

Plan de mejora para la gestión integral del riesgo en salud

Modelo de gestión de riesgo enfocado en la promoción de estilos de vida saludable asociado a un programa de incentivos y una atención básica diferencial en una empresa de medicina prepagada en Colombia

Autores:

Bertha Lucia Varela Rojas

Julián Adolfo Villegas Gámez



Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Maestría en Gerencia de Organizaciones de la Salud

Santiago de Cali

Junio de 2020

Plan de mejora para la gestión integral del riesgo en salud

Modelo de gestión de riesgo enfocado en la promoción de estilos de vida saludable asociado a un programa de incentivos y una atención básica diferencial en una empresa de medicina prepagada en Colombia

Autores:

Bertha Lucia Varela Rojas

Julián Adolfo Villegas Gámez

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

**Director del trabajo de grado: Jorge Iván Ortiz
Médico (MBA), Health policy executive en Roche**



Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Maestría en Gerencia de Organizaciones de la Salud

Santiago de Cali

Junio de 2020

Santiago de Cali, 1 de junio de 2020

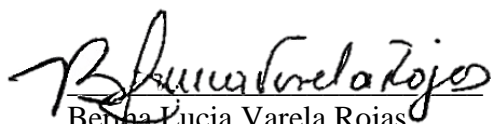
Doctor
Silvio Borrero Caldas
Decano
Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas


Pontificia Universidad Javeriana
La Ciudad

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es “Modelo de gestión de riesgo enfocado en la promoción de estilos de vida saludable asociado a un programa de incentivos y una atención básica diferencial en una empresa de medicina prepagada en Colombia”.

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

Atentamente


Bertha Lucia Varela Rojas
Cédula: 66.953.972


Julián Adolfo Villegas Gámez
Cédula: 79.967.228

Santiago de Cali, 1 de junio de 2020

Doctor
Silvio Borrero Caldas
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana
La Ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado “Modelo de gestión de riesgo enfocado en la promoción de estilos de vida saludable asociado a un programa de incentivos y una atención básica diferencial en una empresa de medicina prepagada en Colombia”, realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana Bertha Lucia Varela Rojas con cédula 66.953.972 y Julián Adolfo Villegas Gámez con cédula 79.967.228, y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. I. Ortiz', written over a horizontal line.

Jorge Iván Ortiz
Director del Trabajo de Grado

ARTÍCULO 23 de la resolución N° 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”.

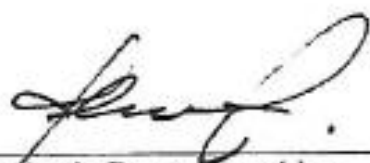
“Modelo de gestión de riesgo enfocado en la promoción de estilos de vida saludable asociado a un programa de incentivos y una atención básica diferencial en una empresa de medicina prepagada en Colombia” Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magister en Gerencia de Organizaciones de Salud.



SILVANO BORRERO CALDAS

Decano

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Yolanda Zapata Bermúdez

Directora

Maestría en Gerencia de Organizaciones de Salud



Eduardo Dueñas Manosalva

Jurado



Jorge Iván Ortiz

Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 30 de Julio de 2020

Dedicatoria

A nuestros hijos, que han sido la motivación y la inspiración para nuestros logros y son la razón para contribuir desde nuestros roles a la creación de un mejor sistema de salud para su protección y desarrollo futuro.

Agradecimientos

A nuestras familias por su tiempo y paciencia en el desarrollo de la Maestría, por su motivación permanente y el apoyo incondicional en nuestra carrera.

A los profesores de la Maestría, por los aportes en el conocimiento y el debate crítico de los sistemas de salud que permitieron darnos una visión integral para la Gestión de las Organizaciones de la Salud.

Un agradecimiento y reconocimiento especial a la Profesora Yolanda Zapata por su acompañamiento permanente, su disposición incondicional y genuino para apoyarnos ante cualquier necesidad.

A Coomeva Medicina Prepagada por su apertura en la información y su disposición para escuchar nuevas alternativas de Modelos de Atención.

Gracias a Dios por la oportunidad de aportar con nuestros conocimientos a un mejor sistema de Salud.

Tabla de Contenido

Resumen.....	18
1 Marco de Referencia.....	22
1.1 Marco Conceptual.....	22
1.2 Marco Regulatorio y Legal.....	29
2. Descripción general de Coomeva Medicina Prepagada.....	33
2.1 Historia de Coomeva Medicina Prepagada.....	33
2.2 Participación accionaria, estructural y organizacional	36
2.3 Direccionamiento Estratégico.....	41
2.4 Análisis del entorno y del sector.....	42
2.5 Análisis interno y externo. Matriz DOFA.....	44
3 Situación actual de la Gestión del Riesgo en Coomeva Medicina Prepagada.....	50
3.1 Descripción del modelo vigente.....	50
3.2 Análisis de la gestión de riesgo actual.....	52
3.2.1. Perfil Epidemiológico y Caracterización del Riesgo	53
3.2.2. Análisis de las utilizaciones y costos	57
3.2.3. Modelo de atención para la gestión de riesgo técnico.....	61
3.3 Análisis de la red prestadora de servicios y modelos de pago.....	62
3.4 Características de la oferta de servicio.....	69
3.4.1. Modelo de servicio.....	69
3.4.2 Mapa de Procesos.....	71
3.5 Riesgos relacionados con las funciones del aseguramiento.....	71

4 Propuesta del plan de mejora para la gestión integral del riesgo en salud para Coomeva	
Medicina Prepagada.....	73
4.1 Aplicación Móvil.....	74
4.2 Caracterización.....	77
4.2.1. Población objetivo para incremento de la participación en el mercado.....	77
4.2.2. Población objetivo para fidelización y reducción de la deserción.....	78
4.2.3. Población objetivo para reducir comorbilidades asociadas a la enfermedad cardiovascular.....	78
4.3 Demanda inducida selectiva.....	79
4.4 Atención virtual programada.....	81
4.5 Atención asistencial diferencial con la Consulta Multidisciplinaria.....	82
4.6 Modelo de fidelización con premios, reconocimientos y status.....	84
4.7 Modelo de contratación con incentivos por resultados.....	87
4.8 Central de Gestión Integral de Riesgo (C-GIR) y análisis de la información.....	92
4.9 Factibilidad financiera.....	93
5 Conclusiones.....	96
6 Referencias.....	99
Anexos.....	101

Lista de Tablas

Tabla 1. Participación accionaria de Coomeva Medicina Prepagada.....	36
Tabla 2. Estado de Resultados 2018 Coomeva Medicina Prepagada.....	40
Tabla 3. Participación del Mercado de Empresas de Medicina Prepagada 2014-2018.....	43
Tabla 4. Indicadores de Coomeva Medicina Prepagada desde el año 2015.....	52
Tabla 5. Caracterización por grupos de riesgo de Coomeva Medicina Prepagada.....	56
Tabla 6. Caracterización de los Pacientes con Enfermedad Cardiovascular.....	57
Tabla 7. Costos totales en salud por Grupos de Riesgo.....	60
Tabla 8. Frecuencia y Costos de pacientes con complicaciones cardiovasculares.....	60
Tabla 9. Población menor de 40 años por estrato social en Colombia.....	78
Tabla 10. Análisis de Factibilidad del Modelo de Gestión de Riesgo.....	95

Lista de Figuras

Figura 1. Composición del Grupo Empresarial Coomeva.....	35
Figura 2. Unidades de Negocio de Coomeva Medicina Prepagada.....	36
Figura 3. Organigrama Nacional de Coomeva Medicina Prepagada.....	39
Figura 4. Tendencia en el número de afiliados de CMP desde el año 2015.....	40
Figura 5. Modelo de Gestión de Riesgos en Salud de CMP.....	50
Figura 6. Población afiliada por Regional a corte dic 2019.....	53
Figura 7. Pirámide poblacional de Coomeva Medicina Prepagada.....	54
Figura 8. Población por grupos de edad y costos médicos asistenciales a dic 2019.....	58
Figura 9. Distribución del costo por tipo de servicio.....	59
Figura 10. Procesos de la Auditoria de Calidad para la contratación de prestadores.....	65
Figura 11. Ejemplo de análisis para incrementos ponderados.....	66
Figura 12. Mapa de Procesos de Coomeva Medicina Prepagada.....	71
Figura 13. Arquitectura básica de la aplicación móvil del Modelo.....	75
Figura 14. Transición del modelo de contratación con centros ambulatorios.....	89
Figura 15. Evaluación del Modelo de Contratación de Riesgo Compartido.....	90
Figura 16. El Modelo de atención como un producto diferencial para agregar Valor.....	96

Lista de Cuadros

Cuadro 1. Beneficios fisiológicos de las intervenciones de estilo de vida.....	23
Cuadro 2. Direccionamiento y objetivos estratégicos CMP 2015 – 2019.	41
Cuadro 3. Beneficios de la Aplicación Móvil.....	75
Cuadro 4. Actividades que Generan Puntos.....	85
Cuadro 5. Criterios para calificar a los Estatus – Niveles de Reconocimiento.....	86
Cuadro 6. Premios, beneficios y derechos de acuerdo al Estatus obtenido.....	86
Cuadro 7. Indicadores del Modelo de Gestión de Riesgo.....	93

Lista de Anexos

Anexo A. Información financiera de Empresas de Medicina Prepagada.....	102
Anexo B. Fases del modelo de gestión de riesgo.....	103
Anexo C. Guion atención consulta del profesional médico.....	104
Anexo D. Consentimiento informado y autorización para tratamiento de datos personales.....	105
Anexo E. Guion para promover la Consulta Multidisciplinaria desde la videoconsulta.....	106
Anexo F. Guion para la Atención de la Consulta Multidisciplinaria.....	107

Glosario de Términos

A continuación, describimos una serie de términos que consideramos claves en el desarrollo de la propuesta del plan de mejoramiento a la Gestión de Riesgo de la empresa de Medicina Prepagada analizada.

Adherencia: El grado en que el comportamiento de una persona tomar el medicamento, asistir a distintos servicios de salud, seguir un régimen alimentario y/o ejecutar cambios del estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. (World Health Organization, 2004)

Colectivo Empresarial: En el contexto administrativo, es el contrato que se celebra entre Coomeva Medicina Prepagada y una persona natural o jurídica, quien asume la responsabilidad, derechos y obligaciones de un número de usuarios igual o superior a diez (10) personas.

Demanda Inducida: Todas las acciones encaminadas a orientar, informar y educar a la población afiliada, con el fin de garantizar el contacto al sistema sanitario de la población afiliada en el nivel de atención y tipo de servicio idóneo de acuerdo a su edad, género, etapa del ciclo vital o grupo de riesgo. (ajustada de la Res 412/2000)

Enfermedad Crónica: Enfermedad con una o varias de las siguientes características: son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un período largo de supervisión, observación o atención. (World Health Organization, 2004)

Estilos de vida: Forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones

sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. (World Health Organization, 1998)

Factor de Riesgo: Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. (World Health Organization, 1998)

Grupo de Riesgo: Es un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios. (MSPS, 2018b)

Riesgo en Salud: La probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. PDSP (MSPS, 2012)

Riesgo Primario: O riesgo de seguro, se entiende como la variación en la incidencia y en la prevalencia de las condiciones médicas, así como en su severidad no evitable. (Castaño, 2014)

Riesgo Técnico: Probabilidad de ocurrencia de eventos derivados de la variabilidad en los procesos asociados a la prestación del servicio. (Castaño, 2014)

Telesalud: Es el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud. (Ley 1419 de 2010 artículo 2)

Telemedicina: Es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud

que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica. (Ley 1419 de 2010 artículo 2)

Tele orientación en salud: Entendido como el conjunto de acciones que se desarrollan mediante tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en promoción y prevención de la enfermedad y el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación. (Art 10 Resolución 2654 de 2019)

Telemedicina interactiva: Es la relación a distancia, mediante una herramienta de video llamada en tiempo real, entre el prestador y el usuario, para la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases. (Art 15 Resolución 2654 de 2019)

Telemedicina no interactiva: Es la relación a distancia, mediante una comunicación asincrónica, entre el prestador y el usuario, para la prestación de servicios de salud que no requieren respuesta inmediata. (Art 16 Resolución 2654 de 2019)

Resumen

Desde hace más de 40 años se reconoce la importancia de los estilos de vida, como el mayor determinante para la salud, inclusive la Organización Mundial de la Salud ha predicho que dos tercios de todas las enfermedades en todo el mundo serán el resultado de elecciones de estilo de vida, resaltando la importancia del abordaje de los mismos dentro de los modelos de salud, hasta tal punto que ya se habla del concepto de Medicina del Estilo de Vida, lo que resalta la necesidad de incorporar dentro de los modelos de atención de los sistemas sanitarios, estrategias efectivas que permitan a los usuarios del sistema adoptar hábitos de vida saludable. Adicionalmente existe actualmente un problema por la falta de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, en las cuales la adherencia a largo plazo apenas alcanza el 50%, planteando la necesidad de instaurar estrategias entre las que están los abordajes multidisciplinarios y sistemas educativos conductuales con sistemas de alarmas, recordatorios, correos, entre otros; cuyos componentes pueden ofrecerse a través de aplicaciones móviles y actividades de telemedicina.

Este trabajo propone un plan de mejoramiento al modelo de Gestión del Riesgo de una aseguradora de afiliación voluntaria de Medicina Prepagada en Colombia, la cual ha reducido su población en un 14% desde el 2016 principalmente por una alta deserción, perdiendo participación de manera significativa en el mercado, asociado a un incremento del envejecimiento de la población y de las de las tasas de uso de servicios de salud, generando un aumento sostenido del costo médico asistencial especialmente por enfermedades crónicas de origen cardiovascular.

Bajo este contexto, se propone un Modelo de Gestión de Riesgo enfocado en los objetivos de la “cuádruple meta” para el asegurador, mejorando resultados en salud, con altos índices de satisfacción tanto para el paciente como para los prestadores y a costos razonables, enfocado a la

promoción y gestión de estilos de vida saludable con diferentes componentes de telemedicina, asociado a un modelo asistencial diferencial a partir de consultas multidisciplinarias y un programa de incentivos para promover la adherencia terapéutica, lo cual adicionalmente permitirá atraer población saludable y reducir la deserción para incrementar la población afiliada y reducir los riesgos de aseguramiento.

Palabras Claves: Medicina del estilo de vida, Gestión del Riesgo en Salud, Telemedicina, Adherencia terapéutica, Triple Meta, Cuádruple meta

Abstract

40 years ago, lifestyles were recognized as the greatest determinant of health. Indeed, the World Health Organization has predicted two-thirds of all diseases worldwide will be the result of lifestyle choices and has highlighted the importance of approaching them within health models. Nowadays, the "Lifestyle Medicine" concept is being discussed, which demands effective strategies being incorporated into the health care models to allow users to adopt healthy lifestyle habits.

Besides, the lack of therapeutic adherence in patients with chronic diseases is currently a problem, barely reaching 50% in long-term adherence. For this reason, it becomes necessary to establish strategies including multidisciplinary approaches and behavioral educational methods, for instance: alarms, reminders, or emails. Most of these strategies can be offered through mobile applications and telemedicine activities.

This work proposes an improvement plan to the Risk Management model of an insurer of voluntary affiliation of Prepaid Medicine in Colombia, which has seen how its population has dropped by 14% since 2016, mainly due to high dropout. The insurer has lost significant participation in the market, its population has become older, and the rates of use of health services has increased. In consequence, the cost of medical care has experienced a sustained increase, especially for chronic cardiovascular diseases.

In this context, a Risk Management Model has been proposed to the insurer, centered on the "quadruple aim" objectives, improving health results with high satisfaction rates for patients and providers at reasonable costs. Also, it is focused on the promotion and management of healthy lifestyles, applying several telemedicine components related to a differential healthcare model, based on multidisciplinary meetings. Finally, the model

includes an incentive program to promote therapeutic adherence, which will additionally allow engaging a healthy population, reducing dropout to increase the affiliated population, and reduce insurance risks.

Key Words: Lifestyle Medicine, Health Risk Management, Telemedicine, Therapeutic adherence, Triple aim, Quadruple aim

1. Marco de Referencia

1.1 Marco Conceptual

Desde hace ya muchos años se reconoce la importancia de los estilos de vida, como el mayor determinante para la salud (M., 1974), inclusive la OMS ha predicho que dos tercios de todas las enfermedades en todo el mundo serán el resultado de elecciones de estilo de vida (Chopra, Galbraith, & Darnton-Hill, 2002), resaltando la importancia del abordaje de los mismos dentro de los modelos de salud, hasta tal punto que ya se habla del concepto de Medicina del Estilo de Vida (LM, por sus siglas en Inglés *lifestyle medicine*), la cual se define como “la práctica basada en la evidencia para ayudar a los pacientes y sus familias a adoptar y mantener comportamientos que mejoren su salud y calidad de vida” (Lianov L, Johnson M, 2012). Todo lo anterior resalta la necesidad de incorporar dentro de los modelos de atención de los sistemas sanitarios, estrategias efectivas que permitan a los usuarios del sistema adoptar hábitos de vida saludable; una meta que requiere una intervención intersectorial, o al menos ampliar los alcances de los servicios de salud para fortalecer las comúnmente llamadas “actividades de Promoción y Prevención (PyP)”.

La incorporación en los modelos de atención de las intervenciones del estilo de vida como la nutrición, el sueño, la actividad física, el estrés, entre otros, ha venido en aumento y hay evidencia que pueden mejorar los tratamientos a partir del abordaje de las causas subyacente de las enfermedades crónicas produciendo cambios fisiológicos hormonales, inflamatorios e inmunológicos que impactan la salud. (Abe & Abe, 2019). En el Cuadro 1 se resumen varios de estos aspectos fisiológicos que son modificables con ajustes, cambios, eliminación o adopción de estilos de vida.

Cuadro 1

Beneficios fisiológicos de las intervenciones de estilo de vida

Beneficios fisiológicos de las intervenciones de estilo de vida.	Disminución de la resistencia a la insulina.	Beneficioso para el microbioma.	Reduce la inflamación	Reduce hormonas del estrés.	Mejora la calidad del sueño	Aumentar la función inmune	Efecto antitumoral	Disminuir el deterioro cognitivo (Alzheimer)	Disminuir Enf CV (reduce la TA)	Disminuir la mortalidad por todas las causas.
Nutrición: Disminución de alimentos ultraprocesados	●	●	●				●			
Nutrición: aumento de la fibra dietética, proteínas	●	●	●							
Nutrición: aumentar bioactivos (probióticos, omega-3)		●	●							
Dormir: 7-9 horas por noche	●		●	●	●	●	●	●	●	●
Actividad física: (caminar, ejercicio aeróbico)	●				●		●	●	●	●
Actividad física: entrenamiento de fuerza			●	●				●		●
Reducción de estrés	●		●	●	●	●	●	●	●	●

Fuente: Adaptado de (Abe & Abe, 2019)

Los modelos de atención en salud actuales buscan lo que se ha denominado desde el 2008 como la “triple meta” un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos (Berwick, Nolan, & Whittington, 2008), sin embargo el camino no ha sido fácil y dentro de las organizaciones que han puesto en marcha su implementación algunas han sido más exitosas que otras, en el 2015, el instituto para el mejoramiento de la Salud (IHI – Institute for Healthcare Improvement), desarrollo una investigación observacional que estableció los factores de éxito para una adecuada implementación de la Triple Meta (Whittington, Nolan, Lewis, & Torres, 2015), estableciendo que habían varios componentes esenciales para lograrlo, entre los que estaban:

- La gestión exitosa de la población, para lo cual definen 3 aspectos relevantes, a identificación correcta de la población a gestionar, la creación o el reconocimiento de una estructura de gobernanza y el establecimiento de un objetivo o propósito que genere una coalición entre todos los interesados.

- Gestionar los servicios de la población a partir de una evaluación de las necesidades enfocándose en un segmento específico de la población a tratar de acuerdo a las necesidades en común, un ejemplo interesante de éxito al respecto de este punto se describe para el Servicio Nacional de Salud de Kernow en donde a las personas mayores de 65 años se clasificaron de acuerdo al riesgo creciente de necesidades en salud así: Personas que gestionan con éxito su salud y bienestar (15%), Personas cuyas elecciones o condiciones personales los ponen en riesgo (51%), Personas que manejan bien las condiciones crónicas (27%), Personas que son frágiles o tienen múltiples afecciones crónicas (6%), Personas que están al final de la vida (1%). En varias de estas experiencias, la evaluación de las necesidades se realizó a través de encuestas aunado al análisis de los registros médicos de los pacientes.
- Establecer un conjunto de proyectos para la atención de las necesidades de la población involucrando a los pacientes y las familias centrándose en la prevención y la promoción de la salud, entre los proyectos de éxito nombrados para una población específica podrían estar: Soporte integrado de datos clínicos para el manejo de la población, fortalecimiento de la atención primaria, capacitación de coordinadores enfermeros para la motivación de pacientes con múltiples enfermedades crónicas, implementación de trabajadores comunitarios para apoyar a personas de bajo nivel socioeconómico con problemas de salud mental, entre otros. Sin embargo, la recomendación esencial, es que ningún proyecto por sí solo podría lograr la triple meta, y por ello es importante establecerlos en conjunto y de manera integrada.

- Diseño o rediseño de los modelos de atención existentes, fortaleciendo la integración de los servicios, creando equipos efectivos multidisciplinarios y ajustando su disponibilidad a la escala necesaria de acuerdo a las necesidades de la población.
- Diseñar un sistema de aprendizaje para sostener los resultados a largo plazo, entre los que están el diseño de las mediciones de cada uno de los aspectos de la triple meta a través de indicadores, establecer el modelo desde abordaje de los determinantes de la salud para anticipar las necesidades sanitarias de la población, identificar casos centinela individuales para ajustar el aprendizaje del modelo colectivo y la designación de líderes para cada uno de los proyectos que componen integralmente el modelo de atención.

