Plan de Mejora al Modelo de Gestión Integral de Riesgo En Salud, Mediante Telesalud en pacientes con Diabetes Tipo 2 en una empresa de Medicina Prepagada en Colombia.

Autores:

Juan Pablo Suarez Bravo

Mónica Lucia Alarcón Díaz

Pontificia universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Maestría en Gerencia de Organizaciones de la Salud

Santiago de Cali

2021

Plan de Mejora al Modelo de Gestión Integral de Riesgo En Salud, Mediante Telesalud en pacientes con Diabetes Tipo 2 en una empresa de Medicina Prepagada en Colombia.

Autores:

Juan Pablo Suarez Bravo

Mónica Lucia Alarcón Díaz

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

Director del trabajo de grado: Julián Adolfo Villegas Gámez

Médico, Mg. en gerencia de organizaciones de la salud y Esp. en administración en Salud, gerente de riesgo en Salud en la EPS SOS

Pontificia universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Maestría en Gerencia de Organizaciones de la Salud

Santiago de Cali

2021

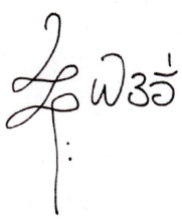
Santiago de Cali, 31 de mayo de 2021

Doctor
Silvio Borrero Caldas
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia universidad Javeriana
La ciudad

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es "Plan de Mejora al Modelo de Gestión Integral de Riesgo En Salud, Mediante Telesalud en pacientes con Diabetes Tipo 2 en una empresa de Medicina Prepagada en Colombia."

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

Atentamente,



Mónica Alarcón Díaz
Cédula 67026907

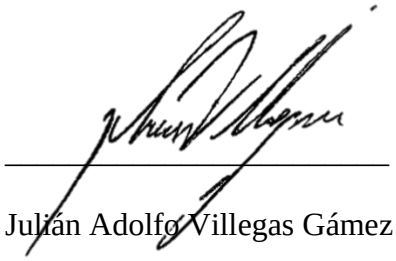
Juan Pablo Suarez Bravo
Cédula 1061763149

Santiago de Cali, 31 de mayo de 2021

Doctor
Silvio Borrero Caldas
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia universidad Javeriana
La ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado es “Plan de Mejora al Modelo de Gestión Integral de Riesgo En Salud, Mediante Telesalud en pacientes con Diabetes Tipo 2 en una empresa de Medicina Prepagada en Colombia.”, realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana nombres: Mónica Alarcón Díaz cédula 67026907 y Juan Pablo Suarez Bravo cédula 1061763149, y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Cordialmente,



Julián Adolfo Villegas Gámez

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".

"**PLAN DE MEJORA AL MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGO EN SALUD, MEDIANTE TELESALUD EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN UNA EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA EN COLOMBIA.**" Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones de Salud.

SILVIO BORRERO CALDAS
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

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

Martha Licenia Zuniga Barona
Jurado

Julián Adolfo Villegas Gámez
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 25 de junio de 2021.

Dedicatoria

A mi familia, por siempre acompañarme en este gran proceso en el mundo académico

A ti Nicolás hijo mío, mamá te dedica este gran esfuerzo y todo el tiempo tuyo que le aportaste a este proyecto, superarme profesionalmente me permitirá siempre brindarte un mejor futuro.

Se lo dedico a quienes me inspiraron, a quienes me ayudaron a llegar donde he llegado, a mis padres y mi hermano.

En especial a ti mamá, por acompañarme en cada paso, por hacer parte de este gran sueño, por impulsarme día a día a ser mejor.

Gracias, por tu amor incondicional y tu compañía.

A ti por tu ayuda, por tus consejos, por acompañarme y hacernos mejor cada día, eres parte importante de este gran proyecto, por motivarme a llegar más lejos de lo que podía imaginar,

Gracias, amor.

Agradecimientos

A Dios por permitirnos tener y poder disfrutar de buena salud, al igual que nuestros familiares y permitirnos seguir adelante a pesar de las adversidades en el último Año.

A nuestras Familias por el acompañamiento, por ser fuente de apoyo, soporte físico y emocional durante este proyecto, por acompañarnos en el desarrollo de esta maestría en el tiempo de incertidumbre y cambios inesperado que surgieron por la pandemia por Covid, el cual dio un vuelco significativo a las expectativas con las que iniciamos a estudiar sin embargo, el trabajo en equipo, la empatía por el otro y la comprensión de lo vulnerable que podemos ser como personas nos permitió seguir adelante con nuestra propuesta, aprendiendo de la capacidad de resiliencia que se puede llegar a tener.

A los profesores, tutor y demás personas que aportaron de su tiempo, paciencia y capacidad de adaptación en medio de la virtualidad para lograr extender, brindar su conocimiento y experiencia para fomentar el desarrollo de nuevas competencias en el aspecto laboral.

A los compañeros por compartir sus experiencias laborales y aportar a nuestro crecimiento personal y profesional, conocer otros puntos de vista siempre será la mejor forma de ver al mundo con otros ojos y abrir la mente a otras posibilidades.

A todos lo que aportaron a construir este sueño, brindándonos su apoyo, su afecto y su amor.

Tabla de contenido

1 Introducción 13

2 Marco de referencia 15

2.1 Marco conceptual 15

2.2 Marco regulatorio y legal 30

3 Objetivos 36

3.1 Objetivo General 37

3.2 Objetivos específicos 37

4 Descripción general de la entidad 37

4.1 Desempeño y evolución histórica de la organización 37

4.2 Direccionamiento estratégico 47

4.3 Análisis del entorno y del sector 48

4.4 Análisis interno y externo, Matriz DOFA 50

4.5 Accionistas o socios 53

5 Situación actual de la gestión de riesgo en Coomeva emergencia médica 55

5.1 Descripción del modelo vigente 55

5.1.1 Análisis de la gestión de riesgo actual 61

5.1.2 Análisis de la demanda 61

5.1.3 Perfil epidemiológico y caracterización del riesgo 61

5.1.4 Análisis de las utilizaciones y de costos 63

5.1.5 Característica de la oferta de la IPS 66

5.1.6 Procesos y análisis de la relación oferta – demanda 67

6 Diseño plan de mejora al modelo de atención integral de riesgo en salud mediante telesalud en pacientes con diabetes tipo 2 en una empresa de medicina prepagada en Colombia 72

6.1 Definición de estrategias de atención para los usuarios 72

6.2 Gestión clínica 73

6.3 Gestión de la calidad de la atención 79

6.4 Gestión de la humanización de la atención 80

6.5 Gestión de las tecnologías en salud y del sistema de información 82

6.6 Gestión de la referencia y contra referencia 86

6.7 Gestión del talento humano 89

6.8 Negociación y contratación con EPS 90

6.9 Monitoreo de procesos y evaluación de los resultados de la atención 93

7 Conclusiones y recomendaciones 95

8 Referencias bibliográficas 97

9 Anexos 101

9.1 Anexo A 102

9.2 Anexo B 104

9.3 Anexo C 106

Índice de figuras

Figura 1 38

Figura 2 40

Figura 3 43

Figura 4 45

Figura 5 45

Figura 6 48

Figura 7 57

Figura 8 62

Figura 9 62

Figura 10 63

Figura 11 64

Figura 12 65

Figura 13 68

Figura 14 70

Figura 15 71

Figura 16 76

Figura 17 87

Índice de tablas

Tabla 1..... 54

Tabla 2..... 85

Tabla 3..... 91

Tabla 4..... 92

Tabla 5..... 93

Tabla 6..... 94

1 Introducción

Al observar el panorama general de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en el mundo, se encuentra que son las responsables del 71% del total de las muertes.

Ser un país de ingresos bajos o medios aumenta considerablemente el riesgo de tener una población afectada por alguna de las enfermedades que encabezan la lista, como son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (OMS, 2021).

En Colombia, según datos del Ministerio de salud y protección social y del Instituto Nacional de salud, las ECNT presentan una mortalidad por encima de los homicidios y los accidentes de todo el país. Las inequidades sociales relacionadas con los determinantes en salud muestran que a mayores necesidades básicas insatisfechas se presenta mayor mortalidad cardiovascular, esto está asociado a múltiples factores, entre ellos los hábitos alimenticios poco saludables que muestran mayor prevalencia en zonas como Atlántico, Antioquia y Bogotá (Enrique Ardila, 2018).

En el Valle, las cifras no difieren mucho de las enunciadas en el mundo y en el país, el 70% de las causas de morbilidad están atribuidas a las ECNT, y en el caso de la mortalidad, el primer lugar lo ocupa las enfermedades del sistema circulatorio, y en el segundo lugar están las demás causas donde se puede encontrar patologías como la diabetes mellitus (Valle, 2021).

Esto quiere decir, que la carga de la enfermedad atribuible a los sistemas de salud es muy alta en cuanto a las ECNT se refiere. El desafío de los gobiernos es gestionar la salud de su población a través de grandes estrategias que se alineen a las características poblacionales y a las realidades de cada zona geográfica del país.

Es por ello, que la forma como se entregan los servicios de salud ha ido cambiando a lo largo de la historia. La telemedicina existe en el mundo desde la década de los años 50, cuando la Universidad de Nebraska en 1959 desarrolló una tecnología interactiva para trasmitir exámenes neurológicos de pacientes que vivían en zonas remotas hacia médicos de la zona urbana (Frederic Llordachs Marqués, n.d.).

Desde esa fecha hasta la actualidad, la telemedicina se ha ido expandiendo a través de los servicios en salud, algunos países más que otros han sacado el mayor provecho de este tipo de tecnología.

Hoy, Colombia ha tenido que acelerar sus procesos de adaptación al uso de la telemedicina, dado el contexto de la pandemia por SARS COV 2, donde la población a nivel nacional se ha visto obligada a confinarse en sus hogares por largos períodos de tiempo, obligando a las instituciones prestadoras de servicios de salud adaptar a sus equipos clínicos y su tecnología a una población que se encuentra de manera remota y requiere atención para su condición de salud.

Por todo este contexto, una institución prestadora de servicios de salud de atención médica domiciliaria desafía su status quo y define generar una estrategia que le permita estar más cerca de su población con condición crónica como la diabetes, que a través de la telemedicina pretende generar un contacto cercano y permanente entre paciente y equipo de salud, para impactar positivamente en su bienestar.

Es por eso, que este trabajo se centra en analizar ese modelo de atención en particular y plantear unas acciones de mejora que permitan estructurar y generar valor agregados no solo a los usuarios inscritos, sino a la organización que lo implementa, repercutiendo en aspectos como la experiencia del usuario, los resultados en salud, la satisfacción del cliente interno y los costos en salud.

A continuación, se presenta a lo largo del documento, un análisis concienzudo sobre el programa de telemedicina del prestador Coomeva emergencia médica y se plantea un plan de mejora basado en dicho análisis.

2 Marco de referencia

2.1 Marco conceptual

La Organización Panamericana de la Salud en el despliegue de la estrategia para la prevención y el control de la enfermedades no transmisibles 2012-2025 , considera a estas enfermedades como la causa principal de morbilidad y muerte prematura evitable en la región de las Américas, donde la mayor carga de enfermedad está determinada por las enfermedades cardiovasculares (ECV), cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, así como en sus cuatro factores de riesgo comunes, a saber, consumo de tabaco, régimen alimentario poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol, factores biológicos de riesgo relacionados: hipertensión e hiperglucemia, comorbilidades como sobrepeso y obesidad, trastornos de salud mental (OMS, 2014).

En las poblaciones que cursan alguna enfermedad crónica no transmisible (ECNT) como hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras, son poblaciones que no reciben la atención adecuada en su sistema de salud. Existen falencias en los procesos de atención que afectan el diagnóstico oportuno en estos pacientes y solo la mitad de estas personas diagnosticadas reciben atención médica, así mismo, solo la mitad de aquellos que reciben atención médica logran cumplir los objetivos terapéuticos (OPS, 2013).

Esto quiere decir que en la actualidad los programas de salud que acobijan dichas poblaciones no están obteniendo resultados en salud que garanticen un tratamiento exitoso en el 100% de los casos manejados, esto está relacionado con varios factores, entre esos una gestión

inadecuada, barreras de acceso a los servicios, barreras financieras y un pobre autocuidado en la salud.

Los condicionantes del aumento de carga de enfermedad por ECNT, están explicados por el envejecimiento progresivo de la población, definido por la transición demográfica en los últimos 60 años en Colombia, que a su vez está determinada por el descenso en la tasa de mortalidad en Colombia estimada en la actualidad en un 5.7%. La disminución de la mortalidad infantil, el aumento de la esperanza de vida al nacer, la mejoría de indicadores de desarrollo social y el descenso de la fecundidad, lo cual genera un perfil constrictivo de las pirámides poblacionales con mayor proporción de personas mayores de 60 y más años de edad (Ministerio de salud y Protección social, 2013).

Entendiendo lo anterior, los organismos internacionales han definido estrategias para la prevención y el control de la enfermedades no transmisibles con cuatro líneas estratégicas: políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ECNT, factores de riesgo y factores protectores de las ECNT, respuesta de los sistemas de salud a las ECNT y sus factores de riesgo, y vigilancia e investigación de las ECNT (Ministerio de Salud y Protección Social et al. , 2010).

Dentro de las ECNT, la diabetes como enfermedad crónica hace parte de las enfermedades no transmisibles principales, que ocasionan una alta incapacidad y mortalidad, se esperaba que para el 2020 las enfermedades crónicas ocasionaran el 73% de la mortalidad a nivel mundial y el 60% de la carga de enfermedad (Gómez, 2011).

Remitiéndose al contexto departamental del Valle del Cauca, la diabetes se ubica dentro del grupo denominado como las demás causas de mortalidad que ocupa el segundo lugar de significancia estadística dentro de los indicadores de mortalidad. En primer lugar, se encuentran

las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, y en segundo lugar tanto para mujeres como para hombres está la diabetes mellitus, alcanzando su mayor pico en el año 2005 y 2006 y el mínimo en el año 2016, respectivamente. Relacionando estos datos con la pandemia causada por SARS COV 2, el 64.31% de las personas que fallecieron por el coronavirus presentaba al menos una comorbilidad, alineándose al porcentaje nacional de comorbilidad que se encuentra en un 60.96%; en donde la diabetes cobró un papel importante al representarse en la estadística con la mayor proporción departamental (25.46%) que nacional (19.91%) (Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, 2020).

Dado este panorama, los sistemas de salud buscan alternativas costo eficiente que ayuden a modular el aumento de la siniestralidad en su población, evitando el aumento y las complicaciones en las comorbilidades, la progresión de la enfermedad y la tasa de mortalidad, entre otras variables.

Por tal motivo, el enfoque actual está dirigido a optimizar la gestión del riesgo en la población, tomando como parte del derrotero la cuádruple meta que debe tenerse en cuenta en el diseño de los modelos de atención y en la creación de las rutas integrales, además que el nuevo escenario ha forzado al sistema a acelerar procesos que antes carecían de fuerza dentro de la prestación de los servicios, este es el caso de la telemedicina, en especial la que se dirige al control y seguimiento de las ECNT.

Por lo anterior expuesto, esta propuesta de mejora está dirigida a una de las ECNT con mayor carga de la enfermedad, la diabetes mellitus tipo 2.

Modelo de Gestión de Riesgo en Salud

Desde que se creó la Ley 100 de 1993, la salud se ha encaminado en torno a los modelos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, creando las entidades promotoras de

salud (EPS) las cuales eran las encargadas de gestionar la salud de sus afiliados, aunque en ese entonces no eran claras las rutas establecidas para dicha disposición.

A partir de ese momento el país empezó a aprender a manejar un sistema que para ese entonces era nuevo y desconocido, lo cual generó la necesidad de una reforma a través de la Ley 1438 de 2011, la cual buscó su fortalecimiento a través de un modelo de prestación de servicio público que usó como estrategia el robustecimiento de la atención primaria en salud.

En este punto se empezó a hablar de grupos poblacionales donde se tuvo en cuenta la provisión integral de servicios de salud contemplando como inicio la prevención y construyendo una ruta hasta la rehabilitación.

Por otro lado, el plan decenal de Salud pública amparado por la resolución 1841 de 2013 establece dentro de sus metas estratégicas afectar positivamente los determinantes de salud y mitigar la carga de la enfermedad sobre los años de vida, lo cual tiene un énfasis directo sobre los modelos de gestión del riesgo; En el año 2015 surge el plan nacional de desarrollo, dentro de sus disposiciones define la política para la gestión integral del riesgo la cual es de obligatorio cumplimiento para todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que debe ajustarse a las necesidades territoriales de la población mediante modelos diferenciados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

Los modelos de gestión del riesgo en salud hacen parte de la estrategia transversal de la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) establecida en la resolución 429 de 2016, que busca la articulación e interacción entre los agentes del sistema de salud con el objetivo de medir, evaluar e intervenir los riesgos para la salud de las familias, comunidades, y personas mediante el seguimiento y monitoreo que busca resultados en salud y el bienestar para la población; por lo anterior, se establecen las rutas de atención mediante las Rutas Integrales de Atención en Salud

(RIAS) las cuales se encuentran bajo el modelo MAITE (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En consonancia normativa, la resolución 429 del 2016 describe el modelo integral de atención en salud como un conjunto de estrategias que permiten garantizar la oportunidad, integralidad, aceptabilidad, calidad y continuidad de la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad. Este se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir e intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada a mejorar la salud y el bienestar de la población. La responsabilidad de implementación de este modelo les corresponde a las entidades territoriales, entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta (IPS); entidades del sector salud y de otros sectores, responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna.

Los prestadores de servicio de salud son quienes en la actualidad generan y ejecutan la mayor parte de los programas de gestión de riesgo, contribuyen con la identificación, actualización y atención de los riesgos de la población que utiliza los servicios con dichos prestadores, sus programas se enfocan en acciones de gestión individual del riesgo a partir de gestión clínica por parte de un equipo de profesionales en salud, capacitados para involucrar al paciente, sus familiares y/o cuidadores en la atención, logrando intervenciones más efectivas, eficientes y seguras, basados en guías y protocolos de educación en salud de los distintos grupos de riesgo de la población, con lo que se pretende lograr cambios favorables en la evolución de la patología y en el pronóstico de vida del paciente intervenido.

Quienes desarrollan estrategias para gestionar el riesgo deben buscar cómo fortalecer y garantizar la capacidad de gestión clínica del mismo, dentro de las alternativas para lograr esa meta se encuentra la telemedicina como herramienta innovadora que posee altos beneficios para el paciente y la organización que la implemente para lograr mayor acceso, oportunidad y adherencia a los programas diseñados.

Por lo expuesto anteriormente, se pretende evidenciar en este trabajo el uso de la telemedicina como una herramienta necesaria dentro de la prestación de los servicios de salud.

