

**MODELO DE CONTRATACION RENTABLE EN LAS PATOLOGIAS
HOSPITALARIAS EVITABLES EN EL PACIENTE AGUDO DEL ASEGURAMIENTO
VOLUNTARIO**

**DIANA MARIA DUARTE ORTEGA
MARIA CATALINA NARVAEZ BENAVIDES**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD
SANTIAGO DE CALI**

2021

**MODELO DE CONTRATACION RENTABLE EN LAS PATOLOGIAS
HOSPITALARIAS EVITABLES EN EL PACIENTE AGUDO DEL ASEGURAMIENTO
VOLUNTARIO**

**DIANA MARIA DUARTE ORTEGA
MARIA CATALINA NARVAEZ BENAVIDES**

**Trabajo de grado presentado para optar por el título de: MAGÍSTER EN GERENCIA DE
ORGANIZACIONES DE SALUD**

Director del trabajo de grado:

Eduardo Dueñas Manosalva

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD
SANTIAGO DE CALI**

2021.

Santiago de Cali, 22 diciembre de 2021.

Doctor:

SILVIO BORRERO CALDAS.

Decano Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Santiago de Cali.

Respetado Dr. Borrero, cordial saludo:

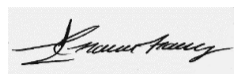
Nos permitimos hacerle entrega del Trabajo de Grado para optar por el título de Magister en Gerencia de Organizaciones de Salud y cuyo título es: “MODELO DE CONTRATACION RENTABLE EN LAS PATOLOGIAS HOSPITALARIAS EVITABLES EN EL PACIENTE AGUDO DEL ASEGURAMIENTO VOLUNTARIO” Esperamos que el Trabajo de Grado cumpla a cabalidad con los requisitos académicos que exige la Universidad y que agregue valor a los públicos de interés interesados en el tema objeto de este.

Atentamente,



Diana Maria Duarte Ortega

CC No. 38.566.054.



Maria Catalina Narvaez Benavides

CC No.36.753.094

Santiago de Cali, diciembre 15 del 2021

Doctor:

Silvio Borrero Caldas

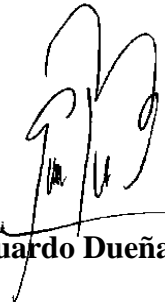
Decano Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

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 contratación rentable en las patologías hospitalarias evitables en el paciente agudo del aseguramiento voluntario”, realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana Diana María Duarte Ortega con cédula 38.566.054 y Maria Catalina Narvaez Benavidez con cédula 36.753.094, y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

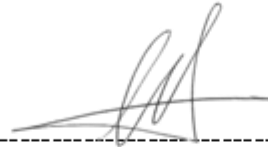
Atentamente



Eduardo Dueñas Manosalva

Director trabajo de grado.

“Modelo de contratación Rentable en las patologías hospitalarias evitables en el paciente agudo del aseguramiento voluntario” Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones en Salud.



Silvio Borrero Caldas
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



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



Jorge Ivan Ortiz
Jurado



Eduardo Dueñas Manosalva
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 27 de enero de 2022.

Dedicatoria:

Para nuestros seres amados quienes nos apoyaron en todo este proceso, quienes, con su presencia, su infinita paciencia, acompañamiento en nuestras largas jornadas, amor incondicional, espera y sacrificio, y sobre todo su confianza en nosotras ... materializaron un sueño que hoy se transforma en una realidad.

ARTÍCULO 23 de la Resolución No. 13 de julio 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 las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”

Glosario de Términos

A continuación, describimos una serie de términos que se consideran claves para entender la propuesta del modelo de contratación rentable en las patologías hospitalarias evitables en el paciente agudo, de la empresa de aseguramiento voluntario utilizada en la investigación.

Atributo de Calidad en Salud: Característica del “deber ser” de un producto o de un servicio, que permite calificarlo como bueno, los atributos de calidad son:

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia científica probada para disminuir el riesgo de un evento adverso o sus consecuencias.

Pertinencia: Es la obtención de un servicio requerido de acuerdo con la evidencia científica y con un efecto secundario menor que el beneficio potencial.

Continuidad: Labores administrativas que garanticen la autorización de hospitalizaciones domiciliarias con todos los ordenamientos médicos por concepto de hospitalización inicial hasta por máximo de diez días.

Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

Auditor Par: Médico especialista que audita casos específicos, actos técnicos o administrativos ejecutados por personas de su misma profesión y especialidad.

Calidad en la Atención en Salud: Es la provisión de servicios de salud a usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa a un nivel profesional óptimo con un balance entre riesgos y costos que generen satisfacción y adhesión de los usuarios.

Equipo gestión de riesgo hospitalario: Grupo de colaboradores de Coomeva que está conformado por uno o varios auditores concurrentes hospitalarios (as), médicos (as) enfermeros (as) auditoras y auxiliares de salud, los cuales están ubicados en la institución hospitalaria. El equipo de gestión concurrente hospitalaria puede estar a cargo de una o más instituciones hospitalarias.

Equipo gestión de cuentas médicas: Grupo de colaboradores de Coomeva que está conformado por uno o varios enfermeros (as), auxiliares de cuentas médicas, los cuales pueden estar ubicados en las oficinas administrativas de Coomeva donde se reciben y validan las facturas de las instituciones hospitalarias.

Estancia: Conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento, disponibles para la atención hospitalaria del paciente durante veinticuatro horas o más.

Evento Adverso: Daño no intencional causado al paciente como resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado a error.

Fonosalud: Es el grupo de auditoría que genera la autorización telefónica a las IPS que solicitan los servicios de hospitalización y ayudas diagnósticas nivel 2 dentro de la urgencia y hospitalización de usuarios a usuarios de Coomeva medicina prepagada.

Internación: Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considera atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencias. Para la utilización de este servicio debe existir la respectiva remisión del profesional médico.

Medicina basada en la evidencia: Método científico de validación y de aplicación objetiva del conocimiento profesional que sirve como referente objetivo para la toma de decisiones clínicas.

NAP: Es el número de autorización provisional que genera fono salud a usuarios comunes que al momento del ingreso no tienen derecho contractual con Medicina Prepagada. Este código se genera por solicitud de la IPS y por el equipo de gestión concurrente hospitalaria ante una solicitud de internación por parte de un prestador.

Orden de Servicio: Documento físico o electrónico expedido por Coomeva en el cual se autoriza a un prestador a entregar un servicio a un afiliado en el marco contractual del programa de prestación de servicios de Coomeva Medicina Prepagada.

Prestador: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los profesionales de salud que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados.

Protocolo de Revisión de la Utilización (PRU): Herramienta de auditoría médica para la detección de inadecuaciones de uso y estancia hospitalaria de pacientes de Coomeva Medicina Prepagada.

Racionalidad Técnico-Científica: Atributo de calidad de la atención en salud aplicable a los actos en los que para definir un diagnóstico o para tomar decisiones clínicas, se hace un uso lógico, documentado y con base en la evidencia clínica del conocimiento disponible.

SAMC: Aplicativo de Auditoría Médica Concurrente.

Unidad de Cuidados Intensivos, UCI: ‘La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio para la atención de pacientes adultos o niños críticamente enfermos, recuperables con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica: electrocardiografía, monitoria cardioscópica y de presión arterial, respiradores de presión y de volumen, gasimetría, oximetría, estimulación eléctrica intracardiaca, marcapasos temporales y definitivos, y equipos de desfibrilación, nebulizadores y otros.

Validación: Confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.

Verificación: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

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.

Atención en Salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorear o restaurar la salud.

Autocuidado: Observancia particular y determinada que una persona hace para sí misma de un conjunto de principios, recomendaciones y precauciones, destinadas a conservar la salud, incluyendo la promoción de la salud sexual, la prevención de la infección por VIH y la minimización de las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que causa la misma.

Cohorte: Conjunto de individuos de una población que han vivido una misma experiencia o que presentan un conjunto de criterios comunes y que forman parte de una observación epidemiológica.

Comorbilidad: Se denomina así a las afecciones que vienen a agregarse a la enfermedad primaria.

Cuenta de Alto Costo (CAC): Organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia creado mediante el Decreto 2699 de 2007 que obliga a las EPS de ambos regímenes y demás EOC (Entidades Obligadas a Compensar) a asociarse para abordar el Alto Costo y opera como un Fondo autogestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo.

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.

Detección Temprana: Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad o muerte.

Educación en salud: Son las acciones que se desarrollan con el objetivo de mejorar las habilidades y competencias de los profesionales y de los afiliados para promover estilos de vida saludable y comportamientos que contribuyan a la corresponsabilidad y al control de sus riesgos y a la promoción de comportamientos saludables en su familia y en comunidad.

Enfermedad Cardiovascular: Todo tipo de enfermedades relacionadas con el corazón o los vasos sanguíneos, (arterias y venas), que nos son transmisibles y es una de las principales causas de muerte a nivel mundial

Estilos de vida saludable: hábito de vida o forma de vida que hace referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianos que realizan las personas los cuales no afectan la salud, mejoran la calidad de vida y contribuyen a generar factores protectores.

Modalidad de contratación: Es el procedimiento mediante el cual la entidad estatal contrata directamente con una persona natural o jurídica, la prestación de servicios profesionales, la prestación de servicios de apoyo a la gestión o la adquisición de un bien o servicio.

Pago por evento: Modalidad mediante la cual un asegurado paga o reconoce a la IPS o al proveedor una tarifa diferencial para la atención de actividades o procedimientos específicos en salud.

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 estará sujeto a ajustes de acuerdo a la evaluación posterior de los procesos de validación y comportamiento poblacional.

Pago Fijo Global Prospectivo: Constituye una modalidad de contratación y pago de servicios de salud intermedio entre la capitación y el pago por evento, en esta modalidad de pago 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. Esta suma incluye tanto los episodios de exacerbación como los episodios programados a nivel ambulatorio u hospitalario que sean necesarios para un manejo adecuado de las patologías definidas en la cobertura; es decir, se integran los diferentes escenarios de atención (urgencias, hospitalización, consulta, ayudas Da, etc.) eliminando o reduciendo la fragmentación de la atención en salud. Incluye también la generación de autorizaciones, auditorías previas, remisiones, etc.

Pago por Paquete Integral: Esta forma 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.

Pago de Prestación de Servicios: En este sistema el profesional (persona natural) recibe una remuneración fija por el conjunto de actividades que desempeñe en un período de tiempo dado.

Hospitalizaciones evitables: Son los problemas de salud que si son tratados de manera integral y oportuna en el nivel de baja complejidad tiene poca probabilidad de llegar a hospitalización.

Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	21
Introducción	23
1. Marco Teórico	32
1.1 Panorama universal de las hospitalizaciones potencialmente evitables.	32
1.2 Modelos de contratación en Colombia	37
1.3 Situación de las Hospitalizaciones potencialmente evitable desde el aseguramiento voluntario	42
1.4 Clasificación de patologías potencialmente evitables en Colombia.	43
1.5 Ubicación	45
1.6 Quien es Coomeva Medicina	47
1.6.1 Coomeva Medicina Prepagada	47
1.6.2 Misión	48
1.6.3 Visión	48
1.6.4 Modelo de Negocio	48
1.6.5 Propuesta de valor	48
1.6.6 Política de Calidad	49
1.6.7 Objetivos de calidad	49

1.6.8	Valores	49
1.6.9	Objetivos estratégicos	50
1.6.10	Pirámide Poblacional	51
1.6.11	Caracterización de estructura Poblacional	52
1.6.12	Red de prestadores Coomeva Medicina Prepagada	52
1.6.13	Distribución de prestadores a nivel nacional.	53
1.7	Matriz DOFA	54
1.8	Marco Normativo.	56
2.	Objetivos	63
2.1	Objetivo general	63
2.2	Objetivos Específicos	63
3.	Metodología	64
3.1	Tipo de estudio	64
3.2	Población objeto	69
3.3	Modelo de contratación	70
3.4	Exclusiones	74
4.	Resultados	77
5.	Conclusión	79
6.	Referencias Bibliográficas	82

Lista de Cuadros

	Pág.
Cuadro 1. Enfermedades del sistema urinario	28
Cuadro 2. Grupos de edad	35
Cuadro 3. Modalidades de pagos	42
Cuadro 4. Clasificacion	44
Cuadro 5. Matriz	54
Cuadro 6. Costos por periodo	66
Cuadro 7. Facturacion clínica	66
Cuadro 8. Medicina Prepagada	67
Cuadro 9. Diagnosticos	68
Cuadro 10. Diagnostico	68
Cuadro 11. Infeccion tracto urinario	72
Cuadro 12. Indicadores contractuales	74
Cuadro 13. Indicadores seguimiento	76

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Promedio días de estancia hospitalaria Coomeva Medicina Prepagada	27
Figura 2. Tasa Hospitalizacion	46
Figura 3. Coomeva	47
Figura 4. Objetivos estratégicos	50
Figura 5. Pirámide poblacional Coomeva Medicina Prepagada	51
Figura 6. Gestion de años	52
Figura 7. Prestadores regional	53
Figura 8. Piramide	69
Figura 9. Flujograma modelo de operación.	75

Resumen

La vida y más en el año 2020 con el inicio de pandemia, demostró de manera tangible que nada es estático, y que todos deben estar preparados al cambio y mantenerse actualizados, ser innovadores y propositivos al mejoramiento continuo.

