

**Modelo de atención integral para la prestación de servicios de salud a pacientes con VIH/
SIDA**

Laurent Charria Cardona

Jhon Jairo Marín Bejarano

Pontifica Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Maestría en Gerencia Organizaciones de la Salud

Santiago de Cali

2023

**Modelo de atención integral para la prestación de servicios de salud a pacientes con VIH/
SIDA**

Laurent Charria Cardona

Jhon Jairo Marín Bejarano

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Magíster en
Gerencia Organizaciones de la Salud

Directora:

Martha Arboleda, MD, Mg

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Maestría en Gerencia Organizaciones de la Salud

Santiago de Cali

2023

Santiago de Cali, 18 de diciembre de 2023

Doctor (a)

FABIÁN OSORIO TINOCO

Decano

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

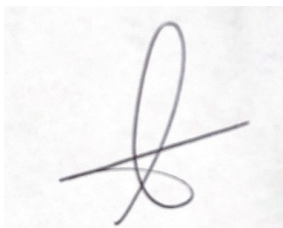
Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es “Modelo de atención integral para la prestación de servicios de salud a pacientes con VIH/ SIDA”.

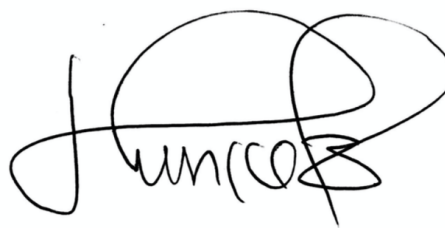
Esperamos que este trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente



LAURENT CHARRIA CARDONA

c.c. 1.144.074.972



JHON JAIRO MARÍN BEJARANO

c.c. 94.495.403

Santiago de Cali, 18 de diciembre de 2023

Doctor (a)

Fabian Osorio Tinoco

Decano

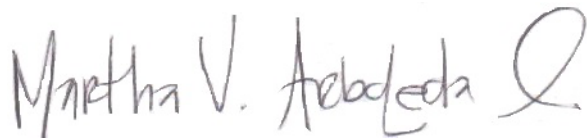
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

Por medio de la presente y en calidad de directora del trabajo de grado titulado “Modelo de atención integral para la prestación de servicios de salud a pacientes con VIH/ SIDA”, realizado por los estudiantes Laurent Charria Cardona con c.c. 1.144.074.972 y Jhon Jairo Marín Bejarano con c.c. 94.495.403 hago constar que este ha sido revisado por mí y cumple con los requisitos académicos exigidos por la Universidad para su presentación y entrega.

Atentamente



MARTHA ARBOLEDA

Directora del trabajo de Grado

ARTÍCULO 23 de la resolución No. 13 de julio 6 de 1946.

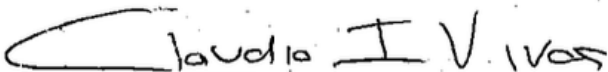
“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

**“MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA PRESTACIÓN
DE SERVICIOS DE SALUD A PACIENTES CON VIH/ SIDA”.**

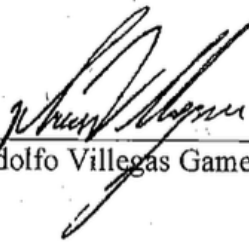
Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones en Salud.



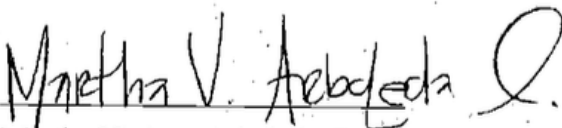
Fabian Fernando Osorio Tinoco
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Claudia Isabel Vivas Tobar
Directora Maestría en Gerencia
de Organizaciones en Salud.



Julian Adolfo Villegas Gamez
Jurado



Martha Viviana Arboleda Cano
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 01 febrero de 2024

Contenido

	Pág.
Glosario	14
1. Introducción.....	16
2. Marco de referencia	19
2.1 Marco conceptual	19
2.2 Marco regulatorio	31
3. Objetivos.....	34
3.1 Objetivo general	34
3.2 Objetivos específicos.....	34
4. Descripción general de la IPS.....	35
4.1 Evolución histórica de la empresa	35
4.2 Direccionamiento estratégico	43
4.3 Análisis del entorno y del sector	50
4.4 Análisis interno y de los grupos de interés.....	53
4.5 Accionistas y fuentes de recursos financieros	58
5. Análisis de situación relacionada con el modelo de atención vigente de la IPS	60
5.1 Análisis del modelo en la IPS.....	60
5.2 Análisis de la demanda.....	63
5.2.1 Características de la oferta de la IPS	68
5.2.2 Procesos y análisis de la relación oferta demanda	71

6. Modelo de atención integral propuesto par IPS Preventiva Farallones.....	74
6.1 Definición de estrategias de atención para los usuarios	74
6.2 Población objetivo	75
6.3 Esquema del modelo de atención propuesto	77
6.3.1 Puerta de entrada	77
6.3.2 Diagnóstico del paciente	79
6.3.3 Captación del paciente.....	81
6.3.4 Valoración de ingreso por equipo multidisciplinar	83
6.3.5 Valoración complementaria químico farmacéutica y nutrición	85
6.3.6 Seguimiento clínico temprano.....	86
6.3.7 Cita de primer control mensual de seguimiento.....	87
6.3.8 Consulta asistida por médico experto /infectología	87
6.3.9 Odontología, psiquiatría y optometría.....	89
6.3.10 Seguimiento clínico.....	89
6.4 Estrategias fundamentales para la implementación del modelo.....	91
6.4.1 Mejorar la comunicación entre los proveedores de atención médica (IPS Preventiva Farallones) y los pacientes	91
6.4.2 Facilitar la coordinación de la atención entre los diferentes proveedores de atención médica.....	93
6.4.3 Promover la participación de los pacientes en su atención médica.....	94
6.5 Gestión clínica	94
6.6 Gestión de la calidad de la atención	97
6.6.1 Enfoque centrado en el paciente.....	97

6.6.2 Toma de decisiones basadas en la evidencia.....	98
6.6.3 Trabajo en equipo.....	99
6.6.4 Mejora continua.....	99
6.6.5 Oportunidad en salud.....	100
6.6.6 Seguridad.....	101
6.6.7 Pertinencia.....	102
6.6.8 Indicadores.....	102
6.6.9 Brindar atención personalizada y respetuosa.....	106
6.6.10 Información al paciente sobre enfermedad.....	107
6.6.11 Individualizar las necesidades de los pacientes.....	107
6.6.12 Participación de los pacientes.....	108
6.7 Gestión de las tecnologías en salud incluyendo el sistema de información.....	109
6.7.1 Sistema de tecnología en salud de la IPS.....	109
6.7.2 Historia clínica electrónica.....	109
6.7.3 MIPRES (Mi Prescripción).....	110
6.7.4 CHAT de comunicación.....	110
6.7.5 Mensajes de texto, correos electrónicos, mensajes vía WhatsApp.....	110
6.7.6 Webinar.....	111
6.7.7 Telemedicina.....	111
6.7.8 Interacción entre drogas para el VIH.....	111
6.8 Gestión de la referencia y contra referencia.....	112
6.8.1 Referencia.....	112
6.8.2 Contrarreferencia.....	112

6.9 Gestión del talento humano	113
6.9.1 Selección	113
6.9.2 Inducción y capacitación	113
6.9.3 Desarrollo profesional	114
6.9.4 Gestión del rendimiento	114
6.9.5 Celebración de cumpleaños.....	114
6.9.6 Grupos primarios.....	114
6.9.7 Integración.....	115
6.10 Negociación y contratación con EAPB.....	115
6.11 Monitoreo de procesos y evaluación de los resultados de la atención.	119
7. Conclusiones y recomendaciones.....	122
Referencias	126

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Sistema de clasificación VIH del CDC, Estados Unidos 1993</i>	22
Tabla 2. <i>Distribución de casos por comuna de VIH/SIDA, Cali 2019-2023</i>	28
Tabla 3. <i>Ingresos por línea de negocio</i>	37
Tabla 4. <i>Logros y aspectos a mejorar</i>	50
Tabla 5. <i>Análisis de entornos externos</i>	51
Tabla 6. <i>Análisis de entornos internos</i>	53
Tabla 7. <i>Grupos de interés, necesidades, riesgos y oportunidades</i>	56
Tabla 8. <i>Composición accionaria</i>	58
Tabla 9. <i>Pacientes vacunados por programa</i> <i>Pacientes vacunados por programa</i>	65
Tabla 10. <i>Vacunas aplicadas para pacientes del programa VIH</i>	67
Tabla 11. <i>Necesidades operativas y financieras</i>	72
Tabla 12. <i>Índices de prevalencia, incidencia y mortalidad por aseguradores y regiones</i>	75
Tabla 13. <i>Algoritmo diagnóstico VIH</i>	80
Tabla 14. <i>Exámenes. Exámenes de seguimiento</i>	81
Tabla 15. <i>Indicadores</i>	103
Tabla 16. <i>Propuesta económica</i>	117
Tabla 17. <i>Condiciones comerciales programa VIH</i>	118
Tabla 18. <i>Cuadro de mando integral</i>	120

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. <i>Tendencia del número de personas incidentes que viven con el VIH</i>	23
Figura 2. <i>Tendencia del número de personas incidentes que viven con el VIH</i>	26
Figura 3. <i>Comportamiento notificación de casos de VIH/SIDA, a período Epidemiológico IV, Santiago de Cali 2019-2023</i>	27
Figura 4. <i>Descripción de servicios habilitados</i>	35
Figura 5. <i>Evolución de los ingresos</i>	36
Figura 6. <i>Distribución de ingresos por línea de negocio</i>	38
Figura 7. <i>Estructura organizacional</i>	39
Figura 8. <i>Mapa de procesos</i>	39
Figura 9. <i>Estado de resultados comparativo</i>	41
Figura 10. <i>Estado de situación financiera</i>	42
Figura 11. <i>Mapa estratégico</i>	44
Figura 12. <i>Modelo de negocio</i>	46
Figura 13. <i>Ingresos operacionales por vacunación a programas VIH</i>	47
Figura 14. <i>Estadísticas de vacunación a pacientes diagnosticados con VIH</i>	48
Figura 15. <i>Diagrama de Ishikawa</i>	49
Figura 16. <i>Infografía de barreras de ONUSIDA</i>	49
Figura 17. <i>Modelo de atención IPS Preventiva Farallones</i>	60
Figura 18 . <i>Modelo de atención servicios de vacunación IPS Preventiva Farallones</i>	61
Figura 19. <i>Modelo de atención servicios de distribución de vacunas IPS Preventiva Farallones</i>	62

Figura 20. <i>Cantidad de usuarios vacunados y vacunas aplicadas</i>	63
Figura 21. <i>Pirámide población de usuarios atendidos</i>	64
Figura 22. <i>Registro de información carnet virtual</i>	66
Figura 23. <i>Algoritmo ruta de atención</i>	78
Figura 24. <i>Prototipos de ideas básicas de desarrollos para la plataforma</i>	92

Glosario

CAC: Cuenta de Alto Costo.

CANVAS: es una herramienta de gestión estratégica que permite a las empresas visualizar, evaluar y alterar sus modelos de negocio.

CAPEX: Gastos de Capital. Se refiere a los gastos que una empresa realiza para adquirir o mejorar sus activos fijos. Los activos fijos son los bienes de una empresa que tienen una vida útil de más de un año.

CDC: Centro para el Control y Prevención de Enfermedades.

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

ELISA: Ensayo de Inmuno Absorbente Ligado a Enzimas, prueba utilizada para el diagnóstico de VIH.

EPS: Entidad Promotora de Salud.

Índice de Barthel: escala que se encarga de la medición de la dependencia de los pacientes para las actividades de la vida diaria.

ESAVI: Evento Adverso Supuestamente Atribuible a la Vacunación e Inmunización.

ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual.

FNGR: Fondo Nacional de Gestión del Riesgo.

GACA: Gestión de Calidad de la Atención.

GPC: Guía de Práctica Clínica

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud .

ITS: Infección de Transmisión Sexual.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONUSIDA Programa Conjunto De Las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

PAI: Programa Ampliado de Inmunización.

PBS: Plan Básico de Salud.

PIB: Producto Interno Bruto.

PQRS: Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.

PrEP: Profilaxis de Pre Exposición

PSP: Programa de Soporte a Pacientes.

RCV: Riesgo Cardiovascular.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SIVIGILA: Sistema de salud pública que tiene como responsabilidad observación y análisis constante de los evento en salud.

STAFF: es todo el personal profesional que se reúne para tratar un evento.

TAR: Terapia Antirretroviral.

UPC: Unidad de Pago por Capitación.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

1. Introducción

La infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es considerada una problemática de salud pública debido a la magnitud de la infección como pandemia, y por sus repercusiones en la salud de los pacientes, dado que esta enfermedad afecta tanto aspectos biológicos como son las enfermedades oportunistas, así como también aspectos sociales por estigmatización, discriminación, abandono entre otros. La enfermedad también genera afección psicológica por hallazgos como depresión, temor y culpa. Adicionalmente un importante impacto económico por altos costos en servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

En Colombia para el año 2022, la incidencia del VIH aumentó del 18,2 al 24,8 por 100.000 habitantes. La prevalencia de la enfermedad a nivel nacional se incrementó de 270 a 290 casos por 100.000 habitantes llegando a un estimado de 141.787 personas diagnosticadas con la enfermedad, mientras que en términos de mortalidad se describió que en el período de reporte se presentaron 2.098 muertes por todas las causas en las personas con diagnóstico de VIH (Cuenta de Alto Costo-CAC, 2022).

En cuanto a la adherencia al manejo médico con antirretrovirales reportados en la Cuenta de Alto Costo (2022) se describe que la cobertura de tratamiento antirretroviral fue del 88,35%, sin embargo, refieren hubo una disminución del 3,46% con respecto al período anterior.

Lo expuesto brinda el soporte para afirmar que el virus del VIH es una epidemia mundial que tiene gran impacto en morbilidad y mortalidad de la población, reconociendo que la mayoría de las personas que se han infectado con el VIH y que no acceden a servicios de salud con estrategias integrales en VIH, son los grupos de población clave y que además viven en lugares vulnerables, con voluntades de financiación y políticas inadecuadas que impiden su acceso a la

asistencia sanitaria (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida -ONUSIDA, 2020).

Desde ONUSIDA (2021), se plantea que para poner fin al SIDA en el mundo los sistemas de salud deben hacer inversiones destinadas a la prestación de servicios integrales, que sean centrados en las personas y se adapten a diferentes contextos y que eliminen las barreras sociales y jurídicas como las descritas en su infografía. De esta forma se desarrollarán modelos de prestación que permitirán evitar muertes relacionadas con el SIDA y disminuir la aparición de nuevas infecciones por VIH.

Desde el contexto local, y soportados en la experiencia de IPS Preventiva Farallones SAS como prestador de servicios de salud que atiende pacientes con diagnóstico de VIH a través del servicio vacunación, se identificaron barreras en la atención del paciente de forma integral, tales como:

- Incumplimiento en los seguimientos clínicos y en el monitoreo de la gestión del riesgo, relacionado con factores sociales y emocionales.
- La adherencia al manejo médico de acuerdo con la guías de práctica clínica colombianas.
- Inoportunidad en la atención para toma de paraclínicos, seguimiento de carga viral, detección temprana de las infecciones oportunistas o coinfecciones como TBC y hepatitis.
- Baja adherencia a la vacunación aumentado el riesgo de infecciones oportunistas y complicaciones.

Esto se traduce en un aumento en la siniestralidad de los costos para el asegurador y el paciente, pero se convierte en una oportunidad de negocio para el prestador.

La infección por VIH es considerada una enfermedad de alto costo, en la cual existe un aumento en la incidencia y las complicaciones traduciéndose en resultados ineficaces y a su vez en altos costos para el sistema de salud.

Por lo anterior, se considera que el crear un modelo que busque mejorar las brechas encontradas para conseguir mejores resultados en salud es una mejora en el sistema que tendrá como resultados para el paciente un impacto positivo en su calidad de vida y para el asegurador la obtención de herramientas que faciliten la adecuada gestión del riesgo en salud.

El modelo de atención integral de VIH propuesto se encuentra coherente y alineado con el objetivo estratégico de la IPS que lo implementará. Desde la visión de negocio para esta IPS, se realizó un análisis financiero del modelo partiendo de la propuesta económica para las aseguradoras y su correspondiente nota técnica. Este análisis ofrece como resultado que para operativizar el modelo se hace necesaria una inversión total de \$950 Millones (de los cuales \$350 Millones son recursos de los accionistas) que serán destinados en un 30% a CAPEX y en un 70% a capital de trabajo. Se estima que la operación genere un Margen de Rentabilidad Neta anual del 12% y un Retorno de la Inversión (ROE) del 230% para los accionistas, indicadores que respaldan la decisión de tomar esta oportunidad de negocio.

Como resultado de la revisión se considera un aspecto diferenciador del modelo de atención integral de VIH en mención, el orientar la atención tanto en población que reside en área urbana como también en poblaciones dispersas con limitación al acceso a la salud, generando así impacto en una población de altas condiciones de vulnerabilidad y utilizando diferentes mecanismos como integrar los planes de atención domiciliaria y la viabilidad de seguimiento por telemedicina según las indicaciones de la última guía de práctica clínica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

2. Marco de referencia

2.1 Marco conceptual

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) perjudica el sistema inmunitario, y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la fase más avanzada de la enfermedad. El VIH o virus de la inmunodeficiencia humana, es un retrovirus que ataca y destruye un tipo de glóbulo blanco llamado linfocito CD4. Los linfocitos CD4 son células T auxiliares, fundamentales para el adecuado funcionamiento del sistema inmunitario, al eliminarlas la enfermedad debilita el sistema inmune lo que reduce la capacidad del cuerpo para combatir infecciones y enfermedades (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades-CDC, 2022).

El VIH tiene una proteína en su superficie que se une a un receptor específico de los linfocitos CD4, permitiendo así que este ingrese a la célula. Una vez dentro de ella, utiliza la maquinaria celular para replicarse, produciendo de esta manera otras copias que salen de la célula e infectan otros linfocitos CD4. A medida que se destruyen las células se debilita el sistema inmune lo que hace más propenso para adquirir enfermedades oportunistas, además de enfermedades como tuberculosis, hepatitis, entre otras e incluso cáncer. Por esta razón es de vital importancia el recuento de CD4, dado que su disminución indica un progreso de la enfermedad y facilita el diagnóstico del estadio SIDA (síndrome de la inmunodeficiencia adquirida) lo que se considera la etapa más avanzada de la enfermedad (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades-CDC, 2022).

Su mecanismo de transmisión es a través de los líquidos corporales de las personas infectadas tales como sangre, leche materna, semen y secreciones vaginales (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2022).

Los síntomas asociados a la infección de VIH pueden ser: fiebre, dolor de cabeza, erupción cutánea, dolor de garganta, pérdida de peso, diarrea entre otros síntomas conocidos como constitucionales que se deben tener en cuenta cuando se está realizando un diagnóstico diferencial. Su diagnóstico temprano es vital para el adecuado manejo de la enfermedad mediante pruebas rápidas asociadas a pruebas confirmatorias.

El manejo del VIH se realiza con fármacos conocidos como retrovirales, los cuales tienen como objetivo reducir la carga viral a niveles indetectables, lo que es un indicador fundamental en el éxito del tratamiento. Estos fármacos actúan inhibiendo la replicación del virus desde diferentes mecanismos celulares como lo son inhibidores de la transcriptasa reversa inversa no nucleótidos (enzima requerida para la replicación), inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleótidos (se integran en la cadena de ADN del VIH y bloquean su replicación) y los inhibidores de la proteasa los cuales bloquean la enzima que el VIH necesita para ensamblar nuevas partículas virales. El manejo TAR o terapia antirretroviral generalmente es la combinación de dos o más medicamentos. Los principales objetivos del manejo médico están basados en reducir la carga viral a niveles indetectables, prevenir la transmisión del VIH y mejorar la salud general y calidad de vida de los pacientes con VIH. Los manejos farmacológicos descritos pueden tener síntomas asociados como náuseas, diarrea, fatiga, dolor de cabeza, aumento de peso, disminución de la libido entre otras (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades-CDC, 2022; Organización Mundial de la Salud-OMS, 2022a).

El VIH es una enfermedad que tiene varias fases o estadios los cuales se describen a continuación según la clasificación, en esta revisión se describe la dada por el CDC y a su vez se complementa con la clasificación de la OMS.

El CDC (1993) describe categorías para los síntomas asociados y estadios clínicos según el recuento de las células CD4+:

- Categoría A: Infección por VIH asintomática. Puede presentar linfadenopatías generalizadas persistentes hasta por más de 3 meses. También se puede acompañar de síntomas como fiebre, fatiga, erupción cutánea además de ganglios linfáticos inflamados.

- Categoría B: El paciente presenta condiciones sintomáticas que no están en la categoría A y que incluyen criterios como estar atribuidas a la infección por VIH o indicativas de que existe un defecto de la inmunidad celular. El paciente puede presentar síntomas como candidiasis oral, síntomas constitucionales como fiebre o diarrea de más de un mes. Además de infecciones como Herpes zoster, y sintomatología de neuropatías periféricas entre otros síntomas que se complican con la infección por VIH

- Categoría C: pacientes que tienen condición de SIDA donde se incluye recuento de Linfocitos T CD4+ inferior a 200 células / μ l o un porcentaje de CD4+ inferior al 14%, los pacientes pueden presentar complicaciones como tuberculosis pulmonar, neumonía recurrente o cáncer de cuello uterino invasivo.

Esta clasificación se complementa a su vez de estadios o etapas según el recuento de las células CD4+ establecidos por el Instituto Nacional de Salud-INS (Instituto Nacional de Salud-INS, 2014):

- Etapa 1 (infección por VIH): El recuento de células CD4+ es al menos 500 células por micro litro.

- Etapa 2 (infección por VIH): El recuento de células CD4+ es de 200 a 499 células por micro litro

- Etapa 3 (enfermedad por VIH avanzada): El recuento de células CD4+ es menor de 200 células por micro litro.

Lo que permite clasificar al paciente por sintomatología más el estadio según el recuento de las células CD4+ en ejemplo de lo anterior describimos tabla dada por el CDC:

Tabla 1

Sistema de clasificación VIH del CDC, Estados Unidos 1993

Categoría CD4	Categoría clínica		
	A	B	C
(1) $\geq 500/\text{mm}^3$	A1	B1	C1
(2) $200-499/\text{mm}^3$	A2	B2	C2
(3) $< 200/\text{mm}^3$	A3	B3	C3

Las categorías incluidas en la zona sombreada indican estado SIDA o avanzado de enfermedad.

Nota. La tabla muestra las categorías clínicas. Fuente: CDC (1993)

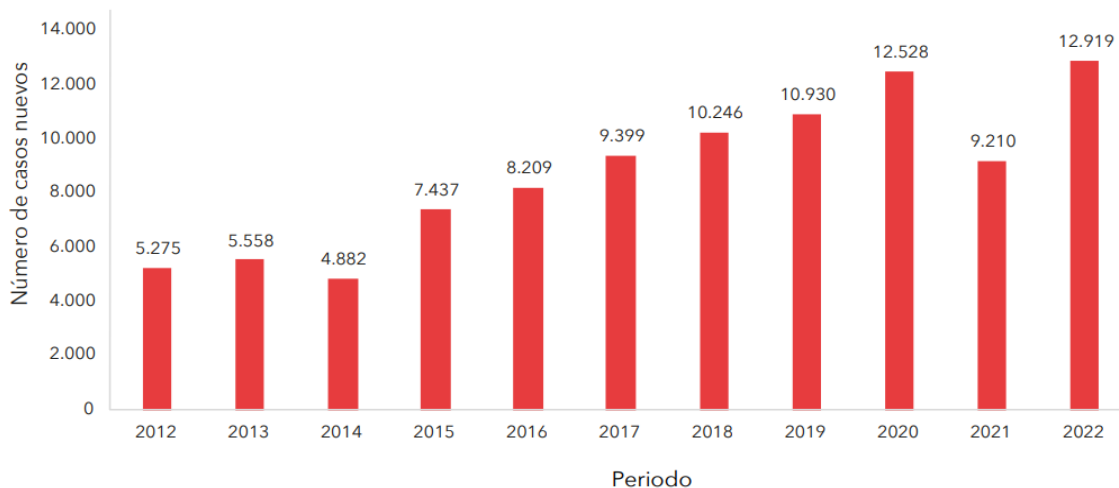
De acuerdo con la OMS, una enfermedad avanzada de VIH se considera cuando el paciente se encuentra en estadio 3 o el recuento celular de CD4 es inferior a 200 por mm^3 en adultos y adolescentes, todo niño menor de 5 años tienen enfermedad avanzada por VIH (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2022). En la actualidad, 141.787 personas viven con la enfermedad en el país (Cuenta de Alto Costo-CAC, 2022).

El análisis de la ONU antes del Día Mundial del SIDA revela que las desigualdades están obstruyendo el fin del SIDA, ya que las tendencias actuales hacen que no se cumpla con las metas pactadas con las organizaciones internacionales, y ONUSIDA (UNAIDS), en su informe 2022, muestra las desigualdades peligrosas, como un aspecto urgente a abordar para encaminar mejores respuestas en los países (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS-UNAIDS, 2022).

En la situación de VIH en Colombia en el año 2022 se realizó el diagnóstico de 12.919 casos nuevos de VIH (ver Figura 1), lo que representa un aumento del 40% con respecto al período anterior. Es evidente que año tras año se da un crecimiento en el número de casos incidentes aunque cabe mencionar que el crecimiento registrado en el año 2022 está afectado por la concentración de los servicios de salud en la atención a la pandemia del COVID 19, generando una disminución en la detección de nuevos casos de VIH para este período. La tendencia observada a través de los últimos 10 años muestra que el aumento en la incidencia es el resultado de una deficiencia en la atención primaria en salud, así como en la prevención de la enfermedad y la detección temprana de población de riesgo (Cuenta de Alto Costo-CAC, 2022).

Figura 1

Tendencia del número de personas incidentes que viven con el VIH



Nota. La figura muestra la evolución del índice de incidencia de la enfermedad en Colombia desde el año 2012 al año 2022. Fuente: Cuenta de Alto Costo-CAC (2022).

La mediana de edad de hombres fue de 29 años, con un promedio de 24 a 37 años de edad y en las mujeres fue de 34 años de edad con edad entre los 26 a 44 años.

Las entidades con mayor número de casos incidentes fueron: Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca (área geográfica de interés para desarrollar nuestro modelo de atención integral). El 58% de pacientes diagnosticados pertenecían al régimen contributivo. El 39% de las pruebas presuntivas de VIH fueron solicitadas por los médicos a partir de la sospecha diagnóstica de VIH, mientras que el 38% de las pruebas fueron solicitadas directamente por los pacientes al médico (Cuenta de Alto Costo-CAC, 2022). Lo anterior indica que se debe incrementar el porcentaje de prescripción de pruebas por parte de los médicos y se sugiere un indicador para seguimiento de la gestión de riesgo y atención primaria en salud por parte del asegurador.

El 34,7% de los casos incidentes, fueron diagnósticos de fase SIDA, lo que dificulta el tratamiento y la limitación en las consecuencias o enfermedades asociadas al diagnóstico de VIH. En cuanto al medio de transmisión de la enfermedad, la mayor frecuencia fue en la vida sexual en un porcentaje del 93%, seguido de la materno infantil 0,39%, y por el uso de agujas u otro elemento corto punzante 0,26% (Cuenta de Alto Costo-CAC, 2022).

En el Valle del Cauca hubo un total de 1.481 pacientes incidentes con el diagnóstico de VIH para el año 2022. Teniendo en cuenta que esta información procede de la literatura reportada por los entes de seguimiento como lo es la Cuenta de Alto Costo y el Ministerio de Salud, sin embargo, pueden quedar pacientes por fuera de este registro si no tienen afiliación o residen en zonas rurales sin seguimiento o en su defecto sin diagnóstico. (Cuenta de Alto Costo-CAC, 2022).

En cuanto a la población prevalente con VIH/SIDA en Colombia, se identificaron 141.787 personas que tiene diagnóstico de VIH/SIDA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, aumentando un 5,31% con respecto al período anterior, con mayor participación en hombres que mujeres y con una mediana de la edad de los casos

prevalentes que fue de 38 años de edad. El 53% de los casos prevalentes estaba en estado SIDA, lo que conlleva a revisar otro de los indicadores que es tanto adherencia al manejo médico, como seguimiento de carga viral y así mismo estar en una fase indetectable que a su vez disminuya la posibilidad de contraer enfermedades oportunistas y disminuir el deterioro de salud del paciente (Cuenta de Alto Costo-CAC, 2022).

