

¿CONSULTA ASISTIDA O EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS? REFLEXIONES FRENTE A LA INNOVACIÓN EN MODELOS DE PRESTACIÓN

Ramón Abel Castaño Yepes¹

Resumen

El modelo de consulta asistida, en el que varios médicos generales apoyan a un especialista, ha sido criticado por ser de mala calidad y por exponer al médico general y al especialista a riesgos legales. Este modelo de prestación es claramente diferente al modelo basado en equipos interdisciplinarios, pues estos últimos mejoran el acceso, la calidad y la experiencia del paciente, al tiempo que disminuyen la sobrecarga de trabajo del especialista. Un equipo interdisciplinario se define como un grupo de profesionales de la salud, apoyados por técnicos y auxiliares, que actúa como equipo cohesionado, rinde cuentas por los resultados en salud de sus pacientes, y es responsable por un grupo definido de pacientes a lo largo del ciclo de atención relevante. La creciente escasez de oferta de especialistas obliga a innovar en modelos de prestación mediante reasignación de procesos, subprocesos, actividades o tareas, a individuos con formación diferente o más corta en comparación con la del médico especialista. No obstante sus efectos positivos, las regulaciones vigentes en Colombia hacen difícil desarrollar este tipo de innovaciones. Para superar las barreras regulatorias es necesario llevar a cabo pilotos demostrativos con adecuado seguimiento por parte de entidades de vigilancia y control e instituciones académicas. Este artículo tiene por objetivo señalar las diferencias entre el modelo de consulta asistida y el modelo basado en equipos interdisciplinarios. Frente a este último, define sus características estructurales y funcionales, justifica las innovaciones en este modelo, y propone estrategias para superar las barreras regulatorias a dichas innovaciones.

Palabras clave: *Task-shifting, task-sharing, reasignación de tareas, consulta asistida, equipos interdisciplinarios, pilotos demostrativos.*

¹ Médico, PhD en política y salud pública. Consultor independiente, Miembro Correspondiente Academia Nacional de Medicina de Colombia. Bogotá, Colombia.

¿ASSISTED CONSULTATION OR INTERDISCIPLINARY TEAMS? REFLECTIONS ABOUT INNOVATIONS IN MODELS OF CARE DELIVERY

Abstract

The model of assisted consultation, where several general physicians do the medical care while being supervised by one specialist, has been criticized for poor quality and exposing the general physician and the specialist to legal risks. This model of care delivery is clearly different to the model that is based on interdisciplinary teams, as the latter improves access, quality and patient experience, and at the same time reduce specialist's work overload. An interdisciplinary team is defined as a team of health care professionals, supported by technicians and auxiliaries, that works as a cohesive group, is held accountable for patient's health outcomes and is held responsible for a defined group of patients along the relevant cycle of care. The growing supply shortage of specialists makes it necessary to innovate on models of care delivery through reallocating processes, subprocesses, activities and tasks to individuals with different or shorter training as compared to that of the specialist physician. In spite of its positive effects, current regulations in Colombia make this type of innovations difficult to develop. In order to overcome regulatory barriers, it is necessary to carry out demonstration pilots studies with adequate follow-up by overseeing entities and academic institutions. The objective of this article is to point out the differences between the model of assisted consultation and the model that is based on interdisciplinary teams. Regarding the latter, the article defines its structural and functional characteristics, justifies innovations in the model, and proposes strategies to overcome regulatory barriers to such innovations.

Keywords: *Task-shifting, task-sharing, reassignment of tasks, assisted consultation, interdisciplinary teams, demonstration pilots.*

Introducción

El modelo de consulta asistida o consulta en espejo, consiste en que un médico especialista se apoya en uno o varios médicos generales para realizar consultas simultáneas. El médico general recibe al paciente, realiza el interrogatorio y el examen físico siguiendo lineamientos establecidos por el especialista; luego el especialista recibe el informe del médico general so-

bre el paciente y toma la conducta del caso, la cual es ejecutada por el médico general y consignada en la historia clínica.

El Colegio Médico de Bogotá y Cundinamarca y la Federación Médica Colombiana han criticado este modelo con diversos argumentos (1). De esta crítica se puede entender que, aunque esta modalidad de consulta es una manera de multiplicar el alcance de especia-

listas cuya oferta es escasa y reducir así demoras en el acceso a estos, también puede ser usada obedeciendo simplemente al interés del especialista o de la IPS por facturar un mayor número de consultas sin incrementar los costos en la misma proporción, obteniendo así mayores excedentes operativos.

También se puede entender desde esta crítica que, desde el punto de vista del asegurador, es claro que, si este paga por una consulta de especialista, el paciente debería ser visto por un especialista y no por un médico general. Desde el punto de vista del paciente, también es claro que, si está esperando que lo vea un especialista, quedará frustrado porque lo vio un médico general y solo tuvo un contacto breve con el especialista.

