



**Modalidad: modelo de atención en rehabilitación física para personas mayores de 60 años  
con enfoque multidimensional en calidad de vida**

**Cristian David Castrillón Bocanegra**

**Marcos Anselmo Romero Ortega**

**Pontificia Universidad Javeriana**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Maestría Gerencia en Organizaciones de Salud**

**Santiago de Cali**

**2025**



**Modalidad: modelo de atención en rehabilitación para personas mayores de 60 años con enfoque multidimensional en calidad de vida**

**Cristian David Castrillón Bocanegra**

**Marcos Anselmo Romero Ortega**

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

**DIRECTOR TRABAJO DE GRADO: MARTHA ARBOLEDA MD. MGOS GERENCIA ORGANIZACIONES  
DE SALUD**

**Pontificia Universidad Javeriana**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Maestría Gerencia en Organizaciones de Salud**

**Santiago de Cali**

**2025**

Santiago de Cali, 28 de mayo de 2025

Doctor (a)  
Fabián Fernando Osorio Tinoco  
Decano  
Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas  
Pontificia Universidad Javeriana  
Cali

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es  
“Modelo de atención en rehabilitación para personas mayores de 60 años con enfoque  
multidimensional en calidad de vida”

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

Atentamente

Atentamente,  


Cristian David Castrillón Bocanegra  
CC1144064485



Marcos Anselmo Romero Ortega  
CC5203978

Santiago de Cali, 28 de mayo de año 2025

Doctor (a)  
Fabián Fernando Osorio Tinoco  
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas  
Pontificia Universidad Javeriana  
Cali

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 atención en rehabilitación para personas mayores de 60 años con enfoque multidimensional en calidad de vida”, realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana nombres: Cristian David Castrillón Bocanegra cédula 1144064485, Marcos Anselmo Romero Ortega cédula 5203978 , y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente



---

Martha Arboleda  
Director del Trabajo de Grado

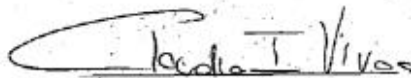
ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de 1946

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

**"MODELO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FÍSICA PARA PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS CON ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL EN CALIDAD DE VIDA."** Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones en Salud.



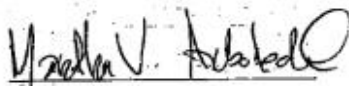
Fabian Fernando Osorio Tinoco  
Decano  
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



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



Eduardo Dueñas Manosalva  
Jurado



Martha Viviana Arbóleda Cano  
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 22 julio de 2025

## Contenido

1	Introducción .....	12
2	Marco de Teórico .....	13
2.1	2.1 Modelos de atención en salud .....	13
2.1.1	Modelo de Atención Integral para las Personas Mayores (MAIPM) .....	14
2.1.2	Modelo basado en la Atención Integrada Para Las Personas Mayores (ICOPE) .	15
2.1.3	Síndromes geriátricos y las necesidades de los pacientes mayores de 60 años ....	18
2.2	Rehabilitación .....	23
2.3	Enfoque diferencial: Calidad de vida en el adulto mayor .....	25
2.4	Marco Regulatorio .....	26
2.4.1	Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022- 2031 .....	26
3	Objetivos .....	28
3.1	Objetivo general.....	29
3.2	Objetivos específicos .....	29
4	Descripción General de la Entidad.....	29
4.1	Desempeño y evolución histórica de la empresa- IPS, incluyendo situación actual ....	30
4.2	Direccionamiento estratégico.....	35
4.2.1	Misión .....	35
4.2.2	Visión.....	35
4.2.3	Objetivos estratégicos: .....	35
4.2.4	Gobierno corporativo .....	36
4.2.5	Valores Corporativos .....	37
4.2.6	Marco regulatorio general y entidades de control.....	37
4.2.7	Oferta de Valor .....	38
4.2.8	Capacidades .....	40
4.3	Análisis del entorno y del sector .....	42
4.4	Análisis interno y externo. Matriz DOFA.....	48
4.5	Accionistas o socios y fuentes de los recursos financieros.....	51
5	Análisis de Situación Relacionada con el Modelo de Atención vigente en la IPS .....	52
5.1	Análisis del modelo en la IPS o aspectos a considerar para el diseño .....	52
5.2	Análisis de la demanda (Usuarios) .....	53

5.2.1	Característica de la oferta de la IPS .....	55
5.2.2	Procesos y análisis de la relación oferta – demanda .....	61
6	Plan De Mejora Del Modelo De Atención Para La IPS .....	62
6.1	Definición de estrategias de atención para los usuarios según grupo o grupos de riesgo seleccionado.....	63
6.2	Gestión Clínica.....	65
6.2.1	Ingreso.....	68
6.2.2	Atención.....	69
6.2.3	Egreso y Seguimiento .....	69
6.3	Gestión de la calidad de la atención.....	71
6.3.1	Evolución del grado de satisfacción del paciente y su red de apoyo.....	72
6.4	Gestión de la humanización de la atención.....	72
6.5	Gestión de las tecnologías en salud incluyendo el sistema de información .....	73
6.6	Gestión del Talento Humano .....	75
6.7	Negociación y contratación con EPS .....	76
6.8	Monitoreo de procesos y evaluación de los resultados de la atención.....	78
7	Conclusiones y Recomendaciones .....	90
8	Referencias .....	91

### **Lista de Tablas**

<b>Tabla 1.</b> Normatividad .....	28
<b>Tabla 2.</b> Servicios ofertados en la IPS .....	30
<b>Tabla 3.</b> Tendencias pacientes en los últimos 5 años.....	31
<b>Tabla 4.</b> Indicadores financieros .....	33
<b>Tabla 5.</b> Estructura de gobierno corporativo.....	38
<b>Tabla 6.</b> Entorno externo IPS.....	44
<b>Tabla 7.</b> Entorno interno IPS.....	45
<b>Tabla 8.</b> Análisis Factores internos y externos, DOFA .....	50
<b>Tabla 9.</b> portafolio de servicio en los últimos años.....	56
<b>Tabla 10.</b> Diagnósticos de consulta y prevalencia por grupo etario .....	57
<b>Tabla 11.</b> Reporte de incidente y eventos adversos durante el 2024 .....	58
<b>Tabla 12.</b> Necesidades operativas y financieras.....	61
<b>Tabla 13.</b> RIAS Población Objeto.....	63
<b>Tabla 14.</b> Clasificación de programas según paciente .....	64
<b>Tabla 15.</b> Propuesta Económica.....	77
<b>Tabla 16.</b> Nivel de riesgo .....	79
<b>Tabla 17.</b> Identificación de Riesgos Asistencial .....	79
<b>Tabla 18.</b> Identificación de Riesgos Gerencial .....	81
<b>Tabla 19.</b> Identificación de Riesgos Procesos de apoyo .....	83
<b>Tabla 20.</b> Objetivos Estratégicos .....	86
<b>Tabla 21.</b> Mapa de Procesos .....	87
<b>Tabla 22.</b> Balance Scorecard.....	89

### Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> Modelo de Atención Integral para las Personas Mayores MAIPM.....	14
<b>Figura 2.</b> Modelo basado en la Atención Integrada Para Las Personas Mayores (Icope) .....	17
<b>Figura 3.</b> Estructura organizacional .....	30
<b>Figura 4.</b> Modelo de atención IPS .....	52
<b>Figura 5.</b> Pirámide población de usuarios asignados .....	53
<b>Figura 6.</b> Rutas integrales de Atención en Salud pacientes mayores de 60 años .....	54
<b>Figura 9.</b> Plan de mejora modelo de atención pacientes mayores de 60 años .....	67

## Resumen

El envejecimiento poblacional representa uno de los mayores desafíos para los sistemas de salud a nivel global. En respuesta a esta realidad, el presente trabajo de grado propone un modelo de atención en rehabilitación física dirigido a personas mayores de 60 años, con un enfoque multidimensional centrado en la calidad de vida. Este modelo busca integrar componentes clínicos, sociales, funcionales y emocionales, con el fin de ofrecer una atención integral, humanizada y sostenible.

El estudio parte de un análisis demográfico y epidemiológico que evidencia el crecimiento acelerado de la población adulta mayor en Colombia, así como la alta prevalencia de enfermedades crónicas, síndromes geriátricos y condiciones de discapacidad. A partir de este diagnóstico, se plantea un modelo de atención basado en los lineamientos del MAIPM (Modelo de Atención Integral para Personas Mayores) y el ICOPE (Atención Integrada para Personas Mayores), adaptado a las condiciones de una IPS de primer nivel en la ciudad de Cali.

El modelo propuesto incluye estrategias diferenciadas para pacientes sanos, en riesgo y con enfermedades crónicas, articulando programas como “Mente Sana”, “Salud Amigable”, “Prevenir antes que lamentar” y “Cuídate en casa”. Se incorporan herramientas de valoración geriátrica integral, escalas funcionales, rutas de atención personalizadas, y un enfoque de gestión clínica que prioriza la prevención, la rehabilitación y el seguimiento continuo.

Además, se realiza un análisis financiero y operativo de la IPS, identificando fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora. Se propone un plan de mejora institucional que contempla la optimización de recursos, la gestión del talento humano, la implementación de tecnologías en salud, y la negociación con aseguradoras bajo esquemas de pago prospectivo.

El trabajo concluye que un modelo de atención centrado en la persona mayor, con enfoque preventivo y rehabilitador, no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud, reduce la carga asistencial y promueve la inclusión social de esta población.

**Palabras claves:** rehabilitación, adulto mayor, objetivos, envejecimiento saludable

**Abstract:**

Population aging is one of the most pressing challenges for healthcare systems worldwide. In response to this reality, the present thesis proposes a care model for physical rehabilitation aimed at individuals over 60 years of age, with a multidimensional approach focused on improving quality of life. This model integrates clinical, social, functional, and emotional components to provide comprehensive, humane, and sustainable care.

The study begins with a demographic and epidemiological analysis that highlights the rapid growth of the elderly population in Colombia, along with the high prevalence of chronic diseases, geriatric syndromes, and disability conditions. Based on this diagnosis, a care model is proposed, grounded in the guidelines of MAIPM (Comprehensive Care Model for Older Adults) and ICOPE (Integrated Care for Older People), adapted to the operational context of a primary care health provider (IPS) in Cali.

The proposed model includes differentiated strategies for healthy individuals, those at risk, and patients with chronic conditions. It incorporates programs such as “Healthy Mind,” “Friendly Health,” “Prevent Before Regret,” and “Take Care at Home.” Tools for comprehensive geriatric assessment, functional scales, personalized care pathways, and a clinical management approach prioritizing prevention, rehabilitation, and continuous follow-up are also included.

Additionally, a financial and operational analysis of the IPS is conducted, identifying strengths, weaknesses, and opportunities for improvement. An institutional improvement plan is proposed, focusing on resource optimization, human talent management, implementation of health technologies, and negotiation with insurers under prospective payment schemes.

The study concludes that a care model centered on older adults, with a preventive and rehabilitative focus, not only enhances patients’ quality of life but also contributes to the sustainability of the healthcare system, reduces the care burden, and promotes social inclusion for this vulnerable population.

**Keywords: Rehabilitation, older adults, objectives, healthy aging**

## 1 Introducción

El mundo enfrenta grandes cambios demográficos y poblacionales, entre los que se incluye el envejecimiento de la población, como lo manifiesta la organización Mundial de la Salud –OMS (2022), quien estima que entre 2015 y 2050, las cifras estimadas personas mayores de 60 años a nivel mundial casi se duplicarán, pasando del 12% al 22%.

La OMS refiere que los cambios demográficos que se dan a nivel mundial, está llevando a un envejecimiento de la población. Por lo cual, en la actualidad, el número de personas de 60 años o más superó al de niños menores de cinco años, tendencia que se mantendrá en el futuro, por el aceleramiento del envejecimiento poblacional, lo cual exige tomar medidas a nivel de prevención y promoción de la salud, teniendo en cuenta la alta incidencia de morbilidad de esta población.

Lo anterior, teniendo en cuenta para el año 2050, la población mundial de personas entre los 60 y 80 años se habrá triplicado, hasta alcanzar los 426 millones (Organización Mundial de la Salud, 2022). En el caso específico de Colombia el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2021), refiere que esta tendencia se mantiene en Colombia, con un aumento significativo de personas mayores de 60 años, representando el 13,9% de la población del país, de las cuales el 44,9% eran hombres (3.189.614 personas) y el 55,1% mujeres (3.918.300 personas).

Lo expuesto hasta aquí deja entrever la importancia del cuidado de las personas con edades iguales o superior a los 60 años, siendo primordial conservar y fortalecer la salud de los adultos mayores, algo que no solo les permitirá tener una calidad de vida, sino que además disminuirá los gastos en salud derivados de enfermedades, acompañadas algunas veces de

dependencia, ofreciéndoles además un espacio para aprovechar los aportes, actividad y participación de los adultos mayores en la sociedad.

En consecuencia, y como lo refieren Ruiz Mejía y Begambre Pestana (2024), la implementación de un modelo de atención en rehabilitación para personas mayores de 60 años permite tener una atención integral, centrada en el paciente, evitando complicaciones, gracias a un enfoque multidimensional de intervenciones diagnósticas y terapéuticas, cuyo objetivo es mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes con la optimización de su capacidad funcional, preservando la reserva funcional y la participación en personas con deficiencias incapacitantes.

Buscando a la contribución de los modelos de atención existentes en materia de rehabilitación de la población adulta mayor se plantea con el presente trabajo la identificación de los lineamientos de un modelo de atención centrado en una atención integral de los pacientes mayores de 60 años con un enfoque preventivo para la población sin enfermedades y un enfoque de calidad de vida para los que presentan discapacidad entre los síndromes geriátricos. Por la implicaciones económicas, sociales y espaciales para esta población y el sistema de salud.

## **2 Marco de Teórico**

### **2.1 Modelos de atención en salud**

Los modelos de atención en salud tienen una definición muy clara por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que “corresponde a la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados con el objeto de contribuir a su función colectiva” (2023), de esta manera la OPS y la OMS se encargan de diseñar estrategias o modelos en los diferentes procesos de salud, los cuales deben ser completados por cada país, así ofrecer servicios con integrales y con altos estándares de calidad.

### **2.1.1 Modelo de Atención Integral para las Personas Mayores (MAIPM)**

El MAIPM se centra en la atención integral de las personas mayores con el fin de aportar a la promoción, protección, restablecimiento y ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas mayores dentro del marco de la política pública del envejecimiento y la vejez.

(Secretaría Distrital de Integración Social, 2011)

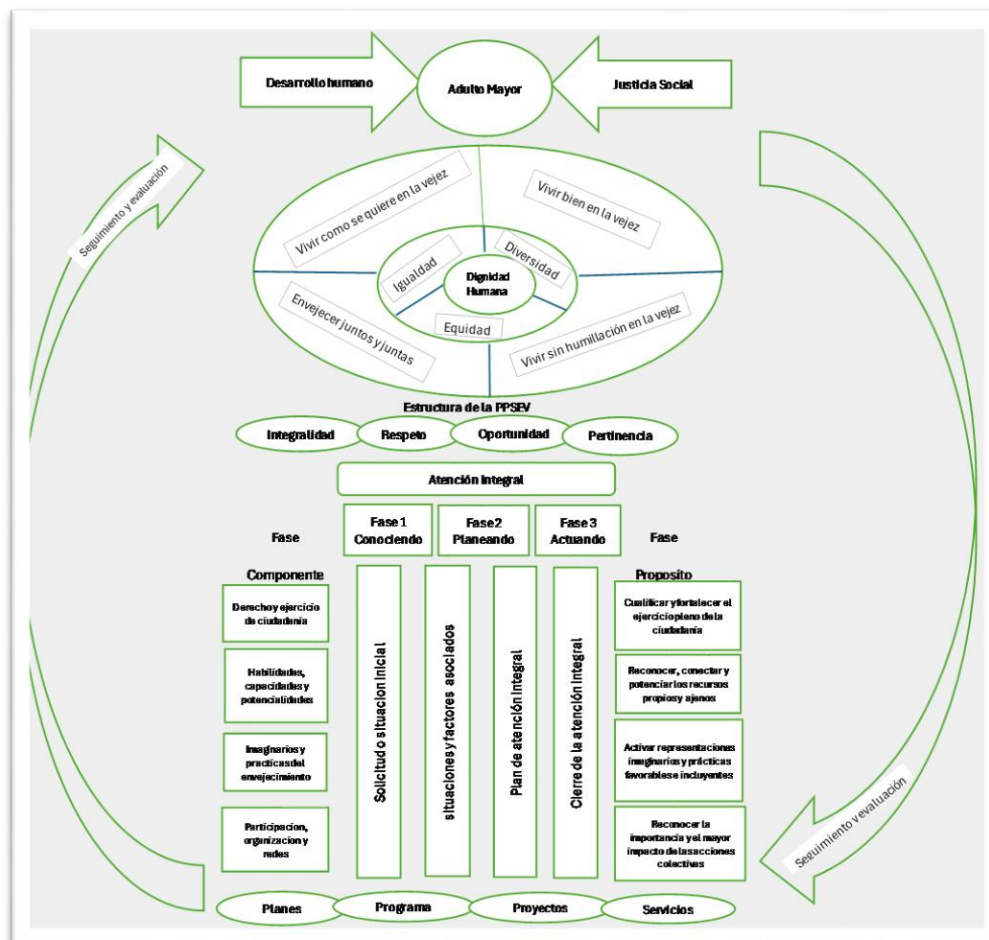
El objetivo del MAIPM es brindar una atención integral tanto a la solicitud inicial como de los nuevos aspectos identificados y relevantes, de tal manera que aporten a la superación de la problemática y así aportar al mejoramiento de la calidad de vida de la persona, su familia y comunidad.

Es así, que el MAIPM tiene como principio rector la dignidad de los adultos mayores, permitiendo que tengan una vejez con igualdad, incluyente y equitativa, esto a través de las tres fases del modelo, conociendo, planeando y actuando, los cuales se entretajan con los cuatro componentes, para conocer e identificar las particularidades de los adultos mayores para brindar una atención centrada en sus necesidades.

De esta manera, la consolidación del modelo conlleva a un trabajo operativo, técnico, administrativo y financiero, para brindar un servicio social fortalecido para dar respuestas integrales y contextualizada a las necesidades de los adultos mayores.

#### **Figura 1.**

*Modelo de Atención Integral para las Personas Mayores MAIPM*



Nota.

Tomado de “Modelo de Atención Integral para las Personas Mayores (MAIPM)”, por secretaria Distrital de Integración Social. (2011)

### 2.1.2 Modelo basado en la Atención Integrada Para Las Personas Mayores (ICOPE)

Los cambios demográficos y el envejecimiento de la población dieron lugar para que la OMS (2020), estableciera estrategias para lograr un envejecimiento saludable, este último definido como el fomento y el mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La estrategia busca una óptima capacidad funcional de los adultos mayores, es decir, el mantenimiento de los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella, de esta manera se tiene en cuenta la capacidad intrínseca de la persona que incluye la combinación de las capacidades físicas y mentales con las que cuenta

una persona y sus interacciones con la demás persona y el entorno (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Para la metodología ICOPE, es fundamental la optimización de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, considerando estos factores como elementos claves del envejecimiento saludable. Se recomiendan incluir las directrices del modelo ICOPE en los modelos para el manejo de los adultos mayores, previniendo así, la disminución de las capacidades funcionales, al tiempo que se les acompaña y se apoya a la red social de estos.

Es importante mencionar que en este modelo se incluyen las condiciones prioritarias que se asocian con una disminución de la capacidad intrínseca y las necesidades de asistencia social de las personas mayores, así como el apoyo a los cuidadores, enfocándose en el deterioro cognitivo, la pérdida de movilidad, la nutrición deficiente, la discapacidad visual, la pérdida auditiva, los síntomas depresivos, el apoyo y la asistencia social, así como el apoyo a los cuidadores.