La salud en Colombia ha tenido avances en el sistema de salud que ha permitido un acceso universal de los usuarios al sistema general de seguridad social en salud SGSSS, a través del aseguramiento obligatorio obteniendo una cobertura del 97.78% al cierre del 2020 según cifras del DANE.

A si mismo la población colombiana cuenta con un aseguramiento voluntario que permite obtener un conjunto de beneficios extras con financiación diferente a una cotización obligatoria.

El enfoque de este trabajo de grado busca profundizar sobre los modelos de atención enmarcados en el aseguramiento voluntario para mejorar la calidad y la seguridad de la atención.

Por esta razón nace la necesidad de hacer un mapeo del comportamiento de las patologías evitables, que brinda información sobre su manejo, el impacto en la situación actual de salud y como el control de ellas repercute directamente en los costos hospitalarios, en la excelencia del servicio, la disminución de la siniestralidad, abriendo la puerta para un análisis que permite unir formas de contratación y atención integral para el manejo de las hospitalizaciones agudas potencialmente evitables.

Abstract

Life, and more so in the year 2020 with the onset of the pandemic, tangibly demonstrated that nothing is static, and that everyone must be prepared to change and keep updated, be innovative and proactive to continuous improvement.

Health in Colombia has had advances in the health system that has allowed universal access of users to the general social security system in health SGSSS, through the mandatory insurance obtaining a coverage of 97.78% at the end of 2020 according to DANE figures.

At the same time, the Colombian population has a voluntary insurance that allows obtaining a set of extra benefits with financing different from a mandatory contribution.

The focus of this degree work seeks to deepen on the models of care framed in the voluntary insurance to improve the quality and safety of care.

For this reason, there is a need to map the behavior of avoidable pathologies that provides information on how they are managed, their impact on the current health situation and how their control has a direct impact on hospital costs, on the excellence of the service, on the reduction of the accident rate, opening the door to an analysis that allows joining forms of contracting and comprehensive care for the management of potentially avoidable acute hospitalizations.

Introducción

Las hospitalizaciones evitables actualmente se han convertido en el foco de trabajo de la gestión del riesgo en salud, la cual hace parte de la política de atención integral de salud del año 2016, bajo la gobernanza del ministro Alejandro Gaviria Uribe, que busca mediante la interacción de los diferentes actores del sistema lograr la captación, medición, e intervención de los riesgos de la población buscando resultados en salud y mejora en la calidad de vida de manera integral, donde se involucra aspectos sociales, medio ambientales y económicos.

Por consiguiente, la materialización de la política de atención integral en salud se realiza a través del MIAS que busca mejores resultados en salud y que interviene como el hilo conductor articulando las intervenciones sobre la población y los diferentes agentes del sistema.

Teniendo conocimiento de ello se priorizan las hospitalizaciones potencialmente evitables por el impacto en salud que su no control genera y se crea la estrategia con un modelo de atención integral por medio de un contrato diferencial.

La alta incidencia de las hospitalizaciones potencialmente evitables ha generado la implementación de estudios a nivel mundial, con diversas metodologías de análisis entre las que se destacan las descritas por: “Amplias variaciones sistemáticas en hospitalizaciones potencialmente evitables en pacientes crónicos: estudio ecológico sobre zonas básicas de salud y áreas sanitarias”. (Angulo-Pueyo et al., 2021) En los primeros trabajos llevados a cabo en Estado Unidos de América se identificó que los factores económicos, sociales, culturales eran los inductores de hospitalizaciones potencialmente evitables, en una segunda instancia esta mentalidad cambio y la conclusión inicial fue que el problema base era la falta en la integralidad de la atención, desde el nivel primario hasta el de mayor nivel de complejidad. El estudio

caracterizo la población entre rangos etarios donde se subclasifica el riesgo entre un riesgo alto y un riesgo bajo y luego se incluyen variables como el género y las condiciones clínicas. Se identifico que las hospitalizaciones potencialmente evitables como se esperaba fueron más comunes en los usuarios con más de 80 años de edad.

Las patologías como la insuficiencia cardiaca congestiva, cardiomiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica fueron más comunes en hombres que en mujeres.

Lo anterior mostro mucha dispersión en los datos lo que no fue concluyente para establecer que podría generar hospitalizaciones potencialmente evitables, lo que llevo al grupo de estudio a replantear la hipótesis especificando que la mayor causa de patologías potencialmente evitables se suscita por problemas relacionados con la atención del nivel básico o primario. Además, se evidencio el mal uso de los recursos económicos generados en el ambiente hospitalario que deberían ser derivados a un ambiente ambulatorio.

Es determinante el valor del nivel básico de atención y la importancia del manejo de los sistemas de información aplicados a las historias clínicas y los indicadores de gestión, lo cual facilita la gestión de control y de salud de los usuarios.

Actualmente en Colombia la resolución 866 de junio de 2021 reglamenta el conjunto de elementos en los registros clínicos para la interoperabilidad de la historia clínica, con la digitalización de este documento en cualquier nivel de complejidad es de gran importancia para el control de hospitalizaciones potencialmente evitables. Este tipo de vigilancia permite analizar lo que no es fácil de medir de manera tangible, como el impacto del accionar del acto médico y como este influye en mantener sano o enfermo a una cohorte, reflejándose en resultados positivos y en el estado de salud asi como la prevención de la enfermedad.

El uso de los registros digitalizados que alimentan las bases de información, permite la captación del dato en tiempo real que agiliza la toma de decisiones de manera temprana mitigando los riesgos potenciales.

La virtualidad permite abarcar mayor población logrando el acceso a los diferentes servicios de salud con oportunidad, fácil acceso a la consulta médica básica, especializada, el reporte de laboratorios y ayudas diagnosticas, lo que facilita la intervención ágil del paciente, para la captación oportuna de usuarios con diagnósticos que puedan terminar en hospitalizaciones evitables, según lo descrito por(Evans, 2016) ; describe la importancia en el manejo y perspectiva proyectada en los próximos 25 años, estableciendo los puntos de control en el manejo y la evaluación de los registros clínicos incluidos en la historia clínica virtual y su interoperabilidad con los actores de los sistemas de salud.

No obstante, la gestión de riesgo en salud es una estrategia que permite el diagnóstico temprano de enfermedades, disminuir el impacto de patologías crónicas y evitar eventos prevenibles, esto permite caracterizar poblaciones y definir los modelos de atención, contribuyendo a la planeación en salud acorde con la situación del territorio donde se encuentre la población afiliada, orientando las estrategias de intervención para producir efectos positivos en salud.

En Coomeva Medicina prepagada se clasifica la población como usuarios en riesgo potencial, crónico y multicronicos, analizando su distribución por edad, regional y diagnósticos más frecuentes. Con lo anterior se priorizan los grupos de gestión: cardiovascular, respiratorio, salud mental y osteomuscular.

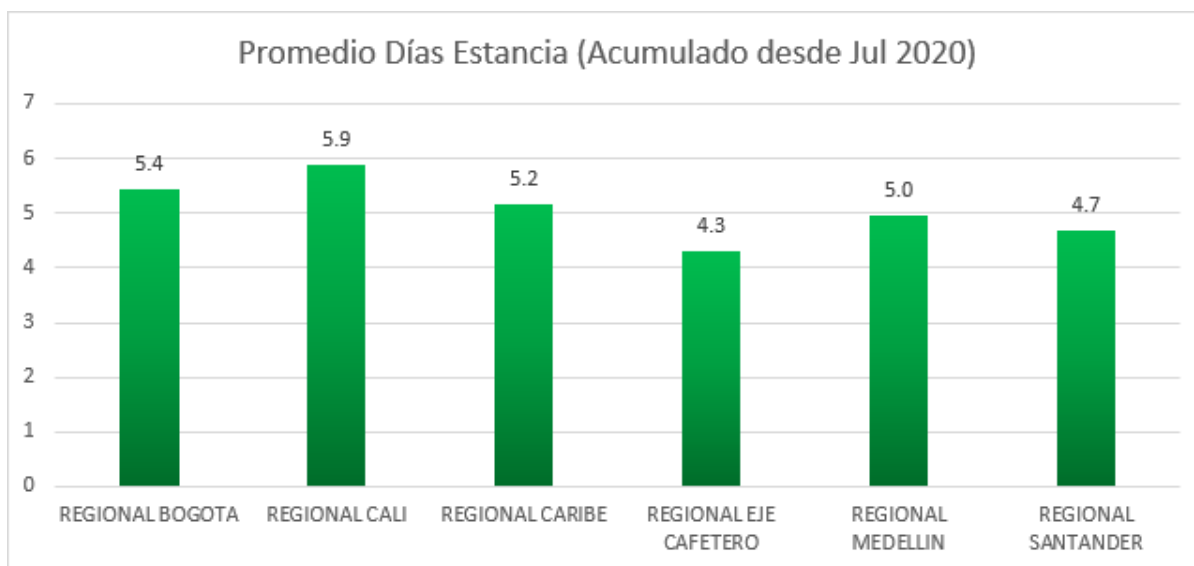
Estos son los grupos de intervención de las patologías crónicas y de las complicaciones derivadas de las mismas, dejando por fuera las patologías de comportamiento agudo que son el foco de intervención de este trabajo de estudio.

Los registros de las hospitalizaciones en Coomeva Medicina prepagada a nivel nacional, para el periodo comprendido desde julio 2020 hasta noviembre 2021 reportan las siguientes patologías, que presentan el mayor número de días de estancia hospitalaria así: celulitis de otras partes de los miembros, enfermedad diarreica aguda, fiebre del dengue, fiebre no especificada, infección de las vías respiratorias inferiores, infección de vías urinarias, lumbago con ciática, donde se concentra el mayor costo medico en las patologías del tracto urinario:

La celulitis con un costo de \$445.342.422, Diarrea Aguda: \$1.338.286.713, fiebre del dengue: \$163.500.342, fiebre no especificada: \$71.231.975, infección de las vías respiratorias inferiores \$1526.078.187, infección de vías urinarias **\$3.943.258.808**., lumbago con ciática \$378.335.422, El costo de las Infecciones del tracto urinario para el periodo de enero 2020 a noviembre de 2021 en la regional Suroccidente fue de \$1.617.442.592, para un total de 975 ordenes medicas de atenciones en clínica Imbanaco para este periodo, es por ello que se prioriza esta patología como foco de intervención para este estudio.

Figura 1.

Promedio días de estancia hospitalaria Coomeva Medicina Prepagada



Fuente: Presmed MP. Noviembre 2021.

Para este análisis se tuvo en cuenta los códigos del CIE-10 relacionados con las infecciones del tracto urinario. Se valida su comportamiento con el listado de diagnósticos de la población propia de un asegurador voluntario en Colombia.

Se tuvieron en cuenta los códigos entre el N 30 – N 39.9 del CIE-10 para el análisis de la información.