Complementando las recomendaciones anteriores, desde el año 2014 se viene hablando de la necesidad de establecer una “cuádruple meta” a los sistemas de salud (Bodenheimer & Sinsky, 2014), agregando el objetivo de mejorar la experiencia y la satisfacción de los profesionales de la salud, abordando el agotamiento generalizado e insatisfacción de los profesionales debido al impacto que este puede tener en los mismos objetivos de la triple meta.

A la implementación de Modelos de Atención exitosos, se deben sumar también dos conceptos importantes: los mecanismos para medir y mejorar continuamente la adherencia de las personas a los tratamientos y la incorporación de herramientas de telemedicina para interactuar con las personas más allá de los tiempos definidos en los servicios de salud.

La medición de la adherencia terapéutica es indispensable para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al modelo de atención implementado. Y aunque no existe un “patrón de oro” alguno para medir el comportamiento de adherencia y ha habido múltiples estudios con acercamientos a este objetivo, la OMS define que “ninguna estrategia de medición única se ha considerado óptima. Un enfoque multimétodos que combina medidas objetivas

razonables y de auto notificación factibles constituye la medición más avanzada del comportamiento de adherencia terapéutica” (World Health Organization, 2004).

Ortega et al, afirman que “La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran impacto a nivel mundial, predominando sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, en las cuales la adherencia a largo plazo comprende poco más del 50%, pero es más baja en países en desarrollo. Como consecuencia, tenemos mayores tasas de hospitalización, aumento en los costos sanitarios y fracasos terapéuticos, entre otros problemas”. (Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, 2018).

En lo que respecta a la enfermedad cardiovascular, la OMS indica que para el caso de la diabetes, solo el 28% de las personas tratadas logra un buen control glicémico y menos del 2% de las personas llevan a cabo la totalidad de las recomendaciones de las Asociación Americana de la Diabetes; para el caso de la Hipertensión Arterial, menos del 25% de los pacientes tratados logran un control optimo de las cifras tensionales, señalando a la falta de adherencia como una de las causas principales.(World Health Organization, 2004)

Teniendo en cuenta los 5 factores que intervienen en la adherencia terapéutica de acuerdo a la OMS (2004): los factores socioeconómicos, los relacionados al tratamiento, los relacionados con el paciente, los relacionados con la enfermedad y los relacionados con el sistema o equipo sanitario; Ortega et al (2018) describen estrategias para intervenir y mejorar la adherencia, entre las que resaltamos la necesidad de un abordaje integral por un equipo multidisciplinario y las estrategias educativas conductuales con sistemas de alarmas, recordatorios, correos; cuyos componentes están presentes en la propuesta de mejoramiento de este documento a través de las estrategias de consulta multidisciplinaria y la aplicación móvil que veremos más adelante.

Con respecto a herramientas tipo aplicaciones móviles e incorporaciones de los elementos de telemedicina, ya existen varias publicaciones en las que se observa el uso de estos elementos para la autogestión de los pacientes con enfermedades crónicas con resultados esperanzadores que muestran una oportunidad importante para su inclusión dentro de los modelos de atención. (Alessa, Abdi, Hawley, & Witte, 2018; Bhattarai, Newton-John, & Phillips, 2018; Lomotey, R. K., Mulder, K., Nilson, J., Schachter, C., Wittmeier, K., & Deters, 2014).

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores y las recomendaciones de la revisión para la implementación de la triple meta, se puede decir que gran parte de sus componentes están inmersos dentro de la política de la Gestión Integral de Riesgo en Salud, que en contexto colombiano se ha definido como “una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud, que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población” (MSPS, 2018b). Para lo cual se requiere la coordinación adecuada y el mejoramiento continuo de los diferentes sectores de la economía, orquestado por los entes reguladores, la implementación de Rutas Integrales de Salud (RIAS) y el involucramiento de las personas en el cuidado de su salud.

Para conseguir la Gestión Integral del Riesgo en Salud desde el aseguramiento, de acuerdo al modelo definido por el Ministerio, se deben establecer estrategias de identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos que comprometan la salud de la población (riesgos primario y técnico), monitorizar el funcionamiento de la entidad y su sostenibilidad en el sistema (riesgos operativos, reputaciones y financieros), a efecto de

suministrar los servicios y tecnologías de salud de manera integral para promover la salud, prevenir, tratar, rehabilitar, paliar o curar la enfermedad.

A pesar que se conoce la importancia de los estilos de vida para la salud de las personas conforme a los conceptos de los determinantes de la salud, los modelos actuales de atención derivados de los modelos de Gestión de Riesgo no abordan realmente la promoción de hábitos de vida saludable por dos causas principales, la primera, la restricción financiera, y segundo, el modelo asistencialista actual.

La restricción financiera para lograr estrategias de promoción de hábitos de vida saludable, puede verse indirectamente en la distribución del gasto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en donde de acuerdo a cifras del Ministerio de Salud, en el 2016, los Gastos en Salud Pública donde gran parte de los recursos son utilizados en estrategias de Promoción de la salud en el País, ocuparon aproximadamente solo 3,7% de todo el Gasto (MSPS, 2018a); adicionalmente, del 88% destinado al aseguramiento, menos del 3% tiene una destinación específica para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención conforme a la resolución 5858 de 2018, la cual fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se reconoce a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo.

Así pues, con unos recursos limitados, los modelos diseñados tienden a ser en gran parte asistencialistas de las enfermedades hasta el punto que la misma promoción y prevención se restringe principalmente a identificar enfermedades tempranamente y en hacer seguimiento clínico, y aunque la Ruta Integral de Salud (RIA) “Promoción y mantenimiento de la salud” reglamentada por el ministerio a través de la resolución 3202 de 2016 y la resolución 3280 de 2018, que amplía el alcance de la resolución 412 del 2000 con el fin que los actores del sistema realicen mayores y mejores actividades para promover hábitos de vida saludable, sus indicadores

se basan primordialmente en medir la realización de tales actividades pero no claramente en medir la eficacia de las mismas.

1.2 Marco Regulatorio y Legal

El Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, dentro de sus estrategias para lograr los objetivos en Salud, define la necesidad de “Reducir los hábitos de vida poco saludables como el sedentarismo y las prácticas alimentarias inadecuadas” y establece dentro de la ruta para el 2030 el compromiso de todos con nuestra salud y la responsabilidad conjunta en la sostenibilidad del sistema, así pues se resalta la importancia de implementar estrategias que fortalezcan el autocuidado y la adopción estilos de vida saludables.

Dicha ruta se ve reflejada más claramente con la reciente modificación al marco operativo de la Política Integral de Atención en Salud (PAIS), a través del Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), donde se fortalece la atención primaria en salud con un fuerte enfoque en la gestión integral del riesgo, que para la línea de gestión en el aseguramiento, se centra en intervenciones dirigidas a anticiparse a la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, la familia y la comunidad, entre las que también están, las estrategias de educación en autocuidado y la adopción de hábitos saludables.

Adicionalmente, cabe señalar, que para la línea de gestión del asegurador en el marco del MAITE, la Gestión Integral del Riesgo en Salud se hace operativa mediante la identificación de los grupos de riesgo, la implementación y adaptación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), el seguimiento de cohortes y la aplicación de modelos predictivos de riesgo, entre otros mecanismos, por lo que consideramos que la propuesta de mejoramiento al Modelo de Gestión de riesgo vincula estos componentes adecuadamente ofreciendo mayores alternativas en la caracterización de la población a partir del conocimiento de los hábitos de vida de las personas

y sus familias, permitiendo focalizar de mejor manera las intervenciones tanto individuales como colectivas y tener mayores variables para predecir desenlaces en salud. Por otro lado, con respecto a la línea del Enfoque Diferencial del MAITE, la propuesta de mejoramiento al Modelo de Gestión de riesgo presenta restricciones en el acceso dado que está implementado de acuerdo a los reglamentos del aseguramiento voluntario de Medicina Prepagada, por lo que solo tendrán derecho quienes tengan una afiliación vigente con la empresa, sin embargo, cabe mencionar que una vez afiliados, se garantizan las oportunidades para que todas las poblaciones, según el momento de curso de vida, pertenencia étnica, condición de discapacidad, identidad de género o sexual, dispongan de los servicios, procedimientos, acciones e intervenciones en salud, en condiciones de aceptabilidad, accesibilidad y calidad.

En el contexto Colombiano es importante mencionar que, con base en el Decreto 1570 de 1993 y sus posteriores modificaciones, las Empresas de Medicina Prepagada (EMP) en Colombia, cuyo objeto social es la gestión para la prestación de servicios de salud, o la prestación directa de los mismos, define sus Planes de Beneficios (PB) a través de contratos vigilados por la Superintendencia de Salud y que para efectos legales deben contemplar uno o más de los siguientes servicios: “(1) promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PyP); (2) consulta externa, general y especializada, en medicina diagnóstica y terapéutica; (3) hospitalización; (4) urgencias; (5) cirugía; (6) exámenes diagnósticos y (7) odontología.”, la EMP objeto de este estudio, Coomeva Medicina Prepagada (CMP), cubre los servicios de PyP para todos sus Productos, excepto en dos (Tradicional Especial y HCM – Hospitalización Cirugía y Maternidad).

De acuerdo con el Decreto 806 de 1998, los planes de Medicina Prepagada (MP) en Colombia se definen como planes adicionales de salud, que incluyen un conjunto de beneficios extra basados en aportes voluntarios, con financiación diferente a la cotización obligatoria.

Al usuario le es permitido elegir entre la utilización de los servicios incluidos dentro del Plan de Beneficios de salud (PBS) de su aseguradora obligatoria o aquellos que se ofrecen dentro del programa de beneficios de Medicina Prepagada. No obstante, para poder acceder a un servicio de Medicina prepagada, se requiere contar con afiliación vigente a una aseguradora del régimen contributivo que provea los servicios del PBS.

Con respecto a la telemedicina, es importante anotar que recientemente ha habido unos ajustes a su reglamentación debido a la pandemia de la COVID 19 que hizo presencia en el País desde marzo de 2020.

En atención a dicha emergencia sanitaria que se está viviendo a nivel mundial, el Ministerio de Salud Colombiano presenta alternativas a través del Decreto 538 del 12 de abril de 2020 que permite el acceso a los servicios y tecnologías de forma remota, garantizando el acceso a la prestación de los servicios de salud a la población a través de plataformas digitales accesibles con estándares básicos de audio y video que permitan el diagnóstico y seguimiento del paciente, lo cual amplía inmediatamente el acceso y aumenta la utilización de este tipo de herramientas.

A través de la Resolución 2654 del 3 de octubre de 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social había establecido una serie de disposiciones reglamentarias para la Telesalud y los parámetros para la práctica de la Telemedicina en el país.

Previamente, mediante la Ley 1419 de 2010, se habían establecido los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia, como una herramienta para la prestación de los servicios de salud a nivel nacional. Para hacer realidad este mecanismo, la Ley 1438 de 2011 consagró en

su artículo 64, los principios para la coordinación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de Telemedicina, asistencia y atención domiciliaria y las demás modalidades que convengan a las condiciones del país. Y, la Ley 1955 de 2019 —mediante el cual se aprobó el Plan Nacional de Desarrollo correspondiente al periodo 2018-2022—, dio mayor relevancia a esta figura, al consagrar la necesidad de modernizar la gestión de prestación de servicios a través de sistemas de información, con el propósito de lograr conectividad y permitir el acceso a servicios de salud en territorios apartados del país en donde: Existan limitaciones en la oferta, bien sea por la localización geográfica o por la ocurrencia de emergencias sanitarias; o existan limitaciones, sean estas transitorias o permanentes, para el acceso a la población a servicios de salud.

Por último, cabe señalar que en los modelos de atención y la promesa de valor de las diferentes EMP ha primado el mensaje del acceso directo a especialistas sin mediar la referencia y la contrarreferencia, la disponibilidad de las clínicas de mayor nivel y prestigio del País y el servicio preferencial en la atención de servicios de salud conforme a las cláusulas contractuales del contrato establecido entre partes, lo cual está conforme a las expectativas del mercado, sin embargo ha dejado históricamente rezagada la prioridad de la promoción de estilos de vida saludable.

2. Descripción general de Coomeva Medicina Prepagada

2.1 Historia de Coomeva Medicina Prepagada

Coomeva Medicina Prepagada S.A. (CMP) fue establecida en el año de 1973 en la Cooperativa Médica del Valle COOMEVA como alternativa para brindar cobertura en salud para los asociados y sus familias.

En enero de 1986 el Subcomité de Odontología de Coomeva presenta el Proyecto “Sistema Asistencia Odontológico de Coomeva”, proyecto que serviría de base para que en junio de ese mismo año se diera inicio al Programa de Salud Oral de Coomeva. Este servicio nace con una filosofía netamente preventiva, pretendiendo además ser un medio de desarrollo profesional para los odontólogos.

En octubre de 1993 inicia operaciones en la sede la Cruz Roja en Cali, la Unidad de Promoción y Prevención de Coomeva Medicina Prepagada con la realización de exámenes médicos de ingreso a Medicina Prepagada y actividades de Salud Oral.

La XXXIV Asamblea General Ordinaria de Delegados del 8 de marzo de 1997 autorizó la escisión del Programa de Salud Prepagada de las actividades de la cooperativa para crear una sociedad anónima denominada Coomeva Medicina Prepagada cuyo permiso de funcionamiento fue otorgado por la Superintendencia Nacional de Salud en diciembre del mismo año, iniciando operaciones el 1° de abril de 1998. Cuando en 1998 se crea la entidad como sociedad anónima, se da todo el apoyo para la creación de las Unidades de Prevención y Promoción a nivel nacional, con un enfoque de eficiencia, valor agregado y apoyo en el control del costo futuro.

Coomeva implementó el primer programa de coberturas prepagadas a través del denominado “tradicional”, el cual permitió afiliar a un número importante de personas, entre las cuales se encontraban familias, grupos empresariales y asociados. La afiliación al servicio consistió en la

suscripción de un contrato con cada persona, familia o empresa, en el cual se definieron las coberturas, establecidas en el 70% de los costos ocasionados con motivo de la atención de un evento de enfermedad, cubriendo Coomeva el 70% de los costos y sin exceder un tope máximo que en caso de ser superado debía ser asumido por el usuario.

Tras el ingreso al mercado de nuevos competidores las coberturas fueron replanteadas, por lo cual hacia 1991 introdujo un programa de cobertura al ciento por ciento, y otros de cobertura intermedia con mayor monto que el inicial fue así como nacieron los programas Clásico y Plata. También se definieron coberturas especiales para usuarios de sesenta años y más, a quienes por comportar un riesgo mayor de enfermar se les ofreció la opción de tomar el programa de “extensión Años Dorados”.

Tras la llegada de la Ley 100 de 1993, la percepción era que había acabado con la diferenciación que mantenían a su favor los usuarios afiliados a los programas de medicina prepagada como eran: escogencia del médico en horarios apropiados a sus necesidades, la institución. Debido a esto, la empresa debió innovar creando un portafolio más amplio hasta llegar a lo que se tiene ahora, con servicios que incluyen tres planes o tipos de vinculación contractual: familiar, asociado, colectivo y los programas: Oro, Oro Plus, Plata Joven, Clásico, Tradicional, HCM, Salud Oral, CEM, Oro Plus, Plata Joven, Asociado, Tradicional especial. Con los planes y programas mencionados el usuario del servicio de salud prepagada está en capacidad de satisfacer su necesidad de atención inmediata en la red de prestadores de la organización, seleccionando la institución que mejor satisfaga sus expectativas.

Como puede verse en la Figura 1, Coomeva Medicina Prepagada S.A. hace parte del sector salud del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva, la cual se describe a sí misma como una

“organización orientada al desarrollo integral del asociado y su familia, al fortalecimiento del sector cooperativo y a la construcción de capital social en Colombia”.



Figura 1. Composición del Grupo Empresarial Coomeva. Colaboración de la empresa Coomeva Medicina Prepagada

Dentro de la historia reciente de CMP, es importante destacar que el Grupo Empresarial Coomeva en el año 2010, decidió separar las funciones de aseguramiento y las de prestación, lo que en el año 2017 permitió que las Unidades de Promoción y Prevención pasaran a una nueva empresa, Christus – Sinergia, con una participación accionaria mayoritaria externa al grupo, lo que condujo a una reestructuración administrativa importante teniendo en cuenta que ya no se tendría una integración vertical para la atención en centros básicos ambulatorios.

El modelo de negocio de Medicina Prepagada de Coomeva está basado en contribuciones voluntarias y organizado en unidades de negocio como se describe en la Figura 2. Los beneficios y atenciones a los que el usuario tiene derecho varían según la cobertura (programas) ofertada y el tipo de vinculación contractual entre los agentes involucrados (planes). En general,

los programas de la unidad de negocio de Medicina Integral (objeto del análisis de este documento) incluyen: consultas de medicina general y especializada, ayudas diagnósticas, terapias y tratamientos. Como valor adicional, se brinda cobertura a tratamientos psiquiátricos, oncológicos, odontológicos y atención relacionada con la maternidad.



Figura 2. Unidades de Negocio de Coomeva Medicina Prepagada. Colaboración de la empresa Coomeva Medicina Prepagada

2.2 Participación accionaria, estructural y organizacional

De acuerdo con el libro de registro de acciones de Coomeva Medicina Prepagada compartido por la empresa a corte del 31 de diciembre de 2018, la composición y participación accionaria es la que se describe en la Tabla 1.

Tabla 1

Participación accionaria de Coomeva Medicina Prepagada

Accionista	Participación
Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia Coomeva	84,77%
Christus Rendimiento LLC	10,00%
Fiduciaria Corficolombiana S.A. Fidecomiso Acciones Coomeva Medicina Prepagada	4,81%
Fundación Coomeva	0,35%
Coomeva Turismo Agencia de Viajes S.A.	0,04%
Fondo de Empleados de la Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia Coomeva - Fecoomeva	0,03%
Total	100%

Fuente: Colaboración de la empresa Coomeva Medicina Prepagada

Teniendo en cuenta que CMP hace parte del Grupo empresarial Coomeva, su gobierno corporativo cuenta con los siguientes órganos:

Asamblea General de Accionistas. Es el máximo órgano de dirección. Determina mecanismos para la evaluación y control de las actividades de los administradores, con la facultad de ejercer el control directo de dichas actividades y efectuar el examen de la situación de la Sociedad, dentro de los límites que le impone la normativa legal y estatutaria.

Junta Directiva. Máximo órgano de administración. Sirve de enlace entre ésta y los accionistas. Consta de cinco miembros principales con sus respectivos suplentes, los cuales son elegidos por la Asamblea General de Accionistas a través de mecanismos participativos de conformidad con lo reglamentado en los estatutos sociales de la Sociedad. Por lo menos el 25% de sus integrantes deberán ser miembros independientes.

La Junta Directiva cuenta con un **Comité de Auditoría** que tiene el propósito de servir de soporte para la toma de decisiones para control y mejoramiento de la actividad de la Empresa, sus administradores y directores. El Comité de Auditoría supervisa el cumplimiento del programa de auditoría interna, el cual deberá tener en cuenta los riesgos del negocio y evaluar integralmente la totalidad de las áreas. Así mismo, vela porque la preparación, presentación y revelación de la información financiera se ajuste a lo dispuesto en la ley.

Gerente General: Es el representante legal, quien tiene a su cargo la administración y la gestión directa de los negocios. Es nombrado por la Junta Directiva. Es el encargado de transmitir información al órgano superior de gobierno con respecto a cuestiones económicas, ambientales y sociales. A fin de facilitar a dicho órgano la toma de decisiones acertadas.

Comités de la Gerencia General: Comité Primario de Gerencia, Comité Asesor de contratación Gerencial, Comité de Convivencia Laboral, Comité Paritario de Salud Ocupacional,

Comité de Investigación Disciplinaria y Comité de Ética. Se destacan el Comité Financiero, responsable de la toma de decisiones sobre la dimensión económica.

Alta gerencia: Corresponde a los cargos de Gerente General, gerentes regionales, directores nacionales, directores regionales, jefes y coordinadores de área. Son elegidos por el Gerente General, acorde con las políticas de contratación.

Las principales prácticas de gobierno corporativo se encuentran consignadas en el “Código de Gobierno Corporativo” adoptado por la empresa, el cual contempla los lineamientos de mejores prácticas de la industria, así como las contenidas en normas de entes de control promulgados bajo los estándares de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE. Dicho Código contiene los elementos relevantes para dirigir y controlar la gestión de la empresa, permitiendo un adecuado sistema de pesos y contrapesos que permitan que las decisiones adoptadas en cualquier instancia se tomen con un adecuado nivel de análisis, entendimiento y comprensión; buscando el equilibrio de los intereses de los distintos grupos de interés.

Se destaca como buena práctica, la rendición de cuentas a grupos de interés mediante el Informe de Sostenibilidad, informe de gobierno corporativo que se presenta a la Asamblea General de Accionistas, el cual es fuente fundamental de este documento.

Cooameva Medicina Prepagada cuenta con una división geográfica en 6 regionales y 32 oficinas que le permite extender la administración de la siguiente forma: Caribe (oficina principal Barranquilla), Noroccidente (oficina principal Medellín), Nororiente (oficina principal Bucaramanga), Centro oriente (oficina principal Bogotá), Eje Cafetero (oficina principal Pereira) y Suroccidente (oficina principal Cali).

Cooameva Medicina Prepagada refiere tener 1.800 empleados bajo una estructura orgánica y una salarial, la organización ha establecido las relaciones entre el personal en diferentes niveles como se observan en la Figura 3, donde además se representa el organigrama nacional de segundo nivel conforme a la estructura de los procesos primarios de la organización.