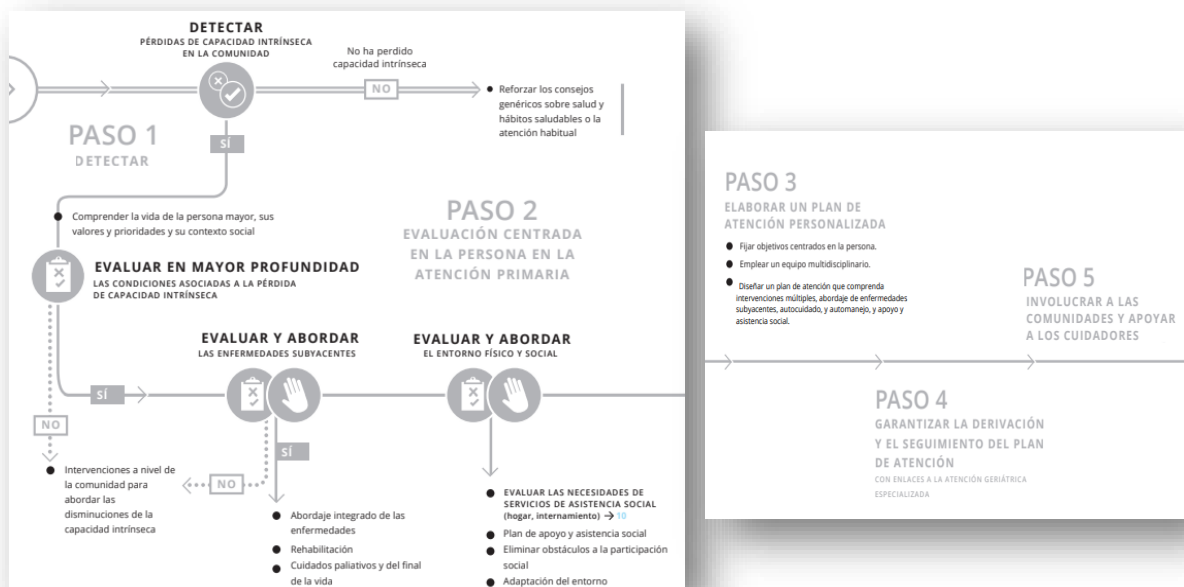
El modelo ICOPE se divide en 5 puntos que inician con la detección de la pérdida de la capacidad intrínseca en la comunidad, este punto hace referencia a las necesidades de la persona en su contexto social para sentirse funcional, seguido de una evaluación centrada en la persona en la atención primaria, en este caso se trata de evaluar en mayor profundidad el estado del adulto mayor, las enfermedades subyacentes y su desarrollo en el ámbito físico y social, este último incluye la necesidad de soporte por parte de la red de apoyo.

El tercer punto es diseñar un plan personalizado de acuerdo con las necesidades detectadas en los puntos anteriores, este se realiza con la participación de un equipo multidisciplinario que comprenda intervenciones múltiples, abordaje de enfermedades subyacentes, autocuidado y automanejo, así como apoyo y asistencia social.

Seguidamente y cuarto punto es garantizar el seguimiento al plan de atención trazado, que incluye manejo por especialistas y remisiones de ser necesario, para finalizar con el involucramiento de la comunidad y el apoyo a los cuidadores, como se muestra a continuación.

## Figura 2.

*Modelo basado en la Atención Integrada Para Las Personas Mayores (Icope)*



Nota. Imagen tomada de “Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la Atención Primaria en la Salud” por OMS y OPS (2020) Envejecimiento demográfico

En la actualidad, Colombia presenta cambios demográficos importantes, proporcionados principalmente por una fuerte disminución en eventos como la natalidad, el crecimiento poblacional y la fecundidad, por el contrario, un aumento de personas que migran a otros países, convirtiéndose en factores que favorecen el envejecimiento poblacional, y que conllevan reformular las políticas públicas en materia de cuidados de la salud y calidad de vida, como lo refiere Castro (2023):

Progresivamente ha empezado a aumentar el porcentaje de personas mayores de 60 años, se espera para el 2030, de acuerdo con las proyecciones elaboradas por el DANE, que este grupo poblacional aporte más a la dependencia demográfica que los menores de 15

años. En 1960, la población de 60 años o más representaba el 5% de la población total, en 2020 ya representa el 13% y se espera que para el 2050 sea del 27,4% (p. 1).

Por consiguiente, un envejecimiento de la población tiene un impacto directo en la salud pública y en los modelos de atención en salud, como lo expresa la OMS (2024) las personas mayores de 60 años presentan factores como la edad avanzada, discapacidades previas, comorbilidad grave, delirium, inmovilidad, caídas y demencia previa que posibilitan una mayor demanda de servicios de salud y de una red de apoyo eficiente. El Ministerio de Salud y Protección Social (2023), expresa la importancia de fortalecer las acciones de protección y aumento de oportunidades para una vida digna y con calidad en la población mayor de 60 años.

### **2.1.3 Síndromes geriátricos y las necesidades de los pacientes mayores de 60 años**

Los factores que favorecen esta dependencia son múltiples y se pueden dividir en intrínsecos (enfermedades, cambios fisiológicos y fisiopatológicos e ingestión de fármacos) y extrínsecos (uso inadecuado de auxiliares de marcha y barreras arquitectónicas dentro y fuera de la casa), derivado de estos múltiples cambios que ocurren durante la vejez. (Parada-Peña, et al., p. 203).

Los síndromes geriátricos están asociados a problemas multisistémicos que avanzan por el deterioro de los diferentes sistemas y la adaptación fisiológica de los adultos mayores a las alteraciones, dando paso a que avancen y puedan producir eventos secundarios que complican aún más el estado de salud y la calidad de vida de los adultos. (Cabrera Benavides, et al., 2024)

A continuación, se presentan algunos de ellos:

#### **Síndrome de inmovilidad**

Descrito como uno de los más prevalentes, consiste en la manifestación de síntomas fisiopatológicos multifactoriales, y que están dados por el envejecimiento y el desuso, presentándose un importante deterioro funcional que limita la capacidad de movilización, pero que es potencialmente reversible en función de la etiología y el tratamiento adecuado. (Gallardo Prieto, 2019)

Al respecto, Ferrer Gracia et al. (2021), refiere que el síndrome de inmovilidad tiene una incidencia del 18% en personas mayores de 65 años, y se manifiesta con problemas para la movilización sin ayuda, en la población adulta mayores de 75 años, un 50% tiene problemas para salir de casa y el 20% queda confinado en ella revelando un alto grado de dependencia y pérdida de la calidad de vida de los pacientes.

### **Síndrome de inestabilidad y caídas**

Definido como cualquier evento que precipite al paciente al suelo u otro nivel inferior en contra de su voluntad, se estima que aproximadamente el 30% de los adultos mayores de 65 años experimentan una caída cada año, de los cuales el 25% sufren complicaciones significativas en su primera caída, tales como fracturas, traumatismos craneoencefálicos, lesión medular, síndrome poscaída y lesiones de los tejidos blandos. Además, el riesgo de reincidir en otro evento o episodio similar asciende el 66% durante el primer año (Parra-Saldarriaga, et al., 2023).

Ante la recurrencia de eventos de las caídas, Carrazco Peña et al. (2022), describen posibles causas para su ocurrencia como la presencia de sarcopenia, fragilidad, polifarmacia, multimorbilidad, deficiencia de vitamina D, osteoartrosis de las extremidades inferiores, depresión, enfermedad cardíaca, nicturia o medicación con sedantes o fármacos que alteran el equilibrio y la marcha. Se reconocen algunos peligros ambientales tales como poca iluminación, alfombras, áreas de mucho desorden, cables eléctricos, superficies resbaladizas, escalones y escaleras.

Motivo para recomendar una intervención efectiva combinada con la prevención para cualquier factor de riesgo y la adherencia del adulto mayor a programas de actividad física, rehabilitación y entrenamiento (Deysi Liliana, 2024).

### **Síndrome de incontinencia urinaria**

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina desde la vejiga, referido por Chaves Medina et al. (2024) como uno de los trastornos más comunes entre la población adulta mayor, presentándose en el 31 a 45% de los adultos mayores de 80 años debido a cambios anatómicos y funcionales secundarios al envejecimiento.

De igual manera, Chaves Medina et al., (2024) refiere que esta alteración del piso pélvico tiene una alta prevalencia entre los adultos mayores y un impacto negativo en la dimensión funcional, psicosocial y de calidad de vida. No suele ser un motivo frecuente de consulta, por lo cual debe ser captada a través de la revisión por sistemas al menos una vez cada año entre la población, especialmente en adultos mayores que no quieren salir de su casa, lo anterior para brindar un abordaje adecuado que incluye urología, ginecología, geriatría, terapia física y ocupacional (con entrenamiento en piso pélvico).

### **<Síndrome de deterioro cognitivo**

El deterioro cognitivo es una pérdida o disminución, temporal o permanente, de varias funciones mentales superiores, en personas que las conservaban intactas previamente. Incluye cuadros muy definidos como el síndrome confusional agudo; secundario a infecciones, anemia, patología que afecta a cualquier sistema, ingresos hospitalarios, cambio de domicilio, entre otras etiologías. La demencia de diferentes orígenes, como el tipo Alzheimer, vascular, formas mixtas, enfermedad por cuerpos de Lewy. También engloba otros cuadros no tan definidos, vinculados o no a problemas de salud, que habitualmente se conocen como trastorno cognitivo asociado a la edad o el deterioro cognitivo leve (Méndez Mendoza, et al., 2021).

## **Síndrome de fragilidad**

El síndrome de fragilidad es asociado al envejecimiento, caracterizado por una disminución progresiva de la reserva fisiológica, definido por Carrasco (2024) como un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbilidad y mortalidad en los adultos mayores, o también como una capacidad reducida del organismo a enfrentar el estrés.

Hasta el momento, la fragilidad en el adulto mayor se ha relacionado con la aparición de otras comorbilidades, entre las cuales se encuentra la sarcopenia, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la anemia y la depresión, con un mayor predominio en el género femenino a excepción de la discapacidad física, que se presentó solo en el sexo masculino (Moya Moya & Pachucho Flores, 2022).

## **Discapacidad**

La discapacidad es entendida como algún tipo de deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás (OPS/OMS, 2024). También puede identificarse como una situación en la que se presenta restricciones en su participación plena y activa en la sociedad (Gómez, et al., 2020).

La discapacidad es un tema que merece un trato equitativo sin inclusión, permitiendo que las personas, en especial las mayores de edad puedan retomar su vida e independencia lo más pronto posible, dejando de lado la carga social, emocional y económica que ello supone. En el caso específico de las personas con cierto tipo de limitación y que depende de su red de apoyo, suponen una carga para la sociedad, por tal motivo, es indispensable hablar de la calidad de vida de esta población (2020).

Al respecto, Lugo Agudelo y Cols (Lugo Agudelo, y otros, 2022), consideran que las personas que llegan a presentar una discapacidad afectan su calidad de vida, y el grado de esta afectación depende de la edad, el entorno, las características, el tipo y la gravedad de la lesión, las morbilidades asociadas, la información que recibe el paciente, la atención médica y el proceso de rehabilitación brindado.

De esta manera y como lo expone Duque Quintero (2020), la discapacidad puede presentarse de orden sensorial y cognitivas, lo cual obliga a mirar el tema desde múltiples factores que van a determinar la calidad de vida del paciente, como son, el apoyo, el modelo social, la familia y los miembros de su comunidad, y de esta forma, se logre la adaptación a las actividades cotidianas y de participación social.

**Ámbito económico:** La situación de discapacidad no solo genera un impacto económico por los gastos sanitarios y de rehabilitación del paciente, además se genera exclusión social desde las disparidades económicas en sectores de la sociedad como: la calidad y condiciones de vida, niveles de ingresos insuficientes, dificultades financieras del hogar y desprotección social (DANE, 2023).

**Ámbito laboral:** Las personas en situación de discapacidad pueden tener una exclusión del mercado laboral, situación ligada a aspectos como el desempleo, el subempleo, la descualificación y la imposibilidad, así como las condiciones de trabajo donde se enfoca la mirada en la precarización del empleo (Durán Díaz & Sáenz Rodríguez, 2020).

**Ámbito socio sanitario:** los sujetos en situación de discapacidad se clasifican en sistemas de estabilidad financiera del sistema de salud como generadores de dependencia y estigmatización social, enfrentándose a dificultades para acceder a una atención integral, y esto afecta negativamente el mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos (Fundación Saldarriaga Concha, 2023)

**Ámbito relacional:** La red de apoyo social es fundamental, porque son la base para hacer frente a las eventualidades por riesgos o vulnerabilidad y, en caso contrario, su ausencia o precariedad pueden llevar a la profundización del abandono o al descuido de los sectores excluidos como puede ocurrir en el caso de la discapacidad asociada a accidentalidad vía (Revuelta & Hernández, 2021)

**Ámbito político:** hace referencia al acceso o no a la defensa de los derechos económicos, sociales y políticos en materia de la discapacidad asociada a incidentes viales (Duque Quintero, et al., 2020).

**Ámbito contexto espacial:** Se tienen en cuenta tres componentes:

- Espacio físico, la exclusión social es visible por el deterioro en edificios, vivienda, servicios, espacios públicos y deficiencia en la movilidad.
- Espacio sociocultural la estigmatización del territorio, la inseguridad ciudadana, la falta de cohesión social y la ausencia de recursos y equipamientos públicos.
- Espacio económico, se revela la exclusión a partir de la marginación económica. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2022)

Los factores anteriores, sin duda alguna revelan los elementos que pueden afectar la calidad de vida y desde los cuales se puede analizar el significado de la discapacidad en la vida las personas, y de cómo esta afecta los años de vida.

## 2.2 Rehabilitación

La OMS (2024) define la rehabilitación como un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno, afirmando además que la rehabilitación de las personas que presenta alguna afectación es una parte esencial de la cobertura de los servicios de salud de manera global, junto con la promoción de la buena salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento y los cuidados paliativos.

La rehabilitación de una limitación o una alteración permite según lo afirma la OMS (2024) que los adultos mayores retomen su independencia en su día a día y les permite participar en actividades familiares, laborales o recreativas o llevar a cabo las tareas que dan sentido a su vida, como atender a la familia.

La OMS (2024) calcula que en el mundo actualmente hay 2400 millones de personas que tienen alguna afección que podría mejorar con rehabilitación. Se prevé que la necesidad de rehabilitación aumente en todo el mundo debido a los cambios en la salud y las características de la población. Por ejemplo, se vive durante más tiempo, pero con más enfermedades crónicas y discapacidad.

En la actualidad, buena parte de las necesidades de rehabilitación no están atendidas. En algunos países de ingreso bajo y mediano, más del 50% de las personas no reciben los servicios de rehabilitación que precisan (Gómez Sánchez, et al., 2023).

Las emergencias, en particular las derivadas de conflictos, desastres y brotes generan un aumento repentino de las necesidades de rehabilitación y, al mismo tiempo, trastocan los servicios de rehabilitación. (Organización Mundial de la Salud, 2024)

### **Beneficios de la rehabilitación**

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 2024), refiere que la rehabilitación puede reducir los efectos de numerosos problemas de salud, entre ellos enfermedades (agudas o crónicas), afecciones o traumatismos. Además, complementa otras intervenciones de salud, como las intervenciones médicas o quirúrgicas, y contribuye a facilitar la recuperación y a conseguir el mejor resultado posible. La rehabilitación también puede ayudar a prevenir, reducir o tratar las complicaciones de muchos problemas de salud, como las asociadas a lesiones medulares, accidentes cerebrovasculares o fracturas.

De igual forma, la OMS (2024) afirma que la rehabilitación contribuye a minimizar o retrasar los efectos incapacitantes de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, dotando a los pacientes de estrategias de autogestión y de las ayudas técnicas que precisen, o ayudándoles en el manejo del dolor u otras complicaciones. De esa manera, la rehabilitación contribuye al envejecimiento saludable.

Por su parte, el Ministerio de Salud del Salvador (Ministerio de Salud del Salvador, 2022) refiere que la rehabilitación es una inversión rentable en lo que atañe al costo tanto para quien la precisa como para la sociedad en su conjunto, puede ayudar a evitar hospitalizaciones costosas, reducir la duración de estas y evitar los reingresos, dado que hace posible que quienes la reciben puedan empezar a trabajar o volver al trabajo y al empleo, o llevar una vida independiente en su casa, la rehabilitación minimiza la necesidad de recibir apoyo financiero y la dependencia de cuidadores.

La rehabilitación es un componente importante de la cobertura sanitaria universal y una estrategia fundamental para lograr el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible («Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades») (2023).

### **2.3 Enfoque diferencial: Calidad de vida en el adulto mayor**

Hasta el momento se ha expuesto sobre el envejecimiento de la población, los síndromes geriátricos y las medidas adoptadas por el gobierno nacional para mantener y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Desde esta perspectiva se requiere de la implementación de un modelo de atención en rehabilitación para las personas mayores de 60 años, con una intervención oportuna y efectiva para mantener su autonomía y calidad de vida, sin llegar a depender de su red de apoyo o terminar postrados por una patología incapacitante.

En referencia Lenartowicz (2023), manifiesta que un modelo de prevención en el adulto mayor debe enfocarse en prevenir enfermedades, la fragilidad, los accidentes (es decir, lesiones

no intencionales), las complicaciones iatrogénicas y los problemas psicosociales. Además, fortalecer el mantenimiento de la capacidad y autonomía para realizar las actividades de la vida diaria, sin embargo expone que es necesario tener en cuenta que no todas las personas mayores de 60 años califican para este tipo de modelos, mencionando que ante esta propuesta se debe tener en cuenta el estado de salud del paciente, los antecedentes relacionados con enfermedades crónicas y la susceptibilidad a convertirse en un paciente frágil o complejo.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024), considera que entre los años 2021 al 2030, el mundo debe prepararse para la década de envejecimiento saludable en las Américas, periodo en el que es fundamental fomentar el envejecimiento saludable, a través de la optimización de las habilidades funcionales de esta población, teniendo en cuenta que también es normal la reducción de las capacidades gradualmente, enmarcando así la obligatoriedad de implementar un programa que brinde a los adultos mayores una atención integrada y centrada en la persona es fundamental.

## **2.4 Marco Regulatorio**

### **2.4.1 Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022- 2031**

Ante la prevalencia e incidencia de los síndromes geriátricos, el gobierno nacional promueve una política que no solo atienda las afectaciones de este sector poblacional, sino que, además, prevenga un aumento desmesurado de complicaciones físicas, permitiendo que esta población pueda acceder a recursos y programas que le permitan tener una vida de calidad y con la menor dependencia posible.

De esta manera, surge la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, y las actividades estarán acompañadas con la creación del 'Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez', el cual tendrá como objetivo recopilar, sistematizar, analizar, documentar y hacer pública la información relacionada con el envejecimiento y la vejez, con el fin de disponer de un soporte

para la evaluación de la política y generar recomendaciones sobre diseño, implementación y seguimiento de planes, programas y proyectos dirigidos a las personas mayores y frente al proceso de envejecimiento en el territorio nacional (Min Salud, 2022, p. 1).

La política pública de envejecimiento y vejez cuenta con 6 ejes estratégicos, 3 de los cuales hacen parte del sector salud y el manejo y prevención de las patologías

- Superación de la dependencia económica de las personas mayores.
- Inclusión y participación ciudadana.
- Vida libre de violencias para las personas mayores.
- Atención integral en salud, atención a la dependencia y organización del servicio de cuidado.
- Envejecimiento saludable para una vida independiente, autónoma y productiva en la vejez.
- Educación, formación e investigación para enfrentar el desafío del envejecimiento y la vejez.

Sin embargo, esta no es la única norma que se ha decretado a favor de la protección de los adultos mayores, para brindarles una calidad de vida, es así, que en el 2021 el gobierno nacional a través del Decreto 163 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021), se insta al sector a salud a tener un registro actualizado de los programas y políticas que se adelanten en favor de la población adulta mayor.