Cuadro 1.*Enfermedades del sistema urinario*

CODIGO CIE-10 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO
N30 Cistitis
N30.0 Cistitis aguda
N30.00 Cistitis aguda sin hematuria
N30.01 Cistitis aguda con hematuria
N30.1 Cistitis intersticial (crónica)
N30.10 Cistitis intersticial (crónica) sin hematuria
N30.11 Cistitis intersticial (crónica) con hematuria
N30.2 Otros tipos de cistitis crónica
N30.20 Otros tipos de cistitis crónica sin hematuria
N30.21 Otros tipos de cistitis crónica con hematuria
N30.3 Trigonitis
N30.30 Trigonitis sin hematuria
N30.31 Trigonitis con hematuria
N30.4 Cistitis por radiación
N30.40 Cistitis por radiación sin hematuria
N30.41 Cistitis por radiación con hematuria
N30.8 Otras cistitis
N30.80 Otros tipos de cistitis sin hematuria
N30.81 Otros tipos de cistitis con hematuria
N30.9 Cistitis, no especificados
N30.90 Cistitis, no especificada, sin hematuria

N30.91 Cistitis, no especificada, con hematuria
N31 Disfunción neuromuscular de vejiga, no clasificada bajo otro concepto
N31.0 Vejiga neurógena no inhibida, no clasificada bajo otro concepto
N31.1 Vejiga neurógena hiperrefléxica, no clasificada bajo otro concepto
N31.2 Vejiga neurógena flácida, no clasificada bajo otro concepto
N31.8 Otros tipos de disfunción neuromuscular de vejiga
N31.9 Disfunción neuromuscular de vejiga, no especificada
N32 Otros trastornos de vejiga
N32.0 Obstrucción de cuello vesical
N32.1 Fístula vesicointestinal
N32.2 Fístula vesical, no clasificada bajo otro concepto
N32.3 Divertículo de vejiga
N32.8 Otros trastornos especificados de vejiga
N32.81 Vejiga hiperactiva
N32.89 Otros trastornos especificados de vejiga
N32.9 Trastorno de vejiga, no especificado
N33 Trastornos de vejiga en enfermedades clasificadas bajo otro concepto
N34 Uretritis y síndrome uretral
N34.0 Absceso uretral
N34.1 Uretritis inespecífica
N34.2 Otras uretritis
N34.3 Síndrome uretral, no especificado
N35 Estenosis de uretra
N35.0 Estenosis postraumática de uretra
N35.01 Estenosis postraumática de uretra masculina

N35.010 Estenosis postraumática de uretra masculina, meatal
N35.011 Estenosis postraumática de uretra bulbar
N35.012 Estenosis postraumática de uretra membranosa
N35.013 Estenosis postraumática de uretra anterior
N35.014 Estenosis postraumática de uretra masculina, no especificados
N35.02 Estenosis de uretra postraumática, femenina
N35.021 Estenosis de uretra debida a parto
N35.028 Otros tipos de estenosis postraumática de uretra femenina
N35.1 Estenosis uretral posinfecciosa, no clasificada bajo otro concepto
N35.111 Estenosis uretral posinfecciosa, no clasificada bajo otro concepto, masculina, meatal
N35.113 Estenosis posinfecciosa de uretra membranosa no clasificada bajo otro concepto
N35.114 Estenosis posinfecciosa de uretra anterior, no clasificada bajo otro concepto
N35.119 Estenosis uretral posinfecciosa, no clasificada bajo otro concepto, masculina, no especificada
N35.12 Estenosis uretral posinfecciosa, no clasificada bajo otro concepto, femenina
N35.8 Otros tipos de estenosis uretral
N35.9 Estenosis uretral, no especificada
N36 Otros trastornos de uretra
N36.1 Divertículo uretral
N36.2 Carúncula uretral
N36.4 Trastornos funcionales y musculares de uretra
N36.41 Hipermovilidad de uretra
N36.42 Deficiencia intrínseca del esfínter (DIE)
N36.43 Hipermovilidad de uretra y deficiencia intrínseca del esfínter combinadas
N36.44 Trastornos musculares de uretra
N36.5 Vía uretral falsa

N36.8 Otros trastornos especificados de uretra
N36.9 Trastorno de uretra, no especificado
N37 Trastornos de uretra en enfermedades clasificadas bajo otro concepto
N39 Otros trastornos del aparato urinario
N39.0 Infección de tracto urinario, localización no especificada
N39.3 Incontinencia de esfuerzo (femenina) (masculina)
N39.4 Otros tipos especificados de incontinencia urinaria
N39.41 Incontinencia de urgencia
N39.42 Incontinencia sin percepción sensorial
N39.43 Goteo posmiccional
N39.44 Enuresis nocturna
N39.45 Fuga continua
N39.46 Incontinencia mixta
N39.49 Otros tipos especificados de incontinencia urinaria
N39.490 Incontinencia por rebosamiento
N39.498 Otros tipos especificados de incontinencia urinaria
N39.8 Otros trastornos especificados del aparato urinario
N39.9 Trastorno del aparato urinario, no especificado

Fuente: CIE-10 2020.

1. Marco Teórico

1.1 Panorama universal de las hospitalizaciones potencialmente evitables.

El control adecuado de las hospitalizaciones potencialmente evitables generan un impacto en la disminución de las tasas de ingreso a UCI, hospitalización y servicios de urgencias y manejo del costo lo que sirve para generar estrategias continuas de mejoramiento en la atención en Salud.

Según lo descrito por José Eduardo Calle, José Eduardo Calle, Pedro Parra (2006), Hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en la Región de Murcia los resultados son positivos en el manejo de patologías crónicas de origen cardiovascular y del sistema respiratorio en tanto a la capacidad resolutive en el ambiente hospitalario, pero no se identifica ningún estudio sobre el control de este tipo de patologías por un asegurador voluntario y su impacto sobre el costo médico, como una propuesta de valor que sean un referente e innovador en las modalidades contractuales actualmente implementadas en las estrategias de negociación.

Igualmente en las revisiones de estudios a nivel internacional en las bases bibliográficas se encuentran que las publicaciones más comunes sobre el tema han sido realizadas por los españoles seguido de Latinoamérica y Estados Unidos, donde se concentran conceptos de seguimiento en las patologías crónicas y el impacto en los costos hospitalarios y la débil integración en los modelos de atención entre la atención primaria y los niveles hospitalarios donde se identifican de manera tardía las hospitalizaciones por eventos prevenibles.

Evitar una hospitalización brinda la oportunidad de reducir costos en salud y mejorar tanto la calidad de vida del paciente como la del cuidador, es decir las condiciones sensibles al

cuidador ambulatorio que son aquellas hospitalizaciones y uso de servicios de extensión potencialmente evitables al prevenir la aparición de una enfermedad, al controlar episodios agudos, o al manejar efectivamente una condición crónica (*Freund T. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care–Sensitive Conditions Ann Fam Med 2013;363-370 Freund T. . et al. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. Family Practice, 2014, Vol. 31, No. 5, 502–516. van Loenen T*) (Eduardo Dueñas 2021).

Como lo define Salvador Peiró^{a,b}, Enrique Bernal-Delgado^{b,c} re Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios. La definición de hospitalizaciones evitables se empieza a escuchar en la década de los 80 por Billings como una solución para medir si la atención primaria era buena. Esto da pie a estudios en Estados Unidos y Europa; Según (Caminal Homar & Casanova Matutano, 2003). El país norteamericano marca una diferencia entre la gente que tiene acceso a los sistemas de salud según su estrato socioeconómico, mientras que en los países europeos se definió que lo que produce hospitalizaciones evitables era la mala calidad en la prestación de los servicios de salud. Pero no todo termino allí, otros estudiosos del tema informan que las hospitalizaciones evitables también tenían variables, tales como los criterios de ingresos de los hospitales, entre más estrictos era los criterios para ingresar, menor era la tasa de hospitalización evitable.

Como lo describen Eduardo Dueñas, Juan C. Hernandez (2021); La evitabilidad y la AI hacia la generación de valor en salud, este concepto es el medidor de la efectividad de los modelos de salud, es así como la eficacia y eficiencia en su implementación en el ambiente ambulatorio y su repercusión en la atención hospitalaria, reduce de manera imperativa los costos asociados a la no calidad, minimiza la estancia hospitalaria, disminuye los riesgo de eventos

adversos, y se constituye en una evaluación de seguimiento e intervención para los actores de los modelos de contratación y prestación de los servicios de salud, cabe resaltar que los usuarios son uno de los componentes de gran importancia para el logro de este objetivo, quienes deben aportar en el autocuidado, estilos de vida saludables y el cumplimiento de las atenciones dispuestas por los servicios de salud para evitar la materialización de complicaciones de patologías que pueden incurrir como una hospitalización potencialmente evitable.

¿Esto genera la pregunta que si las hospitalizaciones evitables eran realmente evitables? esta hipótesis genera un estudio experimental tipo ensayo clínico aleatorizado en los centros médicos de salud de los veteranos con 1396 registros, donde un grupo tuvo cuidados especiales y el otro grupo no, este estudio realmente no mostro algo significativo, solo que los pacientes con mayor cuidado se sentían mejor atendidos.

En Europa se documenta que las condiciones relacionadas con estas hospitalizaciones son atribuibles al acceso y la calidad de la atención primaria, además se demuestra que entre 2013 y 2015 se produjeron 439.878 ingresos por Hospitalizaciones potencialmente evitables, las tasas fueron 2/3 mayores en hombres que en mujeres, la tasa de admisiones en personas de más de 80 años fue de 2.8 veces mayor que la tasa entre los de 65 y 70 años (Grupo de ciencia de datos para la investigación en servicios y políticas sanitarias del instituto Aragonés de ciencias de la salud 2019.).

Vinculado a esto la atención primaria en salud es la base de ingreso y mantenimiento de la población en estado sano.

En Colombia no existe una reglamentación o una política de salud que especifique un modelo de atención primaria centrada en el fortalecimiento de los servicios que se derivan de

esta cobertura, permitiendo que los aseguradores de salud tengan el control o la libertad de priorizar las actividades de reforzamiento y contratación con las IPS básicas centradas o no en la minimización de las Hospitalizaciones potencialmente evitables.

Un papel predominante en la prevención de las HPE (Hospitalizaciones potencialmente evitables) es la integralidad de los servicios de salud, evitando la fragmentación de las atenciones en diferentes prestadores que generen inoportunidad en la prestación de los servicios, con consecuencias en el estado de salud de los usuarios.

En Colombia para el 2009 las tasas de hospitalizaciones potencialmente evitables, concentra el 21% de los egresos en los usuarios del régimen contributivo, incluye todas las E.A.P.B,(publications.iadb.org/publications/spanish/document/Serie-sobre-hospitalizaciones-evitables-y-fortalecimiento-de-la-atencion-primaria-en-salud-El-caso-de-Colombia.pdf).

La tasa de las hospitalizaciones potencialmente evitables por cada 10.000 afiliados según género, grupos de edad y régimen de afiliación presentan el siguiente comportamiento en Colombia para el año 2009.

Cuadro 2. Grupos de edad

Régimen / Género		Grupos de edad									Total
		< 1 año	1 - 4	5 - 14	15 - 29	30 - 44	45 - 59	60 - 69	70 - 79	80 y más	
Régimen contributivo											
Ambos géneros	Total de egresos	14.844,2	680,7	224,7	481,7	702,1	962,3	1.814,3	4.337,7	8.684,9	1.045,1
	Casos HECSAP	785,9	151,9	24,6	30,0	35,9	156,0	533,3	1.528,7	4.048,9	221,3
Femenino	Total de egresos	11.001,3	627,9	261,8	466,9	759,0	907,8	1.650,8	4.108,5	8.828,1	1.041,6
	Casos HECSAP	789,1	134,6	25,0	43,4	40,1	137,8	541,0	1.572,3	4.357,1	244,8
Masculino	Total de egresos	18.684,0	732,9	188,8	498,0	638,8	1.027,9	2.011,3	4.628,7	8.469,8	1.048,9
	Casos HECSAP	782,6	169,1	24,2	15,2	31,3	178,0	524,0	1.473,3	3.585,9	195,2
Régimen subsidiado											
Ambos géneros	Total de egresos	11.110,8	833,4	270,6	298,8	233,8	4.672,4	1.222,1	2.237,2	2.639,8	1.125,1
	Casos HECSAP	800,0	106,4	27,1	15,6	47,4	26,6	498,2	1.230,4	1.404,6	134,8
Femenino	Total de egresos	10.908,0	1.084,3	477,8	393,0	252,5	6.532,0	1.303,9	2.416,9	2.598,9	1.468,6
	Casos HECSAP	466,1	95,8	43,0	20,4	54,8	28,1	562,7	1.497,8	1.350,8	152,0
Masculino	Total de egresos	11.304,2	595,4	69,0	196,3	211,3	2.640,2	1.136,2	2.034,3	2.689,6	758,2
	Casos HECSAP	1.118,5	116,5	11,7	10,5	38,5	24,8	430,6	928,5	1.470,2	116,5

Fuente: Estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, Registro individual de prestaciones de salud RIPS y poblaciones afiliadas regímenes del SGSSS del Ministerio de la Salud y Protección Social, año 2009 y cálculos del autor.

