





**MODELO DE ATENCIÓN PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (IPS O GPP)  
MODELO DE GESTIÓN CLINICA PARA UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN DE UNA IPS DE LA CIUDAD DE  
CALI A TRAVES DE MECANISMOS DE AUTOMATIZACIÓN Y ALGORITMOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL  
GENERATIVA QUE FORTALEZCAN EL ACCESO Y EL ALTA OPORTUNA DE LOS ASEGURADOS.**

**ANDERSON POLANCO CRUZ  
CRISTIAN FABIAN PEREZ RENGIFO**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
MAESTRIA EN GERENCIA ORGANIZACIONES DE SALUD  
SANTIAGO DE CALI  
2024**



**MODELO DE ATENCIÓN PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (IPS O GPP)  
MODELO DE GESTIÓN CLINICA PARA UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN DE UNA IPS DE LA CIUDAD DE  
CALI A TRAVES DE MECANISMOS DE AUTOMATIZACIÓN Y ALGORITMOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL  
GENERATIVA QUE FORTALEZCAN EL ACCESO Y EL ALTA OPORTUNA DE LOS ASEGURADOS.**

**ANDERSON POLANCO CRUZ  
CRISTIAN FABIAN PEREZ RENGIFO**

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

**Director del trabajo de grado: Eduardo Dueñas Manosalva  
Profesión: Md, Esp Derecho Medico, Máster Internacional Administración y Finanzas**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
MAESTRIA EN GERENCIA ORGANIZACIONES DE SALUD  
SANTIAGO DE CALI  
2024**

Santiago de Cali, 09 de diciembre de 2024

Doctor

FABIÁN FERNANDO OSORIO TINOCO

Decano

Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas

Pontificia Universidad Javeriana Cali

La Ciudad

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado en la modalidad de modelo de gestión del riesgo en salud con la Propuesta de modelo de gestión clínica para un servicio de rehabilitación de una IPS de la ciudad de Cali a través de mecanismos de automatización y de seguimiento que fortalezcan el acceso y el alta oportuna de los asegurados.

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

Atentamente



---

**ANDERSON POLANCO CRUZ**

Cédula 1112472017



---

**CRISTIAN FABIAN PEREZ RENGIFO**

Cédula 10299661

Santiago de Cali, 09 de diciembre de 2024

Doctor

FABIÁN FERNANDO OSORIO TINOCO

Decano

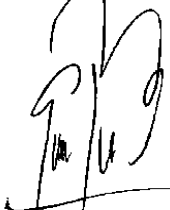
Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas

Pontificia Universidad Javeriana Cali

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 modelo de gestión del riesgo titulado “Propuesta de modelo de gestión clínica para un servicio de rehabilitación de una IPS de la ciudad de Cali a través de mecanismos de automatización y de seguimiento que fortalezcan el acceso y el alta de los asegurados.” realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana ANDERSON POLANCO CRUZ cédula 1112472017 y CRISTIAN FABIAN PEREZ RENGIFO cédula 10299661 y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente



---

**EDUARDO DUEÑAS MANOSALVA**

Director del Trabajo de Grado

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

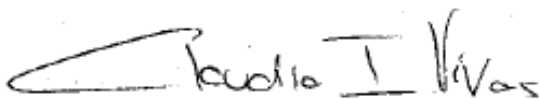
“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de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

**“MODELO DE ATENCIÓN PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (IPS O GPP), MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA PARA UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN DE UNA IPS DE LA CIUDAD DE CALI A TRAVÉS DE MECANISMOS DE AUTOMATIZACIÓN Y ALGORITMOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA QUE FORTALEZCAN EL ACCESO Y EL ALTA OPORTUNA DE LOS ASEGURADOS.”** Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones en Salud.