Incluso desde el punto de vista de la responsabilidad médica, la crítica citada lleva a concluir que esta modalidad de consulta genera una indefinición porque si quien atiende al paciente es un médico general pero quien toma la decisión es el especialista, cuando ocurre un daño como consecuencia de un error médico, ambos serán responsables en el ámbito penal, civil y disciplinario. Adicionalmente, la figura de “médico experto” que ha emergido para diferenciar al médico general con un nivel mayor de competencia en un área determinada, no existe en el marco regulatorio actual.

Las críticas a este modelo de consulta son completamente justificadas y ciertamente deben mirarse con lupa con el fin de: 1) minimizar los riesgos de seguridad para el paciente y los riesgos legales para los médicos que participan en este, pero 2) permitir que se reduzcan los tiempos de espera en aquellas especialidades en las que hay escasez de oferta; y 3) separar claramente modelos de consulta basados en equipos interdisciplinarios, altamente efectivos, de aquellos en los que se busca un fin meramente monetario en detrimento de la calidad.

Sin embargo, una modalidad de consulta que es aparentemente similar pero radicalmente diferente en

sus efectos para el paciente, es la consulta basada en equipos interdisciplinarios. Este artículo de reflexión tiene por objetivo señalar las diferencias entre estos dos modelos de prestación, y justificar el desarrollo de modelos basados en equipos interdisciplinarios como una estrategia para aliviar el problema de la escasez de especialistas y para mejorar la calidad. Pero este desarrollo implica innovar en la forma como se estructuran y operan los modelos de consulta, por lo cual se plantean las barreras para dicha innovación y alternativas para superarlas.

El debate global sobre la crisis de los recursos humanos en salud

En el debate global sobre los recursos humanos en salud hay un tema que cobra cada vez más fuerza y es el cómo resolver el reto de la escasez de recurso humano calificado para enfrentar la epidemia creciente de enfermedades crónicas no transmisibles y el envejecimiento poblacional, tanto en países de ingreso medio y bajo (2) como en países de ingreso alto (3). Adicionalmente, hay evidencia también creciente de los efectos que la sobrecarga de trabajo está teniendo sobre los médicos, tanto en términos del síndrome de *burnout*, como en términos de mayores tasas de suicidio, hechos que han generado alerta sobre una crisis global del *burnout* médico (4).

La escasez de recurso humano médico y la sobrecarga del médico sugieren que la solución no es graduar más médicos especialistas sino transferir y/o compartir procesos, sub-procesos, actividades y tareas con categorías ocupacionales de menor especialización y menor tiempo de entrenamiento. Esta transferencia y compartimiento de tareas se conoce como *task-shifting* y *task-sharing*. Las otras categorías ocupacionales a las que se refiere el debate incluyen no solamente a médicos generales, sino a otros profesionales no médicos, a técnicos, a tecnólogos y a auxiliares.

En países de ingreso bajo este es un reto enorme, pues la disponibilidad de médicos especialistas es muy baja y se hace necesario entrenar técnicos y auxiliares en las comunidades para realizar tareas estandarizables y reasignables, lo que ha venido promoviendo la Organización Mundial de la Salud en especial en las áreas de atención materno-infantil (5) y en VIH-SIDA (6) y en particular con el fortalecimiento de los trabajadores de salud comunitarios. También son ampliamente divulgadas las experiencias de hospitales en India, que llevan esta reasignación de tareas hasta el extremo de crear nuevas categorías ocupacionales que solo realizan una parte muy específica de un proceso quirúrgico. El caso de la cirugía de cataratas es bien conocido, y en este proceso participan múltiples categorías ocupacionales no médicas, que ejecutan tareas altamente estandarizadas, mientras el oftalmólogo ejecuta solamente aquellas tareas que no puede hacer nadie más (7).

En países de alto ingreso también se ha recurrido a esta estrategia para superar la crisis del recurso humano en salud. No en vano, Jack Cochran (ex director ejecutivo de la Federación Médica de Kaiser Permanente) y Charles Kenney señalan, refiriéndose al sistema de salud de los Estados Unidos, que “El nuevo camino para la atención al paciente nos lleva a un sitio donde la redistribución del trabajo significa que los médicos se concentran en las tareas que solo ellos están capacitados y entrenados para realizar, y hacen poco o nada del trabajo que otros están capacitados o entrenados para hacer” (8).

Las definiciones de los conceptos de *task-shifting* y *task-sharing* no son tan precisas como parecen. De hecho, el primer concepto que se generalizó en los primeros años del siglo XXI fue el de *task-shifting* para referirse a la práctica de delegar tareas, que era muy común desde mucho antes, tanto en países de ingreso bajo y medio (por ejemplo, la atención del parto por parteras tradicionales o la vacunación por auxiliares de vacunación), como de ingreso alto (por ejemplo, la atención del parto por parteras profesionales o la insulinización

de pacientes diabéticos por profesionales de farmacia). En su documento clave de 2008, la OMS define *task-shifting* como “El proceso mediante el cual tareas específicas son trasladadas, cuando es adecuado, a trabajadores de la salud con entrenamiento más corto y menos competencias” (6).