En el estudio "La telesalud como estrategia de atención primaria en la diabetes mellitus tipo 2 en Colombia" se evidencia la telesalud como una herramienta útil para el control de ECNT como la diabetes y la detección de las barreras de acceso al sistema de salud, permitiendo el control de los pacientes, mediante la tele educación y tele orientación; de esta manera se logró impactar directamente sobre la salud de los pacientes a través del control glicémico generando estabilidad en la patología, además de generar un impacto en costos para el sistema de salud (Natalia González-Alzate, Erwin Hernando Hernández-Rincón, 2018).

Riesgo en Salud

Partiendo desde el concepto que la salud es un derecho (Constitución Política De Colombia 1991, Artículo 49), Colombia ha tenido una evolución en las políticas y normas que regulan este derecho y buscan garantizar una prestación integral en los servicios de salud.

A lo largo de esta evolución se vienen implementando políticas de atención integral y dentro de estas se encuentran estrategias que permitan gestionar el riesgo en salud, el cual se define como "la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de

requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse" (MSPS, Resolución 1841 2013, p. 51).

Existen dos tipos de riesgo: El riesgo primario se refiere a la probabilidad de aparición de nueva morbilidad o su severidad (incidencia); y el riesgo Técnico que alude a la probabilidad de "ocurrencia de eventos derivados de fallas de atención en los servicios de salud y de la mayor carga de enfermedad por mortalidad evitable y discapacidad" (Resolución 1841 de 2013, p. 147).

Este trabajo pretende abordar el riesgo técnico desde la perspectiva de la atención en salud, como la oportunidad de impactar directamente sobre las fallas en el sistema, previniendo el aumento en la carga de enfermedad, además de impactar en el costo de la atención.

Las enfermedades crónicas no transmisibles generan gran parte de la carga de la enfermedad que se traducen en altos costos en el sistema ya que estas dependen de las intervenciones, tecnologías y recursos destinados para la prestación de los servicios.

Cuádruple meta

A pesar de los grandes esfuerzos de las organizaciones de salud por generar sostenibilidad financiera en un sistema de salud con una carga de enfermedad alta, poblaciones cada vez más enfermas, hacen pensar en la necesidad de crear un modelo que pueda sostener el sistema de salud a largo plazo, gracias a esto se propone en 2008 la teoría de la triple meta la cual busca dentro de sus objetivos tener resultados en salud y calidad en la atención a un costo financiero sostenible.

El paradigma tradicional de los sistemas de salud se basa en la enfermedad y como resultado se busca la curación, este sistema está basado en un modelo asistencial de la enfermedad donde el profesional es un objeto activo y el paciente asume el papel pasivo, con consultas esporádicas que buscan resolver situaciones particulares, generando altos costos en la atención de

enfermedades potencialmente discapacitantes y ocasionando una fragmentación en la atención y variabilidad de la calidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se desarrollan nuevos retos con el fin de articular diversos medios y establecer roles adecuados, que buscan convertir a los usuarios en seres activos dentro del proceso de salud y bienestar; esto permite crear un nuevo paradigma donde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad toma gran importancia como base de la propuesta de la Triple meta y cuádruple meta.

La cuádruple meta nace de la concepción de los autores Thomas Bodenheimer y Christine Sinsk, en el año 2014, quienes analizando la triple meta concluyen que para lograr estos tres macro objetivos se hace necesario fortalecer y priorizar el área colaborativa de la empresa, siendo esta la encargada del funcionamiento de los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de salud; esto quiere decir que, el cuarto componente a tener presente es la satisfacción global de los colaboradores que trabajan dentro de las organizaciones de salud, lo que requiere desarrollar una serie de estrategias que ayuden a robustecer los procesos institucionales y las interacciones entre los equipos de salud, permitiendo armonizar el tecnicismo con la vocación de servicio, elementos que finalmente impactan en los resultados de la organización.

Es de gran relevancia el incluir al personal médico, enfermero, asistencial y administrativo en metas que desarrollen sus capacidades, generen estímulos y den sentido a sus logros individuales ya que puede llegar a impactar de manera muy positiva la dinámica del sistema general de salud en el país y en el mundo.

En una reciente encuesta realizada por médicos en los Estados Unidos, el 60% de los encuestados indicó que estaba considerando abandonar la práctica y el 70% de los médicos encuestados conocían al menos a un colega que dejó su práctica debido a la mala moral. Una

encuesta de 2015 de médicos británicos reportó hallazgos similares con aproximadamente el 44% de los encuestados que reportaron una moral muy baja o baja (Sikka et al., 2015).

Para lograr la cuádruple meta es necesario que las cuatro variables descritas actúen en interdependencia, debido a que un inadecuado funcionamiento de alguna de estas puede desestabilizar la ecuación, afectando los resultados deseados. Para lograrla es importante establecer objetivos claros y concisos como el uso de métodos que permitan identificar y caracterizar a la población en riesgo para disminuir la discapacidad y sus complicaciones a largo plazo, que generen grandes costos al sistema. Esto se logra, convirtiendo a los usuarios en seres activos conscientes de su salud y rediseñando los servicios de atención primaria, fortaleciéndolos de tal manera que puedan intervenir la mayoría de condiciones que afecten la salud de la población, además de centrar la atención y servicios en la satisfacción del paciente. Es importante resaltar la interrelación entre otros actores diferentes a salud que permitan impactar desde diversos ángulos el bienestar de la población (Unidos, 2012).

Diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica de alto impacto en la calidad de vida del individuo que la padece y representa un alto costo en el sistema de salud para el control y manejo de las complicaciones asociadas a esta patología según la OMS:

> La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. (OMS, 2021)

Existen tres tipos de Diabetes:

Tipo 1 (denominada anteriormente como insulino requiriente, juvenil o de inicio en la infancia): En este tipo de diabetes existe desde las edades tempranas producción deficiente de insulina y por tanto requiere de administración diaria de insulina para mantener los niveles de azúcar en sangre controlados, genera síntomas como adinamia (fatiga) constante, polidipsia (sed constante), polifagia (hambre constante), poliuria (excreción excesiva de orina), pérdida de peso.

Tipo 2 (denominada anteriormente diabetes no insulinodependiente o de inicio en la edad adulta) la cual es el resultado de la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, ya sea por poca producción o rechazo de algunos tejidos a utilizarla (resistencia). Este tipo de Diabetes se puede tratar con ajustes en los hábitos de vida que incluya dieta saludable, actividad física, mantenimiento de un peso corporal normal, evitar hábitos como el consumo de licor y cigarrillo, asociado a exámenes periódicos para detectar, prevenir y tratar previniendo las complicaciones o aparición temprana de la patología.

Diabetes Gestacional o Tipo 3 (Se define como cualquier intolerancia a los carbohidratos diagnosticada durante el embarazo. La prevalencia de esta enfermedad es aproximadamente de 2 a 5% de los embarazos normales y depende de la prevalencia de la población a la diabetes mellitus tipo 2. Se asocia con resultados adversos para la madre, el feto, el recién nacido, el niño y los hijos adultos de madre diabética (Medina-Pérez et al., 2017).

Para efectos de este trabajo de grado se tendrá en consideración la diabetes tipo 2, ya que tiene factores de riesgo intervenibles como obesidad, hipertensión arterial, tabaquismo, sedentarismo, alimentación inadecuada y dislipidemia, que pueden ser regulados mediante la educación en salud y seguimiento controlado por medicina, enfermería, nutrición y psicología, para evitar llegar a las complicaciones más frecuentes en la diabetes (retinopatía diabética, neuropatía de los miembros inferiores, asociada o no a la reducción del flujo sanguíneo generando

mayor predisposición a úlceras por insuficiencia venosa, enfermedad arterial oclusiva y en últimas instancias amputación del miembro afectado, riesgo elevado de sufrir infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal) teniendo en cuenta el gran impacto que generan estas complicaciones en la calidad de vida y pronóstico de los pacientes.

En el artículo “Intervención sobre educación nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, se establece que la educación en salud es una tarea necesaria para desarrollar el adecuado conocimiento de la enfermedad (González Rodríguez et al., 2015).

A través de la telesalud, se busca establecer un punto cardinal para que los usuarios conozcan de su patología, se empoderen de su manejo y reconozcan signos de alarma para evitar llegar a etapas tardías de la enfermedad, articulando de forma intersectorial todos los agentes que intervienen en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación; lo cual busca intervenir los factores de riesgo de los pacientes mejorando su pronóstico y logrando la disminución de costos en salud.

Telesalud

En la búsqueda para lograr una gestión del riesgo que cumpla con los criterios del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad) para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, Colombia se encuentra en la evolución de implementar la telesalud y la telemedicina como complemento fundamental y estratégico en los nuevos modelos de gestión.

Teniendo en cuenta las nuevas reformas y la inminente necesidad de mejorar el nivel de salud de los colombianos con los avances e innovaciones de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), es en el momento la mejor propuesta para mejorar el acceso, la resolutividad, la continuidad y la calidad de las atenciones en salud, con el fin de impactar la evolución y el

pronóstico de patologías de interés para la salud pública y la educación en salud en los pacientes y los familiares mediante el uso de las TIC.

En Colombia, se buscan distintas estrategias para lograr una prestación de servicios en salud con calidad, accesibilidad, equidad, pertinencia y continuidad que logren un impacto positivo en la salud de la población. La telemedicina aporta la posibilidad de cumplir con todos los estándares anteriores; en la actualidad el internet, el computador y dispositivos móviles cada vez se vuelven más accesible a la población general, es por ello que las ventajas de implementar servicio de salud que involucren las nueva tecnologías permite evitar desplazamientos de los pacientes para aquellas citas de los programas de promoción y prevención como lo son nutrición, enfermería y psicología favoreciendo la integralidad y la adherencia a las recomendaciones y tratamientos gracias a la educación en salud que puede recibir desde casa.

La telesalud se entiende como un conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la telemedicina y la teleeducación en salud. (MSPS Resolución 1419 – 2010 Art Nº 2)

La teleorientación en salud es el conjunto de acciones que se desarrollan a través de tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. El teleorientador, en el marco de sus competencias, debe informar al usuario el alcance de la orientación y entregar copia o resumen de la comunicación si el usuario lo solicita. (MSPS Resolución 2654 – 2019).

El teleapoyo es el soporte solicitado por un profesional de la salud a otro a través de tecnologías de la información y las comunicaciones en el marco del relacionamiento entre

profesionales. Es responsabilidad de quien solicita el apoyo la conducta que determine para el usuario.

La telemedicina es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica (MSPS Resolución 2654 – 2019).

Las prestaciones de estos servicios pueden darse en cualquier zona geográfica a nivel nacional, el prestador que lo habilite debe contar con una infraestructura que garantice la confidencialidad y el manejo adecuado de la información con seguridad y es el profesional con autonomía quien determinará si el usuario requiere o no atención de forma presencial. Para la contingencia por la pandemia genera dada por el virus SARS COV 2 se estableció el decreto 538 de 2020 que desarrolla dentro de sus apartados la necesidad de desarrollar y fortalecer programas de telemedicina, mediante plataformas digitales accesibles con estándares básicos de audio y video que permitan el seguimiento, orientación y tratamiento de enfermedades crónicas, y remisión a centros asistenciales cuando fuese necesario buscando el fortalecimiento de la teleorientación y el tele apoyo de los pacientes e incentivando el uso de las tecnologías para el tratamiento integral de la salud con este lo permita (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

En un estudio publicado en la revista médica de la universidad de Antioquia se publicó un artículo titulado “la telesalud como estrategia de atención primaria en la diabetes tipo 2”, donde se presenta a la telemedicina como una alternativa para el manejo de los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, beneficiando a la población con problemas de acceso, además de facilitar el control

de los pacientes mediante la tele orientación y la teleeducación a través el uso de las TICS, se demostró el beneficio en el control glucémico observado en la medición de la hemoglobina glicosilada (Natalia González-Alzate, Erwin Hernando Hernández-Rincón, 2018).

En otro estudio publicado en la revista CES Med de Chile titulado "experiencia de pacientes con diabetes e hipertensión que participan en un programa de Telemonitoreo", se evidenció que mediante las intervenciones dirigidas en telemedicina se logró la promoción de rutinas para el cuidado en salud, aprendizaje sobre su enfermedad, empoderamiento sobre las condiciones para consulta, uso de los servicios de urgencias y la integración de la familia a los cuidados de la salud del paciente. (Gallardo-Zanetta et al., 2019).

Teniendo en cuenta los estudios citados podemos afirmar que existen investigaciones relacionadas con el control de la diabetes mediante programas de telesalud los cuales han demostrado grandes oportunidades en el manejo de dicha patología mediante el enfoque de educación, que permite el control de los pacientes traduciendose en mayor bienestar y disminución de costos para el sistema.

Para caracterizar a los prestadores de salud que llevan a cabo la telemedicina se puede diferenciar dos tipos:

El prestador remisor quien es aquel que presenta limitación de acceso, talento humano o de la capacidad resolutiva, cuenta con TIC que le permite enviar y recibir información de apoyo para cumplir con las necesidades en salud de su población.

El prestador de referencia quien es aquel que cuenta con personal de salud capacitado necesario y TIC suficientes para brindar el apoyo a los prestadores o usuarios que lo requiera. De acuerdo a la Resolución 2654 de 2019 en la telemedicina existen 4 categorías:

Telemedicina interactiva: Relación a distancia usando herramientas de video llamada en tiempo real.

Telemedicina no interactiva: Relación a distancia usando comunicación asincrónica, servicios que no requieren de respuesta inmediata.

Telexperticia: Relación a distancia con métodos de comunicación sincrónicos o asincrónicos entre dos o más profesionales de la salud: Entre dos profesionales de la salud, entre profesional y técnico de la salud, juntas médicas.

Telemonitoreo: se trata de estrategias que permiten al paciente ampliar las opciones de obtener atención en salud de forma remota en el lugar que se encuentre, son actividades realizadas por profesionales de salud que favorecen el empoderamiento de paciente y su núcleo familiar o cuidadores para tomar papel activo en la gestión de su enfermedad, ayuda a reducir la estancia hospitalaria de los pacientes. Se genera un nuevo papel a los profesionales en salud para brindar atenciones remotas dando las herramientas al paciente de responsabilizarse de su patología y tomar el control de ella.

Para el caso de este estudio se utilizará la modalidad de telemonitoreo mediante el uso de dispositivos de comunicación vía telefónica con el cual se busca lograr adherencia mediante la teleeducación generando herramientas que le permita al usuario tener control sobre su tratamiento y hábitos que le permitan mejorar sus estados glicémicos que serán evaluados cada trimestre mediante la hemoglobina glicosilada, generando resultados en salud y disminución de costos de los mismos.

Limitaciones de la telemedicina

Para implementar modelos de servicios de salud que integren las nuevas tecnologías en información y comunicaciones, una de las primeras limitaciones serán los recursos económicos

por parte de las entidades que lo implementen y de la población de bajos recursos que no pueda acceder tan siquiera a un dispositivo móvil para recibir una atención telefónica, sin embargo, dentro de las limitaciones puede ser una de las más grandes y desafiantes el generar cultura frente a estos nuevos modelos, convencer a la comunidad médica de las ventajas de la virtualidad y satisfacer a la población que exige atención en salud en su totalidad presencial. Por ello la importancia y relevancia de describir, exponer e implementar modelos de gestión que puedan ir de la mano con evolución tecnológica, social, cultural.

2.2 Marco regulatorio y legal

La legislación colombiana se encarga de establecer el orden, las disposiciones y los mecanismos en torno al cual gira el modelo en salud actual, dentro de estas disposiciones se encuentra a continuación las más relevantes respecto a gestión del riesgo y telemedicina; las cuales son fundamento y base para establecer esta propuesta de este plan de mejora.

La Ley Estatutaria de salud (1751 de 2015) estableció los mecanismos para garantizar, regular y proteger el derecho a la salud. Esta Ley permitió reorientar los esfuerzos en salud, definiendo sus prioridades y operaciones a beneficio de la población, estableció así mismo la salud como un derecho fundamental, además manifiesta la integralidad de la atención en salud incluyendo “políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

En articulación y consonancia a esta disposición se creó el Plan de Desarrollo Nacional 2018 – 2022 aprobado mediante la Ley 1955 de 2019, donde se estableció como objetivo principal en salud, mejorar su estado general en la población incluyendo altos estándares de calidad, dentro de las estrategias más relevantes, se plantea continuar con la implementación de proyectos basados

en tele salud para poblaciones lejanas o apartadas; impactar en la promoción de hábitos saludables incluyendo la salud física y la alimentación, fortaleciendo la promoción de la salud, buscando reducir los hábitos de vida no saludable y estableciendo como reto una adecuada alimentación de la población (Vallejo Zamudio, 2019).

Dado que la empresa objeto de este trabajo hace parte de los prestadores de salud que ofrece servicios prepagados, es importante hacer referencia al Decreto 1570 de 1993 que dicta dentro de sus disposiciones, las condiciones para el funcionamiento de la medicina prepagada en Colombia, siendo esta un beneficio adicional dentro del marco del PBS, comprendiendo actividades, procedimientos o consultas no indispensables para la atención en salud. La Superintendencia de salud reconocerá los contratos de medicina prepagada que contemple uno o más de estos servicios: (1) promoción de la salud y prevención de la enfermedad; (2) consulta externa, general y especializada, en medicina diagnóstica y terapéutica; (3) hospitalización; (4) urgencias; (5) cirugía; (6) exámenes diagnósticos y (7) odontología (Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia, 1994).

Dentro de las disposiciones normativas se encuentra el decreto 806 de 1998 para medicina prepagada la cual se define como un plan voluntario agregado al PBS el cual provee de prebendas adicionales, generando un grado de bienestar al poder elegir los servicios ofertados por el PBS o los de medicina prepagada, cabe resaltar que para acceder a estos planes el usuario debe contar con afiliación al régimen contributivo que provea servicios PBS (Salud et al., 1998).

Por otra parte, la salud en Colombia se ha ido transformando a lo largo de los años, especialmente en todo lo relacionado con la población general que se afilia independiente del régimen, a una EAPB para acceder a servicios de salud, es por ello que ante la necesidad de establecer un modelo articulado que permitiera centrar su atención en la población en relación a

su familia y comunidad, se crea La Política de atención integral en salud (PAIS), donde se recoge los determinantes en salud del Plan decenal de salud pública PDSP (2012-2021). Bajo este contexto el estado reconoce los problemas de salud como consecuencia directa o indirecta de condiciones sociales, políticas, culturales, económicas, educacionales, emocionales, ambientales y genéticos las cuales afectan a la población. Los determinantes sociales en salud deben considerarse en todas las políticas nacionales y territoriales, deben incluirse en los análisis como factores condicionantes en las intervenciones planeadas para la atención integral en salud (Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia, 2016).

Parte de la apuesta para lograr mejores resultados en salud, fue modificar el marco operacional de la política PAIS, adoptando el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), este se fundamenta en la atención primaria en salud con enfoque familiar y comunitario, incluyendo las disposiciones ya establecidas previamente en la política PAIS, estos esfuerzos están coordinados por los actores del sistema de salud, actores de otros sectores bajo el liderazgo del departamento. El modelo amplia las funciones de las EAPB, las cuales garantizaran la afiliación de los usuarios al sistema, la gestión integral del riesgo en salud además de la gestión financiera, la interacción con los demás agentes del sistema.