Para el trabajo llevado a cabo se utilizó la data reportada para el régimen contributivo.

Que corresponden al 75% de los afiliados al régimen contributivo, según lo documentado en (publications.iadb.org/publications/spanish/document/Serie-sobre-hospitalizaciones-evitables-y-fortalecimiento-de-la-atencion-primaria-en-salud-El-caso-de-Colombia.pdf).

Por esta razón se establece la necesidad de documentar el comportamiento de las hospitalizaciones evitables en un asegurador voluntario en salud, donde se identifica que en Coomeva Medicina prepagada para el periodo julio de 2020 a noviembre del 2021, presenta un total de 243 egresos de usuarios con diagnóstico de infección del tracto urinario en la regional suroccidente, específicamente en la clínica Imbanaco, de los cuales 161 son del son del sexo femenino y 82 del sexo masculino, lo que corresponde a un 66.3% para las mujeres y un 33.7% para los hombres, esto demuestra un comportamiento diferente al documentado para el régimen contributivo donde se evidencia un 50% equitativo entre los géneros.

La distribución por servicios de atención en este mismo periodo se evidencia que por urgencias se registran 228 casos, remisiones de otras instituciones 6 casos, reingresos 6 casos, consulta externa 3 casos.

Los egresos a casa corresponden al 56.3%, fallecidos 0.82%, hospitalización domiciliaria 42.3%, remisión a otra institución: 0.4%. información tomada de aplicativo institucional presmed – noviembre 2021.

1.2 Modelos de contratación en Colombia

Los requerimientos de cobertura para toda la población del sistema de salud Colombiano, se han modificado de manera permanente desde su nacimiento con la ley 100 del 1993, hasta la fecha actual, incluyendo normativamente requerimientos de integralidad en la prestación de los servicios de salud en todos los niveles de complejidad, para dar efectivo cumplimiento a esta necesidad, se establecieron diferentes modelos de contratación que han permitido la legalización de las relaciones entre los prestadores y los pagadores, en este caso las IPS y las EAPB “ Contratación de servicios de salud entre las entidades responsables de pago y las Instituciones prestadoras de servicios de salud”. (Sonia Maria Atehortua Mira; 2018).

Con la regulación del decreto 4747 del 2007 se establece los aspectos de las relaciones entre los prestadores de salud y los aseguradores responsables de los pagos por los servicios de la atención de sus usuarios.

Quedan estipuladas el cumplimiento del sistema de habilitación, las entidades responsables de los pagos, red de prestación de servicios, modelo de atención, sistema referencia y contrareferencia y acuerdo de voluntades.

El contenido del decreto 1011 del 2006 donde estandariza los pilares del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que son 1. Sistema único de habilitación, 2, Auditoria para el mejoramiento de la calidad, 3. Sistema de acreditación, Sistema de información para la calidad.

Como requisito mínimo en el establecimiento contractual entre los aseguradores y las IPS está el cumplimiento de la resolución 3100 de 2019, donde se establecen los criterios de habilitación de obligatorio cumplimiento para el funcionamiento de la prestación de los servicios de atención en todos los niveles de complejidad.

Actualmente en el país no se cuenta con un incentivo diferencial para las IPS que tienen certificaciones de alta calidad como la ISO 9001- 2015 o la certificación de acreditación por entes internacionales, que fortalecen los procesos seguros y de calidad en las mismas incurriendo en costos adicionales para mantener esta categoría de estándares superiores a la habilitación mínima de los servicios de salud reglamentarios.

El proceso de contratación en Colombia inicia a través del ente rector en salud, quien es el encargado de precisar las normas que regirán para todo el Sistema, expresado en el decreto 4747 artículo 5.

La estructura mínima que debe tener un contrato es: termino de duración, monto del contrato, caracterización de la población, servicios a contratar, modalidad de pago y mecanismos asociados, tarifas acordadas, modelos de operación, listado de anexos contractuales, sistema de referencia y contrarreferencia, indicadores contractuales, modelo de supervisión del contrato, nota técnica, mecanismos de conciliación, términos de finalización de contrato. “Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016”.

De igual manera en el artículo 2.2.4.2 del decreto descrito, se describe que los planes de Medicina Prepagada en Colombia se definen como planes adicionales de salud, lo que en otras

palabras se traduce como un conjunto de beneficios extra basados en aportes voluntarios, con financiación diferente a la cotización obligatoria.

Uno de los atributos de los aseguradores de los planes voluntarios de salud, es la posibilidad de la libre elección de los prestadores de servicios de la red contratada, para sus usuarios, situación que limita el control de las atenciones sujetas a esta modalidad, para efectos de facturación y prestación de las atenciones, el vínculo contractual de mayor ejecución es el pago por evento o pago por caso.

El pago por evento es el mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico, la unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento, con unas tarifas pactadas previamente. “Ministerio de salud y protección social. Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social. Artículo 2.5.3.4.4 mecanismo de pago aplicables a la compra de servicios de salud. 2016.

Los condicionantes que estructuran los contratos de pago por evento o por caso deben relacionar los siguientes aspectos: detallar el listado de servicios, insumos, medicamentos o actividades, intervenciones que deben ser prestados o suministrados por el prestador de servicios de salud y la descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos de grupos relacionados por diagnósticos y los CUPS. “Ministerio de salud y protección social. Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social. Artículo 2.5.3.4.8. Condiciones mínimas que se deben incluir en el acuerdo de voluntades para la prestación de servicios de pago por evento.

Dentro del abanico de opciones existentes en los modelos de contratación y que podría ligarse a la estimulación de implementación de modelos efectivos que impacten directamente sobre la evitabilidad de hospitalizaciones intervenirles, está el pago por resultados en salud, denominados pago por incentivos, que buscan resultados de salud con intervenciones tempranas y el impacto en el costo medico hospitalario.

El pago por incentivos se caracteriza por el desembolso de una suma de dinero, adicional a la pactada por el contrato base, y el cumplimiento de indicadores ya sean normativos, de calidad de vida, o clínicos concertados entre las partes.

Una de las modalidades que podría ser susceptible para cumplir este objetivo podría ser un pago fijo por GRD (Grupo relacionado de diagnóstico) donde se establezca un cálculo actuarial del comportamiento de las atenciones derivadas de las patologías de intervención con un análisis retrospectivo por un periodo mínimo de 3 años, donde se evalúan las frecuencias de uso de los servicios de consulta en urgencias, consulta prioritaria y hospitalizaciones en las instituciones de salud, detallando la caracterización de la población y la búsqueda de un pago equitativo entre el asegurador y el prestador de servicios, que reduzca el % de costo general para el pagador y un monto fijo para el prestador donde pueda cubrir las atenciones de control, seguimiento e intervención temprana, costo hospitalario, ayudas diagnosticas que se reflejan como resultado en los reingresos y la intervención en la evitabilidad para los usuarios terminen en un evento hospitalario.

Según lo descrito por en el estudio de modalidades prospectivas de pago en salud: una propuesta de taxonomía Castaño, Ramon. A (2021) Proesa; Universidad ICESI.

Las diferentes modalidades de pago prospectivo que se presentan como una alternativa para la implementación de un contrato diferencial con el enfoque y el alcance a un grupo de

patologías objeto de este estudio, se documentan clasificaciones de análisis que se proyectan como fuente de evaluación en el concepto de evitabilidad, patologías agudas y el impacto en el establecimiento de la modalidad de contratación.

Cuadro 3.

Modalidades de pagos

Tabla 1. Modalidades de pagos prospectivos según los tres criterios de clasificación (PI: Pagos Individuales; PGP: Pagos Globales Prospectivos).

Integran el ciclo de atención	De episodios	Individuales	Globales
		PI por Episodio PI por Especialidad PI por nivel de complejidad	PGP por Episodio PGP por Especialidad PGP por nivel de complejidad
No integran el ciclo de atención	De condiciones crónicas	PI por Grupo de Riesgo PI por Especialidad PI por nivel de complejidad	PGP por Grupo de Riesgo PGP por Especialidad PGP por nivel de complejidad
	Pagos por componente del servicio	PI por Consulta de Especialista PI por Apoyos Diagnósticos PI por Procesos de Diagnóstico PI por Escenarios de Atención PI por Medicamentos Otros	PGP por Consulta de Especialista PGP por Apoyos Diagnósticos PGP por Procesos de Diagnóstico PGP por Escenarios de Atención PGP por Medicamentos Otros

Fuente: Modalidades Prospectivas de pago en salud_ 2021 PROESA-ICESI.

La ley 80 de 1993 Estatuto general de contratación de la administración pública siendo una de las normas que mayor impacto proporciona en la regulación de los contratos basado en la transparencia y eficiencia de las partes para evitar la corrupción.

1.3 Situación de las Hospitalizaciones potencialmente evitable desde el aseguramiento voluntario

Actualmente las patologías evitables no se han priorizado como foco de intervención o de gestión para un modelo diferencial en el aseguramiento voluntario, a pesar del elevado costo médico y los resultados de calidad que se derivan de estas condiciones sobre el usuario.

Desde el aseguramiento voluntario se requiere un planteamiento de contratación que asegure la integración de la baja y mediana complejidad y atienda todas las necesidades y evaluaciones necesarias que lleven a la recuperación del estado de salud con buenas prácticas médicas y de autocuidado.

1.4 Clasificación de patologías potencialmente evitables en Colombia.

Según lo descrito por Garcia; Rodriguez. J, Serie de hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud_ caso Colombia, (2012) (pag. 9).

Los principales diagnósticos de Hospitalizaciones Potencialmente Evitables en Colombia son:

- Anemia
- Angina de pecho.
- Asma.
- Otras condiciones evitables.
- Deficiencias nutricionales
- Diabetes Mellitus.

El trabajo se enfoca en las infecciones del tracto urinario por ser una patología aguda, que impacta sobre el costo, frecuencia de uso de servicios de salud y se clasifica como la primera causa de hospitalización a nivel nacional en el asegurador voluntario.

Se hace necesario la revisión de la guía de práctica clínica de infección de vías urinarias en el adulto. *Urología Colombia*, 27, 126-131. La cual categoriza la severidad en 6 grados:

Cuadro 4.

Clasificación

Grado 1	Cistitis
Grado 2	Pielonefritis moderada (adecuada tolerancia de la vía oral puño percusión positiva, ausencia de factores de riesgo para complicación, susceptible manejo ambulatorio)
Grado 3	Pielonefritis severa (intolerancia de la vía oral elevación reactantes fase aguda no susceptible de manejo ambulatorio factores de riesgo OM descompensada inmunosupresión, etc)
Grado 4	Signos de respuesta inflamatoria sistémica deterioro clínico (intolerancia de la vía oral)
Grado 5	Disfunción Orgánica
Grado 6	Falla Multiorgánica

Fuente: Villaraga, D., Iregui, Parra, J., Diaz, D.y Cardenas. M., Chavarriaga J. (2018) Guía de práctica clínica de infección de vías urinarias en el adulto. *Urología Colombia*, 27, 126-13

La infección de vías urinarias se caracteriza por la presencia de microorganismos patógenos en el 80% y 90% en el tracto urinario y puede ser sintomática o asintomática.

La definición exacta exige no solo la presencia sino la cuantificación de al menos 10⁵ UFC*/ml de orina.

El 50% de las mujeres presenta al menos un episodio de infección de vías urinarias durante su vida, Su manifestación más frecuente se presenta durante el embarazo. La relación en frecuencia de infección del tracto urinario entre mujeres y hombres jóvenes es de 30:1. En la etapa adulta esta proporción se iguala y en los adultos mayores la infección del tracto urinaria es la infección más común.