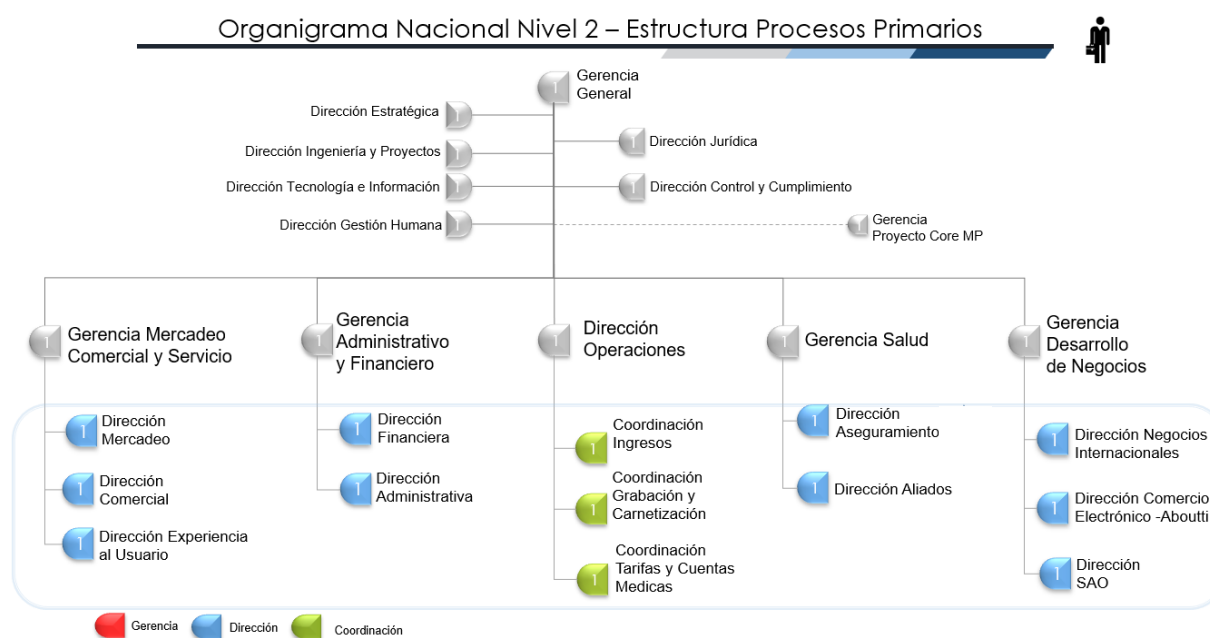


Figura 3. Organigrama Nacional de Coomeva Medicina Prepagada. Documento (MP-DC-0450). Colaboración de la empresa Coomeva Medicina Prepagada

Es importante resaltar que además de esta estructura nacional, CMP cuenta con Gerentes y Directores Regionales con equipos administrativos pares de la nacional con la misión de implementar las estrategias en cada regional y que responden técnicamente de los líderes nacionales.

Dado que en el momento de la realización de este documento no se habían desarrollado los estados de resultados oficiales del año 2019, los cuales están en revisión y se presentarán más adelante los expuestos por la Supersalud en el marco de la comparación en el mercado, se presentan los estados oficiales del año 2018 compartidos por la organización en la tabla 2, donde se observa un cumplimiento de las utilidades propuestas sin embargo es notoria la brecha entre

los ingresos presupuestados y los reales para el 2018, causada principalmente por una reducción de la población afiliada como veremos más adelante y profundizaremos en el desarrollo de este documento.

Tabla 2

Estado de Resultados 2018 Coomeva Medicina Prepagada.

ESTADO DE RESULTADOS - ACUMULADO DICIEMBRE DE 2018					
REGIONAL	ACUMULADO (Mill \$)			(%)	
	REAL 2018	PRESUPUESTO 2018	REAL 2017	EJECUCIÓN REAL Vs PRESUPUESTO	VARIACIÓN 2018 Vs 2017
Ingresos operacionales	699.249	711.073	692.671	98,34	0,95
Costos	540.432	541.535	530.639	99,80	1,85
Utilidad bruta	158.817	169.538	162.032	93,68	-1,98
Gastos operacionales	164.156	164.086	155.186	100,04	5,78
Otros ingresos y egresos	44.511	36.670	36.454	121,38	22,10
Ingresos y egresos financieros	5.140	7.015	4.826	73,28	6,52
Utilidad antes de impuestos	44.312	49.137	48.126	90,18	-7,93
Impuesto renta	12.697	17.670	15.687	71,86	-19,06
Utilidad neta	31.615	31.467	32.439	100,47	-2,54

Fuente: Colaboración de la empresa Coomeva Medicina Prepagada

En cuanto a la cantidad de afiliados dentro de la Unidad de Negocio de Medicina Integral, como se observa en la Figura 4, hay una tendencia a la reducción a partir del año 2016 agudizada en el 2018 por la pérdida de una población de un colectivo empresarial de más de 25 mil beneficiarios y el incremento de la deserción de planes individuales.

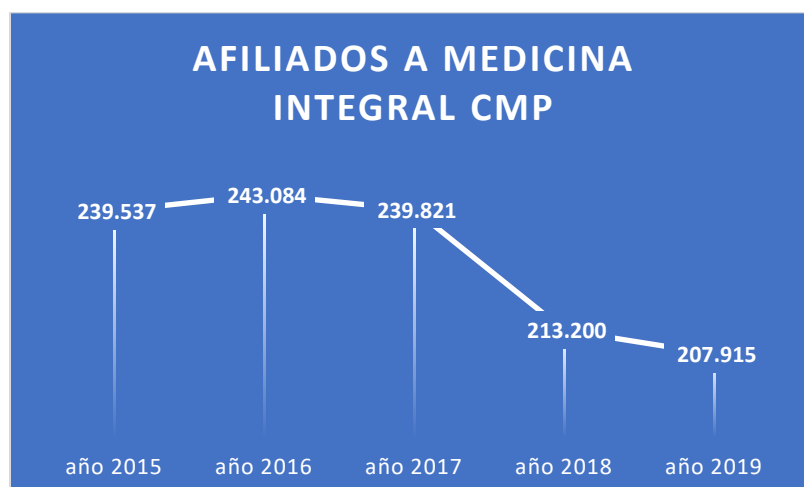


Figura 4. Tendencia en el número de afiliados de CMP desde el año 2015. Elaboración de autores a partir de la información compartida por Coomeva Medicina Prepagada

2.3 Direccionamiento Estratégico

El direccionamiento y los objetivos estratégicos de la organización 2015 – 2019, se resumen en el Cuadro 2.

Cuadro 2

Direccionamiento y objetivos estratégicos CMP 2015 – 2019

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS
<ul style="list-style-type: none"> • MISIÓN Ofrecer soluciones de salud dentro del aseguramiento voluntario que generen valor para usuarios y asociados en Colombia y América • VISIÓN 2019 En el 2020 tener la mayor participación en el mercado de aseguramiento voluntario en Colombia, reconocida por la integralidad de sus soluciones en salud, con presencia internacional. • ESTRATEGIA Comercializar productos y servicios innovadores que generen valor • MEGA - META Aumentar la participación de mercado al 32% mejorando el margen operacional al 5% para el año 2019 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener una posición de liderazgo en la calidad de servicios y productos diferenciadores en aseguramiento voluntario en salud 2. Desarrollar un modelo de gestión con excelencia operacional, tecnológica y con colaboradores altamente efectivos 3. Generar valor económico de manera sostenible 4. Administrar y proveer una oferta de servicios generando valor desde el modelo de gestión de riesgos en salud 5. Proponer y desarrollar oportunidades de negocio en el ámbito internacional para aseguramiento y prestación de servicios de salud

Fuente: Elaboración de autores a partir de la información compartida por Coomeva Medicina Prepagada

En el direccionamiento de la organización se describen los elementos de la oferta de valor así:

- Generación de valor y efectividad
- Servicio y diferenciación
- Innovación y modernización

Teniendo en cuenta los objetivos estratégicos, dentro de los principales logros en el período pueden destacarse: la implementación de varios programas de gestión humana para impulsar el liderazgo de los colaboradores como los equipos de alto desempeño, el programa de altos

potenciales y los planes de formación virtual y presencial, lo que ha incrementado la formación y el desempeño de los empleados en coherencia con el Objetivo estratégico No 2.

Sin embargo y pese lo anterior, es importante mencionar que de acuerdo a la visión y la meta establecida, Coomeva Medicina Prepagada ha perdido posicionamiento en el mercado desde el 2016 por la pérdida de población afiliada como se observó en la Figura 4, además, no tiene presencia operativa internacional importante y su margen operacional aún no llega al 5%; lo cual requiere todo un replanteamiento del direccionamiento estratégico que permita tener productos que se diferencien del mercado y permitan un mayor posicionamiento y sostenibilidad, objetivos que contempla el modelo propuesto en este documento.

2.4 Análisis del entorno y del sector

A diciembre de 2018 los afiliados a las entidades de medicina prepagada y planes complementarios en Colombia sumaba 1,484,839 de acuerdo a la información dispuesta por la Supersalud. Sin embargo, dentro de este dato es importante hacer la observación que en la información reportada por las empresas suman los afiliados de todo tipo de programas, lo cual genera un sesgo en la comparación porque en algunos casos se suman afiliados de planes de cobertura muy bajos o únicos como los servicios odontológicos, los cuales no pueden compararse con planes de cobertura más amplios. De acuerdo a estimaciones de CMP, los afiliados solo a planes de Medicina Integral suman alrededor de 1.170.914 personas concentradas principalmente en tres empresas: Colsanitas, Colmédica y Coomeva Medicina Prepagada.

El sector de las Medicinas Prepagadas no ha crecido mucho con el tiempo, de acuerdo a las cifras de la Supersalud, entre el 2016 y el 2018, ha habido un crecimiento del 13%, lo que representa 176 mil afiliados, sin embargo, el 82% de estos afiliados se estima que sea en los planes complementarios (PAC), que para muchos estratos de la economía puede verse como un

producto sustituto y es una amenaza para el mercado de las Medicinas Prepagadas, hasta tal punto que como vemos, las Supersalud los unifica en sus reporte de afiliados.

En el 2018, Coomeva Medicina Prepagada pasó a ser la tercera medicina Prepagada por cantidad de afiliados por debajo de Colsanitas y Colmédica como puede verse en la Tabla 3, resultado que va en contravía a lo definido en la Mega Meta del direccionamiento estratégico.

Tabla 3

Participación del Mercado de Empresas de Medicina Prepagada 2014-2018

MEDICINA PREPAGADA	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018
COLSANITAS	37.9%	37.8%	38.1%	40.6%	40.5%
COOMEVA	21.4%	22.1%	21.3%	20.8%	19.8%
COLMEDICA	20.3%	20.2%	20.7%	20.5%	21.4%
MEDPLUS	8.5%	8.2%	8.0%	7.6%	7.3%
AXA COLPATRIA	6.0%	6.1%	6.2%	6.2%	6.3%
MEDSANITAS	3.6%	3.7%	4.0%	4.0%	4.3%
OTROS	2.3%	1.9%	1.7%	0.4%	0.4%

Fuente: Información Supersalud – consolidado por LaNota.com

Desde el punto de vista económico, en el Anexo A se comparan algunos resultados entre las 3 principales medicinas prepagadas del País teniendo en cuenta la información compartida por la Supersalud a corte de diciembre de 2019, la cual, al momento de la realización de este documento se encontraba en proceso de validación por parte de la Delegada para la Supervisión de Riesgos; sin embargo pueden verse varias hallazgos importantes en referencia al estado actual financiero de Coomeva Medicina Prepagada en comparación con sus más importantes competidores.

En el anexo A se observa que en comparación con las otras Empresas de Medicina Prepagada, Coomeva tiene una proporción de patrimonio mucho más bajo a expensas de unos pasivos bastante altos en su balance financiero; adicionalmente, sus utilidades apenas superan el 2%, no alcanzando la megameta establecida del 5%, lo cual es más relevante si se tiene en cuenta que sus competidores tienen utilidades por encima del 10%, debido a que la proporción de los

costos de CMP son ocho puntos porcentuales más altos que los otros dos competidores, lo cual se profundizará más adelante en este documento.

Finalmente, es importante anotar que el mercado y sector de las Medicinas Prepagadas en Colombia es dependiente de los indicadores macroeconómicos del empleo y el poder adquisitivo de las personas, lo cual, teniendo en cuenta las tendencias del año 2019 y el primer bimestre de 2020, donde la Tasa de Desempleo de acuerdo al DANE está por encima del 12%, ponen en riesgo financiero a este sector, lo que requiere una gestión al respecto para ajustar los productos a las posibilidades económicas actuales.

2.5 Análisis interno y externo. Matriz DOFA

Con base en la información del sector y la suministrada por la empresa Coomeva Medicina Prepagada, se realiza el siguiente análisis de los factores internos y externos de la organización con el fin de proyectar estrategias que fortalezcan el direccionamiento estratégico y faciliten la estructuración de la propuesta del modelo de atención definido en este documento.

Debilidades

- La empresa CMP no cuenta con una integración vertical con centro de atención básica para la gestión de riesgo primario de su población afiliada.
- Las sedes físicas de prestación y administrativa son cada vez menores con referencia a la competencia directa
- Hay una tendencia a la reducción de la población afiliada
- La población afiliada tiene un alto índice de envejecimiento.
- La mayoría de los modelos de contratación son fee for service (evento) lo cual no incentiva la calidad y genera mayores riesgos financieros

- La empresa no cuenta con un plan comercial que defina tipo de empresas objetivo que permitan un crecimiento rápido de la población
- No hay redes integradas para la atención entre todos los niveles asistenciales que trabajan articuladamente para mejorar la efectividad de los modelos de gestión de riesgo
- La cobertura parcial de algunos servicios dentro de los programas de cobertura ofrecidos, como los medicamentos, no permiten garantizar la atención de forma completa de los pacientes, generando una dependencia de los servicios de las Empresas de aseguramiento obligatorio, las EPS.
- Si bien el direccionamiento posee indicadores de rendimiento económico no es clara la estrategia para lograr los objetivos de mayor participación en el mercado y margen de utilidades.
- A pesar que el direccionamiento habla de servicios y productos diferenciales, en el período de la gestión del mismo no se desarrollado un producto que abandere este propósito

Amenazas

- Creciente uso de recursos, tecnologías innovadoras con énfasis en Enfermedades Crónicas No Transmisibles y mayor intervencionismo para las enfermedades catastróficas elevando los costos asistenciales.
- La competencia tiene una mejor complementariedad de servicios con sus EPS aliadas, lo que les permite a los competidores mayor poder de negociación con clientes, especialmente colectivos empresariales.
- La situación actual de COOMEVA EPS, no existiendo actualmente una buena integración, lo que impacta negativamente en los servicios de complementariedad

- Incumplimiento de servicios con individuos, prestadores y empresas por parte de la EPS Coomeva, lo que lleva a una pérdida de credibilidad en el Grupo empresarial del cual CMP hace parte.
- Aumento de la oferta de productos Sustitutos para Programas de Baja cobertura como los Planes complementarios.
- Incremento progresivo de los costos asistenciales de salud y de las expectativas de cobertura de las personas.
- Tendencia a trabajar de manera aislada por parte de la red de especialistas lo que dificulta la implementación de modelos integrales de salud con varios profesionales de la salud.
- La falta de cultura de seguro por parte de la población colombiana.
- La tendencia al incremento del desempleo en Colombia

Fortalezas

- Modelos de análisis de información detallada con la caracterización técnica y Administrativa de toda la población.
- Alianza con un prestador que hace parte del Grupo Empresarial Coomeva para la atención básica ambulatoria, Christus – Sinergia.
- Modelo estructurado de Gestión de Riesgo empresarial y de gestión de riesgo técnico en Poblaciones de clientes colectivos
- La organización cuenta con certificación en gestión de calidad basado en la norma ISO 9001 desde hace 12 años con la acreditación renovada en diferentes áreas y la presentación al premio de Excelencia en Innovación que acredita los avances en sistema de gestión y capacidad de mejora continua.

- La organización cuenta con un área de dirección de proyectos empresariales y cuenta con el uso de metodologías de construcción de procesos, lo cual es un gran valor para la futura construcción rutas y modelos de atención.
- La organización cuenta con procesos muy bien desarrollados en gestión humana para garantizar la formación y el desempeño adecuado de los empleados.
- La existencia de Plan maestro de formación con periodicidad anual que se alimenta en 2 momentos del año, lo cual puede facilitar la divulgación de un nuevo modelo de atención o direccionamiento estratégico
- La reciente iniciativa corporativa para conformar grupos de innovación “Estrellas Coomeva” lo cual favorece el clima para el desarrollo productos innovadores.

Oportunidades

- El reconocimiento de la necesidad de productos complementarios en salud por parte de la sociedad para facilitar el acceso a los servicios
- De acuerdo a sondeo realizado al interior de la organización, el 95% de las personas tienen al menos un interés en cambiar, eliminar o adoptar algún hábito de vida.
- De acuerdo a encuestas realizadas por Delima Marsh, el 55% de las empresas manifiestan y reconocen que las actividades de Promoción de la salud y Gestión de la salud tienen un impacto positivo frente al ausentismo y la incapacidad, el 12% que el seguimiento a casos, y el 8% que el médico empresarial.
- El 65% de las Empresas no conocen los costos del ausentismo e incapacidad y les gustaría gestionarlo, lo cual puede ser una oportunidad de negocio para la gestión en los productos de Medicina Prepagada en clientes colectivos.

- Posibilidades de negociaciones con economía de escala con las empresas del Grupo Empresarial Coomeva.
- La masificación de plataformas celulares y tecnología WEB que facilita la comunicación bidireccional con los afiliados.
- Posibilidad tecnológica para realizar atenciones virtuales por diferentes vías de telesalud de acuerdo a la resolución 2654 del 2019.

Estrategias del Análisis DOFA

Del análisis anterior se pueden deducir varias estrategias ofensivas (FO), defensivas (FA), adaptativas (DO) y de supervivencia (DA), dentro de las cuales rescatamos en especial una ofensiva y de supervivencia que contiene el propósito del modelo propuesto en este documento a saber:

- Establecer un Proyecto para ofrecer a los clientes individuales y colectivos un modelo integral de gestión de Riesgo que contenga componentes de promoción de hábitos saludables combinando experiencias virtuales y presenciales, con el fin de promover la fidelización (reduciendo la deserción), promover afiliaciones saludables (incrementando la población) y fortaleciendo la efectividad clínica de los programas de enfermedades crónicas no transmisibles que permitan reducir las comorbilidades y las complicaciones (reduciendo los costos asistenciales).

La estrategia se basa en la necesidad de promover el uso de medios digitales para la atención primaria en salud, haciendo más eficiente los servicios presenciales, teniendo en cuenta que CMP no tiene centros propios de atención y la necesidad creciente de servicios de telesalud por parte de los clientes,

Adicionalmente, teniendo en cuenta la reducción de afiliados y la baja rentabilidad se requiere que el modelo de atención, contenga un modelo de servicio que permita atraer nuevos clientes saludables y que permita fidelizar a la población a partir de experiencias motivacionales, es por eso que la propuesta de modelo contiene un programa de incentivos aspiracionales que se desarrollan en el tiempo para mantener a la población activa bajo la promesa de mantener el bienestar.

Por último, teniendo en cuenta que, dentro de las empresas de mayor participación en el mercado, CMP es la única con tendencia negativa, es necesario que el producto contenga elementos diferenciadores en la atención y en el servicio para que sea fácilmente reconocida por los clientes actuales y potenciales.

3. Situación actual de la Gestión del Riesgo en Coomeva Medicina Prepagada

3.1 Descripción del modelo vigente

Actualmente el Modelo de Gestión de Riesgo de CMP objeto de estudio tiene un enfoque empresarial y se realiza a partir de la identificación y gestión de diferentes tipos de riesgo como puede observarse en la Figura 5.



Figura 5. Modelo de Gestión de Riesgos en Salud de CMP. Elaboración de autores a partir de la información compartida por Coomeva Medicina Prepagada

Dentro del área de Salud, el enfoque en la gestión del riesgo primario está en la auditoría de ingreso, donde a partir de la declaración del estado de salud de las personas o de un examen médico a población mayor de 40 años, se establecen criterios de riesgo a la afiliación a CMP, evitando el ingreso de población con enfermedades de alto costo o factores de riesgo crítico que predestinen altos consumos de servicios de salud.

La gestión de riesgo técnico se realiza principalmente a partir del modelo de auditoría, donde priman sobre todo los criterios de pertinencia y seguridad para la generación de autorizaciones, a

parte de los criterios administrativos de cobertura, preexistencias o periodos de carencia de acuerdo al plan de beneficios que haya adquirido el afiliado.

Adicionalmente, para la gestión de riesgo técnico, con el análisis del perfil epidemiológico y una caracterización de riesgo de la población a partir de la identificación de enfermedades prevalentes, la cual se detallará más adelante, CMP estableció una serie de estrategias generales de educación para la salud, de detección temprana de enfermedades, de prevención, principalmente secundaria y terciaria enfocado principalmente a la enfermedad cardiovascular y por último, estrategias de gestión de caso individual, especialmente para pacientes incidentes con cáncer de mama.

Para la gestión de riesgos operativos, la empresa centra sus esfuerzos en el área de contratación, promoviendo acuerdos tarifarios principalmente bajo la modalidad de pago por servicio (“fee for service”) en todos los niveles de atención, garantizando además una buena grabación en sus sistemas y asegurando una buena calidad de los datos registrados por las utilidades.

Para la gestión de los riesgos legales y reputacionales, la empresa se enfoca en monitorizar la satisfacción, el índice de promotor neto y la tasa de deserción, con el fin de administrar el modelo de servicio a través de varios medios y canales de comunicación, aunado a la gestión oportuna y resolutoria de quejas, reclamos y demandas de los afiliados.

Finalmente, los riesgos financieros los gestiona a partir de la generación de productos diseñados con notas técnicas actuariales y conforme a la complementariedad existente entre las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y CMP, con el fin de propender por productos atractivos para el mercado y que sean sostenibles y rentables en el tiempo.