Por otro lado, modifica los lineamientos de la resolución 429 de 2016 del MIAS, en el marco de caracterización de la población, regulación de las rutas integrales de atención en salud (RIAS) y su redefinición de su rol como asegurador, de esta forma las EAPB operativizan la gestión integral del riesgo en salud mediante la identificación de sus grupos de riesgo y sus características, la implementación de las RIAS, el seguimiento de las cohortes, la aplicación de modelos predictivos de riesgo y el mecanismo de interacción con los entes territoriales, de esta forma se otorga la responsabilidad a las EAPB para la gestión del riesgo con enfoque diferencial

que le permite generar estrategias dentro del margen de la prevención, como la telemedicina para la captación, identificación y fortalecimiento de los grupos de riesgo de interés en salud, siendo esta una posibilidad de aplicar las tecnologías en salud para beneficio individual y colectivo de la población.

Para objeto de este análisis, Coomeva emergencia médica se desarrolla en el ámbito como prestador de servicios de salud domiciliarios dentro de la atención pre hospitalaria, que a través de la telemedicina busca impactar el riesgo individual de los pacientes mediante la tele orientación y tele educación generando resultados en salud para los usuarios, el control de su patología y la disminución de costos; cabe resaltar que la propuesta para el mejoramiento al modelo de gestión del riesgo abarca solo a las personas que accede de manera voluntaria al aseguramiento por medicina prepagada, los cuales deben tener una afiliación vigente al plan de beneficios en salud (Resolución No. 2626, 2019).

Así mismo, dentro de la política PAIS se implementa el modelo de gestión integral de riesgo en Salud (GIRS) el cual busca anticiparse a la aparición de enfermedades y en el caso de que se presenten poder detectarlas a tiempo para intervenirlas, evitando los desenlaces fatales que afecten la calidad de vida y aumenten la carga de la enfermedad.

Eso implica una articulación entre actores sectoriales y extra sectoriales para generar acciones que permitan intervenir, disminuir eliminar o mitigar el riesgo. “El objetivo de esta estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención, y costos acordes a los resultados obtenidos”. (Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia, 2016).

En concordancia con esto, dentro de la política PAIS, se establece un modelo de actividades y protocolos de intervención que dan la posibilidad de involucrar a la población como gestores de su propia vida y cuidado en su salud.

Este modelo se despliega bajo las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS), las cuales disponen de 3 objetivos específicos enunciados a continuación: promover bienestar y desarrollo a través de acciones sectoriales e intersectoriales, atención individual y colectiva en atención primaria y protección específica incluyendo diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación; por último, genera acciones encaminadas a la participación activa del individuo en la recuperación y mantenimiento de su salud. El modelo se centra en las personas y propone intervenciones como promoción en salud, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de vida con accesibilidad, pertinencia, eficiencia eficacia y efectividad (Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia, 2016).

Por otra parte, la ley 1419 de 2010 establece los lineamientos en telemedicina como complemento al SGSSS bajo los principios de universalidad, eficiencia, eficacia, solidaridad, calidad, e integralidad. Dentro de sus aspectos se destaca que la telemedicina brindada bajo el SGSSS debe cumplir con requisitos de calidad y que esta debe ser adecuada y efectiva, aclara que la telemedicina no exime a los prestadores y aseguradores de la atención personalizada y que esta no reemplaza los servicios presenciales (López & Rodríguez, 2016).

Bajo estas consideraciones la resolución 2654 de 2019 establece las disposiciones para la práctica y prestación de servicios de la tele medicina en Colombia, con esto se busca impactar la salud de la población mediante herramientas digitales, garantizando sus seguimientos, acceso y continuidad sin disminuir la calidad de la misma. El fin de la resolución es garantizar la atención

de la población que, por sus condiciones demográficas, imposibilidad de traslado o movilidad reducida no pueden acceder a consulta médica general, especializada, u otros servicios de salud.

Dentro de las disposiciones de telemedicina que contiene esta norma, se encuentra la tele orientación en salud, la cual se define como todas las acciones encaminadas a brindar asesoría, consejería e información, incluyendo los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Por otra parte, en sus características establece el tele monitoreo como la relación entre el paciente y el trabajador de salud, quien a través de la tecnología realiza seguimiento e intervención clínica al usuario. Cabe resaltar que la modalidad de telemedicina puede ser sincrónica o asincrónica, haciendo la salvedad que para la prescripción de medicamentos la única tecnología aprobada es la interactiva sincrónica o tele experticia, es relevante mencionar que todas las actividades relacionadas con telemedicina deben garantizar la privacidad seguridad y protección de los datos de los usuarios la cual está establecida dentro de esta resolución (Vallejo Zamudio, 2019).

En la actualidad, a razón de la emergencia sanitaria por el virus SARS COV 2 durante el periodo del año 2020, se establecieron nuevas políticas para hacer frente a esta situación. El decreto 538 de 2020 desarrolla dentro de sus apartados la necesidad de desarrollar y fortalecer programas de telemedicina, mediante plataformas digitales accesibles con estándares básicos de audio y video que permitan el seguimiento, orientación y tratamiento de enfermedades crónicas, y remisión a centros asistenciales cuando fuese necesario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Dentro del marco normativo colombiano, el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGC), es el conjunto de normas, procedimientos, instituciones, y requisitos que dan línea a los diferentes actores que gestionan la salud de la población afiliada. La calidad en salud es

trasversal a todos los procesos tanto clínicos como administrativos que se articulan dentro de las organizaciones, desde sus cuatro componentes que son: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

El decreto 780 de 2016 recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del SOGCS, orientado a mejorar los resultados en la atención en salud, centrado en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. El sistema único de acreditación y habilitación establecen las condiciones mínimas para la prestación de servicios de salud, por otra parte, el sistema de acreditación aumenta los estándares buscando una articulación con políticas nacionales e internacionales que permitan establecer el máximo estándar de atención posible, garantizando la calidad en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La resolución 3100 de 2019, en la cual se dictan las disposiciones, procedimientos y condiciones de inscripción y habilitación de los prestadores de servicios de salud, se describen las condiciones de habilitación de telemedicina, enfocado en el componente de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, realizado por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación facilitando el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica. La telemedicina presenta las siguientes categorías, telemedicina interactiva, telemedicina no interactiva, telexperticia y telemonitoreo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

3 Objetivos

3.1 Objetivo General

Proponer un Plan de Mejora al modelo de gestión integral de Riesgo Mediante la telesalud en pacientes con diabetes tipo 2 en una empresa de medicina prepagada en Colombia.

3.2 Objetivos específicos

- Describir y caracterizar el modelo de gestión integral en salud para paciente con diabetes mellitus tipo 2 llevado a cabo mediante herramientas de telemedicina en una empresa de medicina prepagada en Colombia.
- Evaluar el modelo de telesalud descrito, para desarrollar un diagnóstico mediante análisis de indicadores y percepción de quienes reciben y realizan las intervenciones por medio de las herramientas de la telemedicina.
- Proponer oportunidades de mejora al modelo descrito para lograr impactar de forma positiva al paciente y el sistema de salud.

4 Descripción general de la entidad

4.1 Desempeño y evolución histórica de la organización

La empresa objeto de este trabajo se llama Coomeva emergencia médica, la cual hace parte de una de las empresas del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva y para conocer su evolución es fundamental ampliar cómo surgió este grupo empresarial y cómo se desarrollan sus empresas del sector salud.

El 4 de marzo de 1964, un grupo de 27 médicos fundó la Cooperativa Médica del Valle, Coomeva, con la intención de ofrecer solidariamente servicios financieros y de seguros, bajo la naturaleza del cooperativismo de ahorro y crédito.

Sumando la convicción cooperativa a un dinámico sentido emprendedor, Coomeva fue ampliando sus servicios, su territorio y su base social, hasta constituir hoy un Grupo Empresarial

Cooperativo presente en 1.050 municipios de Colombia. Los 275 mil asociados se benefician de las 15 empresas que la Cooperativa ha ido constituyendo en sectores tan diversos como el financiero, el aseguramiento, recreativos y salud.

Las empresas Coomeva, de propiedad mayoritaria de la Cooperativa, actúan bajo sus mismos principios y valores, pero con autonomía administrativa y de capital. La Cultura organizacional que se fomenta está basada en declaraciones para ser llevadas a cabo por todos los colaboradores, dichas declaraciones están descritas en la figura 1.

Figura 1

Declaraciones de la Cultura Organizacional Coomeva

Fuente: Colaboración Grupo Empresarial Coomeva

En el año 1973 se crea el servicio de medicina prepagada, como alternativa para brindar cobertura en salud para los asociados y sus familias; convirtiéndose en el pionero de esta actividad en Colombia y transformándose luego en 1997 en la empresa de salud Coomeva medicina prepagada.

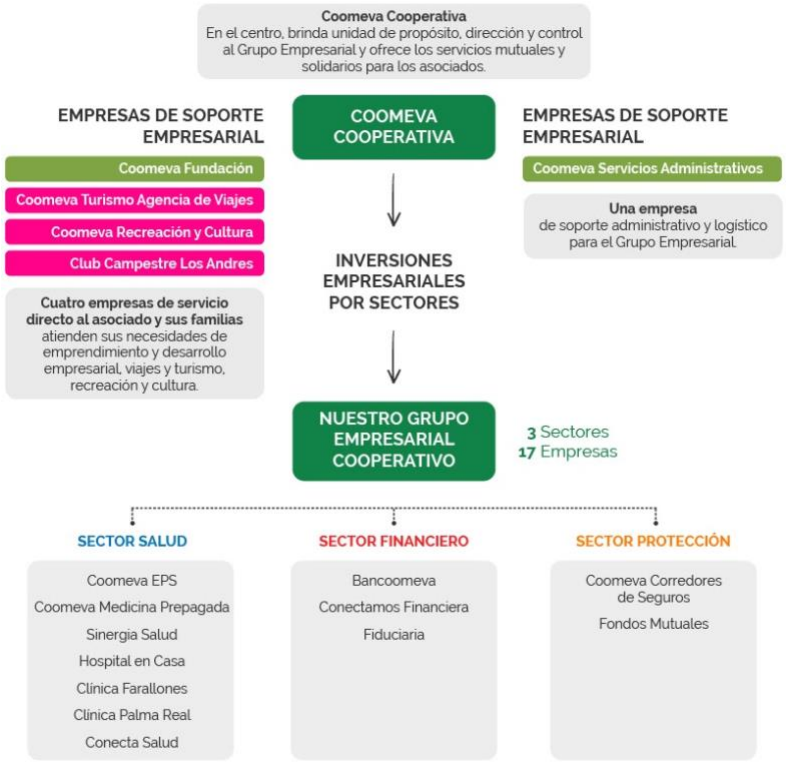
Coomeva implementó el primer programa de coberturas prepagadas a través del denominado “tradicional”, el cual permitió afiliar a un número importante de personas, entre las cuales se encontraban familias, grupos empresariales y asociados. La afiliación al servicio consistió en la suscripción de un contrato con cada persona, familia o empresa, en el cual se definieron las coberturas, establecidas en el 70% de los costos ocasionados con motivo de la

atención de un evento de enfermedad, cubriendo Coomeva el 70% de los costos y sin exceder un tope máximo que en caso de ser superado debía ser asumido por el usuario. Tras el ingreso al mercado de nuevos competidores las coberturas fueron replanteadas, por lo cual hacía 1991 introdujo un programa de cobertura al 100%, y otros de cobertura intermedia con mayor monto que el inicial fue así como nacieron los programas Clásico y Plata. También se definieron coberturas especiales para usuarios de sesenta años y más, a quienes por comportar un riesgo mayor de enfermar se les ofreció la opción de tomar el programa de "extensión Años Dorados". Tras la llegada de la Ley 100 de 1993, la percepción era que había acabado con la diferenciación que mantenían a su favor los usuarios afiliados a los programas de medicina prepagada como eran: escogencia del médico en horarios apropiados a sus necesidades y la institución. Debido a esto, la empresa debió innovar creando un portafolio más amplio hasta llegar a lo que se tiene ahora, con servicios que incluyen tres planes o tipos de vinculación contractual: familiar, asociado, colectivo y los programas: Oro, Oro Plus, Plata Joven, Clásico, Tradicional, Salud Oral, Coomeva emergencia médica, Asociado, Tradicional especial. Con los planes y programas mencionados el usuario del servicio de salud prepagada está en capacidad de satisfacer su necesidad de atención inmediata en la red de prestadores de la organización, seleccionando la institución que mejor satisfaga sus expectativas.

Como puede verse en la figura 2 Coomeva Medicina Prepagada S.A. hace parte del sector salud del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva.

Figura 2

Composición del Grupo Empresarial Coomeva



Fuente: Colaboración del Grupo Empresarial Coomeva

Coomeva emergencia médica (CEM), la cual es objeto de análisis y estudio en este trabajo, es una empresa de atención médica domiciliaria, que inició sus actividades en el año 2002 como una de las líneas de servicios de Coomeva medicina prepagada.

CEM inicia sus actividades en las ciudades de Cali y Medellín para dar respuesta a las necesidades de la comunidad en materia de atención domiciliaria con un modelo diferente donde prevalece el buen trato, capacidad de intervención y resolutividad en el domicilio a sus afiliados.

Debido a los excelentes resultados, en el año 2007, se extienden los servicios a la ciudad de Bogotá, y en 2011, se incursiona en Barranquilla, Cartagena y en el municipio de Rionegro (Antioquia).

En el mes de Noviembre del 2020 en medio de la coyuntura por la pandemia por coronavirus, CEM logra su objetivo de escindirse como unidad de negocio de Coomeva medicina prepagada y se convierte en una empresa independiente, siendo entonces la empresa número 15 del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva buscando ser reconocida por facilitar el acceso a los servicios de salud de los colombianos, trabajando en favor de la salud física y mental de sus afiliados, las 24 horas del día, con comodidad, calidez, oportunidad, resolución y confianza. En la actualidad Coomeva emergencia médica servicios de ambulancia prepagada S.A.S, cuenta con 504 colaboradores por nómina, 34 temporales y 17 aprendices, su cultura organizacional combina valores, estrategias competitivas, procesos y estilos de liderazgo para obtener como resultado una cultura deseada que permita lograr resultados sostenibles.

Coomeva emergencia médica tiene una población de 94.786 afiliados a nivel nacional, pasando de la cuarta posición de participación en el mercado del segmento de atención médica domiciliaria al tercer lugar de las 5 empresas de servicios de ambulancias prepagadas según el número de afiliados, siendo entonces el ranking en primer lugar Emi, segundo lugar Emermédica, tercer lugar Coomeva emergencia médica, cuarto lugar Asistencia médica inmediata (Ami), asistencia médica (ame).

Hasta octubre de 2020, Coomeva emergencia médica funcionó como una unidad de negocio de Coomeva Medicina Prepagada S.A.

A partir del 1° de noviembre de 2020 la entidad inició operaciones como ente jurídico independiente, con el propósito estratégico de potenciar el desarrollo y crecimiento organizacional, expandir el mercado prehospitalario y contribuir con la generación de valor.

La Asamblea General de Accionistas de Coomeva medicina prepagada S.A. el 26 de febrero de 2018, decide la aprobación de la escisión de la unidad de negocio Coomeva emergencia médica conforme a lo dispuesto en el artículo 3º y siguiente de la Ley 222 de 1995".

Teniendo en cuenta que Coomeva emergencia médica hizo efectiva su escisión a partir del 1 noviembre del 2020, para efectos de este trabajo se presentan los resultados de los informes financieros del mes de noviembre y diciembre de 2020: en el estado de situación financiera se cuenta con unos activos totales por un valor de 21.165 millones de pesos, un total de pasivos por un valor de 15.582 millones de pesos y un patrimonio por un valor 5.582 millones de pesos.

El estado de resultados se puede observar que los ingresos operacionales ascienden a 7.716 millones de pesos, los costos operacionales son de 4.129 millones de pesos, los gastos de administración ascienden a 1.882 millones de pesos, los de venta son de 820 millones de pesos entre otros gastos; al final del ejercicio se obtuvo una utilidad neta de 12 millones de pesos después de impuestos.

Respecto al el estado accionario a corte de 31 diciembre 2020 ver figura 3.

Figura 3

Informe de Gestión Anual CEM

Al 31 de diciembre de 2020 el número de acciones en circulación es de 52,085,714,285 y el valor nominal por acción es de $0,07. La composición accionaria de la Entidad es la siguiente:

Composición accionaria

Accionista / Periodo sobre el que se informa	31 de diciembre de 2020		
	N° de acciones	Partic. Directa	Partic. Indirecta
Cooperativa Médica del Valle y Profesionales de Colombia	44.173.708.193	84,810%	0,35%
Christus Rendimiento LLC	5.208.571.429	10,000%	0,00%
Fiduciaria Corficolombiana S.A Fideicomiso Acciones Coomeva Medicina Prepagada	2.503.127.379	4,806%	0,00%
Fundación Coomeva	182.050.006	0,350%	0,00%
Fondo de Empleados del Ggrupo Empresaral Coomeva	18.257.277	0,035%	0,00%
Conecta Salud S.A.	1	0,000%	0,00%
Total Acciones	**52.085.714.285**	**100,00%**	**0,35%**

Fuente: Informe empresarial publicado 24/02/2021

Comercialmente CEM enfrenta grandes desafíos que hicieron que se explorarán nuevas formas de comercializar y masificar los servicios a través de nuevos negocios, lo que llevó a reforzar su área comercial y de esta manera utilizar canales virtuales de atención ya afiliación para aumentar su población, logrando un incremento del 5% respecto al año pasado.

Durante al año 2020 se logró realizar una perfilación de los clientes al realizar una análisis de la población afiliada entre el 2019 y 2020 con el fin de identificar el perfil del cliente comprador con mayor permanencia, arrojando de forma clara un segmento ideal, mujeres entre 45 y 65 años, de estratos 3 al 6, adicionalmente se identificó las patologías crónicas no transmisibles más comunes en los afiliados al servicio en los rangos de edades de 65 años a 85 años siendo la diabetes y la hipertensión la causa de utilización de los servicios domiciliarios y se logró identificar las necesidades de dicha población para generar estrategias comerciales acorde a ellas.

En este mismo año CEM vivió uno de los retos más grandes al tener que transformar su modelo basado en la presencialidad e incorporar en sus servicios, la atención médica virtual de tal forma quienes cuentan con el servicio han podido evitar la atención presencial; durante lo más estricto del confinamiento preventivo obligatorio el 70% de las consultas las han realizado de manera virtual o telefónica, sin dejar de lado la visita médica presencial para la cual se realizó una fuerte inversión en elementos de protección, cumpliendo protocolo de bioseguridad que permitió a CEM tener una tasa de contagio acumulada en su personal durante la pandemia con corte al 31 diciembre 2020 del 5.3%

Como objeto de este trabajo se analizará el programa de telecuidado en pacientes diabéticos tipo 2 con el que cuenta Coomeva emergencias médica, el cual es llevado a cabo gracias al uso de las tecnologías en salud. Dando claridad que es una empresa de aseguramiento voluntario, para efectos de este análisis y evaluación de dicho programa se desarrollará en el ámbito como prestador de servicios de salud domiciliarios.

