidado en la alimentación, en el ejercicio, bueno un sinnúmero de cosas que, pues, tienen los médicos ¿no? (Mario, Medellín.)

Llama la atención la reflexión de uno de los entrevistados, quien señala la importancia de desarrollar habilidades blandas en los pacientes para que puedan asumir de mejor modo su vida diaria mientras gestionan la enfermedad.

“Pero una cosa es el entrenamiento técnico y otra el entrenamiento de vida, la actitud hacia la vida y lo que significa una enfermedad que te acompaña, qué significa y si tiene que limitarte o no. Entonces el pensamiento continuo en la enfermedad es el que te limita, ¿no? ...” (Mario, Medellín).

6.1.2.5. Adherencia

De acuerdo con la OMS (2003), el término adherencia se define como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”.

Sobre este tema, la mayoría de los entrevistados manifiestan asistir a las citas de control en los tiempos recomendados por los profesionales, así como administrarse los medicamentos según prescripción médica e intentar seguir las recomendaciones nutricionales. Sin embargo, como ya se mencionó antes, hay quejas recurrentes sobre la no disponibilidad en la agenda de los profesionales de cabecera. Esto provoca que, a veces, las citas deban aplazarse por algunos días o incluso semanas, lo cual puede afectar la adherencia de los pacientes al seguimiento de su enfermedad.

“Cada tres meses... sí, yo asisto juicioso, pero muchas veces se me demora por cuestión de que el profesional no está disponible...” (Jesús, 57 años, Medellín).

“O sea, cuando hay cita programada trato de asistir... cuando me programan la cita de optometría, de odontología, a todas las citas yo trato de asistir y trato de pedir las tarde porque mi horario laboral es un

poquito extenso, entonces por eso las pido después de las cinco de la tarde para poder asistir y no quedar mal...” (Luis, 43 años, Medellín).

Otros pacientes mencionan que no cumplen con las citas de control o con las recomendaciones médicas indicadas debido a dificultades con sus horarios laborales, por descuido personal o simplemente por decisión propia.

“Sí, yo decidí no tomar esa medicina y así cortar con eso... De la EPS me han llamado, han estado pues al pendiente de que yo haga exámenes, pero la verdad no...” (José, 67 años, Bogotá).

Por otro lado, algunos pacientes manifiestan que asisten a las citas médicas exclusivamente para renovar las recetas de sus medicamentos.

“Digamos, yo le soy sincero, yo casi no voy porque, hoy en día, ya la imagen del doctor, del médico general... prácticamente uno va es a que el man le formule una cuestión desde el celular y yo veo que eso no tiene sentido, valorar así a un paciente como uno, no tiene un sentido así. Entonces, yo le soy sincero, yo voy es para que me den mis medicamentos y ya...” (John, 41 años, Bogotá).

6.1.2.6. Entrega de medicamentos y dispositivos

Esta es una categoría, no preestablecida, que se identificó a partir del testimonio de los pacientes entrevistados y se refiere a la entrega de los medicamentos o dispositivos médicos a través del servicio farmacéutico contratado por la EPS. Al respecto, la mitad de los pacientes manifestó haber tenido inconvenientes con la dispensación de sus medicamentos y algunos también con la de los dispositivos médicos. La otra mitad indicó no tener problemas con este servicio.

La queja principal sobre la entrega de medicamentos es que no se dispensan en su totalidad las cantidades de medicamentos recetadas, lo que en algunos casos obliga a los pacientes a comprar de su propio bolsillo los medicamentos faltantes.

“Fíjese... básicamente ir al médico, es ir a que me renueven los formularios y, con suerte, a que en la empresa dispensadora tengan los medicamentos completos porque ese es el otro problema, que los tenga todos nunca pasa, siempre falta algo y le toca uno, pues también mirar a ver...” (Jorge, 53 años, Bogotá).

“Eso es bastante difícil, porque hemos tenido periodos en los cuales la empresa encargada de suministrar los medicamentos simplemente dice ¡no hay! Entonces he tenido que comprarlos porque son medicamentos que se requieren sí o sí para mantener mi condición de salud. Hay medicamentos que son bastante costosos y que ha sido bastante difícil conseguirlos en esas épocas en que la empresa dice ¡no tenemos!...” (Dora, 85 años, Bogotá).

De la misma manera, algunos pacientes reportan haber tenido problemas con la dispensación cuando se les cambia el medicamento, debido a la falta de disponibilidad en la farmacia. Esto puede indicar una desconexión entre el área médica y el servicio farmacéutico.

“Bueno, ahí sí tengo una queja. Pedí el cambio de medicina, me dieron el cambio, pero en la farmacia esa medicina ya no estaba en el mercado y me dieron una carta que y la pase allá... no me dieron respuesta a ver qué otra medicina podía consumir que no me hiciera daño...” (Hugo, 53 años, Bogotá).

Otro problema es la larga espera que deben soportar los pacientes para que les suministren sus medicamentos, la cual puede durar varias horas. Por último, un paciente que vive en Puerto Nare, Antioquia, manifestó que debe desplazarse hasta Medellín para obtener sus medicamentos, cubriendo de su bolsillo este costo, ya que la EPS a la que está afiliado no tiene contrato de dispensación en su municipio.

“A ver... yo la recomendación que tengo en lo referente a los medicamentos es lo que yo hago: como yo no vivo en Medellín, yo vivo en Puerto Nare, cuando voy a la consulta para recibir los medicamentos, entonces yo los reclamo para un mes, por ejemplo, porque si no entonces después a mí me toca comprarlos, porque en Puerto Nare no hay atención por la EPS...” (Adela, 54 años, Puerto Nare).

6.1.3. Programa de diabetes

Esta categoría de análisis indaga acerca del conocimiento, la oportunidad en la atención y las percepciones de los pacientes sobre la que reciben para el control de su enfermedad en el marco del programa de gestión de riesgo para pacientes diabéticos o crónicos que las EPS contratan con IPS de su red de prestación de servicios

6.1.3.1. Conocimiento del programa

Esta subcategoría se refiere a si los participantes tienen conocimiento sobre su inclusión en un programa de pacientes crónicos o de diabetes en su EPS. En ese sentido, la mayoría de los participantes del estudio saben que existe un programa de gestión del riesgo de pacientes diabéticos, reconocen que hacen parte de este programa y comprenden sus objetivos. Sin embargo, ninguno de los pacientes pudo enumerar los tipos de de atenciones que reciben en el marco del programa.

“Sí, lo primero que me dijeron fue eso, que las citas iban a ser trimestrales, que ellos mismos me iban a llamar con el fin de estar como más pendientes de mi salud, que tienen un programa de hipertensos diabéticos...” (Josué 39 años, Bogotá).

“Sí, yo estoy en un programa y ahí es donde me asignan las citas, están pendientes de cómo va el azúcar, como están los exámenes de laboratorio...” (Beatriz, 59 años, Medellín).

Sin embargo, hay pacientes que dicen ya no hacer parte del programa o no participar en él por falta de motivación, como Andrea, de 68 años en la ciudad de Medellín: *“Sí, muchas veces lo llaman a uno y le preguntan, pero yo no he asistido a ninguno, pero no porque no lo haya si no porque uno es perezoso y no va (risas), pero sí me han llamado para que asista, pero, como le digo, a veces uno no puede”.*

En otros casos, los pacientes participan del programa, sin saber que están siendo atendidos como parte del mismo. Cristian, de 60 años en la ciudad de Medellín, relata: *“Pues te comento que yo sinceramente no sé respecto a eso. Sé que, por ejemplo, acá en este en este centro atienden a los diabéticos más que todo y problemas así, pero así un programa un programa en sí, no he escuchado sobre eso”.*

Algunos pacientes comentaron que han utilizado WhatsApp en el marco del programa de atención a pacientes o que los han invitado a recibir atenciones a través de herramientas digitales.

“Muy muy buena, es más yo le comentaba, creo, que fue usted la que me llamó y yo le contaba que tenía o tengo en el WhatsApp un link y nosotros nos conectamos ahí y hacemos conferencia...” (Alfonso, 67 años, Bogotá).

“Sí me han ofrecido virtual a mí el programa... a mí me parece bien, yo no tengo nada de que quejarme, el problema acá soy yo...” (Adres, 40 años, Medellín).

Sin embargo, también hubo un grupo de pacientes que manifestaron no conocer el programa o nunca haber sido invitados a su componente educativo.

“No, yo no, que yo sepa que estoy en un programa especial no, hasta ahora que Leila me habló de esto, pero yo no estoy en ningún programa nada, nunca nada...” (Liliana, 59 años, Bogotá).

“Mmmmm... a ver... a las charlas realmente no he asistido porque nunca me han hecho una invitación para ir” (Augusto, 43 años, Medellín).

6.1.3.2. Oportunidad

En general, los pacientes manifiestan que hay disponibilidad de citas para recibir las atenciones del programa de gestión del riesgo. Sin embargo, otros mencionaron que pedir citas con algunos de los especialistas del programa es poco oportuno, tal como lo menciona un paciente de Bogotá.

“Pues sí, de pronto para muchas personas que no conocían mucho de algunas cosas sí eran buenas esas charlas, digamos que sí... pero de todo ese programa yo tuve solamente dos citas con especialista y no más... pero es que es un poco tedioso también, porque tú vas a pedir la cita con el especialista y te la dan para cuando ellos quieran...” (Fredy, 41 años, Bogotá).

6.1.3.3. Percepción de la atención

Con respecto a la percepción de los pacientes sobre el programa de atención, en su mayoría expresaron comentarios positivos, centrándose en el cuidado que reciben de diferentes profesionales de la salud, los buenos resultados obtenidos, la dedicación de los profesionales y la información proporcionada para el manejo de la enfermedad.

“Una vez que le hacen el diagnóstico, efectivamente tanto el personal médico como la enfermera jefa empiezan hacer el seguimiento y también somos invitadas a participar a unos talleres de autocuidado para, pues, precisamente mantener un estilo de vida saludable... entonces siempre se ha sentido el acompañamiento y ya cuando tuvimos que pasar a una segunda etapa de insulínoddependiente, también hemos recibido el apoyo de la EPS en cuanto al acompañamiento del servicio médico...” (Dora 85 años, Bogotá).

“De hecho, me mandaron de Envigado para acá (Medellín) y entonces eso fue de impacto: ¿cómo así que todo por acá? ¿yo iba a otra IPS... ¡y ahora estoy clavado aquí!? Pero me favorece totalmente y sé que están dedicados a mí, se nota que es dedicación del programa para quienes tenemos esas condiciones...” (Jorge, Medellín).

Llama la atención que algunos pacientes manifestaron no estar participando del programa actualmente, pero desean volver a formar parte de este, reconociendo el impacto positivo de recibir este grupo de atenciones.

“Sería bueno estar en un programa y acceder a esas cosas que uno tiene que aprender... uno quisiera muchas veces pensar ¡cuándo se me va a quitar esa enfermedad! y no ‘uno tiene que aprender a convivir con ella!...” (Jaime, 60 años, Medellín).

“Entonces, ahora, de pronto como que no sé, no sé si me sacaron... pero, a ver, no quiero hablar mal, sino que usted sabe que no es lo mismo cuando a uno ya le están haciendo el seguimiento: ahí los mismos doctores le dicen a uno ‘vea, vaya, pídamme esta cita para eso’ y ellos ayudan también a que le den las citas a uno...” (Elbert, 56 años, Medellín).

En contraste, unos pocos pacientes mencionaron no sentirse conformes con las atenciones ofrecidas por el programa, destacando que la información recibida no es relevante para el manejo de su enfermedad.

“Yo en este momento trabajo en la autopista Medellín-Bogotá, y no voy a pedir permiso a las 10 de la mañana para ir por allá a buscar una información para que me tengan que inyectar la insulina...”

obviamente no tiene sentido, a menos que sea algo un poco más didáctico, con una videollamada, suficiente...” (Ricardo, 30 años, Medellín).

“Lo único a lo que fui es a una capacitación donde un profesional explicaba el nombre, te decía lo que el cuerpo deja de producir para contrarrestar la insulina y todo eso... ¡ya eso fue! Me vas a disculpar, para mí que me diagnosticara diabetes... yo dije, nooo... vine a perder mi tiempo, en vez de estar por ahí regando hojas de vida y haciendo otras cosas...” (Lilia, sin datos de edad, Bogotá).

6.1.3.4. Educación sobre la enfermedad

Todos los pacientes que hicieron referencia a la educación brindada en el programa expresaron comentarios positivos sobre la información recibida en temas como la alimentación, el manejo de medicamentos y la adaptación psicológica a la enfermedad. Un paciente reconoció la importancia de involucrar en este proceso educativo a la familia, específicamente en los asuntos relacionados con la alimentación.

“Sí, sí, señora, claro que sí... incluso, hace un lapso de tiempo, participé en un programa que maneja la EPS en donde le dan a uno, digámoslo así, unos tips para controlar de pronto la diabetes y la alimentación, también psicológicamente y, bueno, todo lo que se refiere a la salud, sí, ese programa sí lo conozco...” (Genaro, 40 años, Bogotá).

“En ese momento esas charlas eran muy buenas porque le informaban a uno sobre los alimentos, los riesgos de automedicarse, cómo se debían tomar los medicamentos, si son cada doce horas, no son cada diez o catorce horas o, cuando se acuerda, que uno debe ser muy puntual, muy estricto... en eso, esas charlas me gustaban mucho...” (Helen, 42 años, Medellín).

6.1.4. Telemedicina

En esta categoría se buscó indagar sobre el uso y las percepciones que tienen los pacientes sobre las herramientas de telemedicina que han recibido hasta el momento para el manejo de su enfermedad, así como su disposición para incorporar estas tecnologías en su control.

6.1.4.1. Telemedicina en consulta general y programa

Todos los pacientes entrevistados informaron haber tenido algún tipo de contacto con herramientas de telemedicina para el agendamiento, consulta, formulación o seguimiento en la atención general y en el programa de seguimiento a pacientes diabéticos. Las herramientas más comunes son los mensajes de texto, llamadas o correos electrónico para recordar el agendamiento de citas en los días previos a la consulta con cualquier profesional. Asimismo, las EPS les brindan la posibilidad de actualizar la formulación de sus medicamentos y, en algunos casos, solicitarlos a través de WhatsApp.

“Automáticamente eso llega al correo. La EPS lo tiene super bien montado porque, uno apenas tiene el servicio, aparecen los pagos y el día anterior o antes, se le recuerdan a uno las citas... es excelente...” (Daniel, Medellín).

Algunos pacientes mencionaron haber tenido consultas con profesionales y especialistas a través de videollamadas, especialmente durante la pandemia.

“En una teleconferencia, el especialista preguntándome cómo estaba, cómo seguía mi estado de salud, si estaba juicioso con las drogas, ¿ya?... como si estuviéramos en una cita médica, pero telefónicamente. Eso sucedió dos veces cuando estuvimos en pandemia...” (Hernán 43 años, Medellín)

De igual forma, muchos de los entrevistados dijeron haber recibido llamadas de seguimiento por parte de los profesionales de la salud para preguntar sobre su evolución en el manejo de la

enfermedad y mensajes de texto invitándolos a participar en actividades de cualificación sobre el tema.

“¡Pero si lo llaman a uno a cada rato! Lo llama el médico, que cómo se siente, que bien muchas gracias, doctor... que pase feliz día... ¡a uno lo atienden bien!...” (Carlos, 58 años, Medellín).

“Sí, sí, constantemente me dicen que me debo cuidar, que puedo hacer esto y esto no, inclusive también me mandan citas con los químicos farmacéuticos para que me indiquen la forma en que se puede aplicar la droga y también en telemedicina me escuchan, me dicen a qué hora me debo aplicar la medicina, si me la estoy aplicando bien o mal...” (Mario, 57 años, Medellín).

6.1.4.2. Acceso a tecnología y habilidades digitales

Algunos pacientes mencionan no tener acceso a teléfonos inteligentes, internet en casa o en el teléfono, o tener acceso limitado por estar ubicados en zonas de difícil acceso a señal de internet. Ninguno mencionó utilizar computadores como medio de conexión.

En cuanto a las habilidades digitales, la mayoría de los pacientes manifiestan tener grandes dificultades para el manejo de los teléfonos, WhatsApp o aplicaciones de conexión para videollamadas.

En algunos casos, los familiares o cuidadores les brindan apoyo para el manejo de los teléfonos y aplicaciones de comunicación como WhatsApp, correos electrónicos o enlaces de conexión.

“Ahh, es que acá, como yo vivo acá, esto de la señal... yo no sé cómo le he cumplido a su mercé, no sé cómo le he cumplido...” (Antonio, 63 años, Bogotá).

Entrevistador: *Por ejemplo, el tema de si alguna vez le tocara descargar una aplicación para tener una cita médica a través de esa aplicación...*

Respuesta del paciente: *Pues me toca pedir auxilio...* (María, 58 años, Medellín).

Entrevistador: *¿Y usted requiere apoyo para el manejo de su celular o del computador?*

Respuesta del paciente: *Sí, porque es que yo no... no sé manejar eso, doctor, pues acá en la casa lo manejan...* (Felipe, 56 años, Medellín).

Sin embargo, muchos pacientes manifiestan utilizar cotidianamente el teléfono para recibir mensajes de texto o de WhatsApp con recordatorios de citas médicas programadas, actualización de formulaciones de medicamentos o información sobre el manejo de su enfermedad. Logran, así, interactuar exitosamente con profesionales o bots que los guían en los procesos.

Entrevistador: *¿Y recibe mensajes de texto, WhatsApp como recordatorio?*

Respuesta del paciente: *Sí, claro... o cuando tengo inquietudes yo escribo a la línea de WhatsApp y eso es práctico...* (Andrés, 47 años, Bogotá).

6.1.4.3. Percepción del uso de la telemedicina

La mayoría de los entrevistados hicieron comentarios positivos sobre el uso de la telemedicina como herramienta de seguimiento de la enfermedad. Algunos consideran que es útil para agendar y recordar citas con profesionales, realizar seguimientos, renovar fórmulas de medicamentos y teleconsultas.

Además, valoran positivamente la posibilidad de evitar desplazamientos hasta la IPS, ahorrando tiempo y recursos económicos, y como una alternativa para no pedir permisos laborales para asistir presencialmente a consultas.

“Las ventajas son muchas porque, imagínese, ya usted se ahorra transporte, se ahorra ir por allá a prenderse de virus y esas cosas... todo eso es muy bueno, muy bueno...” (Jaime, 55 años, Bogotá).

“Sí, puede ser, sí... mire esto es un camión y yo en este momento, en estos días, no estoy viajando mucho... pues a uno le entra la comunicación y entonces se orilla, y hace la conferencia y la cita... lo que sea, por mí no hay ningún problema...” (Luis, 67 años, Bogotá).

“Exacto, sería genial, pues asistiría al 100%. Yo creo que con este tema así, sí lo asistiría y estaría más pendiente, lógicamente, por este medio, pues es más por el trabajo, más que por otra cosa, la demora... que se me hizo tarde para llegar a la cita médica, que el Transmilenio, el transporte, bueno, un poconón de cosas que también se suman, ¿no? ...” (Jairo, 39 años, Bogotá)

Algunos pacientes prefieren métodos mixtos de atención, combinando la presencialidad con la virtualidad.