---

Fabian Fernando Osorio Tinoco  
Decano  
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



---

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



---

Fernando Portilla  
Jurado



---

Eduardo Dueñas Manosalva  
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 06 febrero de 2025

<b>Contenido</b>	
<b>RESUMEN</b>	<b>10</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>11</b>
<b>Índice de tablas</b>	<b>12</b>
<b>Índice de Figuras</b>	<b>13</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>14</b>
<b>2. MARCO DE REFERENCIA</b>	<b>18</b>
<b>2.1 Marco conceptual</b>	<b>18</b>
2.1.1 Rehabilitación	18
2.1.2 Tecnologías en Salud en la Rehabilitación	18
2.1.3 Ecosistemas de Innovación:	19
2.1.4 Salud Digital:	20
2.1.5 Adherencia y cumplimiento terapéuticos:	21
2.1.6 Teoría de Autocuidado:	22
2.1.7 Autocuidado:	22
2.1.8 Déficit de autocuidado:	23
<b>2.2. Marco regulatorio</b>	<b>24</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>27</b>
<b>3.1 Objetivo General</b>	<b>27</b>
<b>3.2 Objetivos específicos:</b>	<b>27</b>
<b>4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD</b>	<b>28</b>
<b>4.1 Desempeño y evolución histórica de la empresa.</b>	<b>28</b>
4.1.1 Historia	28
4.1.2 Tamaño corporativo	28
4.1.3 Estructura Organizacional en detalle, tipo de estructura, cargos, relaciones jerárquicas, relaciones de poder y autoridad	29
4.1.4 Descripción de la ética organizacional y responsabilidad social empresarial (valores organizacionales)	29
4.1.5 Gestión responsable (Responsabilidad Social Empresarial)	29
4.1.6 Prestación	30
<b>4.2 Direccionamiento estratégico</b>	<b>31</b>
4.2.1 MEGA (Meta Estratégica Grande y Ambiciosa)	31
4.2.2 Articulación de los Ajustes del Modelo con el direccionamiento estratégico.	32
<b>4.3 Análisis del entorno y del sector</b>	<b>32</b>
<b>4.4 Análisis interno y externo. Matriz DOFA</b>	<b>34</b>
<b>4.5 Accionistas o socios y fuentes de los recursos financieros</b>	<b>35</b>
<b>5. ANALISIS DE SITUACION RELACIONADA CON EL MODELO DE ATENCION VIGENTE EN LA IPS</b>	<b>39</b>
<b>5.1 Análisis del modelo en la IPS o aspectos a considerar para el diseño</b>	<b>39</b>



<b>5.2 Análisis de la demanda (Usuarios)</b>	<b>39</b>
5.2.1 Datos sociodemográficos:	39
5.2.2 Factores de Riesgo	40
<b>5.3 Característica de la oferta de la IPS</b>	<b>42</b>
5.3.1 Portafolio de Servicios:	43
5.3.2 Capacidad Resolutiva:	43
5.3.3 Nivel de Complejidad en la Atención:	43
5.3.4 Gestión y Apoyo Logístico:	43
5.2.5 Sistemas de Información y Comunicaciones con los Usuarios:	44
5.1.3 Procesos y análisis de la relación oferta – demanda	48
<b>6. PROPUESTA DEL MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA PARA UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN DE UNA IPS DE LA CIUDAD DE CALI A TRAVÉS DE MECANISMOS DE AUTOMATIZACIÓN Y DE SEGUIMIENTO QUE FORTALEZCAN EL ACCESO Y EL ALTA DE LOS ASEGURADOS</b>	<b>50</b>
6.1 Definición de estrategias de atención para los usuarios según grupo o grupos de riesgo seleccionado.	55
6.2 Gestión Clínica	56
6.3 Gestión de la calidad de la atención	59
6.4 Gestión de la humanización de la atención	63
6.5 Gestión de las tecnologías en salud incluyendo el sistema de información	65
6.6 Gestión del Talento Humano	68
6.7 Negociación y contratación con EPS	70
6.8 Monitoreo de procesos y evaluación de los resultados de la atención.	70
<b>7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>73</b>
<b>8. REFERENCIAS</b>	<b>77</b>