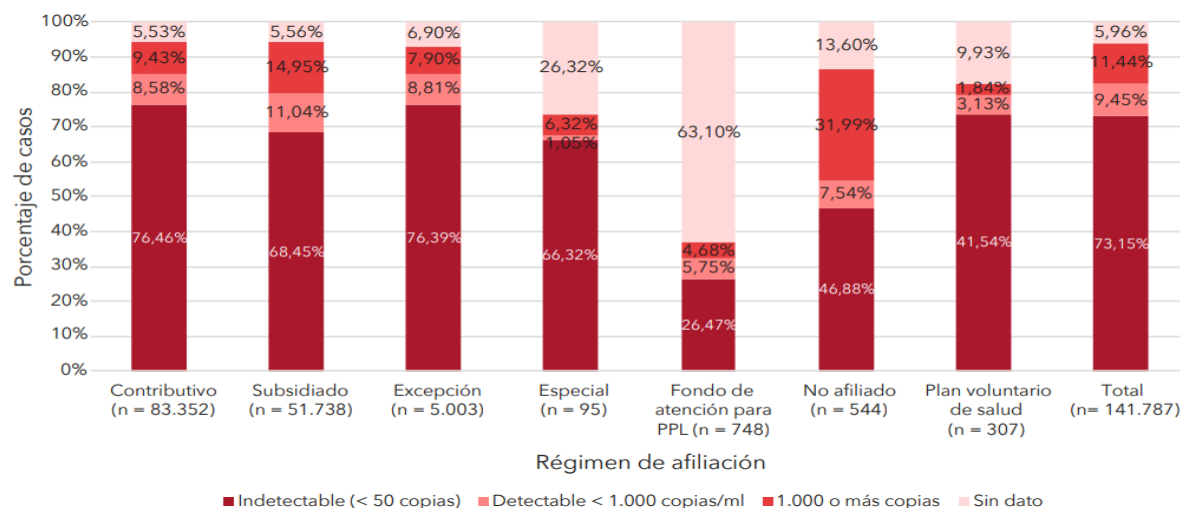
Bogotá (22,97%), Antioquia (17,43%) y Valle del Cauca (11,91%) representan el mayor número de casos prevalentes reportados, lo que permite concluir que la región en la cual se concentra la oferta del modelo propuesto, tiene un peso relativo importante frente al número de casos y en consecuencia también frente el valor de recursos económicos que se destinan para el manejo de esta enfermedad. De hecho, el mismo informe de la cuenta de alto costo revela que para el año 2022, en el departamento del Valle del Cauca se generó un costo total por atención ambulatoria por valor de \$81.521,5 millones (para 15.083 pacientes) lo que representa un costo promedio de \$430.000 mensuales por paciente (Cuenta de Alto Costo-CAC, 2022). Desde la posición de los aseguradores, es importante implementar modelos que incluyan un balance entre las acciones que permitan superar las barreras que dificultan el control adecuado del riesgo y un eficiente uso de los recursos evitando que los costos de atención crezcan desbordadamente. Para el prestador, la oportunidad radica en desarrollar un modelo viable y sostenible que cumpla con estas dos premisas.

Se reporta carga viral en los casos prevalentes en el 94% de los casos, cumpliendo con el indicador de la toma, sin embargo, debe estar aliado de acciones sobre el resultado de las mismas (Cuenta de Alto Costo-CAC, 2022). El 75% tuvieron un reporte de carga viral indetectable <50 copias, no llegando al 90% como meta de indicador dejando a la luz una oportunidad de intervención para generar estrategias de mejora y seguimiento.

En el resultado de la cuenta de alto costo se describe que el número total de pacientes en Valle del Cauca prevalentes de VIH da un total de 16.881, presentando una tendencia anual al crecimiento no solo de los pacientes con diagnóstico de VIH, sino a su vez con las enfermedades asociadas al diagnóstico, complicaciones, así como el aumento de la siniestralidad de los mismos (Cuenta de Alto Costo-CAC, 2022). En las características clínicas de esta población, se tiene que las comorbilidades descritas en los pacientes prevalentes fueron otras ITS en 4,64%, y la hepatitis B 1,97%. Para la caracterización de la población en cuanto al régimen de afiliación se presenta la Figura 2.

Figura 2

Tendencia del número de personas incidentes que viven con el VIH



Nota. La figura muestra la evolución del índice de incidencia de la enfermedad en Colombia desde el año 2012 al año 2022. Fuente: Cuenta de Alto Costo-CAC (2022).

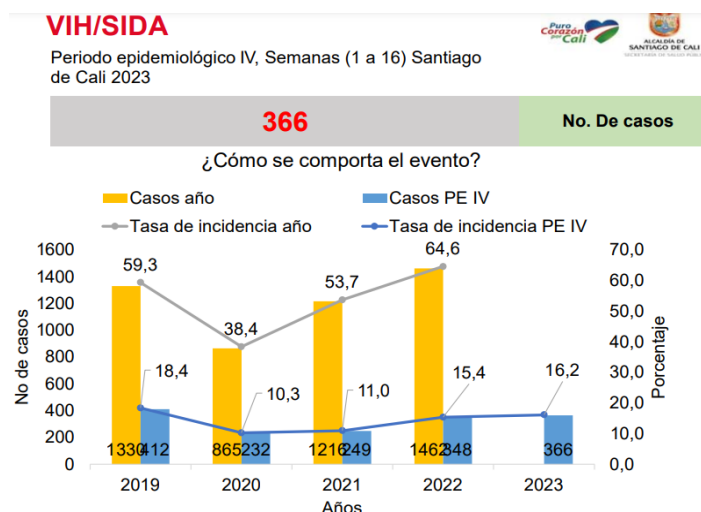
Dado que en el régimen contributivo y subsidiado se encuentra el mayor número de pacientes, como se puede observar en la Figura 2, se entiende que dicha población debe tener seguimiento y gestión del riesgo desde las aseguradoras, quienes de su estrategia corporativa

buscan cumplir con la gestión de riesgo en salud, y generar mejores resultados con una adecuada disminución del costo, siendo eficientes y efectivos. Se considera que el tener la mayoría de los pacientes en seguimiento por parte de los diferentes regímenes de aseguramiento y pertenecientes a las diferentes EAPB activas, genera una expectativa de interés por el modelo integral de atención de paciente de VIH, con el fin de cumplir con los indicadores y resultados en salud.

En la ciudad de Cali se cuenta con la información sobre el comportamiento y notificación de casos de VIH/SIDA, para el período 2019-2023 (Grupo Vigilancia y Demografía en Salud Pública. Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali, 2023), que describe la incidencia como un factor en ascenso sin impacto con las estrategias actualmente pactadas, teniendo un aumento del 53,7% a 64,6% del 2021 al 2022.

Figura 3

Comportamiento notificación de casos de VIH/SIDA, a período Epidemiológico IV, Santiago de Cali 2019-2023



Nota. La figura muestra la evolución del índice de incidencia de la enfermedad en Cali desde el año 2012 al año 2022. Fuente: Grupo Vigilancia y Demografía en Salud Pública Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali (2023).

Adicionalmente, de los 366 casos descritos en la incidencia del 2023, el 93% son de cabecera municipal, lo que posiblemente este asociado a un sesgo por barrera en acceso a la salud descrito en las diferentes revisiones de literatura y que es un indicador de impacto en seguimiento. El 80,9% de la población descrita corresponde a hombres y 19,1% a mujeres. El 57% de los casos pertenecen al régimen contributivo y el 34% al régimen subsidiado dejando solo el 4% por fuera de estos regímenes (Grupo Vigilancia y Demografía en Salud Pública. Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali, 2023). Como principal enfermedad oportunista se presenta el síndrome de emaciación. A continuación, una descripción por comuna para la ciudad de Cali en la Tabla 2.

Tabla 2

Distribución de casos por comuna de VIH/SIDA, Cali 2019-2023

ESE	Comuna	Población	Casos	FA	Incidencia
Centro	8	100.226	15	0,04	15,0
	9	31.165	14	0,04	37,7
	10	104.729	13	0,04	12,4
	11	11.204	17	0,05	15,3
	12	69.956	7	0,02	10,0
Ladera	1	60.799	8	0,02	13,2
	3	33.652	15	0,04	44,6
	17	168.998	21	0,06	12,4
	18	115.529	24	0,07	20,8
	19	111.310	16	0,04	14,4
	20	58.827	12	0,03	20,4
	22	26.104	0	0,00	0,0
Norte	2	118.956	10	0,03	8,4
	4	56.189	9	0,02	16,0
	5	114.776	3	0,01	2,6
	6	154.154	24	0,07	15,6
	7	71.049	11	0,03	15,5
Oriente	13	145.047	14	0,04	9,7
	14	157.639	15	0,04	9,5
	15	126.766	25	0,07	19,7
	21	132.544	20	0,05	15,1
Suroriente	16	99.041	11	0,03	11,1
Rural		46.787	0	0,00	0,0
SD-Otros		43.301	57	0,16	131,6
Total		2.264.748	366	1,00	16,2

Nota. Datos tomados de Grupo Vigilancia y Demografía en Salud Pública. Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali (2023)

En la tabla se identifica como foco el oriente donde se presentaron el mayor número de casos y una mayor incidencia en ladera. Este dato geográfico es de gran utilidad para realizar las estrategias de prevención, diagnóstico precoz y si es pertinente manejo de preexposición o tratamiento para pacientes diagnósticos.

Adicionalmente, se realizó una revisión documental en los diferentes medios de Estados Unidos donde se describen varias estrategias para combatir el VIH en este país y así cumplir con los diferentes indicadores, para esto se consultó en bibliografías como el CDC (Centers For Disease Control And Prevention), PubMed, y artículos de revistas indexadas.

En Estados Unidos, se han implementado diferentes estrategias como el incremento en las pruebas de VIH, para esto se están utilizando unidades de pruebas móviles y farmacias, lo que permite tener pruebas rápidas y facilita que los pacientes tengan mayor adherencia a la solicitud o toma de la misma con diagnóstico precoz, uno de los servicios que apoya esta estrategia es Mobile HIV/AIDs Testing Clinics. Otro plan de acción es la prevención previa a la exposición, conocida actualmente como PrEP, lo que permite que las personas con alto riesgo, como aquellas que tienen relaciones sexuales con pacientes diagnósticos con VIH, mediante la toma de medicamento prevengan el contagio (Profamilia, 2023)

Adicionalmente, se describen tres pilares fundamentales para mejorar la adherencia y resultados en salud como lo son: vincular a los pacientes con la atención en VIH una vez han sido diagnosticados, involucrar a las comunidades lo que permite una mejor comunicación, y un trabajo en equipo para la disminución de la estigmatización en VIH.

En continuidad con las estrategias se encontró también atención continua e integral en los pacientes con diagnóstico de VIH teniendo en cuenta no solo la salud física, sino mental, así como también prevención y tratamiento de enfermedades crónicas y oportunistas asociadas.

Complementario a las estrategias mencionadas, se agrega una última barrera que es la atención de los pacientes que residen en zonas rurales, realizando la revisión de literatura se halló que es una barrera estudiada desde hace más de 15 años en Estados Unidos, donde se han realizado múltiples intervenciones, entre esas el modelo de seguimiento de pacientes en zonas rurales con implementación de centros de salud con la misma capacidad para manejo de pacientes de VIH, lo cual tuvo como resultados similares a los descritos en zona urbana en cuanto adherencia de prevención, atención, seguimiento y manejo en pacientes con VIH (Pellowski, 2013).

La barrera descrita en la atención de pacientes en zonas rurales o dispersas permitió realizar aumento en la investigación del uso de la telemedicina, teniendo en cuenta que previo a la pandemia por COVID-19 ya se habían realizados estudios de su uso y múltiples beneficios, como también las barreras asociadas al acceso a dispositivos tecnológicos y la disponibilidad del internet. Sin embargo, posterior a COVID-19 se hizo mayor énfasis en su uso, en un artículo de Smith y Badowski (2021) se describe que el Centro de Salud Thomas Street en Houston (Texas, EE. UU.), aplica una encuesta para el uso de la telemedicina que cuenta con la aprobación del 57% de los participantes, por temas tanto de desplazamiento, tiempo y privacidad, así como disminución de estigmatización de la población con VIH, brindando una perspectiva mayor para el uso de esta en el manejo integral de pacientes basado en los resultados una vez instaurado en otros modelos de atención.

Una vez realizada la revisión de la literatura incluyendo los informes tanto del Ministerio de Salud y Protección Social, como de la Cuenta de Alto Costo revisiones del CDC, PubMed, así como la Estrategia Mundial Contra el SIDA 2021-2026 (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida -ONUSIDA, 2020), donde se encuentra que las principales estrategias están dirigidas a disminuir todas las barreras que no permiten tener los resultados esperados en

salud, se considera necesario abordar el apoyo al proceso de calidad de vida del paciente tanto en aspectos de salud mental como del entorno, así como también acceso a la salud incluyendo adherencia al manejo médico y seguimiento clínico, prevención, y alcance hasta las poblaciones que se consideran viven en áreas rurales (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida -ONUSIDA, 2020).

Con todos los puntos tratados anteriormente se busca generar sinergias que faciliten la consecución de los resultados esperados para los pacientes de VIH, lo cual se facilita a través de un modelo atención integral de pacientes en VIH en la ciudad de Cali con las diferentes herramientas descritas.

2.2 Marco regulatorio

Se presenta el marco regulatorio en orden cronológico para ver la evolución de la normativa:

Decreto 1543 de 1997. Reglamentar el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Define la notificación obligatoria de casos de VIH/ SIDA y ETS dentro de un sistema de información epidemiológica a cargo de todos los actores sin importar su naturaleza jurídica de carácter público o privada dentro del SGSSS, con el propósito de detectar tempranamente casos, evitar progreso de la enfermedad y mortalidad, medir prevalencia de la epidemia en el país (Congreso de la República, 2005)

Ley 972 de 2005. Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/ Sida (Congreso de la República, 2005).

Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. En el Título 1 se define el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones; En el Artículo 3º se define el Sistema de Referencia y Contrarreferencia como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago (Presidencia de la República, 2007).

Circular 047 de 2007. Por la cual se imparten instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control de la superintendencia nacional de salud (Superintendencia Nacional de Salud, 2007).

Resolución 4331 de 2012. Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009. Esta resolución modifica los formatos de autorización Anexo Técnico 4, y se adicionan los formatos de referencia y contrarreferencia (Ministerio de salud y Protección Social, 2012).

Resolución 2338 de 2013. Por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección VIH/ Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), y para el entrenamiento en pruebas rápidas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Resolución 256 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Circular 016 de 2016. Por la cual se hacen modificaciones y adiciones a la circular 047/2007, información financiera para efectos de supervisión (Superintendencia Nacional de Salud, 2016).

Circular 012 de 2016. Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047/2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el programa de auditoría para mejoramiento de la calidad en salud y el sistema de información para la calidad (Superintendencia Nacional de Salud, 2016).

Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

CONPES 3192 de 2020. Estrategia para la promoción de la salud mental (Consejo Nacional de Política Económica y Social-CONPES, 2020)

Resolución 1314 de 2020. Por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por HIV, sífilis, hepatitis B, y hepatitis C (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Estructurar un modelo de atención integral en VIH/ SIDA para la población de la ciudad de Cali y municipios de influencia bajo la modalidad intramural y extramural.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar la caracterización de la población con diagnóstico de VIH/SIDA en la ciudad de Cali.
- Desarrollar un Modelo de Atención Integral en VIH/SIDA fundamentado en Medicina Basada en la Evidencia.
- Plantear indicadores base para medir la ejecución integral del Modelo de Atención.

4. Descripción general de la IPS

4.1 Evolución histórica de la empresa

IPS Preventiva Farallones SAS es una institución prestadora de servicios de salud que fue constituida el 1 de octubre del 2015, con domicilio en la ciudad de Cali bajo la modalidad de sociedad por acciones simplificada.

Actualmente la institución se encuentra habilitada para prestar Servicios de Vacunación y Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo cumpliendo con los Estándares de Habilitación definidos en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social además de cumplir con las características definidas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud definido en el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social (IPS Preventiva Farallones SAS, 2023).

Figura 4

Descripción de servicios habilitados

(4) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Valle del cauca	CALI	7600110368	01	IPS PREVENTIVA FARALLONES SAS	312 -ENFERMERÍA	DHSS0576699
Valle del cauca	CALI	7600110368	01	IPS PREVENTIVA FARALLONES SAS	420 -VACUNACIÓN	DHSS0282282
Valle del cauca	CALI	7600110368	01	IPS PREVENTIVA FARALLONES SAS	423 -SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DHSS0482048
Valle del cauca	CALI	7600110368	01	IPS PREVENTIVA FARALLONES SAS	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0592436

Nota. En la imagen se describe el detalle de los servicios habilitados por parte de la IPS. Tomado de Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud con corte al 12 de octubre de 2023, por IPS Preventiva Farallones SAS (2023)

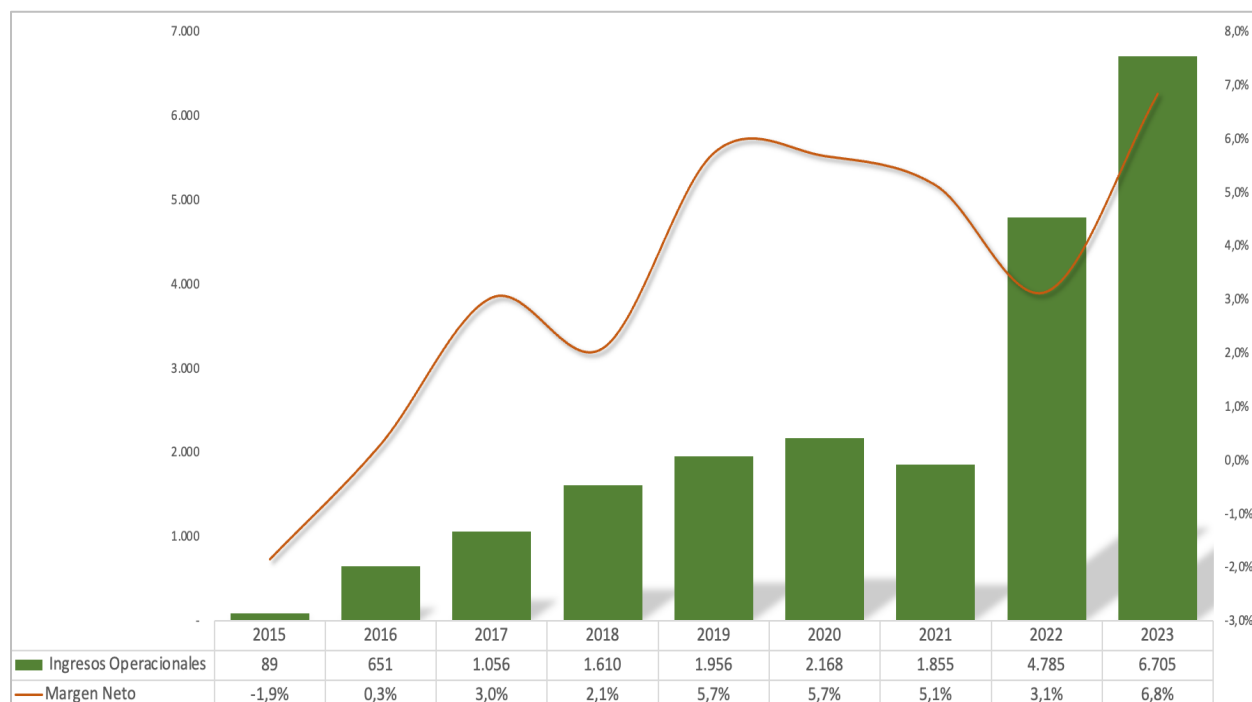
Adicionalmente, la empresa cuenta con habilitación como Establecimiento Farmacéutico Mayorista – Depósito de Medicamentos y Depósito de Especialidades Farmacéuticas cuyo

concepto favorable es emitido por la Secretaría Distrital de Salud de Cali, lo que les permite operar como distribuidor de vacunas y productos farmacéuticos en general.

En su primer año de operación, la IPS generó ingresos operacionales totales por \$89 millones prestando solo servicios de vacunación a personas particulares. Para el cierre del año 2023 se estima un total de ingresos operacionales por \$6.705 millones con un margen neto del 6,8% y un crecimiento del 40,1% con respecto al año 2022.

Figura 5

Evolución de los ingresos



Nota. En el gráfico se observa la evolución de los ingresos operacionales desde la creación de la empresa en el año 2015 hasta el año 2023. Fuente: IPS Preventiva Farallones SAS (2023a)

Cabe mencionar que, en este último año, la empresa ha diversificado su portafolio de servicios generando ingresos por los siguientes conceptos:

- Servicios de vacunación intramurales o extramurales domiciliarios a personas particulares.
- Servicios de vacunación PBS y No PBS para población afiliada a EAPB.
- Servicios de vacunación a pacientes VIH en alianza con IPS que tienen contratados programas especializados.
- Empresas de diversos sectores económicos que contratan Jornadas de Vacunación para sus colaboradores.
- Comercialización y distribución de vacunas (que no implican la prestación servicios de vacunación).

A continuación, se presenta el resumen de los ingresos anuales por estas líneas de negocio:

Tabla 3

Ingresos por línea de negocio

Línea de negocio	Acumulado anual			
	2023 (P)	2.022	Δ	Δ%
	6.705.079	4.785.555	1.919.524	40,1%
Vacunaciones particulares	866.898	548.916	317.982	57,9%
Vacunación institucional	664.215	1.104.360	-440.144	-39,9%
Programas VIH	420598	324.794	95.805	29,5%
Jornadas vacunación empresarial	132.762	72.384	60.378	83,4%
Distribución de vacunas	4.620.604	2.735.101	1.885.504	68,9%

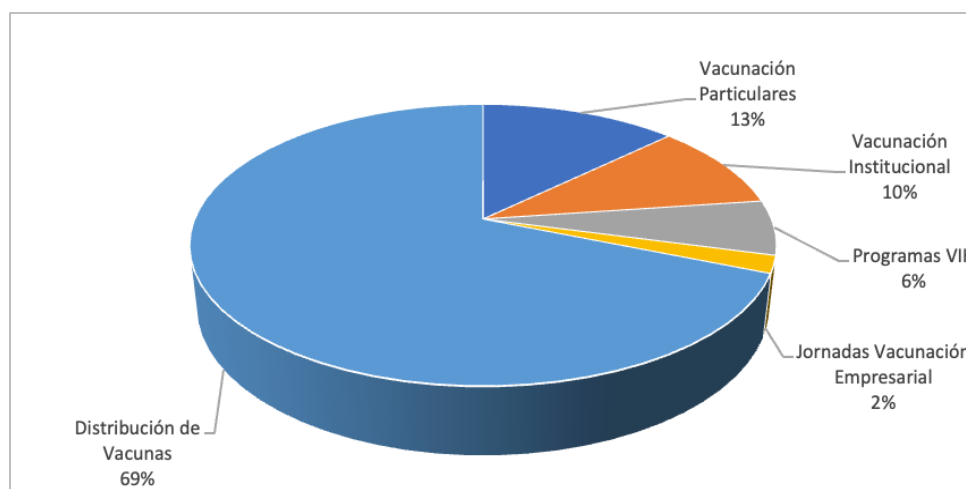
Nota. Datos tomados de IPS Preventiva Farallones SAS. (2023b)

Al cierre del año 2023 se estima que el 69% de los ingresos operacionales se generan por la línea de negocio de *Comercialización y Distribución de Vacunas* mientras que un 6% corresponde al suministro de vacunas para programas de VIH. Ver Figura 6.

Para el tamaño de la operación, la empresa ha ajustado su estructura organizacional al punto que hoy cuenta con 40 colaboradores, de los cuales 30 son personal de enfermería expertos en servicios de vacunación.

Figura 6

Distribución de ingresos por línea de negocio

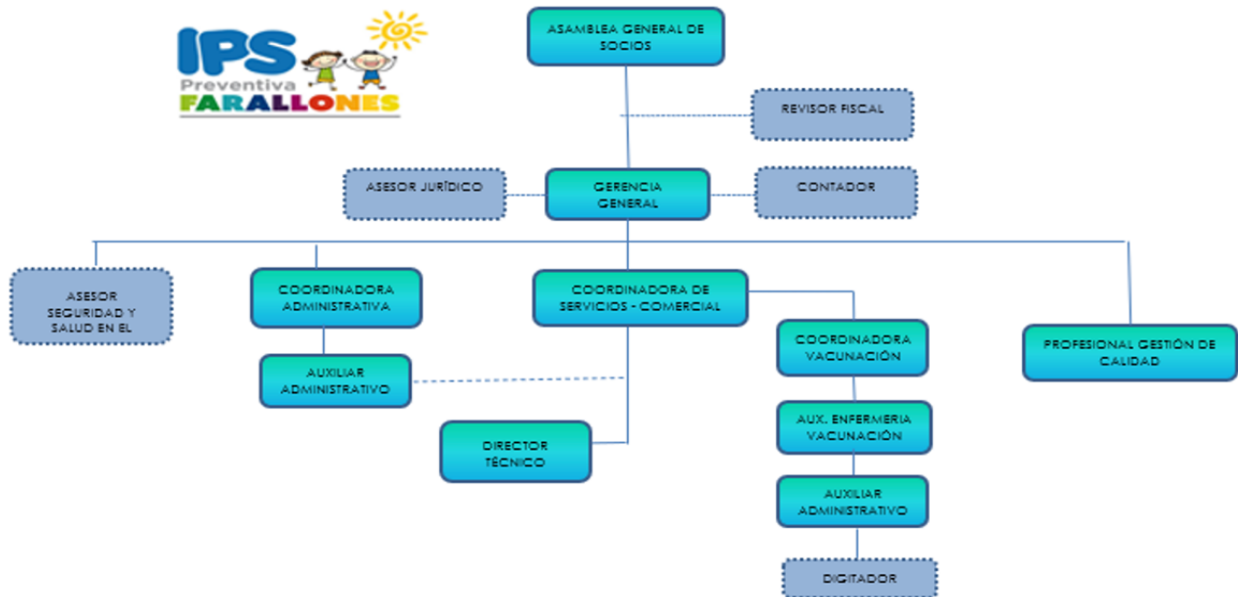


Nota. La figura muestra la participación de los ingresos operacionales por línea de negocio proyectados para el año 2023. Fuente: IPS Preventiva Farallones SAS (2023b)

Le empresa cuenta con una estructura organizacional funcional, en la que la Gerencia General tiene línea de autoridad vertical y directa con procesos que debe supervisar, como se presenta en la Figura 7. Con respecto a la forma como la empresa organiza sus flujos de operación, se han definido procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo representados en el mapa de procesos que se muestra en la Figura 8. Cabe decir que, bajo esta visión, la oferta de valor de la organización está representada en los procesos misionales en la cadena de abastecimiento (que abarca la compra, almacenamiento y distribución de vacunas) y prestación de servicios (que abarca servicios de vacunación y servicios de seguridad y salud en el trabajo), todo esto bajo el enfoque de satisfacer las necesidades del cliente.

Figura 7

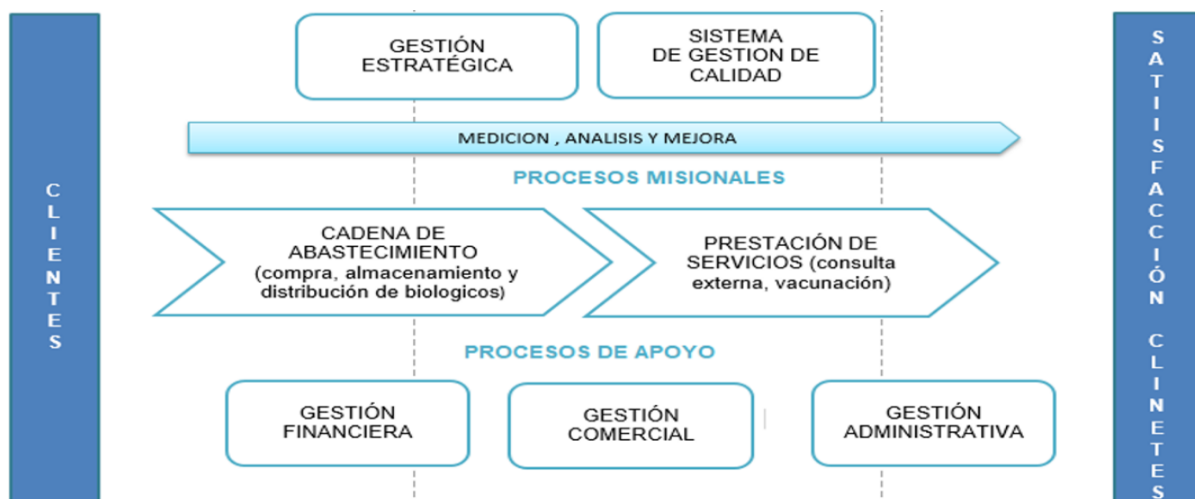
Estructura organizacional



Nota. La figura muestra la estructura organizacional de la compañía. Tomado de Sistema de gestión de calidad, por IPS Preventiva Farallones SAS (2023c).

Figura 8

Mapa de procesos



Nota. La figura muestra el mapa de procesos de la compañía. Fuente: IPS Preventiva Farallones SAS (2023c).