Sin embargo, algunos han criticado esta definición por tener una connotación jerárquica, pues da la idea de una categoría ocupacional superior que delega tareas a otras categorías inferiores. Otros han criticado esta definición porque da la idea de que una tarea es reasignada completamente de una categoría ocupacional a otra, de tal manera que la primera ya no la seguirá ejecutando. Para evitar estas dos connotaciones el concepto de *task-shifting* ha ido evolucionando hacia el concepto de *task-sharing*, para dar a entender que otras categorías ocupacionales también pueden ejecutar tareas que tradicionalmente son ejecutadas por una categoría dada (9). Más aún, la misma OMS señala en 2017 que ambos conceptos reflejan la misma intención: “... incluir categorías ocupacionales que normalmente no tienen competencias para tareas específicas, para que las ejecuten y mejorar así los niveles de acceso a la salud” (10).

Por su parte, la Asociación Médica Mundial, preocupada por el avance de la práctica de reasignar tareas a personal no médico, se suma a este debate en 2009 en una declaración en la que define *task-shifting* como: “... la situación en la que una tarea que es normalmente ejecutada por un médico, es transferida a un profesional de la salud con educación diferente o de más bajo nivel o a una persona específicamente entrenada para solamente ejecutar una tarea limitada, sin haber tenido educación formal en salud.” Esta definición fue incluida nuevamente en una resolución de 2019, en la que ratifica el contenido de la declaración original de 2009 (11).

En la declaración de la Asociación Médica Mundial hay varios elementos clave a resaltar: 1) la reasigna-

ción de tareas está justificada en contextos donde, por la ausencia de médicos, la alternativa es no brindar ningún tipo de atención; 2) dondequiera que se establezca esta estrategia con una perspectiva de mediano o largo plazo, debe planearse de manera que sea sostenible y le apunte al mejoramiento de las habilidades del personal no-médico; 3) cualquier desarrollo en materia de reasignación de tareas debe ser concebido desde la perspectiva del mejoramiento de la calidad.

De hecho, la evidencia creciente sobre la reasignación de tareas a personal no médico muestra que, no solo no hay un impacto negativo en la calidad, sino que esta mejora. Una revisión sistemática y meta-análisis de Anand *et al*, muestra que, en países de ingreso bajo y medio, los trabajadores de salud comunitarios con entrenamiento para manejar hipertensión arterial pueden obtener mejores resultados en presión arterial sistólica y diastólica (12). Otro ejercicio similar llevado a cabo por Callaghan *et al* (13) para HIV en África subsahariana muestra que la atención por personal no médico es de alta calidad y costo-efectiva, y permite cubrir más pacientes que con un modelo centrado en el médico.

En países de ingreso alto también se ha encontrado que reasignar tareas a trabajadores de nivel medio no afecta la calidad, según lo muestra la revisión sistemática y meta-análisis de Lassi *et al* (14). Por último, una revisión de Cochrane muestra que, cuando algunos roles en los procesos de atención son enteramente reasignados a enfermeras, los desenlaces clínicos no son diferentes pero los pacientes reportan más satisfacción, pues perciben que la enfermera les dedica más tiempo (15).

Esto no implica que se pueda generalizar en cuanto a que cualquier tarea se puede reasignar a personal no médico y se obtendrán efectos positivos. Desde luego, dependiendo de la naturaleza, complejidad y estandarizabilidad de la tarea, algunas tareas son más suscep-

tibles de ser reasignadas mientras que otras no lo son. Los efectos positivos serán más probables en las primeras, mientras que las segundas implicarán mayores riesgos para el paciente entre más complejas y menos estandarizables sean.

Equipos interdisciplinarios: una propuesta conceptual

La consulta asistida en la modalidad que critican el Colegio Médico de Cundinamarca y la Federación Médica Colombiana, no es la única manera, ni mucho menos la más eficiente, para multiplicar el alcance del especialista o para reducir los tiempos de espera, menos aún si se tienen en cuenta los efectos negativos sobre la calidad, que mencionan estas dos organizaciones en su crítica.

Un enfoque más adecuado es el de los modelos basados en equipos interdisciplinarios (EID). Este modelo puede resultar altamente efectivo en la gestión de condiciones crónicas (16), y, a manera de propuesta taxonómica, se podría definir así:

Un grupo de profesionales de la salud, apoyados por técnicos y auxiliares, que actúa como equipo cohesionado, rinde cuentas por los resultados en salud de sus pacientes, y es responsable por un grupo definido de pacientes a lo largo del ciclo de atención relevante.