“Sí, yo diría telemedicina también podría ser, porque uno va a la cita y ellos le van a decir a uno qué tiene y pues no le van a aplicar cosas, así que por telemedicina sería muy bueno porque le explican... igual podría ser varias citas de telemedicina y varias presenciales...” (Sergio, 57 años, Medellín).

Por otro lado, algunos pacientes manifiestan opiniones negativas sobre el uso de la telemedicina, argumentando dificultades con el uso de la tecnología, retrasos en la atención, despersonalización de la atención por parte del profesional y dificultad para la valoración integral. Y prefieren la presencialidad.

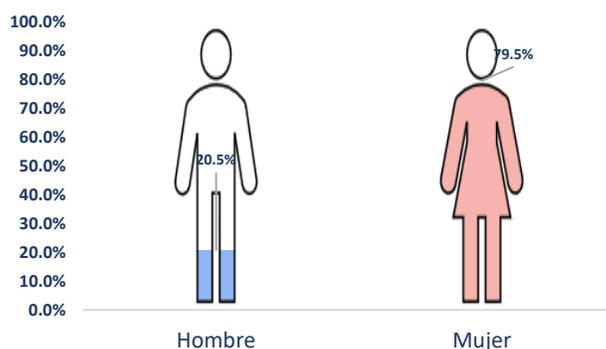
“Sí, me gusta más así, porque yo puedo ver a mi médico, le puedo preguntar, porque yo sé que me va a pesar, sé que me va a examinar si ve la necesidad de examinar, me gusta más presencial. Lo de la telemedicina... hace poquito yo pedí una cita porque necesitaba pedir una orden y me sugirieron que pidiera una cita prioritaria y me la dieron para los tres días, virtual, pero resulta y sucede que a mí las citas virtuales... era que la doctora me llama hablamos por el teléfono, sin vernos, ni ella me ve ni yo la veo... pero, con esta, era que me conectara y usted sabe que a uno ya muchas veces la tecnología se lo come, y ella me llamó y me dijo ‘estas retrasada siete minutos, te doy cuatro minutos para que nos conectemos’, entonces se perdió la cita porque yo no me pude conectar, porque no encontré el enlace...” (Amparo, 58 años, Medellín).

“Sí, porque, imagínate uno mostrándole uno el pie a un médico por computador, ‘muéstrame los pies’... no... él tiene que ver el pie, la enfermedad de nosotros, los diabéticos, debe mirar cómo está trabajando la circulación... cuando yo llevo los exámenes a mí me revisan el cuerpo, miran como están los dedos, me hacen preguntas, me hacen chequeo, le miran a uno los ojos...” (Pedro, 40 años, Medellín).

6.2. Narrativas del Talento Humano en Salud (THS)

Por considerarse parte estructural del proceso, se realizaron 38 entrevistas a personas vinculadas laboralmente a los programas o rutas de atención a pacientes con diabetes. Participaron dos EPS de Colombia con sus IPS adscritas, contribuyendo una con el 64% y la otra con el 36% del talento humano en salud (THS), siendo en su gran mayoría mujeres (véase la Ilustración 2), con perfiles como directivos o coordinadores administrativos del programa, medicina interna, medicina general, nutrición, psicología, enfermería, auxiliar de enfermería, químico farmacéutico y regente de farmacia, todos con una vinculación vigente y una ubicación geográfica en Bogotá o Antioquia (municipios de Rionegro, Bello y Molinos).

Ilustración 2: Distribución del THS participante por sexo



A todos los participantes vinculados al estudio desde la oferta, se les realizó una entrevista semiestructurada, con categorías y subcategorías preestablecidas, distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 7: Categorías y subcategorías preestablecidas

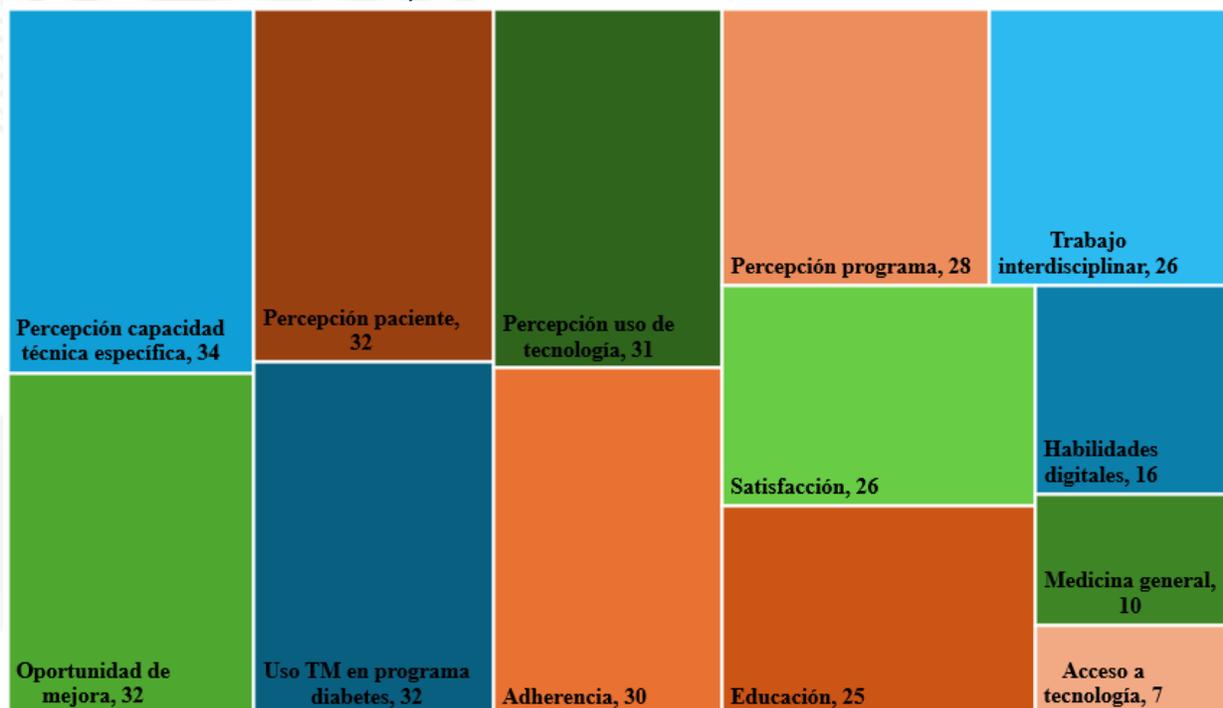
Talento Humano	
Programa de diabetes	Adherencia
	Educación
	Puerta de entrada (medicina general)
	Percepción del programa
	Percepción del paciente
	Trabajo interdisciplinar
	Oportunidad de mejora
Telemedicina	Habilidades digitales
	Acceso a la tecnología
	Percepción respecto del uso de tecnologías
	Uso de telemedicina en atención general
	Uso de telemedicina en programa de diabetes
THS	Satisfacción
	Percepción de la capacidad técnica específica

Durante el ejercicio de codificación, emergieron dos subcategorías en la categoría de programa de diabetes, que fueron denominadas Adherencia y Educación, luego de identificar elementos suficientes dentro de las entrevistas para incluirlas.

En el ejercicio de codificación, se observó que las categorías más ampliamente explicadas por los participantes fueron: oportunidad de mejora, uso telemedicina en el programa de diabetes, adherencia, percepción de la capacidad técnica específica, percepción del programa, percepción del uso de tecnología y percepción del paciente, todas con más de 80 referencias codificadas hasta un máximo de 108 referencias. La subcategoría con el mayor número de participantes que la mencionaron por lo menos una vez, fue la de percepción de capacidad técnica específica, seguida por el uso de telemedicina en el programa de diabetes, la oportunidad de mejora y la percepción acerca del paciente (véase la Ilustración 3).

Dentro de las categorías menos comentadas se encuentran las habilidades digitales de los diferentes actores, medicina general como puerta de entrada, acceso a tecnología y uso de la telemedicina en la puerta de entrada. Estos temas, aunque importantes, no fueron tan ampliamente discutidos por los profesionales de la salud, como se explicará más adelante en el análisis de cada una de las categorías y subcategorías respectivas.

Ilustración 3: Mapa jerárquico para referencia de THS/categoría en el grupo de los 39 profesionales de salud entrevistados



6.2.1. Programa de diabetes

Los programas que se implementan en el marco de la ruta de atención cardio-cerebro-vascular-metabólica se ejecutan de acuerdo con las necesidades y capacidades de cada institución, convirtiéndose en la guía para los profesionales que la ejecutan. Por esta razón, se consideró dentro del proyecto como un código central para estructurar las entrevistas realizadas a los profesionales. Esta categoría contiene siete subcategorías que pretenden explicar por qué los pacientes con diabetes utilizan o no los programas de cuidado al paciente, basándose en el entendimiento de los diferentes modelos observados en las IPS donde se realizaron las entrevistas. Dentro de esas subcategorías se encuentran: puerta de entrada (medicina general), percepción del programa, percepción del paciente, trabajo interdisciplinar y oportunidad de mejora. Se indagó sobre el conocimiento y las opiniones respecto de cada uno de los temas desde la óptica del personal de salud. Es importante reiterar aquí que, como ya se mencionó, durante el proceso de codificación y análisis, surgieron las subcategorías Adherencia y Educación.

En el curso de la investigación se detectaron diferentes puertas de entrada a la ruta del paciente con diagnóstico de diabetes, desde una cita de control por consulta externa hasta el ingreso a urgencias y/o hospitalización, dependiendo del modelo y capacidad de la IPS. Asimismo, se

detectaron prácticas exitosas que ayudan a mantener la adherencia de los pacientes adherentes y a cumplir las metas propuestas.

6.2.1.1. Adherencia

Esta subcategoría emergió de la necesidad de agrupar conceptos que se repetían en la mayoría de las narrativas analizadas.

La adherencia es considerada como uno de los principales retos que enfrentan los equipos interdisciplinarios, ya que se generan múltiples estrategias para que los pacientes se empoderen de su salud y continúen el tratamiento de forma adecuada, con el fin de mantener controlada la enfermedad. Una de las formas más comunes de medir la adherencia es la compensación metabólica (entendida como la estabilización de las cifras de glucosa) que registran los pacientes al momento de su cita de control y la reclamación de los medicamentos, ya que no es tan común que estos medicamentos se compren con recursos propios. Los profesionales de la salud comentan al respecto:

“Yo creo que uno de los principales retos es tratar de mejorar la adherencia del paciente intentando ser lo más claro posible en cuanto a indicación de uso de todos los implementos y medicamentos que tenemos para controlar la diabetes... es necesario que el paciente sepa que tiene el 70% de posibilidades de lograr el objetivo... es más dedicación lo que nosotros le damos al paciente. Tenemos que lograr que ellos entiendan que la forma en que se alimentan, el tiempo que dedican a la actividad física, todo eso, tiene la capacidad de mejorarlos inclusive igual o más que la medicación. Creo que ahí está el verdadero reto, en entender y hacer que el paciente entienda que tiene una enfermedad que es crónica, que no es tratable, pero sí es modificable...” (Daniel, médico internista).

“Digamos que el reto es saber cómo llegarle al paciente y poder hacerle entender la importancia de cambiar el estilo de vida que lleva, para que él se vaya como empoderado de su enfermedad y podamos cumplir la meta del programa...” (Carolina, médico cardiovascular).

Según los profesionales, uno de los factores que más interfieren en el proceso de adherencia de los pacientes al tratamiento, es el cambio en los estilos de vida, especialmente cuando está relacionado con el arraigo cultural y las costumbres. Esto puede dificultar el cambio de hábitos, especialmente alimenticios, más aún si prevalecen mitos y creencias que minimizan los estándares alopáticos ampliamente comprobados. Muchos de los participantes hablaron del tema en sus narrativas:

“Ahí va el tema de la cultura alimentaria, va el tema de la crianza... por lo menos yo los clasifico así... el tema de las creencias, el tema de la importancia que tú le veas al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Personalmente, yo percibo de que el tratamiento no farmacológico no les interesa en lo más mínimo y ese es justamente mi trabajo: la alimentación, los estilos de vida que están teniendo, el buen sueño, la actividad física, cómo manejan el tabaco, el licor, eso es básico...” (Nelly, nutricionista).

“Primero, la adherencia, o sea el estilo de vida, hay que reforzar mucho más. Los pacientes diabéticos son menos adherentes a recomendaciones porque, claro, están acostumbrados a que les digan no y no, no puedes comer eso, y por el uso de medicamentos...” (María, médico cardiovascular).

“Lo que pasa es que tienen la creencia de que todas las cosas naturales no tienen problema. Entonces el agüita de cedrón, las hojitas para la insulina, no sé qué... Por ejemplo, ayer llegó uno que me dice ‘doc, yo estoy super bien, yo dejé las pastillas que usted me mandó’. Miramos la glicosilada, ¡estaba en ocho y punta! Esas otras medicinas sirven, sí, yo creo mucho en las otras medicinas, me fascinan las otras medicinas. De hecho, vengo de acupuntura, pero uno no puede soltar esta parte que está más

estudiada, la alopática, y entonces es muy difícil enfrentar esa parte cultural, ¿cierto?” (Mateo, médico general).

Otro factor importante que influye en la adherencia de los pacientes con diabetes es la red de apoyo con la que cuentan y la forma en que esta interviene en el transcurso del tratamiento. Se habla de que la intervención de esta red puede ser tan positiva que el paciente logre sus objetivos en muy corto tiempo, o no tan adecuada, que retrase o interrumpa el tratamiento, descompensando significativamente a los pacientes, como se comenta en los siguientes testimonios:

“Otra brecha también son los familiares, porque a veces el paciente sí quiere venir, pero no tiene quién lo acompañe o a veces incluso los hijos, los familiares cercanos, no los quieren traer. Esa es una brecha grandísima...” (Gonzalo, enfermero).

“Las familias a veces no nos ayudan con el paciente... por ejemplo, en un cumpleaños no hace la diferencia de que es una persona con diabetes y, entonces, que le vamos a comprar o hacer una tortica, y le dan una torta normal, con crema, y en todos los cumpleaños le damos la torta con crema, con azúcar, y si hay gaseosa, le damos gaseosa... y la familia entonces no hace tampoco una diferenciación. O la diferenciación, o que todos nos adaptemos a lo que es, ¿cierto? Si él no puede comer azúcar, pues entonces todo aquí lo vamos a traer sin azúcar. Pienso que también eso ha sido y es difícil...” (Ángela, nutricionista)

“Bueno, influyen muchas cosas: uno, la red de apoyo que tienen, luego, las limitaciones económicas, sus creencias... o sea, hay muchas cosas que influyen en esa adherencia y en ese seguimiento” (Marta, enfermera líder).

“Para una atención como un conteo de carbohidratos avanzado, el paciente debe tener muchas condiciones, ¿cierto? Debe tener un cuidador primario si ya es de edad avanzada, y el cuidador primario debe tener un mínimo nivel intelectual, porque ¿qué es contar carbohidratos?, es hacer cálculos matemáticos para calcular cuánta insulina se le va a poner para corregirla o mantenerla controlada según la cantidad de carbohidratos que va a consumir. Entonces, cuando el paciente no tiene una adecuada red de apoyo, cuando vive muy lejos, cuando no tiene quién le traiga, es un paciente que no va a tener un control adecuado, que lo que va a tener es unas recomendaciones generales y cada día va a requerir más medicación, porque no controla la dieta adecuadamente” (Ángela, nutricionista).

El acceso a la información en esta nueva era ha sido de gran ayuda para extensas poblaciones, especialmente para aquellas que no tienen fácil acceso a la educación. Sin embargo, también ha generado el efecto contrario, desinformando sobre temas tan significativos como el manejo y tratamiento de diferentes enfermedades como la diabetes. Esto se debe a que la ciudadanía usualmente ya no consulta información oficial y no hay una enseñanza formal acerca de la manera adecuada de buscar información confiable y validada en los múltiples portales de internet. Al consultar de modo informal en la web, las personas que padecen la enfermedad enfrentan sentimientos de duda ante las indicaciones del personal sanitario, incidiendo así en la adherencia a las recomendaciones profesionales y generando situaciones como la narrada a continuación:

“Ahora, con el manejo de la información que está tan generalizado, los pacientes están bombardeados con internet y entonces a veces uno los maneja y ellos siempre tienen alguna duda, o sea, tienden a retarlo a uno. Le dicen: ‘no, es que yo vi en internet que decía que...’ o ‘no, yo vi en Google que decía que eso no es así, que el tratamiento para esto...’. Entonces ellos van buscando otras alternativas, en otras partes, antes de llegar inclusive a la consulta. Ellos ya llegan, pues, ‘informados’, porque se meten en páginas que nada que ver. No son páginas médicas ni nada, sino blogs o cosas por ahí. Entonces

me parece que desde ahí partiría uno como con la dificultad que podrían tener ellos, porque no se adhieren a los tratamientos, no se adhieren a las recomendaciones, y eso en un porcentaje importante diría yo, los pacientes en general... hay algunos que sí adhieren pues no tienen tanto acceso a redes, pero no son tantos como los que uno ve, que tienen celular, tienen internet..." (Roberto, médico cardiovascular).

La edad de los pacientes, según los profesionales entrevistados, cumple un papel muy importante en la adherencia al tratamiento. De acuerdo con algunas narrativas, los adultos mayores son más adherentes que los jóvenes, pero esta adherencia falla cuando no cuentan con una buena red de apoyo. Este grupo etario se compromete más con el manejo de su salud, pero requiere explicaciones claras, educación continua y familiares con el mismo grado de compromiso, que les apoyen en la logística necesaria para el consumo de alimentos y medicamentos, la toma de exámenes paraclínicos y el agendamiento de citas. En contrapartida, los estados de negación son más frecuentes en las personas jóvenes, quienes presentan mayor resistencia al diagnóstico y abandonan de forma permanente los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Dichos escenarios se pueden observar en los siguientes relatos:

"Lo otro es el poco acompañamiento, pues vemos casos de personas de edad que son muy solas, no tienen familiares o, si los tienen, no se interesan por ellas... entonces eso también es complejo para que puedan abordar bien todo el manejo que les hacemos acá. Pasa que viene una persona solita, uno le da la información y a pesar de que somos claros, no la entienden y además no tienen quién los ayude o les dé esa guía en la casa sobre qué tienen que hacer, recoger una muestra de tal manera, de por qué hay que hacer esto de ir a reclamar el medicamento..." (Roberto, médico cardiovascular).

"Pues hay muchas cosas que le llaman a uno la atención... por ejemplo, el abandono que los adultos mayores tienen. Hay pacientes que le dicen a uno: 'no tengo quien me lleve, no tengo quien esté pendiente de mí'. Y uno les pregunta: 'bueno, ¿ustedes no tienen familia que los traiga?' 'Sí, yo tengo mi hija, pero no, porque está trabajando, o no, porque ella tiene su familia. Entonces, digamos que eso es un reto porque uno trata de concientizar a la persona para que venga a la cita..." (Luisa, auxiliar de enfermería).