Desde la perspectiva financiera, en el año 2022 la empresa cerró con ingresos operacionales de \$4.786 millones y una utilidad neta de \$138 millones (*margen neto del 2,9%*), creciente sus utilidades en un 45,5% con respecto a lo observado en el 2021.

En el año 2022 la empresa cerró con activos totales de \$1.447 millones, siendo de mayor relevancia la cartera por cobrar a clientes que representó el 63,3% de los activos totales. la rotación de estas cuentas por cobrar cerró en 28 días, por lo que se puede inferir que es una cartera relativamente sana. Los pasivos totales cerraron en \$1.011 millones, lo que significa que el nivel de endeudamiento cerró en 69,9%, indicador que ha venido creciendo de la mano con el crecimiento de las operaciones (en 2020 endeudamiento del 44,9%).

En lo pasivos, se encuentran como cifras más relevantes las cuentas por pagar a la industria farmacéutica (\$405 millones, cartera que tiene una rotación de 32 días estando dentro de las condiciones pactadas) y los anticipos recibidos por el FNGR correspondientes a la operación de Vacunación contra el COVID-19 pendientes por legalizar (\$429 millones, que deben cruzar con una cuenta cobrar del activo por valor de \$566 millones). Si se depuran este valor de anticipo del FNGR, el nivel de endeudamiento se ajusta al 56,7% ubicándose en un valor muchos apropiado para la operación de la empresa.

La empresa no tiene obligaciones financieras relevantes, lo cual es reflejo de que la operación ha tenido la capacidad suficiente para generar los recursos necesarios para su sostenimiento. Ver Figura 9.

Figura 9

Estado de resultados comparativo



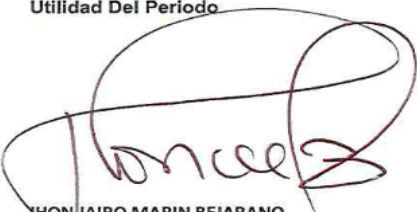
IPS PREVENTIVA FARALLONES S A S


NIT 900895359-3

Estados de resultados al 31 de diciembre de 2022 con cifras comparativas al 31 de diciembre de 2021

(Expresado en Miles de Pesos)

		2,022	.%	2,021
	Nota			
Operaciones continuas				
Ingresos de actividades ordinarias	14	4,785,554	100%	1,854,828
Costo de ventas	15	3,575,527	74.7%	1,118,415
Utilidad bruta		1,210,027	25.3%	736,413
Gastos de administración	16	95,355	2.0%	37,857
Gastos de Venta	16	831,771	17.4%	545,119
Otros gastos		52,890	1.1%	25,239
Resultados de actividades de la operación		980,016	20.5%	608,215
Ingreso financiero	17	26,756	0.6%	18,146
Costos financieros	18	26,493	0.6%	7,919
Costo financiero neto		263		10,227
Utilidad antes de impuestos		230,274	4.8%	138,425
Impuesto a las ganancias		91,929	1.9%	43,354
Utilidad procedente de actividades que continúan		138,345		95,071
Utilidad Del Periodo		138,345	2.9%	95,071


JOHN JAIRO MARIN BEJARANO
 Representante Legal


LILIANA STELLA VARON MORALES
 CONTADORA
 T.P. 53384-T

Nota. La figura muestra el estado de resultados integral a diciembre del 2022 comparado con los resultados diciembre del 2021. Fuente: IPS Preventiva Farallones SAS (2022)

Figura 10

Estado de situación financiera




IPS PREVENTIVA FARALLONES S A S
NIT 900895359-3

Estados de Situación Financiera al 31 de diciembre de 2022
con cifras comparativas al 31 de diciembre de 2021
(Expresado en Miles de Pesos)

	Nota	2,022	2,021
Activos			
Efectivo y equivalentes de efectivo	3	42,937	93,973
Disponibles		28,109	93,709
Inversiones		14,828	264
Deudores comerciales y otras cuentas por cobrar	4	955,364	565,825
Cientes Comerciales		915,294	554,742
Anticipo Impuestos		26,628	10,260
Otras cuentas por cobrar		13,442	823
Inventario	5	411,520	115,478
Total activos corrientes		1,409,821	775,276
Propiedades, planta y equipo	6	37,015	57,067
Planta y Equipo		98,561	95,556
Depreciacion		(61,546)	(38,489)
Intangibles	7	-	4,783
Total activos no corrientes		37,015	61,850
Total activos		1,446,836	837,126
Pasivos			
Obligaciones Financieras	8	67,010	169,944
Proveedores	9	405,288	87,139
Acreedores comerciales y otras cuentas por pagar	10	30,991	24,396
Accionista		50,000	20,000
Anticipos FNGR vacuacion Covid19		429,496	150,124
Acreedores Oficiales	11	12,992	4,677
Beneficios a Empleados	12	14,964	13,097
Total pasivos corrientes		1,010,741	469,377
Total pasivos		1,010,741	469,377
Patrimonio			
Capital suscrito y pagado	13	40,000	40,000
Resultado de Ejercicios Anteriores		257,750	232,678
Resultado del periodo		138,345	95,071
Total patrimonio		436,095	367,749
Total pasivos y patrimonio		1,446,836	837,126


JHON JAIRO MARIN BEJARANO
Representante Legal


LILIANA STELLA VARON MORALES
CONTADORA
T.P. 53384-T

Nota. La figura muestra el estado de situación financiera a diciembre del 2022 comparado contra el cierre a diciembre del 2021. Fuente: IPS Preventiva Farallones SAS (2022)

En este sentido, la empresa cuenta con cupos de crédito disponibles en el sector financiero por \$500 millones, lo que en un momento dado podría ser empleado para apalancar actividades de inversión asociadas a nuevas oportunidades de negocio o al mejoramiento de la operación actual.

Patrimonialmente, la empresa se ha fortalecido a partir de la generación utilidades, pasado de \$40 millones en 2015 (capital invertido por los socios) a \$436 millones en 2022, aumentando más de 10 veces la inversión de los accionistas.

4.2 Direccionamiento estratégico

En el año 2022, se realizó una actualización de la plataforma estratégica de la empresa a partir de la necesidad de definir un plan que permita la sostenibilidad del negocio en el largo plazo. A partir de esto, se define un direccionamiento estratégico descrito en los siguientes elementos:

Visión: En el año 2026 IPS Preventiva Farallones será referente regional en la gestión de la promoción de la salud y prevención de enfermedades aportando a la construcción de una sociedad sana y productiva.

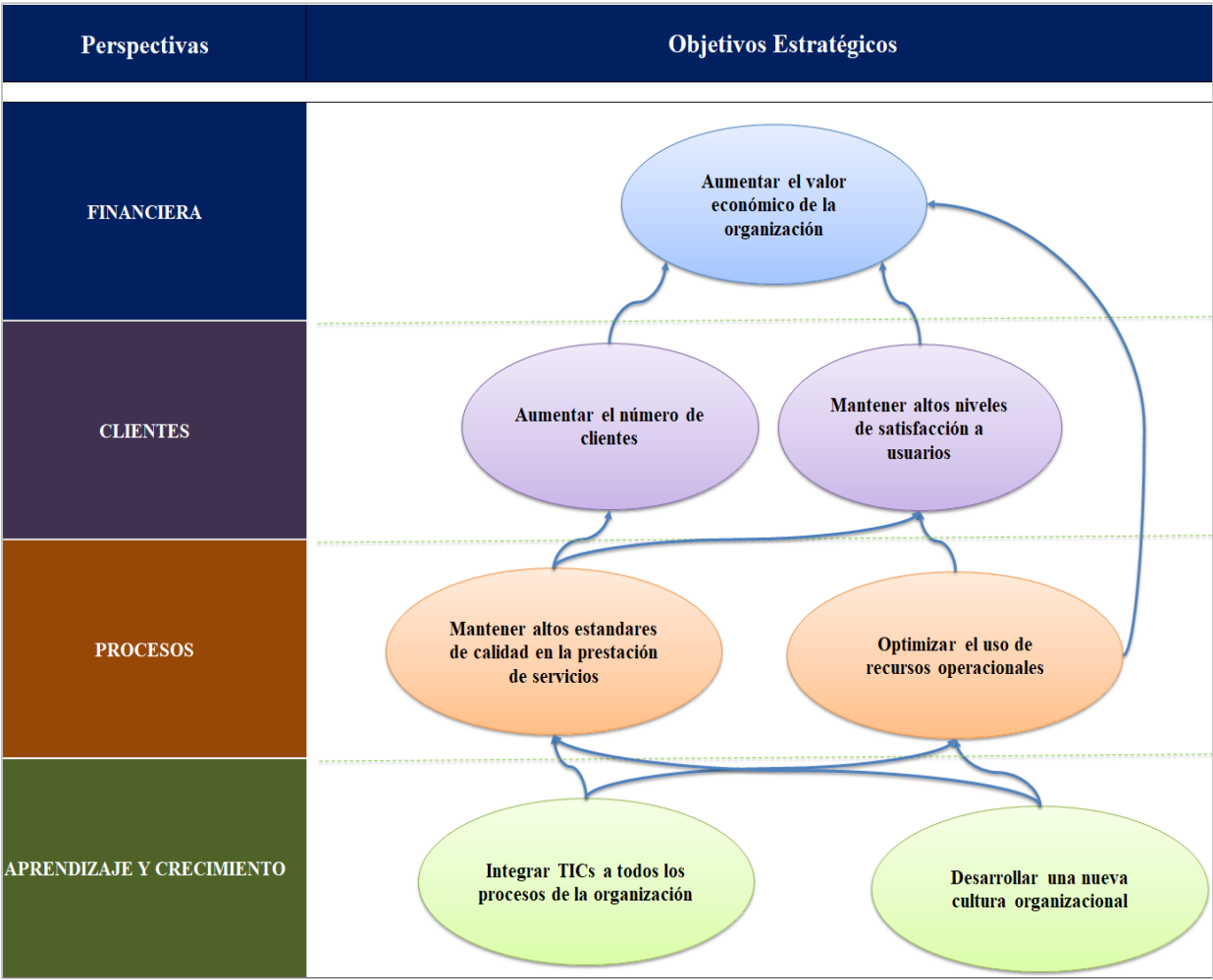
Misión: Somos una institución que gestiona servicios de salud para nuestros usuarios por medio de profesionales altamente capacitados que buscan prevenir la ocurrencia de enfermedades bajo principios científicos, técnicos y humanos.

Principios: Respeto por nuestros pacientes, trabajo en equipo y amor por lo que hacemos.

Utilizando la metodología del Balanced Scorecard desarrollada por Kaplan y Norton (1992), la empresa definió siete objetivos estratégicos enmarcados dentro de cuatro perspectivas (Financiera, Clientes, Procesos y Aprendizaje) e interconectados de forma tal que explican la

estrategia empresarial y que se representan de manera gráfica en el mapa estratégico de la Figura 11.

Figura 11
Mapa estratégico



Nota. La figura muestra el mapa estratégico construido con base en la metodología del Balanced Scorecard, donde se evidencia la propuesta estratégica de la compañía. Fuente: IPS Preventiva Farallones SAS (2023c)

La estrategia empresarial tiene como objetivo financiero la “generación de valor económico”, para lo cual se propone desde la base del aprendizaje y crecimiento la

transformación digital y el desarrollo de una cultura organizacional alineada con la Misión, Visión y Principios Corporativos; soportados por la sinergia desarrollada entre Tecnología y Cultura, se propone mantener altos estándares de calidad con un adecuado uso de los recursos, lo que a su vez deberá generar altos niveles de satisfacción a usuarios produciendo altos niveles de retención de clientes y la llegada de nuevos clientes. Se plantea que esto último facilite el crecimiento en los ingresos operacionales que redundarán en mayores beneficios económicos para la organización.

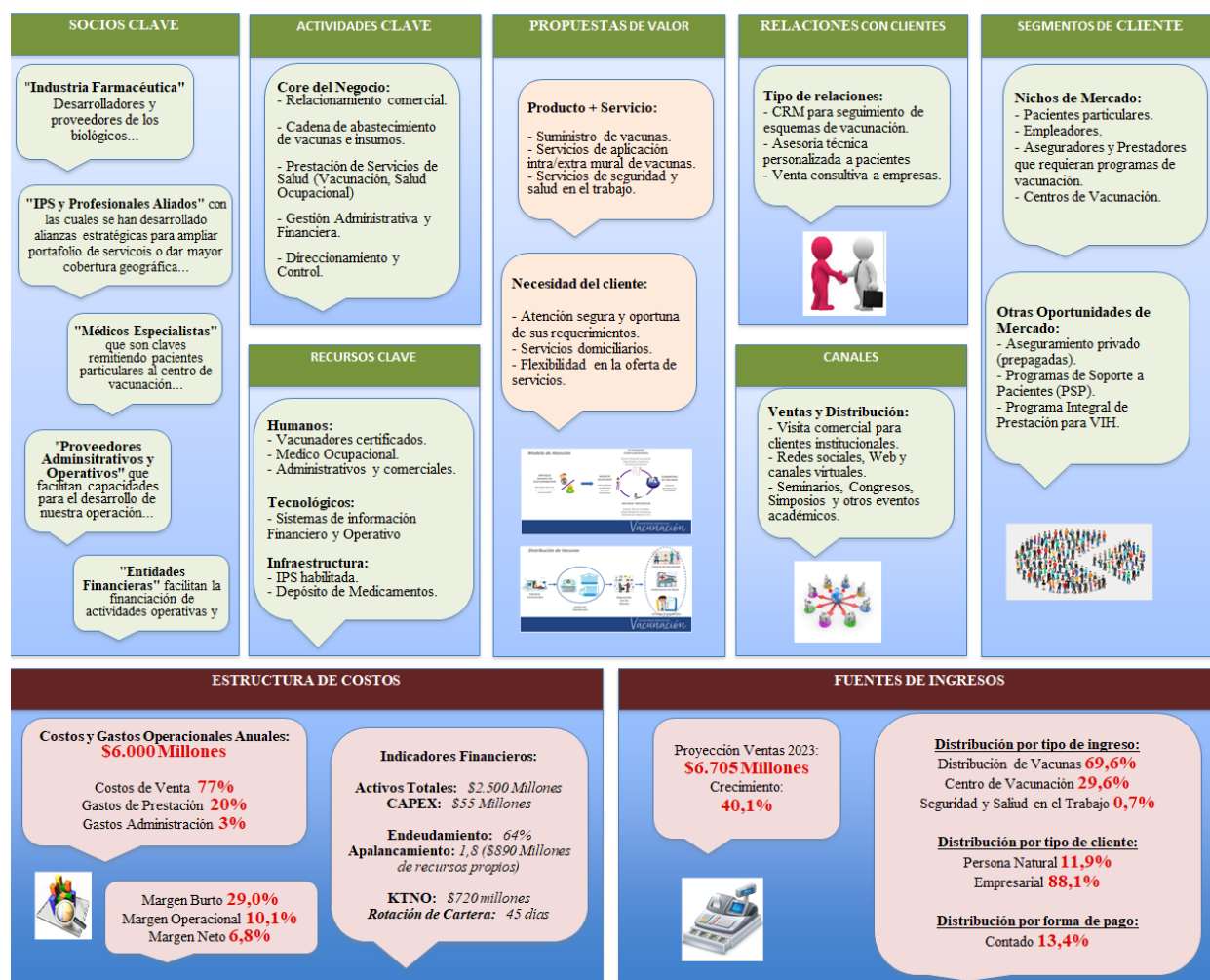
La empresa ha analizado y definido su “Modelo de Negocio” bajo la metodología de modelo CANVAS desarrollado por Osterwalder y Pigneur (2010), la IPS realiza una propuesta de valor que suma la comercialización de vacunas con la prestación de servicios relacionados con su aplicación, convirtiéndose en una propuesta diferencial frente a otros competidores.

En el mercado existen IPS vacunadoras que deben comprar sus vacunas a distribuidores y también existen distribuidores que no son fuertes en servicios de vacunación. El factor diferencial en IPS Preventiva Farallones SAS radica en que tiene muy bien desarrollados e integrados los dos modelos de atención en una sola propuesta. Ver Figura 12.

Es importante mencionar que la industria farmacéutica representa un aliado estratégico para el desarrollo del modelo de negocio de IPS Preventiva Farallones, pues a partir del relacionamiento con este actor, la empresa tiene la posibilidad de contar con la disponibilidad de inventarios de vacunas de manera permanente, oportuna, bajo estándares internacionales de calidad, a los mejores precios del mercado y con condiciones de pago a crédito.

Además de esto, la industria farmacéutica proporciona otros elementos importantes como espacios de capacitación y entrenamiento, asesorías técnicas permanentes, oportunidad para desarrollo de clientes y mercados.

Figura 12
Modelo de negocio



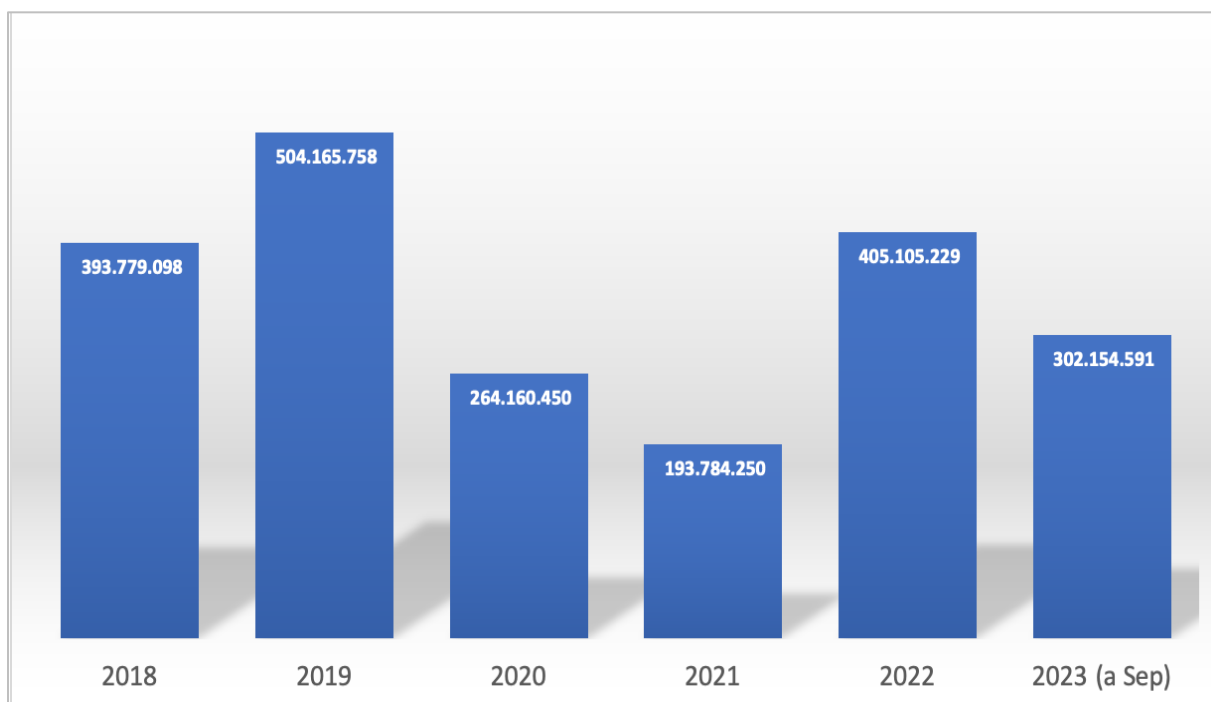
Nota. La figura muestra el modelo de negocios desarrollado bajo la metodología de CANVAS. Fuente: IPS Preventiva Farallones SAS (2023c).

De otro lado, se resalta que en este análisis se plantean otras oportunidades de mercado en las que se proponen las ideas de desarrollar un “Programa de Soporte a Pacientes – PSP” y un “Programa Integral de Atención para VIH”. Particularmente, la idea de un Modelo de Atención para VIH se origina a partir de la experiencia que IPS Preventiva Farallones ha tenido como IPS aliada para servicios de vacunación con otras instituciones de salud que atienden cortes de pacientes con VIH para diferentes aseguradores.

Entre enero de 2018 y septiembre de 2023, la empresa facturó \$2.063 millones en vacunas aplicadas a pacientes de estos programas, para 5 instituciones de salud en la ciudad de Cali. Estos ingresos representan el 12,1% de los ingresos operacionales totales generados en el mismo período. Ver Figura 13.

Figura 13

Ingresos operacionales por vacunación a programas VIH



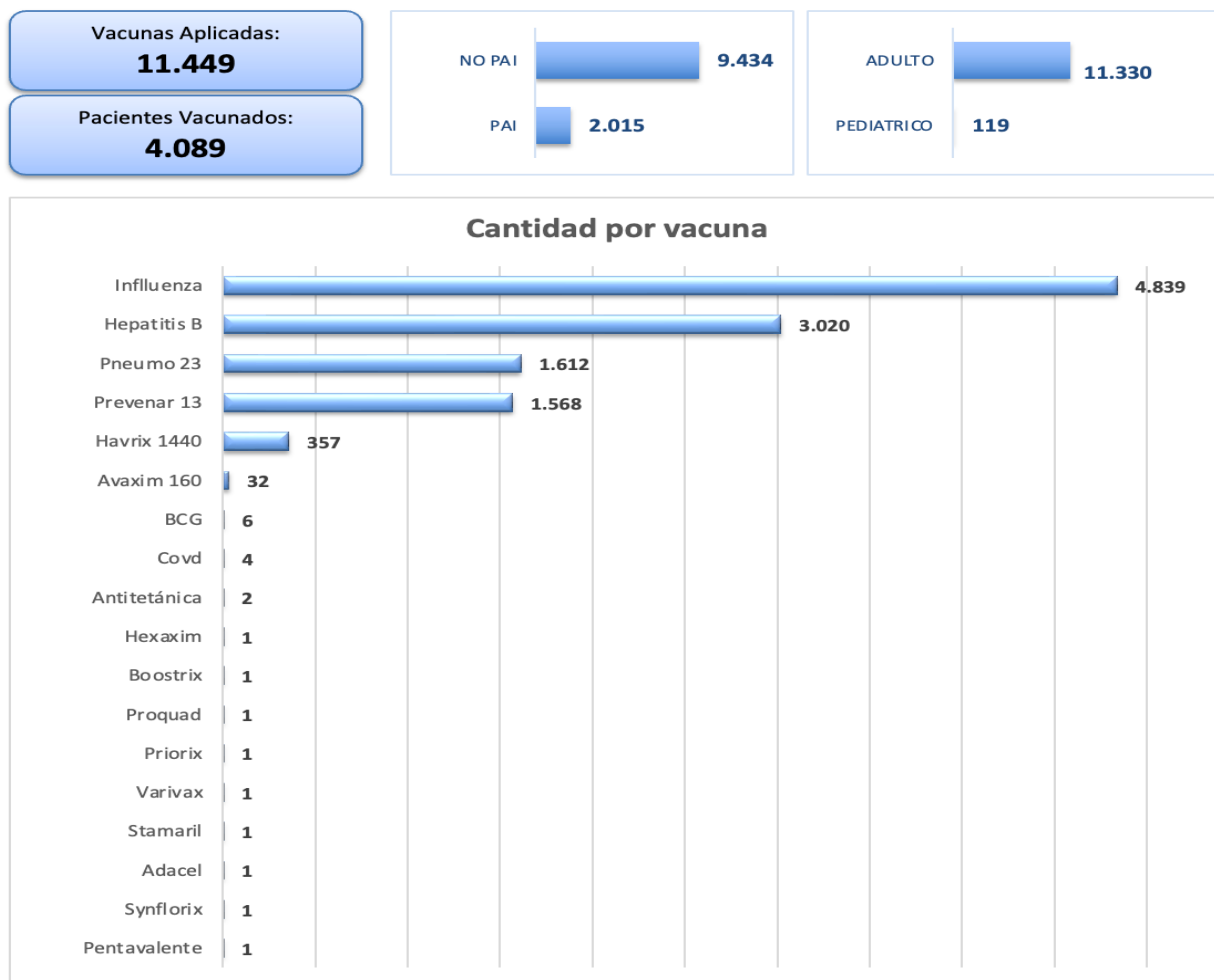
Nota. La figura muestra la evolución de los ingresos operacionales generados por la contratación de servicios de vacunación a pacientes diagnosticados con VIH. Fuente: Informe de gestión IPS Preventiva Farallones SAS (2023d).

Entre enero de 2022 y septiembre de 2023 se aplicaron un total de 11.449 vacunas para 4.089 pacientes pertenecientes a estos programas. El 42,3% de las vacunas aplicadas fue contra la influenza mientras que el 26,4% fue contra hepatitis B. El 99,0% de las vacunas aplicadas fue a pacientes adultos mientras que el 82,4% correspondía a vacunas no cubiertas dentro del PAI.

Ver Figura 14.

Figura 14

Estadísticas de vacunación a pacientes diagnosticados con VIH

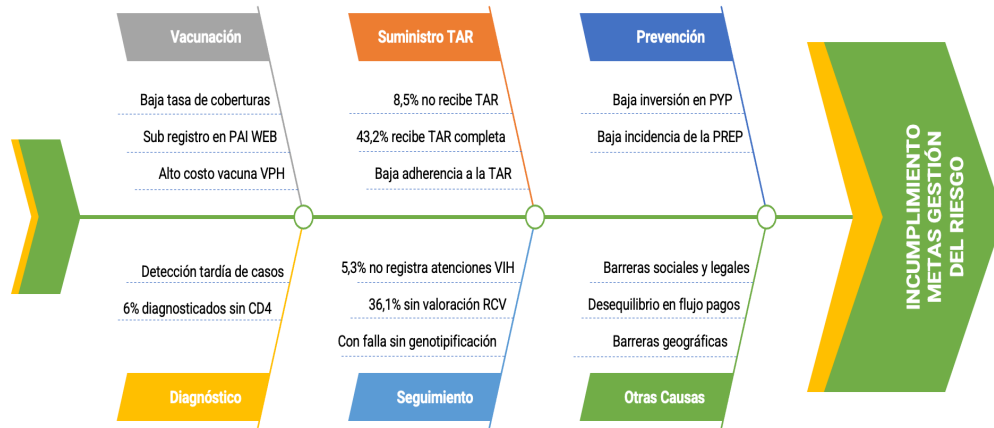


Nota. La figura muestra información descriptiva de pacientes y vacunas aplicadas, derivadas la contratación de servicios de vacunación a pacientes diagnosticados con VIH. Fuente: Estados financieros de IPS Preventiva Farallones (2023a)

Para la identificación de las barreras en la atención integral de pacientes VIH, IPS Preventiva Farallones realizó un ejercicio metodológico utilizando el Diagrama de Ishikawa (Figura 15), cuyos resultados fueron verificados con la infografía de barreras de ONUSIDA (Figura 16).

Figura 15

Diagrama de Ishikawa



Nota. Analisis hecho por el área de calidad IPS Preventiva Farallones con base en auditorías a los programas e información encontrada en los Informes de la cuenta de alto costo.

Figura 16

Infografía de barreras de ONUSIDA

INVERTIR PARA PONER FIN AL SIDA

La inversión de 29 000 millones de dólares al año de aquí a 2025 se destinará a la prestación de servicios integrales relacionados con el VIH, a la integración de servicios centrados en las personas y adaptados al contexto de cada caso, y a la eliminación de los impedimentos sociales y jurídicos que dificultan el desarrollo de un entorno que proporcione servicios relacionados con el VIH. Una inversión total permitirá evitar cientos de miles de muertes relacionadas con el sida y millones de nuevas infecciones por el VIH.

Los 29 000 millones de dólares se invertirán en:

- SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH**
 - Profilaxis previa a la exposición
 - Preservativos, lubricantes y otros productos
 - Pruebas del VIH
 - Terapia antirretroviral para adultos
 - Pruebas de carga viral
 - Apoyo a la retención de las personas en tratamiento
 - Pruebas del VIH y tratamiento para mujeres embarazadas
 - Diagnóstico infantil precoz
 - Tratamiento pediátrico
- SERVICIOS PARA PERSONAS TRANS**
 - Educación integral sobre sexualidad
 - Empoderamiento económico de las adolescentes y las mujeres jóvenes
 - Servicios para chicas adolescentes y mujeres jóvenes
- SERVICIOS PARA PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS**
 - Servicios para personas que se inyectan drogas
 - Terapia de sustitución de opiáceos
 - Programas de agujas y jeringas
- SERVICIOS PARA PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH**
 - Diagnóstico de la tuberculosis para personas que viven con el VIH
 - Tratamiento y prevención de la tuberculosis para personas que viven con el VIH
 - Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
- SERVICIOS PARA PERSONAS PRESAS**
 - Servicios para personas trans
 - Tratamiento de las infecciones oportunistas
- FACILITADORES SOCIALES**
 - Reducir el estigma y la discriminación
- INTEGRACIÓN Y OTROS SERVICIOS SANITARIOS**
 - Diagnóstico de la tuberculosis para personas que viven con el VIH
 - Tratamiento y prevención de la tuberculosis para personas que viven con el VIH
 - Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
- SERVICIOS PARA TRABAJADORES SEXUALES**
 - Servicios para personas trans
 - Tratamiento de las infecciones oportunistas
- SERVICIOS PARA PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH**
 - Reducir el estigma y la discriminación
 - Eliminar las barreras legales y sociales
 - Abordar la desigualdad de género
- GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA RESPUESTA**
 - Defender los derechos humanos
 - Participación comunitaria y de la sociedad civil
 - Información estratégica sobre la epidemia de VIH
 - Fortalecimiento de los sistemas sanitarios
 - Promoción de políticas



Nota. La figura contiene las barreras que se pueden superar por personas con SIDA. Fuente ONUSIDA (2021)

En el ejercicio anterior se puede mencionar la falta de seguimiento o seguimiento inadecuado a los esquemas de tratamiento ocasionando problemas de continuidad y oportunidad, altos costos de atención para pacientes en zonas de difícil acceso, problemas de negociación y pagos con los aseguradores, convirtiéndose esto en oportunidades para desarrollar una propuesta de valor que pueda atender estas necesidades.