3.2 Análisis de la Gestión de Riesgo Actual

En los últimos años, Coomeva Medicina Prepagada ha tenido cambios drásticos en sus indicadores demográficos y financieros, en la Tabla 4 se resumen los indicadores de CMP, donde puede observarse un decrecimiento importante de su población afiliada, lo cual se asocia a un incremento del envejecimiento de la población y a un incremento proporcional de las tasas de uso y el costo, afectando la siniestralidad de la organización.

Tabla 4
Indicadores de Coomeva Medicina Prepagada desde el año 2015

INDICADORES	año 2015	año 2016	año 2017	año 2018	año 2019	TENDENCIAS	VAR 19vs18
POBLACION	239,537	243,084	239,821	213,200	207,915		-2.5%
EDAD MEDIA	39	38	39	41	41		0.1%
MAYORES DE 60 AÑOS	19.7%	21.3%	22.2%	25.8%	26.1%		1.3%
ENVEJECIMIENTO	107.4%	109.7%	114.7%	138.2%	144.3%		4.4%
TASA DE HOSPITALIZACION GLOBAL	4.7	5.2	4.8	7.1	7.2		1.8%
TASA DE URGENCIAS	43.2	45.9	49.1	47.1	48.0		2.0%
PERCAPITA HOSPITALARIO	30,604	37,422	35,663	41,111	44,337		7.8%
PERCAPITA LABORATORIO	16,765	16,197	16,033	19,235	22,165		15.2%
PERCAPITA RADIOLOGICO	16,034	17,073	18,258	22,023	24,299		10.3%
PERCAPITA CONSULTA EXTERNA	16,493	16,625	18,160	20,705	22,347		7.9%
PERCAPITA GLOBAL	139,392	149,951	163,201	184,030	207,541		12.8%
SINIESTRALIDAD	71.8%	72.2%	71.5%	74.7%	78.6%		5.2%

Fuente: Elaboración de Autores a partir de datos de la Organización. Corte a diciembre de cada período – Costos no indexados

Teniendo en cuenta lo anterior se detallarán los aspectos más importantes que plantea esta transformación demográfica y que sustentan la propuesta del Modelo de Gestión de Riesgo.

3.2.1. Perfil Epidemiológico y Caracterización del Riesgo.

CMP tiene la población distribuida dentro del territorio nacional, sin embargo, el 80% se encuentra en las zonas urbanas de: Cali, Bogotá, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga y Pereira, ciudades capitales que representan las principales oficinas de las regionales con las que la Empresa organiza sus áreas de influencia administrativa y cuya distribución se puede ver en la Figura 6.

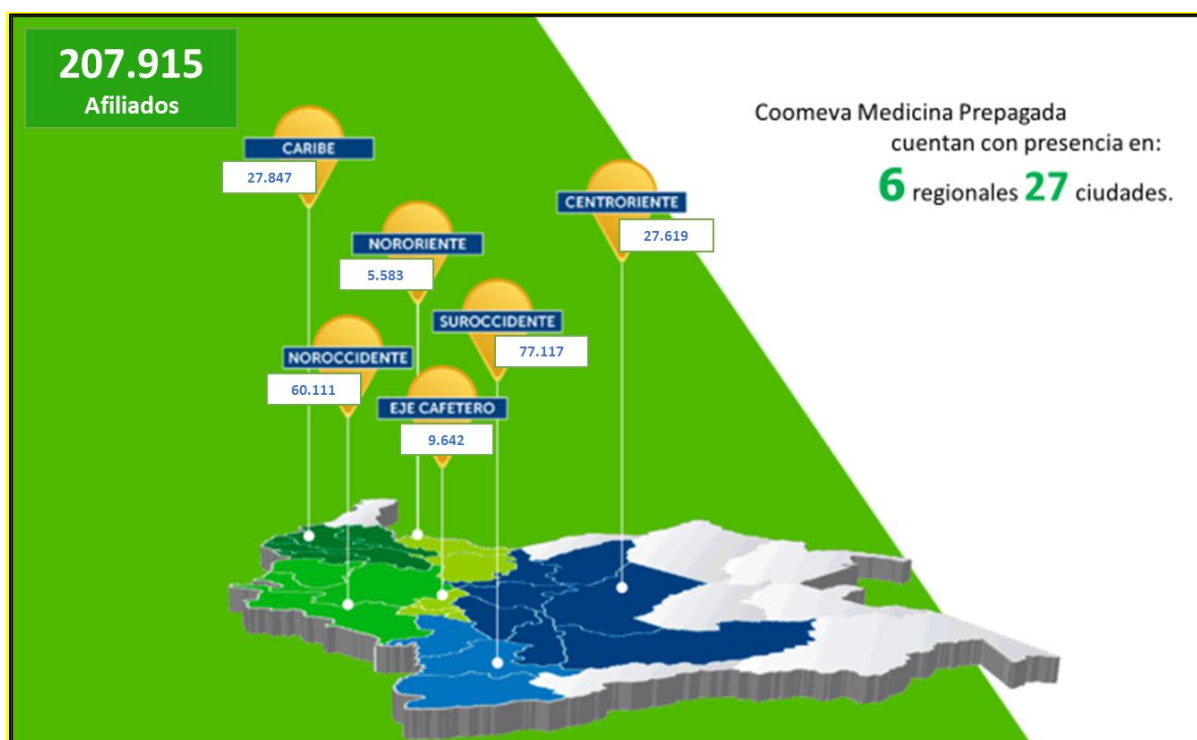


Figura 6. Población afiliada por Regional a corte dic 2019. Colaboración de la empresa Coomeva Medicina Prepagada.

En el 2019, CMP terminó con 207.915 afiliados a los programas de Medicina Integral, lo cual es un 14 % menos que la población que tenía a finales del año 2016; el 57% (118.546) son Mujeres y restante 43% (89.369) son Hombres.

Al comparar la pirámide poblacional de Colombia frente a la pirámide poblacional de los afiliados a Coomeva MP medicina integral 2019 descrita en la Figura 7, se encuentra que la pirámide Coomeva MP es de tipo regresivo con mayor predominio de adulto mayor y un

envejecimiento constante, diferente de la de Colombia, que es de tipo expansivo con mayor predominio de niños y adultos jóvenes.

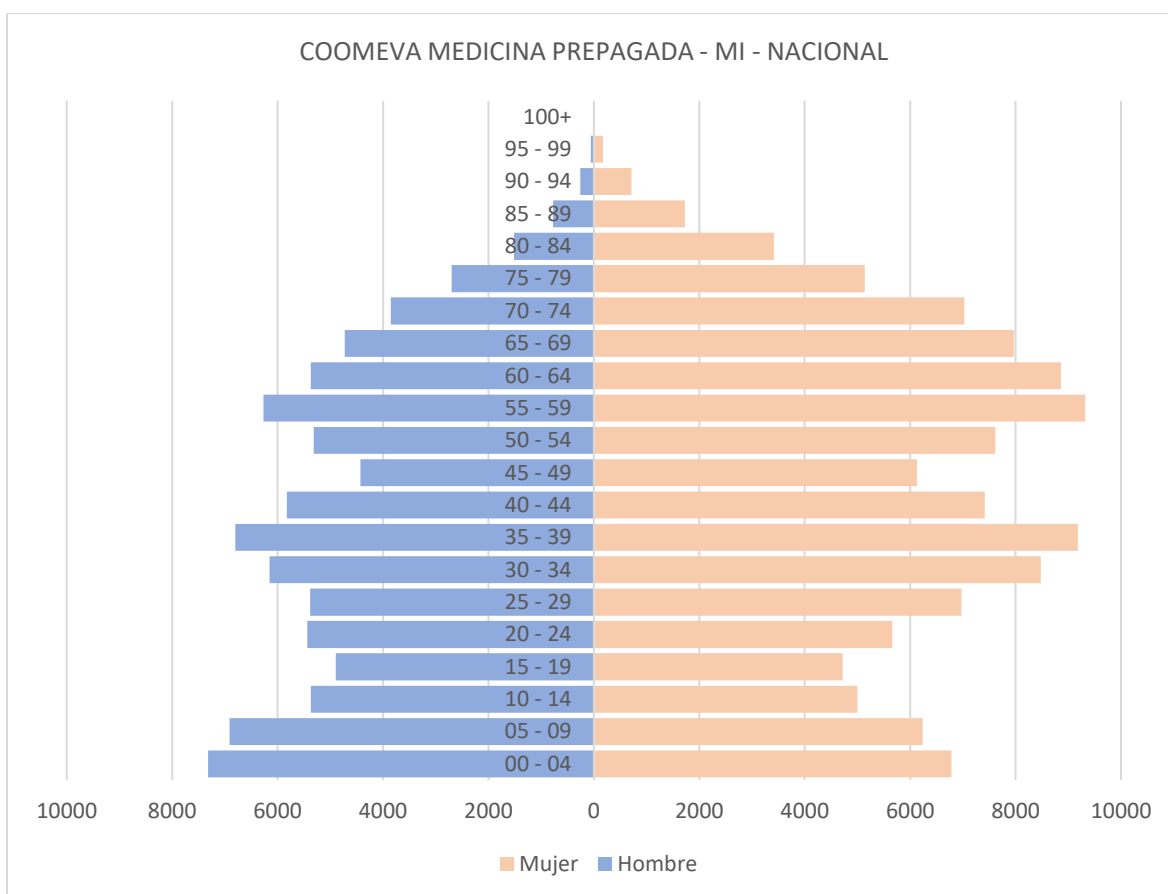


Figura 7. Pirámide poblacional de Coomeva Medicina Prepagada. Elaboración de autores a partir de la información compartida por Coomeva Medicina Prepagada

Lo anterior muestra que Coomeva MP tiene una población más envejecida con un índice de envejecimiento de 144%, una proporción de mayores de 60 años del 26% y una edad media de 41 años, todo lo cual genera una mayor probabilidad del uso de los servicios por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), impactando desfavorablemente la siniestralidad de la organización como lo veremos más adelante.

Desde hace 2 años, CMP realiza la caracterización de la población mediante una metodología de agrupación por riesgo que tiene en cuenta la morbilidad de la población, lo cual permite clasificar a cada uno de los afiliados en grupos de riesgo mutuamente excluyentes en función de variables sociodemográficas y epidemiológicas, mediante diferentes fuentes de información, principalmente las utilidades de los servicios de salud.

Los afiliados a la entidad que no hayan tenido uso de servicios con el sistema, así como los pacientes sin enfermedad crónica, se clasificaron en función de características sociodemográficas por ciclo vital en 9 grupos, un total de 18 grupos de riesgo cuando se desagrupan por sexo.

Los pacientes con presencia de enfermedades crónicas se agrupan en dos bloques principalmente: pacientes con una enfermedad crónica y pacientes con múltiples enfermedades crónicas, lo cual se consolidan por códigos CIE10 en 15 grupos que, al discriminar por sexo, definen 30 grupos de riesgo asociados a las condiciones de enfermedad de los pacientes, ver Tabla 5.

Al observar la caracterización de los últimos 2 años, a nivel general, aparte de la reducción de la población neta total, se observa una reducción tanto en cantidad como en la proporción de afiliados con Riesgos Potenciales, a expensas de un incremento de pacientes con una o más enfermedades crónicas, lo cual pone en evidencia un gran riesgo del aseguramiento de esta población debido a la concentración de pacientes con altas necesidades en salud por condiciones crónicas.

Tabla 5
Caracterización por grupos de riesgo de Coomeva Medicina Prepagada

GRUPOS DE RIESGO	CARACTERIZACION		CARACTERIZACION		VARIACION
	2018	PROPORCION %	2019	PROPORCION %	
Riesgo Potencial	158,797	74.5%	149,914	72.1%	-5.6%
Menor de un año	2,729	1.3%	2,344	1.1%	-14.1%
Primera infancia (1 - 5)	14,374	6.7%	13,490	6.5%	-6.1%
Infancia (6 - 11)	13,661	6.4%	13,392	6.4%	-2.0%
Adolescentes (12 - 18)	12,959	6.1%	12,416	6.0%	-4.2%
Juventud (19 - 26)	17,105	8.0%	16,024	7.7%	-6.3%
Adulto joven (27 - 43)	43,808	20.5%	42,028	20.2%	-4.1%
Adulto (44 - 59)	31,002	14.5%	28,436	13.7%	-8.3%
Adulto mayor (60 - 74)	18,073	8.5%	17,078	8.2%	-5.5%
Anciano (75 y más)	5,086	2.4%	4,706	2.3%	-7.5%
Cronicos	36,686	17.2%	38,428	18.5%	4.7%
Osteoarticular	9,078	4.3%	10,145	4.9%	11.8%
Hipertensión	9,030	4.2%	8,507	4.1%	-5.8%
Salud mental	6,018	2.8%	6,098	2.9%	1.3%
Gastrointestinal	3,401	1.6%	3,678	1.8%	8.1%
Cáncer	2,407	1.1%	2,642	1.3%	9.8%
Respiratoria Crónica	2,285	1.1%	2,634	1.3%	15.3%
Cardiovascular	2,210	1.0%	2,472	1.2%	11.9%
Diabetes	1,424	0.7%	1,308	0.6%	-8.1%
Neurológicas	273	0.1%	355	0.2%	30.0%
Alto costo	276	0.1%	316	0.2%	14.5%
VIH	209	0.1%	198	0.1%	-5.3%
Interés en salud pública	75	0.0%	81	0.0%	8.0%
Multicronicos	17,717	8.3%	19,573	9.4%	10.5%
Dos Enfermedades Crónicas	12,235	5.7%	13,451	6.5%	9.9%
Tres Enfermedades Crónicas	4,175	2.0%	4,641	2.2%	11.2%
Cuatro o más Enferm. Crónicas	1,307	0.6%	1,481	0.7%	13.3%
Total general	213,200	100.0%	207,915	100.0%	-2.5%

Fuente: Elaboración de autores a partir de la información compartida por Coomeva Medicina Prepagada

Realizando un análisis más al detalle de la caracterización proporcionada por CMP, se observa que a pesar que la patología Osteoarticular donde se encuentra principalmente las enfermedades asociadas a osteoartrosis secundarias a la degeneración articular por edad es la primera en cuanto número de pacientes con enfermedades crónicas; es la enfermedad cardiovascular en su conjunto la de mayor frecuencia e impacto si se tienen en cuenta los pacientes con una o más enfermedad crónica en los grupos categorizados como Hipertensión, diabetes y el grupo cardiovascular donde se encuentran las enfermedades asociadas a las complicaciones como el infarto agudo de miocardio, la falla cardiaca, las arritmias, entre otras,

los cuales suman 35.111 pacientes en la caracterización del 2019. Cabe resaltar que la mayoría (65%) de pacientes con enfermedad cardiovascular tienen 2 o más enfermedades crónicas, lo cual indirectamente muestra la severidad del estado actual de este grupo de pacientes por comorbilidades asociadas. Ver tabla 6

Tabla 6
Caracterización de los Pacientes con Enfermedad Cardiovascular

Año	Hipertensión único Diagnóstico	Diabetes único Diagnóstico	Complicaciones Cardiovasculares	Asociados a Otra enfermedad Crónica (comorbilidades)	Cantidad Total
AÑO 2018	9,030	1,424	2,210	22,543	35,207
AÑO 2019	8,507	1,308	2,472	22,824	35,111
DIFERENCIA	(523)	(116)	262	281	(96)
VARIACION	-5.8%	-8.1%	11.9%	1.2%	-0.3%

Fuente: Elaboración de autores a partir de la información compartida por Coomeva Medicina Prepagada

Teniendo en cuenta el número de pacientes identificados y la población mayor a 18 años para el 2019, la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) para CMP es de 13.5%; y para Diabetes mellitus (DM) de 4.2%, claramente superiores a los referentes de la Cuenta de Alto Costo (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2018), que reportan 8,1% para HTA y 2.6% para DM, lo cual es esperable por el envejecimiento descrito de la población de CMP; adicionalmente se resalta que entre el 2018 y 2019, ha habido un incremento significativo (11,9%) del número de personas con complicaciones y comorbilidades asociadas a la enfermedad cardiovascular, lo cual indica una necesidad de mejorar la adherencia y control de los pacientes.

3.2.2. Análisis de las Utilizaciones y de costos.

Los costos están asociados a la edad, dado que, a mayor edad, mayores necesidades en salud y más probabilidad de Enfermedades Crónicas No transmisibles como las Cardiovasculares y el cáncer. En la Figura 8 se observa esta relación con respecto a la proporción de uso en costos.

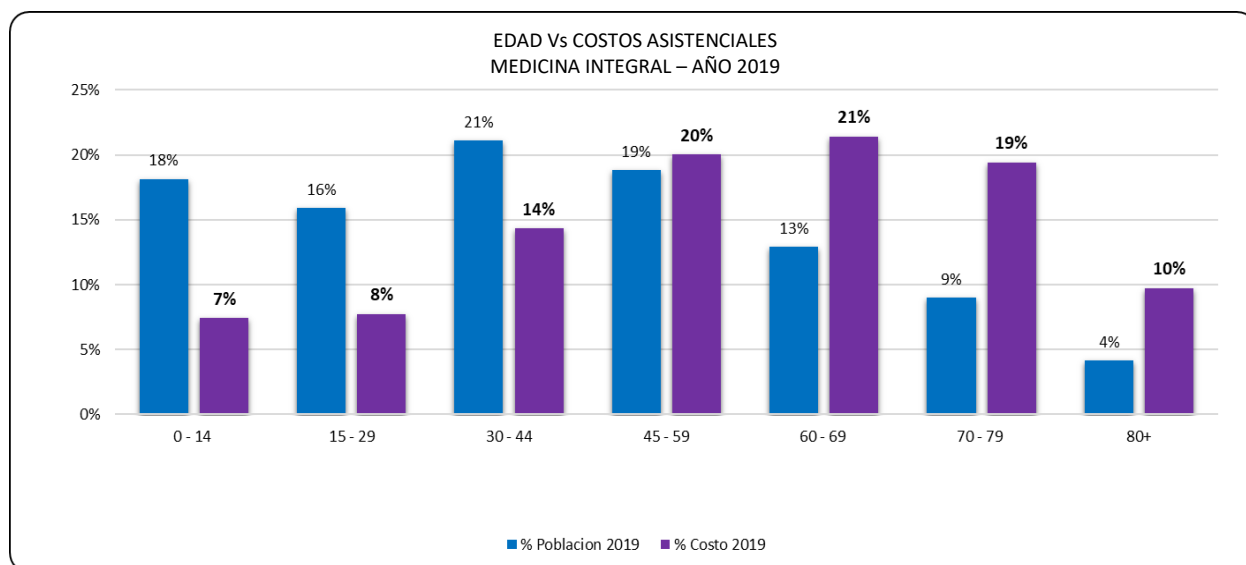


Figura 8. Población por grupos de edad y costos médicos asistenciales a dic 2019. Elaboración de autores a partir de los costos compartidos por Coomeva Medicina Prepagada

La extensión de uso, o sea la proporción de pacientes que usan el servicio en un año en CMP se ha mantenido estable entre el 2018 (85,2%) y el 2019 (85,6%); sin embargo, son cifras muy altas para una aseguradora con alta concentración de riesgo y el perfil epidemiológico descrito, adicionalmente, como se ve en la Tabla 4, el costo per cápita asistencial ha pasado de \$184.030 a \$207.541, un incremento de 12,8%, lo cual supera el incremento de la prima de los ingresos para ese periodo que fue del 9%, lo que aunado a la pérdida de población pone en mayor riesgo la siniestralidad de la organización y por ende su sostenibilidad.

La distribución del costo por tipo de servicio para el año 2019, se puede ver en la Figura 9, donde se observa que la hospitalización y la cirugía son los principales costos, sumando entre los dos el 38% del costo del año, un poco más de 200 Mil millones de pesos.

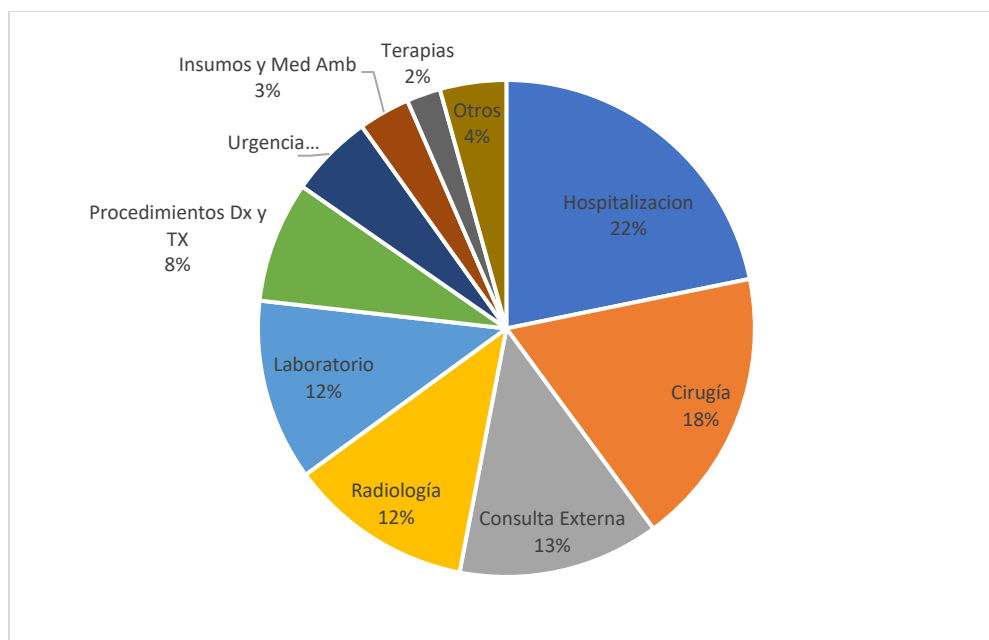


Figura 9. Distribución del costo por tipo de servicio. Elaboración de autores a partir de los costos compartidos por Coomeva Medicina Prepagada

Con respecto a la distribución del costo por riesgo, se visualiza que el grupo de riesgos potenciales tiene el per cápita más bajo entre los 3 grupos, lo cual es coherente dado que no tienen enfermedades crónicas identificadas, sin embargo, el grupo mayor de 60 años tiene el per cápita más elevado dentro de este grupo dada sus necesidades de salud. Adicionalmente dentro de este grupo llama la atención el incremento per cápita de los menores de 1 año, especialmente asociado a hospitalizaciones de pacientes recién nacidos por partos pretérmino.