Coomeva emergencia médica servicios de ambulancia prepagada S.A.S cuenta con una estructura organizacional donde la relaciones entre el personal se da en diferentes niveles, existe un grupo primario encabezado por la dirección nacional y las jefaturas de las áreas médica nacional, administrativas, financieras, gestión humana, tecnología, comercial (ver figura 4).

Figura 4

Estructura organizacional Coomeva emergencia médica

Fuente: Colaboración Coomeva emergencia médica

En la figura 5 se puede observar la estructura organizacional donde se encuentra telesalud, área en la que se desarrolla el programa de gestión de riesgo de los pacientes de Diabetes Tipo 2.

Figura 5

Estructura organizacional del programa telesalud

Fuente: Colaboración Coomeva emergencia médica

Teniendo en cuenta que CEM hace parte del grupo empresarial Coomeva, su gobierno corporativo sigue siendo el mismo del grupo, el cual cuenta con una asamblea de delegados que implementa un modelo de gobierno, logrando dar prelación al interés general sobre el particular, favoreciendo las conversaciones basadas en la transparencia, calidad, y oportunidad, buscando preservar la unidad de propósito, dirección y control.

Este Gobierno corporativo cuenta con los siguientes órganos:

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

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

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

Gerente General: Es el representante legal, quien tiene a su cargo la administración y la gestión directa de los negocios. Es nombrado por la junta directiva. Es el encargado de transmitir

información al órgano superior de gobierno con respecto a cuestiones económicas, ambientales y sociales. A fin de facilitar a dicho órgano la toma de decisiones acertadas.

Comités de la Gerencia General: comité primario de gerencia, comité asesor de contratación gerencial, comité de convivencia laboral, comité paritario de salud ocupacional, comité de investigación disciplinaria y comité de ética. Se destacan el comité financiero, responsable de la toma de decisiones sobre la dimensión económica.

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

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

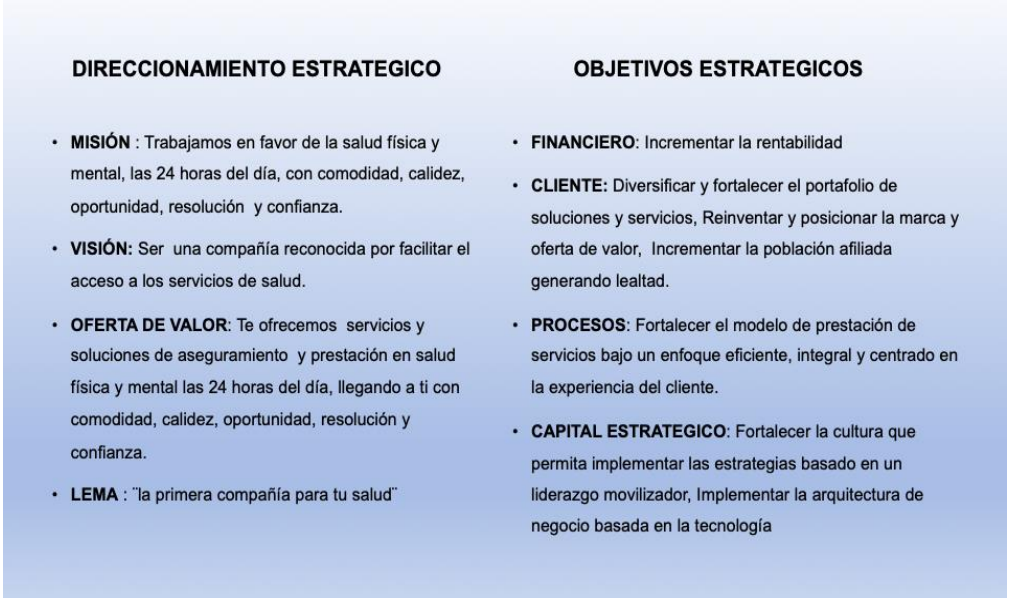
Se destaca como buena práctica, la rendición de cuentas a grupos de interés mediante el informe de sostenibilidad, informe de gobierno corporativo que se presenta a la asamblea general de accionistas, el cual es fuente fundamental de este documento.

4.2 Direccionamiento estratégico

El direccionamiento y los objetivos estratégicos de la organización 2020 – 2024, se presenta en resumen en la figura 6.

Figura 6

Direccionamiento estratégico de CEM 2020-2024



Fuente: Elaboración de autores a partir de la información compartida por Coomeva emergencia médica.

Para llevar a cabo todo este plan y direccionamiento estratégico se trabaja en actividades claves como actividades de comercialización de servicios de aseguramiento voluntario en salud, comercialización de soluciones y servicios de salud, gestión de una red de servicios y soluciones en salud a disposición de sus clientes con acceso preferencial, desarrollo de una oferta de valor centrada en el cliente (bienestar, comodidad, protección), prestación de servicio y soluciones en salud dando uso a la omnicanalidad y gestión del riesgo en salud para los usuarios crónicos y poli consultantes.

4.3 Análisis del entorno y del sector

Coomeva emergencia médica es una empresa en proceso de crecimiento como empresa independiente del Grupo Corporativo Coomeva, desde su creación en el año 2002, ha trabajado para posicionarse como una de las mejores empresas de atención médica domiciliaria en el

mercado, tiene una población de 94.786 afiliados a nivel nacional, y paso del cuarto al tercer lugar en el ranking de las cinco empresas que prestan el servicio de ambulancias prepagadas, gracias al aumento de afiliados. Como se mencionó anteriormente en el documento, las 5 empresas de servicios de ambulancias prepagadas según el número de afiliados, son: Emi, segundo lugar Emermédica, tercer lugar Coomeva emergencia médica, cuarto lugar Asistencia médica inmediata (Ami), asistencia médica (ame).

CEM ha generado distintas líneas de atención para responder a las necesidades en salud y gestionar el riesgo de quienes utilizan los servicios. Para efectos de este trabajo se indago sobre los portafolios de servicios de empresas similares, encontrando una ventaja y un plus que genera valor a sus afiliados, CEM cuenta con el servicio de telesalud la cual está compuesta por un grupo profesionales en medicina, enfermería, nutrición y psicología que tiene como objetivo generar alternativas a la atención médica domiciliaria a la cual los pacientes pueden acceder de forma espontánea y solicitar orientación por estas profesiones, orientaciones y acompañamiento. Este mismo programa realiza actividades de demanda inducida que permite reconocer dentro de su población de afiliados paciente con factores de riesgo que pueden verse favorecidos por intervenciones de educación en salud, tele monitoreo. Estas condiciones favorables para la empresa le permiten ser más competitiva en el mercado.

Adicionalmente logró transformar su modelo de prestación de servicio del tradicional domiciliario a fomentar la telemedicina como alternativa de acceso fácil, ágil y oportuno en servicios de salud, además logró la implementación de un ecosistema digital que permite una atención médica virtual mediante video llamada la cual puede ser complementada con atención con paramédico en sitio para llevar a cabo manejo con medicamentos, terapias respiratorias y monitoreo de signos vitales. Todas las actividades anteriores cerraron a corte de 31 diciembre 2020

con una participación del canal no presencial (virtual y telefónico) del 53% (132.169 atenciones bajo estas modalidades).

4.4 Análisis interno y externo, Matriz DOFA

Para el análisis interno y externo, se utiliza la herramienta de diagnóstico estratégico como la matriz DOFA (debilidades, oportunidades, fortalezas, amenazas) donde se encuentra lo relacionado a continuación:

Debilidades:

- Reputación de la marca Coomeva afectada por la EPS
- Ausencia de un plan estratégico tecnológico
- Costo de la operación
- Poca capacidad para la generación de ingresos
- Cultura en adaptación y desarrollo
- Diseño y ejecución de un modelo de prestación diferenciado e integral entre atención presencial y virtual
- No tener integralidad de los aplicativos que contienen información de los pacientes atendidos en los distintos canales de servicio
- Reinvención total de la marca
- Débil integralidad con la red de aseguradoras de los usuarios

Oportunidades:

- Cambio en el comportamiento y necesidades del usuario que pueden ser resueltas bajos nuevos modelos de atención en salud
- Mercado primario del grupo empresarial cooperativo Coomeva con alto potencial de explotación

- Alta oferta en el mercado de soluciones en tecnologías orientadas a la prestación de servicios en salud que generen valor

Fortalezas

- Modelo de prestación de servicios diferentes al del mercado
- Oferta de valor versátil enfocada hacia la cuádruple meta en salud
- Estabilidad laboral y beneficios
- Ser parte del grupo corporativo financieramente estable
- Capacidad de adaptación al cambio del mercado

Amenazas

- Cambios en la normativa en salud para la prestación de servicios
- Alta competencia en el sector y nuevos jugadores en el sector salud (ARL, IPS, Cajas de compensación, independientes, otros) ofertando atención médica domiciliaria y servicios de telemedicina
- Sindicatos de salud buscando adherencia
- Dependencia de proveedores para procesos (suministros, flotas, dispensación de medicamentos entre otros)

Posterior a este análisis, se procedió a realizar el cruce entre las variables, arrojando como principales resultados las siguientes estrategias:

Estrategias ofensivas

- Desarrollo de un modelo de negocio especializado en servicio domiciliario
- Crear un modelo de prestación de servicios de salud con indicadores de impacto
- Focalizar la atención de salud hacia la gestión del riesgo y la búsqueda de bienestar

Estrategias de reorientación

- Diseño de un modelo de prestación diferencial desde lo virtual y presencial
- Definición de un plan estratégico tecnológico que genere herramientas para acceso y para las ventas
- Diseño de un modelo de gobierno de datos
- Diseñar procesos centrados en el cliente soportados en tecnología modera

Estrategias defensivas

- Diseñar y desarrollar un ecosistema de salud integral
- Desarrollar líneas de negocios adicionales y complementarias
- Generar venta de servicios al detal o microproductos/microseguros
- Diseñar un portafolio de servicios específicos para CEM

Estrategias de supervivencia

- Fortalecer y permear la identidad corporativa y su cultura, así como la lealtad hacia la cultura de la organización
- Reinvención total de la marca
- Reevaluar el modelo de contratación, de remuneración y tercerización de procesos core.

Este análisis ha dado el insumo fundamental para generar el plan de mejoramiento en el que se centra el presente trabajo. Uno de los resultados más relevantes de la matriz DOFA ha sido el focalizar un nuevo modelo de atención hacia la gestión del riesgo, además de tener presente los datos estadísticos que permitan tomar decisiones a partir de las mediciones realizadas. Así mismo, en aras de apuntar hacia la cuádruple meta, la identidad y cultura corporativa salieron a flote como una necesidad para crear lealtad hacia la organización desde los colaboradores.

Es por ello, que dentro de los componentes del plan de mejoramiento se busca gestionar el riesgo a partir de la captación de los usuarios a través de la tamización, que permita intervenirlos de manera temprana y evitar complicaciones, así mismo, se plantea la creación de una ruta entre las EAPB y prestadores donde se maneje un flujo de información que esté orientado a medir las intervenciones realizadas no solo desde el prestador CEM sino desde las intervenciones primarias que realicen a dichos pacientes en sus programas de condición crónica no trasmisible. Por último, en la búsqueda de cumplir el cuarto componente de la cuádruple meta, se busca robustecer la cultura de humanización y capacitación del personal de la organización. Más adelante se ampliará el plan de mejoramiento con detalle.

4.5 Accionistas o socios

Teniendo en cuenta que Coomeva emergencia médica fue línea de servicio de medicina prepagada de Coomeva hasta octubre del 2020, para efectos de este trabajo se tomará en cuenta los socios directos de la nueva empresa, posterior a su escisión CEM publicó sus accionistas de acuerdo con el libro de registro de acciones de Coomeva emergencia médica SAP S.A.S, con corte al 31 de diciembre de 2020, el siguiente detalle de la composición accionaria es la que se describe en la tabla 1.

Tabla 1

Accionistas Coomeva emergencia médica SAP S.A.S

Accionistas	**Nit.**	**% Participación**
Cooperativa médica del Valle y de profesionales de Colombia- Coomeva	890.300.625	84.81%
Christus Rendimientos LLC	802.396.176	10.00%
Accionistas con una participación inferior al 5%		5.19%
Total		100%

Fuente: Elaboración de autores a partir de la información compartida por Coomeva emergencia médica

Coomeva emergencia médica en el momento de su escisión cuenta con estrategias de negocios que incluyen el recaudo que adquiere de sus afiliados y las actividades de la prestación de servicio de salud, adicionalmente suscrito convenios con empresas mediante la modalidad de área protegida, mediante el programa de empresa segura.

Convenios de reciprocidad con empresas de la misma actividad en ciudades donde CEM no hace presencia física como los son Santa Marta y Bucaramanga con la empresa AME Asistencia Médica para realizar atención conjunta de usuarios de ambas empresas de forma presencial.

Convenios con Aseguradoras de riesgos Laborales para realizar teleasistencias y telemedicina en el contexto de la contingencia sanitaria por SARS COV 2 y así evitar la exposición de los colaboradores en las clínicas y hospitales a nivel nacional y fortaleciendo los canales de atención medica virtual.

De todos estos convenios y estrategias empresariales CEM obtiene sus recursos para lograr sus actividades operativas e iniciar un camino como empresa independiente a Coomeva Medicina Prepagada.

5 Situación actual de la gestión de riesgo en Coomeva emergencia médica

5.1 Descripción del modelo vigente

Coomeva emergencia médica, desde el año 2015 cuenta con un modelo de atención llamado telesalud el cual se define como un valor agregado para los usuarios de CEM, es el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones.

Este modelo de atención tiene como objetivos

- Brindar información, educación y apoyo profesional en las áreas médica, psicológica, nutricional y de enfermería a través de tecnologías de información y comunicaciones a los usuarios de CEM
- Incentivar a los usuarios atendidos mediante esta estrategia a aceptar la responsabilidad de su propio cuidado y realizar actividades saludables en su trabajo, hogar y vida diaria enfocadas al bienestar físico y emocional.
- Brindar una herramienta de acceso inmediato a las necesidades planteadas por el usuario, con el respaldo de profesionales capacitados en el área.
- Promover el autocuidado e impactar positivamente en la salud de nuestros usuarios.

El grupo está conformado por profesionales en medicina, enfermería, nutrición y psicología.

Los usuarios que se encuentran afiliados al servicio de CEM tiene acceso a solicitar orientación telefónica con cualquiera de las profesiones antes mencionadas, proceso que se llama

teleasistencia (demanda libre o espontánea) o pueden ser captados por los distintos profesionales del área (demanda inducida) al reconocer factores de riesgo e identificar oportunidades de educar, orientar y monitorear el manejo de sus patologías de base, para ello se creó un programa llamado telecuidado en el cual los profesionales interviene vía telefónica a los pacientes y/o cuidadores, para generar recomendaciones enfocadas en la educación y monitoreo de sus patologías crónicas de base, enseñar al paciente y su núcleo familiar sobre la patología diagnosticada, enseñar en qué consiste, su adecuado manejo y los beneficios en el pronóstico de la misma al llevar cambios en los hábitos de vida saludable. Dentro de los programas existentes están: riesgo cardiovascular hipertensión, riesgo cardiovascular diabetes, trastornos gastrointestinales, salud mental y dolor crónico.

Figura 7

Mapa de procesos programa telecuidado

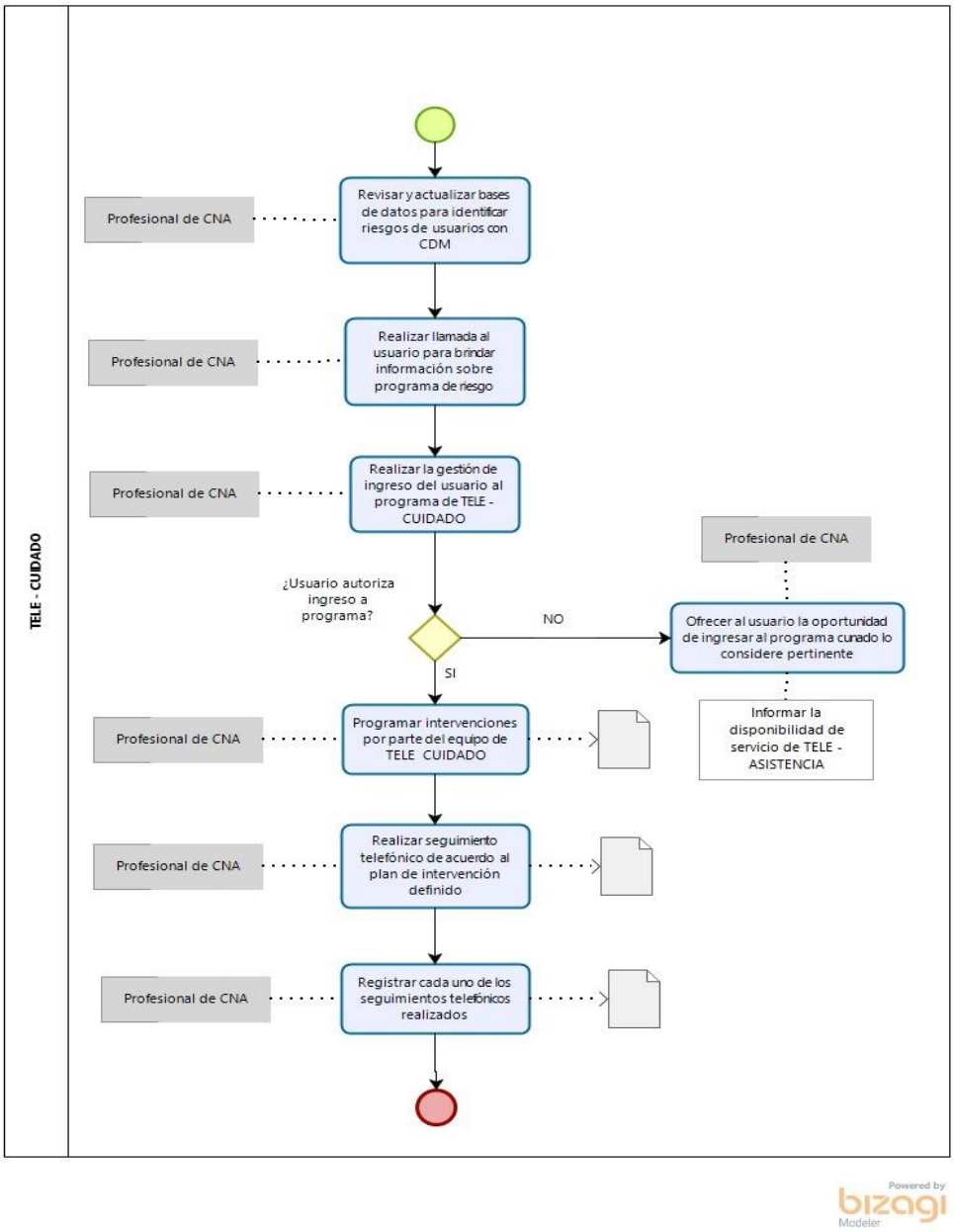


Figura: Colaboración de la empresa Coomeva emergencia médica

Para efectos de este trabajo se ha considerado realizar análisis del programa riesgo cardiovascular, específicamente diabetes, dado su alto impacto en la evolución y pronóstico al realizar modificaciones en sus hábitos de vida, cuidado, manejo y control de dicha patología.