En el desarrollo del direccionamiento estratégico, de manera muy general, se evidencian los siguientes logros y aspectos por mejorar:

Tabla 4

Logros y aspectos a mejorar

Logros alcanzados	Aspectos por mejorar
1. Se ha fortalecido la herramienta tecnológica “Carnet Virtual” como un CRM desarrollado a la medida que facilita al paciente consultar su historial de vacunación desde un navegador y que además permite hacer gestión de seguimiento a esquemas de vacunación.	1. Es necesario fortalecer una cultura organizacional que esté en línea con los principios corporativos, pues se han evidenciado aspectos críticos como baja motivación en colaboradores reflejándose esto en momentos de alta rotación de personal.
2. La empresa se ha fortalecido como un distribuidor de vacunas en el suroccidente colombiano, ampliando su base de clientes y fortaleciendo las relaciones con la industria farmacéutica.	2. Se debe fortalecer los mecanismos de medición de la gestión y los resultados a todos los niveles de la organización. Aunque la información financiera está controlada y se mide permanentemente, en otros procesos no se tienen las mismas prácticas.
3. Año tras año, la empresa ha cumplido con sus objetivos financieros en términos de generación de ingresos operacionales, generación de utilidades netas e incremento del valor de la inversión de los accionistas.	3. La capacidad de innovar debe convertirse en un elemento clave dentro del modelo de gestión de la organización, pues de acuerdo con los resultados observados para la organización es difícil generar nuevas ideas que ayuden a maximizar el valor de la organización.

4.3 Análisis del entorno y del sector

La compañía realizó el análisis de su entorno externo desde las perspectivas del sector salud, lo económico, lo tecnológico y lo competitivo evidenciando riesgos y oportunidades. A continuación, presentamos un resumen de este análisis en la Tabla 5.

Tabla 5*Análisis de entornos externos*

Entornos Externos	Análisis del Entorno	Riesgos	Oportunidades
Entorno Sector Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Presupuesto para el sistema de salud \$83 Billones en 2023. - Percepción negativa de - El gasto en salud alcanza 7% del PIB. - Reforma estructural en marcha en el congreso de la república. - Inviabilidad financiera de la mayoría de EAPB. - Niveles de satisfacción de usuarios del sistema al rededor del 80%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desaparición de las EAPB - Tendencia a contratar con IPS Públicas por parte del gobierno actual. - Ampliación cobertura PAI reduciendo de manera directa el mercado particular de vacunas. - Baja capacidad para influir en decisiones que generen cambios normativos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Priorización de la "Atención Primaria en Salud" - Fortalecer relaciones con entidades públicas (ESE - SDS). - Inversión del gobierno en políticas de cobertura de vacunación.
Entorno Económico	<ul style="list-style-type: none"> - Situación económica en lenta recuperación después de la pandemia. - Crecimiento del PIB anual cercano al 1,5% para el 2023. - Inflación del 13,12% en 2022 y proyectada en 10% para 2023. - Devaluación el dólar frente al peso del 5% entre Ene2022 y Oct2023. - Tasa de desempleo cercana al 10% en 2023, mejorando frente a pandemia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desaceleración de la economía mundial puede afectar nuestra economía local. - Políticas económicas que afecten sectores claves de la economía local. - Salida de capitales de mercados emergentes a mercados con menor riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crecimiento económico en el país y en la región. - Generación de empleo que trae más aportantes al sistema de salud.
Entorno Tecnológico	<ul style="list-style-type: none"> - Importantes avances en tecnologías en salud, que de alguna manera impactan la esperanza de vida. - Estos desarrollos tecnológicos también tienen impactos importantes sobre los costos de los sistemas de salud. - Tecnologías informáticas y de comunicaciones han acercado más a los usuarios con los servicios de salud. - Telemedicina y herramientas administrativas sistematizadas facilitan el acceso a los servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia de recursos económicos para financiar nuevas tecnologías sanitarias. - Políticas de actualización tecnológicas poco efectivas (ej.: historia clínica electrónica). - Riesgo informáticos (ciberataques o secuestro de información sensible para el sistema de salud). 	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de desarrollos propios de sistema de información que facilite el relacionamiento con clientes y usuarios. - Llegadas de nuevas tecnologías en salud que se puedan incluir en nuestro portafolio de servicios.

Entornos Externos	Análisis del Entorno	Riesgos	Oportunidades
Entorno Competitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Tanto en los mercados de vacunación como de S.S.T. se observan muchos competidores, lo que hace que los márgenes sean bajos. - Históricamente se ha evidenciado el ingreso de vacunas de dudosa procedencia en nuestro mercado. - Los servicios son poco diferenciados en términos de alcance de los portafolios (todos ofrecemos los mismos servicios). 	<ul style="list-style-type: none"> - Llegada de nuevos competidores que afecten más los márgenes. - Aumento de normas, más rigurosas y más difíciles de cumplir. - Incremento en costos de operación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de nuestras relaciones con actores claves. - Disposición para decidir y actuar proactivamente frente a cambio en el mercado. - Oferta de valor diferenciada en aspectos relacionado con acceso, calidad y humanización. - Desarrollar capacidades para adaptarnos rápidamente a cambios en regulación. - Desarrolla nuevos Modelos de Prestación que amplíen el alcance del portafolio de la empresa y permita entrar a otros mercados.

Nota. Información tomada de IPS Preventiva Farallones SAS (2023e)

En este análisis se hace referencia a una situación económica compleja para el país, con altas tasas de inflación, bajas tasas de crecimiento para el PIB y una fuerte devaluación de la moneda local evidenciando un entorno poco favorable desde esta perspectiva. Adicional a esto, en el sector salud se observa una situación adversa derivado de los altos costos de operación del sistema de salud, la no viabilidad financiera de algunos de sus actores más importantes y el interés del Gobierno Nacional por tramitar una reforma estructural al sistema de salud que busca mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, pero que a su vez genera una alta incertidumbre para todas las partes interesadas que hacen parte del modelo actual.

Para IPS Preventiva Farallones SAS, estos riesgos evidenciados se pueden transformar en oportunidades para desarrollar nuevos modelos de negocio a partir de la definición de un plan estratégico que los conduzca a acciones como el desarrollo de ofertas de valor soportadas en los principios de acceso, calidad y humanización que logren diferenciarse por su capacidad de llegar a población vulnerable, de manera integral y siempre en procura de mejorar la experiencia a los

pacientes, en línea con acciones encaminadas al fortalecimiento de relaciones comerciales con actores claves y la capacidad de adaptarse rápidamente a los cambios del sector.

4.4 Análisis interno y de los grupos de interés

En la compañía se realizó el análisis del entorno interno, bajo el criterio de riesgos y oportunidades. En la Tabla 6 se muestra un resumen de este análisis.

Tabla 6

Análisis de entornos internos

Entorno Interno	Análisis del Entorno	Riesgos	Oportunidades
Cultura Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Centro de vacunación históricamente conocido en la ciudad, aunque hoy es una empresa diferente, con socios diferentes y talento humano diferente. - Se han hecho esfuerzos por mejorar el servicio, pero se no es clara una cultura de servicio fortalecida. - Se debe trabajar en humanización del servicio y en asegurar que se priorice siempre al paciente. - Se deben fortalecer programas de retención de talento humano, pues hay momentos de alta rotación de personal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rotación de personal que aumenta costos, afecta la cultura y genera pérdidas importantes de talento humano valioso. - Pérdida de clientes o baja fidelización. - Débil implementación de modelo de atención y ofertas de valor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de imagen corporativa alineadas con nuevas estrategia del negocio y nuevas tendencias del mercado (posible cambio en el nombre comercial). - Definición de modelo de gestión de la cultura organizacional. - Socialización e Implementación de la planeación estratégica en todos los niveles de la organización. - Fortalecimiento de estrategias de gestión del talento humano (incentivos, reconocimiento, evaluación de desempeño). - Desarrollo de cultura de servicio priorizando al usuario y apoyándose en elementos de calidad en salud como acceso, oportunidad, seguridad.
Desarrollo Tecnológico	<ul style="list-style-type: none"> - La empresa cumple con requisitos mínimos de infraestructura tecnológica (TICS). - Desarrollo de herramienta CRM "Carnet Virtual". Se captura información de pacientes vacunados, pero no se utiliza esta información para diseñar estrategias de mercadeo. - Se planea invertir en herramientas para gestionar 	<ul style="list-style-type: none"> - No dar continuidad a estrategias de forma que nos podamos quedar rezagados frente a los avances en tics. - Cambios normativos que nos obliguen a hacer nuevas inversiones en software y hardware. - Riesgos de ciberataques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definir plan de inversiones en TICS para el corto y mediano plazo. - Definir estrategia de cobertura ante riesgos cibernéticos y riesgos de pérdida de información. - Continuar desarrollando y fortaleciendo "Carnet Virtual" - Invertir en nuevas herramientas de acercamiento a clientes como Call Center, Mailing, WhatsApp, Instagram... para crear un ecosistema digital.

Entorno Interno	Análisis del Entorno	Riesgos	Oportunidades
Infraestructura Física	<p>contactos (voz y canales virtuales) con usuarios recurrentes y potenciales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estas estrategias son costosas, pero pueden ser diferenciales. - La empresa cuenta con ERP que controla inventarios, facturación, compras y en general procesos críticos de la operación. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - La IPS se encuentra en un punto estratégicamente ubicado y cumple con todos los requisitos para el servicio de vacunación. - Para SST la infraestructura es muy pequeña por lo que se debe considerar una nueva sede. - El depósito de medicamentos cumple, pero está en su capacidad máxima. No cuenta con planta eléctrica por lo que esta puede ser una razón para cambiar de sede. - Las oficinas administrativas son poco confortables y muy pequeñas. - Las salas de espera deben modernizarse y generar un ambiente más agradable. - Todas las sedes deben manejar una imagen corporativa estándar. - El manejo de la cadena de frío es crítico y por tanto debe funcionar a la perfección. 	<ul style="list-style-type: none"> - Con aumentos considerables en la demanda, la capacidad instalada no será suficiente. - Los costos de adecuación de nuevas sedes son altos, por lo que se hace importante evaluar costo / beneficio. - Nuevas exigencias de norma nos pueden obligar a cambios complejos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definir modelos de crecimiento en operaciones de largo plazo y hacer monitoreo permanente para mantener indicadores de capacidad ocupada dentro del rango ideal. - Presupuestar recursos para adecuación de sedes o apertura de nuevas sedes. - Monitorear de manera permanente cambios normativos que impliquen ajustes de infraestructura. - Mantener altos estándares en cadena de frío durante el proceso de almacenamiento de vacunas (calibraciones y validaciones de equipos de refrigeración, equipos de monitoreo, sensores, procesos, planes de contingencia, sistemas de climatización y eléctricos...)
Capacidad Financiera	<ul style="list-style-type: none"> - La empresa cuenta con una capacidad financiera suficiente para el tamaño de su operación. - Facturación anual de \$6.705 Millones en 2023, con Activos por \$2.500 millones, Patrimonio de \$900 Millones, endeudamiento del 64%, índices de actividad eficientes y liquidez de 1,4 que en conjunto muestran una adecuada salud financiera. - Hay retos grandes relacionados con el incido de 	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo financiero transferido por clientes de venta a crédito que lleguen a situación de no pago. - Agotamiento de fuente de financiación para nuevos proyectos. - Exigencias normativas que impliquen grandes reservas de capital. - Crecimiento desbordado sin 	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuada planeación operativa y financiera, alineadas con planeación estratégica (programas, planes, proyectos). - Mantenimiento de oferta de recursos por parte del sector financiero. - Capitalización de socios en caso de ser necesario. - Afinamiento de información financiera y de las herramientas informáticas que la generan. - Control apropiado de los procesos que mueven recursos críticos y representativos.

Entorno Interno	Análisis del Entorno	Riesgos	Oportunidades
	nuevos proyectos, para los cuales se deben buscar estrategias de financiación. - Se cuenta con el apoyo del sector financiero, pero avalado por las capacidades financieras de los socios. - Entrar en negocios institucionales con Aseguradoras o con el Estado, implica también grandes exigencias de capital.	adecuadas estrategias de financiación.	- Mitigación de riesgos financieros a través de pólizas.
Capacidad Comercial	- La empresa está en camino de diversificar su portafolio de servicios. - Hay un número importante de clientes por lo que se diluye el riesgo de concentración. - Año tras año se evidencian crecimientos en los valores de facturación. - Se debe estructurar mejor la estrategia comercial. Hay que fortalecer este proceso.	- Sentirnos en una zona de confort, de forma tal que no se vea necesario generar mejoras. - Perder clientes por demoras en el proceso comercial atribuidas a falta de herramientas y capacidades.	- Documentar el proceso comercial. - Vincular asesor comercial. - Facilitar herramientas tecnológicas para optimizar la gestión del proceso. - Definir metas y mecanismos de medición permanentes. - Dar más autonomía al proceso para generar acuerdos alienados con las políticas corporativas. - Alinear el proceso comercial con estrategias de servicios a los clientes. - Participar en más espacios donde se convoque a diferentes actores del sector.

Nota. Información tomada de IPS Preventiva Farallones SAS (2023e)

En este análisis se resaltan la cultura organizacional como un aspecto a mejorar debido a elementos claves como la adopción de valores comparativos por parte del talento humano teniendo en cuenta que a partir de esto se apalanca el desarrollo de la estrategia organizacional y por tanto el cumplimiento de objetivos estratégicos. A la fecha no existen indicadores que midan de manera objetiva la correcta adopción de la cultura organizacional evidenciada en la plataforma estratégica.

En términos de capacidades financieras y de infraestructura, la empresa ha tenido la habilidad de soportar todos los requerimientos de sus clientes cumpliendo con las exigencias

normativas, por lo que se puede asegurar que la empresa tiene capacidades suficientes para atender los servicios que ofrece a su mercado objetivo. Es importante que se adquiera la dinámica de medir la utilización de la capacidad instalada, dado que esta es una variable a la que no se hace seguimiento.

Con respecto a las capacidades comerciales, la empresa ha tomado la decisión de ajustar su estrategia empezando a generar nuevas ofertas de valor que permitan diversificar el portafolio en nuevos mercados. A través de 8 años de operación, la empresa ha concentrado sus convenios comerciales únicamente en servicios de vacunación. Para el desarrollo de esta estrategia, desde la gerencia se ha planteado la necesidad de fortalecer los procesos comerciales e invertir en la estructuración e implementación de nuevos modelos.

Tabla 7

Grupos de interés, necesidades, riesgos y oportunidades

Grupos de Interés	Necesidades y Expectativas	Riesgos	Oportunidades
Laboratorios Farmacéuticos	Buscan: - Prestadores de servicios y gestores farmacéuticos aliados para entregas sus vacunas a un mayor número de pacientes cumpliendo con todos los estándares de calidad. - Clientes solidos financiera y operativamente.	- Cambio en políticas comerciales (montos de compra, plazos, descuentos, etc.). - Fusiones o escisiones o cierre de operación.	- Visitas a Bogotá para acercamientos con personas claves al interior de los laboratorios. - Generación de otro tipo de alianzas que agreguen valor (tipo PSP). - Mantenimiento de estrategias de cumplimiento de acuerdos comerciales. - Transparencia en todos los procesos de negociación. - Oferta de Jornadas de Vacunación para sus colaboradores.
Entes Territoriales	Buscan: - Aliados que apoyen estrategias de vacunación.	- Amplíen coberturas con vacunación PAI reduciendo oportunidades comerciales en el canal privado.	- Participación en proyectos de vacunación NO PAI, pero sin limitarnos solo a la venta de vacunas. Con otros valores agregados: Gestión de Información, Suministro de vacunadoras, Suministro de insumos, etc. - Oferta de Jornadas de Vacunación para sus colaboradores.
Aseguradores	Buscan: - Prestadores de Servicios	- Situación financiera de las EAPB. - No continuidad de las	- Acompañamiento en gestión del riesgo en salud (cohortes con bajas tasas de cobertura en vacunación).

Grupos de Interés	Necesidades y Expectativas	Riesgos	Oportunidades
	especializados en servicios de vacunación, flexibles, con altos estándares de calidad, pero con tarifas bajas.	EAPB en el nuevo sistema de salud.	- Estrategias de contratación innovadoras (PGP). - Oferta de equipos vacunadores para cumplimiento de coberturas PAI. - Oferta de Jornadas de Vacunación para sus colaboradores.
Entes de Control	Buscan: - Que los prestadores de servicios cumplan con todas las exigencias normativas (SOGC).	- Que se presenten hallazgos en las visitas de los entes de control, con las consecuencias que se deriven de ello.	- Monitorear de manera permanente cumplimiento de lo definido en SOGC
Ministerio de Salud	Buscan: - Prestadores que cumplan con sus deberes y obligaciones dentro de Sistema de Salud.	- Que se definan nuevas exigencias para las cuales no estemos preparados.	
Pacientes y sus familias	Buscan: - La garantía de un servicio de calidad. - La mejor oferta de precios en el canal particular. - Oportunidad en la atención. - Seguimiento a sus necesidades. - Trato digno.	- Que nuestra oferta no esté en línea con las expectativas del paciente y su familia.	- Seguimiento permanente a las necesidades del paciente. - Acompañamiento post prestación de servicios. - Fortalecimiento del trato humanizado. - Educación a los pacientes.
Clientes personas jurídicas	Buscan: - El mejor servicio con los mejores precios. - Cumplimiento de acuerdos de servicio. - Propuestas integrales, flexibles y duraderas en el tiempo. - Financiación y plazos de pago.	- Que no se logren fidelizar. - Que no tengamos la capacidad de ofrecer precios competitivos.	- Diseñar estrategias de fidelización. - Diseñar productos y servicios flexibles. - Ofrecer créditos en caso de ser estrictamente necesario.
Accionistas	Buscan: - Retorno de su inversión - Consolidación de su estrategia de negocio.	- Conflictos entre accionistas. - Indefinición de planes de continuidad.	- Implementación de código de ética y buen gobierno corporativo.
Colaboradores	Buscan: - Estabilidad Laboral. - Motivación e incentivos laborales. - Trato digno. - compensación adecuada.	- Alta rotación de personal. - No adherencia a lineamientos corporativos.	- Fortalecimiento de estrategias de gestión del talento humano (incentivos, reconocimiento, evaluación de desempeño). - Mayor acercamiento entre Directivos y sus equipos de colaboradores.

Grupos de Interés	Necesidades y Expectativas	Riesgos	Oportunidades
Proveedores	Buscan: - Clientes que paguen oportunamente y que cumplan los acuerdos.	- Que se comprometan con servicios que no puedan cumplir. - Que nos transfieran fallas de calidad.	- Diseñar estrategia de evaluación de proveedores. - Definir matriz de riesgos o criticidad de proveedores. - Generar acuerdos de largo plazo que nos den estabilidad en las relaciones.

4.5 Accionistas y fuentes de recursos financieros

La sociedad de naturaleza comercial denominada IPS Preventiva Farallones SAS, fue constituida el 01 de octubre de 2015 ante la Cámara de Comercio de Cali con un capital autorizado, suscrito y pagado de \$40.000.000. Actualmente la empresa está representada legalmente por el señor Jhon Jairo Marín Bejarano y la señora Daniela Bonilla Domínguez, quienes además son los únicos dueños de la compañía.

Tabla 8

Composición accionaria

Accionistas	No. cédula	Acciones suscritas	Valor suscripción	Porcentaje
Jhon Jairo Bejarano	9.449.403	2.000	\$20.000.000	50%
Daniela Bonilla Domínguez	1.144.079.578	2.000	\$20.000.000	50%
Total		4.000	\$40.000.000	100%

Nota. Datos tomados de Informes financieros IPS Preventiva Farallones SAS (2023a)

Cabe decir que, desde la creación de la sociedad hasta el cierre contable de octubre de 2023, el patrimonio con el cual fue constituida, ha crecido más de 27 veces gracias a los buenos resultados operacionales y que debido al tamaño de la operación, ese capital ha sido suficiente para soportar la dinámica de crecimiento de la compañía.

También es importante mencionar que la compañía cuenta con cupos de crédito disponibles para capital de trabajo a través del sistema financiero por valor de \$500 millones, recursos que aportarían la liquidez necesaria para inversiones en CAPEX.

Con respecto a la capacidad de los socios, se menciona al señor Jhon Jairo Marín Bejarano, quien posee el 50% de la sociedad y ejerce el cargo de Gerente General. Es ingeniero industrial con especialización en finanzas y actualmente está optando por el título de Magister en Gerencia de Organizaciones de Salud y tiene una trayectoria laboral con más de 16 años de experiencia en el sector de los gestores farmacéuticos, donde se desempeñó como gerente administrativo, financiero y miembro de junta directiva.

5. Análisis de situación relacionada con el modelo de atención vigente de la IPS

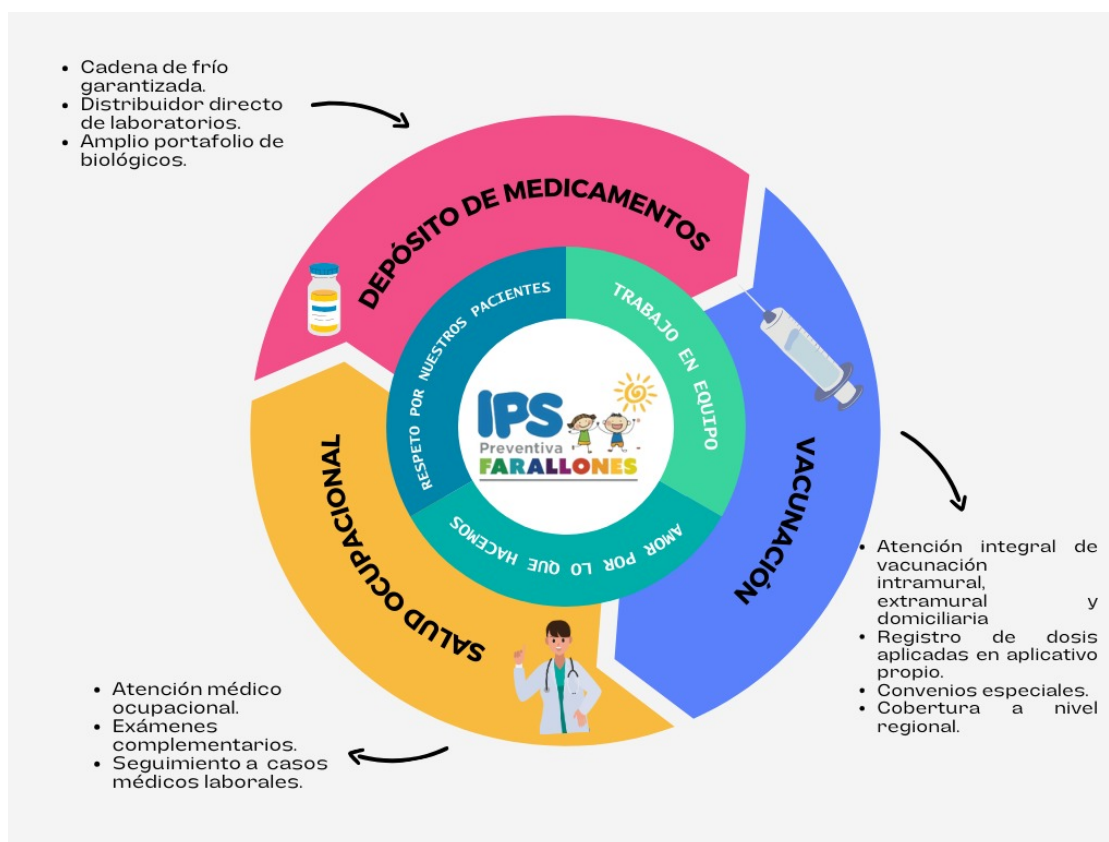
5.1 Análisis del modelo en la IPS

Como se ha descrito anteriormente, la empresa está habilitada para prestar servicios de Vacunación y servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo, además de contar con el permiso para suministrar medicamentos.

A continuación, se presenta el modelo de atención con sus principales atributos:

Figura 17

Modelo de atención IPS Preventiva Farallones



Nota. En la figura se muestran los servicios ofertados con sus principales atributos interactuando con los principios corporativos. Fuente: IPS Preventiva Farallones (2023a)

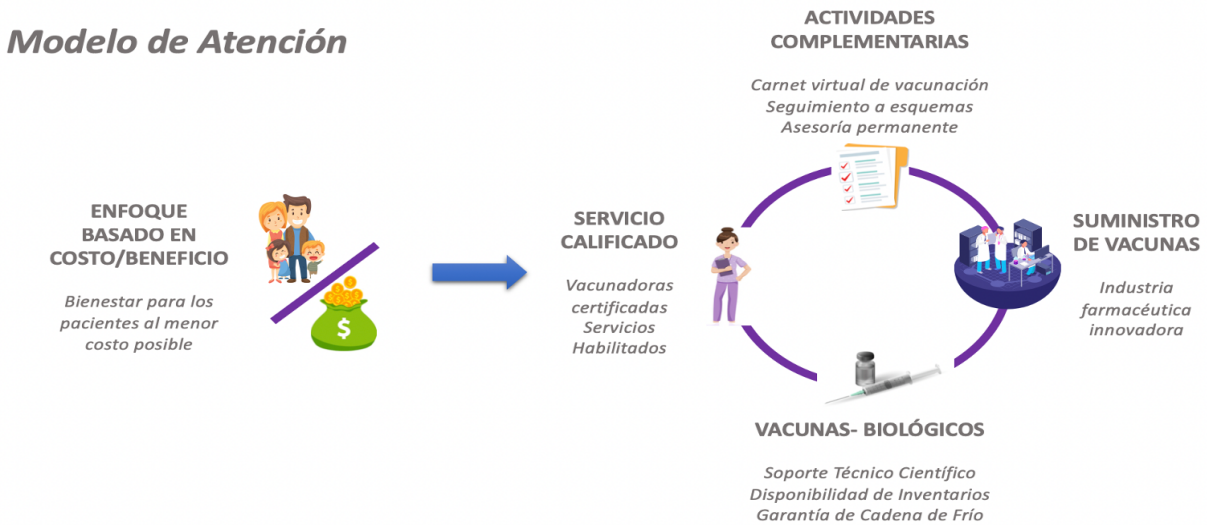
La empresa ha soportado el desarrollo de su operación en la construcción y fortalecimiento de relaciones sólidas con la industria farmacéutica, particularmente con laboratorios que se han encargado de desarrollar el negocio del suministro de vacunas en el país. Gracias a esto, la IPS tiene la posibilidad de ofertar un completo portafolio de vacunación tanto a nivel individual como a nivel empresarial.

De otro lado, la posibilidad de estar en el segmento de vacunación empresarial, le permitió a la compañía visualizar la oportunidad de desarrollar el servicio de seguridad y salud en el trabajo, apalancándose en una estructura administrativa, operativa y comercial ya existente.