Además de la edad, de la red de apoyo, la influencia de la información extraoficial o informal y los mitos y costumbres que puedan tener los pacientes con diagnóstico de diabetes, también se observa que la posología de la medicación, especialmente en estados avanzados cuando se incluye la insulina, se torna compleja para los pacientes, convirtiéndose en una barrera para una adherencia adecuada. Frente a esto, los profesionales entrevistados fueron muy insistentes, ya que el éxito del tratamiento depende, en gran medida, de la educación impartida al usuario y de la verificación de su entendimiento. Al respecto, se encontraron comentarios como los siguientes:

"La otra barrera que veo es en cuanto a los medicamentos... hay pacientes, a veces, que no entienden su medicación o no la toman como es, o no hay de pronto la ayuda de la familia cuando son adultos mayores. Ese sería como el primer choque que hay cuando se enfrentan al diagnóstico, digámoslo así. Cuando ya están con el diagnóstico, siguen con la barrera de los medicamentos, aunque ya se van adaptando... igual el enfoque aquí es siempre que estén con todos los profesionales para que cada uno aporte su granito de arena, para explicarles el por qué, el para qué, para que no se sientan ellos como tan cohibidos, como tan a la defensiva en cuanto a su diagnóstico..." (Johanna, nutricionista).

En el tema de adherencia, aunque en las diferentes narrativas se obtuvieron críticas y comentarios acerca de las posibles barreras para lograr una correcta vinculación al tratamiento, no todas las opiniones fueron negativas. Hubo conceptos positivos que dan cuenta del

compromiso de los pacientes que son guiados por el equipo interdisciplinario, como lo expresaron algunos profesionales:

“Como te digo, hay pacientes muy juiciosos y en general la adherencia es muy buena y al paciente le gusta venir a sus charlas, asistir a sus citas. De hecho, piden los controles, las citas, piden que sea el mismo médico... cuando les toca otro, igual se les explica, etcétera. Pero en general los pacientes son muy adherentes...” (Sara, médica internista).

“Bueno, digamos que así como hay pacientes juiciosos, hay pacientes que son inadherentes. Entonces, digamos que los pacientes que son juiciosos, que están controlados, pues no tienen ninguna pauta concreta que seguir para continuar con su proceso, pero los pacientes que no son adherentes son los que se enferman, tienen su diabetes muy elevada o muy descontrolada, por decirlo así, porque no tienen el manejo adecuado de los medicamentos” (Luisa, auxiliar de enfermería).

Para mejorar la adherencia en los pacientes con diabetes, se encontraron diferentes estrategias encaminadas a empoderarlos y generar el confort necesario en las atenciones. Dichas estrategias van desde la captación, pasando por el seguimiento y la educación, hablando solamente desde lo operativo, ya que desde la parte administrativa se identifican tácticas diferentes. Los profesionales a menudo concilian con los pacientes según sus necesidades o requerimientos particulares, tratando de generar planes de tratamiento adaptados a la realidad de cada uno. Asimismo, se observó que en la mayoría de las instituciones los planes de seguimiento están encaminados a acompañar de cerca el proceso de cada usuario, mediante llamadas continuas y la solicitud de información, por ejemplo sobre los resultados de glucometrías o planes alimenticios, a través de WhatsApp o correo electrónico. Dentro de las narrativas identificadas al respecto, se destacan las siguientes:

“El equipo de enfermeras es el que se encarga de que los pacientes se adhieran. Cuando hay inasistencias, hay un alertamiento: el médico hace el contacto y si ve que es un paciente que no logró el contacto, que tiene una cita, digamos, en días múltiples, entonces genera un alertamiento con las enfermeras, y el equipo de enfermeras se encarga de seguir al paciente, de contactarlo, de ver que si no viene es porque no tiene plata, porque no sabe y pierde las citas por cualquier otra causa y entonces genera una cita nueva. Digamos que ahí podemos tener algún tipo de pacientes que no nos llegan, pero a través de todo el equipo se van gestionando las inasistencias para que el paciente llegue... se está siempre encima del paciente, insistiendo...” (Rosalba, directora IPS).

“Entonces, tenemos muchas estrategias para hacerle un seguimiento y control a los pacientes, para poderlos seguir adhiriendo a nuestro programa y para que sigan asistiendo a su control (Alfredo, enfermero jefe).

6.2.1.2. Educación

La educación a los pacientes es considerada como uno de los pilares de la adherencia. Durante la investigación se detectaron programas completos acerca de cada uno de los temas relevantes de la patología, empezando desde la enfermedad misma, la cual se considera un contenido principal, ya que los pacientes deben conocerla de forma adecuada para no generar expectativas innecesarias. Los equipos de salud educan en cada punto de la ruta del modelo: desde la consulta misma empieza el componente educativo, seguido por las charlas grupales y pasando por cada uno de los profesionales, cuya meta principal es que el paciente se eduque y entienda el comportamiento de la diabetes para que pueda controlarla adecuadamente.

Según la percepción de la mayoría de los profesionales de la salud, un paciente educado en su patología es más adherente y tiene mayor capacidad de mantener compensada la enfermedad.

De igual forma, se identificó que el personal de enfermería es el encargado de liderar los programas educativos, considerándose el perfil con mayor habilidad en este campo, dado que los profesionales médicos deben concentrarse en el diagnóstico y prescripción adecuada según el grado de la enfermedad, además de cumplir con todos los parámetros que exigen las auditorías de la historia clínica, como comenta una enfermera de ruta cardiovascular:

“Es diferente la consulta de un médico a la de una enfermera porque, pues, una habla más a fondo, una le dice ‘venga, ¿usted qué come?’. En cambio, el médico le da las recomendaciones, los medicamentos y ¡chao! A veces, un obstáculo es el tiempo, uno está contrarreloj... y si yo le ordeno, si me pongo a escribir todo lo que me pide un auditor, que son muchas cosas, que si la historia clínica... si yo me pongo a diligenciar eso, no voy a mirar al paciente a la cara, porque el tiempo corre y allá afuera me está esperando otro paciente. Eso sí es una barrera y obstáculo, el tiempo, porque las consultas acá son de veinte minutos y a veces, por ejemplo, cuando un médico tiene que ordenar y son más de diez medicamentos, ¡imagínese!...” (Silvana, enfermera jefe).

Se han ideado diferentes incentivos para fomentar la apropiación de las temáticas más relevantes en diabetes. Estos incentivos consisten en formación de formadores, diplomas, cuadros de honor, reconocimientos en eventos, entre otros, siempre y cuando el paciente alcance y mantenga las metas propuestas. Para los pacientes, es importante que se les reconozca el esfuerzo realizado y que no se les impongan la toma de medicación ni los cambios en el estilo de vida. En palabras de una directora de IPS:

“También hemos llevado adelante algo que ha sido muy ganador: nosotros tenemos actividad educativa de riesgo cardiovascular y las personas han sido replicadoras de esta actividad frente a sus otros compañeros. A esos pacientes les preguntamos si quieren participar, les pedimos que cuenten su experiencia exitosa en la actividad educativa. Entonces, eso ha hecho que mucha más gente diga ‘ve, esto sí es importante, esto sí sirve’... la verdad, han sido muy buenos comentarios los que hemos escuchado, lo que más les gusta es el diploma...” (Liliana, directora de IPS).

Dentro de la educación que se brinda a los pacientes, se percibe como un punto clave para el éxito que ellos interioricen la importancia de su enfermedad, que la conozcan y, por ende, estén conscientes de los cuidados que esta conlleva y los posibles resultados de ignorarlos. La reacción inicial de los pacientes ante una enfermedad crónica como la diabetes suele ser de negación, lo que se evidencia en la falta de adherencia al tratamiento y se sustenta en la ausencia de signos y síntomas en gran parte de la población. En los relatos de los profesionales de la salud se manifiesta un gran compromiso de estos equipos multidisciplinarios:

“Bueno... el diabético no quiere ser diabético, comenzando por ahí, nadie quiere ser diabético. Pero es por los mitos que hablamos anteriormente: que voy a quedar ciego, que diálisis, que me voy a morir... entonces yo les digo que en realidad es una etiqueta más, que puede ser una enfermedad más, que estamos encaminados a mejorarles la calidad de vida, que se puede llegar a los 90 con la etiqueta de diabetes, pero que si nos ponemos la camiseta vamos a ser una persona normal. Se trata de concientizar que hay una enfermedad que hay que tratar y hay que mejorar la calidad de vida de los órganos que se afectan, pero poniendo de su parte... entonces, ahí ya se bajan un poquito de esa angustia, porque todos reciben el diagnóstico con angustia, y hay que dejarles todo claro desde un principio. Generalmente, los pacientes cuando llegan, vienen con un pool de estudios y hay que decirles que en este momento estamos así y así... yo siempre propongo las metas que vamos a lograr en ese estilo de vida y el tratamiento que vamos a hacer, y luego el control es usualmente a los tres meses: les mando estudios de control y los comparo con los anteriores...” (Yesenia, médica cardiovascular).

“Hay que usar palabras que ellos entiendan, que la ‘epidemia listo’ se llama dislipidemia en términos médicos, pero se les explica todo desmenuzadito y salen súper contentos, porque son cosas que

entonces les resultan 'simples'... Ellos llegan con muchas cosas de los temas que se les trata: que si camina media hora, que cuando comen algo si realmente no es el alimento lo que hace daño, sino la forma de prepararlo. Entonces ellos dicen '¡ay, yo no sabía!'. Son cosas en que quizá ellos por la patología se ven afectados, o por falta de conocimiento..." (Mónica, auxiliar de enfermería).

La forma en que se transmite la información a los pacientes es crucial para generar apropiación y compromiso, ya que comunicar información no es fácil y requiere claridad respecto del público objetivo, que en este caso presenta diversas características en cuanto a edad, sexo, estrato socioeconómico, lugar geográfico de residencia, red de apoyo, etc. Esto permite enfocar las acciones educativas adecuadamente.

De igual forma, conociendo la población a la que se pretende intervenir, es importante seleccionar los canales de comunicación más idóneos para hacer llegar el mensaje de manera clara y concisa. Es ahí donde entran en juego las diferentes estrategias planteadas por los equipos interdisciplinarios, como educar primero al equipo para así manejar la misma información a transmitirse. Por ejemplo, no es coherente que el médico especialista prohíba radicalmente ciertos alimentos, mientras la nutricionista concilia la ingesta alimenticia.

La información compartida por medio de las diferentes herramientas educativas debe ser tan clara que no deje espacio a dudas o confusiones en los receptores, y si así fuere, es importante resolverlas de forma inmediata ya que de esto depende el grado de apropiación que se pueda generar en los participantes. Respecto a la forma de comunicar el conocimiento a los pacientes con diagnóstico de diabetes, el talento humano en salud exteriorizó su opinión en los siguientes relatos:

"Como le decía antes, muchas veces es por falta de conocimiento... En estos días llegó una señora con la glucosa para arriba, para arriba, para arriba. Resulta que no sabía usar bien el lapicero... perfecto, elevado hasta el 12, se lo ponía, pero no lo destripaba. O sea, no se ponía la insulina. Entonces, por lógica, se le estaba aumentando... esa señora, si se la llega a poner bien... o sea, le da una hipoglicemia impresionante..." (Mónica, auxiliar de enfermería).

"Yo creo que está muy ligado también a la información que tengan y, a veces, a cómo se les despliegue de acuerdo a su nivel educativo. No es lo mismo que usted hable con una persona campesina, que hace o maneja remedios ancestrales o que viva en una vereda, que queda a cuatro o cinco horas de acá de Rionegro... o le hable a una persona que tenga un poquito más de acceso, que venga, que se siente con nosotros" (Laura, enfermera jefe).

"Son los más adherentes al proceso, pues porque desde la comunicación uno les intenta dar información como para que ellos cambien estilos de vida. Generalmente, en las actividades de educación, que son grupales, uno no se enfoca en el individual de cada persona, pero se habla de generalidades que en realidad impactan no solo a los diabéticos, sino a la vida cotidiana. Yo creo que de nada sirve que usted le diga a la persona 'póngase la insulina, póngase la Metformina o póngase el medicamento para la presión' si no hay un impacto en su vida cotidiana. En realidad, lo que más les descompensa es la alimentación y las actividades físicas. Y si ellos no controlan eso, pues obviamente no van a llegar a un control de ninguna de sus patologías" (Laura, enfermera jefe).

Por otro lado, es importante resaltar que se encontraron instituciones y colaboradores con un alto compromiso en la educación y seguimiento de los pacientes, funcionando de forma permanente para resolver las dudas de los usuarios, tal como lo manifestó la enfermera jefe Gina:

"Bueno, esa es una opción, ¿cierto?, porque nosotros tenemos lo que son las charlas educativas, martes y jueves de 7 a 11. Pero también tenemos un programa de enfermeras jefes de puertas abiertas,

es un consultorio al que el paciente puede ir en el momento que lo desee. ‘¡Ah, tengo dudas de cómo me aplico la insulina, tengo dudas de cómo me tomo los medicamentos, de cómo hago ejercicio, de qué puedo comer!’. Digamos que obviamente para eso está la consulta con el nutricionista y la del médico. Pero las enfermeras de puertas abiertas están a disposición de los pacientes desde las 6 de la mañana hasta las 9 de la noche” (Gina, enfermera jefe)

De igual forma, se observó un deseo de actualización constante en la mayoría de la población entrevistada, teniendo en cuenta que las tecnologías son cambiantes, lo que necesariamente conlleva una innovación continua en los contenidos y formas de llegar a los usuarios de los servicios cardiovasculares o crónicos. Al respecto, el jefe Alfredo considera lo siguiente:

“Sí, la educación es buena, y si uno puede llegar a otras personas, a muchas personas en muchas partes, pues sería excelente, eso es lo mejor. Lo ideal es que la educación siempre tiene que ser algo cambiante, no puede ser la misma rutina, no tiene que ser monótona, tiene que variar... Yo siempre digo, el conocimiento está aquí, de lo que yo aprendí hace 20 años ahora son otras cosas diferentes, y lo que yo aprenda ahorita dentro de otros 20 años, o sea en el 2050 va a ser totalmente diferente. Entonces, es aprender que nosotros tenemos que evolucionar de acuerdo a como vaya evolucionando todo lo que está en nuestro ambiente, y de acuerdo a eso, pues poder presentar y hacer prácticas saludables para nuestros pacientes” (Alfredo, enfermero jefe).

6.2.1.3. Medicina general

La variable medicina general hace referencia a la atención realizada por los médicos generales, entendida como puerta de entrada o como punto de detección de la enfermedad y remisión al programa o ruta de manejo de diabetes. En esta categoría no se realizaron muchas narrativas, apenas se contabilizaron 16 referencias del tema en la totalidad de entrevistas.

En las referencias realizadas acerca de la puerta de entrada por medicina general, se observaron puntos de mejora, como la capacitación específica en diabetes para los médicos de este servicio con el fin de mejorar la captación, el tiempo de consulta, ya que se considera muy corto para realizar un diagnóstico preciso, y el inicio de la educación al paciente. Al respecto se encontraron, las siguientes narrativas:

“A veces, por ejemplo, el colega de medicina general hace el diagnóstico del paciente, pero no lo llama o no lo consigue, ¿cierto?, o no revisa el examen a tiempo. La otra cosa es que hay que tener los parámetros claros de a quién mandarle una glucosa en ayunas. A veces uno no lo tiene en cuenta y el paciente llega con un dolor en la pierna, pero nunca le mandamos una glucosa que nunca tenía, ¿cierto? Entonces también falta, en esa parte, tener mucha más atención, pues los síntomas de la diabetes no solamente son los que le dicen a uno en medicina: poliuria, polidipsia, polifagia... a veces no. A veces, una visión borrosa, un dolor en los miembros inferiores, puede significar que el paciente tenga una diabetes en curso...” (Mateo, médico general de la ruta).

“El nivel de tiempo es un poco más reducido en consulta externa, donde hay que educarle al paciente en cómo se debe tomar los medicamentos, qué efectos tienen, cuándo es su próximo examen de seguimiento y a qué va a venir aquí después, cuando vuelva conmigo a riesgo cardiovascular...” (Paula, médica cardiovascular).

En general, la percepción del funcionamiento de medicina general como puerta de entrada es buena aunque, como se decía anteriormente, hay algunos aspectos que requieren mejorar. Es, no obstante, una puerta de entrada que, en la mayoría de las veces, tiene clara la ruta que debe seguir el paciente, guiándolo en esa transición, como lo manifiesta la doctora Sara:

“Tenemos médicos muy juiciosos y, en general, siempre que vienen con nosotros los pacientes han sido abordados adecuadamente y con un manejo farmacológico inicial también bueno. De hecho, en el caso de algunos pacientes que no ingresan por médico de riesgo cardiovascular como tal, sino por medicina general y le encuentran, por ejemplo, una glucosa en 300, en fin... los médicos tienen la oportunidad de acceder a nosotros por medio de gestión y comentarnos si el paciente necesita terapia de insulina rápida o si conviene que antes de que logre la cita venga y nos encargamos de todo el manejo. Entonces, digamos que también tenemos una respuesta más rápida por gestión, que es una forma de responder todos los días a los interrogantes de los médicos generales” (Sara, médica internista).

6.2.1.4. *Percepción del programa*

La percepción de las personas que se encuentran ejecutando el programa es igual de importante que la de los pacientes, ya que ellos mismos identifican las oportunidades de mejora y los casos exitosos que se pueden replicar. En las entrevistas realizadas se obtuvieron variadas apreciaciones (88 referencias), tanto positivas como negativas, acerca de la **estructura y del funcionamiento del programa**. En este acápite, se trata de plasmar, desde la generalidad, las narraciones más relevantes que se encontraron a lo largo del ejercicio.

En general, la percepción hacia los programas constituidos por las instituciones es buena. Hay algunos elementos por mejorar, pero la forma en la que están planteados los programas es percibida como garante de una atención muy completa y, en muchos casos, flexible, como lo manifiesta Daniel:

“...al menos esta institución cuenta con un programa establecido, con unos periodos de control que se van modificando en base a cada paciente, si es que está o no controlado. En ese orden de ideas, sus citas son más seguidas o más espaciadas, el control de laboratorio también se modifica, la periodicidad con que pasa el médico general del programa, el especialista, también se va modificando, y se cuenta además con charlas que son de gran utilidad. Me parece que, a gran escala, es un programa bastante completo” (Daniel, médico internista).

Se evidencia una gran voluntad de los diferentes actores para que el programa funcione y cubra las necesidades de los pacientes. Como explica una directora de sede, los resultados son mejores y se observa un mayor compromiso cuando se involucra al personal en la construcción de estrategias:

“Escogimos conformar un programa donde hay el nutricionista, la enfermería, auxiliares de enfermería, el familiarista y los médicos de diabetes, y juntos empezamos a decir ‘¿cómo podemos hacer con estos pacientes? ¿qué estrategia nos inventamos?’. Cuando tú involucras al profesional para pensar cómo hacer lo posible, entonces ese profesional cree en el programa” (Liliana, directora IPS).