Dentro del grupo de Riesgo de Crónicos, en la Tabla 7 se puede observar que el per cápita año más alto lo tiene el grupo de enfermedad Cardiovascular (\$7.938.950), aunado a un incremento significativo con respecto al año pasado (13,5%); lo cual cobra relevancia si tenemos en cuenta el costo total del Grupo de Hipertensión, que adicionalmente tuvo un incremento per cápita importante (15,3%); y el grupo de diabetes, que aunque no se incrementó su per cápita, las enfermedades asociadas a la diabetes dentro del grupo de Multicrónicos (dos enfermedades crónicas), si tuvo un incremento importante (10.3%) debido a las complicaciones asociadas.

Tabla 7
Costos totales en salud por Grupos de Riesgo

GRUPOS DE RIESGO	COSTO TOTAL 2018		COSTO PERCAPITA 2018		COSTO TOTAL 2019		COSTO PERCAPITA 2019		VAR TOTAL	VAR PERCAPITA
Riesgo Potencial	\$	181,350,622,956	\$	1,142,028	\$	186,859,620,482	\$	1,246,445	3.0%	9.1%
Menor de un año	\$	2,260,920,817	\$	828,480	\$	2,358,509,286	\$	1,006,190	4.3%	21.5%
Primera infancia (1 - 5)	\$	14,012,488,580	\$	974,850	\$	14,191,089,155	\$	1,051,971	1.3%	7.9%
Infancia (6 - 11)	\$	7,683,858,170	\$	562,467	\$	7,828,847,185	\$	584,591	1.9%	3.9%
Adolescentes (12 - 18)	\$	8,087,470,881	\$	624,081	\$	8,287,454,589	\$	667,482	2.5%	7.0%
Juventud (19 - 26)	\$	13,655,340,629	\$	798,325	\$	13,886,994,401	\$	866,637	1.7%	8.6%
Adulto joven (27 - 43)	\$	47,606,248,143	\$	1,086,702	\$	49,704,644,924	\$	1,182,655	4.4%	8.8%
Adulto (44 - 59)	\$	41,271,119,457	\$	1,331,241	\$	42,016,273,008	\$	1,477,573	1.8%	11.0%
Adulto mayor (60 - 74)	\$	34,962,813,526	\$	1,934,533	\$	36,162,015,236	\$	2,117,462	3.4%	9.5%
Anciano (75 y más)	\$	11,810,362,753	\$	2,322,132	\$	12,423,792,697	\$	2,639,990	5.2%	13.7%
Cronicos	\$	133,208,514,483	\$	3,631,045	\$	151,387,905,061	\$	3,939,521	13.6%	8.5%
Osteoarticular	\$	36,746,644,781	\$	4,047,879	\$	45,422,149,521	\$	4,477,294	23.6%	10.6%
Hipertensión	\$	22,636,865,759	\$	2,506,851	\$	24,583,542,217	\$	2,889,802	8.6%	15.3%
Salud mental	\$	15,070,039,380	\$	2,504,161	\$	14,976,666,805	\$	2,455,997	-0.6%	-1.9%
Gastrointestinal	\$	11,592,052,826	\$	3,408,425	\$	13,121,644,188	\$	3,567,603	13.2%	4.7%
Cáncer	\$	18,936,794,307	\$	7,867,384	\$	20,179,114,240	\$	7,637,818	6.6%	-2.9%
Respiratoria Crónica	\$	6,382,992,058	\$	2,793,432	\$	7,032,522,776	\$	2,669,902	10.2%	-4.4%
Cardiovascular	\$	15,457,737,303	\$	6,994,451	\$	19,577,451,621	\$	7,938,950	26.7%	13.5%
Diabetes	\$	3,653,285,922	\$	2,565,510	\$	3,342,916,403	\$	2,555,746	-8.5%	-0.4%
Neurológicas	\$	1,187,555,922	\$	4,350,022	\$	1,099,871,498	\$	3,098,230	-7.4%	-28.8%
Alto costo	\$	845,148,096	\$	3,062,131	\$	1,223,429,171	\$	3,871,611	44.8%	26.4%
VIH	\$	539,497,225	\$	2,581,326	\$	619,578,193	\$	3,129,183	14.8%	21.2%
Interés en salud pública	\$	159,900,904	\$	2,132,012	\$	209,018,428	\$	2,580,474	30.7%	21.0%
Multicronicos	\$	116,678,541,388	\$	6,585,683	\$	139,803,255,929	\$	7,142,659	19.8%	8.5%
Dos Enfermedades Crónicas	\$	69,564,037,555	\$	5,685,659	\$	84,351,257,284	\$	6,271,003	21.3%	10.3%
Tres Enfermedades Crónicas	\$	32,660,181,175	\$	7,822,798	\$	37,663,485,354	\$	8,115,381	15.3%	3.7%
Cuatro o más Enferm. Crónicas	\$	14,454,322,658	\$	11,059,160	\$	17,788,513,290	\$	12,011,150	23.1%	8.6%
Total general	\$	431,237,678,827	\$	2,022,691	\$	478,050,781,472	\$	2,299,261	10.9%	13.7%

Fuente: Elaboración de autores a partir de la información compartida por Coomeva Medicina Prepagada a corte de diciembre de ambos períodos. Costos no indexados

Realizando un análisis más detallado de la enfermedad cardiovascular, se identifica que hubo un incremento significativo en las principales complicaciones de origen cardiovascular, tanto en la cantidad de afiliados, como en sus costos totales y promedio como se puede ver en la tabla 8, lo cual ratifica la necesidad de fortalecer los programas de prevención secundaria en este grupo de pacientes.

Tabla 8
Frecuencia y Costos de pacientes con complicaciones cardiovasculares

COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES	CANTIDAD DE AFILIADOS			COSTO TOTAL			COSTO PROMEDIO		
	AÑO 2018	AÑO 2019	VAR	AÑO 2018	AÑO 2019	VAR	AÑO 2018	AÑO 2019	VAR
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	817	852	4.3%	\$ 3,097,899,793	\$ 4,078,842,087	31.7%	\$ 3,791,799	\$ 4,787,373	26.3%
INSUFICIENCIA CARDIACA	1,184	1,344	13.5%	\$ 2,088,265,978	\$ 2,650,976,163	26.9%	\$ 1,763,738	\$ 1,972,453	11.8%
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	1,698	1,809	6.5%	\$ 435,409,404	\$ 599,225,773	37.6%	\$ 256,425	\$ 331,247	29.2%

Fuente: Elaboración de autores a partir de la información compartida por Coomeva Medicina Prepagada a corte de diciembre de ambos períodos. Costos no indexados

3.2.3 Modelo de atención para la gestión de riesgo técnico.

Coomeva Medicina Prepagada tiene establecido una serie de estrategias generales para gestionar el riesgo técnico entre las que están la educación para la salud, la detección temprana y la prevención de la enfermedad.

Como estrategia de educación se realizan jornadas de salud que están dirigidas a todos los afiliados de todos los planes y programas, especialmente a nivel de colectivos empresariales; y están enfocadas en promover conductas y hábitos dirigidos a mejorar posturas, hábitos saludables y al tamizaje de riesgos cardiovasculares por sobrepeso o antecedentes familiares o individuales.

Para la detección temprana de enfermedades, CMP realiza una demanda inducida únicamente a los afiliados nuevos para que reciban una consulta por parte de un médico general en Unidades Básicas de Atención llamadas Unidades Integrales de Salud (UIS), cuya administración no la realiza CMP, por lo tanto, no hay integración vertical en este nivel. Con respecto a este punto, las UIS refieren que la contactabilidad de las bases de los afiliados nuevos es alrededor del 50% y la efectividad de la atención de los contactados es entre el 10 y el 15%.

La empresa solo realiza examen físico de ingreso a los afiliados mayores de 45 años, por lo que la información de los factores de riesgo de la mayoría de afiliados nuevos no es conocida por la aseguradora, dado que la declaración de salud realizada en los formatos de afiliación (registros en papel) no se consideran confiables y además no es tabulada digitalmente.

Con respecto a las estrategias de prevención secundaria, CMP no tiene definido por cuenta propia programas de gestión para enfermedades crónicas, sin embargo, las UIS, ofertan dentro de su portafolio un conjunto de consultas entre médicos generales y especialistas, nutricionistas, psicólogos y odontología, asociados a una guía para la toma de decisiones para solicitar

laboratorios, imágenes o prescripción en las patologías de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Obesidad y Dislipidemia.

Cooameva Medicina Prepagada no tiene indicadores de adherencia ni de resultados de los programas ofertados por las UIS, sin embargo, si lleva indicadores de impacto como las tasas de hospitalización y costos como se referencian en los numerales anteriores de este capítulo.

Con respecto a las estrategias de prevención terciaria, CMP cuenta con enfermeros gestores de salud que monitorean individualmente a los pacientes con cáncer incidente a partir de actividades de telesalud como la llamada telefónica, con lo cual dan respuesta a las necesidades administrativas de los pacientes y si es el caso y se considera pertinente, tienen el alcance de proveer servicios domiciliarios.

3.3 Análisis de la red prestadora de servicios y modelos de pago

La planeación de la red tiene el objetivo de garantizar una red calificada y suficiente, que responda a las necesidades de los servicios de salud para la población afiliada a Coomeva Medicina Prepagada, cumpliendo con las expectativas de los clientes internos y externos basados en la relación oferta – demanda, implementando modalidades contratación conforme a las políticas de la organización, permitiendo lograr la racionalidad en el uso de los recursos existentes para asegurar la prestación de servicios de salud y garantizar la sostenibilidad financiera.

Aunque la actividad contractual de CMP, se rige por el derecho privado, se encuentra sometida en todo caso a los principios rectores de la función administrativa como son el de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, consagrados en los artículos 209 y 267 de la Constitución Política, así como a los principios de selección objetiva y planeación; y al Manual Antifraude y Anticorrupción basado en la estrategia integral

de cultura de control para el sector salud Coomeva (aprobado por la junta directiva de CMP el día 02 de mayo de 2012 mediante acta 172).

La Planeación de la Red de Prestadores en CMP es un ejercicio que define las políticas del directorio de profesionales de la salud y se construye teniendo en cuenta los perfiles epidemiológico y demográfico de la población, la georreferenciación y las metas de salud pública fijadas por los respectivos Organismos de vigilancia.

La estructura de un directorio de profesionales e instituciones, obedece a situaciones dinámicas de adscripciones y retiros y los procesos de adscripción a Medicina Prepagada establecen una política de verificación previa de condiciones de habilitación e idoneidad de los aspirantes a pertenecer a la red de servicios.

Un riesgo técnico que debe considerarse es que un crecimiento desbordado de la red incrementa los costos médico-asistenciales, Una red abierta induce, en sistemas de aseguramiento voluntario, a que el usuario navegue por la misma sin integración clínica (médico de cabecera), y aunque el modelo per sé de libre elección de la red por parte del usuario, es un factor diferenciador frente a planes obligatorios se convierte en un reto al momento de planear medidas de integración que favorezcan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Redes extensas incrementan el nivel de insatisfacción de los profesionales de la salud que entran a hacer parte de la misma por las expectativas económicas de mayor facturación, sin tener presente que obedece a un modelo de libre elección. También puede generar un deterioro en la calidad de la atención por insuficiencia de recurso para el seguimiento al desempeño un gran número de profesionales adscritos.

La gestión sobre la red de prestadores es una actividad dinámica que busca mantener la suficiencia logrando un equilibrio entre desafiliaciones (criterios determinados con normatividad vigente como la habilitación) y nuevos profesionales, en razón a las necesidades del negocio.

El ingreso a la red de prestadores implica unos procesos de auditoría y control que garantizan la idoneidad de los aspirantes. Las auditorías comprenden la verificación de las condiciones de habilitación acorde al servicio ofertado que puede ser corroborado en el Registro Especial de Prestadores (REPS), evaluación de perfiles y competencias de acuerdo a la profesión esto traduce verificación de credenciales, diplomas, actas de grado, certificado de capacitación cuando aplica, registros ante el ente territorial y SARLAFT.

Las auditorías de campo verifican la infraestructura, verifica por ejemplo los ambientes de consultorio, cerrado o abierto, espacios para espera y exámenes físicos, lavamanos, baño y áreas para los procedimientos que se deriven de la consulta.

Dotación y mantenimiento de equipos, donde se chequea la hoja de vida y certificados de equipos biomédicos, con sujeción de controles de revisión periódica y preventiva y calibración, así mismo se evalúan los elementos de comunicación interna y externa.

Se realiza evaluación de protocolos y guías de atención para procedimientos realizados en consultorios, para ello cuenta con el listado de procedimientos de la oferta contractual y listado de insumos requeridos.

El rol de auditoría de Calidad o Previsiva (conforme al perfil del cargo de CMP), quien realiza estas evaluaciones, también garantiza una evaluación periódica de la calidad del diligenciamiento de historias clínicas, áreas de archivo y software con mecanismos que garanticen la custodia y confidencialidad de las mismas, además del conocimiento e implementación de políticas asociadas a la Seguridad del Paciente.

En general, en la Figura 10 se resume el rol de la auditoría de Calidad en los procesos de contratación de prestadores naturales y jurídicos.

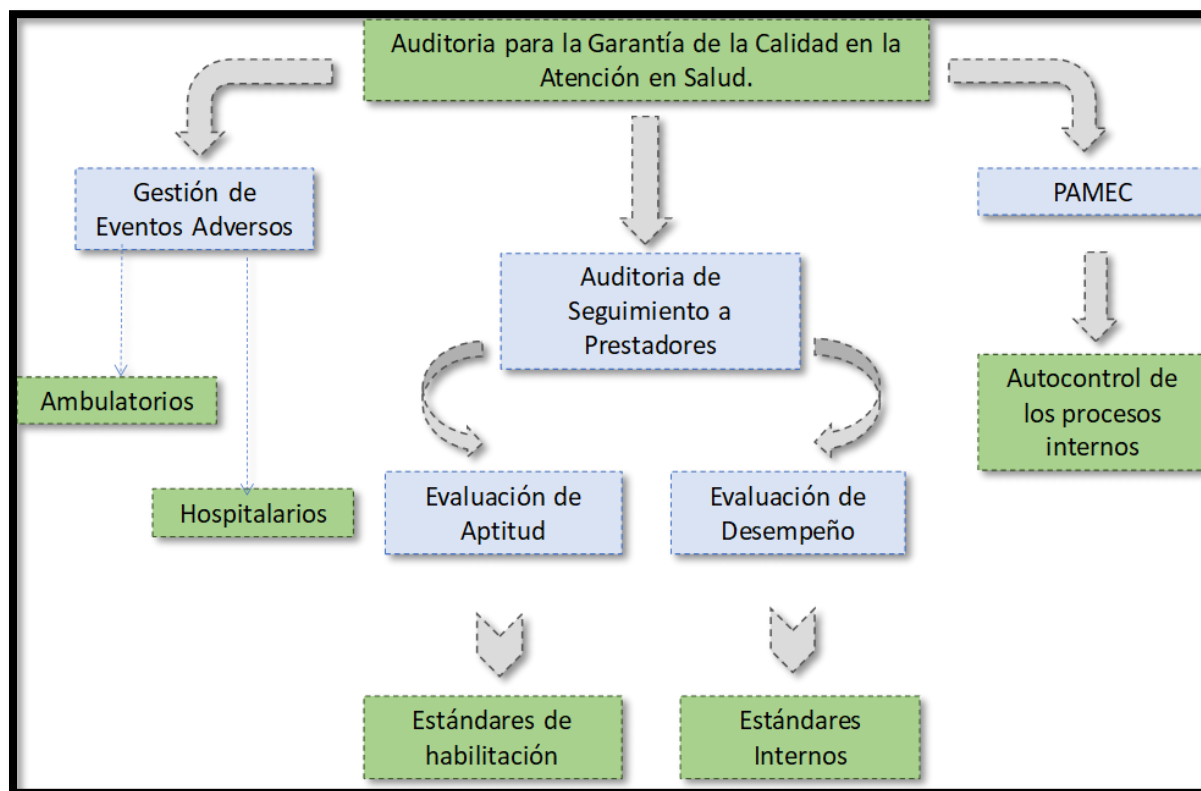


Figura 10. Procesos de la Auditoría de Calidad para la contratación de prestadores. Colaboración de la empresa Coomeva Medicina Prepagada

Con respecto a la planeación de la contratación de red prestadora de servicios, esta inicia con un cronograma de contratación de servicios de salud, el cual se ejecuta por bloques de modalidad (Pagos Fijos y evento).

El bloque de negociaciones de evento (fee for service) inicia generando un acercamiento con los prestadores que tienen servicios contratados bajo esta modalidad y se les da a conocer la propuesta de ajuste tarifario para el año en curso, esta etapa de acercamientos y aclaraciones se realiza en los dos últimos meses del año y el primer trimestre del mes siguiente.

Esta forma de pago se fundamenta en la desagregación de toda prestación, remunerando cada servicio individual que se brinda al paciente durante la atención, los márgenes de incremento van en relación con el IPC o pueden tener variaciones cuando se incorporan nuevas tecnologías A pesar que la modalidad de contratación es evento, se realiza un análisis de consumos de servicios por costo y frecuencia para definir un incremento ponderado acorde a la política definida como se puede ver en la Figura 11, donde se muestra un ejemplo de análisis en la herramienta definida por CMP para tal fin.

Tipo_Servicio_Unificado	Frecuencia	Costo	%	Incremento	PESO % FR	PESO % COSTO	PONDERADO	Total Ponderado
Gastos Clínicos Por Hospitaliz	1,499	\$ 8,199,994,249	5%	\$ 8,593,593,973	0%	16%	0.0%	4.0%
Laboratorio Clínico	195,814	\$ 6,128,677,586	4%	\$ 6,361,567,334	54%	12%	2.0%	
Laboratorio Radiológico	26,852	\$ 5,882,532,940	4%	\$ 6,088,421,593	7%	12%	0.3%	
Consul.Especialista	79,391	\$ 5,536,583,834	5%	\$ 5,802,339,858	22%	11%	1.0%	
Paquete Proc. Quirúrgicos	1,233	\$ 5,075,432,135	5%	\$ 5,319,052,877	0%	10%	0.0%	
Proced.Diagnosticos	14,572	\$ 3,421,295,459	5%	\$ 3,585,517,641	4%	7%	0.2%	
Proced.Quirurgicos	2,963	\$ 2,778,623,967	5%	\$ 2,911,997,917	1%	6%	0.0%	
Atencion Por Urgencias	10,590	\$ 2,692,123,825	5%	\$ 2,821,345,769	3%	5%	0.1%	
Suministro Insumos Y Servicios Coberturas Propias Mp	316	\$ 1,552,326,257	5%	\$ 1,626,837,917	0%	3%	0.0%	
Cirugia Ambulatoria	3,202	\$ 1,254,139,057	5%	\$ 1,314,337,732	1%	3%	0.0%	
Transplante De Organos	190	\$ 1,228,269,797	5%	\$ 1,287,226,747	0%	2%	0.0%	
Terapias	10,120	\$ 1,115,251,597	5%	\$ 1,168,783,674	3%	2%	0.1%	
Proced.Terapeuticos	2,935	\$ 1,090,065,347	5%	\$ 1,142,388,484	1%	2%	0.0%	
Honorarios Medicos Hospitalar.	3,398	\$ 870,665,947	5%	\$ 912,457,912	1%	2%		
Tratamiento Para Cancer	600	\$ 855,692,896	5%	\$ 896,766,155	0%	2%		

Figura 11. Ejemplo de análisis para incrementos ponderados. Colaboración de la empresa Coomeva Medicina Prepagada

Esta modalidad de contratación constituye el Pareto de modalidades de negociación en prepagada por eso es necesario migrar a otras formas de contratar que contemplen riesgos compartidos, incentivos entre otros.

El bloque de negociaciones de Pagos Fijos inicia con el fin de generar acercamiento con los prestadores que tienen servicios contratados bajo esta modalidad y se les da a conocer la propuesta de contratación para el periodo en curso, garantizando siempre que los servicios a prestar deben estar habilitados y descritos en el REPS por cada uno de los prestadores al momento de la negociación.

Este bloque es de estructuración nacional y ejecución regional y tiene tres modalidades:

- Pago Prospectivo por Resultados: será realizado con base en la generación de la nota técnica y con indicadores de resultados establecidos por el área técnica.
- Cápita Valor Constante: será realizado con base en la generación de la nota técnica actuarial.
- Pago Fijo Global Prospectivo: será realizado con base en la generación de la nota técnica actuarial.

El Pago Prospectivo por Resultados constituye una modalidad de contratación de servicios de salud con un pago que se estima actuarialmente un valor promedio ex ante de lo que cuesta atender un conjunto de pacientes para la atención de una o varias especialidades o conjunto de patologías acorde a la especialidad o portafolio de la IPS contratista, este monto está sujeto a ajustes después de ser ejecutado los servicios asociados a resultados en salud y gestión de riesgo de la población. Esta modalidad solo está implementada en 3 prestadores a nivel regional, 1 en Cali, otro en Medellín y Otro en Bogotá con valores anuales que no superan los 200 Millones de pesos.

A la fecha, Coomeva Medicina Prepagada no tiene capitas de valor constante ni pagos fijos prospectivos, principalmente por el contexto del negocio en el cual no hay asignación de poblaciones dado que el afiliado tiene libre escogencia en la red del directorio y no aplica la referencia y contrarreferencia.

Dentro de la complejidad operativa y financiera que maneja el sistema, se requieren cambios en el modelo de financiación de los servicios de salud, que simplifiquen el proceso, disminuyan la fluctuación de costos y faciliten una proyección más eficiente de los recursos. Es por esta razón que se plantean diferentes modelos de contratación como los Paquetes Integrales y el Pago por prestación de servicios.