Específicamente para el servicio de vacunación, la IPS presenta el siguiente modelo:

Figura 18

Modelo de atención servicios de vacunación IPS Preventiva Farallones



Nota. La figura se muestra los atributos que caracterizan al servicio de vacunación. Fuente: IPS Preventiva Farallones (2023a)

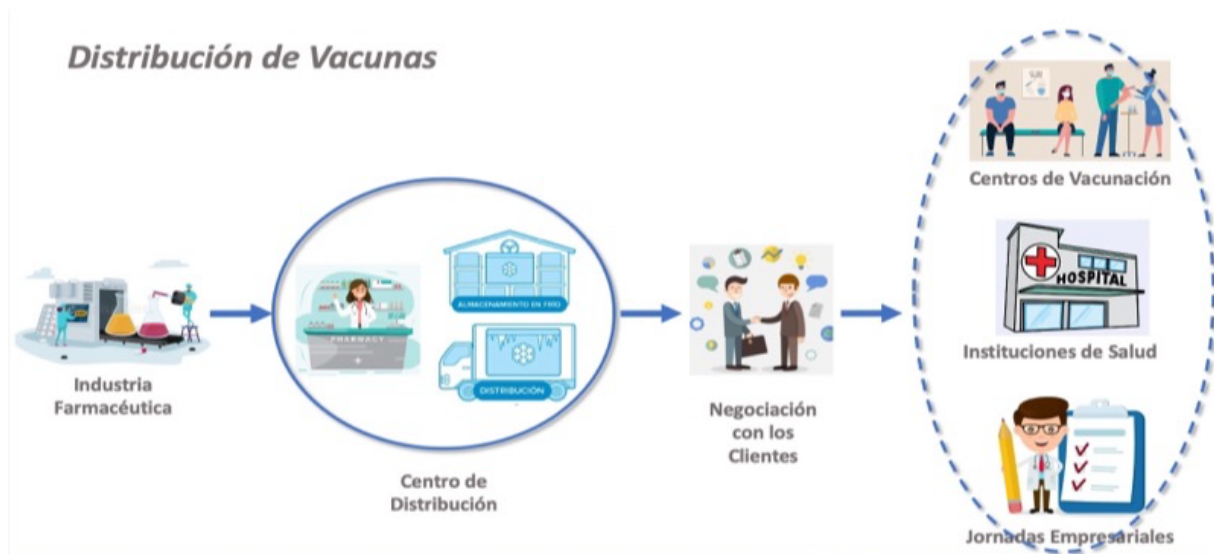
En este modelo se ofrece un servicio bajo el enfoque de costo/beneficio en el cual se entrega un servicio que busca la prevención de la ocurrencia de ciertas enfermedades a unas

tarifas competitivas en el cual se definen como principales atributos el talento humano certificado y con amplia experiencia, la alianza estratégica con la industria farmacéutica como proveedor directo de las vacunas, el soporte técnico científico tanto en la calidad de los biológicos como en la trazabilidad y el monitoreo de la cadena de frío y en general el proceso de custodia y distribución de las vacunas y por último otras actividades complementarias como un sistema CRM donde se registra las actividades de vacunación por paciente y se puede hacer seguimiento a esquemas de vacunación acompañado de actividades de asesoría en este mismo sentido.

Para el servicio de suministro o distribución de vacunas se presenta el siguiente modelo:

Figura 19

Modelo de atención servicios de distribución de vacunas IPS Preventiva Farallones



Nota. La figura se muestra los atributos que caracterizan el servicio de distribución de vacunas.
Fuente: IPS Preventiva Farallones (2023a)

En este modelo lo que básicamente se desarrolla es la operación de comercialización y distribución de vacunas al por mayor, soportándose en un proceso de negociación de compras a

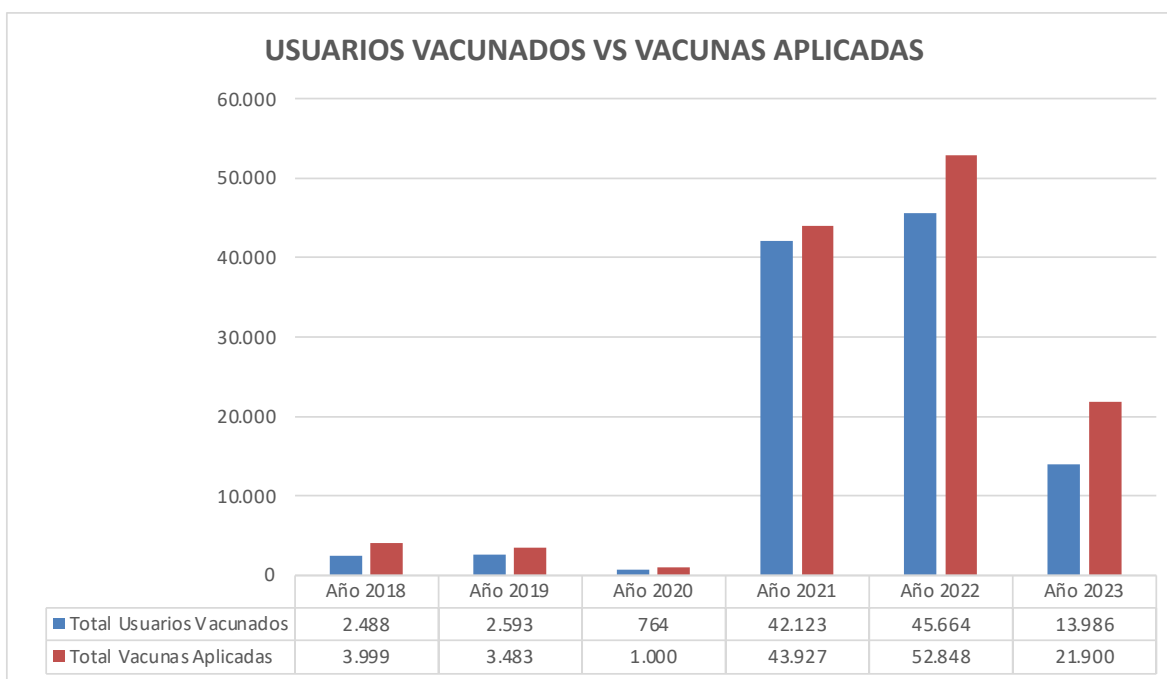
la industria farmacéutica, todo el proceso logístico de recepción, almacenamiento y distribución de las vacunas y finalmente un proceso de venta a los clientes que generalmente son centros de vacunación e instituciones de salud.

5.2 Análisis de la demanda

Entre enero de 2018 y septiembre de 2023 la IPS atendió entre todos sus programas de vacunación un total de 107.618 usuarios incluyendo la población que fue vacunada contra el COVID 19, lo que significó aplicar un total de 127.157 vacunas. A continuación, se presenta el comportamiento anual tanto en número de pacientes como en número de dosis aplicadas.

Figura 20

Cantidad de usuarios vacunados y vacunas aplicadas



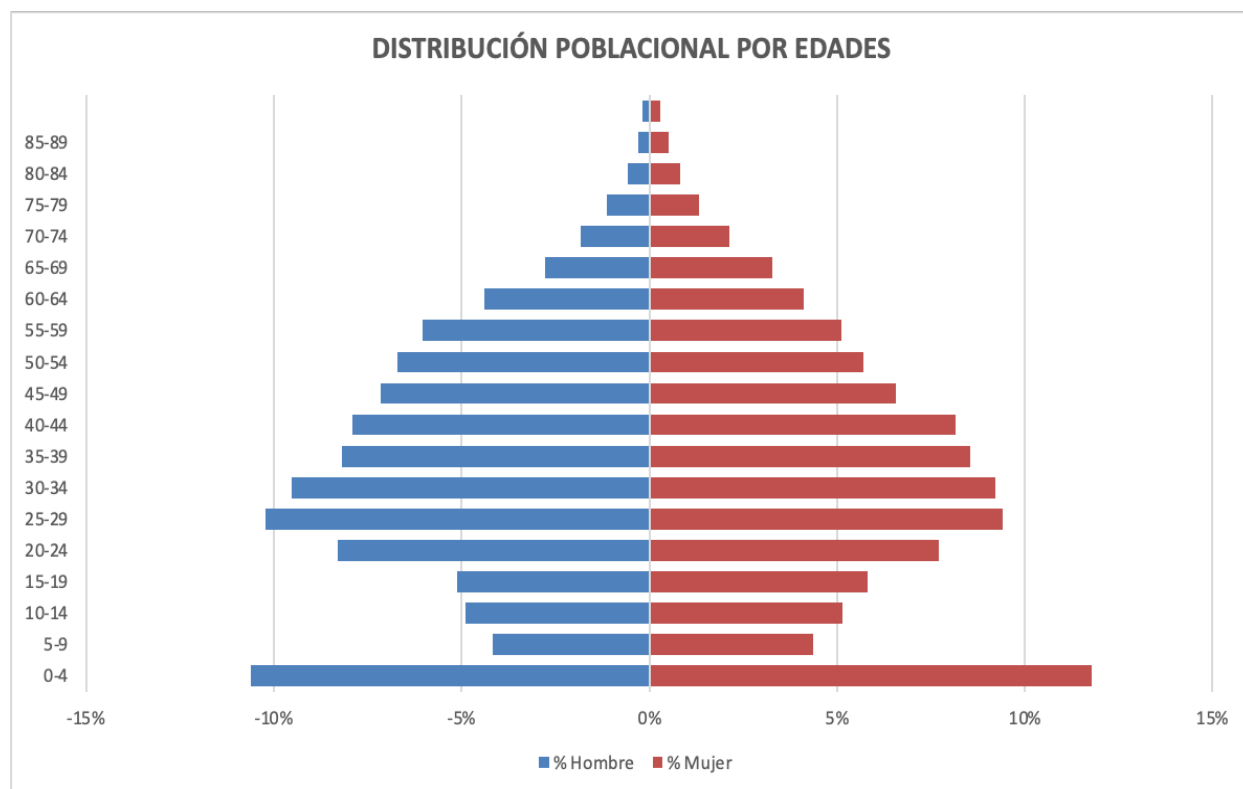
Nota. El gráfico muestra el número de usuarios vacunados y lo compara con el número de vacunas aplicadas anualmente desde el año 2018. Fuente: Sistema de información carnet virtual IPS Preventiva Farallones (2023a)

Al clasificar la población atendida por grupo etario, se observa que 50,4% fueron hombres y el 49,6% mujeres evidenciando una paridad entre los géneros atendidos. Un grupo importante de vacunados por edad corresponde a niños entre 0 y 5 años que representan el 11,2% de toda la población vacunada, mientras que la población de 0 a 15 años completa el 20,5% dejando en evidencia la importancia que representa la población infantil para la IPS.

Entre los 20 y 55 años de edad se vacunaron 60.969 personas, lo que representa el 56,7% de la población vacunada y que además representa a una población en edad laboral productiva.

Figura 21

Pirámide población de usuarios atendidos



Nota. El gráfico muestra la distribución poblacional por edades de usuarios atendidos entre el año 2018 y el 2023. Fuente: Sistema de información carnet virtual IPS Preventiva Farallones (2023a)

Al clasificar el número de usuarios atendidos por los diferentes programas ofertados en la IPS, se observa que en el período analizado el 65% de los usuarios fueron atendidos por el programa de vacunación contra el COVID-19, mientras que un 10% de esta población no fue clasificada al momento de hacer el registro.

Tabla 9

Pacientes vacunados por programa

Programa	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023	Total	%
Programa COVID-19		1	4	37.320	32.570	25	69.920	65%
Sin registro	2.477	2.568	697	4.593	161		10.496	10%
Vacunación a particulares	8	20	43	161	5.517	4.126	9.875	9%
Programa VIH	2	4	11	36	3.859	4.815	8.727	8%
Programas recién nacidos	1		3	5	973	3.247	4.229	4%
Programa vacunación empresarial			2	2	962	1.324	2.290	2%
Programa grupo de riesgo aseguradoras			4	6	1.622	449	2.081	2%
Total	2.488	2.593	764	42.123	45.664	13.986	107.618	100%

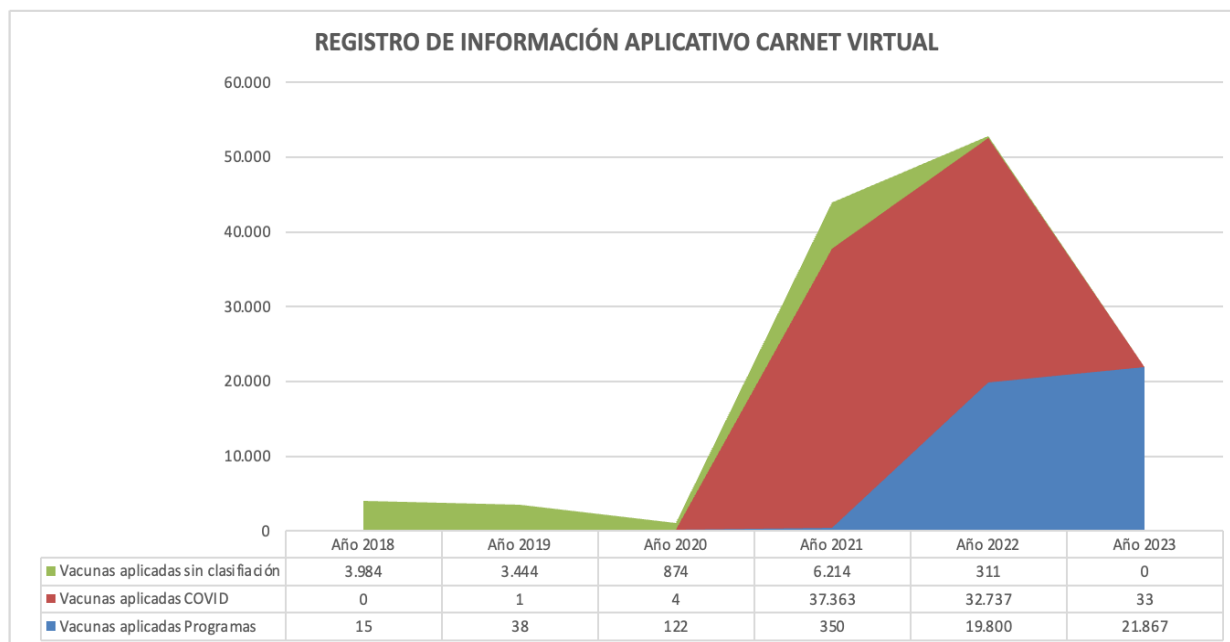
Nota. Datos tomados del sistema de información Carnet Virtual de IPS Preventiva Farallones SAS (2023a)

La IPS cuenta con un aplicativo propio llamado Carnet Virtual en el cual se registran todas las actividades de vacunación, haciendo un análisis de la información recopilada en este aplicativo, se evidencia que existen inconsistencias en el proceso de registro.

En la Figura 22 se observa que entre los años 2018 y 2021, 14.516 vacunas no están asociadas a algún programa o servicio, por lo que esta información no es útil para análisis y toma de decisiones. También es relevante mencionar que entre los años 2021 y 2022 se aplicaron 70.100 vacunas contra el COVID-19 incrementando el registro de vacunas aplicadas, pero siendo esta una gestión que no es habitual para el servicio. Por lo tanto, la información útil para los análisis de la gestión se encuentra en los aplicativos entre los años 2022 y 2023.

Figura 22

Registro de información carnet virtual



Nota. El gráfico muestra el número de vacunas aplicadas que no están clasificadas dentro de alguna categoría, además de las aplicadas dentro de otros programas. Fuente: Sistema de información carnet virtual IPS Preventiva Farallones (2023a)

Se da como recomendación a la empresa hacer una revisión detallada de los procedimientos empleados y definidos para el registro de la información de forma tal que el aplicativo se convierta en una herramienta útil para la toma de decisiones.

Según los registros evidenciados en el aplicativo, el 8,1% de la población vacunada corresponde al programa VIH, pero dadas las inconsistencias observadas en el reporte de la información, este es un resultado no confiable. En los registros del año 2023, año en el que se cuenta con una mejor calidad de la información, se observa que el 34% de la población vacunada accedió al servicio por el programa de vacunación a pacientes con VIH.

Entre enero de 2022 y septiembre de 2023 se realizaron un total de 8.674 atenciones aplicando un total de 11.513 vacunas para 4.220 pacientes pertenecientes a estos programas. El

43,4% de las vacunas aplicadas fue contra la influenza mientras que el 25,2% fue contra hepatitis B. El 99,0% de las vacunas aplicadas fue a pacientes adultos mientras que el 82,4% correspondía a vacunas no cubiertas dentro del PAI.

A continuación, se presenta la participación de total de dosis aplicadas por cada biológico para pacientes VIH:

Tabla 10

Vacunas aplicadas para pacientes del programa VIH

Biológico	Dosis aplicadas	%
Influenza	4.991	43,4%
Hepatitis B	2.907	25,7%
Prevenar 13	1.576	13,7%
Pneumovax 23	1.623	14,1%
Otros biológicos	416	3,6%
Total	11.513	100,0%

Nota. Datos tomados del sistema de información Carnet Virtual de IPS Preventiva Farallones SAS (2023a)

También es importante mencionar que en la base de datos se observó un total de 918 usuarios que fueron vacunados contra influenza en el año 2022 y que a septiembre de 2023 no habían recibido una dosis de refuerzo con esta misma vacuna lo cual puede indicar que hay debilidades en el proceso de seguimiento a esquemas de vacunación. También es posible que estos usuarios ya no se encuentren vinculados al programa o que se hayan presentado errores al momento de registrar la información. Es importante que la IPS defina un plan de seguimiento más estricto no solo para el cumplimiento de los esquemas de vacunación sino también para el cumplimiento de las actividades administrativas por parte de su equipo humano.

Cabe decir que el modelo actual de la IPS, no se tiene negociación directa con aseguradores para población VIH. La empresa es aliado o proveedor de IPS que se han

especializado en programas VIH pero que no tienen habilitado el servicio de vacunación. Estas IPS han contratado con diferentes aseguradores e IPS Preventiva Farallones es el aliado que se encarga de garantizar vacunación segura a esta población, por evento y con la programación de atenciones que le entrega el programa que los contrató.

5.2.1 Características de la oferta de la IPS

Dentro de la oferta de servicios de vacunación que actualmente IPS Preventiva Farallones brinda a sus usuarios, podemos resaltar las siguientes actividades:

Vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Administración de vacunas de acuerdo con los lineamientos de las autoridades de salud en términos de vacunación segura, población objetivo, esquemas de vacunación y priorización por alertas sanitarias, todo esto bajo el principio de vacunación sin barreras, ya sea en cualquier momento del año o en jornadas nacionales de vacunación programadas por el ministerio de salud. Este servicio tiene como una de sus principales características, que no tiene costo para el paciente, pues el costo del biológico es asumido por el estado y los costos asociados de logística y servicios de aplicación de la vacuna, generalmente son asumidos por el prestador. En este programa se incluyen vacunas para enfermedades como la influenza, sarampión, paperas, rubéola, difteria, tos ferina, tétanos, influenza, entre otras.

Vacunación para grupos de riesgo: Administración de vacunas recomendadas para personas con condiciones médicas subyacentes, mujeres embarazadas, adultos mayores y otros grupos de riesgo. En este tipo de servicio se resaltan los siguientes programas:

a. Vacunación a recién nacidos, en el cual de manera extramural el equipo vacunador se dirige a las instituciones hospitalarias con las que se tiene convenio para vacunar contra Hepatitis B y Tuberculosis a todos los niños que nacieron el día anterior.

b. Vacunación a pacientes VIH/SIDA, en el cual se vacuna población que ha adquirido VIH bajo un convenio establecido con instituciones especializadas en el manejo de esta población pero que no tienen habilitado el servicio de vacunación. En este programa se debe hacer seguimiento a los esquemas completos de vacunación contra Hepatitis B, Influenza, Infección por Neumococo y otras patologías que estén en el convenio.

Vacunación empresarial: Servicio de vacunación que se ofrece a empresas para proteger a sus empleados contra enfermedades infecciosas, esto con el propósito de reducir la propagación de dichas enfermedades entre los trabajadores y por tanto cuidar la salud de los mismos y disminuir los índices de ausentismo laboral.

Educación sobre vacunas: Proporcionar información y educación sobre la importancia de la vacunación, los beneficios de las vacunas y responder a preguntas relacionadas con la seguridad y eficacia de las vacunas. En este sentido la IPS busca brindar un asesoramiento personalizado a sus pacientes buscando que se cumpla con las recomendaciones en términos de esquemas de vacunación dadas por los médicos tratantes.

Registro de vacunas: Mantener un registro de las vacunas administradas a los pacientes para garantizar un seguimiento adecuado y la administración de refuerzos cuando sea necesario, este registro se realiza en aplicativo PAI WEB del Ministerio de Salud, en los carnets físicos que se entregan a los usuarios y en el software propio desarrollado por la IPS llamado carnet virtual. Este registro permite realizar un seguimiento constante a los usuarios y a su esquema de vacunación.

Para esta oferta de servicios la IPS cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por 32 profesionales de la salud entre enfermera y auxiliares de enfermería certificadas en servicios de vacunación, 3 personas operativas que apoyan procesos logísticos y de atención a

clientes y 8 personas en procesos administrativos, lo que garantiza una cobertura amplia en la prestación del servicio. Adicionalmente este equipo humano cuenta con una infraestructura dotada y habilita de acuerdo a las necesidades del servicio.

La IPS cuenta con un procedimiento de “Gestión de información al usuario y humanización del servicio” documentado y socializado, que tiene como objetivo buscar el fortalecimiento de la calidad en la atención a través de una cultura institucional de mejoramiento continuo y oportunidad en la atención con base en una asistencia integral con calidez que responda condiciones físicas, emocionales, sociales y espirituales de los usuarios.

Teniendo en cuenta el modelo de atención de la IPS, todo usuario que requiera los servicios será atendido en igualdad de condiciones, incluso sin cita previa. En caso de que el usuario solicite cita, la oportunidad de prestación del servicio está para el mismo día, lo que señala que IPS tiene una capacidad instalada de operación con tiempos disponibles. La IPS cuenta con un procedimiento documentado y socializado de “Asignación de citas y prestación del servicio”.

Para el manejo de un Evento Adverso Supuestamente Atribuible a la Vacunación e Inmunización (ESAVI), se tienen establecidas las siguientes formas de reporte:

- Formato manual que se encuentra en la oficina de la coordinación y en la carpeta compartida en la plataforma ONEDRIVE con todo el personal para su impresión.
- Formulario de forms que se encuentra en todos los escritorios de los equipos de cómputo de la IPS y ha sido divulgado por los grupos de WhatsApp para facilitar su acceso.

Una vez el reporte es recibido por el proceso de calidad, se procede a realizar la respectiva investigación del caso, realizando el seguimiento cronológico de la ocurrencia con el fin de que todos los detalles se encuentren documentados en el reporte, una vez se realiza la

debida investigación se procede a realizar el análisis en la metodología definida para esto que se denomina protocolo de Londres en la cual se tienen en cuenta factores determinantes para la identificación de la causalidad de los errores y eventos adversos ocurridos en el proceso de atención que son los siguientes:

- Cultura organizacional.
- Factores contributivos.
- Acciones inseguras.
- Barreras y defensas.

Teniendo en cuenta el modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos anteriormente mencionados, se procede a realizar comité de Seguridad del Paciente en el cual se realiza el análisis completo de los reportes realizados y se formula un plan de mejora que contribuya a mitigar los riesgos y minimizar la ocurrencia de futuros eventos adversos e incidentes, posterior a esto se realiza la revisión del proceso y en caso de requerirse, se realizan los ajustes pertinentes y se socializa con el personal asistencial de la IPS. Se da como recomendación a la empresa hacer una revisión detallada de los procedimientos empleados y definidos para el registro de la información de forma tal que el aplicativo se convierta en una herramienta útil para la toma de decisiones.

5.2.2 Procesos y análisis de la relación oferta demanda

La IPS cuenta con una infraestructura adecuada para atender la demanda de pacientes que requieren vacunación (A septiembre de 2023 se han vacunado más de 13.000 usuarios), pero esta infraestructura no está diseñada para atender modelos de gestión de riesgo con mayor nivel de complejidad como lo es un programa de atención integral para pacientes con VIH/SIDA.

En este sentido es importante decir que la IPS sólo cuenta con la habilitación de servicios de vacunación, seguridad y salud en el trabajo y toma de muestras de laboratorio y por lo tanto la infraestructura física sólo está adecuada para prestar esos servicios. Con el ánimo de evaluar necesidades operativas y financieras, se realizó el respectivo análisis que incluyó inversión en infraestructura, los recursos humanos necesarios para prestar los nuevos servicios y los procesos operativos necesarios para garantizar la calidad de la atención, cuyos resultados más relevantes se pueden observar en la siguiente tabla.

Tabla 11

Necesidades operativas y financieras

Item	Especificación
Necesidades de Talento Humano	12 profesionales de la salud y 7 administrativos Contratación por nómina Costo mensual estimado \$ 90,4 millones
Sede física	Local 180 m ² Costo estimado mensual \$12,6 millones Costos estimados de adecuación del local \$108 millones
Inversión en activos Fijos Operativos	Dotación muebles y enseres por \$56 millones Dotación equipos biomédicos por \$20 millones Dotación equipos de cómputo y comunicación por \$90 millones Dotación equipos cadena de frio para vacunas \$22 millones Inversión total en activos \$188 millones
Inversión en sistemas de información	\$4,5 millones mensuales bajo la modalidad de SAAS
Otros gastos operativos directos	Se estiman \$27,8 millones mensuales en gastos operativos directos
Gastos de apoyo	Se estiman \$50 millones mensuales en gastos de procesos de apoyo (gerenciales, calidad, financieros, administrativos)

Desde el punto de vista de los procesos, se propone realizar un ajuste incluyendo el proceso de Dirección Científica que se debe encargar la calidad y la seguridad de la atención

médica que se brinda a los pacientes. Este ajuste en el mapa de procesos también implicaría un ajuste importante en la estructura organizacional.

De otro lado, se evidencia que la IPS tiene contacto permanente con este tipo de usuarios por lo que este tipo de programas no son desconocidos y se puede aprovechar este conocimiento y otros elementos como el relacionamiento con la industria farmacéutica, con algunos aseguradores o con otros actores implicados en este tipo de modelos de atención para desarrollar su propio programa de atención integral.

También se puede observar que dentro del modelo de negocio desarrollado (Figura 12) desde el proceso de planeación estratégica de la empresa, se plantea como una oportunidad de negocio, el desarrollo de un modelo de atención para pacientes con VIH/SIDA por lo que se hace evidente el interés de destinar esfuerzos y recursos para el desarrollo de este objetivo. Desde la junta directiva de la empresa, existe voluntad e interés por el desarrollo de esta idea.

6. Modelo de atención integral propuesto por IPS Preventiva Farallones

6.1 Definición de estrategias de atención para los usuarios

Como se ha descrito anteriormente, desde el comienzo de la infección por el VIH, se han tenido múltiples modificaciones tanto en el enfoque de la atención como en el direccionamiento en los objetivos tratantes de los pacientes. Inicialmente, se realizó una atención guiada para manejo por cuidados paliativos para pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. Posteriormente, se hizo énfasis en la terapia antirretroviral (TAR). Sin embargo, en la última década, la cronificación de la enfermedad, el envejecimiento de la población, la polifarmacia y las comorbilidades asociadas a los pacientes con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana ha llevado a la necesidad de generar transformación en los modelos de atención para que estos tengan en cuenta no solo el tratamiento de la enfermedad, sino también el manejo integral de factores sociales, psicológicos, de adherencia y servicio de salud como piedra angular para la implementación del mismo. Esta evolución en los modelos y estrategias de gestión de la enfermedad tienen brechas en su aplicación en el país, principalmente porque la información dada por los aseguradores es hermética para las personas externas y el reporte realizado en el marco teórico se hace desde la Cuenta de Alto Costo, el Ministerio de Salud, así como los informes de la Alcaldía de Santiago de Cali.

La enfermedad del VIH/SIDA pertenece a las enfermedades de Cuenta de Alto Costo del país, por lo que su atención integral se basa en la Guía de Práctica Clínica de pacientes VIH (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021), siendo este documento la directriz teórica y legal que establece las pautas nacionales para la correcta atención de esta población, motivo por el cual el modelo de atención presentado se fundamenta en sus recomendaciones y se

complementa con las propuestas basadas en la revisión bibliográfica nacional e internacional sobre los modelos de atención en pacientes con VIH/SIDA.

6.2 Población objetivo

La población del modelo se define con la información descrita en el marco teórico respecto a la caracterización de la población por entidades territoriales con el mayor número de casos incidentes en Valle del Cauca. De acuerdo con datos registrados en el informe de la cuenta de alto costo, entre los municipios de Cali, Palmira, Yumbo, Candelaria y Jamundí (Área metropolitana de Cali) se tiene una población cercana a 3 millones de habitantes. Entre esta población, para el año 2022 se reportó una incidencia para VIH de 37,95 por cada 100.000 habitantes (1.136 nuevos casos diagnosticados), una prevalencia de 0,49 por cada 100 habitantes (14.695 personas viviendo con el virus del VIH) y una mortalidad de 6,75 por cada 100.000 habitantes (202 personas fallecidas como consecuencia de la enfermedad). De otro lado, un 37% de la población de estos municipios se encuentra afiliada a las EAPB S.O.S, Comfenalco Valle y Emssanar (fuente BDUA), instituciones con las cuales IPS Preventiva Farallones tiene o ha tenido algún vínculo como prestador. Las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad en estas aseguradoras son:

Tabla 12

Índices de prevalencia, incidencia y mortalidad por aseguradores y regiones

Biológico	Nacional	Valle del Cauca	Cali Metropolitana	EAPB Comfenalco	EAPB SOS	EAPB Emssanar
Población 2022	51.049.498	4.566.468	2.993.395	260.510	826.763	1.927.247
Casos PVV	150.839	18.793	14.695	1.357	3.055	5.795
Prevalencia	0,30	0,41	0,49	0,52	0,37	0,30
Casos nuevos	12.919	1.481	1.136	90	224	561
Incidencia	25,31	32,50	37,95	34,58	27,09	29,15
Casos de muerte	2.098	279	202	24	37	150
Mortalidad	4,11	6,12	6,75	9,22	4,47	7,79

Nota. Datos tomados del informe de la cuenta de alto costo (2022a)

De acuerdo con las cifras anteriormente presentadas, los índices del área metropolitana de Cali están por encima de los resultados observados a nivel nacional, lo que se puede explicar por el hecho de que las EAPB analizadas en la Tabla 10 muestran un resultado también por encima de la media nacional. Estas EAPB se convierten en foco de interés para la implementación del modelo de atención integral para pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, dado que deben existir situaciones no controladas en su modelo de gestión del riesgo que están motivando estos resultados.