Otra de las normas que fomenta el cuidado y la protección de la población mayor de 60 años es la ley 2055 (Congreso de la Republica, 2020), por medio de la cual el gobierno nacional resalta el derecho de los adultos mayores a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

**Tabla 1.**  
*Normatividad*

<b>Ley</b>	<b>Marco legal y normativo</b> <b>Descripción</b>
<b>Ley 100 (1993)</b>	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral
<b>Ley 1122 (2007)</b>	La cual tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y se hacen modificaciones a los principios de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores y mejoramiento en la prestación de servicios de salud.
<b>Ley 1438 (2011)</b>	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.
<b>Resolución 1043 (2006)</b>	Establece las condiciones que deben cumplir las (IPS) para habilitar sus servicios de salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación cumpliendo con Capacidad Tecnológica y Científica, Suficiencia Patrimonial y Financiera, Capacidad Técnico- Administrativa.
<b>Decreto 4747 (2007)</b>	El cual tiene como por objeto en su artículo 1ro. Regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud (IPS) y las entidades responsables de pago de los servicios de salud de la población a cargo (EAPB), y establecer mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud en el artículo 4to.
<b>Resolución 3047 (2008)</b>	En la cual se define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deben ser adoptados por las (IPS) y las entidades responsables de pago.
<b>Ley Estatutaria 1751 (2015)</b>	Por medio del cual se regula y garantiza el derecho fundamental a la salud. Describiendo los principios y cualidades que se deben cumplir
<b>Circular 016 (2016)</b>	Establece el catálogo de información financiera que las IPS deben reportar, con el objetivo de supervisión, esquematizar de manera lógica los conceptos y operaciones de todas las entidades vigiladas.
<b>Circular Externa 013 (2016)</b>	Establece la prestación de servicios de salud y remoción de barreras: Las entidades vigiladas deberán garantizar el acceso a los servicios de salud y no podrán implementar estrategias de cierre de servicios de las (IPS)
<b>Decreto 376 (2022)</b>	Por medio del cual se dan los lineamientos para facilitar la capacitación del talento humano en salud, para optimizar su desempeño e idoneidad

Nota. Elaboración propia

### 3 Objetivos

### **3.1 Objetivo general**

Identificar los lineamientos del modelo de atención en rehabilitación para personas mayores de 60 años con enfoque multidimensional en calidad de vida en una IPS de atención ambulatoria de la ciudad de Cali.

### **3.2 Objetivos específicos**

Analizar el modelo de atención vigente en rehabilitación de la IPS.

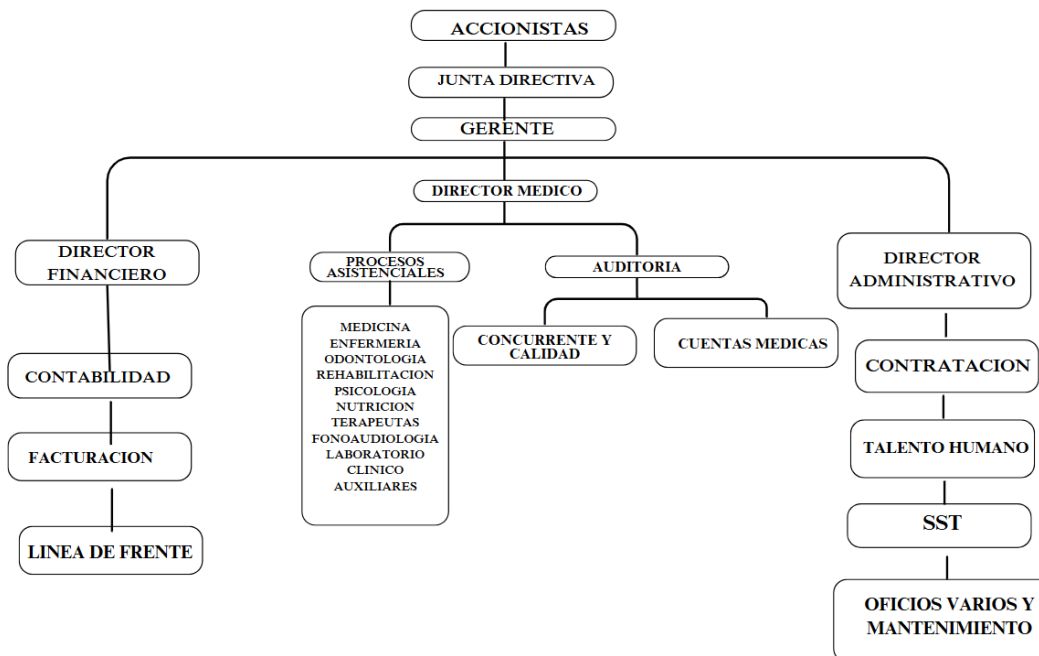
Caracterizar la población del modelo de rehabilitación centrándose en personas mayores de 60 años en una IPS.

Plantear un plan de mejora del modelo de atención en rehabilitación actual para personas mayores de 60 años con enfoque multidimensional en calidad de vida.

## **4 Descripción General de la Entidad**

La IPS es una institución privada, que presta servicios a la comunidad en cumplimiento de la Ley 100 de 1993 y las normas establecidas por el gobierno nacional, teniendo como fin social la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad y seguridad, sometido a la vigilancia y control de los entes de control y la Superintendencia Nacional de Salud.

**Figura 3.**  
*Estructura organizacional*



Nota. Imagen elaborada con información de datos proporcionados por la IPS

La IPS cuenta con una estructura de empleados para el año 2024 de ciento cuatro (104) personas con contratación directa, el 62,50% de colaboradores se desempeñan en el área asistencial y el 37.50% hacen parte del área administrativa.

#### 4.1 Desempeño y evolución histórica de la empresa- IPS, incluyendo situación actual

Este proyecto se realiza en un IPS de la ciudad de Cali que presta servicios de salud de baja complejidad, la cual fue fundada en el año 2000, como un centro médico para la atención por medicina general de pacientes particulares, pero que debido a la crisis del sector salud, en el año 2009 fue transformada en una de las 10 IPS de primer nivel que prestan sus servicios a una aseguradora para apoyar su gestión y ampliar su potencial con el fin mejorar su estado económico.

De esta manera, la capacidad instalada pasa de tener 3 consultorios para consulta de medicina general, a prestar los servicios que conserva en la actualidad, incluyendo consultas particulares de primer nivel de atención:

**Tabla 2.**  
*Servicios ofertados en la IPS*

<b>Servicios ofertados</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Habilitado</b>	<b>Modalidad</b>
Enfermería	3	Si	Presencial
Medicina general	9	Si	Presencial
	3	Si	Virtual
Medicina interna	2	Si	Presencial
Rehabilitación	6	Si	Presencial
Odontología	2	Si	Presencial
Psicología	4	Si	Presencial
Nutrición y Dietética	1	Si	Presencial
Terapia Ocupacional	5	Si	Presencial
Terapia Respiratoria	3	Si	Presencial
Fonoaudiología	3	Si	Presencial
Trabajo Social	2	Si	Presencial
Laboratorio Clínico	1	Si	Presencial

Nota. Elaboración propia

La IPS presta sus servicios a una EPS privada con cobertura en 7 municipios del Valle del Cauca, siendo Santiago de Cali su área de mayor influencia con una población de 482,365 afiliados a junio de 2024, de los cuales 258,812 son mujeres que corresponde al 53.65% y 223,553 son hombres que corresponde al 46.35%, de acuerdo con la Base de datos BDUA (2024). ,

**Tabla 3.**  
Tendencias pacientes en los últimos 5 años

<b>Año</b>	<b>Población</b>	<b>Año anterior</b>	<b>2020</b>
2020	118.826		
2021	116.108	-2.718	-2,29%
2022	115.410	-698	-2,87%
2023	114.464	-946	-3,67%
2024	115.113	649	-3,12%

Nota. Elaboración  
aportados por la IPS

propia con datos

En cuanto al número de pacientes atendidos en la IPS en los últimos 5 años, se observa una actividad con tendencia a la disminución de pacientes en referencia al año 2020, sin embargo, en el último año 2024 se observa un leve crecimiento en comparación con el año 2023.

En el último año se prestaron 37.641 servicios en consulta por medicina general lo cual corresponde a un 32.70%, por enfermería se prestaron 22.469 consultas (19.52%), en el servicio de odontología 7.862 (6.83%), el servicio de rehabilitación prestó 15.987 servicios que corresponde a un 13.89%, laboratorio clínico 26.907 (23.37%), en los servicios de trabajo social 479 (0.42%) y nutrición 925 (0.80%) registros.

En la actualidad la IPS tiene un contrato cápita con una EAPB, como único asegurador negociado, para la atención de la población asignada según lo definido en el decreto 441 (2022) como una modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado.

En este caso en particular se asignó el total de la población del área de influencia para la prestación de servicios de baja complejidad.

Sin embargo, lo descrito anteriormente no incluye los servicios de psicología, rehabilitación, nutrición y trabajo social, en esos casos el pago se realiza por evento, que consiste en una modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona.

Otro factor importante, son los servicios prestados a pacientes de medicina prepagada y póliza, los cuales son cobrados por eventos y en el caso de pacientes particulares la prestación se realiza con tarifa plena, es decir, el valor a cancelar será el equivalente al servicio según lo estipulado por la IPS.

Continuando con el tipo de contratación de la IPS y el estado económico de la misma, fue necesario hacer el diagnóstico financiero, haciendo uso de la información financiera consignada en los estados financieros de los años 2021 al 2024 como se muestra en la tabla 4.

De igual manera, Se resalta que la empresa para el año 2020 presentó ingresos con una variación en crecimiento del 181%, sin embargo, se evidencia que para el año 2021 al 2024 la empresa presenta un decrecimiento del -10% producto de la crisis del sector salud, y de la intervención de la EAPB con la cual tiene una relación comercial de más de 15 años.

Lo anterior, se da después de que en el año 2021 la EAPB empieza a alertar de la gran crisis e insostenibilidad financiera que se presentaba, mostrando también interés en retirarse del sector y entregar sus afiliados, algo que afectó directamente a la IPS, debido a la gran participación de la aseguradora en los ingresos, esto sumado a la falta de liquidez del sector y los cambios que se dan en el marco de nuevas políticas, incluyendo la imposibilidad para toma de decisiones por parte de los inversionistas, obligación que está delegada en la figura del interventor asignado por el gobierno nacional (Ceballo, 2024).

**Tabla 4.**  
*Indicadores financieros*

Activo	2021	2022	2023	2024	VARIACIÓN	
<b>Activo Corriente</b>						
<b>Efectivo y equivalentes de efectivo</b>	24.385.135	68.597.230	193.700.835	173.671.787	-20.029.048	-10%
<b>Instrumentos financieros</b>	606.606.269	606.606.269	606.606.269	606.606.269	0	100
<b>Cuentas Comerciales y otras cuentas por cobrar</b>	303.991.101	602.941.044	710.182.808	823.068.100	112.885.292	16%
<b>Total Activo Corriente</b>	<b>934.982.505</b>	<b>1.278.144.543</b>	<b>1.510.489.912</b>	<b>1.603.346.156</b>	<b>92856244</b>	<b>6%</b>
<b>NO CORRIENTE</b>						
Cuentas Comerciales y otras cuentas por cobrar	117.255.846	117.255.846	88.836.542	49.755.169	-39.081.373	-44%
Propiedades, planta y equipo	56.997.480	59.660.530	62.991.170	64.384.144	1.392.974	2%

Activos Intangibles	12.000.000	0	0	0	0	100%
<b>TOTAL, NO CORRIENTE</b>	<b>186.253.326</b>	<b>176.916.376</b>	<b>151.827.712</b>	<b>114.139.313</b>	<b>-37.688.399</b>	<b>-25%</b>
TOTAL, ACTIVO	1.121.235.831	1.455.060.919	1.662.317.624	1.717.485.469	55.167.845	3%
<b>PASIVO</b>	<b>31/12/2021</b>	<b>31/12/2022</b>	<b>31/12/2023</b>	<b>31/12/2024</b>		
<b>CORRIENTE</b>						
Obligaciones financieras	44.514.921	61.228.077	89.125.510	187.489.286	98.363.776	110%
Proveedores	79.331.089	114.940.969	185.548.215	220.271.685	34.723.470	19%
Cuentas por pagar comerciales	85.164.834	155.485.764	153.371.255	49.372.455	-	-
					103.998.800	-68%
Impuestos, gravámenes y tasas	43.089.349	64.959.594	50.034.770	41.147.296	-8.887.474	-18%
Beneficios a los Empleados	68.470.174	107.702.190	145.032.691	102.380.156	-42.652.535	-29%
<b>TOTAL, CORRIENTE</b>	<b>320.570.367</b>	<b>504.316.594</b>	<b>623.112.441</b>	<b>600.660.878</b>	<b>-22.451.563</b>	<b>-4%</b>

**Tabla 4. Continuación**

NO CORRIENTE	257.185.486	253.927.486	253.927.486	202.412.486	-	-
Cuentas por pagar comerciales					51.515.000	-20%
					0	
<b>TOTAL, NO CORRIENTE</b>	<b>257.185.486</b>	<b>253.927.486</b>	<b>253.927.486</b>	<b>264.908.912</b>	<b>10.981.426</b>	<b>4%</b>

**Tabla 4. Continuación**

TOTAL, PASIVOS	577.755.853	758.244.080	877.039.927	865.569.790	-11.470.137	-1%
<b>PATRIMONIO</b>						
CAPITAL SOCIAL						
Capital suscrito y pagado	212.500.000	212.500.000	212.500.000	212.500.000	0	0%
Reservas	10.609.837	24.549.552	24.549.552	24.549.552	0	0%
Utilidad del Ejercicio	83.445.200	139.397.146	88.460.858	74.680.358	-13.780.500	-16%
Utilidades de ejercicios anteriores	236.924.941	320.370.141	459.767.287	540.185.769	80.418.482	17%

<b>TOTAL, PATRIMONIO</b>	<b>543.479.978</b>	<b>696.816.839</b>	<b>785.277.697</b>	<b>851.915.679</b>	<b>66.637.982</b>	<b>8%</b>
<b>TOTAL, PASIVO + PATRIMONIO</b>	<b>1.121.235.831</b>	<b>1.455.060.919</b>	<b>1.662.317.624</b>	<b>1.717.485.469</b>	<b>55.167.845</b>	<b>3%</b>

Nota. Información aportada por la IPS objeto de estudio

## 4.2 Direccionamiento estratégico

El modelo presentado se enfoca en brindar una atención centrada en las necesidades psicosociales del adulto mayor, así como en la prevención y el mantenimiento de la salud, para lo cual se realiza una **Valoración Geriátrica Integral (VGI), que incluye aspectos físicos, cognitivos, emocionales y sociales, y donde el adulto mayor es tenido en cuenta e incluido en la toma de decisiones sobre su rehabilitación.**

**Lo anterior permite considerar el bienestar del adulto mayor desde una visión física, mental y social, además de brindar soporte a la red de apoyo social, como complemento para mejorar su calidad de vida.**

### 4.2.1 Misión

Brindar atención integral, enfocados en la prevención y mantenimiento de la salud, al proveer excelentes servicios de salud, a través de las buenas prácticas clínicas en todos los servicios ofrecidos, lo anterior con consideración y respeto por el paciente mejorando su calidad de vida en todos los ciclos de vida.

### 4.2.2 Visión

Al 2030 ser reconocidos como una institución que brinda servicios de forma adecuada, oportuna y suficiente a toda la comunidad, con un modelo de atención enfocado en la prevención y mantenimiento de la salud.

### 4.2.3 Objetivos estratégicos:

#### Social

- Consolidar a la IPS como entidad comprometida con el bienestar social de los usuarios y talento humano.

- Consolidar un modelo de gestión integral enfocado en adultos mayores de 60 años, manteniendo y mejorando su calidad de vida, a través de una atención socialmente significativa para el usuario y la familia.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares que acuden a los servicios de rehabilitación física

### **Financiero**

- Generar valor económico y garantizar la sostenibilidad financiera de la IPS

### **Cliente y Competitividad**

- Lograr un excelente posicionamiento a nivel local, nacional e internacional por calidad, seguridad en la atención de pacientes, innovación, tecnología e integralidad en la prestación de servicios de salud.
- Incrementar las alianzas y venta de servicios y/o productos a nivel local, nacional e internacional.
- Mejorar la oportunidad, continuidad en la prestación de servicios y accesibilidad de usuarios y clientes a los productos y servicios de la IPS.
- Alcanzar altos niveles de fidelización y experiencia agradables en la atención del cliente.

#### **4.2.4 Gobierno corporativo**

El gobierno corporativo de la IPS busca garantizar la transparencia, la ética y la responsabilidad en la gestión de recursos y servicios, a través de la integración de las estructuras y procesos mediante los cuales se dirigen y controlan las organizaciones, y es especialmente importante en el sector salud debido a la sensibilidad de los datos y la necesidad de cumplir con normativas estrictas.

Transparencia: Informar a las partes interesadas sobre las decisiones, operaciones y resultados de la empresa. Esto incluye la publicación de informes financieros claros y accesibles.

Ética: Fomentar una cultura empresarial que priorice el bienestar del paciente, evitando conflictos de interés y prácticas poco éticas.

Cumplimiento Normativo: Asegurarse de que todas las operaciones se realicen dentro del marco legal vigente, cumpliendo con regulaciones locales e internacionales.

Consejos de Administración: Formar un consejo diverso y calificado que pueda supervisar efectivamente la gestión de la empresa y tomar decisiones estratégicas.

Gestión de Riesgos: Implementar sistemas para identificar, evaluar y mitigar riesgos, especialmente aquellos relacionados con la seguridad del paciente y la integridad de los datos.

Responsabilidad Social: Invertir en iniciativas que beneficien a la comunidad, como programas de prevención y mantenimiento de la salud.

#### **4.2.5 Valores Corporativos**

- Vocación de servicio
- Excelencia
- Trabajo en equipo
- Integridad

#### **4.2.6 Marco regulatorio general y entidades de control**

La IPS se rige por la Ley 100 de 1993 y la ley estatutaria 1751 de 2015, y todos los decretos reglamentarios y resoluciones expedidas por el gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, además de las normas que le rigen por ser una entidad comercial con estructura Jurídica (ley 222 de 1995).

Junta Directiva	Corresponde a los titulares de acciones ordinarias inscritos en el libro de Registro de Accionistas
Gerencia	Ejerce el liderazgo de dirección y operación de la sociedad, en particular como vocero de la alta dirección y representante legal ante terceros y de la Clínica respecto de sus funcionarios
Comités Administrativos	Talento Humano
	Compras
	Convivencia laboral
	Administrativo de gestión ambiental GAGAS
	SG SST
Comités Asistenciales	COPASST
	Historia Clínica
	Ética
Órganos de Control	Seguridad del Paciente
	Comité de Auditoría, Riesgos y Gobierno Corporativo
	Auditoría Interna
	Revisoría Fiscal
Canales de comunicación y atención	
Manejo y cuidado de la información	

**Tabla 5.**

*Estructura de gobierno corporativo*

#### 4.2.7 Oferta de Valor

La propuesta de valor de la IPS se basa en brindar soluciones integrales en salud, con un enfoque en la protección, el bienestar y la gestión de riesgos. Su estrategia se centra en la innovación, la calidad y el compromiso con sus clientes, buscando generar una experiencia positiva y relaciones duraderas, además, en el acompañamiento eliminando barreras administrativas para acceder a los servicios de salud, esto, a través de la gestión de autorización de servicios para garantizar la atención oportuna y continua de los pacientes.

En detalle, la propuesta de valor incluye:

**Valoración Geriátrica Integral:** El modelo establece como política institucional la aplicación de la valoración integral para todos los usuarios mayores de 60 años y en el que se incluyen criterios universales de evaluación física, nutricional, mental y social.

**Prestadores de salud:** Acceso a una amplia red de profesionales y tecnología disponible, garantizando disponibilidad de recursos para su aplicación rutinaria desde la admisión en programas de rehabilitación, además de la incorporar profesionales de nutrición y psicología en el equipo de rehabilitación para todos los usuarios y programas

**Servicios diferenciados:** la atención de los usuarios contara con acceso directo a los diferentes especialistas y programas, lo cual permite realizar intervenciones simultáneas de soporte emocional y nutricional como parte del plan terapéutico así mismo, tamizajes periódicos para detectar desnutrición, depresión y deterioro cognitivo.

**Enfoque en la prevención:** Programas y campañas de salud enfocadas en la promoción del bienestar y la prevención de enfermedades, que incluyen la red de apoyo de los usuarios.