El Paquete Integral es una modalidad de pago se fundamenta en la remuneración de un valor predeterminado en un cálculo actuarial por la prestación que se brinda al paciente durante la atención en un servicio específico. Este tipo de cálculo involucra diferentes actividades las cuales son preestablecidas por las partes y genera un monto único que será el remunerado al final de la atención. Con esta modalidad de contratación la ventaja se enfoca en la disminución de carga operativa para el seguimiento del detalle del paquete, y el riesgo se establece en el incremento de actividades que no estén incluidas dentro del paquete. CMP tiene contratado con algunos de sus prestadores este tipo de modalidad especialmente en los servicios quirúrgicos.

En la modalidad de Pago por prestación de servicios, el profesional (persona natural) recibe una remuneración fija por el conjunto de actividades que desempeñe en un período de tiempo dado, el cual se tiene implementado en algunos consultorios de colectivos empresariales.

Los centros de atención ambulatoria denominados Unidades de Atención Integral (UIS) donde como se dijo anteriormente, se concentra la demanda inducida y la prestación por programas de enfermedad cardiovascular, tienen un modelo de pago por evento (fee for service) sin asociarse a ningún tipo de incentivo.

Con respecto a la utilización de estos centros bajo el modelo descrito, solo el 25.4% de la población afiliada consulta en estos centros en 1 año, lo cual es bajo teniendo en cuenta que el 82.1% de toda la población afiliada tiene algún tipo de consulta ambulatoria, lo que quiere decir que la mayoría de las personas optan por la consulta fuera del modelo donde no hay ningún tipo de monitoreo de la gestión clínica por parte de la EMP. Adicionalmente, de todas las consultas especializadas realizadas en un año por la EMP, el 7.5% lo realizan las UIS, demasiado bajo, por lo tanto, no es visto por los afiliados como su primera opción teniendo en cuenta la oferta básica

de servicios y un modelo con mucha carga en medicina general, no atractivo en el contexto de las medicinas prepagadas.

3.4 Características de la oferta de servicio.

3.4.1. Modelo de servicio.

El modelo de servicio en Coomeva Medicina prepagada tiene el reto de fidelizar la población cautiva pero también atraer nuevos y potenciales afiliados.

Uno de los pilares principales es construir, desarrollar y consolidar relaciones confiables y duraderas con todos los clientes, tanto internos como externos, esto implica como estrategia principal profundizar en el análisis de mercado, clientes, sus necesidades, así como sus comportamientos. Esto exige cuidar y promocionar la marca, implementar experiencias omnicanales que permitan mayor uso de los servicios por todos los públicos de interés y trabajar sobre las necesidades del usuario.

Con respecto a la apertura de canales para que el usuario se comunique con Coomeva se han ido incorporando estrategias como las Autorizaciones web desde el 2015, en el 2016 salió a producción la APP en versión transaccional que permite realizar autorizaciones, certificados de consulta, estados de cuenta, mensajes push, georreferenciación de prestadores prestadores, directorio virtual, revista salud, medios de pago. También la instalación de Kioskos en puntos clave de las clínicas para facilitar el contacto con los usuarios, con varias opciones de servicio para autorizar servicios, generar estados de cuenta, comunicarse con el call center, medios de pago directo, acceso de consulta de servicios entre otros.

La virtualización de procesos obliga a establecer modelos de venta digital como nuevo canal de comercialización, así como a desarrollar capital de trabajo que gestione la comunidad de

usuarios mediante los activos digitales definidos. Cobra relevancia la participación en redes sociales para generar presencia de marca e interacciones resolutivas.

Un objetivo estratégico a trabajar es brindar servicios que sean percibidos por los clientes como experiencias de valor basadas en un modelo de gestión de salud sostenible replicable y rentable, esto traduce desarrollar un sistema de acompañamiento al usuario complementado efectivamente su plan de beneficios, consolidar una red de aliados efectiva y promover una oferta suficiente que genere valor desde el modelo de gestión de riesgo en salud fidelizando los usuarios.

Con respecto a la fidelización esta se trabaja como un concepto de marketing que designa la lealtad de un cliente a una marca, producto o servicio concretos, que compra o a los que recurre de forma continua o periódica. CMP cuenta con diversas estrategias de fidelización que buscan crear vínculos emocionales que garanticen la permanencia y lealtad de los usuarios. Un factor diferenciador es la asignación de anfitriones de servicio en la clínica que acompaña al usuario en todo el proceso de administrativo dentro de la IPS asegurándose de resolver cualquier eventualidad dentro del proceso de atención y facilitando el tránsito por los diferentes servicios. También se realizan campañas de bienvenidas a usuarios nuevos y se asigna la figura de “un ejecutivo para ti” que es un colaborador encargado de un grupo de personas asignado exclusivamente para resolver inquietudes y facilitar procesos de modo más personalizado

Pese a lo anterior, las solicitudes de retiro han venido en incremento y se ha tenido que incrementar las estrategias de persuasión. Para el 2019, las intensiones de retiro fueron 13.819 sin contar las personas que se desafilian por depuración de cartera.

Entre las principales causas de retiro manifestadas por las personas están las económicas y el traslado a otras aseguradoras

Una de las mayores preocupaciones frente a la deserción, la cual se ubicó en el 2019 en el 12,5% (con meta del 8%) está que los retiros se están concentrando en personas con tiempos de afiliación menores a 1 año (56%), lo cual indirectamente refleja una venta de mala calidad o una baja percepción del producto.

3.4.2 Mapa de Procesos.

El mapa de procesos de la Organización se muestra en la Figura 12, donde se puede observar la cadena de valor con los procesos primarios, estratégicos y de apoyo. Donde es importante resaltar que tanto la Gestión del Riesgo como la experiencia del servicio son transversales y permiten una mayor gestión al respecto para lograr la inclusión de la propuesta definida en este documento.



Figura 12. Mapa de Procesos de Coomeva Medicina Prepagada. Colaboración de la empresa Coomeva Medicina Prepagada

3.5 Riesgos relacionados con las funciones del aseguramiento.

La Gestión de Riesgo actual de Coomeva Medicina Prepagada presenta grandes problemas que la organización no ha podido contener en el tiempo y presenta tendencias negativas como son, el envejecimiento progresivo de su población afiliada y la alta deserción de afiliados y el

incremento de los costos asociados a las enfermedades crónicas en especial las enfermedades de origen cardiovascular.

Lo anterior supone Riesgos financieros que ponen en peligro la sostenibilidad de la empresa, por la reducción de los ingresos suficientes para asegurar el riesgo de la población, como también por el incremento de los costos por la alta necesidad de una población cada vez más envejecida que no se renueva. Adicionalmente, hay un riesgo de Mercado dada la pérdida de participación en el sector de medicinas prepagadas que se incrementa aún más con el Riesgo reputacional asociado por las restricciones actuales a la afiliación que ha interpuesto la Superintendencia Nacional de Salud a la empresa del mismo grupo corporativo, Coomeva EPS.

Aunque CMP ha puesto en marcha varias estrategias como pudo verse en este capítulo, consideramos que los esfuerzos en el modelo de Gestión de Riesgo deben permitir permear de manera efectiva todo el direccionamiento y establecer sus prioridades estratégicas en tres frentes a saber: Incremento de la Población afiliada, reducción de la deserción de usuarios y razonabilidad del costo médico asistencial; a través de planes que apunten a mejorar la oferta de valor, ofrecer un excelente servicio diferencial y ser eficientes en el manejo de la demanda de servicios a partir de la gestión integral del riesgo en salud; elementos que contienen la propuesta de mejoramiento que se detalla a continuación en el Punto 4.

4. Propuesta del plan de mejora para la gestión integral del riesgo en salud

Con base en lo descrito en el marco conceptual, especialmente en las recomendaciones para una adecuada implementación de estrategias para conseguir la Cuadruple Meta, el contexto legal y normativo para el aseguramiento en Colombia dentro del marco de las Medicinas Prepagadas, y las necesidades particulares de la empresa en lo que respecta en sus principales brechas de posicionamiento, fidelización y costos, esta propuesta pretende fortalecer la Gestión de Riesgo en Salud desde la perspectiva del aseguramiento voluntario y su componente de promoción de estilos de vida saludable teniendo en cuenta que es el mayor determinante de la salud, diseñando un Modelo de Atención diferenciado que le permita a la organización incorporarla dentro de su direccionamiento estratégico como la promesa de valor.

El plan de Mejora a la Gestión de Riesgo tiene 3 objetivos fundamentales y necesarios teniendo en cuenta la situación actual de la Empresa:

- Reducir los costos por utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios por complicaciones especialmente de la población con riesgo cardiovascular.
- Incrementar la participación en el mercado con población saludable con menos demanda de servicios a través de una atención diferencial.
- Reducir la deserción de afiliados a través de la fidelización en el modelo lo cual permitirá diluir el riesgo financiero del aseguramiento.

Los principales componentes diferenciales del plan de mejoramiento a la gestión integral del riesgo que se detallarán más adelante son:

- Aplicación móvil exclusiva para la interacción del paciente con el modelo de atención
- Caracterización por factores de riesgo
- Demanda inducida selectiva a partir de la clasificación de riesgos.

- Atención virtual programada para pacientes con riesgo leve o moderado
- Atención asistencial diferencial con consultas multidisciplinarias para pacientes de mayor riesgo.
- Modelo de fidelización con premios, reconocimientos y status conforme a la adherencia al modelo y resultados obtenidos.
- Modelo de contratación con incentivos por resultados basados en la gestión del presupuesto ambulatorio.
- Tablero de mando de información para la toma de decisiones por parte de la Central de Gestión Integral de Riesgo (C-GIR)
- Factibilidad financiera

Adicionalmente el modelo está basado en 5 fases con base en la experiencia del paciente y la gestión por parte de CMP, el cual puede verse de manera detallada en el flujograma del ANEXO A. FASES DEL MODELO DE GESTION DE RIESGO, y las cuales facilitan la identificación de la ruta del paciente para determinar las actividades a programar y los incentivos a entregar a partir de premios y reconocimientos.

4.1 Aplicación Móvil

La aplicación móvil del modelo plantea diferentes módulos que apoyan el propósito del plan de fortalecimiento a la gestión del riesgo los cuales se detallan en la Figura 13, y en el cual se expone la arquitectura básica que debe tener la aplicación para lograr los beneficios esperados; es de anotar, que el alcance de este documento en este aspecto se limita a establecer los módulos mínimos necesarios y esbozar la arquitectura principal, sin embargo, el diseño de la arquitectura web/app de cada módulo no es del alcance de este trabajo de grado.



Figura 13. Arquitectura básica de la aplicación móvil del Modelo. Elaboración de Autores

Para una mayor usabilidad de la aplicación y lograr los objetivos de fidelización y adherencia, los beneficios se establecen tanto para usuarios como para la organización, los cuales se detallan el Cuadro 3.

Cuadro 3

Beneficios de la Aplicación Móvil

PACIENTES	COOMEVA MEDICINA PREPAGADA
<ul style="list-style-type: none"> • Autodiagnóstico de riesgos a partir del diligenciamiento de test de salud • Recomendaciones personalizadas de acuerdo a sus hábitos, síntomas y objetivos de salud • Planificación de actividades – Calendario • Alertas y recordatorios de acuerdo al plan individual • Alertas y recordatorios para toma de medicamentos • Comunicación bidireccional con Coomeva Medicina Prepagada a través de las notificaciones • Comunicación bidireccional con el centro de atención ambulatorio • Comunicación e interacción con comunidades afines para compartir y aprender de experiencias y objetivos comunes • Visualización de historia de salud, estadísticas y logros de salud obtenidos • Seguimiento personalizado por notificaciones push que motivan al usuario a seguir su plan, modificar sus hábitos y mejorar su salud • Reconocimientos por adherencia y resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterización integral del paciente por riesgos universales e individuales y factores del estilo de vida • Notificación en tiempo real de alertas por test generados por micro encuestas • Identificación de incumplimiento a tratamientos o actividades programadas • Informes y/o alertas semanales de la adherencia • Moderación de la interacción de los grupos y comunidades • Posibilidad de parametrizar micro – encuestas para el conocimiento directo de riesgos específicos. • Tablero de datos con análisis estadístico en línea • Posibilidad de comunicación por notificaciones con el paciente • Información de riesgos de prospectos para afiliación a Coomeva Medicina Prepagada • Disposición del perfil de salud (historial) de los pacientes con el fin de compartir con los prestadores previos a la atención presencial.

Fuente: Elaboración de Autores

La primera experiencia con la aplicación por parte de los usuarios que han sido promovidos a conocerla a partir de un plan de comunicación y mercadeo, será el abordaje de diferentes test que pueden variar con base en el género, la edad y las condiciones individuales que vaya reportando, posteriormente, la aplicación, con base en la información recibida establece una serie de recomendaciones individualizadas que el afiliado podrá escoger y programar en un calendario para construir un plan individual, el cual será impulsado a través de un programa de reconocimientos o podrá ser reforzado a partir de la integración con estrategias sanitarias virtuales o presenciales, elementos que se detallarán más adelante.

Para los niños, la aplicación permitirá el registro parental en el perfil con un adulto responsable y que previamente haya autorizado el uso del aplicativo.

Es importante anotar que, a partir de las notificaciones dirigidas a los afiliados, se realizan las recordaciones de las intervenciones individuales y/o colectivas (por familia) cuando sea pertinente, de acuerdo a las intervenciones planeadas por curso de vida referenciadas en la resolución 3280 de 2018. Por ejemplo, en el curso de Vida de Adulthood, por intermedio de la aplicación se realiza la recordación para los tamizajes correspondientes de Ca de mama, Ca de cérvix, ca de próstata o ca de colon conforme a la periodicidad que corresponda y al histórico de utilizations del paciente en la organización.

Adicionalmente, con el fin de utilizar la aplicación para el objetivo de promover la afiliación a la empresa, se establecen accesos limitados para ser usados con prospectos clientes con el fin de permitir que las personas conozcan y experimenten sus funcionalidades, dichos accesos limitados tienen restricción tanto la interacción con los módulos de consulta con médico, como también en el tiempo de uso disponible de la aplicación. Los cupos de los accesos

limitados estarán a disposición de las áreas comerciales para que sean usados conforme a las metas establecidas de afiliación y conversión.

4.2 Caracterización

La caracterización para este modelo tiene en cuenta 3 poblaciones objeto de acuerdo a los 3 beneficios esperados, aumento de población afiliada con incremento de la participación en el mercado, fidelización de los afiliados con reducción de la deserción, y reducción de comorbilidades asociadas a la enfermedad cardiovascular.

4.2.1. Población objetivo para incremento de la participación en el mercado.

Desde el punto de vista demográfico y dada la situación actual de la aseguradora, expuesta anteriormente, es indispensable definir una población objetivo para ampliar la participación en el mercado y diluir el riesgo del aseguramiento dado el alto índice de envejecimiento actual que conlleva a mayores utilidades en salud, en ese orden de ideas, los prospectos comerciales atraídos por un modelo enfocado en la promoción de estilos de vida saludable deben tener el siguiente perfil:

- Menores de 40 años
- Sin enfermedades crónicas instauradas
- Con capacidad económica que permita el pago

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo a las cifras de proyección del DANE para Colombia y tomando únicamente estrato social 5 y 6 como referente de capacidad de pago, y entre el 70% y 80% estimado de población sin enfermedad crónica, la población potencial del mercado de las prepagadas es aproximadamente entre 2.2 y 2,5 Millones de personas, lo cual es alrededor de 1 millón de personas más de las que hay hoy actualmente, mostrando oportunidades importantes para incrementar la participación en el mercado, ver tabla 9.

Tabla 9
Población menor de 40 años por estrato social en Colombia

POBLACION POR ESTRATO	estrato 1	estrato 2	estrato 3	estrato 4	estrato 5	estrato 6	TOTAL
PROPORCION POR ESTRATO	15.9%	28.9%	34.4%	11.0%	7.1%	2.7%	100%
POBLACION < 40 AÑOS	5,087,792	9,247,621	11,007,549	3,519,856	2,271,907	863,965	31,998,689

Fuente: Elaboración de Autores a partir de estimaciones del DANE y Raddar

4.2.2. Población objetivo para fidelización y reducción de la deserción.

Con respecto a la población a fidelizar dentro los afiliados de la empresa aseguradora, se debe tener en cuenta el perfil del desertor contratante que afecta la sostenibilidad empresarial por incrementar el riesgo de aseguramiento, al respecto, se tiene identificado que las personas menores de 45 años, con una antigüedad menor a los 2 años, con utilidades por debajo del 40% de la siniestralidad en 6 meses son el Pareto de la deserción eliminando las causas no evitables, como la muerte y pérdida del empleo.

De acuerdo a una encuesta realizada al interior de Coomeva Medicina Prepagada a 100 personas trabajadoras de la salud en el marco de socializaciones de procesos de atención, se identificó que al menos 9 de cada 10 personas estaría interesado en cambiar, ajustar, adoptar o eliminar algún hábito de vida; en ese orden de ideas, todos los afiliados son objeto de la comunicación de la aplicación, en especial las de perfil desertor.

4.2.3. Población objetivo para reducir comorbilidades asociadas a la enfermedad cardiovascular.

Además de la caracterización por ciclo vital, género, y demás características sociodemográficas y de morbilidad descritas anteriormente en la situación actual de la empresa, el plan de fortalecimiento al modelo adiciona una caracterización por factores de riesgo a través

de cuestionarios que indagan sobre el estilo de vida de las personas, lo cual fortalece la gestión de riesgo técnico de la población con enfermedad cardiovascular descrita en la tabla 6.

Para las 35.111 personas identificadas actualmente con 1 o más enfermedades cardiovasculares, el modelo permite la caracterización por factores de riesgo, estilos de vida y antecedentes de importancia que al día de hoy escapan al conocimiento de la empresa debido a que solo se basa en utilidades. Los aspectos de la caracterización a fortalecer se relacionan a continuación:

- Actividad física (tipo de actividad – frecuencia – intensidad – limitaciones)
- Alimentación (consumo de frutas – verduras – hidratación – regularidad)
- Emoción (ansiedad – depresión – motivación – sueño – descanso)
- Toxicidad (consumo de alcohol – tabaco – psicoactivos)
- Historial de salud (antecedentes familiares – personales – sintomatología prevalente)

Esta caracterización ampliada con información asociada al estilo de vida permitirá una mayor efectividad en las actividades de educación en salud, demanda inducida, prevención secundaria y terciaria.

4.3 Demanda inducida selectiva.

Adicional a la instauración del plan individual automático a partir de las recomendaciones personalizadas que surgen de acuerdo a los test resueltos por los afiliados y de la promoción de su implementación a partir de un programa de incentivos por lectura, cumplimiento y resultados, los usuarios registrados en la plataforma y afiliados a algún programa de Coomeva Medicina Prepagada, tendrán una demanda inducida selectiva de acuerdo a los riesgos identificados por la caracterización derivada de las utilidades y enfermedades conocidas aunado a la información

que complemente el usuario sobre sus hábitos y antecedentes partir de los test incluidos en la aplicación.

Los riesgos de los usuarios se establecerán de acuerdo a los siguientes criterios:

- Riesgo Bajo: Afiliados menores de 45 años sin enfermedad crónica identificada.
- Riesgo Medio: Afiliados mayores de 45 años sin enfermedad crónica identificada o paciente de cualquier edad con una enfermedad crónica identificada.
- Riesgo Alto: Afiliado con dos o más enfermedades crónicas identificadas

La demanda inducida se ofrecerá por vía correo electrónico y notificaciones por la aplicación explicando los objetivos del servicio, adjuntando el consentimiento informado y la autorización para datos personales (Anexo D), y permitiéndole al paciente realizar un agendamiento con al menos 3 opciones de día y hora, y realizando recordatorios con posibilidad de cancelar la cita al 3 día antes de la consulta, 24 horas antes y 30 minutos antes. La realización de la consulta de primera vez por demanda inducida se realizará de la siguiente forma:

- Riesgo Bajo: Tele orientación por video con médico general o pediatra (para menores de 14), expertos en la orientación de estilos de vida saludable.
- Riesgo Medio: Tele consulta por video con médico internista o pediatra (para menores de 14 años con enfermedad crónica).
- Riesgo Alto: Tele consulta por video con médico internista o pediatra (para menores de 14 años con enfermedad crónica), quienes promoverán adicionalmente la consulta presencial multidisciplinaria conforme al guion establecido en el Anexo E para el fortalecimiento del plan individual del paciente.

En cualquiera de los casos anteriores, si el paciente previo al agendamiento de la tele consulta, opta por la atención presencial, o como recomendación de los profesionales de la salud,

el paciente debe asistir a un centro ambulatorio, se le realizará el agendamiento correspondiente con el servicio solicitado. Adicionalmente en los pacientes de Bajo y Mediano riesgo, se podrá optar por referir al paciente a una consulta virtual con nutricionista.

Las personas registradas en la plataforma y que no son afiliados a Coomeva Medicina Prepagada, quienes tienen acceso limitado a la plataforma, serán analizados por un grupo técnico entre salud y comercial para definir su asegurabilidad y definir el abordaje del prospecto y su familia para lograr una afiliación efectiva.

4.4 Atención virtual programada

Este componente contempla la experiencia por primera vez del paciente con su médico de cabecera por una vía de video consulta por telemedicina interactiva sincrónica, el cual deberá seguir el guion determinado en el Anexo C.

El médico debe haber analizado previamente los riesgos identificados a partir de los test diligenciados por el paciente para abordar de manera más eficaz la atención con el objetivo de complementar, ajustar o reforzar el plan individual del paciente basado en los factores listados a continuación:

- Actividad física (tipo de actividad – frecuencia – intensidad – limitaciones)
- Alimentación (consumo de frutas – verduras – hidratación – regularidad)
- Emoción (ansiedad – depresión – motivación – sueño – descanso)
- Toxicidad (consumo de alcohol – tabaco – psicoactivos)
- Historial de salud (antecedentes familiares – personales – sintomatología prevalente)

Son responsabilidades del médico de cabecera:

- Realizar la atención a la consulta de acuerdo al guion establecido.
- Usar el resumen de perfil de salud como guía para orientar el acto médico.