## RESUMEN

El incremento de enfermedades que afectan la funcionalidad, las barreras de acceso de los pacientes al sistema, el crecimiento e implementación de tecnologías en salud y el auge de los ecosistemas de innovación que permiten mejorar la eficiencia y los resultados en salud, fundamentaron el desarrollo del presente trabajo, donde se definió como objetivo, transformar un modelo de rehabilitación, hacia un enfoque integral desde una mirada 360° a través de la inteligencia artificial que permite generar un score de riesgo individual y necesidades personalizadas de los pacientes en sinergia con un sistema de automatización de procesos que impacta en el acceso y seguimiento de los tratamientos; para el desarrollo de la propuesta se analizó la eficiencia, solidez financiera del sector salud y los desafíos actuales en la gestión de recursos y demanda de servicios médicos.

Finalmente se obtiene como resultado que la implementación de tecnologías digitales y modelos de gestión del riesgo en rehabilitación puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes y la eficiencia operativa de las IPS

Palabras Clave: Modelos de gestión del riesgo en salud, automatización de procesos, algoritmos de Inteligencia artificial, evaluación integral en salud, procesos de rehabilitación.

## SUMMARY

The increase of diseases that affect functionality, the barriers of access of patients to the system, the growth and implementation of health technologies and the boom of innovation ecosystems that allow improving efficiency and health outcomes, were the basis for the development of this work, where the objective was defined, to transform a rehabilitation model, towards an integral approach from a 360° view through artificial intelligence that allows generating an individual risk score and personalized needs of patients in synergy with a process automation system that impacts on access and monitoring of treatments; For the development of the proposal, the efficiency and financial soundness of the health sector and the current challenges in the management of resources and demand for medical services were analyzed.

Finally, the implementation of digital technologies and risk management models in rehabilitation can significantly improve the quality of life of patients and the operational efficiency of the IPS.

Keywords: Health risk management models, process automation, artificial intelligence algorithms, comprehensive health assessment, rehabilitation processes.

**Índice de tablas**

	Pág.
Tabla 1. Distribución de las IPS y diferenciación entre propias y adscritas en Cali.	30
Tabla 2. Servicios de la institución prestadora de servicios de salud.	43
Tabla 3. Personal Misional por Servicio.	44
Tabla 4. Indicador Ausentismos por causa médica.	61
Tabla 5. Indicador Margen Neto Operativo.	61
Tabla 6. Indicador Índice de satisfacción de los profesionales.	62
Tabla 7. Indicador Net Promotor Scores (NPH).	62
Tabla 8. Indicador alcance del modelo de rehabilitación.	62

## Índice de Figuras

		Pág.
Figura 1.	Estrategia corporativa SURA.	31
Figura 2.	Matriz DOFA.	35
Figura 3.	Accionistas y fuente de los recursos financieros.	35
Figura 4.	Presupuestos Máximos de 2022, 2023 y 2024 Sura.	37
Figura 5.	Estado de resultados acumulado sura.	38
Figura 6.	Oportunidad de tiempo de asignación comparativo 2022-2023.	45
Figura 7.	Comportamiento del total de las PQR presentadas 2022 y 2023.	46
Figura 8.	Principales motivos de quejas y peticiones comparativo 2022 y 2023.	47
Figura 9.	Número de prestadores por componente y departamento.	48
Figura 10.	Esquema de visualización evaluación integral de salud.	52
Figura 11.	Atención centrada en el usuario.	54
Figura 12.	Articulación ajustes modelo de atención.	60
Figura 13.	Mapa atributos de experiencia “caminemos en esta aventura”	64
Figura 14.	Mapa de proceso tecnológico con herramientas de automatización incluidas.	68
Figura 15.	Modelo ciclo de gestión educativa como ruta de aprendizaje continuo.	69
Figura 16.	Mapa de seguimiento y monitoreo de procesos rehabilitación.	72

## 1. INTRODUCCIÓN

Los estudios estadísticos indican un incremento en la progresión del perfil epidemiológico de las enfermedades que afectan los patrones de movimiento y la funcionalidad de las personas, lo que desencadena discapacidad y deficiencias secundarias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que: “a nivel mundial, se calcula que actualmente 2400 millones de personas cuentan con alguna afectación de salud que podría beneficiarse de un proceso de rehabilitación, y se prevé que la rehabilitación sea una necesidad que aumente a nivel mundial, por los cambios en la salud y las características de la población general” (OMS, 2023)