Este programa cuenta con unos criterios de inclusión, dentro de los cuales se encuentran: diagnóstico confirmado de la patología por su médico tratante, estar inscrito en los programas de promoción y prevención de patologías no transmisibles de su EPS, tener tratamiento farmacológico ya definido por el médico de la EPS, contar con herramientas de la comunicación como lo es un teléfono fijo, un celular.

Y también contempla unos criterios de exclusión como: paciente que se haya desafiliado del servicio de CEM, de afiliación a EPS, no adherencia a las recomendaciones dadas en el programa, no contestar o cumplir los agendamientos de los profesionales que acarrea reprogramación del contacto telefónica por más de 2 meses, fallecimiento del paciente.

El programa es llevado a cabo desde hace 5 años, en él han participado pacientes de todas las regionales donde presta sus servicios CEM (Cali, Bogotá, Cartagena, Barranquilla y Medellín) dado que la atención es ofertada vía telefónica, su cobertura logra extenderse cuando el usuario se desplaza a zonas donde no hace servicio presencial CEM.

Cada intervención al usuario según la profesión que le llame tiene un objetivo claro a tratar y temas determinados a reforzar

Medicina*:* Su abordaje tiene como punto cardinal, enseñar al paciente en qué consiste la diabetes, que ocurre en el organismo al tener altos niveles de azúcar en sangre, las consecuencias y complicaciones de la misma. Explicar los beneficios de realizar cambios en los hábitos de vida saludable. Adicionalmente indaga por los paraclínicos de control ordenados en su EPS, incentiva al paciente a cumplir con la toma de la hemoglobina glicosilada, hemograma y creatinina trimestral

como fuente importante de información para conocer la adherencia a las recomendaciones del programa, en caso de identificar fallas en el manejo terapéutico educa y sugiere nuevas alternativas que puedan ser expuesta al médico tratante de la EPS.

Enfermería: Su abordaje tiene distintos focos, inicia por indagar el estilo de vida del paciente y su núcleo familiar, identificar cual es el tratamiento farmacológico ordenado por su médico tratante y como está llevando a cabo la administración del mismo. Según la información que obtenga, esta primera etapa se genera una estrategia que permita educar, afianzar y promover una cultura de cambios de hábitos de vida saludable donde se incluya, adherencia al tratamiento farmacológico, actividad física y alimentación balanceada acorde a sus posibilidades. Adicionalmente generar conciencia en los cuidados que debe tener un paciente diabético al cuidar sus pies y evitar una de las complicaciones de mayor impacto como lo es el pie diabético.

Nutrición: la intervención de esta profesión es radical y fundamental en los distintos programas de tele cuidado, ya que unos de los hábitos de vida saludable que tiene mayor impacto al ser modificado y disminuir los factores de riesgo son los hábitos en la alimentación, este profesional tiene como punto crítico a indagar los gustos, alcance e idiosincrasia de la alimentación del paciente, con ello buscar las mejores alternativas acorde a las necesidades del paciente y sus posibilidades económicas. Controlar la ingesta de carbohidratos en alta cantidad buscando un equilibrio en la ingesta del paciente y los beneficios que trae esto a la estabilidad de su patología y gestionar sus factores de riesgo.

Psicología: las intervenciones por esta profesión permite abordar de forma completa al paciente y su núcleo familiar, comprendiendo la importancia de conocer como es el paciente más allá de su enfermedad, si cuenta o no con una red de apoyo que soporte los cuidados que amerita estar controlado, el enfoque que tiene esta intervención se enfoca al manejo adecuado del estrés

que puede generar una patología al paciente y quienes lo rodean, actividades que le permitan generar aceptación de su condición de salud y resaltar el papel importante que juega una dinámica familiar en cuidado de una patología.

Las intervenciones de los profesionales son agendadas de acuerdo a la necesidad del paciente, su núcleo familiar y el estado de control o no de su patología, dentro del proceso de tiene contemplado un tiempo estimado para cada intervención según cada profesión: Medicina 30 minutos, enfermería 30 minutos, nutrición 30 minutos y psicología 60 minutos, posterior a la atención y entrega de recomendaciones se registra la atención en el aplicativo SITACEM, en este registro deben quedar consignadas las recomendaciones dadas por cada profesión y así en la próxima intervención puedan ser evaluada la adherencia a las mismas.

Sin embargo, dentro de sus debilidades está que el programa no cuenta con una medición objetiva de indicadores clínicos que den cuenta si realmente el paciente está controlado o no después de recibir las intervenciones por el equipo anteriormente mencionado. Para el momento del análisis de este trabajo, cada profesional desde su opinión subjetiva define si el paciente es adherente o no, sin tener algún mecanismo cuantitativo o cualitativo que lo respalde.

Así mismo, dentro de las intervenciones, tampoco se tiene definido un paquete de paraclínicos que midan el rendimiento metabólico de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus 2.

Por otro lado, dentro de esta gestión, no se tiene contemplado una ruta entre el asegurador y el prestador, que pueda gestionar de manera ágil y temprana a los pacientes que no cumplen con los criterios de control.

Por lo anterior, el programa carece de elementos que le permitan medir su efectividad con la población intervenida.

5.1.1 Análisis de la gestión de riesgo actual

Realizando un análisis detallado a este modelo se identificó que la evaluación de la adherencia a las recomendaciones del programa es calificada de manera subjetiva por cada profesional, ya que no hay establecido parámetros de calificación como, por ejemplo: control de hemoglobina glicosilada cada 3 meses, valor de creatinina para evaluar función renal, control de peso entre cada intervención de nutrición. Al no existir estos parámetros de calificación, la adherencia es calificada por cada profesional según sea su criterio, lo que no permite obtener indicadores reales con los que se pueda realizar una trazabilidad de la evolución clínica y metabólica del paciente.

5.1.2 Análisis de la demanda

5.1.3 Perfil epidemiológico y caracterización del riesgo

Coomeva emergencia médica tiene una población a nivel nacional de 94.786 afiliados con corte al 31 diciembre 2020. Distribuida a nivel nacional en las ciudades donde CEM tiene atención médica presencial: Cali, Medellín, Bogotá, Barranquilla y Cartagena, dicha distribución se observa en el siguiente gráfico (ver figura 8).

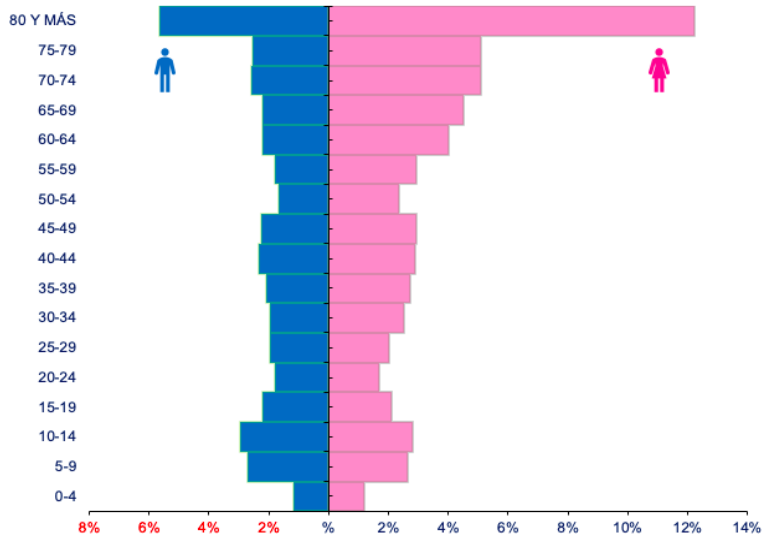
Figura 8

Distribución de los afiliados a nivel nacional CEM

Fuente: Elaboración de autores a partir de la información compartida por Coomeva emergencia médica.

Figura 9

Pirámide poblacional Coomeva emergencia médica



Fuente: Elaboración de autores a partir de la información compartida por Coomeva emergencia médica.

Se puede observar en la figura 9 en la pirámide poblacional que el 60% de la población está representado por el género femenino y el 40% por el género masculino, los mayores de 80 años componen el 26% del total y la edad promedio de los afiliados es de 48 años.

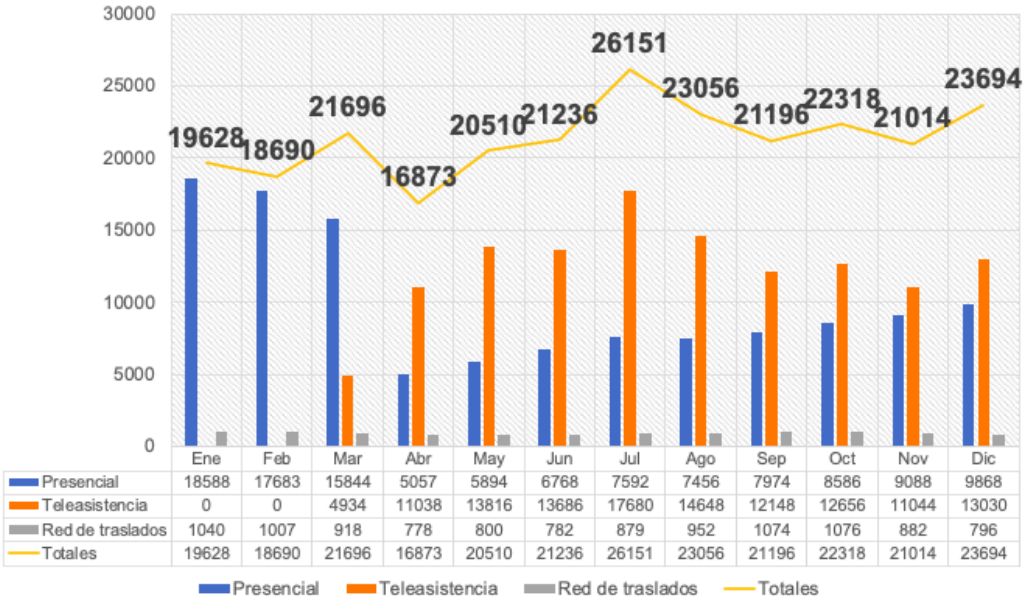
Lo anterior puede indicar una mayor probabilidad de ocurrencia de una enfermedad crónica no transmisible, lo cual puede impactar directamente la siniestralidad y los costos de la organización.

5.1.4 Análisis de las utilizaciones y de costos

A continuación, se mostrará en la figura 10 la tendencia de utilización de los servicios de CEM en el año 2020.

Figura 10

Tendencia de utilización de servicios 2020



	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Presencial	18588	17683	15844	5057	5894	6768	7592	7456	7974	8586	9088	9868
Teleasistencia	0	0	4934	11038	13816	13686	17680	14648	12148	12656	11044	13030
Red de traslados	1040	1007	918	778	800	782	879	952	1074	1076	882	796
Totales	19628	18690	21696	16873	20510	21236	26151	23056	21196	22318	21014	23694

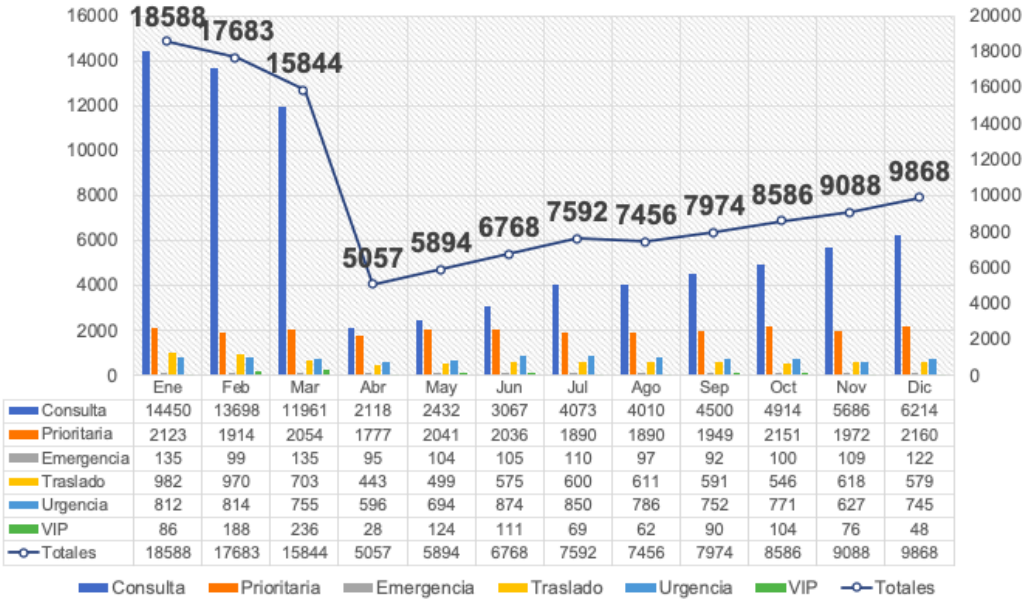
Fuente: Colaboración de la empresa Coomeva emergencia médica

La figura anterior muestra que las atenciones presenciales presentaron una tendencia a la baja durante todo el año, mientras que las teleasistencias aumentaron, obedeciendo a la situación coyuntural de la pandemia por la cual estaba atravesando el país en ese momento.

Para el año 2019, el total de las atenciones fue de 224.280 y para el año 2020 fue de 256.062, lo que muestra un crecimiento del 12.41% respecto al año anterior.

Figura 11

Tendencia de demanda presencial 2020



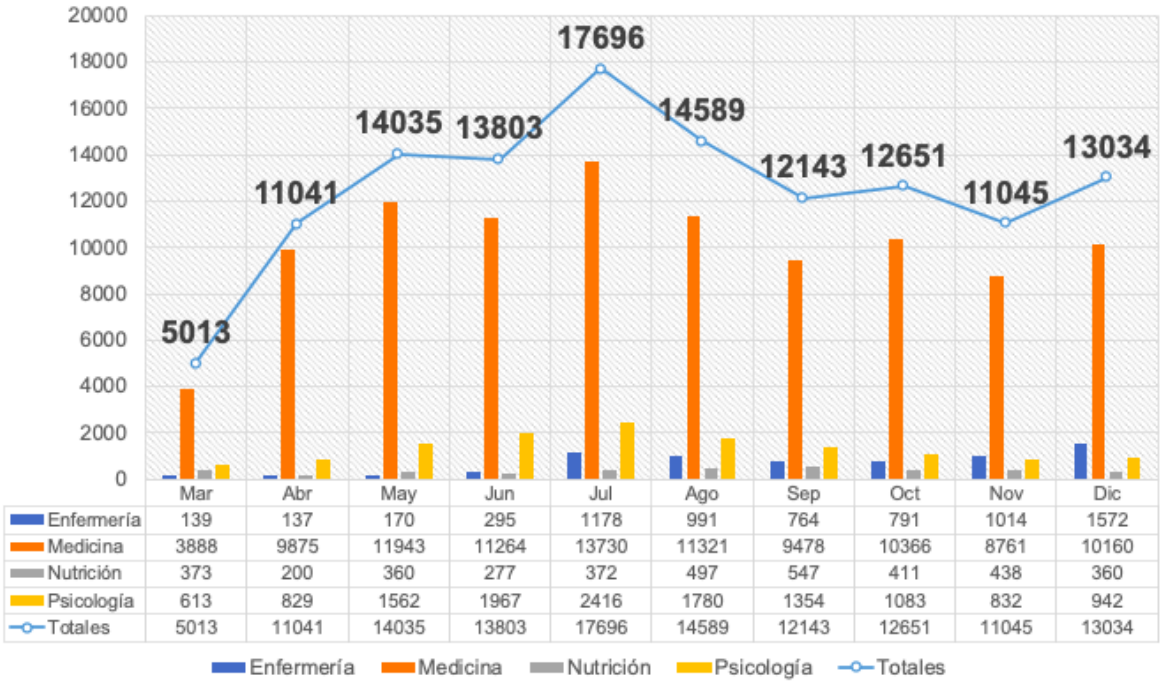
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Consulta	14450	13698	11961	2118	2432	3067	4073	4010	4500	4914	5686	6214
Prioritaria	2123	1914	2054	1777	2041	2036	1890	1890	1949	2151	1972	2160
Emergencia	135	99	135	95	104	105	110	97	92	100	109	122
Traslado	982	970	703	443	499	575	600	611	591	546	618	579
Urgencia	812	814	755	596	694	874	850	786	752	771	627	745
VIP	86	188	236	28	124	111	69	62	90	104	76	48
Totales	18588	17683	15844	5057	5894	6768	7592	7456	7974	8586	9088	9868

Fuente: Colaboración de la empresa Coomeva emergencia médica

Teniendo en cuenta la llegada de la pandemia por SARS COV 2, se consideró reforzar los servicios que ya se venían llevando a cabo por teleasistencia y se incrementó las atenciones médicas de forma virtual logrando resolutividad por este medio, en la figura 11 se puede observar la disminución de las atenciones presenciales durante lo más estricto del confinamiento obligatorio, el 70% de las consultas se realizaron mediante la telemedicina.

Figura 12

Tendencia de demanda Telefónica



	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Enfermería	139	137	170	295	1178	991	764	791	1014	1572
Medicina	3888	9875	11943	11264	13730	11321	9478	10366	8761	10160
Nutrición	373	200	360	277	372	497	547	411	438	360
Psicología	613	829	1562	1967	2416	1780	1354	1083	832	942
Totales	5013	11041	14035	13803	17696	14589	12143	12651	11045	13034

Fuente: Colaboración de la empresa Coomeva emergencia médica

En la figura 12 se puede observar cómo se incrementó a partir del inicio del confinamiento las atenciones telefónicas, especialmente con el personal médico, seguido por las teleconsultas con psicología y en la menor proporción con nutrición.

Para efectos de este trabajo se analizó la población de CEM que tiene diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2 y consultó durante el año 2019; con el fin de analizar el comportamiento y utilización de los servicios de dicha población sin sesgos en los resultados por SARS COV 2.