Se pone de manifiesto un compromiso desde las cabezas de las organizaciones hasta las personas que ejecutan los programas, que son quienes ajustan el modelo a las necesidades de los pacientes y no el paciente al modelo, observándose un compromiso importante para lograr los objetivos. No se trata solo de cumplir con las cifras de la institución, sino de poder observar un paciente compensado. Esto se puede observar claramente en las narraciones que se encuentran a continuación:

“Yo estoy como médica de control de riesgo extremo... he estado toda la vida atendiendo a esos pacientes y me es muy grato encontrarme acá con pacientes que ya eran mis pacientes hace 10 años, ¿por qué?, porque dan las gracias... Ahora tenemos un modelo completamente nuevo... digamos que al inicio fue crítico, porque tuvimos que cambiar el modelo muchas veces para saber qué era lo que

necesitábamos, pero a la fecha digamos que la satisfacción está en un 90%... que es bueno..." (Rosalba, directora IPS).

" Me parece que los programas son suficientes, incluso creo que en muchas oportunidades la EPS les brinda a los pacientes muchas más facilidades para que puedan tener acceso a las diferentes cosas que requieren. Por ejemplo, cuando no asisten a una cita, en especial a las citas de crónicos, nosotros volvemos y llamamos y reprogramamos. Lo mismo los paraclínicos... estamos todo el tiempo pendientes de estarlos llamando, les agendamos una cita en lo posible para el mismo día, para que se hagan el electro y puedan pasar de pronto al otro día su cita. Entonces tratamos de estar pendientes y la ventaja es que como Dinámica está abajo, el paciente no necesita ir a otro lado, sino que acá cuenta con absolutamente todo y hasta la reclamada de medicamentos está aquí, ya no más afuera, y entonces esa es una facilidad para el paciente " (Lorena, medica familiarista).

Como se manifestó al iniciar la descripción de esta categoría, se recibieron no solamente comentarios positivos acerca del programa, sino también sugerencias de mejora para las organizaciones en el momento de ejecutar los programas.

Pese a que el área de psicología se encuentra inmersa en casi todos los programas observados, fue una constante en el talento humano entrevistado manifestar que es necesaria la intervención de dichos profesionales al momento de diagnosticar al paciente, incluso antes de su primera cita de ingreso a la ruta del modelo:

"Sí me parece que hace falta un abordaje más integral, sobre todo para quitarle al paciente ese como miedo que tiene ante el diagnóstico de diabetes cuando llegan a la cita" (Carolina, médica cardiovascular).

El financiamiento de los programas es percibido por los colaboradores como un obstáculo para ejecutarlos de manera integral. Aunque no se hizo referencia constante a esta problemática, sí se escucharon narrativas como la que se cita a continuación:

"Hay tareas en las que todavía nos hace falta avanzar... estamos en este momento mirando qué es lo mejor y en algunas cosas tal vez pudimos haber hecho más. En todo caso, pienso que, desde lo administrativo, hoy en día el modelo funciona al 90 por ciento... todavía nos falta, pero vamos bastante bien, comparando a cuando arrancamos hace un año y medio..." (Rosalba, directora de IPS).

Otro tema considerado como negativo dentro del programa de atención a pacientes con diabetes es el poco tiempo asignado para las consultas, situación problemática a la que reiteradamente se refieren los profesionales entrevistados. Asimismo, se encontraron diferencias en los tiempos dedicados a la atención de pacientes entre una y otra institución: en algunas, el tiempo de consulta es de 30 minutos, mientras que en otras es de 20 minutos. Incluso en las instituciones prestadoras que utilizan 30 minutos por consulta, este tiempo se percibe como insuficiente para toda la gestión clínica y administrativa que se debe realizar con este tipo de pacientes, ya que requieren de una revisión muy completa para evitar complicaciones posteriores como el pie diabético. Esto es aún más crítico en el caso de pacientes con más de una patología crónica:

"Yo siempre he dicho que las consultas de los médicos son muy reducidas para todo lo que se tiene que abarcar, porque a veces los diabéticos no son solo diabéticos... y como esta es su IPS, entonces se dicen que 'así no sean cuestiones de diabetes, él es mi médico, él me va a revisar a mí todo'. Llegan con problemas cardiológicos, renales, neurológicos, y entonces se tiene que mandar un montón de exámenes. Otro problema grandísimo es cuando se cae el sistema... el que manejamos para que los médicos diligencien es muchas veces muy intermitente, y sus historias se atrasan. Entonces, en las consultas médicas de por sí ellos van a lo básico, a lo que tienen que tratar, pero muchas veces, por el

tiempo, no se puede mirar más allá, ver otros problemas que el paciente está abarcando... ” (Fabiola, enfermera educadora).

“Otro reto importante es el tiempo, que a veces no es suficiente para atender a un paciente. Se tiene normalmente 20 minutos, pero a veces no alcanza...” (Roberto, médico cardiovascular).

6.2.1.5. *Percepción del paciente*

Esta variable describe la forma en que el talento humano involucrado en el modelo percibe al paciente y cuál es la impresión que tienen acerca de cómo los pacientes reciben la atención brindada.

Dentro de las narrativas encontradas al respecto (82 referencias), se evidencia la presencia constante de un estado de negación en los pacientes recién diagnosticados y la adherencia al tratamiento a lo largo de su enfermedad depende, en gran medida, de la intervención realizada en ese momento. Ese estado de negación es normal ante un hecho fortuito, incierto y desconocido, lo que pone de relieve la importancia de esa primera intervención al momento del diagnóstico, como indican algunos especialistas en el tema:

“Pienso que la mayoría de los pacientes vienen con temor, porque de todas maneras la diabetes es un diagnóstico que genera muchas veces es más miedo, digamos, así como ante el diagnóstico el paciente viene es como con susto, a veces como reacio a usar medicamentos, como tratando de hacer como una negación muchas veces como ante el diagnóstico” (Carolina, médica cardiovascular).

“En general, los pacientes con el diagnóstico de diabetes tienen poca introspección de aceptar la enfermedad y la palabra ‘diabetes’, inclusive la ‘prediabetes’. Si bien esto ha cambiado un poco, realmente no es un diagnóstico que se acepte, digamos de forma inmediata. Sin embargo, cuando ya se ha logrado que pidan la cita y ya están con nosotros en un consultorio de forma personal o particular, yo sí hago mucho énfasis en el diagnóstico, en el tiempo, en explicarles qué viene antes de la enfermedad y las consecuencias a futuro de si se la maneja o no adecuadamente, porque el paciente tiende a ser muy reacio...” (Sara, médica internista).

“Tal vez la barrera más difícil es generar la empatía desde un principio... sin dejar de lado su enfermedad, primero entrarle al paciente como persona... de eso depende el éxito, porque pueden haber los mejores tratamientos, pero si no hay esa comunicación asertiva con el paciente, todo se queda muy corto en cuanto a la educación y todo lo demás...” (Carlos, nutricionista).

El componente cultural es crucial a la hora de tratar a un paciente, ya que si no se entiende cuál es su procedencia y cuáles sus costumbres y creencias, probablemente desistirá prontamente de su tratamiento.

Colombia es un país tradicionalista en donde cobra valor el tratamiento con medicina natural o botánica, por lo que muchos pacientes prefieren tratarse de esta forma antes que con medicamentos sintéticos. Algunos profesionales hablan de conciliar ambos tratamientos sin imponer nada, ya que esto inhibe de inmediato el deseo de continuar. Esa conciliación se puede lograr con los pacientes hasta que tomen conciencia de la importancia de adherirse al tratamiento y se empoderen de su enfermedad. Este componente se ha convertido en un reto importante que puede incidir en el éxito del tratamiento, como se describe en algunos relatos:

“El mayor desafío de los pacientes es la parte cultural de sus vivencias, de sus hábitos... que entiendan que tienen que modificar esos hábitos ha sido como el mayor reto...” (Sandra, enfermera del programa).

“Hay unos pacientes que en la parte nutricional son muy necios y, entonces: ‘yo no voy a ir al nutricionista porque me quita la comida, yo no voy a dejar de comer, la comida es muy buena, doctor,

de algo me tengo que morir'. Y luego hay otros mitos en torno a enfermedades como la diabetes: 'voy a quedar ciego si uso la insulina'... todo eso va ligado a comentarios externos en los que a uno le toca educar, explicarles que es la enfermedad la que puede causar pérdida de la visión y no el medicamento... Hay que ayudarles a que se apropien del conocimiento de la enfermedad, a que se concienticen... Yo creo que de eso depende el éxito o el fracaso de los tratamientos de diabetes ..." (Yesenia, médica cardiovascular).

La mayoría de los profesionales entrevistados estuvo de acuerdo con la preferencia de atención presencial de los pacientes, que manifiestan constantemente el gusto por asistir a las citas presenciales, muchas veces sin importar los tiempos de traslado o los costos que esto pueda generar. Según manifiestan los profesionales, los usuarios se sienten más acompañados y mejor valorados cuando la consulta tiene lugar de forma presencial.

"Cuando es una consulta presencial, por lo general se sienten a gusto. Hay pacientes que por la edad viven solos y entonces el hecho de tener contacto les hace bien... en la enfermería les preguntamos que cómo están, que cómo viven, y cuando entramos más a fondo a la vida familiar, ellos se sienten bien. Hay pacientes que a veces vienen simplemente para tener contacto, hablar, ser escuchados... Hay muchos que viven solos, que tienen cinco, seis hijos, pero todos trabajan y entonces ellos viven solos..." (Silvana, enfermera jefe).

Se percibe de forma generalizada que a los pacientes les gusta la atención brindada por el talento humano que participa en la ruta. Han manifestado haber recibido buenos comentarios a través de los pacientes, como se anota a continuación:

"Por ejemplo, cuando vinieron los de la Secretaría a grabarles, un paciente contaba: 'mi hijo es enfermero y obviamente siempre me daba la cantaleta, que no tiene que comer esto, que no... pero estar acá y sentir que me cuidan, que aprendo las actividades... porque todo el mundo está para uno, los médicos, las auxiliares, los enfermeros... Yo estoy preocupado por usted, me dicen, a mí me importa usted. ¡Para mí ha sido lo mejor que me ha pasado y por eso es que no solo no me puedo defraudar a mí, sino que no le puedo defraudar al médico que tanto empeño le ha puesto!'" (Liliana, directora IPS).

"Los pacientes en nuestra sede a nosotros nos valoran muy bien. Es que esa es nuestra misión, que el paciente que pise esta sede se sienta muy a gusto. El que ingresa al programa de riesgo cardiovascular es un consentido, porque entendemos el riesgo y entonces tenemos una auxiliar exclusiva para hacerle las gestiones... nosotros la llamamos 'la madrina del programa' y es la que capta al paciente y tiene los programas grupales, es como la líder. Obviamente, el programa lo da el médico y a veces invitamos al nutricionista o a la psicóloga para la actividad del tema técnico, pero el paciente sigue estando a cargo de esa madrina, que es como la dueña del programa..." (Juan Carlos, director de sede).

"Bueno, con los usuarios que son constantes uno encuentra un buen manejo. Un paciente bien controlado lo lleva a uno a sentirse satisfecho y tranquilo con el tratamiento, pero la inadherencia a los tratamientos es muy grande y más en este momento con el desabastecimiento de los medicamentos... el usuario siempre viene a decirte que se siente perdido y para él la culpa no es de la farmacia o de alguna función sino que siempre culpa a la EPS o al profesional que lo atiende..." (Ana María, enfermera jefe).

6.2.1.6. Trabajo interdisciplinar

El trabajo interdisciplinar es la actividad en que cooperan varias disciplinas. En el presente caso, del área de la salud. Esta categoría tuvo 63 referencias. Según muchos de los entrevistados, para obtener los resultados esperados, el trabajo debe realizarse de forma interprofesional con un alto nivel de articulación.

Los equipos interdisciplinarios que conforman los programas en las diferentes IPS tienen composiciones similares: médicos familiares líderes, médicos generales especializados en la ruta, enfermeras que lideran los procesos de educación con un grupo de auxiliares, nutricionistas, psicólogos y médicos internistas o endocrinólogos para casos complicados. De manera complementaria, se cuenta con el acompañamiento de regentes de farmacia o químicos farmacéuticos para orientación de los usuarios en la toma de medicación, fisioterapeutas o deportólogos en menor medida, quienes desempeñan roles diferentes según las necesidades de cada población, como se identificó en las siguientes narraciones:

“Nosotros tenemos en la IPS cuatro médicos generales, que son los médicos gestores, los que atienden el programa como tal. Tenemos una auxiliar de enfermería, que es ‘la madrina’, en el equipo de nutrición y psicología que atiende a la población de riesgo cardiovascular. Una enfermera de familia se encarga de las charlas y las actividades, y en apoyo o VAC tenemos a la familiarista y también a un internista que obviamente hace valoraciones ya más específicas y puntuales de patologías que posiblemente con la familiarista no se pueden solucionar... la familiarista no hace una consulta presencial, sino que es un VAC de apoyo que ayuda a la resolutivez de ese médico general” (Juan Carlos, director de sede).

“Tenemos seis, siete médicos expertos y más o menos diez enfermeras que atienden a cinco pacientes crónicos en la mañana y cinco en la tarde, para estar mirando pacientes crónicos. Hay tres nutricionistas que están haciendo la ruta, mirando cuáles son los pacientes que tienen problemas de hipertensión, de diabetes o de obesidad, y ellas también hacen sus seguimientos y chequeos. Tenemos también al gestor de autocuidado, que es el psicólogo... a ellos también nosotros los vamos enrutando porque a veces hay pacientes que tienen problemas con la familia” (Alfredo, enfermero jefe).

“Aquí están enfermería, medicina, nutrición, gestor de autocuidado y ahora se está articulando con lo de actividad física y el grupo que hace las actividades educativas, los talleres...” (Evelyn, enfermera jefa).

Se evidenció la necesidad de incluir con mayor profundidad y frecuencia la atención en salud mental de los pacientes. Aunque los profesionales en psicología hacen parte de los programas, se requiere una estancia más constante desde el inicio de la ruta, dados los componentes emocionales que se pueden observar en este tipo de patologías crónicas y que interfieren de forma relevante en la adherencia de los pacientes.

Muchos profesionales se refirieron a la necesidad de contar con mayor acompañamiento de la psicología desde el diagnóstico inicial y a lo largo del tratamiento, entendiendo que no es una enfermedad fácil de manejar para los pacientes, pues implica un cambio radical de hábitos de vida. Dentro de los roles que desempeñan estos profesionales y la importancia de su permanencia, se identificaron las siguientes narrativas:

“A mí me toca considerar cómo se siente el paciente, su estado de ánimo, cómo percibe su realidad, que también se va a reflejar en la alimentación. Entonces me toca explicarle: ‘si tú, teniendo todos los grupos de alimentos justos y necesarios, estás triste, te aseguro que vas a verlos como un enemigo... Y si estás muy eufórica, entonces vas a hacer lo contrario, vas a comer cantidades, pero no vas a percibir que tú también tienes una diabetes...’ ¿Sí me entiendes? Yo pienso, por eso, que por su rol, la nutricionista necesita hacer equipo con el psicólogo, pero en la práctica estamos muy alejados” (Nelly, nutricionista).

“Yo diría que se necesita la presencia de un psicólogo y, muy estrechamente, de la mano de un psiquiatra, porque se debe hacer un análisis profundo de la personalidad de cada paciente, de cada diabético... puede, por ejemplo, ser un paciente obsesivo compulsivo, eso depende mucho de la

personalidad, y se necesita de ese especialista para decidir el enfoque que se le va a dar a su patología... el paciente tiene que cambiar primero en su cabeza, si no cambia, si no hay ese concepto, no va a avanzar y va a ser de difícil manejo, ¿me entiende?...". (Fabián, médico familiarista).

"Sí, sí... nosotros acá tenemos trabajadora social y psicóloga, y digamos que sí son de buen apoyo, porque por ejemplo, muchas veces acá vienen pacientes que llevan tres, cuatro citas inasistidas, y le dicen a uno: 'lo que pasa es que yo soy de escasos recursos, vivo en un área lejana...'. Y entonces le pasamos tanto a psicología como a trabajo social, a ver qué se puede hacer con este paciente y cómo se le puede ayudar..." (Fabiola, enfermera educadora).

Por otro lado, la vinculación de áreas distantes a la del manejo clínico, como las de farmacia o laboratorio clínico, puede brindar un plus a los pacientes. Esto se identificó en una de las IPS analizadas, donde las indicaciones para la toma de la medicación las da el médico, pero son reforzadas por el químico farmacéutico o por el gerente de farmacia. Estos se encargan de brindar información adicional de vital interés para los usuarios, como los horarios más adecuados para consumir los medicamentos, la forma de hacerlo, y la manera en que el medicamento puede interactuar negativamente, etc., como se evidencia en el siguiente relato:

"También tenemos en el servicio de farmacia a un orientador que se encarga de captar a los pacientes... de demostrarles cómo lo pueden hacer, o agendarles el domicilio para el próximo mes, y entonces ya todo se facilita, porque a esos pacientes ya se los ha captado...". (Rosalba, directora IPS).

6.2.1.7. Oportunidad de mejora

Esta categoría es una de las que mayor cantidad de referencias contiene (108) en la revisión de todas las entrevistas realizadas. Casi todos los profesionales identificaron puntos de mejora a lo largo de todo el proceso.

Se encontraron 36 temas diferentes en los que el Talento Humano en Salud (THS) mencionó oportunidades de mejora. Estos se resumen en la Tabla 8, donde el 50% de las respuestas se concentran en mejoras de los tiempos de consulta, la inclusión de telemedicina, el fortalecimiento del talento humano y del equipo interdisciplinario, además de la mejora de la oportunidad en las consultas.