Los agentes etiológicos más frecuentes son *Escherichia coli* con el 80% de los casos, los restantes incluyen *staphylococcus saprophyticus*, *Proteus Mirabilis*, *Proteus Vulgaris*, *Klebsiella SP*, *Streptococcus Faecalis*, *Pseudomonas Aeruginosas*.

El tratamiento de la Infección del tracto urinario depende de si es o no complicada y siempre se debe tener en cuenta a los factores de riesgo. Es importante seleccionar en forma empírica hasta que se cuente con el resultado del urocultivo y antibiograma un antibiótico con alta eficacia sobre el agente sospechado, que tenga muy buena distribución corporal, alta concentración en las vías urinarias y con toxicidad baja. Los objetivos del tratamiento deben ser la obtención de una respuesta rápida y efectiva, prevención de la recurrencia y evitar la aparición de resistencia a los antibióticos. Acta méd. peruana v.23 n.1 Lima ene./abr. 2006

1.5 Ubicación

Este documento presenta un análisis de la población afiliada a programas de Medicina Integral de Coomeva Medicina Prepagada, para lo cual se consultaron fuentes de información oficiales de esta entidad.

Medicina Integral es una unidad de negocio de Coomeva Medicina Prepagada que se basa en contribuciones voluntarias en el cual se obtienen programas privados de salud. Los beneficios o atenciones en salud varían según la cobertura contratada, sin embargo, los programas incluyen consultas a medicina general, especialistas y terapias, así como ayudas diagnósticas y tratamientos hospitalarios de enfermedades en general.

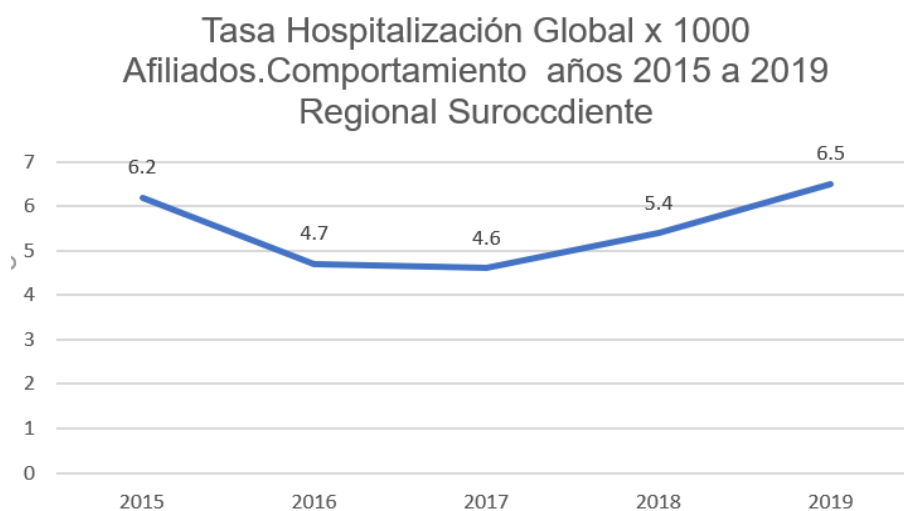
Por este motivo en el aseguramiento voluntario es vital la contratación de una red aliada que trabaje por el usuario con intervención y gestión directa, pues este tipo de aseguramiento

permite que el usuario consulte donde desee sin barreras de acceso con mayor libertad para el uso de las atenciones y para obtener resultados óptimos se requiere de aliados comprometidos en la buena atención al usuario, para no caer en el despilfarro de los servicios de salud.

A través de los sistemas propios de la compañía: SAMC y Presmed se identificó que desde el año 2015 al 2019 hay un incremento en la tasa de hospitalización global en el regional suroccidente de Coomeva Medicina Prepagada, en este dato no se incluyeron los años 2020 y 2021 por ser años atípicos debido a la irrupción de la pandemia.

Figura 2.

Tasa Hospitalizacion



Fuente: aplicativo Samc de Coomeva Medicina Prepagada. Diciembre 2019

Lo anterior mostró la fragmentación del tratamiento ambulatorio y hospitalario acompañado del desvío del costo medico por lo que se lidero el proyecto de estructurar una

forma óptima de contratación para generar un impacto positivo para el paciente, médico y asegurador.

1.6 Quien es Coomeva Medicina

Figura 3.

Coomeva



1.6.1 Coomeva Medicina Prepagada

Coomeva, fundada en 1973 es la pionera de la medicina prepagada en Colombia, y crea Coomeva MP con el fin de ofrecer a la comunidad la oportunidad de acceder a servicios médicos asistenciales de la más alta calidad, brindando soluciones de salud dentro del aseguramiento voluntario que generan valor para los usuarios y asociados Ocupa el primer lugar en los mercados regionales de Antioquia, Costa Atlántica y Suroccidente del país, además cuenta con una gran proyección en Bogotá.

En lo que respecta a la información de Coomeva Medicina Prepagada, se tiene un porcentaje de participación del 21% en el sector salud, manteniéndose en el segundo lugar entre las Empresas de Medicina Prepagada del país con mayor número de población afiliada.

1.6.2 Misión

Te cuidamos y acompañamos con soluciones integrales de salud en todos los momentos de tu vida.

1.6.3 Visión

En 2024 seremos la organización que inspire a nuestros usuarios y asociados a llevar estilos de vida saludables, generando bienestar para transformarnos en su compañía de salud preferida.

1.6.4 Modelo de Negocio

Acompañamiento para mejorar la calidad de vida y bienestar en salud.

1.6.5 Propuesta de valor

Cuidarte es quererte.

1.6.6 Política de Calidad

En Coomeva Medicina Prepagada mejoramos continuamente nuestros procesos para contribuir a la calidad de vida y bienestar en salud de nuestros clientes, con calidad humana.

1.6.7 Objetivos de calidad

1. Aumentar la satisfacción de nuestros usuarios mediante experiencias memorables.
2. Mejorar los resultados de los procesos.
3. Aumentar la participación de mercado.
4. Garantizar una gestión adecuada del riesgo en salud de nuestros usuarios.

1.6.8 Valores

Solidaridad

Demostramos interés unos por otros y aportamos soluciones para satisfacer las necesidades y los retos comunes.

Honestidad

Somos coherentes con el pensar, decir y actuar enmarcados dentro de la ética, los principios y los valores organizacionales.

Servicio

Superamos las expectativas de servicio, brindando respuestas oportunas y generando ambientes de tranquilidad y fidelidad.

Trabajo en equipo

Actuamos comprometidos y aportamos al propósito común del equipo para el logro de los resultados, construyendo y manteniendo el respeto por los grupos de interés.

Cumplimiento de compromisos

Respondemos efectivamente a los compromisos adquiridos y a los resultados esperados.

Confianza

Construimos y generamos sentimiento de credibilidad en todas nuestras actuaciones con los grupos de interés, lo cual permite mantener relaciones sólidas y duraderas.

Fuente: www.comevamedicinaprepagada/Quienessomoscoomeva

1.6.9 Objetivos estratégicos

Figura 4.

Objetivos estratégicos



Fuente: Daruma aplicativo Coomeva Medicina Prepagada. 2019.

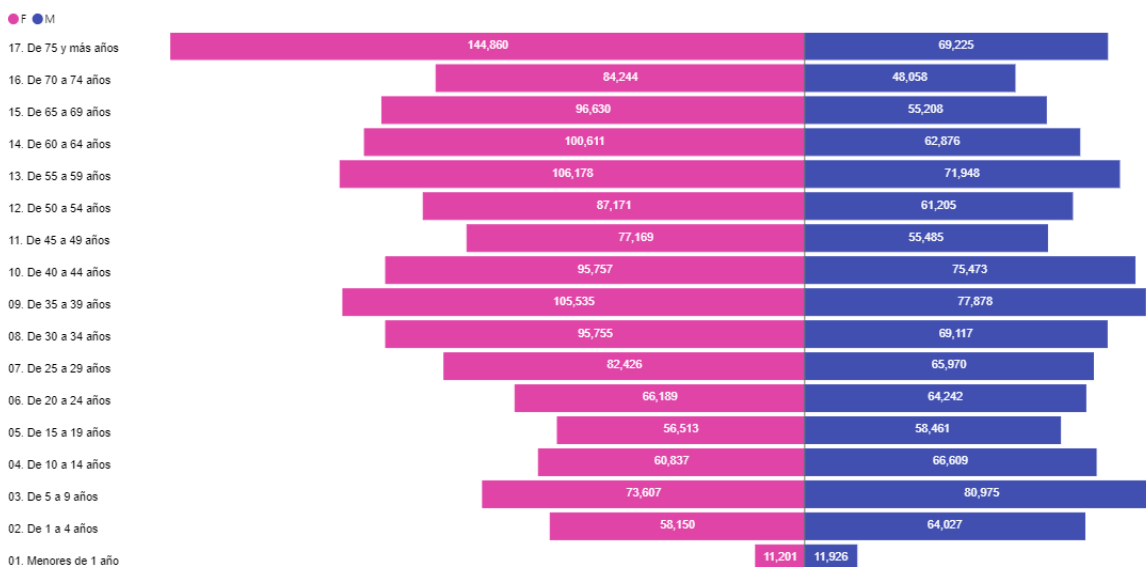
Coomeva medicina prepagada busca experiencias diferenciales para sus usuarios por lo cual la red de atención es la base para generar una atención con impacto en la vida de los usuarios, por lo anterior la importancia de este proyecto.

1.6.10 Pirámide Poblacional

La pirámide poblacional de Coomeva Medicina Prepagada se conforma por 202.117 usuarios.

Figura 5.

Pirámide poblacional Coomeva Medicina Prepagada

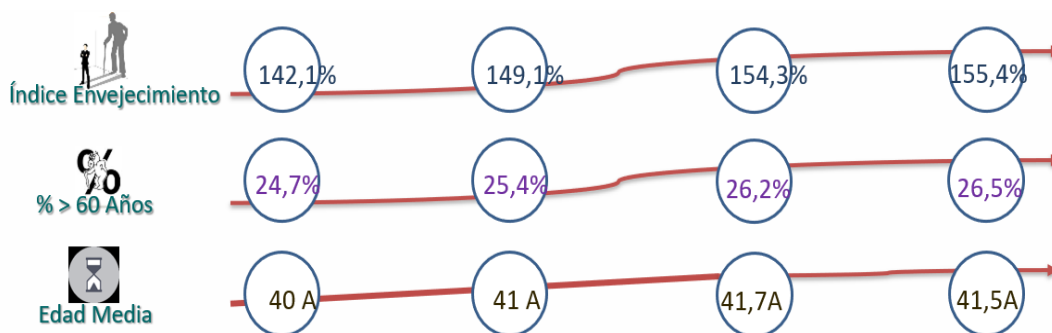


Fuente: Indicadores de Estructura Poblacional MP. Diciembre 2021.

1.6.11 Caracterización de estructura Poblacional

Figura 6.

Gestión de años



Fuente: Población Comercial y Tablero de Gestión. Años 2018. 2019. 2020 y 2021.

Se muestra la caracterización de la población de Coomeva Medicina prepagada en la que se observa un envejecimiento poblacional siendo esto un factor de riesgo para la materialización de patologías evitables.

1.6.12 Red de prestadores Coomeva Medicina Prepagada

Coomeva Medicina prepagada actualmente cuenta con un total de 6043 prestadores, distribuidos entre jurídicos y naturales, donde el 76% corresponde a profesionales independientes y el 34% a IPS de diferentes niveles de complejidad.

Para Coomeva Medicina Prepagada es importante mantener una red amplia de aliados en la prestación de servicios, lo que permite un acceso ágil al sistema, y ayuda a mantener el estado de salud de la población afiliada, asegurando la continuidad de la atención con calidad,

disminuyendo el costo, y generando un impacto positivo a nivel de atención hospitalario para impedir que el usuario reciba una atención fragmentada.