Se debe solicitar que como criterios de inclusión fundamental el paciente resida en la ciudad de Cali y su área metropolitana, y su puerta de entrada de seguimiento sea desde consulta externa, urgencias, hospitalización o concurrencia activa de captación.

A continuación, se presentan los criterios de inclusión y de exclusión para el ingreso al programa de manejo integral de pacientes VIH/SIDA.

Criterios de inclusión al modelo de atención integral VIH/SIDA:

- Prueba Rápida Diagnóstica ELISA P1 para VIH positiva.
- Diagnóstico confirmado de VIH/SIDA descrito en el algoritmo diagnóstico.
- Paciente cotizante o beneficiario afiliado al régimen contributivo o subsidiado del asegurador que tenga contratación con la IPS especializada.
- Paciente con Barthel (escala de dependencia para las actividades de la vida diaria) mayor a 50 para pertenecer al modelo presencial de la IPS (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997).
- Paciente con Barthel menor a 50 que cuente con estrategia tecnológica para manejo por telemedicina (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997).

- Paciente con diagnóstico de VIH que acepte pertenecer al programa integral de VIH /SIDA.
- Paciente que resida en Santiago de Cali, en zona urbana, rural o en municipios aledaños que incluyen Yumbo, Palmira, Candelaria y Jamundí.

Criterios de exclusión:

- Paciente que no cuente con diagnóstico de VIH/SIDA o sea un falso positivo.
- Paciente que no acepte pertenecer al programa.
- Paciente que resida en áreas de no cobertura anteriormente mencionada y verificadas por el equipo de seguridad.
- Mujeres embarazadas.
- Pacientes menores de 18 años de edad.

6.3 Esquema del modelo de atención propuesto

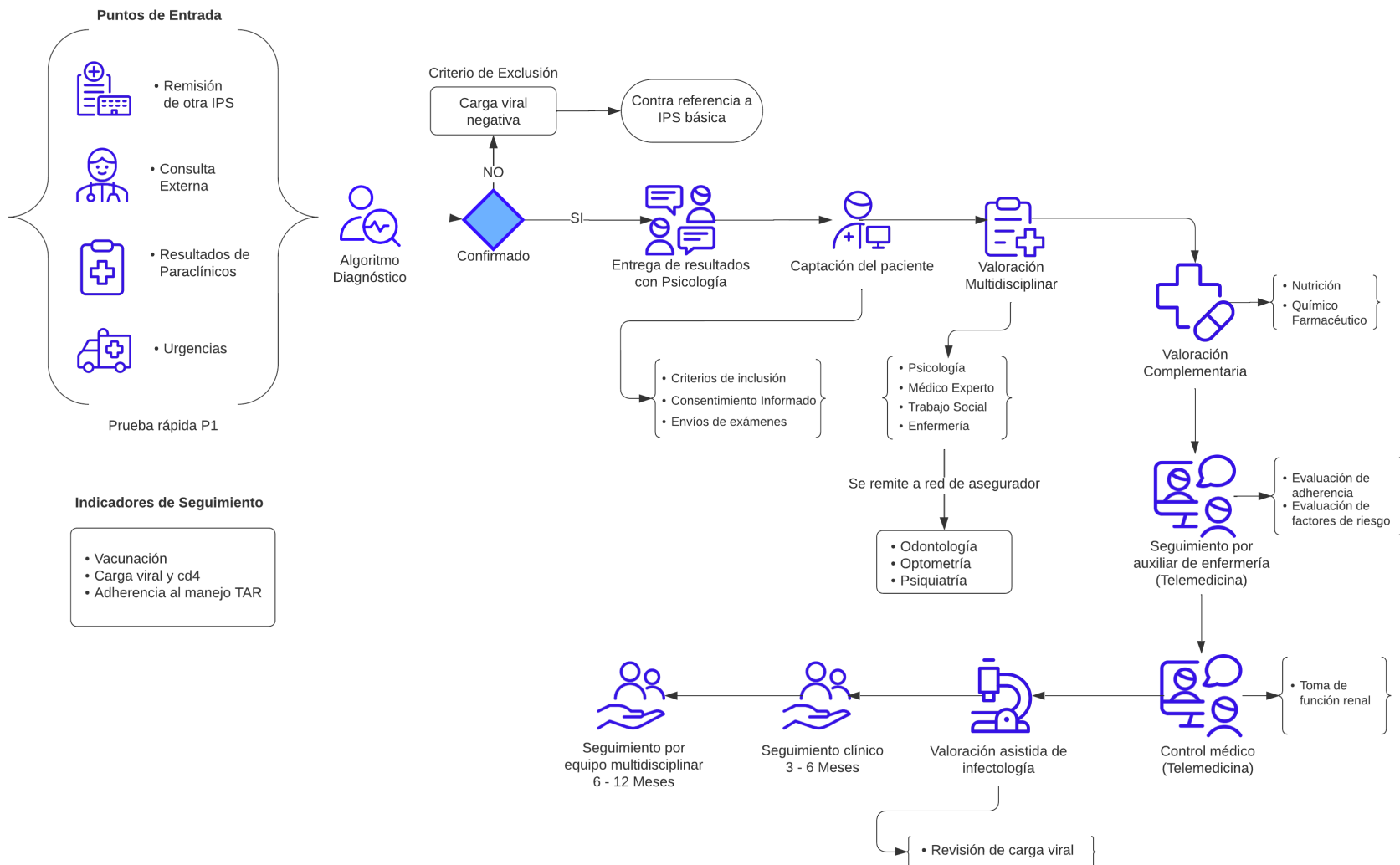
En el siguiente esquema se representa el modelo de atención propuesto para manejo integral de paciente con diagnóstico de VIH/SIDA.

6.3.1 Puerta de entrada

El modelo de atención propuesto se centra en las principales aseguradoras del departamento del Valle del Cauca, con un número importante de pacientes de VIH en la región, como Comfenalco Valle, EAPB S.O.S y Emssanar. Esto con el fin de brindar atención a los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que hayan sido captados desde consulta externa, urgencias o hospitalización o notificados por el asegurador. Teniendo en cuenta que los pacientes que ingresen deben tener mínimo una primera prueba ELISA de VIH positiva para continuar con el trámite de ingreso al modelo integral de atención.

Figura 23

Algoritmo ruta de atención



Nota. El gráfico describe la ruta de atención que debe seguir un paciente candidato a pertenecer al programa. Fuente: Elaboración propia (2023)

El paciente puede ser notificado desde los diferentes canales de comunicación, donde será recibido por un gestor clínico/auxiliar administrativo que se encargará de realizar el ingreso al sistema para empezar la fase de ingreso al manejo integral de pacientes VIH/SIDA. Este debe cumplir con los criterios de inclusión descrito al inicio del modelo para poder realizar el inicio en el proceso del ciclo inicial de atención.

Las siguientes son rutas de captación de los pacientes con VIH/SIDA:

- Pacientes captados por medios de las rutas integrales de atención de prevención
- Pacientes captados en los siguientes sitios de atención (consulta externa, urgencias, hospitalización)
- Pacientes con prueba rápida Elisa (P1) positiva aun sin una prueba confirmatoria notificados por canal de la red de los aseguradores. Tener en cuenta que el paciente debe contar mínimo con la primera prueba positiva.
- Usuarios reportados por banco de sangre u otras entidades territoriales que tengan diagnóstico de VIH/SIDA y pertenezcan a las asegurados con convenio del modelo.

6.3.2 Diagnóstico del paciente

Para realizar el diagnóstico se utiliza el algoritmo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica de Manejo de VIH, 2021. En primer lugar, se realiza una prueba rápida ELISA diagnóstica P1 esta prueba se debe realizar antes de la puerta de entrada, sea por urgencias, consulta externa, hospitalización, banco de sangre u otro medio para que el paciente sea remitido Si esta prueba sale positiva, posterior por nuestro equipo se realiza una segunda prueba diagnóstica P2. Si las dos pruebas son positivas, se confirma el diagnóstico y el paciente cumple criterios de ingreso al programa de manejo integral.

Paciente puede llegar con ambas pruebas positivas confirmadas y por nosotros no se hace confirmatorio sin embargo continua con el ciclo de la atención descrita en el modelo.

En caso de que el paciente presente una prueba P1 positiva pero una prueba P2 negativa, se debe realizar una carga viral. Si la carga viral es no concluyente, se repite el esquema en un mes. Si la carga viral es negativa, se descarta el diagnóstico y se remite al paciente para continuar el seguimiento por una IPS básica de la red, pero si la carga viral es positiva el paciente debe ingresar al programa de manejo integral.

El algoritmo de diagnóstico utilizado es el recomendado por las guías internacionales. Es importante que se realice una segunda prueba diagnóstica para confirmar el diagnóstico, ya que la prueba P1 puede dar resultados falsos positivos.

Se describe el algoritmo diagnóstico:

Tabla 13

Algoritmo diagnóstico VIH

Algoritmo diagnóstico VIH			
P1 Positiva	P2 positivo		Confirmado
P1 positiva	P2 negativo	Carga viral >5000 copias C	Confirmado
P1 positiva	P2 negativo	Carga viral no concluyente	Se realiza nuevo esquema en 3 meses
P1 positiva	P2 negativo	Carga viral negativa	Descartado

Nota. Algoritmo para diagnóstico de pacientes. Fuente: IPS Preventiva Farallones (2022a)

Una vez el paciente es caso CONFIRMADO de VIH/SIDA, cumple con criterios de ingreso al programa de manejo integral de VIH y puede iniciar con la primera fase, en caso de que el paciente solo cuenta con primera prueba Rápida ELISA (p1) se realiza por parte del

modelo integral la prueba confirmatoria para disminuir las barreras y tiempos de captación en el inicio de tratamiento.

6.3.3 Captación del paciente

Cuando el paciente se diagnostica con VIH/SIDA por el algoritmo diagnóstico presentado anteriormente, se programa cita para asesoría POST TEST donde participa el equipo de psicología con el fin de poder entregar información clara y asertiva, así como también brindar la educación de la importancia del ingreso al modelo de atención, así como definir si el paciente desea que otras personas conozcan su diagnóstico o solo su equipo tratante.

Inmediatamente después que el paciente cuente con la información y abordaje por el equipo de psicología se realiza por parte de auxiliar de enfermería el abordaje para la firma de consentimiento informado de ingreso al Modelo de atención Integral de paciente con VIH/SIDA, así como el manejo de datos personales para la IPS en estadísticas, seguimientos y envío de información.

Se entrega orden de paraclínicos con la cita para la toma de los mismos en la IPS Preventiva Farallones, posterior a la toma del mismo se le asigna la cita de ingreso que tiene un tiempo propuesto de máximo 72 horas para el ingreso por el equipo multidisciplinar.

En la Tabla 12, se describe los paraclínicos que se toman tanto en el ingreso y la frecuencia de los que requieren toma semestral de los mismos.

Tabla 14

Exámenes

Paraclínicos	Frecuencia
Prueba inmuno ensayo (ELISA) o prueba rápida	Ingreso
ARN cuantitativo del VIH (carga viral)	Frecuencia depende éxito virológico
ALT (TGP)	Semestral
AST (TGO)	Semestral
Bilirrubinas	Semestral

Paraclínicos	Frecuencia
Fosfatasa alcalina	Semestral
Conteo LT CD4 y porcentaje de CD4	Semestral
Creatinina depuración	Semestral
Creatinina sérica	Semestral/ mes posterior a inicio de tratamiento
Uroanálisis	Semestral
Cuadro hemático completo	Semestral
Colesterol total	Semestral
Colesterol HDL	Semestral
Colesterol LDL	Semestral
Triglicéridos	Semestral
Prueba de tuberculina (MANTOUX) con confirmación de lectura	Semestral
Glucemia pre y pos prandial	Semestral
Antígeno de superficie (AG SHB)	Anual
Anticuerpos anti HBS (AC SHB)	Anual
Anticuerpos anti CORE (IGG AC CHB)	Anual
Anticuerpos contra hepatitis C (AC VHC)	Anual
Carga viral hepatitis C	Anual
Anticuerpos IGG contra hepatitis A	Anual
Prueba no treponémica	Semestral
Prueba treponémica rápida	Semestral
Antígeno contra criptococo	Semestral
IGG toxoplasma	Semestral
Tamizaje para VPH anogenital	Anual
Citología vaginal	Anual
Detección de TSH sérica	Semestral
Densitometría ósea	Individualizar caso

Nota. Exámenes de ingreso y seguimiento de la GPC. Fuente: IPS Preventiva Farallones (2023)

Una de las propuestas diferenciales del modelo de atención es en la prueba de toma de Tuberculina para el diagnóstico de Tuberculosis, es la siguiente:

- En la toma de la prueba de Tuberculina (Mantoux) se garantiza la lectura del 90% de las tomas realizadas utilizando diferentes mecanismos como fotografías con escala de medición para pacientes que viven en lugares remotos, visita domiciliaria para la lectura o en su defecto asignación de cita para lectura en la IPS ofreciendo al paciente la alternativa que mejor se acomode a sus condiciones. También es importante desde la dirección científica hacer el análisis

de diferentes alternativas de tecnologías que nos lleven al mismo fin, pero con una mayor efectividad en la lectura de los resultados como por ejemplo las pruebas de IGRA.

6.3.4 Valoración de ingreso por equipo multidisciplinar

Como se describe en la Guía de Práctica Clínica de manejo de VIH (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021), es fundamental que los pacientes una vez cuenten con diagnóstico de VIH/SIDA, sean valorados por el equipo multidisciplinar. En el modelo se propone un primer contacto sincrónico con médico experto en VIH (concepto de infectología), psicología, trabajo social y enfermería, lo que significa que se ejecuta en el mismo lugar y el mismo día, pero en diferentes espacios de tiempo de manera escalonada, con el fin de poder realizar una valoración integral prioritaria que permita realizar los siguientes ítems:

- Historia clínica integral.
- Detección de enfermedades crónicas asociadas.
- Antecedentes farmacológicos.
- Antecedentes tóxicos como consumo de drogas.
- Antecedentes de vida sexual.

Diagnóstico por parte de trabajo social y psicología que permita visualizar integralidad de datos del paciente como sexo, raza, identificación de género, escolaridad, vivienda, ocupación, red de apoyo, vida social y familiar que permita evaluar en su totalidad al paciente, así como también reconocer factores de riesgo, escala de calidad de vida, así como también calcular riesgo a la no adherencia al manejo médico o la derivación por especialidad como psiquiatría de forma prioritaria.

Valoración de los exámenes de laboratorio enviados al ingreso descritos en la figura anterior, donde se describen los paraclínicos que se toman al ingreso y el seguimiento semestral y anual según corresponda.

Es muy importante reconocer que posterior al ingreso del paciente, en el mes de control se debe tomar una prueba de creatinina y nitrógeno ureico para evaluar función renal, y que la carga viral es el único paraclínico que se repite consecutivamente cada dos meses en pacientes que no cumplan con éxito virológico (presentar una carga viral indetectable) lo que quiere decir que se encuentran en un seguimiento más estrecho por probable fallo virológico.

En el ingreso y valoración sincrónica, el medico debe reconocer las enfermedades crónicas asociadas como (diabetes, hipertensión arterial, obesidad u otra enfermedad asociada), con el fin de establecer las interacciones medicamentosas mediante tecnologías en salud que permitan disminuir el riesgo de efectos secundarios como eventos adversos. Para esto se cuenta con la alternativa de uso de interacciones de drogas para el VIH que ofrece la universidad de Liverpool, lo que permite que el médico consulte las interacciones y modifique la conciliación medicamentosa según mejor le corresponda a cada caso individualizado.

Tanto para pacientes nuevos como para pacientes recibidos de otros programas se realizará valoración por equipo multidisciplinar que incluye psicología trabajo social, visita domiciliaria (en caso de que paciente cumpla con criterios con Barthel menor a 50 con dependencia moderada lo que limita el desplazamiento a la atención presencial en la IPS) enfermería el químico farmacéutica nutrición y médico experto al 100% de dicha población

Tanto para paciente con diagnóstico nuevo como para todos los pacientes que vengan trasladados de otro programa se realizara evaluación de riesgo cardiovascular (Framingham) por enfermera jefe-entrenada.

6.3.5 Valoración complementaria químico farmacéutica y nutrición

El químico farmacéutico debe realizar una atención integral donde se tenga abordaje de:

- Almacenamiento, uso y toma adecuada de los medicamentos TAR.
- Interacciones medicamentosas entre la TAR y los medicamentos asociados a

enfermedades crónicas.

- Conciliación medicamentosa que permita valorar duplicidad farmacológica.
- Educación sobre síntomas asociados o efectos secundarios de la toma de los

medicamentos.

El químico farmacéutico participará en la junta médica y en los STAFF de seguimiento clínico; además realizará la auditoría de seguimiento de la prescripción de medicamentos, así como la conciliación medicamentosa.

El seguimiento por químico farmacéutico dependerá de la adherencia al paciente y el éxito virológico, por lo que compartirán las frecuencias con la consulta asistida por infectología, si el paciente tiene baja adherencia o fallo virológico tendrá unos controles más estrechos que aquel que tiene carga viral indetectable que tendrá control cada 6 meses.

Nutrición es un complemento fundamental para la valoración del paciente con el fin de determinar los siguientes ítems en el ingreso:

- Estado nutricional del paciente.
- Definir si requiere nutrición con fórmulas orales complementarias.
- Establecer frecuencia de seguimiento y citas de control.
- Establecer plan nutricional individualizado y teniendo en cuenta enfermedades crónicas

asociadas como diabetes e hipertensión.

- Definir si paciente cuenta con obesidad, u otros trastornos de la conducta alimentaria que requiera ser remitido a especialidad por psiquiatría.

- Explicar al paciente posibles interacciones respecto a la alimentación con los medicamentos TAR.

Entrega de medicamentos: se debe tener claridad que la entrega de medicamentos no se realizará por parte de IPS Preventiva Farallones, dado que desde la junta directiva de la empresa se considera que la entrega de medicamentos implica un riesgo financiero alto que por el momento no se puede asumir. La estrategia propuesta será a través de la conformación de una Unión Temporal con un Gestor Farmacéutico que cuente con todas las capacidades financieras y operativas que garanticen la disponibilidad, oportunidad y continuidad en la entrega de medicamentos. En la medida que la junta directiva considere que estos riesgo disminuyan y puedan ser asumidos por la empresa, se harán los ajustes pertinentes para cambiar el modelo de negociación a uno que implique la entrega de medicamentos de forma directa. El médico se hará cargo de la formulación, pero el prestador realizará la entrega de los medicamentos antirretrovirales.

6.3.6 Seguimiento clínico temprano

Posterior al inicio de la terapia TAR se realiza control telefónico de seguimiento por auxiliar de enfermería experta en manejo de VIH, el cual se realizará de 3 a 5 días, para evaluar seguimiento del paciente y determinar los siguientes ítems fundamentales para definir factores de riesgo:

- Reclamación de medicamentos.
- Adherencia a la toma de los medicamentos.

- Sensación de tristeza, llanto u otro factor que haga sospechar que paciente tiene rechazo al diagnóstico.

Evaluar efectos secundarios como alergias, cefalea, vómito u otro cambio en el estado de salud asociado al inicio de la TAR.

Posterior al seguimiento se llenará una herramienta donde se coloque los ítems anteriormente propuestos y se defina si requiere priorización de seguimiento por los profesionales del manejo integral del paciente.

6.3.7 Cita de primer control mensual de seguimiento

Posterior al inicio de la TAR se debe realizar un control por médico experto del paciente con prueba de función renal (creatinina y nitrógeno ureico) con el fin de evaluar la función renal y volver a evaluar adherencia al manejo, así como factores de riesgo u otros factores como reclamación de medicamentos, pobre red de apoyo, rechazo de diagnóstico u otro factor que influya en no cumplir con los objetivos propuestos por el modelo de integral.

6.3.8 Consulta asistida por médico experto /infectología

Una vez paciente inicia manejo con TAR, se le hace revisión al mes para evaluar función renal y adherencia al manejo médico, posterior a esta revisión se deja nueva revisión en un mes con control de carga viral con el fin de determinar si paciente presenta adecuada adherencia al manejo farmacológico y se encuentra con éxito virológico lo que significa disminución de carga viral o se tienen que tomar conducta adicionales, es por eso que es vital contar con la valoración por infectología en este seguimiento para revisión de infecciones oportunistas, enfermedades crónicas asociadas, conciliación medicamentosa y definir plan de manejo según resultados entregados por el paciente en la consulta. En el modelo la atención por infectología se llamará

consulta asistida con infectología dado que lo hará en conjunto con el médico experto quien continuará con el seguimiento de los pacientes, pero estará acompañado; y el concepto, manejo y firma de historia clínica es por infectología.

A su vez en este seguimiento clínico se define por parte de infectología pacientes de difícil manejo que deben ir a junta médica por el equipo para toma de decisiones donde participan: infectología, médico experto, enfermería, psicología, trabajo social y químico farmacéutico.

Esta junta médica conocida en el modelo como *staff* de seguimiento de casos complejos se va a realizar semanal en un espacio de dos horas de tiempo, con el fin de poder revisar casos con criterios de complejidad los cuales se describen a continuación, con el fin buscar soluciones oportunas y ajustes en manejo médico que permitan llegar a los indicadores esperados.

Criterios de complejidad:

- No adherencia al manejo médico
- No asistencia a consultas de control
- Fallo virológico
- Prácticas sexuales inseguras
- Múltiples parejas sexuales
- Enfermedades crónicas mal controladas (diabetes, hipertensión, obesidad entre otros).
- Infecciones oportunistas sintomáticas
- Mas de 2 consultas a urgencias en 1 mes, más de 3 hospitalizaciones en 6 meses.

Se debe tener en cuenta que, si el paciente en consulta de control presenta carga viral mayor a 200 copias, se debe realizar revisión de adherencia al tratamiento, factores de riesgo y

ajuste y se vuelve a repetir carga viral en un mes, si esta no presenta los resultados esperados sino ascenso de la carga viral se considera que paciente se encuentra en fallo virológico.

En estos casos se debe realizar genotipificación lo que permite revisar las mutaciones y poder analizar todos los medicamentos de la antirretroviral con el fin de evaluar patrones de resistencia y poder administrar una correcta línea de tratamiento.

Hay que tener en cuenta que, en Colombia, solo se realiza genotipificación a los pacientes que entran en fallo virológico.

6.3.9 Odontología, psiquiatría y optometría

Estas valoraciones complementarias se ofertarán por el modelo integral de atención en VIH las cuales se contratarán con entidades externas, pero se va a garantizar la prestación de la atención con el fin de tener manejo integral y disminución de barreras para la atención de los pacientes. La enfermera líder del programa es quien se encargará de asignar las citas y seguimiento de los pacientes por la valoración complementarios.

6.3.10 Seguimiento clínico

El seguimiento por médico experto sobre concepto de infectología, es el siguiente:

- Paciente VIH con carga indetectable: cada 6 meses.
- Paciente VIH en tratamiento con carga viral detectable: cada 3 meses.
- Pacientes en fase SIDA: cada 3 meses.
- Pacientes en fase SIDA inherentes al tratamiento: cada mes.

Pacientes posteriores al ingreso: control en 1 mes de seguimiento de función renal, posterior en un mes para seguimiento de carga viral y si paciente tiene adecuado control continua con seguimiento semestral.

Posterior a finalizar el primer ciclo de diagnóstico, captación de paciente y valoración para manejo integral del mismo se determinará de forma individual si el paciente requiere seguimiento clínico trimestral o semestral. Teniendo como meta mínimo un (1) seguimiento anual y dependiendo de los factores de riesgo y estado de enfermedad así mismo se determinará el seguimiento del mismo; considerando que todos los pacientes deben ser evaluados por todo el equipo multidisciplinario mínimo una vez al año para seguimiento clínico. Esto descrito por la Guía de Práctica Clínica VIH (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021), la cual describe seguimiento mínimo anual, sin embargo, con el fin de mejorar la adherencia a los manejos y mejora en los resultados nuestro modelo propone tener en cuenta los siguientes criterios para programación de seguimiento.

En caso de que pacientes presenten factores de riesgo como:

- No tolerancia a la terapia TAR.
- Enfermedades crónicas descompensadas.
- No adherencia al manejo farmacológico.
- Factores de riesgo como consumo de drogas, otras ITS o factores de riesgo de abandono social u otro hallazgo.
- Carga viral detectable.
- No cumplimiento de vacunación o toma de laboratorios con criterios de complejidad encontrados por trabajo social.

Los pacientes tendrán un control de seguimiento por el equipo mensual de manera telefónica o presencial según la individualización del caso y la disponibilidad del paciente.

Pacientes con control de síntomas, con adecuada tolerancia a la TAR, con infecciones oportunistas, más de 2 consultas a urgencias o 1 hospitalización en 6 meses, enfermedades crónicas asociadas se debe realizar consulta cada 3 meses.

Paciente estable, con carga viral indetectable, con vacunación al día, adherencia al tratamiento, reclamación del mismo sin ninguna alteración asociada tendrán control cada 6 meses

6.4 Estrategias fundamentales para la implementación del modelo

Adicionalmente se involucran las siguientes estrategias fundamentales para la implementación del modelo de atención integral, así como a tener en cuenta para poder tener los resultados esperados en salud de la cohorte con diagnóstico de VIH/SIDA.

6.4.1 Mejorar la comunicación entre los proveedores de atención médica (IPS Preventiva Farallones) y los pacientes

El objetivo de esta estrategia es generar un puente entre los pacientes y la IPS, con el fin que los pacientes tengan claridad del modelo integral de atención, así como el plan de seguimiento y los diferentes actores a participar para mejorar los resultados en salud de cada paciente.

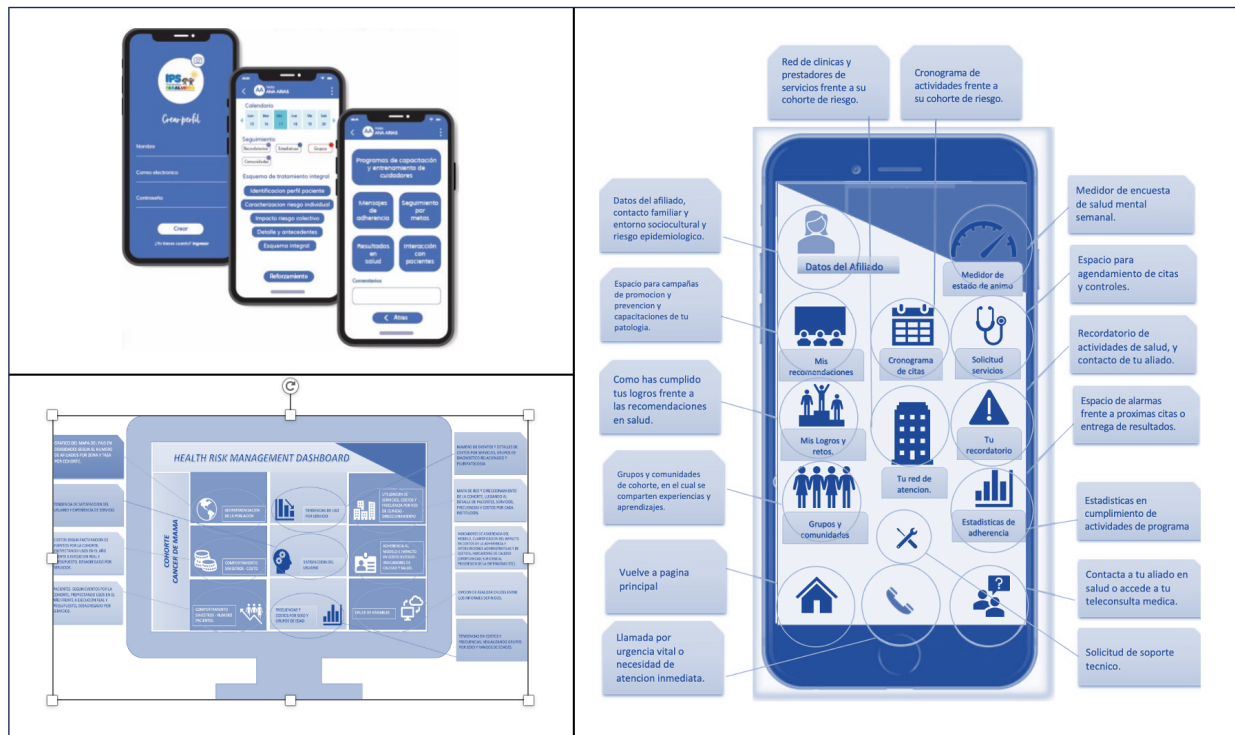
Para ello, se proponen las siguientes acciones:

- Realizar modificación en la herramienta actual de la IPS Preventiva Farallones con el fin de que permita a los pacientes tener seguimiento de su proceso individualizado donde puedan solicitar citas de control, programación de toma de exámenes, verificar la reclamación de medicamentos y así como también tener comunicación con un gestor clínico que permita de acuerdo a la necesidad del paciente asignar seguimiento según la prioridad con el profesional que

le corresponda. Se adjuntan imágenes (prototipos) diseñadas por IPS Preventiva Farallones con ideas básicas de los desarrollos que se pretenden hacer dentro de su plataforma de seguimiento a pacientes.