- Acordar con el usuario un plan de actividades físicas, alimenticias, de trabajo y/o comportamiento, con metas establecidas y tiempos de seguimiento, de acuerdo a su riesgo. Esta actividad debe ser específica para cada individuo. Es importante que, en el plan individual, cuando se requiera, se incluyan las recomendaciones de intervención por otros profesionales.
- Incluir en la historia clínica las variables de salud de cada usuario y sus respectivas recomendaciones.
- Reportar en el sistema todos los ordenamientos derivados de la atención, para asegurar el seguimiento al plan individual instaurado.
- En los casos de los pacientes de Alto Riesgo, se debe promover la Consulta Multidisciplinaria conforme al guion establecido en el anexo E

4.5 Atención asistencial diferencial con la Consulta Multidisciplinaria

Para los casos definidos de Alto Riesgo, se realiza una consulta Multidisciplinaria que se define como una modalidad de atención donde el paciente está acompañado en el mismo tiempo y lugar con un equipo básico de salud: Médico de cabecera (especialista), Médico deportólogo o Terapeuta físico, Nutrición y Psicología, quienes interactúan conjuntamente entre ellos y con el paciente con el objetivo de concertar un plan individual enfocado en la adopción, eliminación o modificación de estilos de vida que permitan un control más efectivo de la enfermedad a partir del fortalecimiento del tratamiento no farmacológico y de una mejor adherencia al manejo médico instaurado.

Previo a la Consulta Multidisciplinaria, el paciente deberá ser presentado por el médico de cabecera al equipo y deberá haber sido estudiado por todos los miembros a partir de la información previamente diligenciada por el paciente en la Aplicación.

El guion a utilizar para garantizar el modelo de servicio se describe en el Anexo F. La duración estimada de esta consulta es de 1 hora, los primeros 15 minutos el paciente será atendido por enfermería para la toma de signos vitales y mediciones biométricas; tiempo durante el cual el paciente estará siendo presentado y analizado técnicamente por el equipo.

El plan individual concertado deberá constar por escrito en la Historia Clínica donde se especifiquen las recomendaciones en cada uno de los factores del estilo de vida listados en el punto anterior, con las referencias de los servicios solicitados y prescripciones médicas a las que haya lugar. Se deberá entregar copia al paciente y a la central de Gestión integral de Riesgo de Coomeva Medicina Prepagada para su monitoreo, y seguimiento.

La consulta Multidisciplinaria tiene beneficios logísticos y técnicos, los logísticos están asociados a reducir los tiempos de desplazamientos de los usuarios dado que no se requeriría en primera instancia asistir un día diferente para la consulta con cada profesional de salud y los beneficios técnicos asociados a una mayor efectividad en tratamiento del paciente debido al acuerdo inmediato del plan de manejo con todos los profesionales de la salud, corrigiendo la común desintegración de los equipos de salud, ejemplo de ello es cuando muy comúnmente se desea bajar de peso y un profesional médico o terapeuta envía a montar bicicleta al paciente, la nutricionista envía una dieta hipocalórica sin tener en cuenta las recomendaciones de aumento de la actividad física prescrita y el psicólogo no aborda la motivación para mantener el ejercicio, el resultado puede ser una actividad física sin el requerimiento calórico necesario con riesgos para la salud o una discontinuidad temprana de la recomendación. Adicionalmente, la consulta Multidisciplinaria es una estrategia que realmente lleva a la implementación el concepto de poner al usuario en el centro del sistema para su participación activa en la construcción de planes de salud que lo motiven a adoptar estilos de vida saludable.

Para el seguimiento asistencial de los pacientes con riesgos identificados y atendidos en la consulta Multidisciplinaria, se plantean programas de seguimiento de acuerdo al curso vital de 1era Infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Adulthood y Vejez; de manera transversal se establecen los programas de Hazte Cargo (Planificación), Reto Vital (pacientes con condiciones crónicas), Familias Saludables y Empresas Saludables, para los riesgos colectivos identificados, los cuales son liderados por gestores de salud en la organización con la ayuda de la central integral de gestión de riesgo y el modelo de información que será visto más adelante.

4.6 Modelo de fidelización con premios, reconocimientos y status

Como una de las estrategias para mejorar la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica, se instaura un programa de incentivos que permite generar premios, reconocimientos y estatus por la acumulación de puntos que se obtienen por la interacción virtual con la aplicación móvil, por el cumplimiento de las recomendaciones del plan de salud y por los logros obtenidos.

Los puntos que generan los premios y estatus tienen fecha de vencimiento a un año, con el fin de mantener la motivación y la continuidad de los resultados obtenidos, en el Cuadro 4 se describen las actividades que generan puntos.

Cuadro 4
Actividades que Generan Puntos

	ACTIVIDADES QUE GENERAN PUNTOS	CANTIDAD DE PUNTOS
INTERACCIÓN POR APLICACIÓN APP	Diligenciamiento del Historial de Salud en la APP	500 1 vez cada año
	Diligenciamiento de test y micro encuestas de actualización del historial de salud	100 por cada test o microencuesta
	Lectura completa de recomendaciones	100 por cada recomendación leída
	Uso del calendario para planificar las actividades de salud	100 por cada mes utilizado
	Adherencia superior al 80% a toma de medicamento (para pacientes con tto crónico)	500 por cada mes >80% autodiligenciado
	Interacción en Foros y Comunidades	100 por cada Interacción en grupo o comunidad
	Compartir experiencias en redes sociales	100 por cada enlace compartido
PROCESO ASISTENCIAL	Asistencia a cita de demanda inducida (virtual o presencial)	1,000 1 vez al año
	Asistencia a citas solicitadas por médico de cabecera	500 por cada cita cumplida (hasta 3 al año)
	Participación en eventos virtuales o asistenciales	500 por cada actividad
RESULTADO INDIVIDUAL	Mantener peso normal o reducción del 5% del peso inicial	2,000 cada 6 meses
	Mantener perímetro abdominal normal o reducción de 3 cm del inicial	2,000 cada 6 meses
	Mantener la TA o HBA1C en cifras normales o reducción del 10% (para pacientes con HTA y/o DM)	2,000 cada 6 meses

Fuente: Elaboración de autores

Los premios se refieren a una compensación en especie conforme al esfuerzo y compromiso del afiliado con su plan individual de salud, y variarán con base en el nivel de status que haya logrado el afiliado.

El Estatus se adquiere a partir del cumplimiento de varios criterios, los cuales se detallan en el Cuadro 5 generando una jerarquía entre los afiliados registrados en la aplicación, y tiene como propósito el reconocimiento permanente a la autogestión, adherencia y resultados obtenidos por el afiliado. El estatus está definido para usuarios mayores de 18 años y genera derechos a un nivel de premios diferencial y a beneficios especiales hasta 6 meses después de cumplir los criterios, después de dicho tiempo se vuelven a evaluar dichos criterios.

Cuadro 5

Crterios para calificar a los Estatus – Niveles de Reconocimiento

ESTATUS - NIVELES	CRITERIOS
1	Afiliado MP
	Diligenciamiento del Historial de Salud en la APP
	Hasta 10.000 puntos
2	Afiliado MP con más de 6 meses de Antigüedad en la aplicación
	Diligenciamiento del Historial de Salud en la APP
	10.001 a 20.000 Puntos
3	Afiliado MP con más de 12 demeses de Antigüedad en la aplicación
	Diligenciamiento del Historial de Salud en la APP
	más de 20.000 Puntos
4	Mantenimiento o reducción en los parametros de peso y/o Perimetro abdominal
	Afiliado MP con más de 18 de meses de Antigüedad en la aplicación
	Diligenciamiento del Historial de Salud en la APP
	más de 20.000 Puntos
4	Mantenimiento o reducción en los parametros de peso y/o Perimetro abdominal
	Siniestralidad individual menor del 60% en los últimos 12 meses

Fuente: Elaboración de autores

Los premios pueden variar de acuerdo al nivel del presupuesto de la organización, sin embargo, se sugiere establecer los premios acordes a los estilos de vida promovidos como se establece en el Cuadro 6. Para el último estatus, entre los premios se considera una reducción de la prima de afiliación a Medicina Prepagada.

Cuadro 6

Premios, beneficios y derechos de acuerdo al Estatus obtenido

	PILARES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
PREMIOS	ACTIVIDAD FISICA	Bono para ropa deportiva (20%)	Bono para Ropa Deportiva (40%)	Cupo para evento deportivo o mes de gimnasio (60%) x 3 meses	Banda para monitoreo de actividad Física
	ALIMENTACION	Bono para compra saludable en Supermercao (20%)	Bono para compra saludable en Supermercao o Franquicia aliada (50%)	Bono para compra saludable en Supermercao o Franquicia aliada (80%)	Invitación saludable en Supermercao o Franquicia aliada (100%)
	BIENESTAR MENTAL	Bono para compra de Almohada (20%)	Boletas para cine en familia x 2	Boletas para cine en familia x 4	Bono para SPA (50%)
BENEFICIOS - DERECHOS	CONSULTAS	Consultas Ilimitadas Virtuales (nutrición - psicología - Med General) sin copago	Consultas Ilimitadas Virtuales (nutrición - psicología - Med General) sin copago	Consultas Ilimitadas Virtuales (nutrición - psicología - Med General) sin copago	Consultas Ilimitadas Virtuales (nutrición - psicología - Med General) sin copago
	COPAGOS	No descuento en Copagos	Descuento en copago de consulta ambulatoria 30% x 3	Descuento en copago de consulta ambulatoria 50% x 3	Descuento en copago de consulta ambulatoria 70% x 3
	PRIMA DE AFILIACION	No descuento en la Prima	No descuento en la Prima	No descuento en la Prima	Descuento en prima 5%-10%

Fuente: Elaboración de autores

4.7 Modelo de contratación con incentivos por resultados

Teniendo en cuenta que en el contexto del producto de las Medicinas Prepagadas donde no hay referencia y contra referencia y el afiliado tiene libre elección del nivel de atención de acceso, no se puede asignar población a centros ambulatorios para el control del riesgo primario como lo tienen las aseguradoras de afiliación obligatoria, y en donde la relación contractual principal son modelos per cápitas o pagos globales prospectivos ajustados por resultados.

En las medicinas prepagadas, la elección del afiliado hacia un profesional de salud independiente o hacia un centro de atención ambulatoria depende de su confianza, satisfacción y resolutivez para solucionar sus necesidades, por tal motivo se propone un modelo de pago que contiene un valor base que garantice el recurso, el modelo de servicio y la prestación del Modelo de riesgo, y un valor variable de acuerdo a resultados de proceso y financieros que incentiven tanto al prestador como al asegurador en ampliar las coberturas y los resultados.

El prestador sugerido para trabajar el modelo son las Unidades de Atención Integral en Salud operadas por Christus-Sinergia, que tiene presencia en todo el País, y cuyo modelo es más fácil de estandarizar debido a la centralización de su administración.

Para la estimación del valor base se establecen las siguientes premisas conforme a la oferta de servicios definida para la operación del modelo y al análisis de frecuencia de uso de los servicios por medio del análisis de las utilizaciones de los pacientes:

- Enfoque atención por médico especialista (Medicina Interna, Ginecobstetricia y Pediatría) con disponibilidad de citas hasta 24 horas hábiles, virtuales o asistenciales.
- Frecuencia de uso de servicios anual de las especialidades: 2.2.

- Se incluyen los servicios de Nutrición, Psicología, Odontología preventiva, Terapia Física (consulta), enfermería en todas sus modalidades con una frecuencia de uso de 0,7
- Hasta 450 Consultas Multidisciplinarias mensuales
- Todos los tiempos de atención son de 30 Minutos a excepción de la consulta multidisciplinaria que es de 60 minutos.
- La eficiencia de los médicos en el mes corresponde al 85%, dado que se considera este porcentaje para fortalecer la oportunidad de cita dentro de 24 horas.
- Participación del mercado de consulta especializada de Christus-Sinergia dentro de los servicios de CMP: 30%.
- Actividades de apoyo telefónico a la demanda inducida
- Información detallada de los servicios prestados para seguimiento individual de usuarios y construcción de indicadores del modelo
- Se excluye el componente de laboratorios.

Teniendo en cuenta que, a la fecha, Christus – Sinergia tiene solamente el 7,5% de participación de la consulta especializada, pasar al 30% bajo este esquema de servicio y oportunidad genera que el cálculo actuarial determine que se pase de un costo promedio evento mensual de aproximadamente 700 Millones, a un valor de 1.130 Millones/mensuales.

El componente variable que genera incentivos al prestador y al asegurador se asigna con base en el ahorro/déficit resultante del valor base con respecto al presupuesto de todas las consultas ambulatorias dispuesto por Coomeva Medicina Prepagada, por lo que el modelo de contratación propende una mayor resolutiveidad y fidelización de los afiliados al centro ambulatorio y una reducción de las consultas evitables en otros centro o especialidades. Así pues, el modelo

impulsa la migración de los afiliados desde la red abierta hacia los centros ambulatorios por los valores agregados descritos en la propuesta como se puede ver en la figura 14.

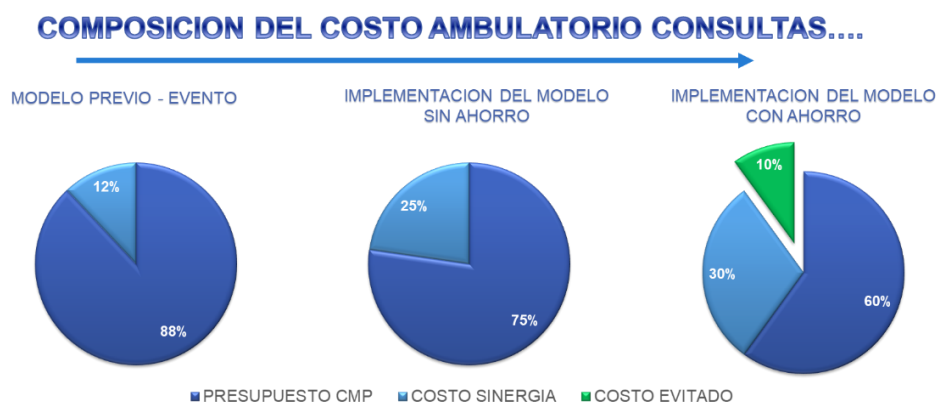


Figura 14. Transición del modelo de contratación con centros ambulatorios. Elaboración de autores

Los beneficios provienen del costo evitado sin afectar el presupuesto global, igualmente puede haber un déficit como resultado de un mayor costo ambulatorio derivado de los servicios de consulta especializada por fuera de los centros ambulatorios.

Los ahorros o los déficits se comparten en un 50 – 50 conforme a indicadores de resultado y de proceso que generan un ponderado que califica la evaluación en: Satisfactorio, Aceptable e Inadecuado, los indicadores que componen el ponderado y el modelo de evaluación se representan en la Figura 15.

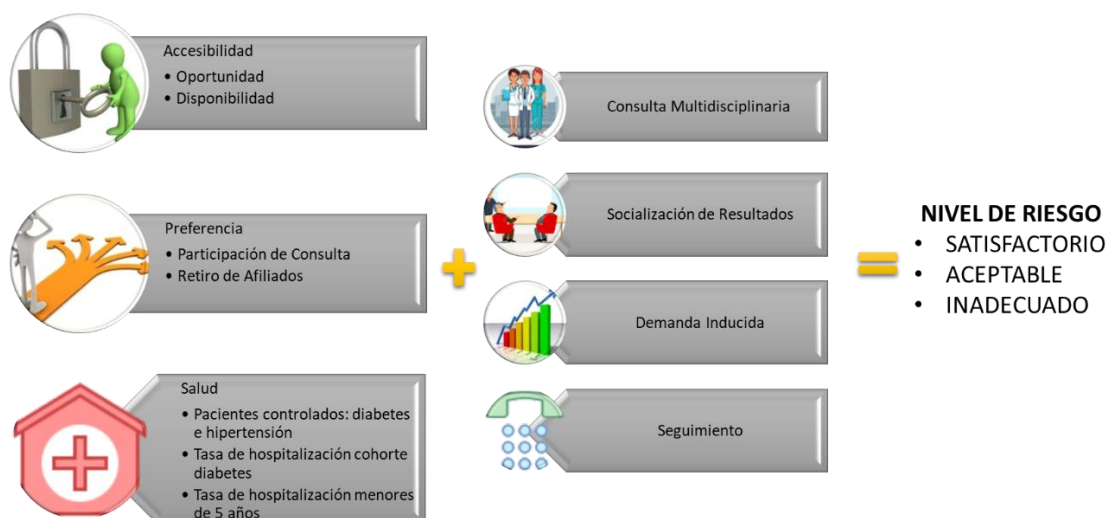


Figura 15. Evaluación del Modelo de Contratación de Riesgo Compartido. Elaboración de autores.

Si como resultado del modelo financiero son ahorros a distribuir, solo se le generan los incentivos correspondientes al 100% al prestador ambulatorio cuando el resultado de la evaluación es Satisfactorio, se le generará el 50% del resultado de la distribución si el resultado es aceptable, y no se distribuirá el ahorro si la evaluación es inadecuada.

Si como resultado del modelo financiero es déficit a distribuir, en tal caso al prestador se le descontará de la factura del valor base mensual, se le generará la reclamación al 100% si el resultado es inadecuado, se le generará el 50% de la distribución del déficit si la evaluación es aceptable, y no se reclamará la distribución del déficit si la evaluación es satisfactoria.

Así pues, se incentiva a mantener una evaluación satisfactoria al prestador de manera continua para ganar el valor variable o a reducir el riesgo de pérdidas por déficit en el presupuesto, en tal caso el asegurador, deberá evaluar adicionalmente el comportamiento de la gestión por fuera del modelo e identificar las causas del desvío.

Como factores críticos de éxito en la implementación de este modelo se consideran los siguientes aspectos:

- Divulgación del Modelo de atención y de contratación a todas las áreas y regionales de ambas empresas incluyendo al personal asistencial para promover desde todos los procesos y contactos con los afiliados, la utilización de los centros ambulatorios.
- Se sugiere al prestador distribuir los excedentes de ahorro con los profesionales de salud para contribuir a su satisfacción y complementar el objetivo conforme a la “cuádruple meta”
- La información de los servicios de salud atendidos debe generarse al detalle, de manera confiable y oportuna para compartirse a la Central de Gestión Integral de Riesgo
- Se recomienda un interventor externo a las organizaciones para evaluar periódicamente el modelo e intervenir en los casos de distribución de excedentes o déficit.
- La construcción del presupuesto ambulatorio de consultas debe ser concertada entre las partes para identificar causas de desviación externas al modelo
- Las distribuciones deben tener un valor tope mensual correspondiente al 30% del valor base
- Se deben establecer seguimientos y comités periódicos entre los líderes de ambas empresas para identificar desviaciones u oportunidades para su gestión inmediata.

Una vez implementado el modelo de atención y el modelo de pago con el prestador, se establecerá, a partir del análisis de los resultados en salud y los costos evitados en niveles de atención superiores como los hospitalarios, la relación entre la adherencia y satisfacción de los pacientes y las tasas de hospitalización y de urgencias, para establecer la proporción causal que

permita establecer claramente la forma de compartir los ahorros o los déficits derivados de los costos asociados a la hospitalización.

4.8 Central de Gestión Integral de Riesgo (C-GIR) y análisis de la información

Para garantizar el flujo continuo del modelo de gestión del riesgo y el mejoramiento continuo de los procesos que lo componen es indispensable la conformación de una Central de Gestión Integral de Riesgo que sea nutra de manera transversal de la información saliente de todas las actividades como se describe en el Anexo A, con el fin de tomar decisiones oportunamente.

La central deberá estar compuesta por un Coordinador o Jefe con perfil médico preferiblemente con conocimientos en epidemiología con el apoyo de un rol de enfermería para el seguimiento de los diferentes grupos de riesgo; adicionalmente el equipo deberá estar reforzado de personal profesional de ingeniería de procesos para identificar oportunamente las mejoras necesarias, un profesional para el análisis de la información, un profesional de publicidad o mercadeo para modular las piezas de comunicación y un profesional de las áreas de tecnología para coordinar las necesidades de los software y equipos que intervienen en el modelo. Todo el equipo deberá estar a cargo directamente del grupo Primario de la organización para poder permear de manera transversal todas las áreas interesadas.

Con respecto al tablero de indicadores, se construye con base en las dimensiones de la cuádruple meta meta para el monitoreo continuo y gestión oportuna de los mejoramientos, en el Cuadro 7 se detallan los indicadores y las asociaciones con las dimensiones de los objetivos.

Cuadro 7.
Indicadores del Modelo de Gestión de Riesgo

Dimensiones de la Triple Meta	Mediciones/Indicadores
Salud	Cobertura de afiliados registrados
	Proporción de usuarios por Estatus
	Efectividad de la demanda inducida
	% de inasistencia a consulta de demanda inducida
	Adherencia a recomendaciones del plan individual
	% de pacientes con factores de riesgo por estilo de vida (ej: tabaquismo/act física/alimentación/calidad sueño, etc)
	% de adherencia terapéutica
	% de pérdida de peso a 6 meses de registro en la Aplicación
	% de reducción de perímetro abdominal a 6 meses de registro en la Aplicación
	% de pacientes con HTA con cifras tensionales normales con 6 meses o más en la aplicación
	% de pacientes con DM con cifras de HbA1C con 6 meses o más en la aplicación
Experiencia y Fidelización del Paciente	Satisfacción global de afiliados registrados
	Índice de promotor neto de afiliados registrados
	Tasa de deserción de afiliados registrados
Experiencia del Prestador	Satisfacción global del prestador
Costos y Ventas	Proporción de conversión de personas aptas para afiliación identificadas por la aplicación
	Tasa de uso de urgencias de afiliados registrados
	Tasa de Hospitalización por grupos de riesgo de afiliados registrados
	Costo Per cápita de usuarios registrados

Fuente: Elaboración de autores

4.9 Factibilidad financiera

La factibilidad financiera del modelo de Gestión de Riesgo se construye con base en las siguientes premisas para garantizar una sostenibilidad del mismo y aportar a los resultados de la organización:

- Contribución en Ventas: Personas que se registran en la aplicación y que no son afiliados a Coomeva Medicina Prepagada, convirtiéndose en clientes potenciales.