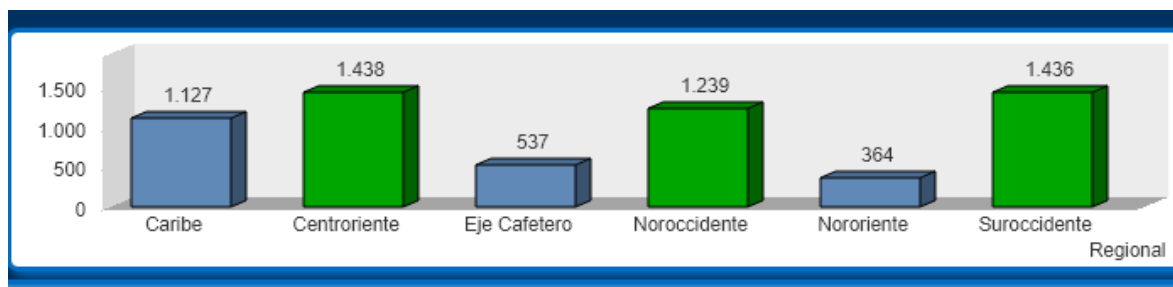
1.6.13 Distribución de prestadores a nivel nacional.

La distribución de la red de prestadores de Coomeva Medicina Prepagada se divide por regional de la siguiente manera:

Figura 7.

Prestadores regional

PRESTADORES X REGIONAL				
Regional	Tipo Prestador	Juridico	Natural	Total
Caribe		347	780	1.127
Centroriente		383	1.055	1.438
Eje Cafetero		150	387	537
Noroccidente		240	999	1.239
Nororient		141	223	364
Suroccidente		252	1,184	1.436
Total		1.434	4.609	6.043



Fuente: Tablero visor de suficiencia de red Coomeva Medicina Prepagada. Noviembre 2021.

La planeación y mantenimiento de la red de prestadores responde a las proyecciones presupuestales de Coomeva Medicina Prepagada evaluadas anualmente. El proceso de

contratación y legalización se hace jurídicamente según lo establecido en la resolución 4747 del 2007.

1.7 Matriz DOFA

Cuadro 5.

Matriz

<i>Matriz DOFA</i>	
FACTORES INTERNOS DE LA EMPRESA	
FACTORES EXTERNOS A LA EMPRESA	
DEBILIDADES (-)	
1	Plataformas documentales manuales
2	Riesgo reputacional de Coomeva EPS
3	Sistema de información sin los datos precisos, temporalidad escasa
4	Fragmentación de los procesos, dificultad para la gestión oportuna
5	La compañía no cuenta con IPS propias
6	Modelo de atención centrado en la libre elección de la red de prestadores
7	Modelo de contratación focalizado en el evento
8	Costo Médico elevado, no pertinencia medica
9	
10	
AMENAZAS (-)	
1	Desempleo y secuelas económicas post covid
2	Intervención de la EPS Coomeva
3	Competencia otras aseguradoras del aseguramiento voluntario
4	Escasa normatividad para el aseguramiento voluntario
5	Situaciones de salud cambiantes - epidemias
6	Deserción de la población a otras aseguradoras
7	Cambios normativos con zonas grises para el aseguramiento voluntario
8	
9	
10	

FORTALEZAS (+)		OPORTUNIDADES (+)	
1	Modelos de gestión del riesgo estratificados para patologías crónicas	1	Disminución de los tiempos de estancia hospitalaria
2	Variedad de programas y planes	2	Implementación de modelos de contratación diferenciales
3	experiencia en servicio centrada en el usuario	3	Actualización de los CUPS normativos en las plataformas
4	Red de prestadores amplia y reconocidas a nivel nacional	4	Innovación en la creación de productos y coberturas en los programas de salud
5	Musculo financiero estable	5	Fortalecimiento de programas de prima alta, desvinculan de la complementariedad con la EPS
6	Reputación de la empresa, trayectoria corporativa	6	Posicionamiento manejo contractual por GRD
7	experiencia en servicio centrada en el usuario	7	Impacto positivo en el costo por nuevas modalidades de contratación
8	certificación programa JUNTOS	8	Disminución de los tiempos de estancia hospitalaria
9	certificacion alta calidad	9	Fortalecimiento los equipos comerciales y de ventas
10		10	

Se consideran las diferentes variables que impactan en el modelo de contratación y que influyen de manera directa sobre el estado de la negociación entre el asegurador y el prestador de los servicios de salud, teniendo en cuenta las fortalezas actuales de la empresa, se presenta como un soporte y las características en las gestiones a intervención sobre las amenazas.

Los factores a trabajar son considerados de valor y gestión durante el transcurso de la implementación y que dependen de los cambios del mercado, es así como el accionar de

posicionamiento de marca que están sujetos a factores externos a la compañía pero que representan un potencial riesgo sobre la gestión directa en el modelo que se busca materializar.

1.8 Marco Normativo.

Constitución Política de Colombia: Norma superior del ordenamiento jurídico colombiano, bajo la cual se adelantan las actuaciones de la compañía dentro del marco constitucional del país.

Código de Ética Médica: Observar las disposiciones del código de ética médica por parte de los galenos de la compañía.

Código Civil: El Código Civil comprende las disposiciones legales sustantivas que determinan especialmente los derechos de los particulares, por razón del estado de las personas, de sus bienes, obligaciones, contratos y acciones civiles.

Resolución 1995 de 1999: Normas para el manejo de la Historia Clínica.

Ley 1438 de 2011: Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los artículos 37 a 41 aplica para planes voluntarios de salud. Garantizar que los usuarios tengan la afiliación previa y continua al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2. El depósito de los planes y tarifas vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud.

Ley 100 de 1993: Por la cual se crea las disposiciones del sistema de seguridad social integral.

Circular Única 047 de 2007: Planes Voluntarios de Salud. acto administrativo en el cual se reúnen en un solo cuerpo normativo todas las instrucciones de la entidad que se encuentran vigentes, con los siguientes propósitos: 1. Recopilar, modificar y actualizar todas Circulares

Externas y Cartas Circulares expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. 2. Facilitar a los destinatarios de su misión de inspección, vigilancia y control, el cumplimiento, comprensión y consulta de las instrucciones expedidas por esta Superintendencia. 3. Proporcionar a sus funcionarios un instrumento jurídico unificado y coherente que determine con precisión las reglas aplicables a las situaciones concretas que se inscriben dentro de su ámbito de competencia.

Ley 1122 del 2007: La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Resolución 4747 DE 2007: El presente decreto tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Resolución 3047 de 2008: El objeto de la presente resolución es definir los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios.

Ley 1438 del 2011: Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano

y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Ley estatutaria 1751 del 2015: La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Resolución 3100 de 2019: Se definen como los mínimos requisitos, procedimientos condiciones que deben de cumplir los prestadores de servicios de salud para poder prestar un servicio a usuario.

Decreto 780 de 2016: Regula las condiciones de cumplimiento para el establecimiento de la relación contractual, entre las aseguradoras de servicios de salud y las empresas prestadoras y proveedores de servicios.

Ley 80 de 1993: La presente Ley tiene por objeto disponer las reglas y principios que rigen los contratos de las entidades estatales.

Decreto 1725 de 1999 Art 2: Cobro de los servicios prestados. Conforme las disposiciones legales, la acción de cobro por parte de la Institución Prestadora de Servicios, bien en el régimen contributivo o bien en el régimen subsidiado, es exclusivamente contra la Entidad Promotora de Salud o Administradora del Régimen Subsidiado. Cuando se trate de procedimientos, tratamientos o insumos no previstos en el Plan Obligatorio de Salud que pretendan ser suministrados para que en forma posterior sean cubiertos por el usuario, se deberá contar en forma previa con su consentimiento, cuando este sea posible y siempre que la entidad no tenga acción legal directa contra otros sistemas alternativos de cobertura que hubiera acreditado el usuario.

Decreto 1281 del 2002. Art 1: *Eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos.*
Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y

económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país.

Ley 1122 del 2007:

Art 13 literal D: Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que

aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.

Art 15: Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud. El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley, las condiciones de competencia necesarias para evitar el abuso de posición dominante o conflictos de interés, de cualquiera de los actores del sistema de salud.

Dese un período de transición de un (1) año para aquellas EPS que sobrepasen el 30% de que trata el presente artículo para que se ajusten a este porcentaje.

Parágrafo. Las EPS del Régimen Contributivo garantizarán la inclusión en sus redes de Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público.

Art 16: Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%). Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESES escindidas del ISS siempre y cuando exista

capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada de este porcentaje en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes Entidades Territoriales.

Parágrafo. Se garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de éstos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Art 45: Régimen de contratación de EPS Públicas: Las Empresas promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo Públicas tendrán el mismo régimen de contratación que las Empresas Sociales del Estado.

Ley 1751 del 2015:

La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Resolución 3047 del 2008: Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

Resolución 866 de junio de 2021: Artículo 1. La presente resolución tiene por objeto reglamentar el conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica en el país, atendiendo entre otros, a la política del gobierno digital a lo lineamientos de los servicios ciudadanos digitales expedidos por el ministerio de tecnologías de la información y las comunicaciones; así como, adoptar el anexo técnico “estructura y formato

del conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica” que forma parte integral de esta resolución y establecer otras disposiciones para el efecto.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar los factores determinantes que se tiene en cuenta en los procesos de contratación en el aseguramiento voluntario para el diseño de un modelo de contratación innovador.

2.2 Objetivos Específicos

- Plantear un modelo de contratación que impacte el costo hospitalario en el aseguramiento voluntario disminuyendo el ingreso de usuarios por patologías evitables.
- Describir un modelo de prestación de servicios que se ajuste los requerimientos asistenciales y económicos que beneficien al prestador y el asegurador
- Ampliar la aplicabilidad de las diferentes metodologías contractuales para poder evaluar los riesgos, ventajas y desventajas en las negociaciones exitosas.

3. Metodología

3.1 Tipo de estudio

Teniendo en cuenta los pocos estudios relacionados con el modelo de contratación en las patologías hospitalarias evitables agudas en el paciente del aseguramiento voluntario a nivel internacional como nacional, se estableció que la mejor metodología para esta investigación se enmarco en un estudio tipo cualitativo exploratorio, esto en aras de definir los primeros pasos para continuar con investigaciones más profundas que aborden el tema.

Tener un programa con medidas propias de la organización permite control del gasto hospitalario lo que genera rentabilidad al asegurador y disminución de las complicaciones en el usuario derivadas de la patología evitable.

Con el ánimo de estar a la vanguardia de las nuevas tendencias en salud y propendiendo por el bienestar de los usuarios, se ha buscado alternativas de innovación que favorezcan la calidad de los servicios y la afiliación de nuevos clientes potenciales con la inclusión de una nueva forma de contratación que beneficiará a los afiliados adultos con diagnóstico de infección urinaria y que pertenecen a los programas existentes en Coomeva Medicina Prepagada.

Para llevar a cabo el estudio se basó en las experiencias vividas durante 48 años por la aseguradora Coomeva Medicina prepagada quien cuenta con una larga trayectoria en nuestro país y ha tenido que enfrentar múltiples cambios a lo largo del tiempo.

La población objeto fue establecida con la facturación radicada de los servicios de urgencias y hospitalización de la clínica aliada, en el área de cuentas medicas de Coomeva

medicina Prepagada cuyo alcance es recibir las facturas médicas de los prestadores y sus debidos soportes para la ejecución de los pagos a las instituciones aliadas a Coomeva.

Por otra parte, se tiene como fuentes de información los aplicativos propios de la compañía: SAMC y Presmed los cuales relacionan los servicios hospitalarios y ambulatorios prestados al afiliado.

Y por último las modalidades de contratación, políticas, tarifas, condiciones especiales, vigencia de los contratos y formalización de convenios de Coomeva medicina prepagada.

A partir de las fuentes de información se diferenciaron los grupos poblacionales, con la caracterización de cada uno por edad, criterios clínicos de severidad de la patología foco de intervención y la IPS aliada a aplicar el modelo.

Se realiza un análisis del comparativo de los años 2019, 2020 y 2021 sobre el costo y el uso de servicios a nivel nacional, esto muestra que uno de los mayores gastos se presenta en los servicios de atención en urgencias y hospitalización.

A nivel nacional el costo médico en los tres periodos supero los 86 mil millones de pesos.

Cuadro 6. Costos por periodo

Servicio	Costos por periodo			
Servicios	Costos 2019	Costos 2020	Costos 2021	Total
Gastos Clinicos Por Hospitalizar	\$ 29,248,979,250	\$ 27,626,048,637	\$ 29,248,979,250	\$ 86,124,007,137
Atencion Por Urgencias	\$ 11,142,481,561	\$ 7,106,194,155	\$ 6,895,993,352	\$ 25,144,669,068

Fuente: Presmed MP. Septiembre 2021.