Figura 24

Prototipos de ideas básicas de desarrollos para la plataforma



Nota. Tomado de Modelo de Gerenciamiento de Riesgo Elaborado por IPS Preventiva Farallones (2023).

- Capacitación de los profesionales de la IPS en comunicación efectiva con pacientes.

Los profesionales deben aprender a comunicarse de manera clara, asertiva y comprensiva, y a adaptar su comunicación a las necesidades individuales de cada paciente.

- Realizar educación a los pacientes en el uso de plataforma para realizar

retroalimentación que permita a los pacientes evaluar la calidad de la comunicación que reciben

de los profesionales de la IPS. Posterior a recibir la atención por los profesionales, los pacientes tendrán la oportunidad de evaluar ese encuentro por medio de una encuesta que llega una semana posterior a la atención realizada.

6.4.2 Facilitar la coordinación de la atención entre los diferentes proveedores de atención médica

El objetivo de esta estrategia es que el paciente pueda recibir toda la atención que necesita en un solo lugar, sin tener que desplazarse a diferentes instituciones. Esto facilitará la adherencia al tratamiento y el seguimiento clínico.

Una de las principales barreras encontradas es la demora en el diagnóstico y posterior en la confirmación y en el ingreso de los pacientes a los modelos de atención e VIH/SIDA, es por esta razón que el modelo tiene como objetivo disminuir las barreras administrativas que no permitan cumplir con los indicadores en salud propuestos por la Cuenta de Alto Costo. Por esta razón se brinda la posibilidad de realizar pruebas confirmatorias, agendamiento y toma de laboratorios en mismo lugar, asignación de ingreso sincrónico escalonado por todo el equipo multidisciplinar y seguimiento posterior a esta atención por telemedicina con continuidad de seguimiento mensual, semestral o anual según se disponga en cada caso particular.

Adicional se proponen acciones como: unificación de los servicios que se ofrecen a los pacientes con VIH/SIDA en la IPS Preventiva Farallones. Esto incluye la atención médica, los exámenes de laboratorio, la entrega de medicamentos, etc.

Coordinación entre los profesionales donde se cuenta con un médico experto líder del programa que cuenta con un equipo interdisciplinario como lo son: enfermería, trabajo social, psicología, gestor clínico, auxiliar administrativo, químico farmacéutico y consulta asistida con infectología con el fin de poder generar un canal de comunicación y poder brindar la misma

información, así como reconocer todos los factores asociados que no permitan cumplir con la adecuada adherencia al manejo médico establecido.

6.4.3 Promover la participación de los pacientes en su atención médica

El objetivo de esta estrategia es que los pacientes se involucren activamente en su propia atención médica. Esto les ayudará a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y a mejorar su adherencia al mismo.

Para ello, se proponen las siguientes acciones:

- Educación de paciente y/o cuidador primario en consulta con enfermera líder del programa, donde entrega folletos de educación sobre síntomas, manejo adecuado de medicamentos (uso almacenamiento, interacciones medicamentosas) así como la importancia del seguimiento en las consultas multidisciplinarias, el cumplimiento en toma de medicamentos, vacunación y seguimiento por telemedicina y reporte temprano de cambios en estado de salud.

Se hará a través de Webinar mensualmente por el equipo multidisciplinar (psicología, trabajo social y enfermería) con el fin de definir temas específicos donde los pacientes pueden participar activamente sobre preguntas asociadas a temas de apoyo al autocuidado, que incluye la enseñanza de hábitos saludables, la identificación temprana de factores riesgo, la resolución de problemas y la gestión de la ansiedad y el estrés como ejemplo de temas importantes para realizar espacios de educación y de interacción tanto para los pacientes como para cuidador primario.

6.5 Gestión clínica

El objetivo de la estrategia clínica es garantizar la atención a los pacientes con VIH/SIDA de calidad, eficiente y efectiva. Esto se logrará a través de las siguientes acciones:

- Llevar una herramienta de seguimiento por auxiliar administrativo con el ciclo individual de cada paciente para realizar seguimiento individualizado como la programación de las atenciones sincrónicas, de seguimiento y prioritarias en caso de cambios en el estado de salud. Adicional se llevará seguimiento en toma de paraclínicos y función renal. Educación del paciente sobre su enfermedad, el tratamiento y los riesgos y beneficios de la adherencia al tratamiento.

- Apoyo mediante un *chat* de *WhatsApp* donde el paciente pueda tener comunicación con un auxiliar administrativo para el apoyo de la gestión, incluyendo la educación para realizar gestión de ordenes médicas, autorizaciones, reclamaciones y citas, además apoyo en agendamiento y autorizaciones, así como priorizar gestiones con el fin de disminuir las barreras administrativas Que pueda agendar, autorizar y priorizar gestiones que no sean barreras administrativas.

La gestión clínica desde el modelo de atención se centrará en los siguientes aspectos:

- Calidad de la atención: se tendrá una persona encargada de experiencia y calidad, que acompañe al paciente desde el ingreso a la IPS como en el seguimiento de las consultas sincrónicas, toma de muestras de laboratorios para poder dar guía y explicación sobre las diferentes fases del proceso de diagnóstico y seguimiento clínico.

- Capacidad resolutoria: los profesionales de la IPS deben ser capaces de tomar decisiones médicas inmediatas y planificar el seguimiento clínico y los exámenes de control. Todos tendrán acceso a la misma herramienta de historia clínica electrónica y agenda virtual donde podrán agendar los seguimientos de control de cada paciente, además de realizar en el consultorio.

- Entrega de fórmulas médicas completas y de manejo integral.

- Eficiencia de los recursos mediante la pertinencia de la toma de decisiones para esto lo profesionales contarán con un protocolo de atención donde se describen los exámenes de ingreso, seguimiento con las frecuencias estipuladas, así como también la importancia de la racionalidad de los manejos complementarios y remisiones con criterios claros para esta. La IPS contará con un profesional de enfermería con rol de auditoria con el fin de hacer seguimiento a las historias clínicas de los profesionales para el cumplimiento del protocolo de atención, así como realizar un seguimiento de indicadores de historia clínica el cual debe cumplir más del 90%, teniendo en cuenta que los resultados en salud del programa deben ser notificados a la Cuenta de Alto Costo.

- Accesibilidad de la atención: se garantiza el acceso al servicio de manejo integral, con tiempo de respuesta de ingreso de 3 días hábiles, valoraciones complementarias a 7 días hábiles y con seguimiento mensual y semestral con capacidad instalada para tener cumplimiento de agenda; garantizada por medio del gestor clínico que el indicador de tiempo de asignación de citas se cumpla y este en el mes mayor al 90%.

- Satisfacción de los pacientes: medición mediante las encuestas de satisfacción de atención con una satisfacción de la atención mayor al 90% de los usuarios, así como mínimas PQRS en gestión y con resolución completa no mayor a un tiempo de 4 días hábiles.

Estas estrategias y acciones se han diseñado para mejorar la atención integral a los pacientes con VIH/SIDA en la IPS Preventiva Farallones. Se espera que estas medidas contribuyan a mejorar los resultados en salud de esta población, incluyendo la adherencia al tratamiento, la carga viral indetectable y la calidad de vida.

- Vacunación: Actualmente, los programas que existen en el mercado solamente incluyen las vacunas contra hepatitis B, influenza y neumococo. La propuesta presentada adiciona las vacunas contra hepatitis A, virus de papiloma humano y difteria, tétanos y tosferina,

de forma tal que se puede evitar que los pacientes adquieran de manera grave este tipo de enfermedades oportunistas para las cuales ya existe un método de prevención probado. Una estrategia que facilitaría la inclusión de estos nuevos biológicos es aprovechar las vacunas entregadas por el PAI (Plan Ampliado de Inmunización) contra influenza de tal forma que esto no genere costo para el asegurador y los recursos que se ahorren por la no inversión en estas vacunas, sean invertidos en las vacunas propuestas.

Como valor agregado el programa puede hacer las actividades de administración de estos biológicos sin generar costos adicionales. Como otro elemento importante en la propuesta de vacunación IPS preventiva para jóvenes cuenta como un aplicativo en el cual se puede registrar los esquemas completos de vacunación y adicionalmente hacer seguimientos a dichos esquemas para garantizar coberturas completas a la población. La información que es obtenida de este sistema es tomada por el equipo de vacunación para hacer llamadas de seguimiento de forma tal que se le pueda facilitar al paciente el acceso a dicho servicio.

6.6 Gestión de la calidad de la atención

La gestión de la calidad de la atención (GACA) tiene como enfoque mejorar la calidad de la atención sanitaria para esto se cuenta con estrategias y objetivos como se describen a continuación.

6.6.1 Enfoque centrado en el paciente

Los servicios en el manejo integral de pacientes con VIH/SIDA tienen como enfoque y prioridad el paciente realizando el abordaje integral dándole prioridad a la salud mental y humanización en la calidad de la atención.

Para cumplir con esta gestión se tienen las siguientes estrategias enfocadas en el paciente:

- Tener una persona que permita realizar seguimiento y escuchar la experiencia del paciente, permita enfocar las necesidades de los pacientes como prioritarias con el fin de que el paciente se sienta cómodo, seguro y empático con el proceso de atención que se le está brindando.

Atención personalizada: tener seguimiento individual de cada paciente, llevando un registro tecnológico de la información, indicadores de cumplimiento, adherencia al manejo así como cumplimiento con derechos y deberes de los pacientes, la cual el paciente puede tener acceso 24/7 para poder reconocer su seguimiento actualizado.

6.6.2 Toma de decisiones basadas en la evidencia

El diagnóstico de VIH/SIDA es una enfermedad de la Cuenta de Alto Costo por lo que se realiza seguimiento según las guías de atención con enfoque en las redes integradas en salud, por lo anterior se utiliza la Guía de Práctica Clínica de manejo de VIH/SIDA (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021), así como la realización del protocolo de atención basado en las últimas recomendaciones de la guía con el fin de lograr los resultados en salud y los indicadores de acuerdo a lo expuesto por la evidencia reportada. para esto los profesionales de la IPS Preventiva Farallones SAS tendrán guías y protocolos de atención en el sistema, con algoritmos de seguimiento de acuerdo a las características principales de tipos de pacientes con el fin de toma de decisiones de forma oportuna y asertiva.

Adicionalmente los profesionales contarán con cursos activos en la plataforma de la IPS Preventiva Farallones SAS sobre actualizaciones en el manejo de VIH, coinfecciones, nuevas terapias, entre otros; y el cumplimiento de los mismos serán un indicador indispensable para continuar seguir siendo parte del equipo de seguimiento de los pacientes del modelo integral

6.6.3 Trabajo en equipo

El manejo multidisciplinario y trabajo en equipo es la clave fundamental para realizar un adecuado seguimiento y así poder lograr el objetivo en los resultados en salud de la población con VIH/SIDA, dándole prioridad al enfoque del paciente dando una atención de calidad y dándole prioridad a las necesidades individualizadas de los pacientes para estos los profesionales van a contar con cuatro espacios dirigidos a cumplir con esta estrategia

- Junta médica (equipo multidisciplinario que hará seguimiento a los casos con criterios de complejidad ya previamente descrito).
- Grupos primarios mensuales donde tendrán la oportunidad de exponer necesidades, dudas, nuevas estrategias u otros elementos que ayuden en el crecimiento constante del equipo de trabajo.
- Grupo en WhatsApp por todos los profesionales, con el fin de poder comentar situaciones prioritarias de los pacientes para dar solución o seguimiento oportuno a los mismos.
- Espacios de aprendizaje continuo donde cada dos meses se designa un profesional el equipo multidisciplinario de manejo integral de VIH para actualizar al resto del equipo en temas relaciones con detección, diagnóstico, tratamiento, prevención, apoyo social, psicología, factores de riesgo, duelo entre otros temas que permitan tener comunicación integrada y poder apoyarse desde cada uno de los roles de los equipos.

6.6.4 Mejora continua

Se busca, que, a partir de las peticiones, quejas y reclamos de los pacientes, se realice un proceso de mejora continua que permita conseguir los objetivos planteados por el modelo de

atención integral, así como también generar impacto en la atención de los pacientes que les permita conectarse con el seguimiento clínico y las decisiones que se tomen para mejora clínica.

Para esto se tiene la Política Nacional de Calidad en Salud, donde se establecen los lineamientos de mejora continua que se deben tener en cuenta en el cumplimiento en el marco de la ley. El sistema de Gestión de Calidad en Salud busca garantizar que los servicios de salud proporcionen atenciones efectivas, seguras, oportunas, centradas en el paciente y equitativas.

Para toma de acción en mejora continua se tendrán en cuenta los siguientes procesos de atención con un plan de acción para su mejora continua:

- Disponibilidad de citas: se enviará notificación al paciente por mensaje de texto 72 horas antes de la cita para recordación de la misma, posterior se llamará un día antes para la confirmación de la asistencia. En caso que el paciente cancele la cita se hará inmediatamente nueva reprogramación y además se asignará a otro paciente para tener mejora en la oportunidad.

- Respuesta y manejo de las PQRS: la enfermera jefe del programa se encargará de recibir todas las peticiones, quejas y reclamos con el fin de poder dar respuesta y brindar solución al usuario, tendrá un tiempo de tres días hábiles para dar como realizada esta gestión y se verá reflejada en los indicadores de seguimiento de calidad de la IPS que deben cumplir con un porcentaje del 95% mínimo en respuesta oportuna y efectiva de las mismas.

6.6.5 Oportunidad en salud

Este ítem es fundamental en el modelo de atención integral de paciente de VIH, para que el paciente pueda obtener todos los servicios que requiere y que el modelo genera:

- Captación temprana desde P1 con la realización de la confirmatoria por el equipo.
- Asignación de entrega de resultados con profesional capacitado.
- Asignación de toma de exámenes y de ingreso en un tiempo menor a 72 horas.

- Ingreso sincrónico y seguimiento por equipo multidisciplinario.

Todo lo anterior en en el primer mes de tratamiento.

6.6.6 Seguridad

La seguridad del paciente es vital para el cumplimiento de los estándares de calidad, con el fin de cumplir en elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científica que buscan disminuir el riesgo del paciente para un evento adverso en el proceso de atención en salud.

Para garantizar la seguridad del paciente se proponen las siguientes estrategias para el modelo de atención:

- Identificación correcta del paciente: acción vital para que todo lo asociado con el paciente sea asignado al paciente correcto, para esto al ingreso se pondrá un sticker con nombre e identificación de paciente que se debe verificar en todos los procesos de atención.

- Infraestructura: se tendrán todos los estándares de calidad exigidos para la habitación de los espacios tanto en tema de medidas como de adecuación, así como también los equipos tecnológicos médicos tendrán seguimiento por equipos biomédicos cada tres (3) a seis (6) meses con el fin de ajustar, reparar o cambiar las tecnologías, de ser necesario.

- Prevención de infecciones o enfermedades: realizar tamizaje de los pacientes con el fin de evaluar el riesgo de desarrollar infecciones oportunistas, como también complicaciones asociadas a enfermedades crónicas por no adecuado control. Estos pacientes tendrán un seguimiento más estrecho definido por médico experto de riesgo cardiovascular para ajuste temprano del mismo.

6.6.7 Pertinencia

La pertinencia clínica es fundamental para un proceso de atención dirigido en un modelo integral en salud, donde se busca que por medio de ciclos los pacientes tengan valoraciones de ingreso y de seguimiento según condiciones clínicas, y a su vez se evalúen factores de riesgo, así como también se realicen planes individualizados de supervisión de los indicadores en salud establecidos por el modelo con el fin de generar estrategias tempranas para poder realizar contención del riesgo y así disminuir la posibilidad de infecciones oportunistas o avance en enfermedades crónicas que generen deterioro en el estado de salud y así mismo se vea afectada en la siniestralidad.

Para esto se contará con el equipo de auditoría de seguimiento de historias clínicas para la evaluación de la pertinencia por parte de los profesionales y además la adherencia a las guías de práctica clínica.

Las historias clínicas de calidad es un ítem fundamental en la valoración de desempeño de los profesionales de la IPSS para continuar en el programa.

6.6.8 Indicadores

Los indicadores planteados por el modelo son fundamentales para revisar y hacer seguimiento a la gestión de calidad, a continuación se describen los indicadores planteados por el modelo de atención, donde se tiene en cuenta tanto los indicadores dados por la Cuenta de Alto Costo, como también los que se consideran fundamentales para evaluar el éxito del modelo de atención integral en manejo de paciente con VIH.

Tabla 15*Indicadores*

Indicador	Numerador	Denominador	% esperado	Impacto
Detención temprana de pacientes incidentes en VIH	# de pacientes con prueba positiva de VIH	# de pacientes entregados al modelo de atención	>95%	Adecuada detención precoz de la población en riesgo
Proporción de pacientes con realización de recuento Linfocitos CD4 + en la valoración inicial	# de pacientes con resultado de Linfocitos CD4+	# de pacientes diagnosticados de VIH en valoración inicial	>95%	establecer estadio de la enfermedad y adecuado plan de manejo
Proporción de pacientes con diagnóstico + reporte con realización de carga viral en la valoración inicial	# de pacientes con carga viral	# de pacientes diagnosticados de VIH en valoración inicial	>95%	establecer estadio de la enfermedad y adecuado plan de manejo
Proporción de pacientes con diagnóstico de VIH que reciben valoración inicial en <72 horas por equipo multidisciplinar	# de pacientes con valoración inicial <72 horas por equipo	# de pacientes con diagnóstico de VIH en valoración inicial entregados al modelo de atención	>90%	Abordaje psicosocial, historia clínica, detección de factores de riesgo, lectura de exámenes, envío de terapia farmacológicos
Porcentaje de adherencia a manejo de TAR	# de pacientes con adherencia de TAR	# de pacientes con VIH con manejo farmacológico definido	>90%	es indispensable para cumplir con los resultados en salud, mejora de calidad de vida y adecuada limitación en la progresión de la enfermedad
Porcentaje de pacientes con carga viral indetectable	# de paciente con carga viral indetectable	# de paciente con VIH positivo en manejo con TAR	>90%	indispensable para evaluar adherencia y resultados de la TAR
Porcentaje de pacientes con VIH en tratamiento + tratamiento de tuberculosis	# de pacientes con VIH en manejo + TBC en manejo	# de pacientes del modelo de VIH	>90%	permite medir tanto la co infección como el tratamiento de la misma

Indicador	Numerador	Denominador	% esperado	Impacto
Proporción de pacientes con diagnóstico de VIH con estudio de resistencia en el fracaso virológico	# de pacientes con genotipificación	# de pacientes con fracaso virológico	>90%	Realizar genotipificación con el fin de definir TAR adecuada ante un fracaso virológico
porcentaje de paciente VIH con realización de PPD anual	# de pacientes con PPD anual	# de pacientes del modelo de VIH	>80%	Cumplimiento en el seguimiento y detección temprana de co infección
Porcentaje de paciente VIH con tamizaje para sífilis anual	# de pacientes con tamizaje de sífilis anual	# de pacientes del modelo de VIH	>80%	Cumplimiento en el seguimiento y detección temprana de co infección
Porcentaje de paciente VIH con valoración de riesgo cardiovascular anual	# de pacientes con valoración por riesgo cardiovascular	# de pacientes del modelo de VIH	>80%	Indispensable para el seguimiento de patologías crónicas asociadas y adecuado manejo medico
Porcentaje de paciente con esquema completo de vacunación para hepatitis B	# de pacientes con esquema de vacunación completo hepatitis b	# de pacientes del modelo de VIH	>95%	Evitar o disminuir el riesgo de infecciones oportunistas y complicaciones
Porcentaje de pacientes con infecciones oportunistas	# de pacientes con diagnóstico de infección oportunista	# de pacientes del modelo de VIH	<50%	Revisar adherencia, cumplimiento, manejos, fala virológico, así como alto riesgo de complicaciones a corto plazo
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de patologías psiquiátricas que reciben tratamiento	# de pacientes con diagnóstico de patología psiquiátrica que recibe tratamiento	# de pacientes del modelo de VIH	>90%	Importante para evaluar el riesgo, así como el seguimiento de adherencia al tratamiento y calidad de vida del paciente
Porcentaje de pacientes con abandono de tratamiento	# de pacientes con abandono de tratamiento	# de pacientes con VIH con tratamiento definido	<50%	Detección de paciente con criterios de complejidad, aumento de seguimientos así como establecer el riesgo a las complicaciones y siniestralidad
Porcentaje de pacientes hospitalizados por causas asociados al diagnóstico de VIH	# de pacientes con Hospitalización por VIH	# de pacientes del modelo de VIH	<30%	Revisar hospitalizaciones evitables y estrategias alrededor de este seguimiento

Indicador	Numerador	Denominador	% esperado	Impacto
Porcentaje de pacientes con muerte en clínica con diagnóstico de VIH que pertenecen al modelo, este debe estar asociado a su diagnóstico o complicación por VIH	# de pacientes que fallecen en clínica del modelo de atención a causa de la enfermedad	# de pacientes del modelo de VIH	<50%	Medir siniestralidad, así como mortalidad, seguimiento, adherencia, y remisión temprana a cuidados paliativos

Nota. Esa tabla contiene los indicadores de control de gestión. Fuente: elaboración propia.

Es importante enfatizar en los siguientes indicadores para dejar claridad en el seguimiento de los mismos:

- Detención temprana de pacientes incidentes en VIH: este indicador es fundamental para el modelo de atención descrito dado que se considera recibir población solo con una prueba diagnóstica P1 y posterior ser captados para la prueba confirmatoria. El tiempo entre la detección y la toma de la prueba confirmatoria es fundamental para una captación temprana.

- Porcentaje de pacientes con diagnóstico de patologías psiquiátricas que reciben tratamiento: es importante tener en cuenta que este indicador medirá tanto el paciente que ya tiene diagnóstico, como el que se diagnostique en el proceso que esté recibiendo manejo médico para patología psiquiátrica, teniendo en cuenta que algunos medicamentos de la TAR pueden exacerbar síntomas psiquiátricos y así disminuir la adherencia, lo que se traduce a complicaciones asociados.

- Porcentaje de pacientes hospitalizados por causas asociadas al diagnóstico de VIH: es importante determinar que la hospitalización sea por una complicación directa o asociada al VIH y no a otro causa.

- Porcentaje de pacientes con muerte en clínica con diagnóstico de VIH, que pertenecen al modelo y su muerte este asociada a su diagnóstico o complicación del mismo: Es muy

importante para el modelo medir tanto la siniestralidad en pacientes hospitalizados así como también la mortalidad de los mismos por complicaciones asociados a VIH o neoplasias que se asocien al mismo. Así como también descartar las muertes que sean por patologías externas.

Gestión de la humanización de la atención: la gestión de humanización en salud, regulada por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluye en su marco normativo dos pilares fundamentales tales como:

- Política nacional de humanización en salud
- Modelo de acreditación en salud (MAS)

Con el fin de que los servicios cumplan con criterios de humanización para el proceso de acreditación en salud, se tienen estrategias como las citadas a continuación.

6.6.9 Brindar atención personalizada y respetuosa

El modelo tiene como objetivo principal priorizar el bienestar tanto mental como físico del paciente, dándole acompañamiento con el equipo de psicología y trabajo social para la aceptación, educación y manejo de la enfermedad. Para esto se tiene acciones como:

- Entrega de resultados por psicología.
- Ingreso sincrónico con el equipo multidisciplinar de forma individualizada a cada proceso.
- Acompañamiento por experiencia del paciente para dudas, preguntas, direccionamiento en gestión y en toda la experiencia del paciente dentro de la atención en la IPS Preventiva Farallones.
- Permitir el acompañamiento de familiares, amigos o conyuges en la atención sincrónica si así lo desea el paciente.

6.6.10 Información al paciente sobre enfermedad

Esta estrategia incluye la explicación de su diagnóstico de manera sencilla y entendible para todos, adicional busca generar educación sobre los síntomas asociados, infecciones oportunistas, enfermedades crónicas que exacerben el deterioro clínico, las consecuencias de no inicio de tratamiento temprano o no adecuada adherencia al mismo. Así como el no cumplimiento de seguimiento y control médico; teniendo el paciente la oportunidad de tomar decisiones sobre su enfermedad fundamentada en pleno conocimiento previamente brindado por todo el personal. Para esto los pacientes contarán con:

- Folletos al ingreso sobre las principales características y puntos a tener en cuenta de su enfermedad.
- Consulta y seguimiento por enfermera del programa para realizar educación, prevención y seguimiento clínico del paciente.
- Acompañamiento en la entrega POS TEST, así como también durante el proceso por psicología y trabajo social, remisión temprana a psiquiatría.
- Oportunidad de tener seguimientos por telemedicina en caso de no tener acceso a los servicios presenciales.
- Toma de decisiones y el acompañamiento en el momento que se decidan voluntades anticipadas verbales sobre no continuidad de tratamiento y firma de desistimiento del mismo con remisión a cuidado paliativo.

6.6.11 Individualizar las necesidades de los pacientes

Al realizar un enfoque integral y una intervención inicial multidisciplinar por médico, psicología, enfermería y trabajo social tiene como objetivo principal realizar un abordaje

completo del paciente para poder identificar sus necesidades así como factores de riesgo con el fin de fortalecer la educación, el seguimiento, la adherencia así como disminuir las barreras tanto en acceso como en el apoyo social en disminución de la discriminación y vulnerabilidad de derechos en la población con diagnóstico de VIH/SIDA.

Para esto se harán escalas como:

- Escala de RCV (riesgo cardiovascular) para evaluar así el riesgo de enfermedades cardíacas y el plan de acción sobre el mismo.

- Barthel: grado de dependencia del paciente. Esto permite verificar si el paciente ha presentado deterioro o aumento en su dependencia diaria, í mismo en caso de presentar dependencia moderada se evaluará para ingreso al programa domiciliario de seguimiento con alto riesgo.

- Escala de depresión de Hamilton con el fin de evaluar el riesgo de depresión y suicidio de los pacientes quien estén haciendo rechazo al diagnóstico.

- Escala de calidad de vida: esto es fundamental para evaluar la salud y el bienestar del paciente en diferentes esferas, que permitan identificar áreas de mayor interés para el trabajo del equipo multidisciplinario

En caso de detectar consumo de alcohol o sustancias psicoactivos se harán intervenciones con enfoque diferente y evaluación de riesgo de dependencia.

6.6.12 Participación de los pacientes

Una de las estrategias fundamentales en el modelo de atención es integrar a personal de la comunidad que tenga mejor acceso y comunicación, y sea el canal con la población con diagnóstico de VIH/SIDA, teniendo la capacidad de ser líderes en procesos de educación y seguimiento en la adherencia de los pacientes.

Para esto se tiene como estrategia, implementar el modelo de USA, con el fin de elegir personas de la comunidad con diagnóstico de VIH/SIDA. Que tengan la capacidad de ser líderes en la comunidad con el fin de realizar un proceso de educación y de formación para el abordaje de los pacientes, así como espacios de educación y grupos de apoyo para mejorar la adherencia de los pacientes al manejo de la TAR, así como toma de exámenes y seguimientos clínicos. Estas personas tendrán la posibilidad de participar en las juntas de mejoramiento del modelo cada tres meses como representación de los usuarios para poder realizar modificaciones y actualizaciones con la perspectiva tanto del equipo integral como de los pacientes líderes de los procesos.

6.7 Gestión de las tecnologías en salud incluyendo el sistema de información

La gestión de tecnologías en salud tiene como objetivo garantizar que las que las tecnologías de la información y la comunicación se utilicen de forma efectiva, eficiente y segura para así apoyar todo el proceso asociado a los requerimientos del modelo de atención y permita generar mejores resultados para eso tenemos estrategias como las siguientes.

6.7.1 Sistema de tecnología en salud de la IPS

Sistema único de registro de información para el seguimiento de los pacientes, bases de datos, registro de historias clínicas, laboratorios, ayudas diagnósticas, entre otras; que permita tener integralidad por los diferentes profesionales que participan en el proceso de modelo de atención integral.

6.7.2 Historia clínica electrónica

Lo que permite que todos los profesionales se encuentren de forma integrada visualizando la historia clínica del paciente, realizar un seguimiento histórico del ingreso y los

controles, revisar que en el ciclo de atención cuente con todas las valoraciones y laboratorios pertinentes de acuerdo a clasificación y estadio de la enfermedad de cada paciente.