CEM para el año 2019 realizó 224.280 atenciones médicas de las cuales 23.16% correspondieron a complicaciones relacionadas a la diabetes, dentro de los diagnósticos más reportados están; desequilibrio de los electrolitos, hipoglucemias, deshidratación secundario a estados de hiperosmolaridad e hiperglicemia, diabetes insulinodependiente con mención de

complicación, para el mismo año estos paciente diabéticos que consultaron el 55.7% requirieron traslado a un servicio de urgencias para toma de paraclínicos, valoración por especialista y estabilización de su estado general. Con lo anterior es relevante resaltar los costos que acarrea no gestionar los riesgos de un paciente diagnosticado con diabetes, en promedio un paciente afiliado al servicio prepagado de CEM paga alrededor de $32.700 pesos por persona cada mes, al comparar esta cifra con los valores de traslado básico o medicalizado se obtiene que trasladar de forma básica a un paciente tiene un valor de $96.000 pesos y de forma medicalizada $174.000 pesos, lo que supera el monto aportado por el afiliado para acceder al servicio.

Con lo anterior, se identifica que el programa de gestión de riesgo para pacientes diabéticos tipo 2, que es llevado mediante telesalud requiere ser fortalecido para generar beneficios de alto valor para los pacientes y para la organización, que permitan apuntar a los objetivos de la cuádruple meta en salud.

5.1.5 Característica de la oferta de la IPS

Coomeva emergencia médica servicio de ambulancia prepagada S.A.S, comercializa varios programas y planes, dentro de los cuales el usuario decide contratar dependiendo de su capacidad económica y su aspiración de cobertura en salud. Para el desarrollo de su objeto social la entidad clasifica los usuarios en tres planes, los cuales se detallan a continuación:

a. Plan Familiar: Cobija a los particulares y su grupo familiar;

b. Plan Colectivo: Diseñado para programas empresariales (grupos mayores a 7 usuarios)

c. Plan Asociados: Diseñado para asociados de Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia, Coomeva.

Para sus afiliados CEM brinda servicios domiciliarios a quienes realizan un pago mensual por ello, teniendo derecho a servicios especiales de: atención médica general, atención de

urgencias y emergencias de forma domiciliaria, orientación medica telefónica, asesoría telefónica con: nutrición, psicología, enfermería y medicina general. La relación con los usuarios se lleva a cabo por la omnicanalidad a parte de la línea telefónica de emergencia; se cuenta con ecosistemas digitales: atención médica virtual mediante aplicación móvil que permite chat y videollamada con médico general, historia clínica electrónica, disponibilidad de servicio 24/7, servicio ilimitado sin copago con cada atención, beneficios exclusivos adicionales para sus afiliados como: descuentos en la toma de exámenes básicos de laboratorios, terapias básicas (física – respiratoria) a domicilio, video consulta pediátrica (previa programación), descuentos para atención particular con especialistas por ser usuario CEM.

En la actualidad, CEM tiene una flota de 13 ambulancias medicalizadas (unidad de intervención con equipo avanzado tripulada por médico entrenado, enfermera o tecnólogo en atención prehospitalaria), 21 ambulancias básicas (unidad de atención con una dotación básica para dar atención oportuna y adecuada al paciente durante el desplazamiento y 40 vehículos de consulta (automóviles dotado con la tecnología e insumos médicos necesarios para prestar servicios de medicina general).

5.1.6 Procesos y análisis de la relación oferta – demanda

El mapa de procesos (ver figura 13) de la organización involucra dos procesos transversales que hacen parte de la cadena de valor, estos procesos son: gestionar el riesgo en salud y gestionar la experiencia de sus usuarios, quienes son los pilares importantes para lograr el cumplimiento de la misión organizacional, la cual busca trabajar en favor de la salud física y mental de sus afiliados, las 24 horas del día, con comodidad, calidez, oportunidad, resolución y confianza, además busca alinearse con su visión como organización, donde se definen como una compañía que se reconozca por facilitar el acceso a los servicios de salud.

Figura 13

Mapa de procesos de Coomeva emergencia médica

Fuente: Colaboración de la empresa Coomeva emergencia médica

Para lograr todo lo anterior, CEM trabaja con distintos canales de manejo y atención de sus afiliados, le apuesta a la telemedicina como herramienta para diversificar sus modelos de atención y entre ellos el modelo de gestión de riesgo técnico que involucra seguimientos por profesionales de medicina, enfermería, nutrición y psicología, con la intención de generar mayor conocimiento, consciencia y manejo de su enfermedad, estrategia que es llevada con el nombre de telecuidado, programa descrito anteriormente.

Para el desarrollo del presente trabajo de grado, se planteó una encuesta cuantitativa, para evaluar la precepción de los trabajadores y los pacientes del programa de telesalud de Coomeva emergencias médicas.

La encuesta realizada a los usuarios del programa de telesalud para diabetes mellitus tipo 2, fue realizada a un total de 29 pacientes posterior a la depuración de la base de pacientes activos e inactivos, esta información fue obtenida mediante llamada telefónica a la totalidad de los

pacientes activos en el programa, la encuesta evalúa un total de 13 preguntas incluyendo datos sociodemográficos, siendo significativa la muestra al incluir la totalidad del universo.

En la evaluación de la encuesta se encontró que la edad de los pacientes del programa oscila entre los 50 y 91 años teniendo su cumbre entre los 60 y 80 años, siendo estas edades las más frecuentes en la aparición de ECNT. En relación al sexo estos pacientes en su mayoría son mujeres representado con un 72% de los encuestados respecto a la relación de hombres que solo alcanza el 28%.

Por otra parte, se realizó una encuesta a los trabajadores de Coomeva emergencia médica del área de telesalud, la cual fue aplicada a la totalidad del personal que actualmente labora en la institución mediante la herramienta "Google Forms" enviada por correo electrónico, con un total de 9 participantes, donde se evaluaron 14 preguntas incluidos datos sociodemográficos siendo significativa la muestra al incluir la totalidad del universo de datos.

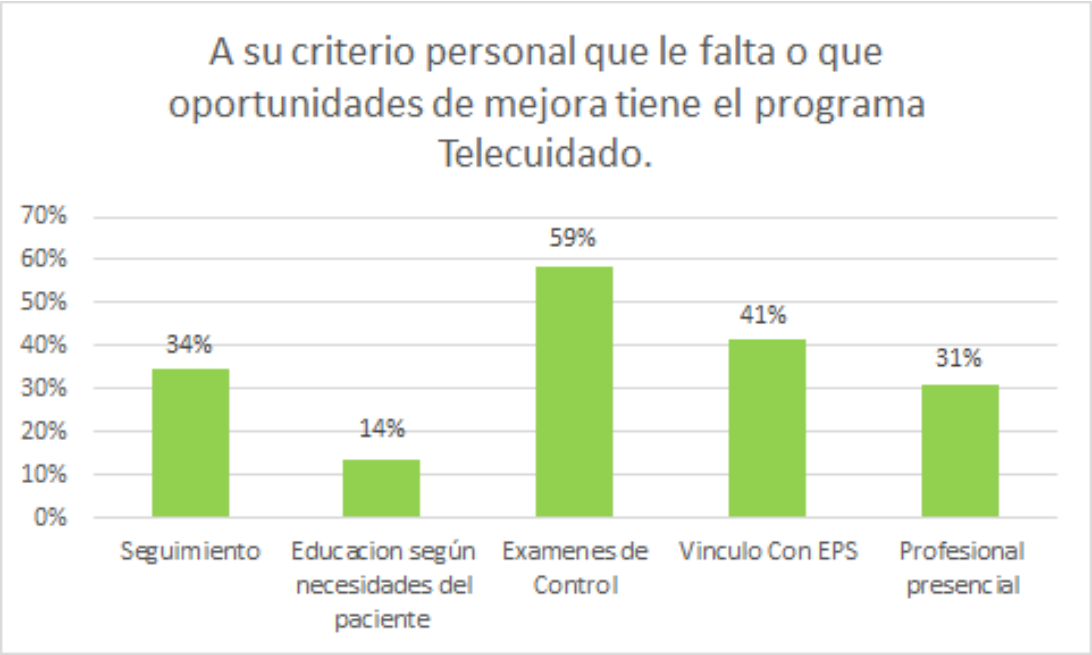
En la evaluación de la encuesta de profesionales se encontró que la edad oscila entre los 25 y 50 años teniendo su mayor rango entre los 25 y 35 años, respecto al género el equipo se encuentra conformado en su mayoría por mujeres, ocupando estas el 89 % respecto a los hombres cuyo porcentaje es del 11%.

Para identificar las brechas que aún no se han logrado cerrar, se realizó una exploración de la percepción de la prestación del servicio de telemedicina, específicamente a los pacientes y los profesionales de la salud que participan en él (ver anexo A y B).

Los principales resultados mostraron que los usuarios para mejorar su experiencia dentro del programa solicitan los siguientes elementos, relacionados en la figura 14:

Figura 14

Aspectos de mejora referidos por usuarios de telemedicina



Fuente: Elaboración propia de los autores

Los aspectos más relevantes manifestados por los pacientes fueron la toma de paraclínicos de control dentro del programa, la creación de un vínculo con la EPS y aumentar el número de seguimientos.

Por otro lado, en la figura 15 se puede observar los resultados de la exploración de necesidades de los profesionales de la salud que participan y llevan a cabo la estrategia.

Figura 15

Aspectos de mejora referidos por profesionales de la salud de telemedicina

Fuente: Elaboración propia de los autores

Entre los resultados más relevantes se encuentra la necesidad de contar con capacitaciones de actualización según guías de práctica clínicas y de humanización del servicio de salud, refieren que son necesarias para fortalecer, mejorar la experiencia y generar valor de quienes son intervenidos. Adicionalmente, expresan que contar con recurso tecnológico actualizado, aplicativos que permitan manejo de un sistema de información integrado y completo para obtener información más allá de lo que el paciente pueda aportar verbalmente y por último manifiestan la importancia de contar con un equipo de profesionales en medicina más amplio ya que la demanda de seguimientos y necesidad de realizar mayor orientación por parte de esta profesión en ocasiones puede llegar a estar limitada por la disponibilidad de agenda del profesional.

6 Diseño plan de mejora al modelo de atención integral de riesgo en salud mediante telesalud en pacientes con diabetes tipo 2 en una empresa de medicina prepagada en Colombia

6.1 Definición de estrategias de atención para los usuarios

Después de haber realizado una descripción y análisis del modelo de la prestación del servicio de salud y su operación, a continuación, se plantea el plan de mejora alineado con el contexto legal y normativo colombiano, enfocado hacia la cuádruple meta en salud y teniendo en cuenta las necesidades de la empresa al momento de este análisis.

Esta propuesta pretende cerrar las brechas identificadas al interior de la organización en cuanto al programa de telesalud dirigido a pacientes con enfermedad crónica no transmisible diabetes tipo 2. A través de ella, se busca fortalecer el modelo de atención, los resultados en salud y la construcción de redes integradas en función de la salud de la población afiliada.

Para ellos se plantea 4 objetivos transversales que marcan el norte del plan de mejora:

- Reducir el costo en la utilización de la flota de ambulancias por la población con diabetes tipo 2.
- Mantener niveles óptimos de adherencia terapéutica a partir de la implementación de indicadores de seguimiento.
- Mejorar la satisfacción de los colaboradores a través de un programa de humanización de las relaciones y de los servicios en salud.
- Mantener niveles óptimos de control de pacientes diabéticos tipo 2 a través de la medición de la hemoglobina glicosilada.

Estos objetivos se alcanzarán a través de las siguientes estrategias diferenciales que se enuncian a continuación:

- Tamización de la población afiliada nueva mayores de 40 años con la herramienta "conoce tu riesgo, peso saludable" del Ministerio de Salud y Protección social.
- Conformación de equipos gestores de información que realicen seguimiento a la población priorizada por diagnóstico, realicen marcación de la población susceptible y generen alarmas tempranas.
- Ruta de referencia a prestador primario para seguimiento en programa de pacientes con condiciones crónicas.
- Creación de una sala interactiva entre EAPB y prestadores de servicios de salud para consolidar el sistema de información.
- Seguimiento de egreso hospitalario seguro a pacientes que han sido trasladados a hospitalización desde CEM.
- Programa virtual de formación de paciente experto a través del equipo multidisciplinario que atiende el programa de telesalud.
- Programa de humanización cíclico dirigido a los profesionales de la salud del programa.
- Creación de grupos focales académicos que fortalezcan la actualización y aplicación de las guías de práctica clínica.

6.2 Gestión clínica

Tamización de la población afiliada mayores de 40 años

Con el fin de captar tempranamente usuarios para el programa de seguimiento en telesalud, de acuerdo a la población susceptible afiliada a CEM, la población objeto son 72.588 personas mayores de 40 años. Con dicha población, sumado los nuevos ingresos se inicia con el uso de la

herramienta “conoce tu riesgo, peso saludable” del Ministerio de Salud y Protección social (ver anexo C), la cual arroja el perfil de riesgo del usuario tamizado.

El área que se encarga de la captación de nuevos usuarios para el servicio de CEM serán los encargados de realizar la aplicación de la herramienta “conoce tu riesgo, peso saludable” vía web o vía app, de esta forma pueden tener los resultados del perfil de forma inmediata, marcar los pacientes y remitirlos tempranamente al equipo que continúa con la gestión.

Los criterios para aplicar la herramienta son:

- Personas mayores de 40 años que ingresen a utilizar los servicios de CEM

Excepciones:

- Mujeres que estén embarazadas

El objetivo de realizar dicha actividad al ingreso de los afiliados al servicio, es identificar aquellos que tenga mayor riesgo de presentar diabetes mellitus tipo 2 o de estar cursando actualmente con el diagnóstico de esta patología. Esto permite marcar a los pacientes de una forma temprana e ingresarlos al programa de telesalud para su seguimiento pertinente.

Una vez se haga la aplicación del instrumento, los resultados serán consolidados por un equipo que gestione los casos, tema que se ampliará más adelante.

El equipo de captación envía de manera semanal al equipo de gestión de casos los resultados para que realice el contacto temprano e ingreso al programa en caso de cumplir con el criterio de tener diabetes mellitus tipo 2, además de continuar el monitoreo de los pacientes con diagnóstico confirmado que ya hacen parte del programa de telesalud previamente.

Equipo gestor de caso

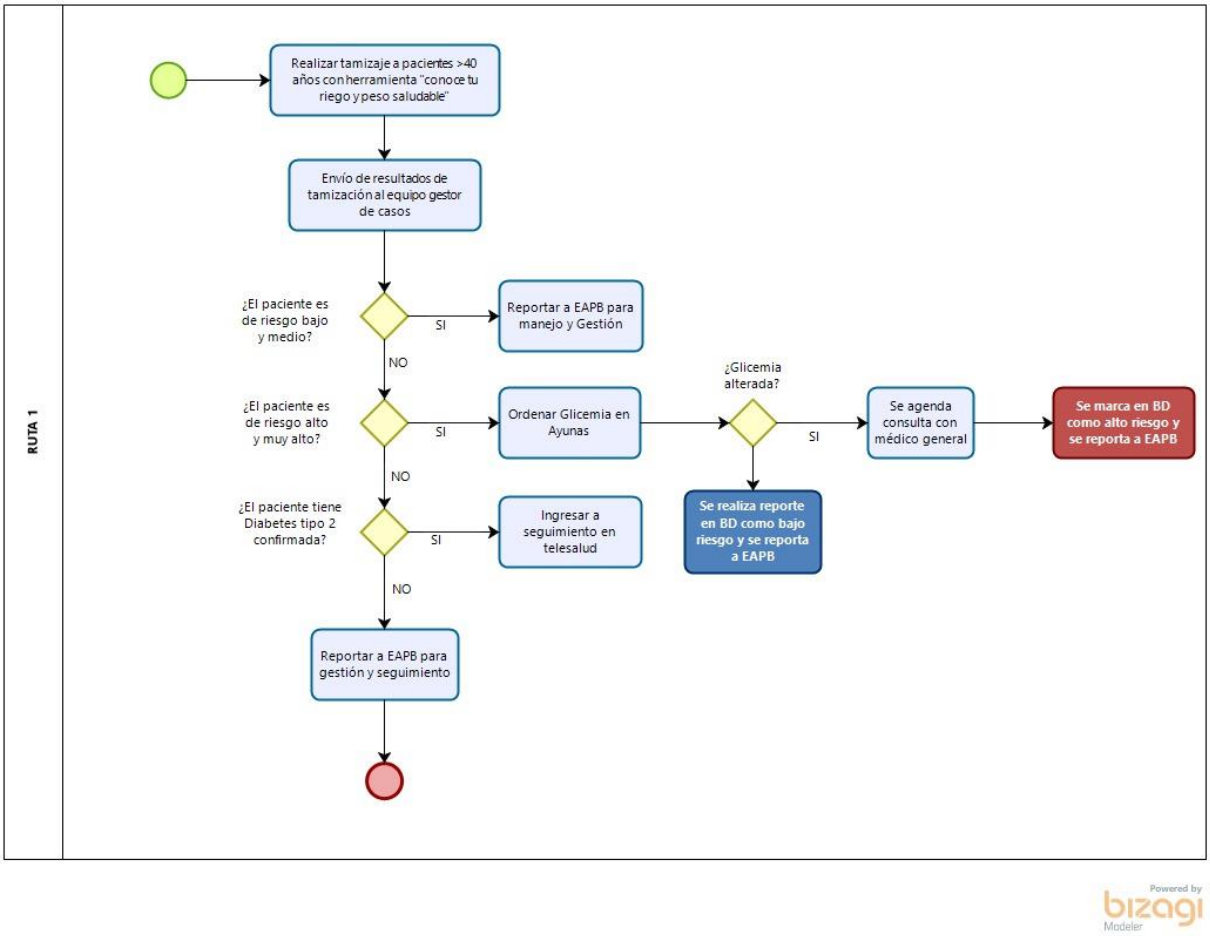
El objetivo de conformar un equipo gestor de caso es que realice seguimiento a la población priorizada por diagnóstico, realice la marcación de la población susceptible y generen alarmas tempranas (ver figura 16).

Esto quiere decir que una vez que desde el área de captación de usuarios se aplicó la herramienta de "conoce tu riesgo y peso saludable", los resultados son recibidos por el equipo que los gestione y clasificados de la siguiente manera:

- Riesgo bajo y medio: Los pacientes con esta clasificación deben ser reportados a su EAPB para manejo y gestión, sugiriendo actividades educativas grupales en hábitos de vida saludable, posteriormente a un año el equipo gestor de caso revisará esta data para corroborar que hayan o no desarrollado la diabetes mellitus 2.
- Riesgo alto y muy alto: a los pacientes sin diagnóstico de diabetes mellitus 2 pero con alto o muy alto riesgo de padecerla, se les ordena una glicemia en ayunas, donde el resultado del reporte es captado por el equipo gestor de caso y reportado a su EAPB marcados como alto riesgo, además se sugiere actividades de educación en hábitos de vida saludable grupales y un seguimiento por gestión de casos semestral. En caso que el paciente tenga una toma de glicemia en ayunas en un tiempo menor a seis meses, el equipo capta este dato para ingresarlo a la base de datos del programa y continuar con el seguimiento.
- Confirmados por diagnóstico: Los pacientes que ya estén confirmados con el diagnóstico de diabetes mellitus 2, son remitidos al programa de telesalud para iniciar su seguimiento por el equipo multidisciplinario. Así mismo, se reporta a la EAPB para su gestión en el programa de control y manejo médico.