De lo anterior, para el año 2021 el regional suroccidente presento un porcentaje de participación sobre el gasto nacional correspondiente al 39%, siendo la regional con mayor impacto en el costo acumulado de la empresa Coomeva Medicina prepagada.

Después de examinar el alto costo se profundiza sobre los prestadores de mayor impacto y participación en el presupuesto de esta región, donde se evidencia que la Clínica Imbanaco es el prestador con mayor facturación.

Cuadro 7.*Facturacion clinica*

FACTURACION CLINICA IMBANACO EN MILES DE MILLONES		
LINEA NEGOCIO	2019	2020
MED INTEGRAL	\$ 90,964	\$ 61,689
NEG INTENACIONALES	\$ 2,521	\$ 2,661

Fuente: Presmed MP. Septiembre 2021

Un análisis sobre gestión de la demanda de los servicios de los afiliados en los años 2019 y 2020 se observa que el mayor número de atenciones prestadas a los usuarios de Coomeva Medicina Prepagada se llevó a cabo en la institución prestadora de servicios de salud de la

ciudad de Cali, Centro Médico Imbanaco con promedio mes de utilizaciones de 7688 en el año 2019 y 6465 mes en el año 2020.

Cuadro 8.

Medicina Prepagada

Nit	Nombre_Prestador	dic. 2019	Total 2019	Promedio 2019	Diciembre.2020	Total Enero a Diciembre 2020	Promedio 2020
890307200	CENTRO MEDICO IMBANACO	8,709	92,252	7,688	8,779	77,577	6,465
890324177	FUNDACION CLINICA VALLE DEL LI	4,116	51,223	4,269	3,391	53,023	4,419
800067065	PROMOTORA MEDICA LAS AMERICAS	2,434	29,774	2,481	2,047	23,768	1,981
860037950	FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA	1,791	19,916	1,660	948	18,595	1,550
900363673	SINERGIA GLOBAL EN SALUD	2,460	29,412	2,451	1,878	20,641	1,720
890901826	HOSPITAL PABLO TOBON URIBE	3,251	23,487	1,957	1,158	17,159	1,430
800044402	INVERSIONES MEDICAS DE ANTIOQU	1,093	9,717	810	462	7,604	634
890905843	COMUNIDAD HERMANAS DOMINICANAS	1,239	12,257	1,021	1,827	11,406	950
900248882	CLINICA PORTOAZUL SA	488	6,631	553	363	5,519	460
890911816	CLINICA MEDELLIN	516	7,756	646	252	5,207	434
830005028	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S	682	9,767	814	1,387	9,104	759

Fuente: Presmed MP. Septiembre 2021.

Para el 2021 la Clínica Imbanaco representa el 45% del presupuesto asignado para la regional suroccidente.

Por consiguiente, este estudio se realizó en esta institución aliada.

Finalmente se busca establecer las patologías de mayor impacto en el gasto clínico a nivel nacional, encontrando que el diagnóstico más frecuente antes de pandemia eran las infecciones del tracto urinario, siendo la primera causa de hospitalizaciones en Coomeva Medicina Prepagada con un total de 985 casos para el 2019, 731 en el año 2020 y 342 a corte del 30 de

septiembre del 2021, se mantiene como el diagnóstico más común después de COVID que ocupa el primer lugar.

Cuadro 9.

Diagnósticos más frecuentes nivel hospitalario.

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES NACIONALES						
Diagnostico	2019	%	2020	%	2021	%
Covid-19, Virus Identificado	0	0.0%	312	2.7%	896	13.8%
Covid-19, Virus No Identificado	0	0.0%	464	4.1%	450	6.9%
Infeccion De Vias Urinarias, Sitio No Especificado	985	6.0%	731	6.4%	342	5.3%
Otros Dolores Abdominales Y Los No Especificados	880	5.3%	522	4.6%	189	2.9%
Fiebre, No Especificada	756	4.6%	378	3.3%	173	2.7%
Diarrea Y Gastroenteritis De Presunto Origen Infeccioso	819	4.9%	369	3.2%	145	2.2%
Hemorragia Gastrointestinal, No Especificada	268	1.6%	193	1.7%	105	1.6%
Enfermedad Cerebrovascular, No Especificada	176	1.1%	103	0.9%	73	1.1%
Infarto Agudo Del Miocardio, Sin Otra Especificacion	176	1.1%	159	1.4%	68	1.0%
Insuficiencia Cardiaca Congestiva	177	1.1%	146	1.3%	67	1.0%

Fuente: Presmed MP. Septiembre 2021.

Los costos representativos a nivel nacional relacionados con las infecciones de tracto urinario para Coomeva Medicina Prepagada son de 635 millones de pesos para el 2019, 2020 y 2021 representando el 3.2% de participación sobre el costo.

Cuadro 10. Diagnostico

Diagnostico Urgencias	Costos 2019	Costos 2020	Costos Seo 2021	Total
Infeccion De Vias Urinarias Sitio No Especificado	\$ 315,459,842	\$ 172,155,607	\$ 148,361,667	\$ 635,977,116

Diagnostico Hospitalizacion	Costos 2019	Costos 2020	Costos Sep 2021	Total
Infeccion De Vias Urinarias Sitio No Especificado	\$ 1,331,698,161	\$ 1,223,188,608	\$ 965,906,207	\$ 3,520,792,976

Fuente: Presmed MP. Septiembre 2021.

3.2 Población objeto

La estructura poblacional de Coomeva medicina Prepagada en el mes de octubre del 2021 está conformada por 202.117 usuarios. De los cuales 71.658 pacientes son de la región suroccidente del país, con la mayor concentración de usuarios en la ciudad de Santiago de Cali con 62.126 que corresponde al 87% de la regional. La caracterización de esta población corresponde al 57.49 % en mujeres y 42.57% en hombres, con el rango etario concentrado entre 18 y 65 años con riesgo potencial de enfermar de un 71. %, pacientes crónicos 21.7% y multicronicos 7.3%.

Figura 8. Piramide



Fuente: Daruma aplicativo Coomeva Medicina Prepagada. Marzo 2021.

De la población total del regional suroccidente se hospitalizaron por infección de vías urinarias en el 2019: 1989 usuarios, en el 2020: 958 usuarios y para noviembre del 2021: 1028 usuario, para un costo total de 3.616.011 millones en a la institución objeto de análisis.

Por este motivo la población incluida en el modelo de contratación serán hombres y mujeres mayores de 18 años de edad.

3.3 Modelo de contratación

Teniendo las variables establecidas tales como la población objeto, el costo médico, patología de intervención e IPS de acompañamiento se establecen las condiciones mínimas de operación a través de un mutuo acuerdo entre el operador y asegurador.

A nivel nacional en Coomeva medicina prepagada se dispone de los siguientes tipos de modalidades de contratación

- Pago por evento
- Pago por Capitalización
- Pago por caso conjunto integral de atenciones
- Pago por Paquete
- Pago por grupo relacionado de diagnóstico
- Otros

Distribuidos con 5981 contratos por evento, 18 pagos por cápita, 1 pago por paquete y el resto otros.

Modelos comunes que no satisfacen las necesidades de los usuarios y que incrementan el comportamiento en el consumo de servicios.

Por lo descrito, se crea un pago fijo como modalidad de contratación para el manejo de las hospitalizaciones por infección urinaria con las siguientes características generales:

- Cobertura de aplicación: regional suroccidente al público objeto.
- El público objeto de esta cobertura debe encontrarse en estado activo y al día en su estado de cuenta.
- La demanda inducida estará a cargo del aliado Clínica Imbanaco a través de la captación de usuarios con diagnóstico N390.

Se establecen los procedimientos para la operación del contrato describiendo los paquetes de cobertura para los servicios que serán categorizados según los niveles de complejidad.

Cuadro 11.*Infeccion tracto urinario*

PAQUETES MANEJO INFECCION DE TRACTO URINARIO	
Grados de severidad	Servicios cubiertos
Grado 1 y Grado 2	Consulta Medicina general
	Consulta Médica especializada
	Atención integral de urgencias
	Consulta Prioritaria
	Procedimientos diagnósticos no especializados o de baja complejidad
Grado 3	Consulta médica especializada
	Consulta Urgencias-Prioritaria
	Consulta médica Domiciliaria
	Hospitalización domiciliaria
	Procedimientos diagnósticos no especializados o de baja complejidad
	Procedimientos diagnósticos de mediana complejidad
	Atención integral hospitalaria/domiciliaria
Grado 4. 5 y 6	Incluye Grado 1 al 3
	Procedimientos diagnósticos de alta complejidad
	Atención integral hospitalaria intramural

Fuente: Elaboración propia_Nov 2021

El manejo de la severidad grado 1 y 2, será del alcance en ambiente ambulatorio, para la severidad grado 3 su seguimiento y abordaje será hospitalario ambulatorio y para los casos grado 4,5 y 6 serán netamente hospitalarios intramurales.

La población mayor de 18 años, los profesionales médicos que realizan el seguimiento y control clínicos serán los médicos internistas, urólogo, nefrólogo según el nivel de complejidad.

Los servicios incluidos en los paquetes son ilimitados y el incremento de los paquetes se ajustará de manera semestral si la siniestralidad supera el 75%.

Bajo este modelo de contratación la clínica mantendrá su autonomía implementando sus protocolos y guías clínicas.

Como ventajas en el modelo de contratación se encuentran la disminución de tramitología administrativa, flujo de caja permanente por facturación de los servicios contratados y los beneficios para el asegurador es el impacto positivo en la frecuencia de uso de los servicios lo que se ve reflejado en el costo médico.

Dentro de las desventajas de este tipo de contratación se estimaron el incremento en la aparición de eventos adversos, reingresos hospitalarios, altas tempranas sin resolución correcta de la patología y complejidad en la resolución administrativa de procesos de auditoría.

El resultado esperado con esta estrategia es la disminución entre el 3 y 5% de la tasa de hospitalizaciones del diagnóstico priorizado como hospitalizaciones evitables enfocado principalmente en la infección del tracto urinario. Así como también disminuir los reingresos hospitalarios, disminuir promedio de días estancia hospitalaria, disminuir hospitalizaciones secundarias a infección por el uso de sonda vesical y mejorar el índice de satisfacción del usuario.

Cuadro 12.

Indicadores contractuales

INDICADORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL					
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META	FUENTE
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Número de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo.	Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de hospitalización en el periodo	100 EGRESOS	Menor 2%	SAMC / PRESMED
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas.	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso	Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido	100%	Menor 5%	SAMC / PRESMED
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?"	Número de usuarios que respondieron la pregunta	100%	mayor 90%	PQRS Institucionales, Asegurador e IPS