Tabla 8: Temas relevantes con oportunidad de mejora

Oportunidad de mejora	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
Tiempo	12	12,5%	12,6%
Psicología	9	9,4%	22,1%
Telemedicina	9	9,4%	31,6%
Interdisciplinariedad con otras rutas	6	6,3%	37,9%
Oportunidad en citas	5	5,2%	43,2%
Aumento de fuerza laboral	5	5,2%	48,4%
Articulación con Caja de Compensación Familiar (CCF)	4	4,2%	52,6%
Tecnología	4	4,2%	56,8%
Medicamentos	3	3,1%	60,0%
Capacitación didáctica a profesionales	3	3,1%	63,2%
Apoyo psicosocial	3	3,1%	66,3%
Asesoría de farmacia	2	2,1%	68,4%
Políticas públicas	2	2,1%	70,5%

Deportólogo	2	2,1%	72,6%
Educación a profesionales	2	2,1%	74,7%
Seguimiento constante	2	2,1%	76,8%
Financiamiento	2	2,1%	78,9%
Atención domiciliaria	2	2,1%	81,1%
Oportunidad en laboratorios	1	1,0%	82,1%
Publicidad de la ruta	1	1,0%	83,2%
Priorización del riesgo	1	1,0%	84,2%
Capacitación a clínicas	1	1,0%	85,3%
Talleres de cocina	1	1,0%	86,3%
Interoperabilidad en historia clínica	1	1,0%	87,4%
Fisioterapia	1	1,0%	88,4%
Desechos responsables	1	1,0%	89,5%
Agendas adicionales para no adherentes	1	1,0%	90,5%
Químico farmaceuta en educación	1	1,0%	91,6%
Nutricionista propia para el programa	1	1,0%	92,6%
Acceso a líneas de atención	1	1,0%	93,7%
Fortalecer grupo primarios	1	1,0%	94,7%
Acceso inclusivo en las instalaciones	1	1,0%	95,8%
Grupo exclusivo para manejo de diabetes	1	1,0%	96,8%
Trabajo social	1	1,0%	97,9%
Indicadores para todos	1	1,0%	98,9%
Infraestructura para educación	1	1,0%	100,0%
Total general	94	100%	

El tiempo fue el tema más mencionado (12,5%) por las personas que intervienen en el proceso de atención a pacientes con diabetes. Están conscientes de que, debido al volumen de pacientes en cada institución, no es posible ofrecer tiempos de atención más prolongados. Asimismo, consideran que los tiempos destinados a cada paciente son insuficientes para realizar la valoración, formulación, educación y trámites administrativos en la historia clínica. Esta situación es especialmente evidente en los médicos, pero la situación se asemeja mucho en otras disciplinas, como lo manifiesta una enfermera jefe:

“Un obstáculo es el tiempo, uno está contrarreloj... si me pongo a ordenar, a escribir todo lo que me pide un auditor para la historia clínica... si yo me pongo a diligenciar todo eso, no voy casi ni a mirar al paciente a la cara porque el tiempo corre y allá afuera me está esperando otro paciente. Las consultas acá son de veinte minutos y a veces, por ejemplo cuando un médico tiene que ordenar más de diez medicamentos... ¡imagínese!...”. (Silvana, enfermera jefe).

El tiempo demasiado corto es un factor limitante que no permite brindar una atención completa, especialmente cuando los pacientes presentan múltiples patologías, ya que la cantidad de información por entregar y las formulaciones necesarias son más amplias, como se evidencia en la siguiente narrativa:

“La principal dificultad es el tiempo. Hay pacientes crónicos que llegan no solo con diabetes, son hipertensos, tienen hipoglicemia, enfermedad coronaria... entonces uno tiene un montón de cosas que no logra abarcar en 20 minutos o en media hora... La IPS sí ha intentado implementar el programa adicional de educación específico para los pacientes diabéticos, pero también hay que lograr captarlos para que puedan ser adherentes” (Mateo, médico general).

En segundo lugar, se destacó la importancia de incluir profesionales de psicología en el seguimiento constante de los pacientes y no solamente al inicio de la ruta de atención. Es crucial entender el sentir de los usuarios del servicio en torno a la enfermedad, especialmente cuando no se adhieren fácilmente al tratamiento. Los entrevistados consideran fundamental realizar un seguimiento de la salud mental de las personas que ingresan al programa, ya que asimilar y empoderarse de una nueva situación física derivada de una enfermedad crónica no es fácil, sobre todo si es de por vida. Al respecto, los profesionales opinaron lo siguiente.

“Es fundamental lograr que los pacientes tomen consciencia de enfermedad, para mejorar su adherencia, para que entiendan que no es una catástrofe ser diabético. Un gran porcentaje presenta problemas de ansiedad cuando les dan el diagnóstico o problemas de depresión asociados a ese momento. Y no es raro oírles decir que ‘no es que yo tenga un trastorno depresivo, sino que yo necesito a alguien que me ayude y me escuche’. Por eso, yo considero que la psicología podría ser una herramienta muy funcional dentro del programa” (Yesenia, médica cardiovascular).

“Pienso que es muy importante tener en cuenta la salud mental y la intervención de la psicología, que está muy restringida en el programa de diabetes. Al principio dije que uno de los inconvenientes es que no tienen un adecuado proceso de aceptación y que la red de apoyo a veces no es la adecuada... Todo eso me lleva a pensar que todo el grupo psicosocial es muy importante y que deben tener más fuerza en el programa no solamente el médico y la nutricionista, sino acompañados de un buen programa de salud mental, para que los pacientes tengan un proceso adecuado de aceptación, para que la familia trate de integrarse y darle más apoyo a la persona con diabetes y, más aún, a esas generaciones que ya tienen el riesgo que tiene su abuelo, su mamá o sus hermanos...” (Ángela, nutricionista).

“Sería bueno que una cita con psicología cada seis meses fuera obligatoria, porque eso de aceptar la enfermedad debe ser muy difícil. Yo no soy diabética y me encantan las harinas, pero estoy procurando hacer lo que yo tanto le exijo a mis pacientes. De hecho, ya empecé a cambiar muchos hábitos pero ha sido difícilísimo. Cambiar cosas en la vida y mantenerse... Ahí, la parte emocional toca mucho...” (Sonia, enfermera jefa).

En tercer lugar, una de las opciones de mejora del programa propuesta fue el uso de la telemedicina, vista por los profesionales como una herramienta útil para disminuir las brechas de atención y oportunidad que se identifican actualmente. Pese a las diferentes formas de telemedicina utilizadas durante la pandemia de Covid -19, pasada esta eventualidad esa forma de atención se dejó de lado en gran medida por los diferentes obstáculos para su completa implementación. La mayoría de personas que opinaron al respecto consideran que esta herramienta puede ser muy útil en la etapa en que los pacientes se encuentran estables en su condición de salud y requieren renovar fórmulas de medicamentos o de exámenes paraclínicos, evitando así desplazamientos innecesarios. Asimismo, la telemedicina se considera útil para realizar un seguimiento continuo de las glucometrías y el estado general de salud de los usuarios, además de servir como canal de consulta para dudas e inquietudes en el manejo de los tratamientos y de la enfermedad en sí.

6.2.2. Telemedicina

La telemedicina se presenta a los profesionales como una herramienta que provee servicios de salud mediante diferentes tecnologías de la información y comunicación, con el fin de ofrecer distintas formas de atención a usuarios del sistema que enfrentan diferentes limitaciones que impiden el acceso efectivo a dichos servicios.

Las tecnologías avanzadas y servicios de red eficientes permiten mejorar la prestación de atención médica y ponerla a disposición de más personas. La telesalud, el teleapoyo, la teleexpertise, entre otras, se han convertido en opciones tecnológicas beneficiosas que facilitan la obtención de tratamientos preventivos, consultas rápidas o simplemente recordatorios, mejorando los resultados en salud a largo plazo. Estas tecnologías optimizan la atención, especialmente para quienes enfrentan barreras financieras o de acceso geográfico, entre otras razones, volviendo a la atención más efectiva, organizada y accesible.

Para el estudio, se consideró la telemedicina como uno de los componentes principales dada su relevancia dentro del proyecto, que a su vez agrupa las siguientes subcategorías: Habilidades digitales, Acceso a la tecnología, Percepción sobre el uso de tecnologías, Uso de Telemedicina en Atención General y Uso de Telemedicina en Programa de Diabetes, descritas con mayor detalle a continuación.

6.2.2.1. *Habilidades digitales*

Las habilidades digitales se entienden como las competencias o destrezas que poseen las personas para interactuar con las nuevas tecnologías digitales del siglo XXI. Estas habilidades les permiten utilizar herramientas digitales para diversos propósitos como trabajar, aprender, comprar, informarse, entretenerse y participar en sociedad (43) (44).

La mayoría de los profesionales entrevistados consideran que las habilidades digitales de los pacientes no son suficientes para hacer seguimiento a su enfermedad a través de telemedicina, especialmente en el grupo de pacientes mayores de 60 años. Muchos de ellos no tienen el conocimiento o la pericia necesaria para el manejo de dispositivos electrónicos y, además, carecen de los recursos para adquirirlos. Esto se suma a que sus redes de apoyo no siempre están disponibles en casa para ayudarles en el proceso, lo que limita significativamente el acceso a consultas virtuales.

Asimismo, mencionan que los adultos mayores presentan problemas con el trámite de autorizaciones, agendamientos o seguimiento a planes de cuidado, que se gestionan a través de correos electrónicos, MSM, WhatsApp o llamadas.

“Sobre la telemedicina, me he dado cuenta de que la mayoría de los pacientes son mayores y no saben usar un computador. Entonces, necesitarían una buena red social, un acompañante, un cuidador que les pueda ayudar a prender el computador, ¿cierto?, y que le pueda dar la guía... Porque, diciendo la verdad, no te puedo negar que, a veces, si yo no los llamo y les digo que les voy a enviar un correo con todas las instrucciones, pues simplemente no me las entienden...”. (Paula, médica).

“El paciente joven es muy adherente a la telemedicina, pero en cambio para el abuelito resulta muy complicada, porque al abuelito... ni siquiera para hacer una fórmula. Son los abuelitos que tienen un celular Nokia, que ni siquiera tienen un chat. Entonces, de esa población que, digamos, es la más pequeña que tiene la sede, casi el 80% están por encima de los 60 años, para esa porción, ese 20%, es bastante fácil...”. (Rosalba, directora de IPS).

Sin embargo, los profesionales informan que han venido implementando el uso de la telemedicina en el programa de atención, para lo cual entrenan a los pacientes en el uso de las tecnologías. Consideran que la telemedicina podría ser útil como herramienta de seguimiento para los pacientes, pero para garantizar su correcta utilización, es necesario que reciban entrenamiento y que se involucre a los familiares o cuidadores directos para que puedan serles de ayuda en

caso de dificultad. En este sentido, el telemonitoreo remoto y la teleorientación se presentan como herramientas potencialmente efectivas en este grupo de pacientes.

“Muchos han buscado esas herramientas y la forma de integrarse a ellas... La teleorientación es una buena técnica, pero tal vez sería más adecuada con pacientes que estén más compensados...”. (Lorena, médica especialista en medicina familiar).

6.2.2.2. Acceso a la tecnología

Los profesionales informan que un alto porcentaje de los pacientes a los que atienden no tienen acceso a dispositivos tecnológicos o a internet, ya sea porque viven en zonas remotas con conectividad limitada o porque carecen de recursos económicos para pagar el internet o adquirir los dispositivos necesarios. Esto representa una barrera para implementar la telemedicina como herramienta de seguimiento.

“En cuanto al teléfono, en su mayoría, yo creo que por ahí 68% de nuestra población mayor de 60 años, no cuenta con dispositivo Android o Apple, lo que les dificulta el WhatsApp. Entonces yo creo que ese también es uno de nuestros grandes reto: llegar a esos pacientes que no tienen acceso a tecnología...”. (Martha, enfermera líder de programa).

“Lo que pasa es que, claro, una vereda de San Luis no va a tener internet... y lo otro es que son personas de mucha edad que no tienen un manejo de adecuado de la tecnología, porque sus hijos o sus nietos no están ahí. Entonces esa es otra barrera que hay...” (Ángela, nutricionista).

El analfabetismo tecnológico se convierte también en una barrera para acceder a un programa de telemedicina, dado que gran cantidad de población de la ruta cardiovascular, y más específicamente de diabetes, es mayor de 60 años. A estas personas les cuesta adherirse a este tipo de herramientas, ya sea por la complejidad de los dispositivos, por la dificultad para ver los teclados y/o pantallas, o simplemente por la resistencia al aprendizaje de nuevas tecnologías.

“El reto más grande, de pronto, es que a veces los pacientes mayores son un poquito analfabetos en cuanto a la tecnología... Inclusive yo, a veces me siento analfabeto, porque hay cosas que no entiendo de las redes, de una tecnología y otra... y entonces le pido ayuda a mi hijo, a mi sobrino, a mi primo... ellos manejan un celular desde los dos, tres años, ¡ya hasta lo pueden desarmar! Y entonces los pacientes mayores se sienten en ese ese choque que significa todo eso”. (Alfredo, enfermero jefe).

6.2.2.3. Percepción respecto al uso de tecnologías

Muchos de los profesionales consideran que la telemedicina puede ser útil para el seguimiento de pacientes, pero para que sea efectiva, se tendría que segmentar a la población en función de su capacidad para utilizar la tecnología. Los criterios que podrían considerarse son: pacientes conocidos por el profesional, controlados, analfabetos digitales, con acceso a dispositivos tecnológicos e internet, pacientes postrados o con limitaciones de movimiento que cuentan con acompañamiento de un cuidador directo, y pacientes poco adherentes al tratamiento o al programa de gestión del riesgo. Aun así, sería importante alternar las intervenciones de telemedicina con las intervenciones presenciales para garantizar la complementariedad, la valoración física integral y la correlación clínica.

“Sí, con un diabético es hasta mejor que fuera mixta, porque así yo no necesariamente cada tres meses le voy a mandar exámenes... si fuera mixta, a un diabético uno le podría controlar la adherencia, porque hoy te vi presencial, pero en tres meses seguro te voy a volver a ver ...”. (María, médico cardiovascular).

“Me parecería que podría ser mixta. O sea, una de presencial, una de telemedicina, una presencial, una de telemedicina. Eso podría ser con los pacientes conocidos y juiciosos. Se podría utilizar en

pacientes postrados, de pronto como para uno mirar que ya es la familia la que está ahí pendiente, y entonces ya no le van a decir a uno mentiras, que es lo que uno más enfrenta...”. (Mateo, médico general).

“Pues sobre todo cuando están lejos, cuando los pacientes tienen dificultades a los accesos... yo creo que uno ahí sí podría sacarle ventaja a eso, cuando hay un paciente que está lejos o que tiene dificultad para la movilidad o la familia no lo puede trasladar. Ahí sí veo la posibilidad de implementar esas mejores estrategias...”. (Laura, enfermera).

Hay un grupo importante de profesionales que prefieren la presencialidad para realizar los seguimientos a los pacientes. Entre los argumentos que explican esta preferencia están: la posibilidad de palpar al paciente, garantizar una valoración física completa, buscar signos y síntomas con mayor precisión, mejorar la correlación clínica y brindar educación con mayor profundidad a los pacientes. El uso del papel y lápiz para explicarle al paciente cómo debe cuidarse es muy bien valorado por los profesionales. Sin embargo, reconocen que la telemedicina es también una herramienta que mejora el acceso de los pacientes a los servicios de salud.

“En lo personal, yo soy de mucho contacto, yo hago medicina interna, entonces tengo que mirar ahí... una interpretación de un síntoma es algo muy distinto cuando se hace presencial. Para el control de un paciente diabético, el laboratorio sirve, pero para la descripción de síntomas es como medio complicado. En todo caso, es una visión muy persona: la telemedicina sin duda funciona, porque hay muchos centros que la utilizan, creo que para allá vamos, pero en lo personal yo me quedaría con lo presencial...”. (Daniel, médico internista).

“Yo soy de las que piensa que hay patologías crónicas que no deberían ser vistas por telemedicina. Por ejemplo, obviamente una hipertensión requiere mucho más que sea presencial y hay muchas otras cosas que requieren de una valoración presencial en una consulta de diabetes: el simple hecho de poder ver el peso, el perímetro abdominal, poder mirar, ver si hay o no presencia de neuropatía ... creo que todo eso tiene un impacto y es algo que solo la consulta presencial puede dar...”. (Lorena, médica especialista en medicina familiar).

“Yo creo que los pacientes entienden más lo visual, los gráficos. Entonces, no es lo mismo que usted tenga la herramienta, que mostrarle a un paciente en una pantalla y decirle: ‘vea, así se ve, esto se maneja así, traiga la insulina y yo le enseño a aplicarse’ o pedirle que venga a la actividad educativa y mostrarle en una pantalla cómo se vería...”. (Laura, enfermera)

Los profesionales manifestaron reiteradamente haber utilizado la telemedicina para el seguimiento a los pacientes crónicos durante la pandemia por Covid -19. Algunos obtuvieron buenos resultados, pero también debieron afrontar dificultades para ejercer con calidad sus atenciones.

“En la pandemia estuve, creo que año y medio, en virtual, y digamos que es difícil sobre todo por la condición del paciente. Al paciente diabético, hay que verlo, hay que saber cómo está la piel, hay que saber cómo se está aplicando la insulina. Cuando en pandemia los llamábamos y les decíamos que íbamos a hacerles el control de la presión, muchos no entendían: ‘¿Y doctora, usted cómo me va a tomar la presión si no estoy ahí...?’. (Carolina, médica cardiovascular).

Varios de los entrevistados resaltaron que los pacientes se sienten valorados y agradecidos cuando reciben llamadas de los profesionales de la salud, lo que incide directamente en su adherencia al plan de cuidado y en la aceptación de la enfermedad.

“Cuando se siente valorado, el paciente se va a enamorar, por decirlo así, se va a enamorar de su enfermedad, va a aceptar su enfermedad, se va a enamorar de su EPS, de las personas que lo rodean, ya sea un auxiliar o sea una jefe quien le haga el seguimiento ...”. (Luisa, auxiliar de enfermería).

“Cuando el seguimiento se hace sin que el paciente asista, entonces valoran mucho que uno se tome el tiempo de llamarlos. Cuando tuvimos la pandemia, esto se hizo y fue la primera experiencia que tuvimos para hacer ese contacto de teleorientación. Muchos pacientes dijeron no haberse sentido solos durante la pandemia porque su EPS les llamó. Entonces pienso que es una buena experiencia que ellos se sientan importantes, como valorados...”. (Sandra, enfermera del programa).

6.2.2.4. Uso de Telemedicina en Atención general

Pocos profesionales mencionaron la atención de consulta general a través de telemedicina, posiblemente porque en su mayoría ejercen exclusivamente en el programa de gestión del riesgo de pacientes diabéticos o crónicos. Con esto en mente, aquellos que manifestaron su opinión sobre la atención en consulta general a través de telemedicina comentaron que, basados en su experiencia, esta alternativa no ofrece buenos resultados y es limitada para la identificación de signos y síntomas específicos que apoyen diagnósticos certeros.

“...entonces, bueno, se supone que no tenés que pedir una cita médica general, ¿cierto? O sea, no te puedo revisar, no puedo saber si es una gastritis, si es una pancreatitis, si son unos cálculos. Si el paciente te llega con gripe, con tos, fiebre, entonces vos ¿cómo definís si es algo viral, si no le puedes ver la garganta, no le puedes auscultar los pulmones... si ya es una bronquitis, si tiene una neumonía o si es solamente algo viral? Es muy difícil, entonces hay que mandarlo para consulta...”. (Roberto, médico cardiovascular).

Sin embargo, se reconoce que el uso de inteligencia artificial (IA) o bots para procesos administrativos de agendamiento de citas, gestión de autorizaciones, dispensación de medicamentos e incluso realización de triage, ha dado buenos resultados, mejorando el acceso de los pacientes a los servicios de salud.