**Gestión ágil y oportuna:** Respuestas rápidas a las solicitudes de los afiliados y procesos operativos eficientes, mediante la comunicación directa con la EPS para gestionar la autorización de servicios, y eliminar barreras de tipo administrativo.

**Acompañamiento personalizado:** Servicio con trato digno, respetuoso, oportuno y cálido a los clientes.

**Salud Integral:** Integrando salud física, social y mental, con programas de bienestar social y apoyo emocional.

**Desarrollo de colaboradores:** Programas de bienestar y apoyo para la salud financiera y mental de los empleados, garantizando el bienestar de los colaboradores se garantiza el cumplimiento de las labores de manera amena, respetuosa y sin contratiempos.

**Ética y transparencia:** Principios de responsabilidad, respeto, equidad y transparencia en la gestión de la empresa y colaboradores.

**Mejoramiento continuo:** Enfoque en la mejora continua de los procesos y servicios.

#### 4.2.8 Capacidades

La IPS ha preparado un portafolio de servicios para garantizar el bienestar físico, mental y social de los usuarios, por esta razón, se incluye programas que garanticen el manejo integral del paciente, esto mediante la aplicación de escalas validadas como el índice de Barthel, escala de fragilidad (Fried o FRAIL), escala de caídas o el Clinical Frailty Scale, una vez valorado el paciente de manera integral y con base en los resultados, se debe establecer rutas diferenciadas de intervención fisioterapéutica según nivel de riesgo funcional y social.

La implementación de las escalas de dependencia permite identificar el grado de dependencia del usuario, así como la necesidad de ayuda y apoyo del adulto mayor para las actividades de la vida diaria, asimismo, facilitando el diseño o identificación de programas de atención y cuidado personalizados.

##### **Programa Mente Sana**

Este programa promueve el desarrollo personal y social, además, el fortalecimiento de las habilidades que favorecen el bienestar mental individual y colectivo, reduciendo los factores de riesgo para trastornos mentales.

De esta manera el programa Mente Sana se basa en un espacio donde el paciente y su red de apoyo son contactados por el Profesional en Psicología, y a través de diferentes pruebas y una entrevista personal, se identifican aquellos factores que deban abordarse en el paciente y su núcleo social, para garantizar que su salud mental este en las mejores condiciones posibles.

##### **Programa Salud Amigable**

Este programa se enfoca en la atención prestada por el equipo multidisciplinario, la cual se caracteriza por ser integral, garantizando la prestación de los servicios de salud, basados en la seguridad, pertinencia, calidad, oportunidad, con un enfoque científico y a la vez amigable con el paciente y su red de apoyo, brindándoles estrategias y herramientas que puedan implementarse dentro del núcleo familiar para garantizar el bienestar físico, mental y social del usuario,

### **Programa Prevenir antes que Lamentar**

Enfocado en el autocuidado, se presenta un programa de gestión del riesgo mediante acciones individuales y colectivas que promuevan el autocuidado, este plan es manejado por enfermeras profesionales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y psicología, en él se busca abordar a los adultos mayores que no presenten discapacidades e incluirlos en un programa que les permita ejercitar la mente y el cuerpo, como medida de prevención contra alteraciones mentales y físicas propias del envejecimiento. El programa más que una cita en un centro de salud busca convertirse en un lugar de encuentro de los adultos mayores, donde puedan compartir tiempos de entretenimiento y salud.

### **Programa Cuidate en Casa**

Diseñado para aquellos pacientes con discapacidades severas y que requieran un manejo domiciliario, incluye medicina general, enfermería, rehabilitación, nutrición, psicología y trabajo social.

### **Programa Te Acompañamos**

Diseñado para pacientes en cuidados paliativos, se trata de un espacio de acompañamiento a pacientes crónicos por parte de médico general, enfermería, psicología, trabajo social y nutrición, en él se busca ofrecer el máximo bienestar en todas las etapas de la enfermedad.

### **Programa Nutricional**

El programa nutricional garantiza el estado nutricional de todos los usuarios, enfocados en conocer sus gustos y como adaptar estos a una alimentación saludable.

### **Programa Vigorosos**

Es un programa de fisioterapia, basado en la rehabilitación de los pacientes con discapacidades, busca el mejoramiento de la calidad de vida y la integración de la persona en las mejores condiciones posible al medio familiar, social y ocupacional.

### **Servicio Tú Tranquilo**

Más que un servicio es la eliminación de barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud, consiste en la gestión por parte del equipo de apoyo o gestores para generar las autorizaciones y dar respuestas a los trámites administrativos que se generen durante la prestación del servicio y posterior a esta, es decir, garantizar que los pacientes sean contactados por su EPS en el caso de que no continúen en la institución

### **Brechas**

Las dificultades presentadas actualmente en el sistema de salud dificultan los trámites administrativos que en algunas ocasiones, interrumpen la continuidad en la prestación del servicio.

Las glosas por la prestación de servicios preventivos dificultan la justificación médica para evitar glosas en pacientes sanos.

La falta de red de apoyo en algunos pacientes genera dificultades en el proceso de rehabilitación y acompañamiento en los espacios domiciliarios.

## **4.3 Análisis del entorno y del sector**

Al hablar del entorno de la IPS, y como es de esperarse no es ajena a las condiciones de las instituciones de salud a nivel nacional, la crisis del sector por el no pago de las deudas por

parte de las aseguradoras, y la incertidumbre del sector por los riesgos a los que se enfrentan por las medidas adoptadas por el gobierno nacional, son factores negativos que afectan directamente la sostenibilidad en el sector. Sin embargo, el posicionamiento de la ciudad como uno de los destinos turísticos en salud y la ubicación geográfica que le permiten ser centro de referencia para departamentos cercanos como Nariño, Cauca y el Eje Cafetero, son una oportunidad que permite diseñar estrategias o planes de mejora para enfrentar y solucionar los puntos negativos.

**Tabla 6.**  
*Entorno externo IPS*

<b>Entorno Externo</b>	<b>Análisis del entorno</b>	<b>Riesgos</b>	<b>Oportunidades</b>
<b>Sector salud</b>	Presupuesto del sector salud por 67 billones para el 2025, con un crecimiento del 9% (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2025).	Insolvencia económica de la EPS.	
	Aumento del 5.36% en la UPC para regímenes contributivo y subsidiado. Inviabilidad de las EPS (Presidencia de la República, 2025).	Retrasos en los pagos a proveedores y colaboradores.  Contratación con las instituciones de primer nivel de atención.	Priorización de la atención integral del adulto mayor a través de la política pública del envejecimiento y la vejez.  Aumento del 4% adicional en la UPC para la población de mayor por riesgo etario.
	Las EPS cuentan con una satisfacción del usuario del 72.9% como muy buenas y buenas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).		
Nueva legislación y normatividad			
<b>Sector Económico</b>	Desembolso acumulado de \$15,3 billones dirigido exclusivamente a clínicas, hospitales y demás instituciones prestadoras de servicios, lo que representa un incremento del 134% con respecto al primer trimestre del 2024 (Mazo González, 2025).	Desaceleración de la economía mundial, que puede afectar la economía colombiana.	Generación de nuevas propuestas en el sector según la normatividad que da lugar a planes de mejoramiento con propuestas que pueden ampliar el portafolio de servicios en las instituciones prestadoras de servicios de salud.
	Población afiliada a la EPS en el Valle del Cauca de 569,790 usuarios.	Las políticas económicas especialmente en el sector salud y otros sectores claves de la economía nacional	
	Devaluación del dólar y la apreciación del peso colombiano de 6,9% en lo corrido de 2025 (Corporación Financiera Colombiana, 2025)		Potencialización de las ventajas competitivas para mejorar el posicionamiento en el sector.

---

<b>Entorno Sector Tecnológico</b>	Avances tecnológicos en salud, que mejoran los procesos y optimizan los resultados impactando la esperanza de vida.	Costo de la tecnología y bajo presupuesto	Ampliación del portafolio de servicio.
	La tecnología permite obtener diagnóstico con mayor precisión, mejora la atención a los pacientes, los tratamientos clínicos y el acceso a la información, entre otros.	Ataques cibernéticos y robo de información	
	Tecnologías informáticas y de comunicaciones permiten un acercamiento a los usuarios con los servicios de salud, incluida la telemedicina y herramientas administrativas sistematizadas	Errores inherentes a la tecnología que desencadenan fallas en la prestación de los servicios	Tecnología que permite acceder a información segura y fidedigna

---

**Tabla 7.**  
*Entorno interno IPS*

<b>Entorno Interno</b>	<b>Análisis del entorno</b>	<b>Riesgos</b>	<b>Oportunidades</b>
<b>Cultura Organizacional</b>	IPS con más de 20 años de experiencia, buen posicionamiento y credibilidad		Desarrollo de nuevo modelo de atención basado en las necesidades identificadas.
	Formación constante al talento humano en seguridad del paciente, humanización en la prestación de los servicios de salud fortaleciendo la competencia en los servicios prestados		Fortalecimiento de un servicio centrado en el paciente.
	Personal calificado y portafolio de servicios habilitado que cumple con la normatividad vigente	Perdida de usuarios Retraso en los pagos de la EPS	Gestión de servicios que disminuyen los trámites administrativos por parte del paciente, evitando dilataciones, demoras y retrasos en los tratamientos
	Integralidad de los servicios de salud que ofrece la IPS	Cambios en la normatividad que puede afectar el modelo de atención	
	Experiencia técnica y alta calidad científica del personal asistencial		Gestionar egresos seguros, como garantía del servicio prestado
	Fidelización y satisfacción de los clientes institucionales		
<b>Desarrollo Tecnológico</b>	Adquisición de equipos para el fortalecimiento de los servicios prestados en la IPS.	Falta de cartera para compra equipos	Mejoramiento del portafolio de servicio
	Fortalecimiento de las aplicaciones para manejo seguro y confiable de los datos e información obtenida	Obsolescencia de las tecnologías en los servicios de salud o incremento de precios	Ampliación de los canales de comunicación y atención al usuario Definir plan de inversiones en tecnologías de la información y la comunicación a corto y mediano plazo.
	Aplicación disponible para el manejo de inventarios, facturación, cuentas y manejo de información contable	Infraestructura que no cumple con los criterios establecidos en los estándares de habilitación	
<b>Entorno Interno</b>	<b>Análisis del entorno</b>	<b>Riesgos</b>	<b>Oportunidades</b>

<b>Capacidad Financiera</b>	IPS con más de 25 años de experiencia, buen posicionamiento y credibilidad		Desarrollo de nuevo modelo de atención basado en las necesidades identificadas.
	Formación constante al talento humano en seguridad del paciente, humanización en la prestación de los servicios de salud fortaleciendo la competencia en los servicios prestados		Fortalecimiento de un servicio centrado en el paciente.
	Personal cualificado y portafolio de servicios habilitado que cumple con la normatividad vigente	Perdida de usuarios	Gestión de servicios que disminuyen los trámites administrativos por parte del paciente, evitando dilataciones, demoras y retrasos en los tratamientos
	Integralidad de los servicios de salud que ofrece la IPS	Retraso en los pagos de la EPS	
	Experiencia técnica y alta calidad científica del personal asistencial	Cambios en la normatividad que puede afectar el modelo de atención	Gestionar egresos seguros, como garantía del servicio prestado
Fidelización y satisfacción de los clientes institucionales			
<b>Infraestructura Física</b>	Ubicación estratégica, estructura física cumple con los requerimientos establecidos para la habilitación de servicios.		
	Amplias instalaciones, señalización acorde a la normatividad	Ante un aumento en la demanda de servicios la capacidad física instalada es insuficiente	Adecuación de instalaciones para ampliación de la capacidad instalada y ofertar servicios incluyentes
	Falta de adecuación de algunas áreas para personas con limitaciones	Falta de recursos para ampliación de las instalaciones	

#### **4.4 Análisis interno y externo. Matriz DOFA**

##### **Fortalezas**

- Empresa con más de 25 años de trayectoria en el sector salud con reconocida trayectoria y experiencia.
- Ubicación de la IPS en el sur de la ciudad, con alta concentración de IPS, hace referencia a la localidad Barrios Unidos, le permite ser ubicada fácilmente por los usuarios, por lo cual, su ubicación es estratégica.
- Experticia y formación de los profesionales de la IPS, con sentido de pertinencia y atención humanizada en los servicios de salud.

##### **Debilidades**

- Subutilización de la capacidad instalada en nutrición y psicología con consulta por debajo del 50%, generando sobre costos.
- Bajo recaudo de cartera, el nivel de ventas a crédito no es equivalente a su recuperación mensual.
- Falta de preparación de talento humano para la gestión oportuna de trámites administrativos.
- Ausencia de un comité que regule los pagos a los proveedores, para garantizar la operación y la razonabilidad en el gasto mensual.
- Ausencia de indicadores financieros para hacer seguimiento a la operación de la IPS.
- Sistema de información que no permite realizar la facturación electrónica en el momento de la prestación de los servicios.
- Cierre de la información contable posterior al cierre calendario, generando falencias en la información de los estados financieros.

##### **Oportunidades**

- Oportunidad de atención prolongada.
- Nuevos modelos de atención y alianzas estratégicas
- Flexibilidad en las políticas de crédito para entidades del sector salud.
- Nuevos ingresos financieros a través de la atención particular.
- Mayor presupuesto de inversión pública para el sector salud.

- Normatividad vigente relacionada al pago de cartera por parte de las EPS, mejorando los procesos con la administradora de los recursos de Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.
- Disponibilidad de asesoría técnicas y mesas de trabajo para la habilitación de los servicios, de acuerdo con la normatividad de la secretaria de Salud.
- Identificar cuáles pueden ser las herramientas o entidades de apoyo que existen actualmente en el mercado para realizar la facturación electrónica y el manejo de tecnología biomédica.

### **Amenazas**

- Cambio en el modelo de contratación y prestación de servicios por interventoría de la EPS
  - Incumplimiento de pago de la cartera
  - Riesgo de liquidación de las EPS por intervención del Ministerio de Salud
  - Competencia, la ciudad se ha convertido en centro de referencia en el sector salud a nivel nacional, por lo cual se han creado numerosas IPS para todas las especialidades
  - Restricción de créditos, endurecimiento de políticas y establecimiento de mercado no objetivo por parte del sector financiero al sector salud.
  - Reformas al sistema de salud y tributarias
  -

Tabla 8.

Análisis Factores internos y externos, DOFA

**ESTRATEGIA FO**

Diseñar un nuevo portafolio de servicios en base a la capacidad instalada disponible.

Desarrollar un plan de mercadeo enfocado a realizar alianzas estratégicas con las aseguradoras para el manejo de pacientes con medicina prepagada.

Crear un plan de capacitación, inducción y reinducción, formación continuada del personal en manejo de tecnologías disponibles en la IPS.

**ESTRATEGIA FA**

Implementar un sistema de gestión de calidad que garantice el cumplimiento de la normatividad vigente en pro de adelantar planes de mejoramiento y faciliten el proceso de gestión de auditoría y habilitación de servicios.

Diseñar modelos de contratación que se adapte a las necesidades de los clientes como contratos por Pago Fijo Global Prospectivo y riesgos compartidos.

**ESTRATEGIA DO**

Implementar un modelo de costos en la IPS.

Capacitación al personal en recuperación de cartera y socios sobre la responsabilidad financiera.

Participar en procesos licitatorios con el régimen especial, contando con asesoría especializada en contratación con el Estado.

**ESTRATEGIA DA**

Establecer indicadores de seguimiento y control que permitan identificar los cambios en normatividad del sector salud y cambios internos de los principales clientes.

Implementar una política de contratación de personal que garanticen el personal idóneo en procesos críticos como el área contable y tributaria disminuyendo riesgo de sanciones.

#### 4.5 Accionistas o socios y fuentes de los recursos financieros

La IPS cuenta con un total de 5 accionistas y quienes iniciaron a prestar sus servicios en la institución desde su fundación y cuentan con los siguientes perfiles:

- Médico Especialista en Administración de la salud, Maestría en Gerencia de la Salud.
- Médico Especialista en Administración de la Salud, además con un pregrado en derecho y una Maestría en Salud Pública.
- Médico con maestría en gerencia de la calidad y otra Maestría en Derecho Médico.
- Administrador de empresas con maestría en administración de la salud.
- Ingeniero Industrial con Maestría en Gerencia de la Calidad, Pregrado y Maestría en Administración de la Salud.

Lo anterior permite tener un equipo multidisciplinario enfocados en ofrecer un modelo de atención integral enfocado en la prevención y el mantenimiento de la salud, enmarcado en altos estándares de calidad, y guiado por la normatividad legal vigente.

La IPS como se ha descrito anteriormente inicio como un centro de atención particular, donde cada uno de los socios hizo un aporte inicial de \$30.000.000, lo cual significa un capital inicial de \$150.000.000, capital que se ha multiplicado consideradamente una vez la sociedad se convirtió en aliado estratégico de la EAPB.

La junta directiva, gerente y el personal de contratos, quienes son guiados por los accionistas y propietarios de la IPS, con un liderazgo transformacional inspiran y motiva a su equipo a alcanzar un objetivo mayor y la ejecución con excelencia de los procesos. Este tipo de liderazgo es efectivo en situaciones donde se necesita cambiar la cultura organizacional o impulsar la innovación.

Al respecto del liderazgo transformacional, Gonzáles Castillo et al, (2023) refiere que, en los servicios de salud, los líderes transformacionales tienen una pasión por un ideal, inspiran y

motivan a quienes los llevan a elevarse por encima de sus propios intereses por el bien de la organización, cambian su forma de pensar y les ayudan a ver los problemas desde diferentes puntos de vista. Lo anterior mediante la implementación de una gestión clara y el apoyo de sus decisiones inspira cambios positivos, comunica una visión clara, mejora la moral, fortalece el desempeño en el lugar de trabajo y motiva al equipo para cambiar sus expectativas y percepciones y para trabajar hacia objetivos comunes.

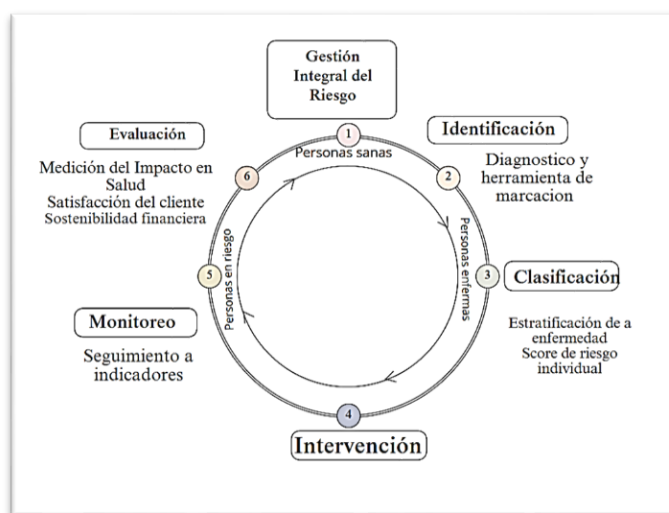
## 5 Análisis de Situación Relacionada con el Modelo de Atención vigente en la IPS

### 5.1 Análisis del modelo en la IPS o aspectos a considerar para el diseño

El modelo de atención de la IPS es un modelo de atención integral por perfil de riesgos en salud, enfocado en la prevención y mantenimiento de la salud, al proveer excelentes servicios, a través de las buenas prácticas clínicas en todos los servicios ofrecidos, lo anterior en consideración y respeto por el paciente mejorando su calidad de vida.

#### Figura 4.

*Modelo de atención IPS*



El modelo de atención enfocado en la gestión del riesgo inicia con la identificación de los pacientes como sanos, con diagnósticos confirmados y en riesgo, los dos últimos grupos serán clasificados e intervenidos para

evitar complicaciones asociada al estado de salud, el monitoreo se realizará en base a los indicadores y la evaluación a la satisfacción del usuario y del impacto en salud.