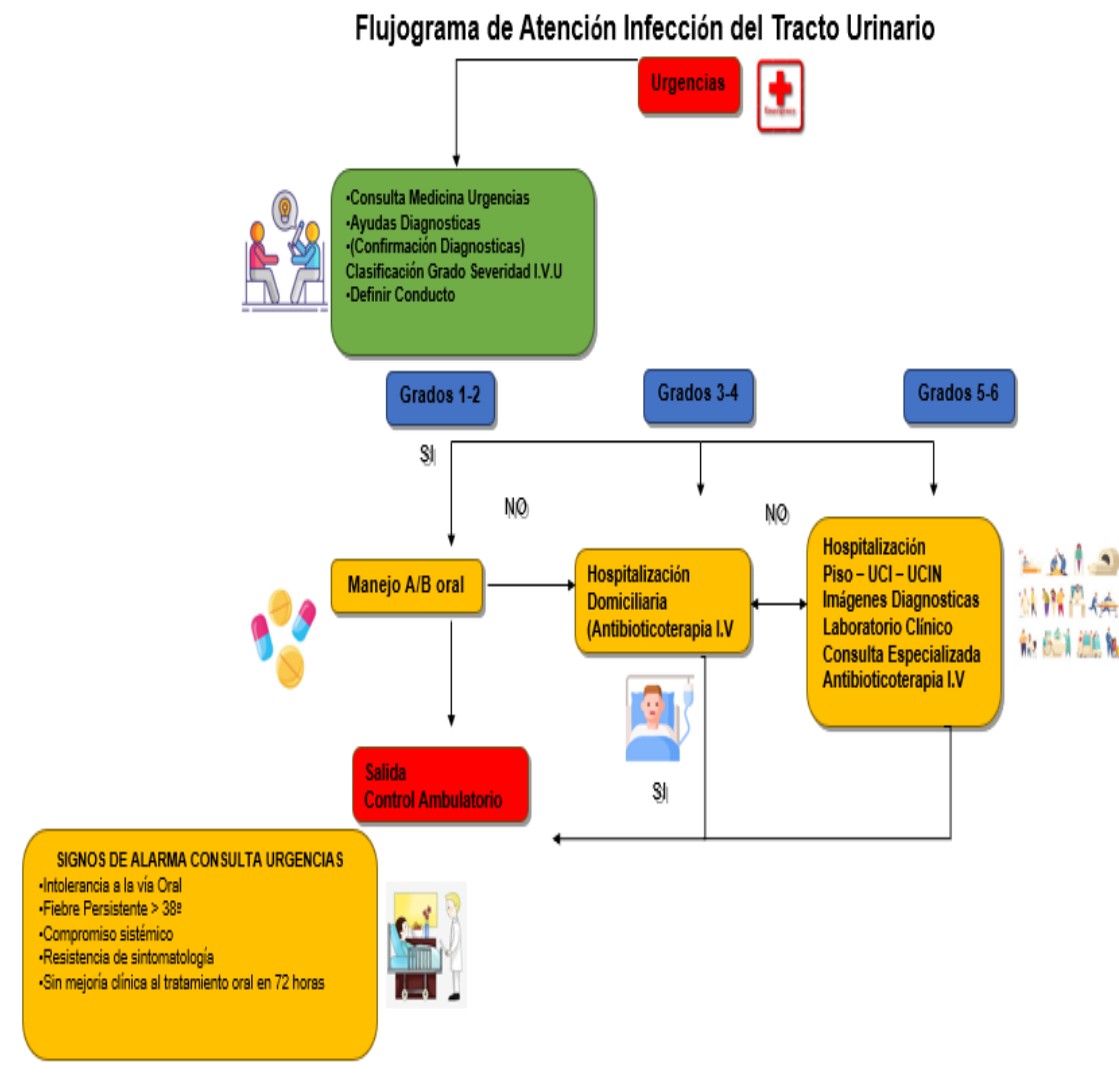
Fuente: Elaboración de autores a partir de la resolución 0256 del 2016.

3.4 Exclusiones

Pacientes con preexistencias, neonatos, gestantes, malformaciones congénitas, inmunosuprimidos, postrasplantados, oncológicos. Patologías autoinmunes, complicaciones secundarias a cirugías estéticas, complicaciones secundarias a procedimientos experimentales, complicaciones por procedimientos ordenados por profesionales de la salud no adscritos a Coomeva medicina prepagada, complicaciones de tratamientos de infertilidad primaria y secundaria, complicaciones causadas por alta voluntarias, continuidad de tratamientos no iniciados por medicina prepagada.

Figura 9.

Flujograma modelo de operación.



Fuente: Elaboración Propia Dic 2021.

INDICADORES DE GESTION CLINICA INFECCION DEL TRACTO

URINARIO

Los indicadores que se medirán para la efectividad del modelo de atención y de contratación se concertan entre las partes, para promover la gestión adecuada de la prestación del servicio, la frecuencia de medición será mensual siguiendo la resolución 256 de 2016.

Cuadro 13.

Indicadores seguimiento

INDICADORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL					
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META	FUENTE
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Número de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el período.	Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de hospitalización en el periodo	100 EGRESOS	Menor 2%	SAMC / PRESMED
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas.	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso	Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido	100%	Menor 5%	SAMC / PRESMED
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?"	Número de usuarios que respondieron la pregunta	100%	mayor 90%	PQRS Institucionales, Asegurador e IPS
Impacto Costo Medico Asistencial	Costo total de atenciones derivadas de ITU en la IPS	Total de costos hospitalarios generados en la IPS	pesos	Menor 5% costo total	SAMC / PRESMED
eventos Adversos	Numero de eventos adversos identificados en la IPS	adversos identificados en la IPS	100%	mayor 95%	SAMC / PRESMED

Fuente: Elaboración Propia Dic 2021.

4. Resultados

Los estudios que existen en la literatura mundial; evidencian una descripción precisa sobre el control y seguimiento de patologías evitables crónicas, concentrado las estrategias en este grupo, dejando a un lado las patologías evitables que presentan un costo importante para los aseguradores.

En síntesis, se identificó que el 97% de la población colombiana cuenta cobertura para el acceso a los servicios de salud en el aseguramiento obligatorio.

No obstante, existe una desarticulación entre las instituciones prestadoras de salud en sus diferentes niveles de complejidad lo que conlleva a un incumplimiento en los pilares del sistema general de la garantía de la calidad (pertinencia, accesibilidad, calidad, oportunidad, seguridad), sin un resultado clínico eficiente, esta situación se traslada de manera paralela al aseguramiento voluntario.

Vinculado a esto se observa que el costo medico en el aseguramiento voluntario a causa de las patologías agudas potencialmente evitables supera los 111.268 millones de pesos para los periodos 2019,2020 y 2021, representados en gastos hospitalarios y costos por urgencias.

A partir de las evidencias anteriores se especifica que la infección del tracto urinario es la primera causa de consulta al servicio de urgencias y hospitalización en la IPS de referencia de la regional suroccidente con 2058 casos para el periodo del 2019 al 2021.

Se resalta que Coomeva medicina prepagada tiene un índice de envejecimiento de un 158% lo que predispone al grupo poblacional a padecer algún episodio de infección del tracto urinario.

Lo anteriormente expuesto demuestra que el asegurador voluntario no cuenta con un programa de intervención del riesgo para este grupo de patologías agudas potencialmente evitables

5. Conclusión

Después de analizar las diferentes modalidades de contratación que se encuentra en el marco normativo de la resolución 4747 del 2007 se identifican las ventajas y desventajas que estas proveen en el modelo de atención del aseguramiento voluntario. Donde actualmente la principal ejecución contractual se lleva a cabo por la modalidad de pago por evento o pago por caso, que para las patologías agudas potencialmente evitables, no generan un control sobre la efectividad en los seguimientos de los casos e impacto sobre el costo asistencial, lo que incentiva la demanda inducida de servicios en este tipo de atención, lo que conlleva a un sobre costo para el asegurador.

En consecuencia, no se cumple con los resultados clínicos, satisfacción del paciente, costo de la atención y satisfacción del profesional.

Recapitulando es importante la implementación del modelo de la gestión del riesgo no solo en patologías crónicas sino en patologías agudas.

Con la implementación de la interoperabilidad de la historia clínica se esperan resultados en el fortalecimiento de la gestión de la información, que permitan detección de riesgos potenciales y la inscripción de manera temprana de los usuarios en el modelo de salud.

El proyecto permite innovar con una de las formas de contratación poco usadas en el aseguramiento voluntario y para un diagnóstico específico. Se identificó que el pago fijo es una de las mejores alternativas que genera beneficios para el asegurador voluntario y el prestador en el manejo de las patologías evitables específicamente para las infecciones del tracto urinario, con un ahorro esperado del 5% sobre el costo médico general en la regional Suroccidente que corresponde a \$197.000.000.

A través del proyecto de investigación se logra integrar un modelo de atención en los ambientes de atención ambulatorios, domiciliario y hospitalario que se establece a partir de un modelo de contratación efectivo con ingresos económicos, autonomía médica para el prestador y disminución del costo asistencial para el asegurador estableciendo un modelo compartido de atención centrado en el usuario.

Con este modelo se espera una atención integral para el usuario dando resolutiveidad a su necesidad, a la institución prestadora del servicios de salud la posiciona como un referente en el mercado, ganando reputación y confianza ante los pacientes y aseguradores, para Coomeva medicina prepagada impacta en el control del costo y la rentabilidad para los accionistas del grupo corporativo.

Por medio de este modelo se espera contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, a la buena gestión en el monitoreo de los indicadores de resultado y un impacto positivo para el asegurador voluntario y el prestador, mejorando el promedio de estancia hospitalaria a menos de 3 días.

Con esta propuesta de contratación se espera impactar económicamente los costos médicos que actualmente son asumidos por el asegurador y que no están incluidos como parte integral del modelo de gerenciamiento del riesgo, el resultado de esta implementación busca gestionar de manera precisa sobre la patología potencialmente evitable aguda que representa un costo aun no intervenible bajo los programas específicos existentes.

En conclusión, a pesar del contar con la caracterización de la población, identificación del riesgo, recurso médico, económico, soporte normativo, no se han priorizado las patologías potencialmente evitables agudas como un foco de intervención dentro de los programas en salud del asegurador.

6. Referencias Bibliográficas

AG Alvarez Perez, IP Luis Gonzalvez. (2010). Revista Cubana de Higiene y Epidemiologia.48.

Anna García Albert Dalmau Bueno, Cristina Colls c, Joan Mendivil a, Josep Benet d, Anna Mompert c, ElviraTorne´ d, CorinneZara d, Carme Borrell, PilarBrugulat c, y Alex Guarga d por el Grupo de Ana de los Servicios Sanitarios de Cataluña (2009) Análisis del desempeño de los servicios sanitarios de Cataluña. (Pág. 466).

Cesar Augusto Arias (2021) Modelos de contratación en salud.26 febrero del 2021

link:<https://meet.google.com/mhh-crer-unf>. Gerencia administrativa en salud.

Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de salud y Protección Social. (2007). Artículo 3 (Pág 1).

Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de salud y Protección Social. (2007). Artículo 5 (Pág 3).

Decreto único 780 de 2016 (2016). Capítulo 4 contratación. Artículo 2.5. 3..4.1. (pág. 219).

Decreto único 780 de 2016 (2016). Capítulo 4 contratación. Artículo 2.5.3.4.3. (Pág. 219).

E. Angulo-Pueyoa, N. Martínez-Lizagaa, y E. Bernal-Delgado,. En representación del grupo

Atlas VPM (2020) Amplias variaciones sistemáticas en hospitalizaciones potencialmente evitables en pacientes crónicos: estudio ecológico sobre zonas básicas de salud y áreas sanitarias (Pág 70).

Elias Mossialos & Robin Osborn (2017) The U.S. Health Care System. Libro digital
International Profiles of Health Care Systems (Pág. 173)

Erick Valencia .(2015) Negociaciones en salud. (Pág.4).

Garcia; Rodriguez. J, Serie de hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención
primaria en salud_ caso Colombia, (2012) (pag. 35).

Hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en la Región de Murcia.

Jordi Amblàs Novellas. Joan Espauella Panicot. Carles Blay Pueyo. Núria Molist Brunet. Gianni
E. Lucchetti d'Aniello. Antoni Anglada Arisa y Jordi Roca Casas (2013). Tópicos y
reflexiones sobre la reducción de ingresos hospitalarios: de la evidencia a la práctica
(Pág. 292).

José Eduardo Calle, Pedro Parra, Rafael Gomis, Teresa Ramón, Adelia Más (2006) vol 21
(pag178-186) (pag.25)

Organización Panamericana de la Salud (2010),La Renovación de la Atención Primaria de Salud
en las Américas, Capítulo1 (Páginas 19-23).

Puerto Jiménez, D. (2011). La gestión del riesgo en salud en Colombia

Ramon Abel Castaño, Alvaro Lopez, Francisco Rafael Martin, Danny Moreano, Sergio Ivan Prada – Documento de Trabajo PROESA; Universidad ICESI (2021) (pag. 33).

Resolución 2038 del 2020 /2020)- anexo técnico 2 lista tabular. (Pág 17).

RESOLUCION 3374 DE 2000. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (2000). Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS articulo 3 (Pág. 2)

Salvador Peiróa, Enrique Bernal-Delgadob, (2006). Hospitalizaciones evitables. ¿Quién soporta la carga de la prueba? (Pág. 173, 174y 175).

Dueñas E Hernandez J (2021). La Evitabilidad y la AI hacia la generación de valor en salud. (pag.30)

Evans R(2016). Electronic Health Records: Then, Now, and in the Future
Yearbook of Medical Informatics (Supp