De hecho, la misma declaración de la Asociación Médica Mundial señala que el estándar de oro en la organización de la práctica médica es la práctica colaborativa o un enfoque de trabajo en equipo, basado en "...equipos interactivos de salud que se apoyan mutuamente, coordinados por un médico, en los que cada miembro puede hacer su contribución específica a la atención que se está prestando" (11). Es necesario entonces hacer una clara diferencia entre los modelos de consulta asistida que son objeto de justificadas críticas, y los modelos basados en EID.

En circunstancias ideales, estos EID deben estar liderados por un especialista de la condición médica relevante, por ejemplo, un reumatólogo en un programa de artritis reumatoide, o un neumólogo en un programa de EPOC. En los servicios de baja complejidad ambulatoria estos EID podrían estar liderados por especialistas en medicina familiar, con la misma lógica de reasignación de roles y responsabilidades.

El especialista líder del EID es apoyado por un equipo de dos a cuatro médicos generales, que interactúan permanentemente con aquél y que realizan la consulta de seguimiento a los pacientes con una clara delimitación de roles y responsabilidades, en la cual se reasignan aquellos procesos, subprocesos, actividades y tareas que el mismo especialista considere que puedan ser reasignados sin poner en riesgo de seguridad al paciente ni en riesgo legal al médico general.

En los EID la primera fuente de contacto del paciente es el médico general, tanto para los contactos programados (consultas de seguimiento, revisión de pruebas diagnósticas, reformulación de medicamentos) como para los no programados cuando surgen necesidades o imprevistos que se pueden resolver sin que el paciente tenga que acudir a un servicio de urgencias.

La reasignación de roles y responsabilidades ocurre en dos ejes diferentes desde el punto de vista de la severidad y riesgo del paciente: 1) un eje basal y 2) un eje dinámico. En el primer eje se estratifican los pacientes por su nivel de morbilidad y riesgo, y aquellos más complejos son vistos directamente por el especialista o solo pocas acciones se reasignan al médico general, a profesiones no médicas (entre estas se incluyen, por ejemplo, enfermería, química farmacéutica, terapia física, terapia ocupacional, psicología), o a técnicos y auxiliares, según la naturaleza de la tarea. El resto de pacientes de menor riesgo o menor complejidad son seguidos por el médico general o por profesiones no médicas, según sea necesario y adecuado.

En el eje dinámico el paciente pasa del médico general al especialista en la medida que el médico general enfrente decisiones rodeadas de alta incertidumbre, o pasa del especialista al general cuando se haya estabilizado o su seguimiento implique baja incertidumbre. Este eje dinámico, como su nombre lo indica, puede ocurrir en una sola consulta o en períodos de tiempo de días, semanas o meses. Sin embargo, dado que el médico general es el contacto directo y permanente del paciente, debe conservar este rol para poder reasumirlo en mayor extensión una vez el especialista considere que dicho paciente puede continuar siendo visto por el médico general.

Un elemento muy importante de estos EID es que los pacientes acuden siempre al mismo médico general, de tal manera que se forja una relación médico-paciente de largo plazo. Este es un elemento crítico para lograr una mayor efectividad del modelo, porque al existir esta relación de largo plazo se mejora sustancialmente la resolutivez del médico general, quien, al conocer mejor su paciente podrá solucionarle necesidades incluso mediante contactos no presenciales. Por su parte, el especialista es el soporte técnico del médico general y aunque tiene menos contacto directo con el paciente, está presente en parte de la consulta y le genera al paciente la confianza en cuanto a que su médico general sigue sus directrices y cualquier duda le será resuelta inmediatamente.

Este elemento del modelo de EID es muy relevante desde el punto de vista de la experiencia del paciente, pues al contar con una fuente de contacto regular en el mediano y largo plazo se establece un vínculo que se acerca mucho más al referente ideal de la relación médico-paciente. Para los pacientes con condiciones crónicas y con multimorbilidad esto es aún más importante, pues los múltiples contactos con especialistas diversos y desconectados entre sí, solamente aumentan la confusión y de paso los riesgos de conductas médicas equivocadas que aumentan las probabilidades de complicaciones evitables.

Desde el punto de vista del médico también hay efectos positivos del modelo de EID. Al contar con un equipo de apoyo estable, el médico gana confianza en sus coequiperos y los niveles de reasignación de roles y responsabilidades son mayores, con lo cual disminuye su propia carga de trabajo y al mismo tiempo se reduce el riesgo de *burnout* (17). Más aún, el saber que en un modelo de EID sus pacientes están mejor cuidados y que sus resultados en salud y satisfacción con el proceso de atención serán mejores, lleva a un mayor nivel de satisfacción con la práctica clínica.