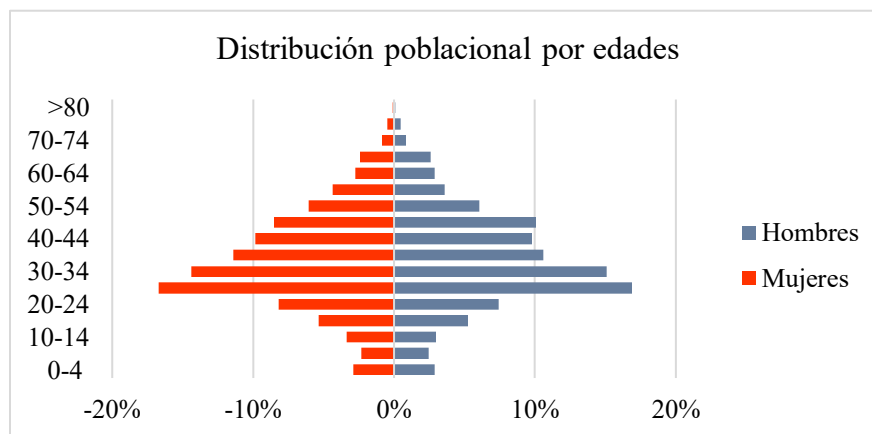
Este modelo es general para los diferentes procesos, sin embargo, no toma en cuenta las diferencias y necesidades de la población según su grupo etario, lo cual, en el caso de los adultos mayores, es importante por los cambios propios del envejecimiento, siendo fundamental desarrollar estrategias para la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la salud en esta población, que incluyan además el entorno social o red de apoyo de las personas.

De esta manera, la IPS se articula con la EAPB en la captación temprana de pacientes con el objetivo de fortalecer las estrategias de prevención y el mantenimiento de la salud. Por consiguiente, la IPS ha contemplado la intervención temprana de las personas mayores de 60 años con requerimiento de rehabilitación por limitación o discapacidad y adicional aquellos que no tengan ningún tipo de limitación física. La captación temprana permite que las personas adultas puedan ser intervenidas y adquieran conocimiento sobre la importancia de la actividad física y los ejercicios posturales, así como la salud mental y la red de apoyo en su proceso de rehabilitación.

## **5.2 Análisis de la demanda (Usuarios)**

En el último año, la IPS tuvo una población asignada de 115.113 usuarios.

**Figura 5.**  
*Pirámide población de usuarios asignados*



Nota. El

gráfico muestra la distribución poblacional por edades de usuarios asignados por la EAPB en el 2024.

La población objeto mayor de 60 años, según la información brindada por la EAPB, es de 7745 personas, de los cuales el 48.53% se identifican con el género femenino y el 51.47% restantes género masculino. En su mayoría las personas afiliadas a la EAPB son ciudadanos de la ciudad de Cali, el 5.19% pertenece al estrato 2, mientras que al estrato 3 pertenece el 12.42%, el porcentaje de usuarios del estrato 4 es de 36.11%, el 46.27% clasifican en el estrato 5.

El perfil epidemiológico es el siguiente:|

### Figura 6.

*Rutas integrales de Atención en Salud pacientes mayores de 60 años*

RIAS		
HTA	1567	<b>20,23%</b>
DM	924	<b>11,93%</b>
Asma	174	<b>2,25%</b>
EPOC	578	<b>7,46%</b>
Salud mental	207	<b>2,67%</b>
Cuidado paliativo	489	<b>6,31%</b>
Sin alteraciones	1072	<b>13,84%</b>
Enfermedad Renal Crónica	1500	<b>19,37%</b>
Morbilidad general	1234	<b>15,93%</b>

Nota. El gráfico muestra la distribución poblacional por edades de usuarios asignados por la EAPB en el 2024.

Con la información expuesta previamente, el plan de mejoramiento el modelo de atención en rehabilitación para personas mayores de 60 años con enfoque multidimensional en la calidad de vida representa el 6.72% % de la población capitada, es decir 7745 usuarios.

### **5.2.1 Característica de la oferta de la IPS**

La IPS como institución de I nivel de complejidad presta servicio de medicina general, odontología, psicología, rehabilitación física y pulmonar, terapia ocupacional, enterostomal, trabajo social, enfermería y laboratorio clínico, servicios a los que el usuario puede acudir con la orden y remisión en caso de ser requerida. En el caso de las citas por medicina general solo es necesario pedir la cita, la IPS se encarga de gestionar con la EAPB las autorizaciones correspondientes en caso de ser requerida.

A continuación, se presenta el portafolio que se ofrece hasta la fecha y el número de consultas por servicio en los últimos años.

**Tabla 9.**  
*portafolio de servicio en los últimos años.*

Servicio		Personal asistencial	oportunidad/días	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Consulta médica general y especializada</b>	Consulta médica presencial	9	3.2					
	Consulta médica virtual	3	2	43762	42745	40465	40742	67972
	Medicina interna	2	8					
	Enfermería	3	1					
	Odontología	2	4.5					
<b>Apoyo terapéutico</b>	Rehabilitación física	6	4					
	Terapia respiratoria	3	2					
	Terapia Ocupacional	5	3	22597	28510	30287	29952	20234
	Terapia enterostomal	9	2.3					
	Psicología	4	1					
	Fonoaudiología	3	1					
	Nutrición y Dietética	1	1					
<b>Servicios de apoyo</b>	Trabajo Social	2	1					
	Laboratorio Clínico	5	2	52467	44853	44658	43770	26907
	Auxiliares	17						

Con relación al perfil epidemiológico, a continuación, se presentan las causas de consulta durante el año 2024 por grupo etarios

**Tabla 10.**  
*Diagnósticos de consulta y prevalencia por grupo etario*

Nombre del diagnóstico	Cantidad	0 a 19 años		20 a 39 años		40 a 59 años		>60 años	
		Pacientes confirmados	Prevalencia	Pacientes confirmados	Prevalencia	Pacientes confirmados	Prevalencia	Pacientes confirmados	Prevalencia
Hipertensión arterial primaria	25087	503	3,18%	3980	6,87%	19037	56,73%	1567	20,23%
Diabetes mellitus tipo I sin complicaciones	14692	398	2,51%	6180	10,66%	7690	22,91%	424	5,47%
Diabetes mellitus tipo II sin complicaciones	15982	676	4,27%	6973	12,03%	7832	23,34%	501	6,47%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2456	34	0,21%	705	1,22%	1167	3,48%	550	7,10%
Fiebre, no especificada	6980	2760	17,43%	1763	3,04%	2007	5,98%	450	5,81%
Enfermedad renal crónica	6789	36	0,23%	106	0,18%	3467	10,33%	3180	41,06%
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	2345	984	6,21%	592	1,02%	478	1,42%	291	3,76%
Otros dolores abdominales y los no especificados	4315	340	2,15%	1076	1,86%	1365	4,07%	1534	19,81%
infección de vías urinarias, sitio no especificado	3751	476	3,01%	1443	2,49%	1276	3,80%	556	7,18%
Cefalea	2890	354	2,24%	779	1,34%	1225	3,65%	532	6,87%
infección viral, no especificada	5087	743	4,69%	2076	3,58%	1487	4,43%	781	10,08%
Lumbago no especificado	1874	295	1,86%	570	0,98%	654	1,95%	355	4,58%
Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	904	106	0,67%	287	0,50%	295	0,88%	216	2,79%
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1598	375	2,37%	476	0,82%	365	1,09%	382	4,93%
infección intestinal viral, sin otra especificación	2968	688	4,35%	891	1,54%	856	2,55%	533	6,88%
Alteraciones mentales	8392	1170	7,39%	3078	5,31%	2532	7,54%	1612	20,81%
Otros diagnósticos	17395	4923	31,09%	9531	16,44%	7408	22,07%	2322	29,98%

El Sistema de Gestión de Calidad adoptado por la IPS, está fundamentado en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud de acuerdo con Decreto 1011 de 2006, la NTC ISO

9001:2015 y MECI 1000:2014. Con el objetivo de cumplir las políticas, objetivos, y requisitos legales y normativos relacionados con la calidad.

En referencia al manual de calidad, este se constituye en un instrumento para divulgación de la operación del sistema de gestión de calidad a todos los colaboradores de la IPS y entidades externas interesadas a través de los procesos y procedimientos, y en las que se incluyen las políticas de calidad, seguridad del paciente, humanización en la prestación de los servicios de salud, administración del riesgo, política ambiental, gestión documental, responsabilidad social empresarial y la política seguridad y salud en el trabajo.

En cuanto a la política de seguridad del paciente, la IPS promueve un entorno seguro y humanizado para los pacientes. Mediante el programa de seguridad del paciente, establecido con una de las acciones de mejora de la institución, y donde se llevan a cabo estrategias de reporte de incidentes o eventos adversos sin actitud punitiva, motivando a los colaboradores a crear cultura del reporte como medida de prevención y corrección de eventos adversos futuros.

Por consiguiente, se presenta el reporte de los eventos indeseables presentados en la IPS durante el 2024

**Tabla 11.**  
*Reporte de incidente y eventos adversos durante el 2024*

<b>Tipo</b>	<b>Leve</b>	<b>Grave</b>
Incidentes	4	0
Eventos Adversos	0	0
Complicaciones	0	0

El año inmediatamente anterior se reportaron cuatro eventos indeseables, que fueron clasificados como incidentes sin daño o leves, los incidentes se presentaron por piso resbaloso donde casi se presentan caídas de pacientes. Una vez se realiza el reporte del evento, existe una ruta para el análisis de estos, que en este caso es el siguiente:

- Diligenciamiento del formato manual reporte de incidente o evento adverso Posterior a la recepción por el área de calidad, se procede a verificar el área donde se originó el evento, fecha, detalle e involucrados en el caso, lo anterior con el fin de conocer con exactitud los detalles de lo sucedido. En el comité de seguridad del paciente se analiza el caso y se clasifica, utilizando el protocolo de Londres, que tiene factores determinantes para la identificación de la causalidad de los errores y eventos adversos ocurridos en el proceso de atención que son los siguientes: Cultura organizacional, factores contributivos, acciones inseguras y barreras y defensas. Tomando como base el modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos anteriormente mencionados, se realiza socialización del incidente en el comité de Seguridad del Paciente, donde al final se debe documentar un plan de mejora que contribuya a mitigar los riesgos y minimizar la ocurrencia de futuros incidentes y eventos adversos.

Todos los casos presentados en la IPS, independiente de su clasificación son socializados con el personal de la institución como medida para prevenir que se repitan las mismas acciones que dieron lugar al evento.

En el caso de los cuatro incidentes reportados, se consideró que el piso de unos pasillos presentaba una tendencia se deslizar a los pacientes, por lo cual se realizó el cambio del mismo. Además, se adecuaron pasamanos en las paredes para facilitar el acceso de personas con discapacidad, se suspendieron las labores de limpieza en horas con afluencia de paciente y en caso de hacer limpieza señalar con alertas de piso mojado o evitar pasar.

Por otro lado, y como parte del sistema de calidad de la IPS, el Sistema de información y Atención al Usuario (SIAU) de la IPS realiza gestión de la información de usuario y Humanización del servicio.

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

Lo expuesto anteriormente, da lugar a que los usuarios puedan expresar sus sentir de manera libre y con la total seguridad de ser tenidos en cuenta, de esta manera y a través de canales web, WhatsApp, líneas telefónicas y buzones instalados en puntos clave de la IPS, los usuarios pueden diligenciar el formato de peticiones, quejas, reclamos, demandas, felicitaciones y sugerencias, formatos que serán direccionándolas al líder del proceso correspondiente del área sobre la que se refiere el usuario, para que este realice junto a su equipo de trabajo un análisis, plan de mejora si es el caso y emita una respuesta al usuario dentro del tiempo estipulado.

Durante el último año se reportaron 25 peticiones, 20 quejas y 10 reclamos (PQR), además, 45 felicitaciones, las cuales tienen un tiempo de respuesta de 3 días hábiles y en caso de ser crítico 24 horas.

Hay que mencionar, además, que el 100% de las PQR se presentaron por inconvenientes e en los trámites administrativos relacionado con la demora en autorización de la EAPB, inconsistencias en el diligenciamiento de formatos, error en los códigos de procedimientos.

Es de anotar que desde la IPS se le entregan las órdenes para solicitud de servicios o medicamentos a los pacientes y son ellos los que deben realizar los trámites en la EAPB, sin embargo, desde el área de SIAU se les direcciona con el fin de orientarlos en los pasos a seguir.

### 5.2.2 Procesos y análisis de la relación oferta – demanda

La IPS cuenta con una infraestructura adecuada para atender la demanda actual de pacientes, sin embargo, la población objeto requiere de adecuaciones físicas y tecnológicas para facilitar su desplazamiento dentro de la institución. Además, se requiere de una adición de recursos humanos necesarios para prestar los nuevos servicios y los procesos operativos necesarios para garantizar la calidad de la atención, como se observa en la siguiente tabla

**Tabla 12.**  
*Necesidades operativas y financieras*

Detalle		Unidades	Costo Mensual	
Mano de Obra	Especialistas y Subespecialistas	Endocrinólogo	1	\$ 25.000.000
		Cardiólogo	1	\$ 18.311.500
		Medico interno	2	\$ 26.108.474
		Fisiatra	2	\$ 24.332.358
		Cuidados Paliativos	1	\$ 13.591.697
		Nefrología	2	\$ 26.561.182
		Neurólogo	1	\$ 10.396.717
		Ortopedia	2	\$ 24.332.358
		Medicina Familiar	2	\$ 19.825.960
	Profesionales	Medico general	4	\$ 17.514.480
		Enfermería Superior	5	\$ 15.393.255
		Fisioterapeuta	3	\$ 8.928.570
		Terapeuta Respiratoria	2	\$ 3.775.240
		Psicología	3	\$ 5.962.860
		Terapeuta ocupacional	2	\$ 3.775.240
		Trabajo Social	2	\$ 3.975.240
	Apoyo Administrativo	Coordinador	1	\$ 4.198.762
		Auditor	1	\$ 3.489.077
		Gestores	4	\$ 6.750.480
		Facturador	3	\$ 5.062.860
Cuentas medicas		4	\$ 6.750.480	

Desde el punto de vista de los procesos, se propone realizar un ajuste incluyendo el proceso de coordinación médica que se debe encargar la calidad y la seguridad de la atención médica que se brinda a los pacientes. Este ajuste en el mapa de procesos también implicaría un ajuste importante en la estructura organizacional.

## 6 Plan De Mejora Del Modelo De Atención Para La IPS

Con base en todo lo anterior y teniendo en cuenta el propósito de la IPS por brindar una atención integral enfocada en la prevención y mantenimiento de la salud, teniendo en cuenta los factores sociales. A continuación, se presenta un plan de mejora para la IPS, el cual se basa en la prevención y mantenimiento de la salud, a través de un equipo multidisciplinario para personas mayores de 60 años con o sin discapacidad.

### Hallazgos identificados

- Prevalencia >20% de enfermedades con riesgo cardiovascular en usuarios  $\geq$  40 años
- Prevalencia >40% de enfermedad renal crónica en pacientes mayores de 60 años
- Se reportan altas incidencias de pacientes con alteraciones mentales en usuarios > 12 años
- Baja adherencia de los pacientes a las propuestas terapéuticas
- Demora en la respuesta a ordenes de servicios por parte de la EAPB
- Autorizaciones con errores en los códigos de las autorizaciones
- Se generan autorizaciones para otra institución diferente
- Pacientes mayores sin red de apoyo no adherentes al tratamiento por falta de acompañantes

Los anteriores antecedentes dan paso a un plan de mejoramiento del modelo de atención en salud que se enfoca en la calidad de vida de la población adulta mayor independiente de su estado de salud, es decir, brindar un acompañamiento al usuario y su red de apoyo, enfocados en prevenir discapacidades y en mantener en el mejor estado posible a aquellos pacientes que ya presentan alguna alteración.

A pesar de que las alteraciones se presentan mayormente a partir de los 40 años, el plan de mejora toma en cuenta la población mayor de 60 años por la vulnerabilidad propia de la edad y la pérdida de independencia descritas previamente, que desencadena alteraciones mentales y sociales.

### **6.1 Definición de estrategias de atención para los usuarios según grupo o grupos de riesgo seleccionado.**

Los cambios propios de la edad hacen que las personas o adultos mayores sean susceptibles de cambios físicos, mentales y sociales. Por esta razón, desde el sector de la salud es indispensable desarrollar medidas que garanticen un menor impacto en la calidad de vida de la población.

Lo anterior, da paso para plantear un modelo de atención teniendo en cuenta las RIAS y las guías de práctica clínica, además, de contar el modelo ICOPE y de esta manera generar un modelo preventivo y de mantenimiento de las condiciones de salud

**Tabla 13.**  
*RIAS Población Objeto*

Grupo	Fundamento	Recomendación
Hipertensión	Guía de Práctica clínica Para el manejo de la Hipertensión arterial primaria (2017)	Actividad física regular (ejercicio aeróbico), disminuir el peso Corporal, la ingesta de sodio y de alcohol.
Diabetes	Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus Tipo I y II (2015)	Cambios intensivos de estilo de vida, dieta, ejercicio aeróbico pérdida de peso

Asma	Guía de bolsillo para el manejo y la prevención del asma (Global Initiative for Asthma, 2019)	Consejería para dejar de Fumar Actividad Física, broncoconstricción inducida por el ejercicio Manejo del asma ocupacional
Enfermedad Renal crónica	Guía práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal crónica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)	Control de otras enfermedades asociadas (HTA, DM) Promoción de estilos de vida saludable
EPOC	Guía de bolsillo para el diagnóstico, manejo y prevención del EPOC (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2024)	Rehabilitación pulmonar Educación y autogestión Asistencia integrada Actividad física
Cuidado Paliativo	Soporte y cuidados paliativos en cáncer (Instituto Nacional de Cancerología Colombia; Asociación Colombiana de cuidados paliativos, 2025)	Manejo del eje psicoemocional y holístico al paciente y su familia Promover la salud mental del paciente y su familia
Sin alteraciones	Recomendaciones de salud para los adultos mayores. ( Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales, 2025)	Peso saludable Recomendaciones para una alimentación saludable Actividad física