“Nosotros tenemos un proceso de consulta general en el cual el paciente tiene una herramienta de acceso direccionado a la atención. Mediante unos flujogramas, un bot le va direccionando al paciente a cuál es su necesidad de consulta. Entonces él va a poner los síntomas, lo que presenta, su motivo y la herramienta lo va a ir direccionando. Le direcciona a urgencias o emergencias, a prioritaria o a consulta externa, y de ahí determina si la modalidad que se le puede prestar es virtual o es presencial. Entonces, para acceder todos los pacientes ingresan a través de esa herramienta, sea que llamen al call center, entren por la app o por la página de la IPS para pedir la cita. Por todas las rutas hacen el acceso direccionado a la atención...”. (Juan Carlos, director de IPS).

6.2.2.5. Uso de Telemedicina en el Programa de diabetes

En lo concerniente al uso de la telemedicina para el seguimiento a los pacientes en el marco del programa, los profesionales señalaron que ha sido útil para captar a pacientes jóvenes y a aquellos no adherentes, incidiendo positivamente en el cumplimiento de los indicadores de gestión del programa. Asimismo, se utiliza para el envío de mensajes a pacientes a través de WhatsApp o correo electrónico con información que apoya el plan de cuidado o manejo de la enfermedad.

“La telemedicina podría ser útil para la gente joven, porque esta gente no viene y nosotros también tenemos que cumplir unas metas para que las personas jóvenes asistan a controles. Yo no creo que en todas las sedes se cumplan esas metas... Los que van a las multiconsultas son los mayores de 60. Para los demás, sería muy bueno un mensaje como ‘venga, le ofrecemos una teleconsulta, a tales horas, este es el link’...”. (Silvana, enfermera profesional).

“...yo soy mucho de hacerles a los pacientes el seguimiento por correo, por ejemplo, de las glucometrías. Pero tiene que ser un seguimiento constante, no es como que te vi hoy, te ajusté la insulina, te veo en cuatro meses con la misma dosis que tenías. Yo le ajusto la insulina, y por correo hacemos los seguimientos cada tres días: no le dejo hasta no estar en las metas de sus glucometrías en ayunas y preprandiales...”. (Sara, médica internista).

La telemedicina también es utilizada para ampliar el alcance del programa a pueblos o zonas remotas, garantizando que las intervenciones interprofesionales lleguen a pacientes que de otra manera no podrían acceder sus beneficios.

“...pero hay otra ruta, que llamamos una ruta del modelo light, que es para los pacientes que están por fuera del área, es decir, pacientes que están en pueblos, a una o dos horas. A esos pacientes les atendemos acá todo lo que tiene que ver con la atención por prioritaria... A ellos se les hace la teleconsulta, ¿por qué?, porque la idea es que el paciente no tenga que venir hasta acá para la consulta. Se trata de que sabiendo que es un paciente que está en metas, el endocrinólogo, la nutricionista o el químico le puedan hacer la teleconsulta cada tres meses, sin que tenga que hacer el desplazamiento desde un pueblo, porque tenemos pacientes que están a una hora o que están casi en el Pacífico Quibdó, que obviamente queda bastante lejos...”. (Rosalba, directora IPS).

Se identificó una estrategia muy interesante sobre el uso de la teleasistencia sincrónica o asincrónica mediante llamadas o mensajes de WhatsApp. Este mecanismo le permite al paciente informar a una enfermera sobre cambios clínicos significativos como hipoglicemias, o buscar apoyo para entender mejor la utilización de sus medicamentos o las recomendaciones recibidas en una consulta.

Asimismo, se realiza un seguimiento a pacientes que han egresado de hospitalización o urgencias. A este efecto, los servicios están coordinados para contactar mediante el sistema de información al paciente que hace parte del programa de seguimiento y que recibió atención en estos servicios. La identificación está a cargo de una enfermera profesional, quien contacta a los pacientes para brindarles teleorientación y programar consultas poshospitalarias, en caso de ser necesario.

“Tenemos un servicio de teleorientación, al que se entra de dos formas: una línea exclusiva para el paciente que tiene dudas de trámites, dudas con una orden que requiere autorización para una cita médica, y que resuelve la enfermera que le atiende. La otra línea que está dentro de esa misma ruta es la de alertamiento, en la que también una enfermera atiende por síntomas o signos críticos. El paciente puede entrar por ahí, hacer un reporte a cualquier hora, pues funciona 24/7, porque se le presentó, digamos, un evento de hipoglicemia o de hiperglicemia, y la enfermera hace la teleorientación. Si vemos que ese paciente no supera el evento con lo que le podemos dar, se le agenda una cita o tiene que venir para la atención en urgencias...”. (Rosalba, directora IPS).

“Yo me ocupo solo de los poshospitalizados. Cuando aplican al programa o son crónicos, yo hago una llamada telefónica de verificación de síntomas o asignación de citas, si lo requiere. A veces hago teleorientación cuando tienen dudas con los otros procesos que siguen, y entonces se intenta dar soluciones por esta ruta...”. (Laura, enfermera).

Otra táctica que aporta valor al programa es que los profesionales que hacen seguimiento a los pacientes que han sido dotados de teléfonos corporativos. A través de estos dispositivos, pueden comunicarse entre ellos para facilitar el flujo del paciente en el programa, además de proveer un canal de comunicación abierta y de confianza con los propios pacientes para conversar sobre temas específicos de su atención en salud.

“Esos teléfonos permiten generar un lazo de confianza con los médicos de riesgo cardiovascular. Mediante WhatsApp pueden escribir a los pacientes, que además tienen, obviamente, los correos de los médicos. Todo esto ha creado una forma de comunicación diferente...”. (Juan Carlos, director de IPS).

La teleasistencia también es una herramienta utilizada por los profesionales, especialmente por los médicos generales, que se apoyan en ella para mejorar sus análisis clínicos y ajustar los tratamientos con médicos especialistas. Para esto, cuentan con herramientas sincrónicas o asincrónicas, estas últimas con tiempos específicos de respuesta, apuntando a resolver los casos clínicos con celeridad.

“Nosotros acá, en esta empresa, tenemos algo que se llama teleconcepto: usamos conceptos virtuales y ante cualquier duda, se le manda un concepto virtual a otro especialista o a un paciente y de manera remota se hacen las sugerencias del caso...”. (Daniel, médico internista).

“Los médicos tenemos algo que se llama asesoría médica virtual, que nos permite orientar a un paciente que es complejo, para que se remita a un tratamiento de alto costo, con el aval de un especialista. Nosotros tenemos el concepto clínico virtual, pero si un paciente que ya no está controlado con Metformina necesita un tratamiento de alto costo, se lo transita a la familiarista y ya ellos responden con el aval... pero hay momentos en que uno ya no sabe que más hacer con el paciente...”. (María, médica cardiovascular).

Los profesionales ponen especial énfasis en la experiencia vivida con la telemedicina durante la pandemia, la cual fue positiva en la medida en que pudieron brindar soporte a los pacientes a través de consulta general y del programa de pacientes crónicos. No obstante, mencionan reiteradamente que tanto los pacientes como ellos prefieren la presencialidad para obtener mejores resultados en la valoración integral de los pacientes y en los resultados clínicos de sus diagnósticos.

“Nosotros antes hacíamos telemedicina, pero todo fue con el modo pandemia, porque en esa época se intercalaban las citas presenciales y virtuales, y todo era telefónico... a muchos pacientes no les gustaba lo virtual porque a ellos les gusta que los palpen para descubrir los síntomas...”. (María, médica cardiovascular).

“Había pacientes que, por ejemplo, esperaban la llamada de uno para tener con quién conversar, eso se sentía. En esa época, se descompensaron todos. Yo diría que el 70% de los pacientes de riesgo cardiovascular se descompensaba. Creo que habría que hacer ese estudio de cuántos infartos y complicaciones se produjeron en ese tiempo, porque yo creo que fueron muchas...”. (Mateo, médico general).

“Yo pienso que en su tiempo la telemedicina funcionó mucho... de pronto también nos falta abrir la mente, como médicos, para ver a la telemedicina como otra de las ventajas de la tecnología...”. (Carolina, médico cardiovascular).

6.2.3. Talento Humano en Salud (THS)

El THS es la columna vertebral del sistema de salud, pues conforma los equipos multidisciplinarios encargados de las operaciones planificadas por el gobierno, las EPS y las IPS. Para el presente proyecto, se indagó la percepción de los profesionales sobre el rol que desempeñan en la ruta y los resultados obtenidos con los pacientes, así como la evaluación de su capacidad técnica para atender el área específica de diabetes.

6.2.3.1. Satisfacción

Esta variable se mencionó 66 veces durante las entrevistas realizadas, evidenciando el grado de satisfacción del personal con sus empleadores, con los resultados obtenidos en el manejo de pacientes con diabetes y con el modelo mismo.

La mayoría de entrevistados manifestó estar satisfecho con el rol que desempeñan, haciendo hincapié en que se reconocen y potencian sus habilidades, así como en la capacitación constante que les ha permitido ascender dentro de las organizaciones. Para ellos, este reconocimiento es un incentivo que empodera a los profesionales que trabajan con pacientes crónicos, pese a las dificultades que presenta su manejo.

“Me gusta mucho ese programa, porque te permite realmente tener como un protagonismo de la profesión. Siento que soy valiosa porque puedo ayudar, explicar, acompañar a ese paciente en el proceso de lograr las metas... ver cómo ellos mismos se dan cuenta de cuáles son los cambios que han hecho...”. (Sandra, enfermera del programa)

“Yo amo... sí, yo amo lo que hago. Obviamente es un reto el manejo de pacientes, es lo más complejo, pero es de lo que más uno aprende. Yo he aprendido un montón y es sobre todo la importancia del saber escuchar, del poder involucrar a las personas, porque la gente tiene que estar convencida para que las cosas funcionen... Entonces, la verdad es que yo amo lo que hago y también me gusta mucho ver cuando las personas disfrutan lo que hacen. Eso se ve desde la atención, desde la calidez, y entonces muchas veces ese es el reto: saber identificar qué es lo que te mueve”. (Liliana, directora IPS).

“Yo amo lo que hago, yo respiro... respiro riesgo cardiovascular. A mí me encanta toda la parte educativa, porque soy 100% educativa, y me pongo muy triste cuando mi consulta no me alcanza. Son 30 minutos, pero son 30 minutos en que yo necesito que ese paciente me haga caso, es decir que se cuide...”. (Sonia, enfermera jefe).

Un atributo de la ruta que genera gran satisfacción en el personal asistencial es el éxito en los resultados con los pacientes. Los profesionales muestran pasión por las actividades que realizan, y alcanzar buenos resultados se convierte incluso en un reto personal:

“O sea, un paciente con hemoglobina glicosilada al 14 que termina en 6,5 para mí ¡es un éxito total! El año pasado yo tuve un paciente joven, de 45 años, con una glicosilada en 13, con pruebas hepáticas elevadas, función renal elevada... si un paciente llega así, es muy mal pronóstico, y fue de esos que lloró con la esposa en la consulta, pero se fue muy motivado. A los 3 meses ya tenía la glicosilada en 7, le disminuyó la parte hepática, mejoró función renal, incluso como yo regulo metabólicamente, le quité los antihipertensivos y ahora está únicamente con lo de la diabetes... Y entonces, reitero, lograr eso ha sido para mí un éxito total...”. (Yesenia, médica cardiovascular).

“¿Satisfacciones? Muchas... sobre todo ver pacientes que finalmente entendieron la enfermedad, aunque son una mínima parte. Yo pienso que de los grupos poblacionales más difíciles para uno trabajar, son los diabéticos, primero, porque ellos sí son gordos, elaboran una hormona que los hace comer más... entonces ellos comen y no se dan cuenta por qué, comen y no miran cuántas calorías son. Para ellos, la nutricionista es un problema... en fin, yo pienso que el primer logro es que el paciente entienda que tiene una enfermedad”. (Mateo, médico general)

No obstante, también se observa cierto grado de frustración ante la baja adherencia de algunos pacientes durante el proceso:

“Muchas veces uno sí se siente como frustrado, porque ve, de pronto, que no hay empatía o que algo falta para que ese paciente definitivamente logre entender la importancia de su enfermedad y evitar

alguna complicación. Entonces, es a veces difícil intentar abrir, digamos, esa mente, para que el paciente pueda entender lo que uno está tratando de hacer... ¿cómo explicarle y lograr que se empodere de su enfermedad?”. (Carolina, médica cardiovascular).

6.2.3.2. Percepción de la capacidad técnica específica

Los profesionales coinciden en que han recibido la formación técnica adecuada según el rol que cumplen en la ejecución del programa y consideran que tienen las habilidades necesarias para desempeñar su labor.

Las actividades de fortalecimiento de capacidades mencionadas por los profesionales incluyen inducciones a sistemas de información, manejo del programa, revisión bimensual de guías de atención, algoritmos de decisión, patología, manejo de pacientes pluripatológicos y reuniones de retroalimentación con pares y con especialistas.

“Para todo el personal y de modo virtual, cada ocho días, en el miércoles de salud, hay un tema diferente, y si yo estoy trabajando a esa hora, sí lo puedo ver después diferido... y también cada 15 días tenemos un tema fijo de capacitaciones de guía, que se maneja para todos...”. (María, médica cardiovascular).

Asimismo, los profesionales reciben entrenamiento en atención al usuario y desarrollo de habilidades blandas a través de plataformas formativas de cada organización y capacitaciones grupales presenciales.

“La capacitación tiene que ver desde la parte técnica, por roles, pero también de las habilidades blandas. Buscamos mejorar las atenciones, porque tenemos claro que el paciente que viene acá es un paciente enfermo. Es distinto en IPS básica, a donde uno puede ir una vez al año... pero en el caso de estos pacientes, la frecuencia en sede es bastante alta, porque tienen que hacer trámites, elaborar órdenes...”. (Rosalba, directora IPS).

7. Conclusiones

7.1. Atención general

- En cuanto a la oportunidad en la atención, los pacientes reportaron tiempos de espera de hasta 8 días para medicina general y de hasta 3 meses para consultas con especialistas. Estos tiempos difieren de los reportados en fuentes de información oficial como el Observatorio Nacional de Calidad en Salud (ONCAS).
- Respecto del acceso a servicios, muchos pacientes mencionaron que, en ocasiones, deben recibir la atención en lugares distintos a su IPS primaria, lo que evidencia una fragmentación de servicios, específicamente en la toma de muestras en laboratorios, lo cual implica desplazamientos y costos adicionales. También indicaron que algunas veces deben recibir atención especializada fuera de la IPS primaria.
- En lo concerniente a los procesos administrativos, los pacientes hacen hincapié en que el proceso autorización de medicamentos o remisiones a especialistas es lento, lo que ocasiona largas listas de espera. En algunos casos, por ese motivo las órdenes de remisión expiran, obligando a los pacientes a reiniciar el proceso mediante una consulta general, lo que retrasa el proceso de atención de la enfermedad.
- Pese a los obstáculos existentes, la mayoría de los pacientes tienen una buena percepción de la atención recibida por parte de los profesionales de la salud y del personal administrativo en las IPS. Además, muchos pacientes se refieren a los prestadores de

servicios de salud como EPS, incluso cuando son usuarios recurrentes del servicio prestado por la IPS, mostrando una falta de diferenciación clara entre EPS e IPS, sin que esto afecte su percepción de la atención.

- En general, todos los pacientes entrevistados manifestaron haber recibido en consulta general información sobre el manejo de su enfermedad. Sin embargo, algunos señalaron que la información recibida no siempre guarda conformidad con las características de sus contextos y cotidianidad.
- Es importante resaltar que los pacientes consideran que trabajar en el desarrollo de habilidades blandas sería crucial para ayudarles a asumir y gestionar el riesgo de la enfermedad.
- Los pacientes reconocen que no siempre adhieren a las recomendaciones profesionales debido a dificultades con sus horarios laborales, por descuido personal o simplemente por decisión propia. En muchas ocasiones, solo asisten a las consultas de medicina general buscando renovar sus recetas médicas.
- La mitad de los pacientes manifestó haber tenido problemas con la dispensación de sus medicamentos, y algunos con la de los dispositivos médicos. La queja principal fue la entrega incompleta de los medicamentos o dispositivos médicos.
- Desde el punto de vista de los profesionales, muchos concuerdan en la necesidad de fortalecer las capacidades técnicas para la captación de pacientes diabéticos. Asimismo, coinciden en que el tiempo de consulta del que disponen es muy corto para diagnosticar, instaurar un tratamiento y brindar la educación que necesita el paciente, sobre todo cuando esta recién diagnosticado.

7.2. Programa de diabetes

- La mayoría de los pacientes participantes del estudio saben que existe un programa de gestión del riesgo de pacientes diabéticos y reconocen que forman parte de él y conocen sus objetivos. No obstante, algunos pocos pacientes no reconocen ser participantes del programa.
- En general, los pacientes manifiestan que usualmente hay disponibilidad de citas para recibir las atenciones del programa de gestión del riesgo. Sin embargo, en algunas ocasiones pueden existir demoras para conseguir citas con especialistas.
- Se evidenció que la mayoría de los pacientes no presentan barreras para acceder al programa de pacientes crónicos o diabéticos y que, una vez diagnosticados en la consulta general, son derivados al programa.
- Algunos pacientes manifestaron que se les dificulta el seguimiento de la enfermedad a través del programa, ya que, por motivos laborales, no siempre están en la ciudad en que están adscritos a una IPS primaria.
- Respecto de la percepción que tienen los pacientes sobre el programa de atención, la mayoría expresó comentarios positivos, destacando el cuidado recibido de diferentes profesionales de la salud, los buenos resultados obtenidos, la dedicación del personal sanitario y la información provista para el manejo de la enfermedad.
- Sobre la educación brindada en el programa, todos los pacientes se expresaron positivamente, destacando la referida a temas como la alimentación, el manejo de medicamentos y la adaptación psicológica a la enfermedad. Un paciente resaltó la

importancia de involucrar en este proceso educativo a la familia, específicamente en lo concerniente a la alimentación.