Meta 15%

- Contribución en Fidelización y Retención: disminución del porcentaje de retiros de usuarios de Coomeva medicina prepagada, producto del valor agregado percibido en el modelo, tasa máxima de deserción para usuarios registrados 5%.
- Contribución a un menor costo: El modelo mejora las condiciones de salud de los pacientes en especial el subgrupo de riesgo cardiovascular supone una reducción de al menos 1 consulta innecesaria a urgencias o especialista ambulatorio, lo que representa entre el 25% y 30% del costo de los servicios de consulta o urgencias exclusivamente por lo que la meta ponderada por riesgo se estimó en un 20%. Adicionalmente se estimó una reducción del 3% per cápita ponderado de los gastos hospitalarios.

Los gastos asociados al Modelo de Gestión de Riesgo propuesto son:

- Plataforma tecnológica
- Recurso humano dedicado
- Plan de mercadeo y comunicaciones
- Programa de incentivos y reconocimientos

Cabe aclarar que el modelo de contratación con el prestador ambulatorio no hace parte del análisis de factibilidad dado que hace parte del análisis exclusivo de los presupuestos asistenciales con un modelo financiero ya descrito anteriormente.

Para los cálculos del primer año se estableció una meta de 40 Mil usuarios registrados, con una adherencia a la primera consulta virtual del 40%, o sea 16 mil usuarios adheridos al modelo. Adicionalmente se estimó un ingreso de la prima promedio de 225 mil pesos y una rentabilidad de los afiliados ingresados o retenidos del 35% por 7 meses de afiliación.

Con tales supuestos, la factibilidad del modelo para el primer año de funcionamiento es adecuada con un ROI de 1.6 como se puede ver Tabla 10. Para el segundo año, el ROI podría

incrementarse hasta 2.0 teniendo en cuenta un mayor tiempo de afiliación de las personas objeto de la conversión y retenidas por fidelización.

Tabla 10
Análisis de Factibilidad del Modelo de Gestión de Riesgo

EGRESOS	PROPUESTA MODELO
Contrato plataforma tecnológica	300,000,000
Personal dedicado	230,036,238
Mercadeo	330,000,000
Programa de Incentivos	480,000,000
Otros - Divulgación	31,500,000
Total egresos	\$ 1,371,536,238
INGRESOS	PROPUESTA MODELO
Contribución en Ventas	413,437,500
Contribución en Retención	326,340,000
Contribución en Menor Costo	1,467,247,661
Total egresos	\$ 2,207,025,161
REGISTRO Y ADHERENCIA	PROPUESTA MODELO
Usuarios Registrados	40,000
Usuarios Registrados MP	40,000
Usuarios Adhredios - cita	16,000
% adherencia	40%
ROI	1.6

Fuente: Elaboración de autores.

5. Conclusiones

El sector de las Medicinas Prepagadas en Colombia crece lentamente y depende de externalidades como el empleo y el poder adquisitivo de las personas, además el reciente crecimiento de los Planes Adicionales de Salud (PAS) por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) del régimen obligatorio, un producto que puede considerarse sustituto para algunos programas ofrecidos por las empresas de Medicina Prepagada, genera la necesidad de una revisión exhaustiva de los productos ofrecidos por estas empresas y de su direccionamiento estratégico para competir en el mercado.

Una opción de diferenciación se concentra en la construcción de modelos de atención basados en la Gestión integral de Riesgos, incorporando la promoción de los estilos de vida saludable y la telemedicina, lo cual genera un Valor percibido diferencial entre los productos ofrecidos comúnmente por las empresas de Medicina Prepagada, ver Figura 16

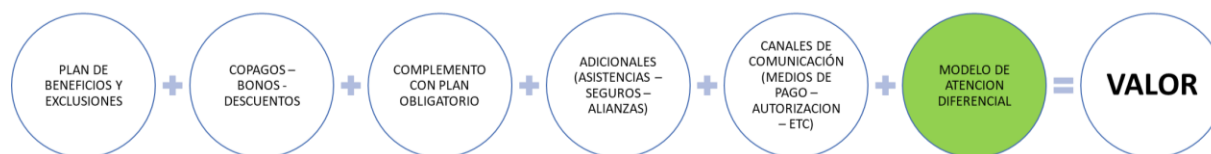


Figura 16. El Modelo de atención como un producto diferencial para agregar Valor. Elaboración de Autores

Actualmente, la construcción de modelos de atención debe contemplar, al menos para las empresas aseguradoras, la cuádruple meta, que para la empresa analizada, no es una opción sino una necesidad, teniendo en cuenta que su situación presenta riesgos de aseguramiento importantes dada la deserción sostenida de la población y el envejecimiento de la misma, que ha conllevado a unos mayores costos y a una pérdida significativa de participación en el mercado, con utilidades muy por debajo de las conseguidas por sus competidores más cercanos.

En análisis DOFA estableció la necesidad de ofrecer a los clientes individuales y colectivos un modelo integral de gestión de riesgo que contenga componentes de promoción de hábitos saludables combinando experiencias virtuales y presenciales, con el fin de promover la fidelización (reduciendo la deserción), promover afiliaciones saludables (incrementando la población) y fortaleciendo la efectividad clínica de los programas de enfermedades crónicas no transmisibles que permitan reducir las comorbilidades y las complicaciones (reduciendo los costos asistenciales).

El modelo propuesto cumple con las necesidades de la organización promoviendo el uso de medios digitales para la atención primaria en salud, con diferentes componentes que promueven la adopción de estilos de vida con elementos de telemedicina interactiva y no interactiva dentro de una plataforma de aplicación móvil.

Para el objetivo de reducción del costo, el modelo permite una mejor condición del estado de salud y una menor necesidad de asistencias sanitarias especialmente al grupo de riesgo cardiovascular, generando una reducción de las consultas ambulatorias innecesarias y de la tasa de urgencias y por ende una reducción de la tasa de hospitalización de los usuarios adheridos.

El programa de incentivos planeado y el modelo mismo, permite a los usuarios impactados mantenerse afiliados a la Organización y por ende reducir la deserción a causa de un incremento de la percepción de Valor del producto adquirido.

Incorporando el modelo propuesto al direccionamiento estratégico de la Organización y a la oferta de valor, se contribuye a la atracción de nuevos clientes con el perfil deseado que ayude a diluir el riesgo financiero actual por la carga de la enfermedad asociada al perfil demográfico y caracterización actuales.

Adicionalmente, el modelo presenta una alternativa al sistema de salud y aporte a la sociedad, dado que propone tres componentes innovadores para el contexto del sector en Colombia:

- Realizar una demanda inducida selectiva a partir de test digitales preestablecidos e individualizados de acuerdo a los riesgos universales e individuales de cada persona, además de la atención virtual de dicha demanda inducida.
- La incorporación de estatus, premios y reconocimientos que promueven la adopción de estilos de vida saludable, el autocuidado y la adherencia, incluyendo en su máximo nivel la posibilidad de reducción de la prima de afiliación, lo cual contribuye a mejorar la cultura del autocuidado y rompe el paradigma que las medicinas prepagadas que se caracterizan principalmente por ofrecer acceso directo a especialidades y “hotelería” hospitalaria, caracterizándose principalmente por modelos asistencialistas y reactivos enfocados al tratamiento de las enfermedades.
- La intervención interdisciplinaria para afiliados de alto riesgo a partir de una consulta multidisciplinaria, como una actividad costo efectiva para el sistema de salud y en donde el usuario no solo es el centro de la atención, sino que hace parte de las decisiones sobre su salud.

Con base en lo anterior concluimos que la propuesta para un plan de mejoramiento del modelo de gestión del riesgo cumple con los objetivos sugeridos de la cuádruple meta en el marco del aseguramiento voluntario para una empresa de Medicina Prepagada en Colombia con un ROI positivo (1,6) además de los beneficios en afiliación y participación en el mercado, aportando de manera significativa la sostenibilidad de la empresa.

6. Referencias

- Abe, M., & Abe, H. (2019). Lifestyle medicine – An evidence based approach to nutrition, sleep, physical activity, and stress management on health and chronic illness. *Personalized Medicine Universe*, 8, 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.pmu.2019.05.002>
- Alessa, T., Abdi, S., Hawley, M. S., & Witte, L. de. (2018). Mobile apps to support the self-management of hypertension: Systematic review of effectiveness, usability, and user satisfaction. *Journal of Medical Internet Research*, 20(7). <https://doi.org/10.2196/10723>
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Bhattarai, P., Newton-John, T. R. O., & Phillips, J. L. (2018). Quality and usability of arthritic pain self-management apps for older adults: A systematic review. *Pain Medicine (United States)*, 19(3), 471–484. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx090>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim : Care of the Patient. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>.Center
- Chopra, M., Galbraith, S., & Darnton-Hill, I. (2002). A global response to a global problem: The epidemic of overnutrition. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 952–958.
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2018). *Enfermedad renal crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus*. https://cuentadealtocosto.org/site/images/Situación_de_la_Enfermedad_Renal_Crónica_en_Colombia_2015.pdf
- Lomotey, R. K., Mulder, K., Nilson, J., Schachter, C., Wittmeier, K., & Deters, R. (2014). Mobile self-management guide for young men with mild hemophilia in cases of minor

injuries. *Network Modeling Analysis in Health Informatics and Bioinformatics*, 3(1).

<https://doi.org/10.1007/s13721-014-0064-z>

M., L. (1974). A new perspective on the health of Canadians. *AARN news letter*, 32(6), 1–5.

MSPS. (2012). *Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021*. 2012–2021.

MSPS. (2018a). *Estructura del gasto en Salud Pública en Colombia*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/estructura-gasto-salud-publica-colombia.pdf>

MSPS. (2018b). Gestión integral del riesgo en salud. Perspectiva desde el aseguramiento en el

contexto de la Política de Atención Integral en Salud. *Lineamientos de Política para el*

Mercado de Aseguramiento en Salud en Colombia., 1–17. [https://doi.org/10.1016/S1134-](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74756-0)

[282X\(08\)74756-0](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74756-0)

Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, J. M.

(2018). *Adherencia terapéutica : un problema de atención médica*. (3), 226–232.

Whittington, J. W., Nolan, K., Lewis, N., & Torres, T. (2015). Pursuing the Triple Aim: The

First 7 Years. *Milbank Quarterly*, 93(2), 263–300. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12122>

World Health Organization. (1998). Promoción de la Salud: Glosario. *Ministerio de Sanidad y*

Consumo, 36.

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

World Health Organization. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la

acción. *Ginebra: 2004*.

Lianov L, Johnson M. Physician competencies for prescribing lifestyle medicine.

JAMA 2010;304:202–3.

7. Anexos

Anexo A

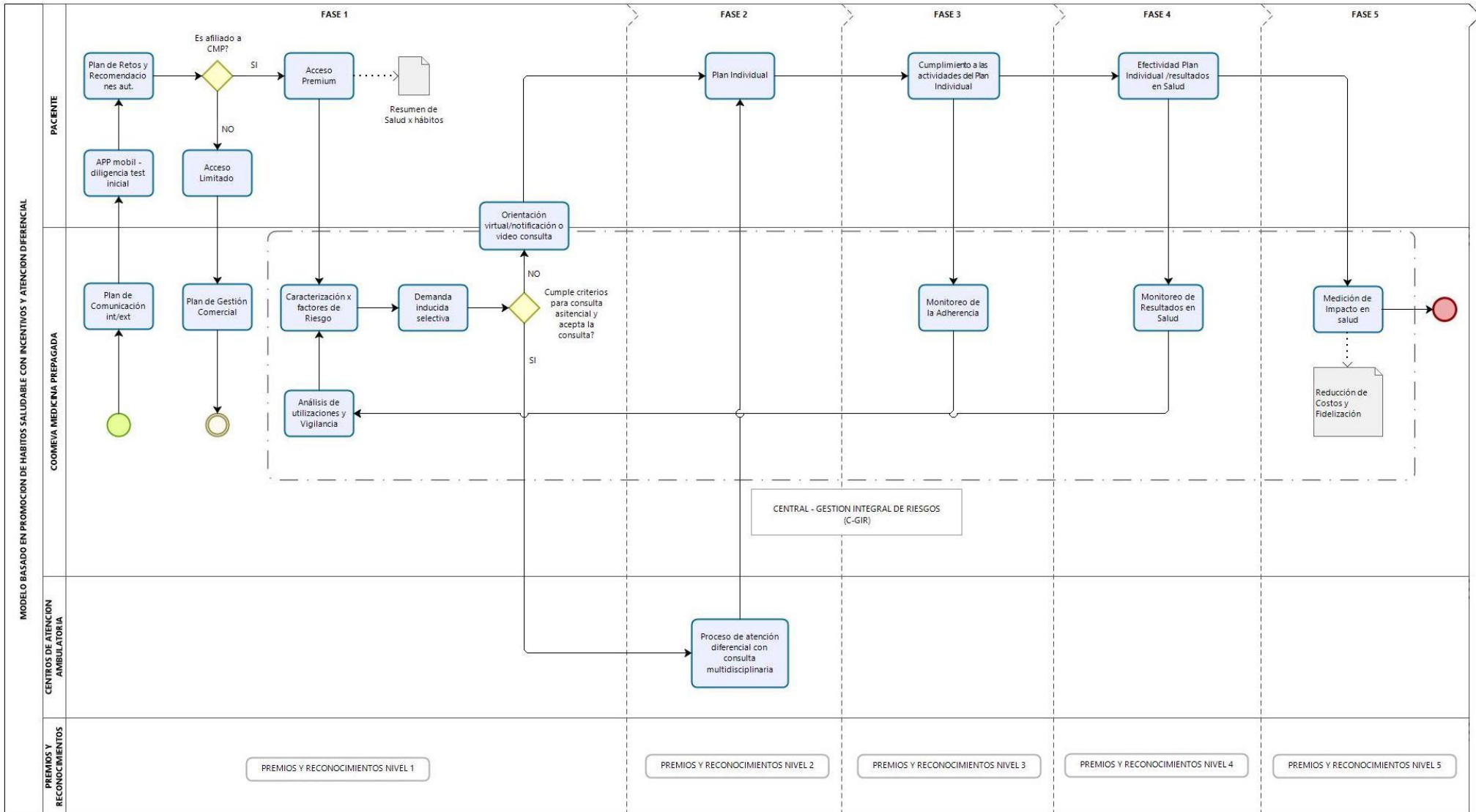
Información financiera de Empresas de Medicina Prepagada

CÓDIGO FINANCIERO	DENOMINACIÓN FINANCIERA	COLMÉDICA (EMP)		COLSANITAS (EMP)		COOMEVA (EMP Y SAP)	
1	ACTIVOS	525,187,910,176	100%	1,055,618,189,831	100%	324,270,045,857	100%
2	PASIVOS	353,214,079,236	67%	578,197,373,260	55%	261,203,212,144	81%
3	PATRIMONIO	171,973,830,940	33%	477,420,816,571	45%	63,066,833,713	19%
4	INGRESOS	860,895,431,571	100%	1,677,733,413,238	100%	793,099,028,208	100%
5	GASTOS	292,891,539,241	34%	569,587,648,590	34%	202,523,960,767	26%
560101	UTILIDAD DEL EJERCICIO	99,710,046,072	11.6%	172,413,558,826	10.3%	21,316,050,178	2.7%
56010104	EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA EMP	99,710,046,072	11.6%	172,413,558,826	10.3%	18,932,253,761	2.4%
56010105	SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADO SAP	0	0.0%	0	0.0%	2,383,796,417	0.3%
6	COSTOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD	568,003,892,330	66%	1,108,145,764,648	66%	590,575,067,441	74%

Fuente: Elaboración de autores a partir de la Información reportada por las Empresas de Medicina Prepagada a la Superintendencia Nacional a corte 31 dic 2019.

Anexo B

Fases del modelo de gestión de riesgo



Anexo C

Guion atención consulta del profesional médico

- Buenos días/tardes señor(a) XXX, me complace atenderlo el día de hoy.
- Mi nombre es XXX, seré su médico de cabecera en este programa
- ¿Ha leído el consentimiento informado y la autorización para el tratamiento de datos personales, y desea que continuemos con la consulta o tiene alguna inquietud que quiera que resolvamos previamente?
 - ❖ *El profesional de la salud resuelve las inquietudes y hace anotación en la Historia Clínica, si el paciente no desea continuar, lo anota en la HC y orienta al paciente para que solicite citas por vías presenciales.*
- Señor(a) XXX, viendo el resumen de la información que diligenció en LA APLICACION vamos a profundizar en esta consulta, entre otras cosas, algunos aspectos de sus hábitos de vida para complementar las recomendaciones realizadas, ¿está de acuerdo?
 - ❖ *Profesional Medico continua con la atención de la consulta, si el profesional identifica que el paciente cumple con los requisitos para enviar a consulta presencial o multidisciplinaria explica y oriente al paciente de la consulta de acuerdo con el protocolo definido para este tipo de remisión*
- Señor(a) XXX recuerde por favor agendar la próxima cita para dentro de XXX días y/o gestionar los servicios solicitados.
- Fue un gusto atenderlo el día de hoy, recuerde que para Nosotros **¡su salud y su bienestar son nuestra prioridad!** Que tenga un excelente día.

Anexo D
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO
DE DATOS PERSONALES
ATENCION POR VIDEOCONSULTA

Yo, _____ identificado con cédula de ciudadanía número: _____ he solicitado la atención por video consulta de manera libre, voluntaria y consiente con el Doctor(a) _____, y manifiesto que se me ha informado lo siguiente:

- La atención por video consulta tiene limitaciones inherentes a la imposibilidad de realizar un examen físico durante la valoración y tiene como alcance proporcionar información, consejería y asesoría respecto a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en caso de ser necesario.
- Que en caso que durante la video consulta, el médico determine que por mi condición de salud debo ser valorado de manera prioritaria presencialmente, y deba ser remitido a un servicio de mayor complejidad, asumo la responsabilidad de asistir al centro médico que me sea indicado.
- Que el médico que realiza la video consulta velará por la seguridad y confidencialidad de la información registrada en mi historia clínica, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 y realizará el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley 1581 de 2012, sus normas reglamentarias y las demás disposiciones que la modifiquen o la sustituyan.
- Que de acuerdo al decreto 538 del 12 de abril del 2020 podré enviar la imagen de este documento firmado dando mi consentimiento y que cuando esto no sea posible, el médico podrá dejar constancia en la historia clínica de la situación, de la información brindada sobre el alcance de la atención y de la aceptación del acto asistencial de mi parte.

Finalmente, manifiesto que me han aclarado las dudas que me han surgido en el proceso de atención.

Dicho lo anterior, doy mi autorización para la realización de la video consulta y adicionalmente autorizo el tratamiento de mis datos personales de acuerdo a la ley 1581 de 2012, sus normas reglamentarias y las demás disposiciones que la modifiquen o la sustituyan.

Para constancia de mi autorización, este documento se firma a los ____ días del mes de _____ del año 20____, desde la ciudad de _____.

Firma y cédula

Anexo E

Guion para promover la Consulta Multidisciplinaria desde la videoconsulta

- Señor/a (nombre del usuario), revisando su historia clínica, me interesa que tengamos un manejo complementario a través de un grupo de profesionales para organizar un plan de intervención y así poder mejorar su condición de salud actual.
- Esta cita tiene un tiempo aproximado de una hora y no le generará ningún costo.
- ¿Estaría interesado?
 - ❖ *SI no está interesado, el seguimiento y monitoreo se debe realizar de manera individual integrando la atención con los demás profesionales.*
 - ❖ *SI está interesado, envía los datos del paciente a la central de agendamiento para que acuerden con el paciente la fecha de la consulta*
- Muchas gracias señor/señora (nombre del usuario).. Espero que juntos podamos lograr los mejores resultados para su salud, recuerde que para Nosotros **¡su salud y su bienestar son nuestra prioridad!** Que tenga un excelente día

Anexo F

Guion para la Atención de la Consulta Multidisciplinaria

- Buenos días/tardes, bienvenido.
 - ❖ **Si es el médico:**
- Mi nombre es XXX soy el médico que liderará la consulta del día de hoy por favor pase con la auxiliar de enfermería quien tomará unos datos y unas mediciones para hacer la consulta Multidisciplinaria.
 - ❖ **Si es la auxiliar de enfermería:**
- Mi nombre es XXX, soy su auxiliar de enfermería por favor pase.
- En estos 15 minutos tomaré unos datos y unas mediciones para que luego pase a la consulta Multidisciplinaria.
 - ❖ **Al terminar la toma de signos vitales la auxiliar de enfermería direcciona al paciente al equipo multidisciplinario y lo presenta**
 - ❖ **El médico le da la bienvenida a la consulta:**
- Buenos días/tardes.
- Este es el equipo de profesionales (los presenta) con el que hoy en conjunto con usted queremos trabajar para definir un plan de intervención que se adecue a su estado de salud y estilo de vida.
- Al final de la consulta le explicaremos el tratamiento a seguir.
 - ❖ **Cada profesional inicia el proceso de aclarar las inquietudes del paciente según su enfoque. Coordinando con los demás profesionales los alcances del plan**
- Señor/a recuerde que con base en el plan, le estaremos llamando para agendar las citas de seguimiento.
- Muchas gracias señor/a (nombre del usuario). Esperamos que juntos podamos lograr los mejores resultados para su salud, recuerde que para Nosotros **¡su salud y su bienestar son nuestra prioridad!** Que tenga un excelente día