**Tabla 14.**  
*Clasificación de programas según paciente*

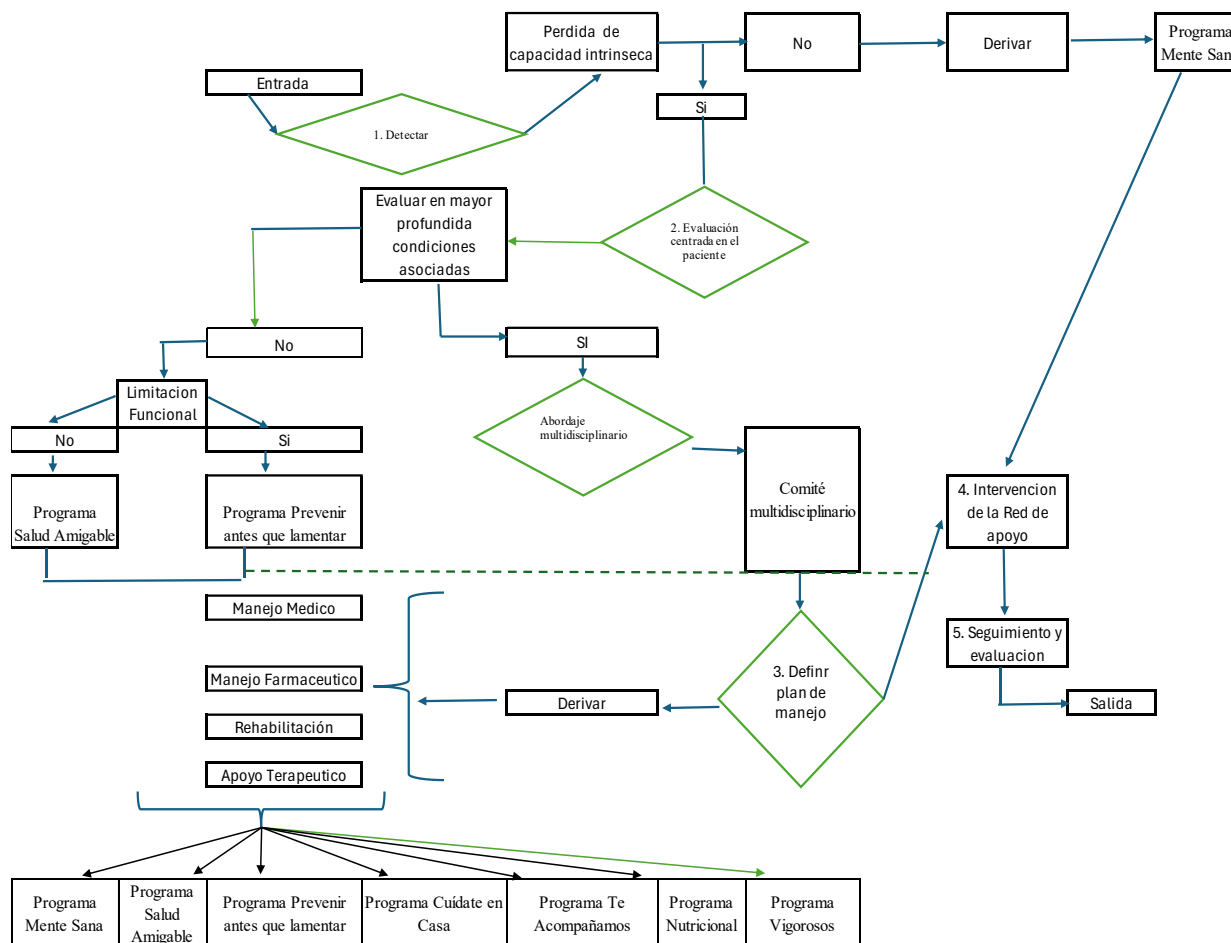
<b>Perfil</b>	<b>Cod. Perfil</b>	<b>Programa</b>	<b>Perfil</b>	<b>Talento Humano</b>
Paciente sin alteraciones	1	Programa Mente Sana	2,3, 4,5,6	Medico General Enfermería Psicología Trabajo Social Fisioterapia
Paciente con ECNT o algún otro DX controlado	2	Programa Salud Amigable	1	Medico General Enfermería Terapia Física Terapia Ocupacional Nutrición
Paciente con discapacidad	3	Programa Prevenir antes que lamentar	2,4,6,7	Medico General Enfermería Terapia Física Terapia Ocupacional
Paciente con obesidad	4	Programa Cuídate en Casa	3,5,7	Medico General Enfermería Terapia Física Terapia Ocupacional Terapia Respiratoria Psicología
Paciente cuidado paliativo	5	Programa Te Acompañamos	2,3,4,5,6,7	Medico General Enfermería Terapia Física Terapia Ocupacional Terapia Respiratoria Psicología Nutrición
Paciente con alteración mental	6	Programa Nutricional	1,2,3,4,5,6,7	Medico General Nutrición
Paciente con diagnósticos respiratorios	7	Programa Vigorosos	3	Medico General Enfermería Terapia Física Terapia Ocupacional Terapia Respiratoria Psicología Nutrición

## 6.2 Gestión Clínica

El modelo de atención se basa en el modelo ICOPE, enfocado en la capacidad funcional de los adultos mayores, es decir, el mantenimiento de los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella, de esta manera se tiene en cuenta la capacidad intrínseca de la persona, la cual incluye la combinación de las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona del entorno y sus interacciones con la demás persona y el entorno (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Para la metodología ICOPE, es fundamental la optimización de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, considerando estos factores como elementos claves del envejecimiento saludable, el mejoramiento continuo, la seguridad del paciente y calidad, mediante una atención centrada en el paciente.

**Figura 7.**  
Plan de mejora modelo de atención pacientes mayores de 60 años



Este modelo tiene un enfoque sistémico circular en el que se reconoce la salud como una triada física, mental y social, por esta razón tiene los siguientes criterios

1. El usuario pertenece a un entorno familiar y social.
2. La asistencia que se le brinda al paciente debe abarcar la dimensión física, mental y social
3. La IPS cuenta con servicios de atención médica, apoyo diagnóstico y terapéutico de baja complejidad.
4. El usuario puede solicitar los servicios remitido de la EPS, captación de la IPS o solicitud propia del mismo (demanda espontanea).

5. Al momento de su egreso, retornará a su entorno general, familiar y social, en la medida de lo posible se brindará un egreso seguro, garantizando que la EPS reconozca y asuma la responsabilidad de continuar con el proceso de atención según necesidad del usuario.

### **6.2.1 Ingreso**

Para brindar una atención sin barreras de acceso, la IPS previamente concertara con la EPS o EAPB la operatividad de la ruta de atención, de esta manera los temas administrativos para la atención dentro de la institución serán gestionados de manera administrativa, esto exige fortalecimiento de los sistemas de clasificación en cada uno de los servicios, suficiencia del personal y el reentrenamiento a los profesionales responsables de los mismos.

Posterior a la valoración por el médico y determinada las necesidades del usuario y acorde a la identificación de las preferencias, valores y expectativas del paciente y su familia, el personal

administrativo y asistencial procederá con un ingreso ágil y oportuno garantizando la autogestión de tramites con la EPS.

El manejo de cada paciente está basado en las guías de práctica clínica establecidas por el ministerio de salud, de esta manera cada paciente será tratado de acuerdo con sus necesidades físicas, mentales y sociales.

Por otra parte, el modelo de atención planteado tendrá un servicio denominado “Tú tranquilo”, por medio del cual, la IPS se hace responsable de realizar las gestiones administrativas, eliminando de esta manera las barreras de acceso de tipo administrativo y gestionando la oportunidad en la asignación de citas, garantizando continuidad y adherencia del paciente al tratamiento propuesto

La IPS tendrá a su cargo disminuir las barreras de acceso al paciente y su familia, evitando desplazamientos innecesarios, asegurando una red apoyo al paciente, eliminando barreras de acceso y manteniéndolos trámites de ingreso en los mínimos posibles.

El usuario y su red de apoyo serán contactado el día anterior por el proceso que lo va a atender de acuerdo con la agenda asignada para confirmación de la asistencia, se le brindaran recomendaciones para la asistencia a la cita.

### **6.2.2 Atención**

Los casos especiales de pacientes con antecedentes o patologías que pudieran deriva complicaciones y que requieran de un manejo multidisciplinario, como es el caso de los pacientes con enfermedades huérfanas, cáncer, VIH, alto costo y que requieran manejo especial, se analizaran en comité interdisciplinario conformado por especialistas y subespecialistas en medicina (Infectología, medicina interna, endocrinología, oncología, rehabilitación entre otras), para definir un manejo y seleccionar la atención adecuada.

Se garantizará una atención fluida, ágil y oportuna, con una satisfacción de las expectativas del paciente y su red de apoyo

Durante la atención se incluirá la red de apoyo social del paciente, de esta manera se brindará información, educación y entrenamiento en salud a los

### **6.2.3 Egreso y Seguimiento**

El egreso del paciente se dará una vez se cumplan los criterios de egreso

**Estado de salud estable:**

El adulto mayor debe estar en una condición de salud estable, sin agudizaciones de enfermedades crónicas ni condiciones que requieran un seguimiento médico continuo en un entorno institucional.

**Capacidad funcional y autonomía:**

Se debe evaluar si el adulto mayor ha recuperado o mantenido una capacidad funcional que le permita realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente o con apoyo.

**Apoyo social y familiar:**

Es importante considerar si el adulto mayor cuenta con un entorno familiar o de apoyo que le permita integrarse de nuevo en su comunidad.

**Evaluación integral:**

Se debe realizar una evaluación integral de las necesidades del adulto mayor, incluyendo aspectos físicos, psicológicos, sociales y cognitivos.

**Objetivos de tratamiento cumplidos:**

Si el adulto mayor está en un programa de rehabilitación, se debe evaluar si ha logrado los objetivos de tratamiento y ha alcanzado un estado de salud óptimo.

**Cambio de entorno o nivel de atención:**

El egreso puede ser necesario si el adulto mayor requiere un entorno más adecuado para sus necesidades (por ejemplo, una residencia geriátrica) o si se requiere un nivel de atención más alto en un hospital.

Una vez el paciente cumple con los criterios establecidos para la terminación de su asistencia o para seguimiento en una institución de mayor nivel de complejidad, el personal comunicara al paciente y su red de apoyo.

La IPS garantiza el egreso seguro, mediante la gestión de las ordenes emitidas por el personal médico y la evidencia que ya fueron suministrados los medicamentos o dispositivos

necesarios, así como la asignación de citas para seguimiento en la IPS o una institución de mayor nivel acorde a las necesidades del usuario

En caso de que la IPS no pueda realizar los trámites para un egreso seguro, se brindará una orientación al paciente y su red de apoyo sobre lo que deben tener en cuenta.

Una vez el paciente termine el proceso, se enviarán los soportes y una alerta a la EPS para que continúen con el seguimiento al paciente.

### **6.3 Gestión de la calidad de la atención**

Teniendo en cuenta las GPC, así como los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y el SOGCS, normados por el MSPS, especialmente: la política de seguridad del paciente y el programa o plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad, la IPS adopta el comité de seguridad del paciente por medio del cual se busca:

**Gestión del riesgo** (Identificación, clasificación, análisis y valoración del riesgo): este se da a través del reporte de incidentes o eventos adversos que se presenten en cualquiera de los procesos de atención, eliminando las actitudes punitivas y creando conciencia de la importancia del reporte como medida preventiva para evitar nuevos casos.

**Auditoría a registros, guías y adherencia a las GPC.** El equipo de auditoría interno conformado por médico y enfermeras auditorias, realizarán auditorias y rondas por los diferentes servicios para evaluar el diligenciamiento de los registros, el grado de adherencia a las guías y protocolos, para tal fin se utilizarán lista de chequeos.

En el caso de las historias clínicas se escogerán un total de historias clínicas representativas por servicios y definido por el equipo de estadísticas, en base al número de atenciones por periodo de tiempo se escogieran asegurando que los procesos se realicen de manera correcta.

Para la adherencia a guía se realizarán rondas con listas chequeos y evaluaciones trimestrales para conocer el nivel de adherencia e identificar falencias y reforzar los conocimientos

### **6.3.1 Evolución del grado de satisfacción del paciente y su red de apoyo.**

El personal de SIAU se encargará mediante el diligenciamiento de encuestas de conocer el nivel de satisfacción de atención de los usuarios, los resultados serán ponderados y se espera que el nivel de satisfacción este por encima del 0.95 o 05% para considerar optimo, de lo contrario se dará lugar a plan de mejora según los hallazgos encontrados

### **6.4 Gestión de la humanización de la atención**

La atención al paciente y su red de apoyo se basa en la personalización de la atención, con un abordaje integral de los pacientes y donde siempre sea primero el bienestar del paciente, para ello las acciones se guiarán bajo la seguridad del paciente, el mejoramiento continuo de los procesos, un adecuado manejo de los signos síntomas del paciente, calidez y comunicación asertiva.

Lo anterior basado en la metodología PLANTREE

Promover las interacciones humanas empáticas

Facilitar el acceso a información bajo condiciones de seguridad y confidencialidad, educación

Apoyo y participación de familia, es esencial involucrar la red de apoyo desde la entrada del paciente

Ambiente terapéutico, propicio para la rehabilitación de la paciente física, mental y socialmente

Nutrición para el cuerpo, la mente y el alma: alimentos sanos y agradables, actividades de entretenimiento y programas de artes, contacto humano, espiritualidad, terapias complementarias

Involucrar a la Comunidad. Tener la certeza de que el paciente tiene un ambiente inclusivo y acorde a sus necesidades.

### **6.5 Gestión de las tecnologías en salud incluyendo el sistema de información**

Para la IPS es indispensable el uso estratégico de las tecnologías para mejorar la calidad, accesibilidad y eficiencia de los servicios de salud, por esta razón el modelo incluye los sistemas de información, como aspecto fundamental para mejorar la calidad de atención al paciente, optimizar recursos y facilitar la toma de decisiones en entornos sanitarios.

**Eficiencia Operativa:** permite reducir tiempos de espera, mejorar la asignación de recursos, la oportunidad en la prestación de servicios y optimiza la capacidad instalada

**Calidad en la Atención:** facilita un seguimiento más exacto y personalizado del estado de salud del paciente, mejorando así los resultados clínicos y la satisfacción del paciente.

**Interoperabilidad:** permite un flujo de datos más eficiente entre los distintos servicios de la institución, para brindar una atención integral.

#### **Historias clínicas electrónicas:**

Por medio de la aplicación para la gestión de historias clínicas, se facilitará la gestión y el acceso a la información clínica de los pacientes de manera eficiente y segura, permitiendo la interoperabilidad clínica, como factor clave para un manejo interdisciplinario eficiente

#### **Sistemas de gestión de pacientes:**

Por medio del análisis de la información se organiza y controla la atención de los pacientes, incluyendo la programación de citas oportunas, la gestión de ayudas diagnósticas y la coordinación de servicios.

#### **Herramientas de telemedicina:**

Permite que desde la IPS se pueda brindar una atención médica a distancia, facilitando el acceso a servicios especializados y la mejora de la continuidad de la atención.

**Aplicaciones móviles de salud:**

Por medio de la aplicación se brinda información al paciente y su red de apoyo acerca de temas referentes a su estado de salud, promoviendo hábitos saludables y la interacción entre pacientes y profesionales de la salud.

**Análisis de datos de salud:**

Ayuda a identificar tendencias, patrones y factores de riesgo, permitiendo la toma de decisiones informadas en la planificación y gestión de programas de salud.

**6.6 Gestión de la referencia y contra referencia**

El sistema de referencia y contra referencia tiene como objetivo esencial asegurar que los pacientes mayores de 60 años reciban la atención adecuada en el momento adecuado, mejorando la eficiencia del sistema de salud y la calidad de la atención. contribuyendo a construir un sistema de salud integrado y centrado en el paciente.

**Referencia.** Es necesario aclarar que el modelo propuesto e incluyente para usuarios mayores de 60 años, por lo cual, los usuarios que no cumplen con el criterio para ingresar al plan se derivan al servicio de enfermería, donde se analizará cada caso y se remitirá al modelo de atención acorde a sus necesidades.

En caso de que el paciente sea diagnosticado en la IPS y requiera manejo en una institución de mayor nivel o intrahospitalario contarán con el proceso de referencia a la red de la EAPB del paciente.

**Contrarreferencia** Una vez el paciente sea captado por las diferentes puertas de entrada como consulta externa, remitido de la EAPB, o de manera voluntaria se deberá remitir al modelo mediante una alerta en el sistema de información para el manejo integral

## **6.6 Gestión del Talento Humano**

Para la IPS es claro que el talento humano es el factor principal de la atención que se desea brindar, así como los resultados que se quieren obtener, por esta razón el sistema general de seguridad y salud en el trabajo realizara el seguimiento a las condiciones laborales, cumpliendo con aspectos claves como

Evaluación de la salud mental del colaborador, como medida preventiva para evitar una enfermedad mental relacionada con el área laboral,

Identificación de riesgos psicosocial, físico, químicos, biológicos, ergonómicos, esta medida evita problemas osteomusculares en los colaboradores

Realiza actividades lúdicas que permitan el sano esparcimiento.

Las anteriores medidas aseguran que el personal se encuentre en las mejores capacidades física, mental y social para brindar una atención optima, además, una salud mental adecuada en el personal garantiza una mayor productividad, satisfacción laboral, menor absentismo y rotación de personal, mejor clima laboral, y mejor reputación corporativa.

### **Selección**

Para que el modelo funcione correctamente se debe contar con un personal idóneo y calificado, con habilidades científicas, humanas y tecnológicas que garanticen la optimización de los recursos, la calidad humana y atención en salud con enfoque en el paciente.

### **Inducción y capacitación**

El proceso de inducción tendrá una duración de siete días hábiles, periodo durante el cual el personal seleccionado tendrá capacitación de manera virtual y también presencial en puesto de trabajo, permitiendo que los profesionales conozcan las instalaciones, tecnologías en salud, así

como el funcionamiento del modelo integral con la ruta completa en cuanto (captación, diagnóstico, evaluación integral, equipo multidisciplinar, terapias de apoyo y remisiones a la red), de esta forma el profesional contara con la información necesaria para brindar una atención de calidad y con disminución de barreras administrativas.

### **Desarrollo profesional**

Pensando en el mejoramiento continuo, la IPS no solo permite que los colaboradores puedan formarse en instituciones acreditada en búsqueda de un crecimiento continuo aplicable a los procesos institucionales.

### **Gestión del rendimiento**

Se incentiva las buenas prácticas sanitarias, a través de un seguimiento del rendimiento del personal, donde se tendrá en cuenta la puntualidad, calidad de atención, satisfacción del usuario. Los colaboradores destacados tendrán incentivos como bonificación o tiempo libre por el buen trabajo.

### **Actividades lúdicas**

Se tendrá en cuenta un espacio para compartir entre compañeros, así como la celebración de fechas especiales, día de la familia donde se dará un día libre a personal cada semestre, además, cada semestre se llevará a cabo una integración del personal, aclarando que ninguna de las actividades dará lugar al cese definitivo de actividades.

### **Grupos primarios**

Se realizará seguimiento mensual con todo el equipo para evaluar ingresos, indicadores, PQRS (peticiones quejas y reclamos), felicitaciones con el fin de realizar compromisos de mejora continua y donde puedan expresar oportunidades de mejora en la operación.

## **6.7 Negociación y contratación con EPS**

El modelo es pactado con la EPS por medio de un acuerdo de voluntades de Pago Global Prospectiva o PGP, consistente en una modalidad de pago por grupo de personas determinadas,

mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades (Presidencia de la República, 2022).

Este acuerdo de pago debe especificar la población objeto total y susceptible de cada servicio o tecnología, la caracterización poblacional, frecuencias de uso de los servicios y tecnologías en salud, los costos acordados para cada servicio o tecnología en salud, la periodicidad con que será monitoreada y evaluada. esta modalidad de pago incluye la nota técnica:

herramienta de transparencia y eficiencia entre las partes que suscriben el acuerdo de voluntades, la cual refleja de manera detallada los servicios y las tecnologías de salud, su frecuencia de uso estimada, sus costos individuales y el valor total por el grupo de población o de riesgo, atendiendo al término de duración pactado y a las situaciones que puedan presentarse durante su ejecución, soportando de esta manera la tarifa final acordada de manera global o por usuario-tiempo, de acuerdo con la modalidad de pago. (Presidencia de la República, 2022)

De esta manera, la IPS debe aportar: el modelo de prestación servicios de salud, relación de sedes y servicios habilitados, capacidad instalada, oferta de servicios y tecnología, indicadores establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, modelo de auditoría, identificación de riesgos.