- Por su parte, los profesionales manifiestan que uno de los factores que interfiere en el proceso de adherencia de los pacientes al programa y al tratamiento es el cambio en los estilos de vida relacionado con el arraigo cultural y las costumbres de los pacientes, lo cual puede dificultar el cambio de hábitos especialmente alimenticios. Asimismo, la falta de una red de apoyo familiar o de cuidadores es otro factor importante.
- Los profesionales concuerdan en que el acceso permanente a información no filtrada sobre la diabetes en las redes sociales y la web genera sentimientos de duda en los pacientes ante las indicaciones brindadas por el personal sanitario, lo cual impacta negativamente en la adherencia a las recomendaciones profesionales.
- Según los profesionales entrevistados, la edad de los pacientes cumple un papel muy importante en la adherencia al tratamiento. De acuerdo con algunas narrativas, los adultos mayores son más adherentes que los jóvenes, pero esta adherencia falla cuando no cuentan con una buena red de apoyo. Por el contrario, los estados de negación de la enfermedad y la poca adherencia a las recomendaciones son más frecuentes en las personas jóvenes, que presentan mayor resistencia al diagnóstico y abandonan de forma permanente los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- Para mejorar la adherencia en los pacientes con diabetes se encontraron diferentes estrategias, como la conciliación entre las recomendaciones profesionales y las necesidades particulares de los pacientes de acuerdo con su contexto. Asimismo, se observó que en la mayoría de las instituciones, los planes de seguimiento están encaminados a acompañar de cerca el proceso de cada usuario mediante llamadas continuas y solicitud de información como resultado de glucometrías o planes alimenticios por medio del WhatsApp o correo electrónico.
- Según la percepción de la mayoría de los profesionales de la salud, un paciente educado en su patología es más adherente al tratamiento y tiene mayor capacidad para mantener la enfermedad compensada. Además, se identificó que el personal de enfermería es el encargado de liderar los programas educativos, actividad para la que se considera el perfil con mayor habilidad en este campo.
- Muchos profesionales señalaron la necesidad de contar con mayor acompañamiento psicológico desde el diagnóstico inicial y a lo largo del tratamiento, entendiendo que manejar esta enfermedad no es fácil para los pacientes, ya que entraña un cambio radical de hábitos de vida.
- Los profesionales consideran que el tiempo asignado para las consultas en el marco del programa no es suficiente para realizar las intervenciones planeadas. En algunas IPS, el tiempo de consulta es de 30 minutos, mientras que en otras es de 20 minutos; en ningún caso encontraron que fuese suficiente. El tiempo limitado dificulta brindar una atención completa, especialmente cuando los pacientes son pluripatológicos, ya que la cantidad de información y las formulaciones a entregar son mayores.
- Los pacientes manifiestan constantemente su preferencia por la atención presencial, muchas veces sin importar los tiempos de traslado o los costos que esto pueda generar, ya que se sienten más acompañados y mejor valorados en consultas presenciales.

- Los equipos interdisciplinarios de los programas de las diferentes IPS están conformados de forma similar: médicos familiares líderes, médicos generales especializados en la ruta, enfermeras que dirigen los procesos educativos con un grupo de auxiliares, nutricionistas, psicólogos y médicos internistas o endocrinólogos para casos complicados. Complementariamente, cuentan con el apoyo de regentes de farmacia o químicos farmacéuticos para orientar a los usuarios en la toma de medicación y, en menor medida, fisioterapeutas o deportólogos, los cuales desempeñan distintas funciones según las necesidades de cada población.

7.3. Telemedicina

- Todos los pacientes entrevistados informaron haber tenido algún tipo de contacto con herramientas de telemedicina para el agendamiento, consulta, formulación o seguimiento en la atención general y en el programa de seguimiento a pacientes diabéticos. Las más comunes son los mensajes de texto, llamadas o correos electrónicos para recordar el agendamiento de citas en los días previos a la consulta con cualquier profesional. Además, las EPS les brindan la posibilidad de actualizar la formulación de sus medicamentos y, en algunos casos, solicitarlos a través de WhatsApp.
- Algunos pacientes mencionan no tener acceso a teléfonos inteligentes, internet en casa o en el teléfono, o tener acceso limitado por estar ubicados en zonas de difícil acceso a señal de internet. Ninguno mencionó utilizar computadoras como medio de conexión.
- La mayoría de los entrevistados manifestaron comentarios positivos frente al uso de la telemedicina como herramienta de seguimiento de la enfermedad. Algunos consideran que es una herramienta útil para el agendamiento, recordatorio de citas con profesionales, seguimientos, renovación de fórmulas de medicamentos y teleconsulta.
- La mayoría de los profesionales entrevistados consideran que las habilidades digitales de los pacientes no son suficientes para hacer seguimiento a su enfermedad a través de telemedicina, especialmente en el grupo de pacientes mayores de 60 años
- Los profesionales informaron que han venido implementando el uso de la telemedicina en el marco del programa de atención, para lo cual entrenan a los pacientes en el uso de las tecnologías.
- Los profesionales concuerdan en que existe un alto porcentaje de pacientes que no tienen acceso a dispositivos tecnológicos o a internet, ya sea porque viven en zonas remotas con internet limitado o porque no tienen medios económicos para pagar el internet o adquirir un dispositivo tecnológico, lo cual representa una barrera para implementar la telemedicina como herramienta de seguimiento a los pacientes.
- Muchos de los profesionales consideran que la telemedicina puede ser útil para el seguimiento a pacientes, pero para ser efectiva se tendría que segmentar a la población en capacidad de utilizar la tecnología como herramienta para este fin. Los criterios que podrían considerarse son: pacientes conocidos por el profesional, controlados, analfabetos digitales, con acceso a dispositivos tecnológicos y acceso a internet, pacientes postrados o con limitaciones de movimiento que cuentan con acompañamiento del cuidador directo, y pacientes poco adherentes al tratamiento o al programa de gestión del riesgo. Aun así, sería importante alternar las intervenciones de telemedicina con las intervenciones presenciales, para garantizar la complementariedad, la valoración física integral y la correlación clínica.

- Hay un grupo importante de profesionales que prefieren la presencialidad para realizar los seguimientos a los pacientes. Dentro de los argumentos que explican esta preferencia están la posibilidad de palpar al paciente, garantizar una valoración física completa, buscar signos y síntomas con mayor precisión, mejorar la correlación clínica y brindar educación con mayor profundidad a los pacientes. El uso del papel y lápiz para explicarle al paciente cómo debe cuidarse es muy bien valorado incluso por los profesionales. Sin embargo, reconocen que la telemedicina es también una herramienta que mejora el acceso de los pacientes a los servicios de salud.

8. Declaración de aplicación de principios éticos en investigación

Este proyecto se acoge a la ley 1581 de 2012 (Hábeas Data) que aplica para el tratamiento de datos personales. Se protegieron el nombre y la identificación de los sujetos que participaron el estudio. Solamente los investigadores principales tuvieron acceso a los datos de este proyecto. Los documentos en físico serán salvaguardados por el Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud y entregados posteriormente al BID. Por ningún motivo se publicarán nombres ni documentos de los participantes de la investigación, garantizando siempre la confidencialidad y seguridad de los datos recopilados. Asimismo, la información será anonimizada y no se presentará en publicaciones o eventos académicos.

Durante la recolección de las entrevistas, se explicó al participante que podía omitir sus datos personales y su nombre, dando a conocer el consentimiento informado (véase el Anexo 4), el cual debían aceptar para continuar con la entrevista, reiterando que la información recopilada en la investigación será utilizada únicamente con fines investigativos y de uso exclusivo del equipo investigador. Cabe resaltar que los datos fueron analizados y guardados solo por el equipo investigador, de acuerdo con lo manifestado en el consentimiento informado. Una vez concluida la investigación, la información anonimizada quedará bajo el resguardo del equipo investigador en la oficina de investigaciones de Así vamos en Salud durante 10 años. Es importante aclarar que en la transcripción de las entrevistas se utilizaron nombres ficticios para todos los participantes, asegurando su anonimidad.

De la misma manera, es importante resaltar que este trabajo investigativo sigue los principios internacionales de la American Anthropology Association, al igual que la normativa colombiana referente a la investigación en salud, resolución 8430 de 1993, artículo 11, que clasifica esta investigación con un riesgo mínimo, debido a posibles temas sensibles y población vulnerable (adulto mayor o paciente crónico) que pueda participar. Esto fue explicado en el momento de dar a conocer el consentimiento informado, garantizando que todos los participantes del estudio firmaran este documento bajo el principio de voluntariedad y brindando la orientación respectiva en los casos en que se necesitó.

De igual forma, se resalta que los protocolos de investigación cuentan con el aval del comité de ética de las EPS y que no se declaró en el desarrollo de la investigación ningún tipo de conflicto de interés.

9. Bibliografía

1. **OMS.** *Enfermedades cardiovasculares.* 2020.
2. *Enfermedades no transmisibles.* **OMS.** 16 de 09 de 2022.
3. **Organización Panamericana de la Salud.** *Panorama de la diabetes en la Región de las Américas.* Washington, D.C. : OPS, 2023. doi.org/10.37774/9789275326336..
4. **Institute for Health Metrics and Evaluation.** GBD Results. [En línea] 2020. [Citado el: 20 de 05 de 2024.] <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
5. **Organización Panamericana de la Salud.** *Panorama de la diabetes en la Región de las Américas.* Washington, D.C.: : OPS, 2023. pág. 64p. ISBN: 978-92-75-32633-6.
6. **Así Vamos en Salud.** *Tasa de mortalidad por diabetes mellitus-georeferenciado.* Bogotá : s.n., 2023.
7. *Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia.* **CAC.** ISSN: 2322-6323, Bogotá : s.n., mayo de 2022.
8. **costo, Cuenta de alto.** *Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2021.* Bogotá : CAC, 2022. ISSN:2322-6323.
9. *Adherencia terapéutica: un problema de atención médica.* **ORTEGA CERDA, José Juan, SANCHEZ HERRERA, Diana y RODRIGUEZ MIRANDA, Óscar Adrián y ORTEGA LEGASPI, Juan Manuel.** N° 3, México : s.n., 2018, Acta méd. Grupo Ángeles, Vol. Vol. 16. ISSN 1870-7203..
10. *Effect of telemedicine on glycated hemoglobin in diabetes: A systematic review and meta-analysis of randomized trials.* **L, Faruque, N, Wiebe y A., Ehteshami.** 9, Alberta : Joule inc, 2017, Alberta Kidney Disease Network, Vol. 189. doi: 10.1503/cmaj.150885.
11. **Ministerio de salud y protección social.** Pagina del Ministerio de salud y protección social. [En línea] Ministerio de salud y protección social, 22 de 03 de 2022. [Citado el: 01 de 03 de 2023.] <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Dos-anos-de-posicionamiento-de-la-telemedicina-en-Colombia.aspx>.
12. **53ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD: Prevención y control de las enfermedades no transmisibles.** **OMS.** Ginebra : s.n., 20 de 05 de 2000.
13. **56a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD.** **OMS.** Ginebra : s.n., 19-28 de 05 de 2003.
14. **57ª Asamblea Mundial de la Salud.** **OMS.** Ginebra : s.n., 17 - 22 de 05 de 2004.
15. **47° Consejo Directivo _ 58 sesión del comité regional.** **OMS.** Washington, D.C : s.n., 2006. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud.
16. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Rutas integrales de atención en salud - RIAS.* Bogotá : s.n.
17. *El futuro de la medicina con equidad en Colombia: La Telemedicina.* **Camacho Matiz, Hernando.** N° 1, Bogotá : s.n., enero de 2007, Rev. Col. Cardiol., Vol. Vol. 14. ISSN 0120-5633.
18. **OPS / OMS.** *e - salud en Latinoamérica y el Caribe: tendencias y temas emergentes.* Washington D.C. : s.n., 2003. pág. 226p. ISBN 92 75 32462X.
19. *Informática de la salud y telemedicina. Informe del Director General .* **OMS.** [ed.] Consejo ejecutivo. 1997. pág. 6p.
20. *What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings.* **Sood, S., Mbarika, V., Jugoo, S., Dookhy, R., Doarn, C. R., Prakash, N., & Merrell, R. C.** (5), Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association, Vol. 13, págs. 573–590.
21. **Congreso de la República de Colombia.** *Ley 1419 de 2010.* Bogotá : s.n., 2010.
22. **Jaramillo Loaiza Cielo, Montaña Duque Sandra Paola y Alomía Mina Nohra Lidia.** *Percepción de la Telemedicina, de los Trabajadores de dos Ips de Medellín, Atendidos Durante*

- el Primer Año de Decretada la Cuarentena en Colombia. Universidad ECCI. Bogotá : s.n., 2021. pág. 107p, Tesis de Grado.
23. **Mera Yauri, Andrea Karla.** *Percepción del uso de la telemedicina durante la emergencia sanitaria por la COVID-19 en profesionales de obstetricia de Lima Metropolitana, 2020.* Universidad de Lima. Lima : s.n., 2020.
24. *Percepciones y experiencias de la población ante la transformación de la modalidad de las consultas en atención primaria durante la pandemia.* **Jiménez Carrillo, Marta.** España : s.n., 07 de 02 de 2022, Elsevier_Atención Primaria, Vol. 54.
25. *Is a cloud-based platform useful for diabetes management in Colombia? The Tidepool experience.* **León Vargas, Fabian, et al.** 09 de 2021, Computer Methods and Programs in Biomedicine, Vols. Vol. 208, 106205.
26. *Telemedicina para el manejo de pacientes diabéticos en un hospital latinoamericano de alta complejidad.* **Casas, Luz Angela, et al.** 314, 03 de 2023, BMC Health Service Research, Vol. 23, pág. 314.
27. *Mobile Health Technology in the Primary Prevention of Type 2 Diabetes: a Systematic Review.* **Barengo, N. C., Diaz Valencia, P. A., Apolina, L. M., Estrada Cruz, N. A., Fernández Garate, J. E., Correa González, R. A., Cinco Gonzalez, C. A., Gómez Rodriguez, J. A., González, N. C., & SANENT Study Group.** (1), 2022, Current Diabetes Reports, Vol. 22, págs. 1-10.
28. *Clinical Experience of Using Telemedicine for the Management of Patients Using Continuous Subcutaneous Insulin Infusion in a Highly Complex Latin American Hospital.* **Guzman GE, Escobar MF, Arias-Valderrama O, Guerra MA, Martínez V.** (9), 05 de 2023, Int J Environ Res Public Health. , Vol. 20.
29. *La telesalud como estrategia de atención primaria en la diabetes mellitus tipo 2 en Colombia.* **González-Alzate, Natalia y Hernández-Rincón, Erwin Hernando y Ulloa- Rodríguez, Mauricio Fernando.** (2), Bogotá : s.n., abril - junio de 2022, Vol. Vol 35, págs. pp151 -164.
30. **Minsalud.** Dos años de posicionamiento de la telemedicina en Colombia. [En línea] 22 de 03 de 2022. [Citado el: 01 de 06 de 2023.] <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Dos-anos-de-posicionamiento-de-la-telemedicina-en-Colombia.aspx#:~:text=Telemedicina%20en%20el%20covid%2D19,989%20consultas%20en%20promedio%20mes..>
31. *Telesalud en Colombia.* **Rodríguez, Carlos Édgar.** N°90, Bogotá : s.n., 2020, Revista Normas y Calidad.
32. **Jane Ritchi, Jane Lewis, Eds.** Muestreos, diseño de entrevistas de campo y entrevistas a profundidad. [aut. libro] Jane Lewis Jane Ritchi. *Qualitive research practice:a guide to social science students and researches.* Londres : SAGE, 2003, 4,5 y 6.
33. *La entrevista, recurso flexible y dinámico.* **Díaz-Bravo, Laura, Torruco-García, Uri y Martínez-Hernández, Mildred y Varela Ruiz, Margarita.** N°7, México : s.n., 13 de 05 de 2013, Rev. Investigación en educación médica, Vol. Vol 1, págs. 162 -167.
34. **Ulin P, Rbinson E, Toley E.** Analisis de los datos cualitativos . *Investigación cualitativa en salud pública: Metodos cualitativos.* Washington DC : OPS, 2006, págs. 137-161.
35. **Guber, Rosana.** *La etnografía, método, campo y reflexividad.* Bogotá : Grupo Editorial, Norma, 2001. pág. 146p. ISBN 958-04-6154-6 .
36. *NVivo.* **Dhakal, K. (2022).** (2), 2022, Revista de la Asociación de Bibliotecas Médicas, Vol. 110, págs. 270-272.
37. *¿Cómo analizar datos cualitativos?* **Fernández Núñez, Lissette.** Barcelona : s.n., octubre de 2006, Butlletí LaRecerca, pág. 13p. ISSN: 1886-1946.
38. *Metodos de investigación cualitativa: Triangulación .* **Okuda, Benavides Mayumi y Carlos, Gomez Restrepo.** 1, 2005, Revista Colombiana de Psiquiatria, Vol. 34, págs. 118-124. ISSN 0034-7450.

39. *Creencias y prácticas en el cuidado de la salud*. **E, Melguizo**. 1, 2008, Avances en enfermería, Vol. 26, págs. 112-123.
40. **Centro de pensamiento Así vamos en salud**. Así Vamos en Salud. [En línea] 2024. [Citado el: 01 de 04 de 2024.] <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/oportunidad-de-la-atencion/tiempo-promedio-de-espera-para-la-asignacion-de-cita-de-2>.
41. **OPS**. Salud Universal. [En línea] [Citado el: 12 de 04 de 2024.] <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>.
42. *Percepción de los usuarios frente a la calidad en salud del servicio de consulta externa según el modelo SERQUAL*. **Boada-Niño AV, Barbosa-Lopez AM, Cobo-Mejoa EA**. [ed.] Universidad de Boyacá. 1, Tunja : s.n., 2019, Revista investigacion en salud , Vol. 6.
43. **OIT (Organización Internacional del Trabajo)**. Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional. *Habilidades digitales*. [En línea] [Citado el: 22 de 04 de 2024.] <https://www.oitcinterfor.org/digitalizacion/habilidades-digitales#:~:text=Las%20competencias%20digitales%20son%20aquellas,entretenerse%20y%20participar%20en%20sociedad..>
44. **Euroinnova**. ¿Qué son habilidades digitales? [En línea] [Citado el: 22 de 04 de 2024.] <https://www.euroinnova.edu.es/blog/que-son-habilidades-digitales>.
45. **OPS**. Diabetes. [En línea] OPS, 2023. [Citado el: 01 de 07 de 2023.] <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>.
46. **OMS**. Diabetes. *Datos y cifras*. [En línea] 05 de 04 de 2023. [Citado el: 04 de 07 de 2023.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
47. **AVS**. Indicadores de salud: enfermedades crónicas no transmisibles. *Tasa de mortalidad por diabetes georeferenciado*. [En línea] 06 de 02 de 2023. [Citado el: 08 de 06 de 2023.] <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-enfermedad-hipertensiva>.
48. **Minsalud**. Diabetes. [En línea] 2020. [Citado el: 15 de 06 de 2023.] <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Diabetes-minsalud.aspx>.
49. **OMS**. Nuevo Pacto Mundial de la OMS para acelerar la acción contra la diabetes. [En línea] 14 de 04 de 2024. [Citado el: 15 de 07 de 2023.] <https://www.who.int/news/item/14-04-2021-new-who-global-compact-to-speed-up-action-to-tackle-diabetes>.
50. —. Diabetes. Hechos clave. [En línea] 05 de 04 de 2023. [Citado el: 20 de 07 de 2023.] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
51. *Resolución número 8430 de 1993*. **Ministerio de Salud y Protección Social**. Bogotá : s.n., 1993.
52. *Derecho de la persona*. **Río, Lete del**. Madrid : s.n., 1986, pág. p24.
53. *Qualitative research sample dsing and sample size: Resolving and unresolved issues and inferential imperatives*. II, **Robert Trotter**. s.l. : Preventive medicine, 2012, Preventive medicine, Vol. 55, págs. 398-400.

