

SISTEMA PÚBLICO VS. PRIVADO en el tratamiento de DM1

Similitudes



Falta de especialistas en DM1.



Repartición de bombas de insulinas es similar. 50% de bombas van al sistema público y 50% al sistema privado.



Afectados por las limitaciones de las leyes relacionadas al tratamiento de DM1.

Diferencias



El sistema privado tiene una oferta mucho más amplia de especialistas para el tratamiento de la DM1 que el sistema público.



El sistema público cuenta con una cantidad de pacientes mucho mayor que el sistema privado.



Diferencias en términos de costos y coberturas.

INSTITUTO DE CIENCIAS E INNOVACIÓN EN MEDICINA
Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del desarrollo



Escanea el código QR para descargar el estudio completo.

INSTITUTO DE CIENCIAS E INNOVACIÓN EN MEDICINA
Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del desarrollo

CON EL APOYO DE: **Medtronic**

METODOLOGÍA

Tres fases metodológicas

- 01** Indagación en trayectorias terapéuticas (OE1 y OE2) de personas jóvenes y adultas con DM1 y sus cuidadores en el sistema de salud chileno en general y público y privado por separado.
- 02** Revisión de trayectorias terapéuticas (OE3) con especial interés en barreras y cuellos de botella percibidos por parte de profesionales clínicos relacionados a las prestaciones y que estén habilitados en el marco de la LRS.
- 03** Síntesis de la evidencia nueva generada (OE4) a través de un recorrido general de trayectoria terapéutica de estos pacientes, para luego distinguir según: juvenil versus adulto, público versus privado. Consideraciones especiales de personas que viven en regiones distintas de la metropolitana y ruta de barreras y cuellos de botella por dimensión clínica o administrativa, o bien, por categorías emergentes.

Técnicas de investigación

- **Revisión normativa**, realizada mediante scoping review de implementación a nivel mundial de modelos de financiamiento de acceso a tecnologías de infusión continua de insulina subcutánea en pacientes con DM1.
- **Técnica de entrevista individual semi- estructurada online** (vía zoom, meet o videollamada) realizada a pacientes juveniles con DM1 (N=4), pacientes adultos con DM1 (N=4), familiares de pacientes con DM1 (N=8), y a profesionales de la salud que formen parte de equipos tratantes de pacientes con DM1 (N=13) (N total =29).
- **Transcripción Verbatim de todas las entrevistas**, y un posterior análisis temático de cada una.

Objetivo

- Develar las trayectorias terapéuticas de personas jóvenes y adultas que viven con DM1 y sus cuidadores en el sistema de salud chileno, tanto público como privado.
- Tipo de estudio: cualitativo.

DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN PACIENTES JUVENILES Y ADULTOS DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y PRIVADO EN CHILE



LA TRAYECTORIA TERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES CON DT1

FASE 01 Sintomatología

Las "4P": polidipsia, polifagia, poliuria, y pérdida de peso.

🕒 **Tiempo transcurrido hasta la siguiente etapa:** entre 5 y 30 días.

Barreras en esta fase:

- Tendencia a atribuir la sintomatología a situaciones externas o características propias de la persona.
- Invisibilización de síntomas por parte de familias y equipos de salud, sobre todo en regiones y sectores rurales.



FASE 02 Debut

Primer diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1. Muchos casos llegan a la hospitalización por cetoacidosis. Mucho miedo e incertidumbre.

🕒 **Tiempo transcurrido hasta la siguiente etapa:** inmediato.

Barreras:

- Pacientes de sectores rurales o ciudades pequeñas deben recurrir a capitales regionales.



FASE 03 Diagnóstico

Confirmación del diagnóstico: paciente con hemoglobina glicosilada mayor o igual a 8, lo que genera una hiperglicemia.

🕒 **Tiempo transcurrido hasta la siguiente etapa:** 5 a 7 días.

Barreras en esta fase:

- Escasez de personal de salud especializado en regiones.
- Dureza por parte del equipo médico a la hora comunicar el diagnóstico.



FASE 04 Tratamiento

Inicio del proceso educativo por parte del equipo tratante.

🕒 **Tiempo transcurrido hasta la siguiente etapa:** depende de cada paciente.

Barreras en esta fase:

- Resistencia a nuevos tratamientos.
- Gran cantidad de trámites administrativos.
- Desinterés por parte de los equipos de salud.
- Profesionales tienen escaso conocimiento en diabetes.
- Gastos de bolsillo en consultas e insumos complementarios.
- Retiro de insumos limitado.

Factores importantes para la adherencia al tratamiento:

1. Variables psicológicas: aceptación de la condición por parte del paciente y estrés psicológico asociado al uso de la bomba y el monitoreo continuo.

2. Conocimiento por parte del equipo tratante y flexibilidad para abordar las necesidades del paciente.



FASE 05 Postulación a la Ley Ricarte Soto.

Postulación a la bomba de insulina luego de cumplir con los criterios necesarios.

🕒 **Tiempo transcurrido hasta la siguiente etapa:** 1 mes aprox.

Barreras en esta fase:

- Falta de especialistas en territorios no centralizados.
- Centralización de Centros de Referencia.
- Exceso de trámites administrativos.
- Gastos de bolsillo para trámites administrativos.
- Proceso gestionado por equipos de salud.
- Estigmas y prejuicios por parte del Comité de Expertos, donde el nivel socioeconómico y educativos de quienes postulan es una variable determinante.
- Ausencia de cobertura en servicios de acompañamiento.



FASE 06 Aceptación de la bomba de insulina.

El comité experto informa si se aprueba o se rechaza la postulación. Serie de capacitaciones para el uso de la bomba.

🕒 **Tiempo transcurrido hasta la siguiente etapa:** entre 1 a 6 meses.

Barreras en esta fase:

- Desconocimiento de procesos administrativos asociados.
- Falta de información acerca de la fase del proceso de postulación en que se encuentra el paciente.



Importante:

Los niveles de adherencia al tratamiento bajan cuando el paciente entra en la adolescencia y los padres le delegan las tareas de autocuidado. Por eso es importante delinear estrategias de preparación del paciente y su familia cuando aún está en edad pediátrica.



FASE 07 Obtención de la bomba y seguimiento.

El paciente finalmente recibe la bomba.

Barreras en esta fase:

- Dificultades para adaptarse a la bomba.
- Escasez de profesionales expertos en regiones.
- Cuellos de botella en la recepción y reposición de la bomba de insulina.
- Desigualdad entre la cantidad de pacientes de estrato medio-bajo y los de estrato medio-alto, quienes acceden en mayor número por un sesgo desde los equipos médicos que beneficia a quienes tienen mayor poder adquisitivo por considerarlos más aptos en términos educativos para hacer uso de la bomba de insulina.
- Falta de proactividad del paciente sobre el aprendizaje para hacer uso de la bomba y los cuidados necesarios.