Otro efecto positivo para el ejercicio profesional del especialista en el modelo de EID es que, al reasignar procesos, subprocesos, actividades o tareas, su tiempo también se reasigna pero hacia las más complejas. Esto se refiere no solamente a los pacientes más complejos, como se señaló arriba, sino a procesos tales como la definición y actualización de guías de práctica clínica, análisis de la información para la toma de decisiones, y rediseño del modelo de prestación. En términos de Bohmer (18), el médico substituye progresivamente su tiempo de atención directa al paciente con tres nuevos roles: 1) el de arquitecto del sistema operativo (el modelo de prestación), 2) el de gestor de este sistema operativo, y 3) el de líder del mejoramiento del sistema operativo.

Mecanismos de pago y modelos basados en EID

Parte de la crítica a los modelos de consulta asistida puede leerse a través de la lente de los mecanismos de pago. En el modelo de pago por servicio (mal llamado “pago por evento”), cada consulta a especialista se paga por separado, y usualmente sin ninguna conexión con el resto de prestaciones que conforman el ciclo de atención de una condición médica. Los incentivos inherentes al pago por servicio llevan a que el especialista responda realizando más consultas, pues cada consulta le genera un ingreso (19). Esto se puede

hacer de manera correcta sin afectar la calidad, pero cuando se recurre a modelos que simplemente buscan aumentar ingresos y bajar costos sin importar la calidad, sobra decir que no hay justificación alguna para esto. Pero aún si se hiciera con sujeción a los estándares de lo que es una consulta, este modelo de contactos aislados del resto del ciclo de atención contribuye de manera limitada a la generación de mejores resultados en salud para el paciente.

En los mecanismos de pago prospectivos, el incentivo es opuesto al del pago por servicio. En los pagos prospectivos se establece por anticipado el valor esperado de un conjunto de atenciones y el prestador asume parcial o totalmente el riesgo financiero de excederse en los costos de atención. En este caso el prestador podría caer en la tentación de entregar el manejo de sus pacientes a médicos generales, con el fin de bajar costos sin importar la calidad.

Tanto en la modalidad de pago por servicio como en las modalidades de pagos prospectivos, es necesario monitorizar cuidadosamente los indicadores de calidad que pudiesen resultar afectados por una respuesta inadecuada del prestador a los incentivos inherentes a estas modalidades de pago. Para ello se pueden utilizar incentivos monetarios o no monetarios ligados a indicadores de resultado (por ejemplo, valores de HbA1c en un programa de diabetes), de proceso (por ejemplo, tiempo transcurrido entre el momento en que el paciente quiere ser visto y la fecha de la cita asignada), e indicadores de satisfacción del usuario como, por ejemplo, el índice “Net Promoter Score” o NPS (20).

Barreras para la innovación en modelos de prestación

La frontera entre un modelo simple de consulta asistida de mala calidad y un modelo sofisticado de EID de alta calidad, es borrosa. Sin embargo, ello no es razón para que, en aras de asegurar una mejor calidad de la

atención, se termine proscribiendo el segundo por acabar con las versiones perversas del primero. Para evitar este error es necesario que se regulen las características de estructura y de proceso que permitan diferenciar los modelos simples y perversos de los modelos de EID efectivos.

Pero también es claro que no se debe llegar a un extremo prescriptivo tal que se impida la innovación y la flexibilidad para ajustar estos modelos a las características específicas de la condición médica, del paciente o del contexto en el que se realiza la atención. En estos tiempos de calentura del debate entre regulación e innovación incitado por el fenómeno de Uber, es necesario regular para proteger a los pacientes, pero al mismo tiempo mantener la puerta abierta para la innovación, pues solo por medio de esta se podrá llegar a soluciones capaces de generar mejores resultados en salud para el paciente.

Para entender la relevancia de estas barreras, es útil hacer la analogía con el proceso de investigación y desarrollo de tecnologías en salud. La investigación y desarrollo en ciencias de la salud usualmente tiene lugar en tres etapas: básica, preclínica y clínica. Una vez se determina que un nuevo producto es eficaz y seguro, debe pasar por el filtro regulatorio que le da su salida al mercado. Cuando el producto sale al mercado requiere un vehículo que permita su efectiva llegada hasta los pacientes que lo necesitan y los médicos que lo prescriben, es decir, un modelo de prestación en el cual el producto despliega sus bondades de manera óptima.

En contraste, en la evolución de los modelos de prestación de servicios de salud no se sigue esta lógica, pues estos modelos no evolucionan mediante estudios aleatorizados controlados, sino de manera *ad-hoc* de acuerdo con las circunstancias de tiempo, modo y lugar que enfrentan los servicios de salud. En algunos casos esta evolución es dirigida por el Estado, mientras en otros casos emerge por iniciativas privadas que buscan res-

ponder mejor a las necesidades, expectativas y preferencias de los pacientes.

Las iniciativas privadas pueden resultar siendo muy agresivas en su esfuerzo por innovar o simplemente en su esfuerzo por obtener mayores ingresos sin importar la calidad, por lo cual el Estado debe regular las condiciones de calidad en el sector prestador mediante estándares de habilitación. En cuanto al recurso humano también existen regulaciones de entrada y permanencia que definen las categorías ocupacionales, y en algunos casos sus competencias, roles y responsabilidades.