6.7.3 MIPRES (Mi Prescripción)

Herramienta tecnológica que está dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social. Que garantiza el acceso, el reporte de la prescripción, suministro, verificación y control de lo no financiado con recursos de la UPC (unidad de pago por capitación) y servicios complementarios para ambos regímenes. Permite realizar entrega de medicamentos y elementos adicionales no incluidos en el PBS que es fundamental para garantizar la atención oportuna y eficiente del paciente en el modelo de atención.

6.7.4 CHAT de comunicación

Se habilitará un chat de comunicación vía WhatsApp con el fin de poder orientar a los usuarios en citas médicas, seguimientos clínicos, toma de muestras, ayudas diagnósticas, además de alertamiento en consultas por urgencias u hospitalización del paciente que pertenezca al modelo.

6.7.5 Mensajes de texto, correos electrónicos, mensajes vía WhatsApp

Diferentes medios a utilizar por parte del equipo para envío de información importante educativa asociada a la enfermedad del paciente, adicional promover estrategias integrales de bienestar como son hábitos saludables en alimentación, actividad física, y estrategias para la salud mental.

6.7.6 Webinar

Espacios educativos con el fin de educar tanto al personal de la IPS como también a los pacientes y cuidadores de los mismos en manejo adecuado y uso de medicamentos, medidas preventivas y reconocimiento de banderas rojas para consultar a tiempo.

6.7.7 Telemedicina

Uso de herramienta de tecnología en salud con el fin de poder proveer a los pacientes promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, por los profesionales de salud con el fin de poder intercambiar datos y tener acceso a la población que se encuentra a distancia con barreras de acceso a la consulta presencial lo que permite no perder continuidad en su seguimiento clínico y generar el enlace que se busca de conexión entre el profesional y el paciente con el fin de mejorar el indicador en la adherencia de seguimiento clínico.

Tele experticia se busca desarrollar el uso de la tele experticia con el fin de generar evaluaciones de los pacientes en casa por medio de equipos de tecnología que permitan hacer el examen físico y el médico puede realizar esta consulta desde la IPS y quien se desplace sea un auxiliar de enfermería lo que puede ayudar a generar efectividad y eficiencia en los procesos de atención de los pacientes, además de llegar a pacientes que por barreras de acceso en desplazamiento tengan la valoración médica, formulación y conductas médicas por medio de esta tecnología en salud.

6.7.8 Interacción entre drogas para el VIH

Utilización de redes de apoyo, en este caso de la universidad de Liverpool, que permite la búsqueda segura de interacción de medicamentos con la TAR.

6.8 Gestión de la referencia y contra referencia

El régimen de referencia y contra referencia tiene como objetivo cumplir con la atención oportuna e integral del usuario, el acceso a los servicios de salud de la población según sus necesidades y el nivel de atención que así requiera para el uso racional de los recursos institucionales. Los pacientes con VIH/SIDA se remiten de diferentes fuentes según la atención del mismo para el programa que se describe a continuación:

6.8.1 Referencia

Desde la IPS Preventiva farallones se van a referir pacientes que no cuenten con criterios de atención por el modelo integral como: niños, embarazadas, pacientes que requieran manejo en Unidad de Salud Mental, consulta especializada no ofertada por la IPS básica, pacientes que no residan en la ciudad de Cali, o extranjeros, pacientes que requieran manejo en servicios de urgencias, hospitalización o unidad de cuidados intensivos.

Los diagnósticos realizados en la IPS Preventiva Farallones de coinfecciones u otros no relacionados al manejo ambulatorio de VIH/SIDA, que requieran manejo intrahospitalario o de urgencias contarán con el proceso de referencia a la red de la EAPB del paciente, por esto es importante contar con el adecuado relacionamiento con el asegurador, para realizar la remisión oportuna.

6.8.2 Contrarreferencia

Una vez el paciente sea captado por las diferentes puertas de entrada como consulta externa, urgencias, hospitalización, banco de sangre, toma de muestras de *screen*; se debe remitir para el manejo integral.

Si el paciente requiere manejo en otro nivel de atención y se le da egreso, se debe notificar a la IPS Preventiva Farallones con el fin de poder realizar seguimiento a estos pacientes y continuidad con el ciclo de atención.

Es importante aclarar que el paciente podrá notificar vía WhatsApp si requirió manejo en otro nivel de atención y el gestor clínico debe colocar un control en 48 horas para realizar seguimiento del mismo y evaluar egreso para el agendamiento de consulta Pos hospitalización.

6.9 Gestión del talento humano

La gestión del talento humano permite enfocar el bienestar del pilar fundamental del modelo de atención además de los pacientes, los cuales son los profesionales que brindan los diferentes servicios y hacen posible que se materialice el modelo de atención, es por esto que es de vital importancia establecer estrategias que busquen desarrollar un clima laboral, con profesionales de excelente calidad humana y clínica, con propuestas de actualizaciones constantes con el fin de generar los resultados esperados.

6.9.1 Selección

El proceso de selección de los diferentes actores del modelo de atención debe estar basado no solo en el conocimiento clínico sino también en pruebas adecuadas sobre calidad humana y atención en salud con enfoque en el paciente; realizando casos clínicos y escenarios de difícil manejo para evaluar la respuesta de los profesionales.

6.9.2 Inducción y capacitación

El proceso de inducción debe tener un tiempo mínimo de siete días hábiles, para que los profesionales tengan la capacidad de conocer las instalaciones, tecnologías en salud, así como el

funcionamiento del modelo integral con la ruta completa en cuanto (capitación, diagnóstico, toma de muestras, equipo multidisciplinar, valoraciones complementarias, remisiones a la red). El profesional debe conocer los procesos de los aseguradores con el fin de brindar una atención de calidad y con disminución de barreras administrativas.

6.9.3 Desarrollo profesional

Se permitirá a los profesionales que busquen realizar un crecimiento continuo en la academia la oportunidad de poder estudiar y participar en actividades como: actualizaciones, congresos, mesas de trabajo u otros espacios educativos.

6.9.4 Gestión del rendimiento

Se llevará un seguimiento del rendimiento de los profesionales que cumplan en puntualidad, buena calidad de atención, así como felicitaciones de los pacientes. Profesional con la mejor calificación mensual, tendrá incentivos como bonificación o tiempo libre por el buen trabajo.

6.9.5 Celebración de cumpleaños

Se tendrá un calendario de los cumpleaños de todos los colaboradores con el fin de realizar la celebración mensual y se dará un detalle por la IPS para cada uno de ellos en su día adicional de medio día laboral.

6.9.6 Grupos primarios

Se realizará seguimiento mensual con todo el equipo para evaluar ingresos, indicadores, PQRS (peticiones quejas y reclamos), felicitaciones con el fin de realizar compromisos de

mejora continua y donde puedan expresar oportunidades de mejora en la operación.

6.9.7 Integración

Se harán dos jornadas de integración cada seis meses con el fin de compartir otros espacios diferentes a la jornada laboral con el fin de mejorar el clima organizacional y realizar actividades extracurriculares que permitan compartir y conocer el equipo en integralidad.

6.10 Negociación y contratación con EAPB

El modelo de atención integral propuesto en este documento plantea un conjunto de estrategias enfocadas a entregar a los pacientes la atención necesaria que les permita reducir el riesgo de complicaciones de salud y mejorar su calidad de vida. Tal como se describe en el punto 6.1 del presente documento, la población objetivo para la cual se está construyendo esta propuesta corresponde a las EAPB Comfenalco Valle, SOS y Emssanar.

El hecho de que esta región y especialmente la población afiliada a los aseguradores mencionados, evidencien que presenta una mayor carga de la enfermedad, sumado al hecho de que ya existen o han existido relaciones comerciales entre estas aseguradoras e IPS Preventiva farallones, son razones que justifican el interés de presentar el modelo de atención a estas EAPB.

En línea con lo establecido en el Decreto 441 de 2022, la propuesta presentada describe el modelo de prestación de servicios que se va a ejecutar, las intervenciones en salud sobre la población objetivo y los cálculos económicos de la operación. Por tanto, los requisitos mínimos de una eventual contratación incluirán el objeto del acuerdo, la duración del acuerdo, el lugar de ejecución, la definición de la población objeto, el listado de servicios habilitados, las modalidades de pago y demás condiciones definidas en la norma.

La metodología de pago o negociación propuesta es a través de pago global prospectivo PGP en el cual el prestador asume parte del riesgo técnico en la gestión de la población generando esto un incentivo que motiva a realizar una gestión con resultados positivos para el asegurador y el prestador.

En cuanto a el cálculo de las frecuencias de uso se acudió al informe de la cuenta de Alto Costo (2022) para definir indicadores y supuestos necesarios para modelar la nota técnica, mientras que para el cálculo de los costos se consultó fuentes como los cálculos de suficiencia de la UPC del año 2021 (más el IPC para el sector salud en el año 2022), listas de precios de proveedores y algunos de costos de elaboración propia. En el anexo Análisis Económico del Modelo se presenta la nota técnica y todas sus bases de cálculo.

De cara a los aseguradores, la oferta a presentar tiene como principales atributos:

- Un modelo integral, que disminuye barreras de acceso a los usuarios y minimiza los trámites administrativos.
- Búsqueda activa y captación rápida de nuevos pacientes (incidentes).
- Estrategia proactiva de seguimiento al cumplimiento a esquemas de tratamiento.
- Enfoque de la gestión hacia el cumplimiento de objetivos (resultados en salud y resultados económicos)

A continuación, se presenta la propuesta económica, la cual parte de la siguiente estimación de la población:

Población prevalente: 1021, Población incidente: 438, Población para búsqueda activa: 64.956.

Tabla 16*Propuesta económica*

Ítem	Valor (\$)
I. Costos relacionados con la búsqueda y captación de pacientes	
Búsqueda y diagnóstico de la enfermedad	\$ 342.534.716
II. Costos relacionados con el ingreso de pacientes	
Manejo inicial para incidentes	\$ 759.676.588
Manejo inicial para trasladados	\$ 979.891.156
III. Costos relacionados con la continuidad de la gestión	
Continuidad de manejo para incidentes	\$ 571.865.056
Continuidad de manejo para trasladados	\$ 2.462.633.493
IV. Costos relacionados con la vacunación	
Administración de vacunas para incidentes	\$ 278.634.333
Administración de vacunas para trasladados	\$ 248.432.103
IV. Costos relacionados con educación del paciente	
Educación para el auto cuidado	\$ 9.391.750
Valor actividades directas	\$ 5.653.059.194
FEE Por gastos administrativos	5,0%
Valor total de la oferta	\$ 5.935.712.154
Valor mensual	\$ 494.642.680
Valor total pacientes nuevos	\$ 2.053.304.899
Valor mensual pacientes nuevos	\$ 171.108.742
Valor por paciente nuevo	\$ 391.106
Valor total pacientes trasladados	\$ 3.882.407.255
Valor mensual pacientes trasladados	\$ 323.533.938
Valor por paciente trasladado	\$ 316.973

Nota. Esta tabla contiene la oferta económica. Fuente: elaboración propia (2023)

Esta oferta económica tiene un valor anual de \$4.882.874.612 para el primer año y sus costos están desagregados por búsqueda y captación de pacientes, ingreso de pacientes, continuidad de la gestión, servicios de vacunación y educación al paciente. Dentro de los principales drivers estimados o supuestos para realizar los cálculos de esta oferta tenemos los siguientes:

- Inicialmente se solicitará a las EAPB a las cuales se presenta esta oferta que asignen a este programa un 10% de la población actualmente diagnosticada con la enfermedad.
- Con respecto a la población incidente, se solicitará que le sea asignado al programa el 50% de los nuevos pacientes diagnosticados el año anterior.

- Se estima que las EAPB objeto de la negociación para el próximo año tengan en total de 129.912 pacientes a los cuales se debe hacer búsqueda activa para vincular a la ruta de VIH. Se solicitará a estas EAPB que al programa de IPS Preventiva Farallones se le asigne el 50% de esta población. Esta gestión de búsqueda activa consiste en gestionar el contacto de bases de datos suministradas por el asegurador con pacientes que probablemente puedan estar contagiados con el VIH. El asegurador define los criterios para seleccionar los registros que serán gestionados por el centro de contacto de la IPS y luego de dicha gestión, los pacientes serán direccionados a la red del asegurador para el proceso de diagnóstico en caso de ser pertinente.

- Adicional a lo anterior se establecen otros supuestos e indicadores que se relacionan en el Anexo “Análisis económico del modelo” en el capítulo de caracterización.

En la siguiente tabla se presenta un resumen de las principales características de la oferta:

Tabla 17

Condiciones comerciales programa VIH

Concepto	Descripción
Valor de la oferta:	\$ 4.882.874.612 valor año \$406.906.218 Valor mes
Alcance de la oferta:	Búsqueda de nuevos pacientes.
	Diagnóstico de nuevos pacientes.
	Plan de manejo al ingreso tanto para pacientes incidentes como trasladados de otros programas.
	Plan de continuidad para tanto para pacientes incidentes como trasladados de otros programas.
	Esquemas de vacunación para pacientes incidentes y trasladados de otros programas.
Actividades de educación al paciente.	
Condiciones de pago:	Pago mensual anticipado
Lugar de ejecución:	La cobertura de los servicios es para la ciudad de Cali y su área metropolitana bajo la modalidad intramural y extramural.
FEE por administración:	La oferta incluye un 10% de FEE por administración con lo que se financian recursos administrativos como la utilización de herramientas tecnológicas para telemedicina o para seguimiento y fidelización de pacientes, personal encargado de la experiencia al usuario, gestores clínicos y administrativos, procesos de compras, procesos de gestión del talento humano y procesos financieros.

Concepto	Descripción
Validez de la oferta:	Precios vigentes durante el año 2023. Deben ser ajustados de acuerdo con el IPC del año anterior + 3% para el sector salud a partir del 01 de enero de 2024.
Incentivos:	Por el cumplimiento de objetivos en salud, financiero y de operación pactados por las partes, el asegurador reconocerá al prestador un monto fijo que será definido al momento de la firma del acuerdo.
Continuidad de la contratación:	Se propone que la contratación sea por un periodo no menor a un año. Una vez terminado este periodo, si se evidencia que el programa ha cumplido con los indicadores acordados, la contratación se prorroga por un año más, para lo cual con dos meses de anticipación el prestador presentará una nueva nota técnica ajustada con una caracterización actualizada de la cohorte.
Auditorías:	Se realizarán auditorías de calidad entre el asegurador y el prestador al menos dos veces por semestre. Con base en estas auditorías se hará la calificación del prestador y se definirán acciones de mejora.
Seguimiento a resultados:	De manera mensual, el prestador entregará al asegurador un informe de gestión que será socializado en una reunión y que permitirá evaluar el cumplimiento de los acuerdos contractuales.
Ajustes a los cálculos:	En la medida que existan desviaciones mayores al 5% en los supuestos, frecuencias de uso o costos de las tarifas que afecten la ejecución de la nota técnica, se realizan ajustes previo acuerdo y en favor de EAPB o IPS según corresponda.
Exclusiones:	En el modelo de prestación se definen servicios que no serán cubiertos ya sea porque no los incluye el modelo o porque se excede la frecuencia de uso. Estas exclusiones se podrán atender bajo la modalidad de pago por evento previo acuerdo tarifario.

Nota. Datos tomados del sistema de información Carnet Virtual. Fuente: IPS Preventiva Farallones SAS (2022a)

6.11 Monitoreo de procesos y evaluación de los resultados de la atención.

Con el fin de realizar una medición eficiente de variables críticas como la gestión del riesgo en salud, los resultados en salud y la calidad en salud, de forma que se pueda monitorear y evaluar resultados del programa de atención integral a pacientes con VIH, se presenta un tablero de control que está estructurado utilizando la metodología del Balanced Score Card, basado en cuatro perspectivas: financiera, del cliente, de los procesos internos y del aprendizaje y el crecimiento.

Tabla 18*Cuadro de mando integral*

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Formula	Frecuencia de Medición	Responsable
Financiera	Controlar el impacto financiero del programa	Costo del tratamiento por paciente	Costo total del programa / número de pacientes	Mensual	Gerencia Financiera
		Costos evitados por paciente	Costos evitados / número de pacientes	Mensual	Gerencia Médica
Clientes	Generar impacto positivo en resultados clínicos	Tasa de adherencia al tratamiento	Pacientes adheridos al tratamiento / total pacientes	Mensual	Gerencia Médica – Director Técnico
		Tasa de carga viral indetectable	Pacientes con carga viral indetectable / total pacientes	Semestral	Gerencia Médica
	Reducir los índices de mortalidad	Mortalidad por VIH	Pacientes fallecidos por VIH o coinfecciones / total pacientes	Semestral	Gerencia Médica
	Fidelizar a los usuarios	Satisfacción de usuarios	Cantidad de PQRS recibidas	Trimestral	Calidad
Procesos	Prestar una oferta de servicios con altos estándares de calidad	Acceso a los servicios	Servicios prestados / total servicios programados	Mensual	Dirección Servicios
		Oportunidad de los servicios	Servicios prestados oportunamente / total servicios	Mensual	Dirección Servicios
	Disminuir la incidencia de eventos adversos	Ocurrencia de eventos adversos	Cantidad de eventos adversos o incidentes reportados	Mensual	Calidad
Aprendizaje y Crecimiento	Desarrollo talento humano de excelencia	Adherencia a GPC	Evaluación de efectividad en uso de GPC	Semestral	Calidad
		Participación en actividades de capacitación	Cantidad de actividades de capacitación registradas	Trimestral	Gestión Humana

Nota. Herramienta de elaboración propia, propuesta para el seguimiento y control de los resultados del programa

Este tablero de control proporciona información clave para evaluar el desempeño del programa. Los indicadores permitirán a los responsables evaluar si existe un progreso del programa hacia los objetivos y será insumo clave para la construcción de planes o acciones de mejora. Una vez el tablero esté alimentado y se empiece a analizar con frecuencia, se podrán generar conclusiones con:

- El impacto positivo que pueda estar generando la gestión del programa sobre la salud de los pacientes.

- El grado de satisfacción que manifiesten los de pacientes con la gestión del programa.
- El asegurador podrá evaluar comportamientos tendencias de los costos de operación del programa.

7. Conclusiones y recomendaciones

El estudio permitió concluir que:

- El VIH en Colombia es una enfermedad catalogada de alto costo y alto impacto sobre la población con una tendencia creciente tanto en indicadores de incidencia como de prevalencia afectando a más de 140.000 personas, hombres y mujeres de diferentes edades, pero concentrada principalmente en hombres. En términos generales se ha evidenciado dificultades para el acceso oportuno a los servicios de salud y una baja adherencia a los tratamientos antirretrovirales de forma tal que esto impide que se cumpla con índices de control de la enfermedad direccionados desde organizaciones mundiales.

- Particularmente en la región del Valle del Cauca, se evidencia que, en indicadores de incidencia, prevalencia y mortalidad, esta región se encuentra por encima de la media del país por lo que esto permite pensar que es necesario hacer un análisis más profundo de las causas de este hallazgo para diseñar estrategias que permitan lograr el cumplimiento de los objetivos planteados en términos de control de la enfermedad.

- El modelo de atención propuesto ofrece un enfoque de tratamiento integral que busca reducir las barreras de acceso a los servicios y tratamientos por exceso de trámites administrativos como autorizaciones de servicios por parte de los aseguradores o tiempos de espera prolongados para toma de exámenes de laboratorio o citas con profesionales de la salud. Esta propuesta busca ofrecer bajo una sola institución un completo portafolio de servicios que supla las necesidades de los pacientes enfermos por VIH/SIDA, cumpliendo con todos los estándares de calidad y en línea con las mejores prácticas clínicas avaladas en las guías existentes en el país.

- Desde la óptica del paciente se presenta una oferta integral con altos estándares de calidad lo que incluye acceso, continuidad, oportunidad y seguridad, pero desde la óptica del asegurador se presenta un programa que ayuda a gestionar el riesgo en salud para esta población a través de un modelo que se concentra en variables críticas que pueden estar generando un impacto financiero importante.

- Cabe destacar que una ventaja para el asegurador es que el modelo propuesto ofrece flexibilidades en la estrategia de contratación, pues está diseñado por módulos de forma tal que se pueda desagregar para contratar diferentes alcances. También, debido a su carácter de integral, ofrece la ventaja de que permite atender diversas necesidades que se puedan presentar desde el asegurador concentrando la solución en un solo prestador.

- Como principales atributos del modelo se puede destacar la capacidad de llegar a poblaciones poco adherentes a través de herramientas tecnológicas relacionadas con la telemedicina y a través de servicios en el domicilio del paciente. También se resalta la implementación de una herramienta tecnológica APP tipo CRM diseñada para hacer seguimiento y programación de las diferentes actividades de intervención en salud para los pacientes, así como también desarrollar estrategias de fidelización que permitan al paciente apropiarse del programa interactuando desde dicha APP.

- Desde el punto de vista estratégico, se resalta que el modelo está en línea con la estrategia mundial 95-95-95 definida por la organización mundial de la salud, de forma tal que el equipo asistencial y administrativo estará formado con competencias técnicas y humanas que conducirán a resultados de impacto en salud. En este último sentido, la humanización de los servicios de salud se convierte en un aspecto fundamental, pues en el programa se brinda un

enfoque centrado en el paciente con un ambiente de respeto y empatía y en medio de un proceso de atención integral en el que no se vulneran los derechos de los pacientes.

Para mejorar el modelo de atención, se podrían realizar las siguientes recomendaciones:

- Buscar posibilidades de contratación con otras aseguradoras, en procura de lograr un mayor acceso a la atención integral brindada en el programa. Cabe decir que al lograr un mayor volumen de pacientes desde el punto de vista financiero se podrán generar ahorros por economías de escala que permitan presentar una oferta económica más favorable para los aseguradores.

- Desarrollar programas de educación y capacitación para los pacientes, sus familiares y los profesionales de la salud, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y el seguimiento del paciente. La financiación de este tipo de actividades se puede buscar a través de acciones de cooperación internacional o incluso con el apoyo de la industria farmacéutica.

- Desarrollar una mejora al aplicativo CRM existente en la actualidad, pues su alcance por el momento sólo es en el ítem de vacunación y el alcance se debe extender a todos los conceptos que se han comentado anteriormente.

- Gestionar la habilitación para tele medicina y tele experticia, con el fin de iniciar las consultas con tecnologías que permiten ver, escuchar y examinar al paciente sin necesidad de estar presencialmente en la casa del mismo. La consulta se puede realizar por el equipo multidisciplinario el médico experto o el infectólogo desde la sede principal, pero con el apoyo de un auxiliar de enfermería en la casa del paciente.

Desarrollar estrategias de educación con los aseguradores para incrementar la solicitud de pruebas presuntivas de VIH por los pacientes y la comunidad para seguimiento de la gestión de riesgo y atención primaria en salud dentro del modelo de atención.

- En una siguiente fase de evaluación y negociación del programa se debe considerar la posibilidad de incluir el suministro de medicamentos, pues esta es una variable crítica para el éxito del modelo. El asegurador debe comprometerse a contratar con un gestor farmacéutico que bajo ninguna circunstancia suspenda la entrega de medicamentos y se comprometa a tiempos de entrega no mayores a 24 horas.

Estas recomendaciones podrían contribuir a que el modelo de atención sea aún más efectivo en el control de la epidemia del VIH en Colombia.

Referencias

- Arrivillaga-Quintero, M. (Jul./ago. de 2010). Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud Pública de México*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400011
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades-CDC. (2022). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico, la atención y el tratamiento del VIH/sida en adultos y adolescentes en los Estados Unidos*. USA.
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades-CDC. (18 de December de 1993). *Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults*. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (Marzo-Abril de 1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Especializada Salud Pública*, 71(2), 177-137. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>
- Congreso de la República. (15 de Julio de 2005). Ley 972 de 2005. *Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida*. Bogotá, Colombia: Diario Oficial No. 45.970.
- Congreso de la República. (15 de Julio de 2005). Ley 972 de 2005. *Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. (julio 15)* . Bogotá, Colombia: Diario Oficial No. 45.970 .

Consejo Nacional de Política Económica y Social-CONPES. (2020). CONPES 3192 de 2020.

Estrategia para la promoción de la salud mental. Bogotá, Colombia.

Cuenta de Alto Costo-CAC. (2022). *Situación del VIH en Colombia.*

<https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/>

Grupo Vigilancia y Demografía en Salud Pública. Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali.

(2023). *Comportamiento notificación de casos de VIH/SIDA, a período Epidemiológico IV, Santiago de Cali 2019-2023.*

<file:///C:/Users/User/Downloads/Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20VIH%20-%20PE%20IV.pdf>

Instituto Nacional de Salud-INS. (2014). *Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos.* Bogotá, Colombia.

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/ITS/Gu%C3%ADa%20PC%20VIH%20a%20adolescentes%20y%20adultos.pdf>

IPS Preventiva Farallones. (2022). *Estados financieros 2021-2022.* Santiago de Cali.

IPS Preventiva Farallones. (2022a). *Informes financieros 2015-2023.* Santiago de Cali.

IPS Preventiva Farallones SAS. (2023). *Informes internos.* Santiago de Cali.

IPS Preventiva Farallones. (2023a). *Informes financieros 2015-2023.* Santiago de Cali.

IPS Preventiva Farallones SAS. (2023b). *Informes financieros 2022-2023.* Santiago de Cali.

IPS Preventiva Farallones SAS. (2023c). *Sistema de gestión de calidad.* Santiago de Cali.

IPS Preventiva Farallones SAS. (2023d). *Informe de gestión.* Santiago de Cali.

IPS Preventiva Farallones SAS. (2023e). *Definición estratégica.* Santiago de Cali.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS-UNAIDS. (2021). *HIV and AIDS Estimates*.

UNAIDS: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/colombia>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS-UNAIDS. (Noviembre de 2022). *Inequalities are blocking the end of the AIDS pandemic, say UN*. UNAIDS:

https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/november/20221129_dangerous-inequalities

Kaplan, R., & Norton, D. (1992). *The Balanced Scorecard: Measures that drive performance*.

Harvard: Harvard Business School Press.

Ministerio de Protección Social. (2007). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá, D. C.:

Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de la Protección Social. (3 de Abril de 2006). Decreto 1011 de 2006. *Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de salud y Protección Social. (2012). Resolución 4331 de 2012. *Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resolución 2338 de 2013. *Por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección VIH/ Sida y otras infecciones de transmisión sexual ITS (INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL), y para el entrenamiento en pruebas rápidas*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución 256 de 2016. *Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.* Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de Julio de 2017). Decreto 780 de 2016. *Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social de 25 de julio de 2017.* Bogotá, Colombia: Diario Oficial No. 50.305.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3100 de 2019. *Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.* Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (Agosto de 3 de 2020). Resolución 1314 de 2020. *Por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por HIV, sífilis, hepatitis B, y hepatitis C.* Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. Guía para profesionales de la salud.* Minsalud, Bogotá, Colombia.

ONUSIDA. (Marzo de 2021). *Invertir para poner fin al sida.*

<https://www.unaids.org/es/resources/infographics/invest-in-ending-AIDS>

Organización Mundial de la Salud-OMS. (2022). *Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el*

- periodo 2022-2030* . Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361201/9789240053830-spa>
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2022a). *Infección por el VIH: una guía clínica para profesionales de la salud*. Ginebra.
- Osterwalder, A., & Pigneur, Y. (2010). *The business model generation*. OSF Editores.
- Pellowski, J. A. (Sep-Oct. de 2013). Barriers to care for rural people living with HIV: A review of domestic research and health care Models. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 24(5), 422–437. doi:10.1016/j.jana.2012.08.007
- Presidencia de la República. (7 de Diciembre de 2007). Decreto 4747 de 2007. *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Colombia: Diario oficial No. 46.835.
- Profamilia. (2023). *PrEP Pre Exposure Prophylaxis CDC*.
<https://profamilia.org.co/servicios/prep/>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida -ONUSIDA. (2020). *Estrategia mundial contra el SIDA 2021-2026. Acabar con las desigualdades. Acabar con el SIDA*.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf
- Smith, E., & Badowski, M. (Jun. de 2021). Telemedicine for HIV Care: Current Status and Future Prospects. *HIV AIDS (Auckl)*, 10(13), 651-656. doi:10.2147/HIV.S277893
- Superintendencia Nacional de Salud. (8 de Diciembre de 2007). Circular 047 de 2007. *Por la cual se imparten instrucciones generales y remisión de información para la inspección,*

vigilancia y control de la superintendencia nacional de salud. Bogotá, Colombia: Diario Oficial No. 46.836.

Superintendencia Nacional de Salud. (2016). Circular 012 de 2016. *Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047/2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el programa de auditoría para mejoramiento de la calidad en salud y el sistema de información para la calidad.* Bogotá, Colombia.

Superintendencia Nacional de Salud. (2016). Circular 016 de 2016. *Por la cual se hacen modificaciones y adiciones a la circular 047/2007, información financiera para efectos de supervisión.* Bogotá, Colombia.