Figura 16

Flujograma de proceso Equipo gestor de casos



Fuente: Elaboración propia del autor

Programa virtual de formación de paciente experto

Teniendo en cuenta que el control y la adherencia de un paciente con una enfermedad crónica no trasmisible como la diabetes depende no solo del manejo médico sino también de sus conductas individuales relacionadas con los hábitos de vida, se desarrolla un programa virtual de formación de paciente experto, el cual es manejado por el equipo multidisciplinario de telemedicina. Esto potencia, no solo el reforzamiento de la conducta clínica sino la cercanía del equipo a sus pacientes, consolidando lazos de confianza y apoyo en doble vía.

Es por ello, que el programa va a tener como eje central el autocuidado, concibiéndolo como aquellos cuidados que se proporciona una persona para tener una mejor calidad de vida (Correa, 2003). Estos cuidados están determinados por aspectos internos y externos del individuo, donde se debe tener en cuenta que él no puede controlar algunos aspectos externos que ofrezca su entorno; esto quiere decir, que las prácticas diarias que influyen en la salud del individuo se relacionan directamente con factores que pueden proteger y conservar un estado de salud adecuado o con factores que pueden poner en riesgo la integridad de la salud. En esta dinámica de dar, efectuar y recibir cuidado los participantes empiezan a moverse de forma protagónica bajo los sistemas de interacciones sociales, especialmente el de la salud, donde los profesionales de los equipos de salud juegan un rol crucial en el acompañamiento de aquellas poblaciones que requieren desarrollar habilidades que impacten de manera positiva su salud.

El modelo de cuidados crónicos (MCC) de la Organización Panamericana de la Salud es uno de los más conocidos e influyentes en la materia, el cual se centra en la relación de un paciente activado con un equipo de atención médica proactivo y preparado, a su vez, se conforma por seis componentes que deben ser tenidos en cuenta para su implementación, los cuales se anuncian a continuación (OPS, 2013):

1. Organización de la atención a la salud
2. Sistema de provisión de los servicios
3. Sistema de información clínica
4. Apoyo a la toma de decisiones
5. Apoyo al automanejo y
6. Recursos comunitarios.

Para efectos del programa virtual de formación de paciente experto, se toma como componentes principales y de referencia el apoyo a la toma de decisiones y apoyo al automanejo. Los módulos de formación de paciente experto contienen las siguientes temáticas:

- Gestión de las emociones
- Nutrición
- Medicamentos e interacciones medicamentosas
- Manejo de la condición crónica diabetes tipo 2
- Detección de signos de alarma y complicaciones

El desarrollo de los módulos se hará a través de una conexión virtual, donde los profesionales se conectan a la sala interactiva y reciben en línea a máximo 12 pacientes por módulo a desarrollar.

Cada temática enunciada anteriormente, es desarrollada por un profesional que domine el tema, eso quiere decir que el médico, la enfermera y el profesional en psicología van a interactuar de manera permanente con la población del programa de telesalud.

Como son temas cíclicos, cada semana se programa durante un espacio de dos horas un tema diferente, el cual es evaluado al final de cada sesión mediante un pre test y un pos test. La persona que cumpla con todo el ciclo debe haber ganado al menos el 80% del pos test aplicado por los profesionales. El paciente que se conecte a estos espacios, debe estar acompañado por el cuidador en caso de tener alguna limitación auditiva o visual. Los pacientes que no requieran asistencia pueden conectarse solos a los espacios de entrenamiento con el profesional.

Cuando termine el ciclo formativo, es considerado un paciente experto, el cual pasa a ser parte del “club del paciente experto”, recibe una credencial de CEM diferencial donde resalta que

es un paciente experto en el cuidado de su salud y puede ser parte activa y vocero para ayudar a otros a cuidare de manera correcta.

El programa es evaluado a través de la medición de la satisfacción global del paciente, a la cual se le incluirá el ítem correspondiente para ello.

6.3 Gestión de la calidad de la atención

Para garantizar que el programa de telesalud se preste bajo los estándares esperados de calidad en la atención, se apalanca su operación sobre la política y el programa de seguridad del paciente de la organización.

En alineación a la resolución 2654/2019 por el cual se valida el concepto de telesalud como el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las TIC, cuyo objetivo es el de mejorar el acceso, la resolutividad, la continuidad y la calidad de la atención clínica, se adopta el criterio para enlazarlo al programa de seguridad de la institución en el marco de telesalud y así orientar al usuario brindando información, asesoría y consejería sobre el proceso de evolución de la enfermedad y los signos o síntomas de alarma, para la consulta oportuna a la entidad de salud primaria a la cual pertenece.

Por lo anterior se plante estas cinco estrategias para llevar a cabo dentro de la institución:

1.Asegurar el cumplimiento de los requisitos mínimos para la habilitación bajo la resolución 3100/2019.

2.Implementar y desplegar el programa de seguridad del paciente en la institución, en alineación a los criterios del MSPS y SOGCS.

3.Capacitar a los tele orientadores, en los términos de seguridad del paciente y el manejo de la enfermedad para su abordaje.

4.Realizar seguimiento, control y ajuste del programa de telesalud con un enfoque en la medición del riesgo.

5.Generar aprendizaje organizacional, que fortalezca los procesos para atención de los pacientes.

6.4 Gestión de la humanización de la atención

Programa de humanización del equipo de salud cíclico

En línea con la cuádruple meta y con los resultados obtenidos en la encuesta que se realizó al equipo a cargo del programa de telesalud, es importante atender de manera prioritaria al equipo que se encarga de dar soporte no solo técnico sino emocional a la población afiliada que recibe servicios y atención.

De acuerdo con estudios recientes, la fatiga emocional es un factor que contribuye a que muchos profesionales de la salud desarrollen algún tipo de trastorno mental o emocional durante el ejercicio de su profesión (Infobae, 2021).

Es por ello que desarrollar habilidades y competencias como la autoconsciencia, el autocuidado, el manejo de la frustración, el pedir ayuda y buscar redes de apoyo son componentes fundamentales para establecer un programa de humanización y acompañamiento a los profesionales de la salud que están de cara a la atención de los pacientes, con esto, no solo se garantiza un bienestar y una motivación para aquel que haga parte del programa, sino que se impacta directamente en el trato humanizado a los pacientes, lo que genera mayor satisfacción global en los servicios y mejora la reputación institucional. Como resultado de la exploración que se hizo con los integrantes del equipo de telesalud, se encuentra la necesidad de contar con capacitaciones de actualización según guías de práctica clínicas y de humanización del servicio de

salud, refieren que son necesarias para fortalecer, mejorar la experiencia y generar valor de quienes son intervenidos.

Este programa se efectúa bajo la modalidad de diferentes metodologías, que se relacionan a continuación:

- Coaching organizacional
- Tecnologías sociales
- Clown terapéutico
- Grupos focales
- Artes integrales
- Mindfullness
- Gelotología

Se inicia con coaching organizacional, ya que está direccionado a realizar un diagnóstico situacional de los equipos de la organización, luego con su resultado planea las intervenciones necesarias teniendo en cuenta las demás metodologías para abordar las problemáticas de los equipos y líderes y finalmente continúa el acompañamiento de los planes de acción, con el objetivo de garantizar una sostenibilidad y una contención permanente a las personas que entran a desarrollar nuevas habilidades y competencias.

Está dirigido a los integrantes del equipo de telesalud, a los conductores de la flota de ambulancias, y a al personal asistencial que la organización considere pertinente. El ciclo formativo será de 120 horas, para una duración de 6 meses. Posterior a esto, los siguientes 6 meses serán de seguimiento y refuerzo de las habilidades de cada uno de los integrantes que hacen posible la entrega de un servicio humanizado.

La forma como se va a medir el impacto de esta estrategia es realizar una encuesta de clima laboral previa a la intervención y tomar los datos de satisfacción global de los usuarios de CEM que estén bajo el programa de telesalud, posterior al programa de humanización, se realiza de nuevo estas dos mediciones y se comparan, con el fin de encontrar alza en sus indicadores.

Finalmente se espera que después de fortalecer la humanización con los equipos de salud se mejore el trato digno y humanizado principalmente hacia el paciente; además de implementarlo y practicarlo entre los miembros del equipo que tienen la gran responsabilidad de desarrollar un programa de seguimiento y fortalecimiento a la población que ya cursa una enfermedad crónica no trasmisible como la diabetes tipo 2, que si no se interviene de forma adecuada puede llegar a tener serias complicaciones que afectan considerablemente la calidad de vida de aquel que la padece.

6.5 Gestión de las tecnologías en salud y del sistema de información

Creación de una sala interactiva entre EAPB y prestadores de servicios de salud para consolidar el sistema de información

En aras de mejorar el flujo de información que permita tomar decisiones sobre la población donde se gestiona el riesgo y de construir redes integradas para el monitoreo de los pacientes, se propone como un componente del plan de mejora propuesto por los autores de este trabajo, el crear una sala interactiva que se sugiere que se llame “CEM PLUS+”. Este espacio virtual es una plataforma web que se concibe con el fin de presentar los reportes de la población gestionada desde diferentes perspectivas que se relacionan más adelante, además contiene el tablero de indicadores clínicos del programa de telesalud. Esta plataforma funciona como una sala virtual donde todos los actores se conectan en tiempo real y pueden compartir la información de interés para la toma

de decisiones, previamente cada uno debe hacer su cargue de información para que la plataforma almacene en una nube los datos con el fin de estar disponibles para quien los necesite.

La información disponible por actor es la relacionada a continuación:

Desde CEM:

- Población tamizada y los resultados obtenidos de dicha tamización
- Reporte de la gestión de los casos desde el equipo gestor hacia y desde la EAPB
- Reporte de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 ingresados al programa de telemedicina
- Reporte de traslados, hospitalizaciones y egreso seguro de la población bajo el programa de telemedicina
- Reporte de seguimiento a pacientes bajo el egreso hospitalario seguro
- Más los indicadores clínicos que son relacionados más adelante

Desde la EAPB:

- Reporte de los usuarios gestionados a partir de la tamización realizada en CEM
- Reporte de los usuarios captados en programas a partir del reporte de CEM
- Reporte de pacientes controlados y no controlados que estén bajo el programa de telesalud de CEM

Esta sala interactiva es de uso permanente, es decir, que los usuarios pueden entrar en cualquier momento, las reuniones de todos los actores se realizan de manera trimestral, donde en este espacio se genera la facilidad de compartir información sobre la gestión realizada a los pacientes que estén bajo el diagnóstico de diabetes tipo 2 que repercute de manera positiva sobre

su bienestar, sobre la utilización de los servicios de salud y sobre los resultados en salud de los pacientes.

A continuación, se relacionan los indicadores principales que manejará el programa de telesalud:

- % de pacientes del programa con de tensión arterial < 140/90 mmHg
- % de pacientes con: colesterol total < 160 mg o Colesterol HDL > 35 en hombres y > 40 en mujeres o Colesterol LDL < 100
- % de pacientes del programa con hemoglobina glicosilada (HbA1c) por debajo de 7%.
- % de pacientes del programa con un IMC entre 18.5 y 24.9.
- Porcentaje de pacientes con toma de creatinina en el último año

Para medir la adherencia terapéutica de los pacientes se utiliza el cuestionario de Morisky Green (Pagès-Puigdemont NValverde-Merino M, 2018) (ver tabla 2) el cual consta de ocho preguntas, donde sus dos únicas respuestas son sí o no, se indaga sobre las actitudes de los pacientes ante la medicación. Si no son actitudes protectoras, se asume que el paciente no es adherente al tratamiento, por el contrario, se considera adherente si contesta correctamente las ocho preguntas (Chaves Torres et al., 2016).

Tabla 2

Escala de Morisky de 8 ítems

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	Si	No
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	Si	No
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	Si	No
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	Si	No
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	Si	No
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	Si	No
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	Si	No
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?	Si	No
Nunca/Raramente...		
De vez en cuando…		
A veces…		
Normalmente….		
Siempre…		

Fuente: tomado del artículo *validación de la escala de Morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica*. Por Chaves Torres et al, 2016, p. 28.

Este cuestionario, es aplicado por el médico del programa durante la consulta telefónica con el paciente con diabetes tipo 2 cada vez que la realice. La aplicación de esta herramienta permite que la medición sea objetiva y se estandarice dentro del equipo encargado de la atención y gestión clínica de los pacientes del programa.

Cuando el profesional médico identifica que el usuario no es adherente terapéuticamente, reporta el caso al equipo gestor de caso, quien incluye dentro de su data y reporte periódico a las EAPB a los usuarios no adherentes y organiza una intervención inmediata con la psicóloga del

programa de telesalud para detectar las posibles barreras que no están permitiendo su adherencia, además de iniciar una pronta intervención.

6.6 Gestión de la referencia y contra referencia

Ruta de referencia a prestador primario para seguimiento en programa de pacientes con condiciones crónicas

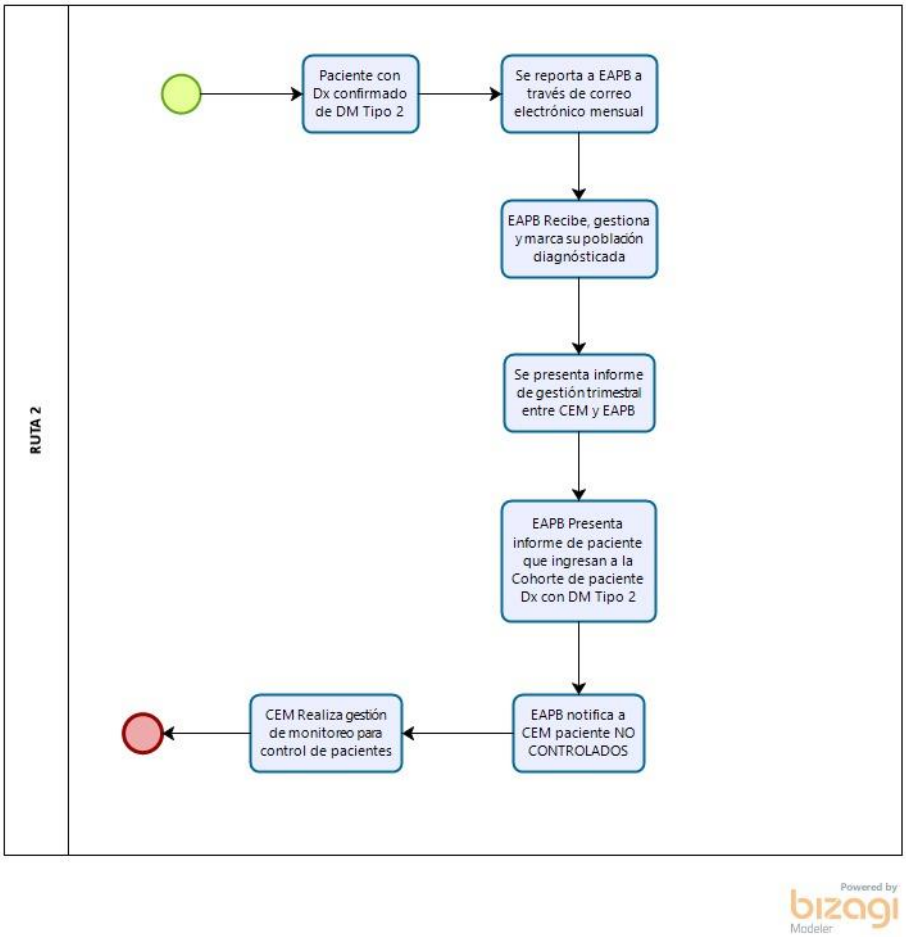
Los pacientes que cumplan los criterios deben ser direccionados a los prestadores primarios que garanticen la pertinencia, experticia y control de estos pacientes, esto se realizará a través de las EAPB.

El mecanismo de remisión desde CEM es vía correo electrónico mensual hacia la EAPB, dirigido a los encargados de gestionar el riesgo cardiovascular y de diabetes en su área de gestión de riesgo, este reporte se hará con el resultado de la herramienta "conoce tu riesgo, peso saludable" del Ministerio de Salud y Protección social, con el objetivo de notificar el resultado de los tamizajes y generar alarmas tempranas sobre aquella población con un alto perfil de riesgo.

Las EAPB tienen un espacio en conjunto con CEM de manera trimestral para realizar feedback sobre el seguimiento de su población que ha sido reportada por parte del equipo gestor de caso y por el equipo multidisciplinario de telemedicina (ver figura 17). En estas reuniones, CEM presenta los indicadores de gestión de los pacientes que están bajo el programa de telemedicina, a su vez, también da el reporte de los usuarios tamizados que estén bajo el alto riesgo. La EAPB, entrega el reporte de los usuarios que entraron a su cohorte de diabetes tipo 2, y los que entraron a programa de prestador primario. Por último, la EAPB reporta aquellos usuarios que no estén controlados y que CEM está monitoreando bajo el programa de seguimiento, con el fin de reforzar aspectos que los lleve a cumplir sus metas terapéuticas.

Figura 17

Ruta de referencia entre EAPB y CEM



Fuente: Elaboración propia de los autores

Seguimiento de egreso hospitalario seguro

El equipo de gestión de caso tiene entre sus responsabilidades realizar seguimiento a las hospitalizaciones de la población del programa que hayan sido derivadas del transporte de la flota de ambulancias de la organización a alguna institución de alta complejidad.

El programa de telemedicina ofrece un valor agregado al monitorear a sus pacientes no solo en lo ambulatorio sino después de un alta hospitalaria. Estos usuarios pueden presentar

algunos problemas posteriores como no tener claridad en las recomendaciones post hospitalización respecto a la toma de sus medicamentos, cuidados en casa, controles de salud posteriores, etc.

Teniendo en cuenta esto, el objetivo es revisar diariamente la población con diabetes mellitus 2 que está bajo el programa de telemedicina, y si alguno de los afiliados se encuentra hospitalizado, el equipo debe monitorear su egreso seguro, teniendo en cuenta las siguientes estrategias:

- Comunicación con paciente y su familia para verificar las condiciones del egreso
- Validar la claridad en las conductas médicas posteriores al egreso en cuanto a toma de medicamentos, exámenes de laboratorio, cuidados en casa y controles de salud posteriores

A su vez, se tendrá en cuenta un derrotero educativo para reforzar los siguientes temas con el cuidador y el paciente en casa (Instituto nacional de cancerología ESE, 2021):

- Signos y síntomas de alarma para acudir a urgencias
- Cuidados con la alimentación
- Higiene personal
- Actividad física
- Movimientos y cambios de posición
- Administración de medicamentos en casa
- Manejo de residuos peligrosos en el hogar
- Lavado de manos
- Manejo de dispositivos en el hogar (sonda vesical, drenajes, entre otros)
- Apoyo emocional al paciente y núcleo familiar

Todas las actividades de seguimiento deben quedar consignadas en la plataforma de la historia clínica y reportada en la sala interactiva.