Pero una consecuencia inevitable de estas normas básicas es que se convierten en una barrera para la innovación en modelos de prestación. Como la innovación en modelos de prestación usualmente implica adoptar nuevas tecnologías, desarrollar nuevas estructuras y procesos, y redefinir competencias, roles y responsabilidades, es apenas lógico que las normas vigentes se vuelvan un impedimento para la innovación. En algunos casos las normas finalmente terminan evolucionando para permitir las innovaciones, pero esta evolución es mucho más reactiva y tardía en comparación con las posibilidades que las innovaciones en modelos de prestación ofrecen en cuanto a propiciar una evolución mucho más rápida del sector.

Cabe anotar sin embargo, que el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 abre el espacio para la innovación en modelos de prestación y reconoce en la página 21 que la rigidez de las regulaciones vigentes puede ser un obstáculo para este tipo de innovaciones (21). Este documento recomienda explícitamente en la página 29: “Incrementar el número de proyectos que Colciencias financia en temas relacionados con nanotecnología, sistemas organizativos y salud mental, con el objetivo de incentivar la innovación en el sector salud.” El tema de sistemas organizativos es el que se refiere a innovaciones en modelos de prestación.

Por su parte, la Misión de Sabios en su Foco Ciencias de la Vida y de la Salud plantea que “El enfoque de la política de CTI no solo debe centrarse en las innovaciones o productividad del sistema, sino sobre todo en el uso del conocimiento para lograr transformaciones reales en los sistemas sociales” (22). Las innovaciones en modelos de prestación son caminos concretos que hacen posible que el conocimiento científico efectivamente se convierta en soluciones para las personas mediante transformaciones profundas del sistema de prestación de servicios de salud.

¿Cómo superar las barreras regulatorias para hacer posible la innovación? Volviendo al símil de la investigación y desarrollo de tecnologías en salud, es útil plantear el desarrollo de modelos de prestación innovadores bajo la misma lógica de los métodos empíricos, para estar seguros de que las nuevas características de un modelo innovador al menos no afecten negativamente la calidad. Ahora bien, en la investigación de modelos innovadores no se puede crear un número suficiente de observaciones que permita reducir el error tipo I y tipo II. Aún si hubiera un número suficiente, con frecuencia resulta difícil aleatorizar entre grupo de intervención y de control y evitar el sesgo de observación puesto que la intervención no se puede ocultar al investigador ni al prestador. Adicionalmente, los modelos de prestación no son una intervención homogénea que se replica de un contexto a otro, como sucede cuando se pone a prueba un medicamento en un ensayo clínico. En este caso se trata de una molécula que siempre es la misma, mientras que en el caso de los modelos de prestación, estos muestran mucha heterogeneidad en variables clave que impactan el resultado.

Por estas razones metodológicas, es mucho más adecuada la metodología de estudio de caso, combinando métodos cuantitativos y cualitativos que permitan probar, caso por caso, qué funciona y qué no funciona (23). Si bien se puede tratar de una sola unidad de análisis (un modelo de prestación en una IPS), se pueden

utilizar métodos cuantitativos para medir diferencias en indicadores de proceso y de resultado en salud antes y después de la adopción del nuevo modelo. Estos estudios también se pueden realizar entre varias unidades de análisis que adopten modelos similares, y seleccionar unidades de control para estimar diferencias en diferencias.

Para hacer posible la realización de estos estudios de caso sin que se constituyan en una violación a las normas de habilitación y de recursos humanos, es necesario entonces realizar pilotos demostrativos que cuenten con un adecuado seguimiento por parte de entidades de vigilancia y control y por parte de instituciones académicas. Estos pilotos demostrativos deben estar regidos por un diseño detallado del modelo de prestación y en aquellos elementos que estén por fuera de las normas actuales, se deben definir con mayor detalle las condiciones de tiempo, modo y lugar en que se ejecutarán. Una vez finalizado el período en el que se espera probar los efectos de aquello que se pone a prueba, se debe llevar a cabo un análisis con el mayor rigor científico posible, teniendo en cuenta las limitaciones descritas anteriormente.

Cabe señalar, sin embargo, que en el actual marco regulatorio de Colombia existe la figura de equipos interdisciplinarios, específicamente en la resolución 3495 de 2019, con el código CUPS 89.0.2.15, que corresponde a “consulta de primera vez por equipo interdisciplinario” y el 89.0.3.15 que corresponde a “consulta integral de control o de seguimiento por equipo interdisciplinario”. Esto haría pensar que la figura de equipos interdisciplinarios ya existe y no necesita ser regulada. Sin embargo, los planteamientos del Colegio Médico de Bogotá y Cundinamarca y la Federación Médica Colombiana son un llamado a una delimitación más precisa para evitar que aquellas variaciones extremas del modelo de consulta asistida que son de mala calidad, sean presentadas como un modelo de equipos interdisciplinarios.