**Tabla 15.**  
*Propuesta Económica*

Detalle		Valor mensual	Unidades	Total mensual	Valor anual	
Mano de Obra	Especialistas y Subespecialistas	Endocrinologo	\$ 25.000.000	1	\$ 25.000.000	\$ 300.000.000
		Cardiologo	\$ 18.311.500	1	\$ 18.311.500	\$ 219.738.000
		Medico interno	\$ 13.054.237	2	\$ 26.108.474	\$ 313.301.688
		Fisiatra	\$ 12.166.179	2	\$ 24.332.358	\$ 291.988.296
		Cuidados Paliativos	\$ 13.591.697	1	\$ 13.591.697	\$ 163.100.364
		Nefrologia	\$ 13.280.591	2	\$ 26.561.182	\$ 318.734.184
		Neurologo	\$ 10.396.717	1	\$ 10.396.717	\$ 124.760.604
		Ortopedia	\$ 12.166.179	2	\$ 24.332.358	\$ 291.988.296
	Profesionales	Medicina Familiar	\$ 9.912.980	2	\$ 19.825.960	\$ 237.911.520
		Medico general	\$ 4.378.620	4	\$ 17.514.480	\$ 210.173.760
		Enfermeria Superior	\$ 3.078.651	5	\$ 15.393.255	\$ 184.719.060
		Fisioterapeuta	\$ 2.976.190	3	\$ 8.928.570	\$ 107.142.840
		Terapeuta Respiratoria	\$ 1.887.620	2	\$ 3.775.240	\$ 45.302.880
		Psicologia	\$ 1.987.620	3	\$ 5.962.860	\$ 71.554.320
		Terapeuta ocupacional	\$ 1.887.620	2	\$ 3.775.240	\$ 45.302.880
	Apoyo Administrativo	Trabajo Social	\$ 1.987.620	2	\$ 3.975.240	\$ 47.702.880
		Coordinador	\$ 4.198.762	1	\$ 4.198.762	\$ 50.385.144
		Auditor	\$ 3.489.077	1	\$ 3.489.077	\$ 41.868.924
		Gestores	\$ 1.687.620	4	\$ 6.750.480	\$ 81.005.760
		Facturador	\$ 1.687.620	3	\$ 5.062.860	\$ 60.754.320
Cuentas medicas		\$ 1.687.620	4	\$ 6.750.480	\$ 81.005.760	
		\$ 158.814.720		\$ 274.036.790	\$ 3.288.441.480	

Insumos	Medicos	Medicamentos	\$ 35.689.890	1	\$ 35.689.890	\$ 428.278.680
		Dispositivos medicos	\$ 105.690.824	1	\$ 105.690.824	\$ 105.690.824
		Otros elementos de consu	\$ 10.000.000	1	\$ 10.000.000	\$ 120.000.000
	Tecnologicos	Equipos	\$ 346.098.126	1	\$ 346.098.126	\$ 346.098.126
		Aplicaciones	\$ 69.156.234	1	\$ 69.156.234	\$ 69.156.234
		Capacitacion	\$ 25.000.000	1	\$ 25.000.000	\$ 25.000.000
			\$ 591.635.074		\$ 591.635.074	\$ 1.094.223.864
<b>Gastos</b>		<b>\$ 750.449.794</b>		<b>\$ 865.671.864</b>	<b>\$ 4.382.665.344</b>	
Gastos administrativos 5%					\$ 219.133.267	
<b>Valor total de la oferta</b>					<b>\$ 4.601.798.611</b>	
<b>Valor mensual</b>					<b>\$ 383.483.218</b>	
<b>Valor total pacientes nuevos</b>					<b>\$ 2.947.296.820</b>	
<b>Valor mensual pacientes nuevos</b>					<b>\$ 245.608.068</b>	
<b>Valor por paciente nuevo</b>					<b>\$ 395.876</b>	

La propuesta toma como referencia los 7445 pacientes asignados mayores de 60 años, sin embargo, se estima que para el próximo año se adicionen 6287 pacientes que cumplen el criterio de edad para ser ingresados al modelo.

## 6.8 Monitoreo de procesos y evaluación de los resultados de la atención.

### Mapa de Riesgos

El mapa de riesgo se evaluó en tres componentes dependiendo de los procesos que se lideran en la IPS, de esta manera se identificaron los riesgos en procesos gerenciales, asistenciales y de apoyo.

**Tabla 16.**  
*Nivel de riesgo*

Puntuación	Nivel de riesgo
Insignificante (1):	El riesgo generará pocas consecuencias si ocurriera.
Menor (2):	Las consecuencias del riesgo se gestionarán con facilidad.
Moderada (3):	Las consecuencias del riesgo tardarán en mitigarse.
Importante (4):	Las consecuencias de este riesgo serán significativas y pueden causar daños a largo plazo.
Catastrófica (5):	Las consecuencias de este riesgo serán muy perjudiciales y puede resultar difícil recuperarse

**Tabla 17.**  
*Identificación de Riesgos Asistencial*

<b>MAPA DE PROCESOS ASISTENCIAL</b>			
<b>RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA EMPRESA</b>	<b>Programas</b>		
	<b>sanos</b>	<b>crónicos</b>	<b>con riesgo</b>
Disminución del número de pacientes	2	4	3
Abandono del tratamiento por parte de los pacientes	2	1	2
Aumento en índice de morbilidad y mortalidad	4	5	5
Incumpliendo en los indicadores de calidad	1	3	3
Incidencia de eventos adversos	1	2	2

Daño y/o pérdidas de inventarios y suministros			
Bajo recaudo de cartera			
Ausencia de indicadores financieros para hacer seguimiento a la operación de la IPS			
Incumplimiento de las cuentas por pagar EPS	3	3	3
Aumento del costo de insumos			
liquidación de la EPS por interventoría	3	3	3
Infraestructura que no cumple con la norma vigente de habilitación			
Fallas en equipos tecnológicos	1	1	1
Perdidas por decisiones erróneas administrativas			
Incrementar el número de usuarios particulares y de libre escogencia			
Sanciones por incumplimiento en normas de habilitación	1	1	1
Posibilidad de cierre por no cumplir con la normatividad vigente	1	1	1
Mantener la conformidad del SGC (mejora continua - excelencia)			
Cumplir el presupuesto operativo			
Cumplir el presupuesto de inversiones en Activos y Tecnología			
<b>TOTAL, RIESGOS</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>24</b>

Bajo (1-6)

Medio (7-12)

Alto (13-25)

Los resultados obtenidos en el área asistencial se evaluaron las acciones en referencia a la aplicación de acciones en los programas de pacientes sanos, crónicos y en riesgo, el análisis de los riesgos evidencia que existen ítem que debe ser tenidos en cuenta, pues representan un potencial daño para los objetivos y la sostenibilidad de la IPS.

En relación se encontró que la pérdida de pacientes, las medidas adoptadas por la interventoría de la EPS y los no pagos por parte de la EPS representan una grave amenaza para el modelo, así como el aumento de la morbilidad o mortalidad en esta población.

La IPS debe tener especial cumplimiento de estándares con los pacientes crónicos y en riesgo, debido a que es la población con mayor demanda y las susceptible de sufrir complicaciones por falta de adherencia a los tratamientos propuestos.

En cuanto a los procesos gerenciales, las decisiones del gerente y el plan de mejora continua son los de mayor riesgo por el no cumplimiento en los registros y las fallas en la atención del paciente.

En relación con la mejora continua de la IPS los indicadores de calidad como oportunidad, pertinencia, continuidad, satisfacción del usuario son de primordial cumplimiento.

Y por el lado de los procesos de apoyo el área de compras es la de mayor riesgo en caso de presentarse inconvenientes con los pagos de la EPS, el no cumplimiento de estándares y afectación de servicios.

**Tabla 18.**  
*Identificación de Riesgos Gerencial*

RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA EMPRESA	PROCESOS GERENCIALES		
	Gerencia	Comercial	Mejora Continua
Abandono del tratamiento por parte de los pacientes		3	
Aumento en índice de morbilidad y mortalidad			2
Incumplimiento en indicadores de calidad	1		4
Disminución de los ingresos por falta de pago de la EPS	3		
Perdidas de dinero efectivo y valores	1		
Daño y/o pérdidas de inventarios y suministros			
Bajo recaudo de cartera	3	3	3
Ausencia de indicadores financieros para hacer seguimiento a la operación de la IPS	1		1
Incumplimiento de las cuentas por pagar a proveedores, médicos	1		1
Aumento del costo			
Estándares de costos - Tarifas de costos			
Infraestructura que no cumple con la norma vigente de habilitación	1		1
Falencia en la información de los estados financieros			
Perdidas por decisiones erróneas administrativas			
Pérdidas por Responsabilidad Civil en la práctica médica			
Incrementar el flujo de caja libre			
Controlar el nivel de endeudamiento			
Incrementar el número de usuarios particulares y de libre escogencia			
Pérdida de clientes que hacen parte del Pareto en ventas en los años 2021, 2022, 2023	3	3	3
Sanciones por incumplimiento en normas de habilitación			
Posibilidad de cierre por no cumplir con la normatividad vigente			
Mantener la conformidad del SGC (mejora continua - excelencia)			
Cumplir el presupuesto operativo			
Cumplir el presupuesto de inversiones en Activos y Tecnología			
<b>TOTAL RIESGOS</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>15</b>



Pérdidas por Responsabilidad Civil en la práctica médica								
Controlar el nivel de endeudamiento			2		2			
Incrementar el número de usuarios particulares y de libre escogencia								
Pérdida de clientes que hacen parte del Pareto en ventas en los años 2021, 2022, 2023								
Sanciones por incumplimiento en normas de habilitación								
Posibilidad de cierre por no cumplir con la normatividad vigente								
Mantener la conformidad del SGC (mejora continua - excelencia)								
Cumplir el presupuesto operativo					3			
Cumplir el presupuesto de inversiones en Activos y Tecnología					3			
<b>TOTAL RIESGOS</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>25</b>			<b>5</b>




Una vez identificados los riesgos con baja, media, y alto riesgo, teniendo en cuenta la misión, visión y principios de la IPS, se establecen las medidas adoptar, en un balance scorecard BSC o cuadro de mando integral CMI

En el BSC se determinarán las acciones preventivas y correctivas a tomar para intervenir las posibles novedades negativas encontradas a nivel financiero, del cliente, en procesos internos y aquellas que sirven para conocimiento y aprendizaje.

**Tabla 20.**  
*Objetivos Estratégicos*

<b>Objetivos estratégicos</b>		<b>Perspectivas</b>
Estabilidad Financiera - Suficiencia Patrimonial y financiera optima	F1	<b>FINANCIERA</b>
Aprovechamiento de capacidad instalada	F2	
Incrementar las alianzas y venta de servicios y/o productos a nivel local, nacional e internacional.	F3	
Fortalecer el área de cartera, auditoría interna y externa de la IPS	F4	
Garantizar el correcto ciclo del efectivo	F5	
Mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares que acuden a los servicios de rehabilitación física	C1	<b>CLIENTES</b>
Establecer alianzas estratégicas con medicina prepagada	C2	
Mantener el número de pacientes actuales, recuperar pacientes perdidos y atraer nuevos prospectos	C3	
Gestionar un programa de atención centrada en el paciente	C4	
Consolidar a la IPS como entidad comprometida con el bienestar social de los usuarios y talento humano	C5	
Mejorar la oportunidad, continuidad en la prestación de servicios y accesibilidad de usuarios y clientes a los productos y servicios de la IPS	C6	
Consolidar un modelo de gestión integral enfocado en adultos mayores de 60 años, manteniendo y mejorando su calidad de vida, a través de una atención socialmente significativa para el usuario y la familia	P1	<b>PROCESO</b>
Establecer responsables para la habilitación de todos los servicios	P2	
Mejorar la oportunidad, continuidad en la prestación de servicios y accesibilidad de usuarios y clientes a los productos y servicios de la IPS.	P3	
Fortalecer el área de cartera, auditoría interna y externa de la IPS	P4	
Identificar líderes de procesos al interior de la organización que garanticen óptimos resultados	P5	
Lograr un excelente posicionamiento a nivel local, nacional e internacional por calidad, seguridad en la atención de pacientes, innovación, tecnología e integralidad en la prestación de servicios de salud.	P6	
Actualización del personal en nuevas tecnologías para el manejo de equipos adquiridos	P7	
Mejorar procesos de comunicación entre cartera, altos mandos, socios y colaboradores	AP1	<b>APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTOS</b>
Incentivar una atención centrada en la humanización como ventaja competitiva en la IPS	AP2	
Establecer una cultura de responsabilidad y sentido de pertenencia en los colaboradores	AP3	

**Tabla 21.**  
*Mapa de Procesos*

Financiera	<p>F1. Estabilidad Financiera - Suficiencia Patrimonial y financiera optima</p> <p>F2. Aprovechamiento de capacidad instalada</p> <p>F3. Incrementar las alianzas y venta de servicios y/o productos a nivel local, nacional e internacional.</p> <p>F4. Fortalecer el área de cartera, auditoría interna y externa de la IPS</p> <p>F5. Garantizar el correcto ciclo del efectivo</p>
	
Cliente	<p>C1. Mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares que acuden a los servicios de rehabilitación física</p> <p>C2. Establecer alianzas estratégicas con medicina prepagada</p> <p>Mantener el número de pacientes actuales, recuperar pacientes perdidos y atraer nuevos prospectos</p> <p>C3. Gestionar un programa de atención centrada en el paciente</p> <p>C4. Consolidar a la IPS como entidad comprometida con el bienestar social de los usuarios y talento humano</p> <p>C5. Mejorar la oportunidad, continuidad en la prestación de servicios y accesibilidad de usuarios y clientes a los productos y servicios de la IPS</p>
	
Proceso	<p>P1. Consolidar un modelo de gestión integral enfocado en adultos mayores de 60 años, manteniendo y mejorando su calidad de vida, a través de una atención socialmente significativa para el usuario y la familia</p> <p>P2. Establecer responsables para la habilitación de todos los servicios</p> <p>P3. Mejorar la oportunidad, continuidad en la prestación de servicios y accesibilidad de usuarios y clientes a los productos y servicios de la IPS.</p> <p>P4. Fortalecer el área de cartera, auditoría interna y externa de la IPS</p> <p>P5. Identificar líderes de procesos al interior de la organización que garanticen óptimos resultados</p> <p>P6. Lograr un excelente posicionamiento a nivel local, nacional e internacional por calidad, seguridad en la atención de pacientes, innovación, tecnología e integralidad en la prestación de servicios de salud.</p> <p>P7. Actualización del personal en nuevas tecnologías para el manejo de equipos adquiridos</p>
	
Aprendizaje y conocimiento	<p>AP1. Mejorar procesos de comunicación entre cartera, altos mandos, socios y colaboradores</p> <p>AP2. Incentivar una atención centrada en la humanización como ventaja competitiva en la IPS</p> <p>AP3. Establecer una cultura de responsabilidad y sentido de pertenencia en los colaboradores</p>

El mapa estratégico relaciona cada acción que se realice por procesos con los demás, logrando los objetivos propuestos para alcanzar la sostenibilidad de la IPS en el sector y financieramente, de esta manera se reconoce la importancia de los clientes, procesos y el aprendizaje continuo para alcanzar la sostenibilidad financiera.

**Tabla 22.**  
*Balance Scorecard*

No.	Objetivo estratégico	Indicador	Responsable	Meta esperada	Seguimiento I trimestre	Seguimiento II trimestre	Seguimiento III trimestre
F1	Estabilidad Financiera - Suficiencia Patrimonial y financiera optima	Capital, Solidez	Socios Junta Directiva	>50%			
F2	Aprovechamiento de capacidad instalada	Incremento en ingresos	Gerencia Socios Lider de procesos	5 puntos por encima del IPC			
F3	Incrementar las alianzas y venta de servicios y/o productos a nivel local, nacional e internacional.	Numero de convenios	Gerencia	>5			
F4	Fortalecer el área de cartera, auditoría interna y externa de la IPS	Disminucion en glosas	Gerencia Cartera Coordinado auditoria	<3 cartera radicada			
F5	Garantizar el correcto ciclo del efectivo	Aumento en flujo de efectivo	Cartera	>20%			
C1	Mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares que acuden a los servicios de rehabilitación física	Indice de satisfaccion del usuario	Gerencia, Coordinador medico,Lider de proceso	Satisfaccion del usuario >90%			
C2	Establecer alianzas estratégicas con medicina prepagada	Numero de clientes	Gerencia	> 5 alianzas			
C3	Mantener el número de pacientes actuales, recuperar pacientes perdidos y atraer nuevos prospectos	Indice de satisfaccion del usuario	Gerencia, Coordinador medico,Lider de proceso	Satisfaccion del usuario >90%			
C4	Gestionar un programa de atención centrada en el paciente	Disminucion de PQRD	Gerencia, Coordinador medico,Lider de proceso	< 5			
C5	Consolidar a la IPS como entidad comprometida con el bienestar social de los usuarios y talento humano	Aumento en pacientes	Gerencia, Coordinador medico,Lider de proceso	>30%			
C6	Mejorar la oportunidad, continuidad en la prestación de servicios y accesibilidad de usuarios y clientes a los productos y servicios de la IPS	Indicadores de calidad	Gerencia, Coordinador medico,Lider de proceso	<3 dias oportunidad			
P1	Consolidar un modelo de gestión integral enfocado en adultos mayores de 60 años, manteniendo y mejorando su calidad de vida, a través de una atención socialmente significativa para el usuario y la familia	Dsiminucion de morbimortalidad	Calidad	<20%			
P2	Establecer responsables para la habilitación de todos los servicios	No. Servicios habilitados	Calidad	Todos			
P3	Mejorar la oportunidad, continuidad en la prestación de servicios y accesibilidad de usuarios y clientes a los productos y servicios de la IPS.	Indicadores de calidad	Calidad, Lider de proceso, Coordinador asistencial	<3 dias oportunidad			
P4	Fortalecer el área de cartera, auditoría interna y externa de la IPS	Dsiminucion de glosas		< 5% cartera radicada			
P5	Identificar líderes de procesos al interior de la organización que garanticen óptimos resultados	Indicadores de calidad	Gerencia	Oportunidad Accesibilidad			
P6	Lograr un excelente posicionamiento a nivel local, nacional e internacional por calidad, seguridad en la atención de pacientes, innovación, tecnología e integralidad en la prestación de servicios de salud.	No.pacientes turistas	Gerencia Taletto Humano Coordinadores	> 20%			
P7	Actualización del personal en nuevas tecnologías para el manejo de equipos adquiridos	No. Capacitaciones	Talento humano Coordinador asistencial Lideres de	> 2 por mes			
AP1	Mejorar procesos de comunicación entre cartera, altos mandos, socios y colaboradores	Aumento indice de efectividad	Gerencia	>70%			
AP2	Incentivar una atención centrada en la humanización como ventaja competitiva en la IPS	Satisfaccion del usuario	Calidad	NA			
AP3	Establecer una cultura de responsabilidad y sentido de pertenencia en los colaboradores	Clima laboral Resultados de procesos por servicios	Talento Humano	NA			

## 7 Conclusiones y Recomendaciones

En base a los objetivos planteados se concluye

Objetivo 1: El modelo de atención vigentes en rehabilitación de la IPS, está centrado en la prevención y mantenimiento de la salud, en búsqueda de brindar calidad de vida a los pacientes, el modelo se basa en acciones que giran en torno a los usuarios sanos, los pacientes con diagnósticos identificados o crónicos y los pacientes en riesgo, una vez identificados y clasificados se realiza la intervención con el objetivo de mejorar el impacto en salud, la satisfacción del usuario y la sostenibilidad financiera de la IPS

Objetivo 2: La población objeto del modelo de atención en rehabilitación centrándose en personas de 60 años en una IPS, son usuarios de EPS régimen contributivo en su gran mayoría, la información brindada por la EAPB es de 37.736 personas, de los cuales el 54% se identifican con el género femenino y el 46% restantes género masculino, en su mayoría las personas afiliadas a la EAPB son ciudadanos de la ciudad de Cali, estratos 2, 3, 4 y 5.

Con relación al perfil epidemiológico el mayor número de pacientes son crónicos con enfermedades no transmisibles, un factor muy importante para efectos de intervenir los estilos de vida a una manera saludable, de igual manera los pacientes con enfermedades respiratorias y que puedan ser intervenidos.

Objetivo 3: Se plantea un modelo centrado en el paciente y en la calidad de vida del paciente mayor de 60 años, con un enfoque de atención integral por perfil de riesgos en salud, encaminado en la prevención y mantenimiento de la salud, al proveer excelentes servicios, a través de las buenas prácticas clínicas en todos los servicios ofrecidos, lo anterior en consideración y respeto por el paciente mejorando su calidad de vida.

De esta manera, la IPS se articula con la EPS en la captación temprana de pacientes con alto riesgo de presentar enfermedades crónicas, bien sea por el estilo de vida, los antecedentes

personales y familiares para lo cual cuenta un modelo que brinda una atención diferencial a través de soluciones integrales y oportunas. Los principales indicadores son la satisfacción y el mejor resultado en salud posible frente a condiciones agudas o crónicas agudizada.

Por esta razón y ante la iniciativa de la EPS por la prevención y el manteamiento de la salud, la IPS ha contemplado la intervención temprana de las personas mayores de 60 años con requerimiento de rehabilitación por limitación o discapacidad y adicional aquellos que no tengan ningún tipo de limitación física.

Lo anterior permite que las personas adultas puedan ser intervenidas y adquieran conocimiento sobre la importancia de la actividad física y los ejercicios posturales, así como la salud mental y la red de apoyo en su proceso de rehabilitación.

Se recomienda continuar con la investigación para establecer la efectividad del modelo planteado y su impacto en la triada salud de los adultos mayores, de esta manera poder evidenciar el resultado de intervenir los estilos de vida de la población, así como su salud mental y social, lo anterior no solo en la salud del paciente, sino además en los indicadores financieros, del cliente, de los procesos y del aprendizaje continuo de la IPS.