6.7 Gestión del talento humano

Creación de grupos focalizados en la academia médica

La atención en salud no solo está acompañada por la práctica clínica o la actitud de servicio de los profesionales en salud. Ella, está respaldada por una evidencia que permite que se ejecute sobre un paciente de manera segura y comprobada.

Las actualizaciones en temas clínicos, estudios recientes y lineamientos tanto nacionales como internacionales son componentes no negociables en un programa que maneja una población sensible y de alto riesgo como los pacientes con diabetes tipo 2.

Es por ello, que se forman los grupos focalizados en temas médicos que tengan que ver directamente con el manejo clínico de los pacientes.

Estos grupos deben estar conformados por todos los profesionales que hagan parte del programa, y deben preparar los temas según sea su línea de acción.

Su espacio se conecta con el cronograma de capacitaciones que tiene instaurado la institución y la revisión de los temas se hace de manera mensual, eso quiere decir que está a cargo del equipo de innovación de la organización estar en línea con las tendencias nacionales e internacionales que generen valor agregado a la prestación de los servicios de salud.

El objetivo transversal de la conformación de los equipos académicos es fortalecer la actualización y aplicación de las guías de práctica clínica. Esto impactará en la cuádruple meta, principalmente en los resultados en salud y en el manejo de los costos asociados, ya que, al tener un equipo enfocado en una atención técnica actualizada, se disminuye el margen de error en las

conductas clínicas, permitiendo tener pacientes con un manejo pertinente en el curso de su enfermedad.

6.8 Negociación y contratación con EPS

La factibilidad financiera de este plan de mejora se seguirá soportando con los aportes económicos de los usuarios de CEM según su plan de afiliación, convenios empresariales y atenciones particulares. Teniendo en cuenta que la población de pacientes jóvenes afiliados tiene una utilización muy baja del servicio al año o incluso nula, el uso adecuado de este recurso permite generar estrategias y programas para gestionar el riesgo de usuarios con patologías crónicas. Por lo anterior, es relevante apostarle a la estrategia de gestionar el riesgo técnico de un paciente con diabetes y de esta forma reducir los costos que acarrean los traslados de los pacientes que presentan complicaciones por diabetes mellitus tipo 2. Por lo expuesto anteriormente, el alcance de este trabajo no busca en esta etapa generar una nota técnica o alguna nueva contratación directa con EPS, se espera que a partir de los cambios sugeridos se abran nuevas oportunidades de negociación con aseguradores.

Para el año 2019 CEM realizó 224.280 atenciones presenciales, el 23.16% de estas atenciones correspondieron a pacientes con reagudización por diabetes mellitus, y de este 23.16% el 56% requirió traslado asistencial a su IPS. Sumado a lo anterior, el 48% de esta población, demanda servicios presenciales, lo que se traduce en un costo tres veces mayor por cada atención de esta población con patología crónica no controlada respecto a los ingresos captados por CEM (ver tabla 3).

Tabla 3

Gastos del programa de Telesalud

Estado actual/Valores mes	Cantidad	Valor	Total
Prima por afiliación a servicio	9.072	30.000	272.160.000
Consultas domiciliarias presencial	4.329	80.000	346.286.667
Traslados	2.411	174.000	419.514.000
Costos fijos (programa)	1	67.000.000	67.000.000
Total gastos programa actual			832.800.667

Fuente: Elaboración propia de los autores

El objetivo del plan de mejora que se ha planteado a lo largo del documento pretende lograr un descenso gradual de los traslados y de la asistencia médica presencial en paciente con diabetes mellitus tipo 2 en un 40%, dentro de la primera fase del proyecto que se lleva a cabo en los seis primeros meses desde el inicio de su implementación (ver tabla 4), donde paralelamente se llevan a cabo actividades de las estrategias enunciadas como las capacitaciones, la formación del paciente experto y se inicie la recolección de la data para medir los indicadores propuestos que están relacionados con la cuádruple meta en salud, es decir que, logra la reducción en los traslados y en atención médica domiciliaria permitiendo que el gasto por atención de paciente crónico se reduzca en una vez.

Tabla 4

Propuesta de optimización del costo, primera fase

Servicio	Cantidad	Valor	Total
Consulta	3.629	80.000	290.304.000
Traslado	1.452	174.000	252.564.480
Costos fijos (programa)	1	67.000.000	67.000.000
Total gastos programa actual			609.868.480

Fuente: Elaboración propia de los autores

En la segunda fase del proyecto que se desarrolla en el segundo semestre, los profesionales ya han recibido herramientas que los afianzan dentro de su desempeño tanto clínico como de atención humanizada, los usuarios ya han recibido parte del ciclo formativo, lo que hace que su nivel de consciencia haya aumentado y cuiden aspectos de su salud; además ya se llevan seis meses de medición de indicadores de la cuádruple meta. Con el plan de mejora marchando los seis primeros meses, se espera para el segundo semestre disminuir las asistencias médicas presenciales en un 15%, optimizando la telemedicina para gestionar el riesgo en la población con diabetes tipo 2. Por otro lado, la meta para traslados continúa siendo disminuirlo en un 30%, considerando que existen complicaciones relacionadas a la diabetes que requieren control y monitoreo intrahospitalario, siendo no pertinentes para su manejo con telesalud. Es decir que la proyección para la segunda fase del plan de mejoramiento se espera que de los ingresos captados por la institución se logre un ahorro al menos del 10%, permitiendo a la organización tener la posibilidad de tener más ambulancias y equipos médicos disponibles que se sumen a otras estrategias de negocio para CEM, entre ellas hacer convenios con EAPB (ver tabla 5).

Tabla 5

Propuesta de optimización del costo, segunda fase

Servicio	Cantidad	Valor	Total
Consulta	1.361	80.000	108.864.000
Traslado	408	174.000	71.033.760
Costos fijos (programa)	1	67.000.000	67.000.000
Total gastos programa actual			246.897.760

Fuente: Elaboración propia de los autores

6.9 Monitoreo de procesos y evaluación de los resultados de la atención

Con el fin de ajustar los procesos de una manera oportuna, se hace necesario crear un tablero de indicadores que permita el monitoreo continuo del programa desde la perspectiva de la cuádruple meta. Este tablero debe ser alimentado por los datos que recolecta y trata el equipo gestor de caso, su análisis en cuanto a logro del indicador y a la desviación del mismo deber ser realizado por el director médico del equipo, quién cada mes durante su espacio de retroalimentación con el equipo de reporte y genere alarmas para tomar medidas inmediatas en caso de ser requerido.

En la tabla 6 se relacionan los indicadores del programa de telesalud de CEM.

Tabla 6

Tablero de indicadores para el programa de telesalud

Componente de la cuádruple meta	Indicador
Resultados en salud	% de pacientes del programa con hemoglobina glicosilada < de 7%
Resultados en salud	% de pacientes del programa con IMC entre 18.5 y 24.9
Resultados en salud	% de pacientes con toma de creatinina en el último año
Experiencia de la atención	Satisfacción global de afiliados registrados
Experiencia de la atención	Tasa de quejas x cada 10.000 usuarios
Experiencia de la atención	Oportunidad en la asignación de citas con los profesionales del programa
Costo	Tasa de uso de urgencias de afiliados registrados
Costo	Tasa de hospitalización por grupos de riesgo
Costo	Tasa de utilización de servicio médico domiciliario
Satisfacción del profesional	Satisfacción del colaborador en la organización
Satisfacción del profesional	% de cumplimiento al cronograma de educación continua

Fuente: Elaboración propia de los autores

7 Conclusiones y recomendaciones

- Los servicios de ambulancia y atención médica domiciliaria se encuentran en una etapa de crecimiento de participación en el mercado de los servicios de salud prepagos, caracterizándose por generar soluciones en salud a una población que se está adaptando a la no presencialidad en las IPS.
- La gestión integral del riesgo se ensambla en los modelos de atención en salud como una opción de diferenciación en la prestación del servicio, lo que obliga a las organizaciones como CEM a generar innovación y nuevos servicios de salud que atraigan y fidelice a los afiliados.
- Para diversificar el portafolio de servicios de la organización, se debe fortalecer la estrategia de telesalud como un valor agregado que impacte directamente en el bienestar de los pacientes que cursan con una ECNT como la diabetes mellitus tipo 2, con el objetivo de fomentar y reforzar los estilos de vida saludable que permitan que la población alcance sus niveles de control de su enfermedad.
- Teniendo en cuenta el contexto mundial, nacional y local, la telesalud es un tipo de tecnología que facilita el acceso a los servicios de salud a los usuarios que pueden presentar barreras geográficas, económicas, culturales, entre otras; dado el aceleramiento en su implementación por el SARS COV 2, hoy es posible ampliar su aplicación no solo a una consulta con un profesional, sino a un programa de seguimiento a pacientes con ECNT que requieren un contacto estrecho con su equipo de salud el cual le brinda además de asistencia técnica, educación.
- El programa de telesalud evaluado carece de un proceso de medición de indicadores terapéuticos, no es posible medir su impacto en términos de resultados en salud en

la población afiliada, la construcción de un tablero de indicadores que permita identificar la evolución clínica de los pacientes intervenidos, es una estrategia que permitirá disminuir la subjetividad del ejercicio profesional

- Un programa de telesalud estructurado conformado por un equipo de salud empoderado de su ejercicio, genera el ambiente óptimo para que la población que recibe sus servicios responda de manera efectiva a sus indicaciones, generando experiencias memorables para el paciente y su familia.
- Al gestionar el riesgo en salud de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se generan resultados costo efectivos que reducen el uso de la flota de ambulancias para realizar traslados hospitalarios, lo que proyecta un ahorro del 5% sobre el valor total del uso de los servicios de esta población, es decir, 251 millones de pesos anuales.
- Al reducir el uso de la flota por estos pacientes, se puede disponer de este servicio para realizar traslados a pacientes particulares, lo que genera mayor utilidad neta.
- El desarrollo de una cultura organizacional dirigida al trato digno y humano y a la lealtad hacia la empresa, implica incorporar elementos de capacitación, acompañamiento y seguimiento a los equipos de salud quienes son los encargados de ejecutar las estrategias directamente con los usuarios afiliados. Es decir, que la organización debe contemplar en su planeación estratégica y presupuesto programas que estén dirigidos a potencializar el talento humano, viéndolo desde la perspectiva de un gana/gana.

8 Referencias bibliográficas

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Decreto 538 del 12 de abril de 2020*. 1–24.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. *Ministerio de Salud y Protección Social*, 13. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%7B%5C_%7DNuevo/Ley

Vallejo Zamudio, L. E. (2019). El plan nacional de desarrollo 2018-2022: "Pacto por Colombia, pacto por la equidad." *Apuntes Del Cenes*. https://doi.org/10.19053/01203053.v38.n68.2019.9924

Social, M. de S. y P. (2019). *Resolución No. 2626* (p. 27).

Sikka, R., Morath, J. M., & Leape, L. (2015). *The Quadruple Aim : care , health , cost and meaning in work*. 608–610. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004160

Unidos, E. (2012). *En búsqueda de la triple meta: una invitación a la exploración conjunta*. 4–11 de la Republica, C. (2020).

OMS. (2021). *Enfermedades no transmisibles*. Abril 13.

Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. (1994). *DECRETO 1570 DE 1993*. *1993*(41).

Enrique Ardila. (2018). *Las enfermedades crónicas | Biomédica*. Mayo.

Gómez, L. A. (2011). Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. *Biomédica*, *31*(4).

Frederic Llordachs Marqués. (n.d.). *Historia de la Telemedicina desde sus inicios hasta hoy*. Clinic Cloud.

Valle, S. D. de S. del. (2021). *Asis Departamental Valle del Cauca 2021*.

Salud, M. D. E., Presidente, E. L., & Republica, D. E. L. a. (1998). *Ministerio De Salud Decreto Numero 806 De 1998*. *1998*(marzo 10), 1–23.

González Rodríguez, R., Cardentey García, J., & Casanova Moreno, M. de la C. (2015). Intervención sobre educación nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, *19*(3), 262–269.

Medina-Pérez, E. A., Sánchez-Reyes, A., Hernández-Peredo, A. R., Martínez-López, M. A., Jiménez-Flores, C. N., Serrano-Ortiz, I., Maqueda-Pineda, A. V., Islas-Cruz, D. N., & Cruz-González, M. (2017). Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Medicina Interna de Mexico*, *33*(1), 91–98.

Juan Martinez Candela. (2015). *Factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus*. 3. http://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/P3.pdf

Gallardo-Zanetta, A. M., Franco-Vivanco, P. V., & Urtubey, X. (2019). Experiencia de pacientes con diabetes e hipertensión que participan en un programa de telemonitoreo. *Ces Medicina*, *33*(1), 31–41. https://doi.org/10.21615/cesmedicina.33.1.4

Subsecretario, D. D. E. S., Salud, D. E. S. D. E., Direcci, A., Provisi, D. E., & Salud, D. E. S. D. E. (2018). *Política de Atención Integral en Salud Modelo Integral de Atención en Salud*.

Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca. (2020). *Análisis situacional de salud 2020.* Santiago de Cali .

Ministerio de salud y Protección social. (2013). *Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales.* Bogotá, D.C. : Imprenta nacional de Colombia .

Ministerio de Salud y Protección Social et al. . (2010). *Resumenes de política: Intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.* Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Decreto 780 de 2016. 5.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución Número 3100 De 2019. Diario Oficial, 2019, 1–230.

Ministerio de salud y protección social. (2018). Gestión integral del riesgo en salud. Perspectiva desde el aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. *Lineamientos de Política Para El Mercado de Aseguramiento En Salud En Colombia.*, 1–17. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf

Natalia González-Alzate, Erwin Hernando Hernández-Rincón, M. F. U.-R. (2018). *La telesalud como estrategia de atención primaria en la diabetes mellitus tipo 2 en Colombia*. *1*(6), 11–21. https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.109.Este

Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. (2020). *Tres de cada 100 colombianos tienen diabetes* (p. 1). https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Tres-de-cada-100-colombianos-tienen-diabetes.aspx

Redondo, P. (2004). Telemedicina realiadad o ficcion. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, *27*(SUPPL. 1), 5–7.

Lopez, E. V. V., & Rodriguez, J. J. M. (2016). Propuesta de implementación de la política pública ley 1419 de telesalud. *Universidad icesi facultad de derecho y ciencias sociales*.

Resolución No. 2654 del 2019.pdf. (n.d.).

Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. (2016). Política de Atención Integral en Salud. *Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID)*, 97. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

OMS. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014.* Suiza: Organización Mundial de la Salud.

OPS. (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas.* Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Vallejo Zamudio, L. E. (2019). El plan nacional de desarrollo 2018-2022: "Pacto por Colombia, pacto por la equidad." *Apuntes Del Cenes*. https://doi.org/10.19053/01203053.v38.n68.2019.9924

9 Anexos

9.1 Anexo A

Cuestionario dirigido a pacientes del programa telesalud

Evalúe de 1 a 5, siendo 5 la mayor calificación.

1. Las intervenciones realizadas por el grupo de telesalud son acordes a sus necesidades individuales y las satisfacen integralmente.
2. Considera que los medios digitales brindan seguridad en el tratamiento de sus datos.
3. Considera usted que las intervenciones del programa de Telesalud, le han permitido prevenir situaciones de riesgo y complicaciones de su patología.
4. Considera usted que el programa de telesalud ha logrado generar en usted empoderamiento y mayor conocimiento de su enfermedad.

De la pregunta 5 a la 10 evalúe con (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre):

5. El colaborador que lo atendió le generó confianza y demostró dominio del tema para responder sus preguntas
6. Considera usted que las intervenciones del programa de telesalud, le han permitido mantener o mejorar su calidad de vida.
7. Las intervenciones realizadas por los profesionales del programa, le han generado compañía, seguridad y tranquilidad a usted y su núcleo familiar.
8. Recomendaría el servicio de telesalud para el control de diabetes a algún amigo o familiar.
9. Este programa le ha cumplido en algún grado su expectativa del servicio ofertado.
10. Considera usted que el pago que hace por el servicio de CEM el cual cubre las atenciones de telesalud, satisface con la propuesta de valor ofertada.

11. A su criterio personal que le falta o que oportunidades de mejora tiene el programa telecuidado (Respuesta Abierta).

9.2 Anexo B

Encuesta para conocer la experiencia y satisfacción de los profesionales que participan en el programa telecuidado de Coomeva Emergencia Médica.

- Correo
- Edad
- Sexo
- Cuenta Usted con algún estudio posgrado técnico o administrativo
- Considera que los protocolos de atención de los pacientes del programa de telecuidado, son consecuentes con las guías de práctica clínica de diabetes más recientes
- Considera que los medios digitales utilizados en el programa de telesalud; brindan seguridad en el tratamiento de datos
- Considera que su empresa se diferencia de la competencia por contar con el área de telesalud.
- Ha evidenciado usted, resultados en el nivel de adherencia al tratamiento y empoderamiento de su patología en los pacientes intervenidos en el programa diabetes
- Recibe usted capacitaciones oportunas, actualizadas y suficientes para realizar sus intervenciones con altos estándares de calidad y seguridad para el paciente.
- Los estímulos otorgados por su empresa son adecuados y suficientes
- Está satisfecho con las oportunidades de crecimiento a nivel profesional dentro de la organización

- Tiene claro si existen políticas dentro de la organización que le permitan acceder a cargos superiores.
- A su criterio profesional que le falta o que oportunidades de mejora tiene el programa telecuidado.

9.3 Anexo C

Calculadora Conoce tu riesgo[1]

Conteste estas preguntas para calcular su riesgo de sufrir diabetes, infarto o trombosis

1. Fecha de nacimiento
2. Sexo
3. Cédula
4. Peso en Kg
5. Estatura en Cm
6. Perímetro abdominal en Cm
7. ¿Realiza diariamente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre? SI/NO
8. ¿Con qué frecuencia consume verduras o frutas? Todos los días/no todos los días
9. ¿Toma medicación para la hipertensión? SI/NO
10. ¿Le han encontrado alguna vez valores de azúcar altos (Ej. en un control médico, durante una enfermedad, durante el embarazo)? SI/NO
11. ¿Se le ha diagnosticado diabetes a alguno de sus familiares u otros parientes?

    Si, padres hermanos hijos

    Si, abuelos, tío, tía, primos, hermanos
12. ¿Usted es diabético? SI/NO
13. ¿Tiene el dato del colesterol total? SI/NO

    En caso de contestar si, registre el valor en miligramos/decilitro de: colesterol total y HDL

[1] Fuente: https://www.minsalud.gov.co/sites/valoraturiesgo/_layouts/15/estilovidasaludable/datosusuario.aspx

14. ¿Usted consume algún producto derivado del tabaco? (Cigarrillo, puro, pipa, tabaco en polvo, tabaco para mascar) SI/NO
15. Valor de tensión arterial *(Escriba el valor mayor)