Regulaciones en recursos humanos

Los pilotos demostrativos tendrían un gran efecto dinamizador de las innovaciones en modelos de prestación, y permitirían un avance más rápido de la normatividad sin aumentar los riesgos de seguridad para los pacientes. Pero en el área de recursos humanos también se pueden llevar a cabo avances regulatorios sin que necesariamente tengan que estar precedidos de pilotos demostrativos.

Un ejemplo reciente es el de los trabajadores de salud comunitarios, que algunos llaman “promotores de salud”, “gestores comunitarios”, entre otras denominaciones. Este grupo está conformado por personas cuya formación usualmente no sobrepasa el nivel de secundaria incompleta, que se forman en un corto tiempo en actividades y tareas de nivel auxiliar. Los trabajadores de salud comunitarios han sido propuestos como una estrategia para expandir el acceso a la atención en salud en países de ingreso medio y bajo, para lograr la cobertura universal y los objetivos de desarrollo sostenible (24).

Sin embargo, a diferencia de los tradicionales promotores de salud que han existido por décadas, estos trabajadores de salud comunitarios podrían asumir nuevos roles en la comunidad, tales como aplicar pruebas diagnósticas en punto de atención (*point-of-care tests*), o aplicar protocolos diagnósticos para orientar pacientes. Más aún, no solamente deberían operar como sustituto de profesionales allí donde estos no llegan, sino también como complemento de ellos.

Para el caso específico de enfermedades crónicas, los trabajadores de salud comunitarios pueden desempeñar roles clave expandiendo el alcance de los médicos y enfermeras al contexto comunitario y del hogar del paciente, facilitando así a los profesionales que puedan atender pacientes reasignando tareas (6) y reduciendo la necesidad de contactos presenciales (25). Para el caso de salud mental, hay evidencia muy clara sobre

la efectividad de trabajadores de salud comunitarios entrenados en manejar depresión moderada o severa (26) y consumo de alcohol (27).

Estos trabajadores comunitarios existen hoy en Colombia y hacen parte de las acciones de algunas empresas prestadoras de salud (EPS) (principalmente en el Régimen Subsidiado), y de algunos municipios y distritos para implementar la estrategia de atención primaria. No obstante, estos trabajadores no están incorporados a los EID intramurales, sino que siguen los lineamientos de la EPS o del ente territorial según el caso. Esta es una oportunidad perdida para los programas de gestión de condiciones crónicas, pues se podrían beneficiar muchísimo si pudieran tener trabajadores comunitarios como miembros del EID actuando como extensores de los profesionales de la salud en la comunidad. Adicionalmente, en Colombia han existido desde hace varias décadas los programas de promotores de salud, vacunadores y partes tradicionales, y la estandarización y la transferencia y compartimiento de tareas en programas como el de crecimiento y desarrollo y enfermedad respiratoria aguda.

El caso de los trabajadores de salud comunitarios y las posibilidades que ofrecen para desarrollar modelos innovadores, sirve para ilustrar las innumerables oportunidades para mejorar la eficiencia y la efectividad de los modelos de prestación en lo concerniente a recursos humanos. Estas oportunidades se pueden materializar con normas que definan los perfiles ocupacionales, los roles y responsabilidades, las líneas de rendición de cuentas, los programas de educación y formación, y los mecanismos de certificación y recertificación. Y dichas normas no necesariamente deben estar precedidas de pilotos demostrativos, menos aún cuando hay evidencia de efectividad y de eficiencia.

Conclusión

La reasignación de tareas desde el médico especialista hacia el médico general o hacia otros profesionales no

médicos, técnicos y auxiliares, abre un amplio espectro de opciones para la innovación en modelos de prestación y para superar la escasez de médicos especialistas, mejorar el acceso de los pacientes a la atención médica y mejorar la calidad. Sin embargo, también abre la posibilidad de crear modelos de prestación de mala calidad y que afectan al paciente. Para separar los primeros de los segundos es necesario establecer regulaciones, pero como esto también conlleva el riesgo de impedir la innovación, se debe formalizar el desarrollo de experiencias piloto demostrativas para hacer evolucionar rápidamente el marco normativo y generar las necesarias innovaciones en modelos de prestación que permitan generar mejores resultados en salud por cada peso utilizado.

Conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés.

Agradecimientos

A la Dra. Clemencia Mayorga por la discusión que originó este trabajo y la revisión de un borrador. A los dos revisores anónimos de la Revista Medicina. Sin embargo, la responsabilidad por el contenido de este trabajo recae exclusivamente sobre el autor.