## **8 Referencias**

- Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales. (2025). *Recomendaciones de salud para los adultos mayores*. Obtenido de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/control-de-peso/alimentacion-saludable-actividad-fisica-vida/adultos-mayores>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2022). *Identificación de barreras de inclusión social y productiva para la población mayor en Bogotá*. Obtenido de [https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/20220430\\_informe\\_inclusion\\_productiva\\_p\\_mayores.pdf](https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/20220430_informe_inclusion_productiva_p_mayores.pdf)
- Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo. (2024). *Enfermedades crónicas representan cerca de 13.5 mil millones de dólares en pérdidas económicas en Colombia*. Obtenido de <https://afidro.org/2024/06/05/enfermedades-cronicas-representan-cerca-de-13-5-mil-millones-de-dolares-en-perdidas-economicas-en-colombia/>
- Cabrera Benavides, S. N., Hurtado Angulo, O. L., Moncayo Curtid, L. E., & Tovar Villareal, M. J. (2024). La empatía en el envejecimiento: acompañamiento integral desde la terapia ocupacional. *CEI Boletín Informativo*, 116-119. Obtenido de <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/4479/4558>
- Camara de Comercio. (2024). *Cali: Destino de Excelencia Clínica y Turismo Médico*. Cali: Ritmo Cluster. Obtenido de <https://www.ccc.org.co/inc/uploads/2024/12/Cali-Destino-de-Excelencia-Cli%CC%81nica-y-Turismo-Me%CC%81dico-2.pdf>
- Carrasco G, M. (2024). *Fragilidad: Un síndrome geriátrico en evolución*. Obtenido de <https://medicina.uc.cl/publicacion/fragilidad-sindrome-geriatrico-evolucion/>
- Carrasco Peña, K. B., Fariás Moreno, K., Del Toro Equihua, M., Aguilar Mancilla, Z. C., Trujillo Magallón, M., Solórzano Rodríguez, M. A., & Trujillo Hernández, B. (2022). Componentes de fragilidad, sarcopenia y su asociación con insuficiencia de vitamina D. Estudio transversal analítico. *Gaceta médica de México* 158 (6), 353-358. doi:<https://doi.org/10.24875/gmm.22000104>
- Castro, J. A. (2023). Envejecimiento y sostenibilidad poblacional: dos retos emergentes en las sociedades contemporáneas. *Revista Experto Edición 14*. Obtenido de <https://www.uexternado.edu.co/revista-experto/envejecimiento-y-sostenibilidad-poblacional-dos-retos-emergentes-en-las-sociedades-contemporaneas/>
- Ceballo, M. (2024). *¿Qué implicaciones tiene el cierre de SURA EPS?* Obtenido de <https://www.areandina.edu.co/blogs/que-implicaciones-tiene-el-cierre-de-sura-eps>
- Chaves-Medina, M. J., Sepulveda-Herrera, N. A., Cortés Díaz, D., Casalis, A., Andrea, Castañeda Millán, D. A., & Sánchez-Duque, J. A. (2024). Incontinencia urinaria en el adulto mayor: un enfoque de atención primaria. *Aten Fam.* 31(3), 193-199. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2024/af243i.pdf>

- Congreso de la Republica. (09 de Enero de 2007). *Ley 1122*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- Congreso de la República. (19 de Enero de 2011). *Ley 1438*. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)
- Congreso de la Republica. (2015). *Ley estatutaria 1751*. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)
- Congreso de la Republica. (2020). *Ley 2055*. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=141981#:~:text=L a%20persona%20mayor%20tiene%20derecho,discriminados%20por%20motivo%20de% 20edad.>
- Congreso de la Republica de Colombia. (23 de Diciembre de 1993). *Ley 100*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
- Corporación Financiera Colombiana. (2025). *Perspectivas de tasa de cambio 2025: ¿un peso pesado?* Obtenido de [https://investigaciones.corfi.com/documents/38211/0/250224%20\(4\).pdf/feb4710c-5389-af09-3f98-a1a93c396451](https://investigaciones.corfi.com/documents/38211/0/250224%20(4).pdf/feb4710c-5389-af09-3f98-a1a93c396451)
- DANE. (2022). *Cali en cifras: Demografía, economía y mercado laboral*. Cali: DANE. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/220322-Foro-Cali-en-cifras.pdf>
- DANE. (2023). *El diamante del cuidado frente a la experiencia de la discapacidad en Colombia*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas-casen/abril-2023-DiscapCuidadores.pdf>
- Dapartamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021). *Personas mayores en Colombia, hacia la inclusión y participación*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia-presentacion.pdf>
- Deysi Liliana, S. A. (2024). *Guía de cuidados para Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en el adulto mayor, una revisión sistémica de la bibliografía*. Ambato Ecuador: [Tesis de Pregrado, Universidad Regional Autonoma de los Andes], Repositorio Uniandes. Obtenido de <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/18693/1/UA-ENF-EAC-026-2024.pdf>
- Discanept. (2023). *Los años de vida ajustados por calidad: una medida integral de la salud y el bienestar*. Recuperado el 12 de Abril de 2024, de Los años de vida ajustados por calidad:

una medida integral de la salud y el bienestar: <https://www.discapnet.es/discapacidad-salud/los-anos-de-vida-ajustados-por-calidad-una-medida-integral-de-la-salud-y-el>

Duque Quintero, S. P., González Sánchez, F. P., & Martínez Monsalve, S. M. (2020). Inclusión social y discapacidad asociada a los accidentes de tránsito. *Justicia*, 25(37). Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-74412020000100167](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-74412020000100167)

Durán Díaz, W. E., & Sáenz Rodríguez, J. F. (2020). *Exclusión y desigualdad laboral de las personas en situación de discapacidad en Apartadó, un hecho social que afecta a esta población*. Apartadó: [Tesis de Posgrado, Universidad Cooperativa de Colombia], Repositorio UCC. Obtenido de <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/a3e2af60-5b0e-4335-9198-e081e84fd9e8/content>

Exponencial Banca de Inversión S.A.S. (24 de Febrero de 2021). *¿Qué ven los inversionistas extranjeros en el sector salud de Colombia?* Obtenido de <https://www.exponencial.com.co/post/qu%C3%A9-ven-los-inversionistas-extranjeros-en-el-sector-salud-de-colombia>

Fajardo Ramos, I. C., Ordoñez Caicedo, A., & Orozco Solís, P. A. (2021). *Análisis de viabilidad para la creación de un Home Care con enfoque social en el municipio de Popayán-Cauca*. Popayán: [Tesis de Posgrado, Universidad Católica de Manizales], Repositorio UCM. Obtenido de [https://repositorio.ucm.edu.co/bitstream/10839/3692/1/Isabel\\_Cristina\\_Fajardo\\_Ramos\\_2022.pdf](https://repositorio.ucm.edu.co/bitstream/10839/3692/1/Isabel_Cristina_Fajardo_Ramos_2022.pdf)

Ferrer Gracia, M., Sanmartín Xifré, M., Cuadra Giménez, L. M., Díez Angulo, M. d., Fernández Peñarroya, R., & Saiz Ferrer, A. (2021). Síndrome de inmovilidad en las personas mayores. *Revista sanitaria de investigación* 2(11), 335. Obtenido de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sindrome-de-inmovilidad-en-las-personas-mayores/>

Fundación Saldarriaga Concha. (2023). *Costos de atención en salud aumentan con el incremento de la expectativa de vida*. Obtenido de <https://www.saldarriagaconcha.org/costos-de-atencion-en-salud-aumentan-con-el-incremento-de-la-expectativa-de-vida/#:~:text=Entre%20los%20a%C3%B1os%202014%20y,personas%20mayores%20de%2075%20a%C3%B1os.>

Gallardo Prieto, L. M. (2019). *El ABC de los síndromes geriátricos*. México D.F.: Alfíl S.A.

Global Initiative for Asthma. (2019). *Guía de bolsillo para el manejo y la prevención del asma*. Obtenido de <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/07/GINA-Spanish-2019-wms.pdf>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). *Guía de bolsillo para el diagnóstico, manejo y prevención del EPOC*. Obtenido de

- [https://www.google.com/search?q=Global+Initiative+for+Chronic+Obstructive+Lung+Disease%2C+Inc&rlz=1C1GCEB\\_enCO1141CO1141&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Global+Initiative+for+Chronic+Obstructive+Lung+Disease%2C+Inc&rlz=1C1GCEB_enCO1141CO1141&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
- Gómez Sánchez, J. A., García Nieves, S., Zárate Urgell, J. A., & Gómez Izquierdo, G. A. (2023). Realidad virtual para rehabilitación de extremidades superiores. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 6713-6728.  
doi:[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i1.4919](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4919)
- Gómez, N. L., Otoyá, m. C., Quintana, P., Tenorio, L., Vergara, C. H., & Zapata, M. d. (2020). *Prevalencia de discapacidad en el departamento del Valle del Cauca*. Gobernación del Valle del Cauca, Secretaría Departamental de Salud del Valle y Facultad de Salud de la Universidad del Valle, Santiago de Cal.
- González Castillo, A. d., Oblitas Guerrero, S. M., Mosqueira Moreno, R. P., & Heredia Llatas, F. D. (2023). Transformational leadership in hospital management. A bibliographic review. *Acta Médica del Centro*, 17(4), 819-834. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2709-79272023000400819&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272023000400819&lng=es&tlng=en).
- González Beltrán, L. M. (2011). *Carga asociada a lesiones en términos de discapacidad y muerte como consecuencia de accidentes de tránsito en Colombia*. Tesis de Posgrado, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ingeniería, Bogotá.
- Grajales, T. (2000). Tipos de Investigación. *on line*. Obtenido de <https://cmappublic2.ihmc.us/rid=1RM1F0L42-VZ46F4-319H/871.pdf>
- Gutiérrez Álvarez, A. M. (2023). *Modelo de Atención Integral para el Adulto Mayor tipo Gerontológico en Bogotá*. Bogotá: [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana] Repositorio Javeriana. Obtenido de <https://apidspace.javeriana.edu.co/server/api/core/bitstreams/381e1210-ab0e-4166-b71a-07e610ecbe82/content>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill, Interamericana editores S.A de CV. Obtenido de [https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_-\\_roberto\\_hernandez\\_sampieri.pdf](https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf)
- Instituto Nacional de Cancerología Colombia; Asociación Colombiana de cuidados paliativos. (2025). *Soporte y cuidados paliativos en cancer*. Obtenido de [file:///C:/Users/gloria.castro/Downloads/libro\\_manual\\_soporte\\_y\\_cuidados\\_paliativos\\_version\\_final\\_2024.pdf](file:///C:/Users/gloria.castro/Downloads/libro_manual_soporte_y_cuidados_paliativos_version_final_2024.pdf)
- Lenartowicz, M. (2023). *Generalidades sobre la prevención en los ancianos*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/geriatr%C3%ADa/prevenci%C3%B3n-de-enfermedades-y-de-discapacidad-en-los-ancianos/generalidades-sobre-la-prevenci%C3%B3n-en-los-ancianos>

- Lugo Agudelo, L. H., Silva Alzate, J. A., Pinto García, Á. E., Payares Álvarez, K., Salinas Durán, F., Cano, B. C., . . . García García, H. I. (Diciembre de 2022). Discapacidad y calidad de vida después de un accidente de tránsito en Medellín y su área metropolitana. Estudio de cohorte. *Fac. Nac. Salud Pública [Internet]*, 41(2). Obtenido de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/347015>
- Mazo González, D. (2025). *Histórico desembolso en salud: Adres gira \$22,5 billones y rompe récord en plena crisis económica*. Obtenido de <https://www.infobae.com/colombia/2025/04/24/historico-desembolso-en-salud-adres-gira-225-billones-y-rompe-record-en-plena-crisis-economica/>
- Méndez Mendoza, D., Solares Morales, B. D., Azurdia Vega, A. B., & Monzon Leal, L. J. (2021). *Relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de síndromes geriátricos en los residentes del hogar para el cuidado del adulto mayor San José en la ciudad de Guatemala durante el período comprendido de julio a diciembre de 2021*. Guatemala: [Tesis de Maestría, Universidad Galileo], Repositorio Universidad Galileo. Obtenido de [http://159.203.148.56/tesario/bitstream/123456789/1500/1/2021-T-mgg-051\\_mendez\\_solares\\_azurdia\\_monzon.pdf](http://159.203.148.56/tesario/bitstream/123456789/1500/1/2021-T-mgg-051_mendez_solares_azurdia_monzon.pdf)
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2025). *Presupuesto 2025*. Obtenido de <https://www.minhacienda.gov.co/documents/d/portal/presupuesto-2025-2-pdf?download=true#:~:text=Finalmente%2C%20la%20distribuci%C3%B3n%20sectorial%20indica,seg%C3%BAn%20el%20orden%20de%20montos>
- Ministerio de la Protección Social. (03 de Abril de 2006). *Resolución 1043*. Obtenido de <https://www.ins.gov.co/TyS/programas-de-calidad/Documentos%20Programa%20EEDDCARIO/resolucion%201043%202006.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (07 de Diciembre de 2007). *Decreto 4747*. Obtenido de <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (14 de Agosto de 2008). *Resolución 3047*. Obtenido de [http://www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion\\_3047\\_2008.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion_3047_2008.pdf)
- Ministerio de Salud. (1993). Recuperado el 12 de Mayo de 2024, de Resolución 8430: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>
- Ministerio de Salud. (2025). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud*. Obtenido de [https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados\\_reps.aspx?pageTitl e=Registro+Actual&pageHlp=](https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx?pageTitl e=Registro+Actual&pageHlp=)
- Ministerio de Salud del Salvador. (2022). *Lineamientos técnicos de habilitación y rehabilitación en salud*. Obtenido de

- <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/12/1402346/lineamientostecnicosdehabilitacionrehabilitacionsalud-acuerdo-2790.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-profesionales-diabetes-mellitus-tipo2-poblacion-mayor-18-anos.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Guía práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal crónica*. Obtenido de [https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2019/10/GPC\\_enfermedad\\_renal\\_adopcion.pdf](https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2019/10/GPC_enfermedad_renal_adopcion.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-profesionales-hipertension-arterial-primaria.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 2626*. Obtenido de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=169057>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Decreto 163*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-163-de-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2023*. Bogotá DC: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2023.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Resultados de la encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-encuesta-satisfaccion-usuarios-sistema-salud-colombiano-enfasis-atencion-primaria.pdf>
- MinSalud. (2022). *Gobierno Nacional expidió nueva Política de Envejecimiento y Vejez*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-Nacional-expidio-nueva-Politica-de-Envejecimiento-y-Vejez.aspx#:~:text=Condiciones%20para%20un%20envejecimiento%20saludable&text=De%20igual%20manera%2C%20presenta%20la,sus%20respectivas%20l%C3%ADneas%20de%20acc>
- Moya Moya, E. P., & Pachucho Flores, A. P. (2022). PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN ADULTOS MAYORES. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión Vol. 7 No. 2*, 34-39. Obtenido de <https://revistas.uta.edu.ec/revista/index.php/enfi/article/download/1611/2360/4027#:~:te>

xt=Las%20enfermedades%20asociadas%20al%20s%C3%ADndrome,la%20anemia%20y%20la%20depresi%C3%B3n.

Naciones Unidas. (2019). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content>

Núñez Barona, J. D., & Fernández Nieto, M. I. (2023). Efectividad de las visitas domiciliarias para la promoción y prevención en salud. *Brazilian Journal of Health Review*, 9402-9410. doi:DOI:10.34119/bjhrv6n3-080

OPS/OMS. (2024). Discapacidad. (<https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>).

Organización de las Naciones Unidas. (2023). *Objetivos de desarrollo sostenible*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/cities/>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; Organización Internacional del Trabajo; Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). *Caja de herramientas para la inclusión laboral de personas con discapacidad* (Primera ed.). Lima, Perú: Romy Kanashiro . Obtenido de Caja de herramientas para la inclusión laboral de personas con discapacidad.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 74-105. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanolageriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-un-marco-politico-13035694>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=En%20ese%20momento%2C%20el%20grupo,habr%C3%A1%20duplicado%20\(2100%20millones\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=En%20ese%20momento%2C%20el%20grupo,habr%C3%A1%20duplicado%20(2100%20millones).).

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Envejecimiento saludable*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Envejecimiento y salud* . Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Rehabilitación*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la Atención Primaria en la Salud*. Suiza: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51973/OPSFPLHL200004A\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51973/OPSFPLHL200004A_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Economía de las ENT*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/economia-ent>
- Parada-Peña, K., Rodríguez-Morera, M., Otoya-Chaves, F., Loaiza-Quirós, K., & León-Quirós, S. (2020;). Síndromes geriátricos: caídas, incontinencia y deterioro cognitivo. *Rev Hisp Cienc Salud* 6(4), 201-210. Obtenido de <file:///E:/DOCUMENTOS/SURA%20GERIATRICO/Dialnet-SindromesGeriatricos-9523438.pdf>
- Parra-Saldarriaga, J., Benavides-Ruiza, M. M., & Sánchez-Duque, J. A. (2023). Abordaje integral del síndrome de inestabilidad y caídas del anciano en atención primaria. *Atención Primaria Práctica*, 6(1), 100187. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-practica-24-articulo-abordaje-integral-del-sindrome-inestabilidad-S2605073023000214>
- Presidencia de la Republica. (2022). *Decreto 376* . Obtenido de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=121797>
- Presidencia de la República. (2022). *Decreto 441*. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=184728>
- Presidencia de la República. (2022). *Decreto 441* . Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=184728>
- Presidencia de la República. (2025). *Lista nueva metodología de presupuestos máximos en salud para 2025*. Obtenido de <https://www.presidencia.gov.co/prensa/Paginas/Lista-nueva-metodologia-de-presupuestos-maximos-en-salud-para-2025-250124.aspx>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2024). *Los ODS en acción*. Obtenido de <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>
- Rengel Jiménez., W. E., Giler Giler, M. A., & Pinargote Pinargote, H. M. (2018). *Publicar Investigación Científica Metodología y Desarrollo*. Manta Ecuador: Editorial Mar Abierto.
- Revuelta, B., & Hernández, R. (2021). Estudios críticos en discapacidad: aportes epistemológicos de un campo plural. *Cinta de moebio* (70), 17-33. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-554x2021000100017>
- Ruiz Mejía, L. V., & Begambre Pestana, A. C. (2024). *Barreras de acceso en salud para la atención domiciliar de pacientes con enfermedad crónica*. Montería, Córdoba: [Tesis de Posgrado, Universidad de Córdoba], Repositorio Unicordoba. Obtenido de <https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/4a3ca562-5160-4f67-849f-f42b974f2e8a/content>
- Ruíz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la Investigación Cualitativa 5 edición*. Bilbao: Universidad Deusto.

- Secretaria Distrital de Integración Social. (2011). *Modelo de Atención Integral para las Personas Mayores (MAIPM)*. Bogotá: Contacto Américas Solidaria Precooperativa. Obtenido de [https://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2020documentos/01062020\\_\(11112015\)\\_Modelo\\_de\\_Atencion\\_Integral\\_para\\_Personas\\_Mayores.pdf](https://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2020documentos/01062020_(11112015)_Modelo_de_Atencion_Integral_para_Personas_Mayores.pdf)
- Superintendencia de Salud. (04 de Noviembre de 2016). *Circular 000016*. Obtenido de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/circular%20externa%200016%20de%202016.pdf>
- Superintendencia de Salud. (15 de Septiembre de 2016). *Circular Externa 000013*. Obtenido de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/circular%20externa%200013%20de%202016.pdf>
- SURA. (2024). *Caracterizacion Poblacional EPS SURA*. Obtenido de <https://www.epssura.com/files/2019/informe-valle-del-cauca.pdf>
- UNIETAR. (2018). Recuperado el 12 de Abril de 2024, de ¿Qué es un DALY y que impacto tiene en tu organizacion : <https://www.unieta.org/single-post/2018/10/25/-qu%C3%A9-es-un-daly-y-qu%C3%A9-impacto-tiene-en-tu-organizaci%C3%B3n>