Anexos

Anexo 1: Guion de entrevista para pacientes

Nombre del entrevistador:	
Nombre del entrevistado:	
EPS / IPS:	
Fecha de la entrevista:	Lugar de la entrevista:
Hora de inicio:	Hora de finalización:
<p><i>Buena tarde/día mi nombre es (nombre del entrevistador), hago parte del equipo de investigadores de la EPS, actualmente estamos realizando un proyecto de investigación acerca de la utilización o no de los programas de cuidado al paciente diabético y si este se ha desarrollado por medio de telemedicina y/o telesalud. Con esta entrevista estamos recolectando opiniones y puntos de vista de los usuarios de la EPS que pertenecen al grupo de pacientes con diabetes. Por esta razón, nos pusimos en contacto con usted, quien aceptó de forma voluntaria participar en el mismo. Por tal motivo, debo realizarle nuevamente la pregunta ¿está de acuerdo con participar en este proyecto?</i></p>	
<p><i>Esta entrevista dura un promedio de 45 minutos; puede ser más o puede ser menos, y toda la información que nos brinde será manejada bajo un principio de anonimidad. De igual forma y para no perder ningún comentario importante, la entrevista requiere que sea grabada, ¿está de acuerdo en que se lleve a cabo esta grabación?</i></p>	
<p><i>Para finalizar esta introducción y como último requisito, me remito a leerle rápidamente el consentimiento informado sobre el manejo de datos y me diga si usted está de acuerdo con el mismo: (leer consentimiento)</i></p>	

Módulos	Pacientes
Consulta general (res. 3280)	<ol style="list-style-type: none"> Desde el momento en que fue diagnosticado (a) con diabetes, ¿qué indicaciones ha recibido de los profesionales de salud? ¿Y cómo le ha ido con esas indicaciones? (el entrevistador guiará al participante para indagar sobre periodicidad de consultas y exámenes, servicios recibidos, satisfacción, profesionales que brindan atención). ¿Usted asiste a todas las citas con la periodicidad que le indica el profesional de la salud? ¿Por qué? (guiar al participante a manifestar por qué asiste o no a las consultas: falta de tiempo, de dinero, lejanía o, por el contrario, le gusta ir porque allá se encuentra con otras personas con el mismo diagnóstico). ¿Cómo le parece la atención que le brinda el personal de salud para el control de su enfermedad? Según sea el caso, ¿por qué? (indagar acerca de la percepción de los participantes sobre la atención que recibe en la consulta general).

<p>Programa de seguimiento a paciente diabético</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Tiene conocimiento si en su IPS hay un sitio o un programa especializado para el manejo de pacientes con diabetes? 2. ¿Cuáles son los profesionales que lo atienden en el programa? 3. ¿Prefiere usted que el manejo de la diabetes sea por medio de la atención que le brinda el personal de salud en la consulta general o la que le brinda el personal de salud encargado del programa de atención en diabetes? ¿Por qué? 4. ¿Cómo le ha ido en el programa de atención de pacientes diabéticos? 5. ¿Ha tenido dificultades para seguir las indicaciones que le dan los profesionales de la salud en el programa de seguimiento a pacientes con diabetes?
<p>Programa telemedicina / telesalud</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Ha recibido por parte de su EPS algún tipo de atención por telemedicina para el control de la diabetes? ¿A través de cuáles formas (MSM-WhatsApp, llamada) ha recibido esta atención? 2. ¿Cómo le ha parecido esta modalidad de atención? 3. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas que ha encontrado al utilizar esta modalidad de atención?

Módulos	Profesionales
<p>Consulta general (res. 3280)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desde su rol, ¿cuáles cree usted que son los desafíos que enfrentan los pacientes para controlar efectivamente la diabetes a través de la consulta que usted le brinda? 2. ¿Cuál es su nivel de satisfacción frente al manejo que se le da al paciente diabético en la consulta general? 3. Desde su rol, ¿cree usted que las herramientas con las que cuenta y las que le brinda la institución son suficientes para controlar la enfermedad de los pacientes y resolver o atender los desafíos que enfrentan para el control de su enfermedad? (herramientas: sitio físico, psicoeducativa, equipo de órganos, tensiómetro, báscula, glucómetro, etc.). 3. ¿Cómo cree usted que perciben los pacientes la atención que usted les brinda cuando los diagnostica con diabetes y cuando les hace seguimiento? ¿Cree que eso se debe a la educación que recibe el paciente sobre la enfermedad? 4. ¿Quiere comentar algo más sobre el manejo de la atención a pacientes diabéticos?
<p>Programa de seguimiento a paciente diabético</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo fue el proceso para que usted formara parte del grupo de profesionales del programa de seguimiento a pacientes diabéticos? ¿Cuáles han sido los principales retos para asumir este rol? ¿Cuál es su nivel de satisfacción frente a los resultados de los pacientes en el programa? 2. ¿Qué le mejoraría al programa de seguimiento a pacientes diabéticos? 3. ¿Qué profesionales de la salud hacen parte de este programa? 4. ¿Cree usted que el entrenamiento recibido por la institución para el manejo del paciente en el programa de seguimiento a diabéticos es adecuado? ¿Por qué? 5. ¿Conoce la estrategia "conoce tu riesgo, peso saludable"? Si la conoce ¿podría contar de qué se trata?
<p>Programa telemedicina / telesalud</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Usted utiliza herramientas de telesalud o telemedicina para hacer seguimiento a pacientes diabéticos? ¿Cuáles? 2. ¿Qué tipo de atención le gusta más desde su experiencia, presencial o a través de telemedicina/telesalud? ¿Por qué? 3. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas que ha encontrado al utilizar esta modalidad de atención? ¿Qué le mejoraría a este tipo de programas? 4. Desde su perspectiva, ¿el seguimiento de los pacientes a través de la herramienta de telesalud/ telemedicina ha permitido obtener los resultados esperados en la atención? ¿Por qué? 5. En su opinión, ¿usted considera que los pacientes tratados por telemedicina podrían ser adherentes al tratamiento en la misma medida en que lo son de forma presencial? ¿Por qué?

Anexo 2: Guion de entrevista para Talento Humano en Salud (THS)

Nombre del entrevistador:	
Nombre del entrevistado:	
EPS / IPS:	
Fecha de la entrevista:	Lugar de la entrevista:
Hora de inicio:	Hora de finalización:
<i>Buena tarde/día mi nombre es (nombre del entrevistador), hago parte del equipo de investigadores de la EPS. Esta entrevista dura un promedio de 30 a 45 minutos; puede ser más o puede ser menos, y toda la información que nos brinde será manejada bajo un principio de anonimidad. De igual forma y para no perder ningún comentario importante, la entrevista requiere que sea grabada, ¿está de acuerdo en que se lleve a cabo esta grabación? Actualmente estamos realizando un proyecto de investigación acerca de la utilización o no de los programas de cuidado al paciente diabético y si este se ha desarrollado por medio de telemedicina y/o telesalud. Con esta entrevista estamos recolectando opiniones y puntos de vista de los usuarios de la EPS que pertenecen al grupo de pacientes con diabetes y al talento humano involucrado en la ruta de atención. Por esta razón, nos pusimos en contacto con usted. Por tal motivo, debo realizarle nuevamente la pregunta ¿está de acuerdo con participar en este proyecto? Para finalizar esta introducción y como último requisito, me remito a leerle rápidamente el consentimiento informado sobre el manejo de datos y me diga si usted está de acuerdo con el mismo: (leer consentimiento)</i>	

Anexo 3: Guion de llamadas para pacientes

Nombre del entrevistador:
Nombre del entrevistado
EPS / IPS:
[Operador]: ¿Buenos días, se encuentra el Sr. o Sra. [nombre del paciente] disponible para hablar en este momento? Si el paciente está disponible: [Operador]: Excelente, muchas gracias. [Operador]: le habla [nombre del entrevistador y cargo], lo llamamos en nombre de (nombre de la EPS) por encontrarse dentro de los pacientes con diagnóstico de diabetes. Deseamos realizarle una invitación a participar en el estudio que busca comprender por qué los pacientes con diabetes utilizan o no los programas de cuidado al paciente diabético y/o de telesalud / telemedicina (TM) y por qué continúan o no con el seguimiento de dichos servicios disponibles en la EPS; todo lo anterior en aras de mejorar el servicio a sus usuarios. Si así lo desea, le comentaré muy brevemente de qué se trata el estudio y cómo nos podría colaborar en caso de que así lo desee. [Escucha activa]: Escuchar con atención y paciencia cualquier respuesta del paciente. [Operador: este es un estudio que está llevando la EPS en colaboración con Profamilia y Así Vamos en Salud], Para llevar a cabo el estudio, necesitamos realizarle una entrevista que demorará alrededor de 40 minutos a 1 hora, en su lugar de residencia si a usted le parece bien, o vía virtual. En la entrevista que se busca indagar sobre algunos puntos de vista acerca de su experiencia en el manejo de su enfermedad. ¿Hasta aquí, tiene alguna pregunta o inquietud que le gustaría abordar en este momento? [Escucha activa]: Escuchar las preguntas o inquietudes del paciente y responder de manera clara y comprensible. [Operador]: Por supuesto, Sr. o Sra. [nombre del paciente]: si tiene más preguntas o necesita más información, no dude en contactarnos al [número de contacto]. Estamos aquí para ayudarle en todo momento. [Operador]: Por último, quisiera confirmar si está interesado en colaborar con el estudio que acabo de comentarle. [Escucha activa]: Escuchar con atención y respeto cualquier respuesta del paciente. En caso de ser afirmativa la respuesta a la participación en el estudio: [Operador]: Sr. o Sra. [nombre del paciente]: estamos muy agradecidos por aceptar participar en esta investigación. Nos gustaría saber, de las siguientes opciones de tiempo (mencionar agenda de visitas) a usted para qué fecha le queda bien y en qué horario. ¿Está bien que lo (a) visitemos en su domicilio, que se haga de forma virtual o prefiere que nos encontremos en la sede de la IPS donde usualmente usted recibe su atención en salud?

[Escucha activa]: Escuchar con atención y respeto cualquier respuesta del paciente.

En caso de ser afirmativa la respuesta a la visita en el domicilio:

[Operador]: Sr. o Sra. [nombre del paciente]: nosotros tenemos registrada la siguiente dirección xxxxxx, ¿Es tan amable de confirmarme si es correcta?

[Escucha activa]: Escuchar con atención y respeto cualquier respuesta del paciente.

[Operador]: Sr. o Sra. [nombre del paciente]: le confirmo la dirección que me acaba de indicar [repetir la dirección indicada], [si no es así ajustar y repetir]. Recuerde, Sr. o Sra. [nombre del paciente]: Estaremos en su domicilio el día [recordar fecha pactada] a las [recordar hora], en la dirección de domicilio que usted me acaba de indicar. Para que nos identifique y nos permita ingresar con tranquilidad, nos presentaremos con el carnet perteneciente a Profamilia y nos encontraremos con un chaleco distintivo.

[Operador]: Para finalizar, una última pregunta, en aras de no ser indiscretos en caso de que se encuentre su familia al momento de la visita, ¿su familia conoce su diagnóstico de diabetes? En caso de que no sea de conocimiento de su núcleo familiar, ¿desea que continúe en reserva?

[Escucha activa]: Escuchar con atención y respeto cualquier respuesta del paciente

[Operador]: Muchas gracias por su tiempo, Sr. o Sra. [nombre del paciente]. Espero que tenga un buen día [o tarde/noche]. Recuerde que estamos aquí para cuidar de su salud.

En caso de que el paciente prefiera ser entrevistado en la sede de la IPS:

[Operador]: Sr. o Sra. [nombre del paciente]: entonces, su centro de atención es el siguiente xxxxxx. Tenemos disponibles las siguientes fechas y horas, ¿cuál de estas está bien para usted?

[Escucha activa]: Escuchar con atención y respeto cualquier respuesta del paciente.

[Operador]: Sr. o Sra. [nombre del paciente]: le confirmo el lugar y la dirección que me acaba de indicar [repetir la dirección indicada], [si no es así ajustar y repetir]. Recuerde Sr. o Sra. [nombre del paciente]: Estaremos el día [recordar fecha pactada] a las [recordar hora], en el sitio que usted me acaba de indicar. Para que nos identifique, nos presentaremos con el carnet perteneciente a Profamilia.

En caso de que el paciente prefiera ser entrevistado vía virtual:

[Operador]: Sr. o Sra. [nombre del paciente]: entonces, le parece bien si nos encontramos a través de la plataforma Meet? Le puedo enviar el link de conexión a través de su correo electrónico o por WhatsApp. Tenemos disponibles las siguientes fechas y horas, ¿cuál de estas está bien para usted?

[Escucha activa]: Escuchar con atención y respeto cualquier respuesta del paciente.

[Operador]: Sr. o Sra. [nombre del paciente]: Le confirmo la plataforma y la hora que me acaba de indicar [repetir las instrucciones], [si no es así ajustar y repetir]. Sr. o Sra. [nombre del paciente]: Estaremos el día [recordar fecha pactada] a las [recordar hora], en la plataforma acordada.

En caso de ser negativa la respuesta a la participación en el estudio:

[Operador]: Sr. o Sra. [nombre del paciente]: estamos muy agradecidos por aceptar escucharnos. Entendemos las razones que nos da para no participar en el estudio y le recordamos que si cambia de opinión, puede contactarnos al número [número de contacto]. Ha sido un placer dialogar con usted, esperamos que tenga un feliz día [o tarde/noche].

[Escucha activa]: Escuchar con atención y respeto cualquier respuesta del paciente.

Si el paciente no está disponible:

[Operador]: Entiendo que el (la) Sr. o Sra. [nombre del paciente] no está disponible en este momento. ¿Usted sabe en qué momento le puedo encontrar para brindarle una información que necesitamos comunicarle?

[Escucha activa]: Escuchar con atención y respeto cualquier respuesta del interlocutor.

[Operador]: Nos comunicaremos nuevamente en el horario que nos acaba de indicar, muchas gracias por su amable colaboración, espero que tenga un buen día [o tarde/noche].

Anexo 4: Consentimiento informado

Consentimiento informado

Usted está siendo invitado a participar en el estudio “TAKE-UP AND IMPACT OF TELEMEDICINE FOR CHRONIC DISEASE CARE DIABETES MELLITUS TIPO II EN COLOMBIA”

Este documento le proporciona la información necesaria para que usted participe voluntaria y libremente en el estudio liderado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Antes de dar su consentimiento, usted debe entender a profundidad el propósito de su decisión. Una vez que haya leído este documento y resuelto con el investigador las dudas, se le pedirá que firme este formato en señal de aceptación de participar.

Información general

La diabetes mellitus (DM), es una de las enfermedades que se presenta con mayor frecuencia en el mundo (4° lugar, después de enfermedades respiratorias, cáncer y enfermedades cardiovasculares) y que genera desenlaces fatales (2 millones de muertes en el mundo) o discapacitantes (principal causa de ceguera, insuficiencia renal, ataques cardíacos, derrames cerebrales y amputación de miembros inferiores) en gran proporción de la población que la padece, siendo estos resultados prevenibles con un adecuado seguimiento. Algunas Entidades Promotoras de Salud (EAPB) han contemplado la implementación de mecanismos como la telemedicina, para tener un contacto más oportuno en la atención y seguimiento a patologías como la diabetes. Se ha evidenciado que puede llegar a tener un impacto positivo la implementación de dichos mecanismos, pero se hace necesario entender y aprender de las experiencias exitosas y de las verdaderas necesidades de la población, para así mismo generar estándares de atención efectivos.

El proyecto planteado, considera que la percepción ciudadana acerca de la atención recibida y los medios que se utilizan para el mismo fin, tienen gran relevancia en la implementación de políticas de atención que conduzcan a un mayor bienestar de la población con diabetes mellitus. De igual forma, el diario vivir del personal sanitario o del personal que se encarga de la

logística administrativa en la atención y seguimiento de pacientes con diabetes mellitus, es fundamental para entender la articulación de los procesos en telemedicina.

El estudio consiste en una serie de entrevistas a los diferentes actores del sistema: pacientes, personal de salud, personal administrativo y/o directivo, quienes, por medio del relato de sus experiencias, guiado por una entrevista semiestructurada, la cual será recopilada en una grabación de voz, permitirá a los investigadores captar la totalidad de la entrevista para llegar a deducir al final del estudio, cuáles son los desafíos que enfrentan los pacientes para controlar su condición a través de programas de cuidado de pacientes diabéticos y/o telesalud / telemedicina de las EPS y su red de prestación. La grabación de voz de la entrevista será eliminada al finalizar el estudio.

Este proyecto se acoge a la ley 1581 de 2012 (Hábeas Data) que aplica para el tratamiento de datos personales. Se protegerá el nombre y la identificación de los sujetos que participen en el estudio. Solamente los investigadores principales tendrán acceso a los datos de este proyecto. Los documentos en físico serán salvaguardados por el Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud y entregados posteriormente al BID. Por ningún motivo se publicarán nombres ni documentos de los participantes de la investigación.

Usted tiene la posibilidad de conocer sus datos personales registrados en la base de datos del estudio, solicitar rectificación de estos y retirar su consentimiento para el tratamiento de datos en cualquier momento del estudio, excepto información obtenida del talleres o discusiones grupales. La información será analizada y diseminada a manera de grupo donde los participantes no serán identificables, el nombre de ellos no estará disponible en ningún momento.

El tiempo esperado para la entrevista es de aproximadamente 60 minutos, pero si se llegara a necesitar de mayor tiempo y se cuenta con la disponibilidad en las dos partes, se extenderá de acuerdo con las necesidades resultantes. Cabe resaltar que una vez finalice el estudio, se le informará acerca de su resultado.

Si usted tiene dudas acerca de su participación en este estudio, puede comunicarse con las siguientes personas: Nohora Benavidez, cel: 3026724406 / Cristian Acevedo

AUTORIZACIÓN

He comprendido las explicaciones que en un lenguaje claro y sencillo se me han brindado. El investigador me ha permitido expresar todas mis observaciones y ha aclarado todas las dudas y preguntas que he planteado respecto a los fines, métodos, ventajas e inconvenientes de participar en el estudio. Estoy informado (a) que puedo decidir participar o retirarme en cualquier momento de la investigación, sin que esto afecte de manera alguna el tratamiento médico actual que necesito. De igual forma, entiendo que participar en este estudio no tiene ningún costo económico y tampoco existe ninguna obligación financiera por hacer parte de este estudio.

He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas realizadas. Al firmar este documento, doy mi consentimiento voluntario para participar en el estudio *Factores y condiciones que llevan a los pacientes con diabetes mellitus tipo II a que utilicen o no los programas de atención de diabetes*

y/o los servicios de telemedicina/telesalud en Colombia en 2023 y realizar la grabación de audio de la entrevista, entendiendo que de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993 ("Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud") del Ministerio Nacional de Salud, esta investigación no representa ningún riesgo.

Datos personales

Acepto participar en el estudio <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Labora usted en el área de la salud <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
¿A qué EPS pertenece? <input type="radio"/> Sura <input type="radio"/> Sanitas <input type="radio"/> Coosalud <input type="radio"/> Compensar			
Fecha de autorización	<input type="text"/>		
Nombres y Apellidos completos	<input type="text"/>		
Tipo de documento <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Tarjeta de residencia <input type="radio"/> Otro			
Número de documento	<input type="text"/>	Número de contacto	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>		

Firma _____