Referencias

1. Junta Directiva del Colegio Médico de Bogotá y Cundinamarca de la Federación Médica Colombiana. La modalidad de la consulta asistida, multiconsulta o consulta espejo en qué consiste y qué hacer. *Epicrisis*. [Internet]. 2019 [consultado 11 de Mayo de 2019]. Disponible en: https://epicrisis.org/2020/01/06/la-modalidad-de-la-consulta-asistida-multiconsulta-o-consulta-espejo-en-que-consiste-y-que-hacer/amp/?__twitter_impression=true.
2. World Health Organization. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Geneva. World Health Organization; 2016.
3. Scheffler RM, Arnold DR. Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: what looms ahead. *Front Health Policy Res*. 2019;14(2):274-90.
4. Lancet. Physician burnout: a global crisis. *Lancet*. 2019;394(10193):93.
5. World Health Organization. *WHO Recommendations for Optimizing Health Worker Roles to Improve Access to Key Maternal and Newborn Health Interventions Through Task Shifting*. Geneva. World Health Organization; 2012.
6. World Health Organization. *Task Shifting: Rational Redistribution of Tasks among Health Workforce Teams. Global Recommendations and Guidelines*. Geneva. World Health Organization; 2008.
7. Govindarajan V, Ramamurti R. *Reverse Innovation in Health Care*. Boston. Harvard Business Review Press; 2018.
8. Cochran J, Kenney C. *The Doctor Crisis. How Physicians can, and Must, Lead the Way to Better Health Care*. New York. Public Affairs; 2014.
9. Schaefer L. Task sharing implant insertion by community health workers: not just can it work, but how might it work practically and with impact in the real world. *Global Health Science and Practice*. 2015;3(3):327-29.
10. World Health Organization. *Task Sharing to Improve Access to Family Planning/Contraception*. [Internet]. Geneva. World Health Organization; 2017 [consultado 11 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259633/WHO-RHR-17.20-eng.pdf?sequence=1>.
11. World Medical Association. *WMA Resolution on Task Shifting from the Medical Profession*. [Internet] World Medical Association; 2019 [consultado 11 de mayo de 2019] Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-task-shifting-from-the-medical-profession/>
12. Anand TL, Joseph LM, Geetah AV, Prabhakaran D, Jee-mon P. Task sharing with non-physician health-care workers for management of blood pressure in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*. 2019;7: e761-71.
13. Callaghan M, Ford N, Schneider H. A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. *Hum Resour Health*. [Internet] 2010 [consultado 11 de mayo de 2019];8(8). Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/8/1/8>.
14. Lassi ZS, Cometto G, Huicho L, Bhutta ZA. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *Bulletin World Health Organization*. 2013;91:824-833.
15. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care (Review). *Cochrane Database Systematic Reviews* [Internet]. 2018 [consultado 11 de mayo de 2019]; 7(CD001271). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858>.

- 424CD001271.pub3/pdf/CDSR/CD001271/CD001271_abstract.pdf
16. Körner M, Bütof S, Müller C, Zimmermann L, Becker S, Bengel J. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*. 2016;30(1):15-28.
 17. Bodenheimer T. Anatomy and physiology of primary care teams. *JAMA Internal Medicine*. 2019;179(1):61-2.
 18. Bohmer R. *Designing Care*. Boston. Harvard Business Press; 2009.
 19. Castaño RA. *Mecanismos de Pago en Salud: Anatomía, Fisiología y Fisiopatología*. Bogotá. ECOE Ediciones; 2014.
 20. What is Net Promoter? [Internet]. Net Promoter Network. 2019 [consultado 11 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.netpromoter.com/know>
 21. Departamento Nacional de Planeación. *Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022*. Bogotá. Departamento Nacional de Planeación; 2019.
 22. Misión Internacional de Sabios. *Colombia Hacia una Sociedad del Conocimiento*. Bogotá; 2019.
 23. Mills A, Gilson L, Hanson K, Palmer N, Lagarde M. What do we mean by rigorous health-systems research? *Lancet*. 2008;372:1527-9.
 24. World Health Organization. *Economic Evaluation of Community-Based Practitioners in Low- and Middle-Income Countries: a Literature Review, Country Case Studies and a Generalized Cost-Effectiveness Model*. Global Health Workforce Alliance. Geneva; 2008.
 25. Agarwal S, Perry HB, Long LA, Labrique AB. Evidence on feasibility and effective use of mHealth strategies by frontline health workers in developing countries: systematic review. *Tropical Medicine & International Health*. 2015;20(8):1003–14.
 26. Patel V, Weobong B, Weiss HA, Anand A, Bhat B, Katti B, et al. The Healthy Activity Program (HAP), a lay counsellor delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2017;389:176–85.
 27. Nadkarni A, Weobong B, Weiss HA, McCambridge J, Bhat B, Katti B. Counselling for Alcohol Problems (CAP), a lay counsellor delivered brief psychological treatment for harmful drinking in men, in primary care in India: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2017;389: 186–95.

Recibido: marzo 4 de 2020
Aceptado: abril 30 de 2020

Correspondencia:
Ramón Abel Castaño Yepes
ramonabel@yahoo.com