En Colombia, el comportamiento de las enfermedades laborales reportadas por Fasecolda en el periodo 2015-2017, permite identificar la presentación y distribución de las condiciones de la población según diagnósticos propios del sistema osteomuscular, el cual corresponde al 51.9% de los casos de origen laboral. Entre estas patologías se evidencian afecciones como el síndrome de manguito rotador, epicondilitis medial y lateral. Además, se suman enfermedades del sistema nervioso, donde los principales diagnósticos son el síndrome del túnel carpiano, la lesión del nervio ulnar y el síndrome del túnel calcáneo. (Ponce & Pino, 2019)

Es importante denotar que los principales diagnósticos se relacionan con trastornos musculoesquelético, destacando principalmente las afectaciones en extremidades superiores y de la columna vertebral como la lumbalgia y la cervicalgia. Estas cifras son consistentes con los datos reportados por las aseguradoras de riesgos laborales durante el periodo 2009 a 2022. Para el año 2022 el síndrome del túnel carpiano G560, fue el principal diagnóstico reportado. (Ponce & Pino, 2019)

El censo nacional de población y vivienda realizado en Colombia en el 2018 revela que todas las personas tienen la probabilidad de desarrollar alguna condición limitante por diversas causas, además de que la probabilidad de acceder a un tratamiento o rehabilitación oportuna dependerá de las

condiciones de ingreso, la disponibilidad y la facilidad de acceso a los servicios de salud, por lo tanto, es crucial identificar las limitaciones que suelen aparecer tempranamente, evaluar capacidades, asegurar un diagnóstico y generar un tratamiento temprano, lo cual es indispensable para mitigar secuelas aún más limitantes (Hernández & Peñaloza Quintero, 2022)

La Iniciativa de Rehabilitación 2030 de la OMS, define 10 puntos prioritarios para impactar, entre estos se destaca la importancia de crear modelos de atención integrales para la rehabilitación, cuyo objetivo es garantizar el acceso a los tratamiento terapéuticos con calidad, abarcando todas las regiones de un país, estos deben materializarse desde estrategias que tengan un mayor impacto en los resultados de salud y con una visión innovadora que comprenda el efecto de los cambios socio ambientales. (World Health Organization, 2019, pág. 11)

Por lo anterior, los centros terapéuticos tienen la responsabilidad de mejorar la eficacia de las acciones implementadas a través de estrategias de gestión con visión. En este contexto, se ratifica lo indispensable que es fortalecer los modelos con estrategias, metodologías y tecnologías que aborden estas necesidades, participando activamente en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) planteados por la ONU (Nations, 2023, pág. 18). Principalmente en el enfoque de salud y bienestar, siendo fundamental que las instituciones prestadoras de todos los servicios de salud incluyan en sus procesos de atención esquemas de innovación para que se alineen con la estrategia mundial de salud digital 2020-2025, enfocada en buscar opciones para mejorar el acceso a todos los servicios de salud y empoderar a usuarios, profesionales del área de la salud, proveedores y a todos los vinculados en industrias del autocuidado en la aplicación de estrategias de salud digital, para que se mejore el nivel de salud de la población (World Health Organization, 2021, pág. 14)

En una organización, la implementación de modelos eficientes y predictivos apoyados en tecnologías digitales jugará un papel crucial en la rehabilitación, recuperando la funcionalidad de la

población en las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. Esto permitirá reincorporar tempranamente a las personas al ámbito social y laboral, impactando en el costo del ausentismo laboral, dado que esto ralentiza el crecimiento económico y el mejoramiento en cualquier sector, tal como se describe en un estudio sobre el impacto del ausentismo laboral en organizaciones del sector salud de la ciudad de Medellín para el año 2020, donde se reconoce el impacto financiero para muchas organizaciones. (Duque Guzmán & Valencia Ríos, 2021, pág. 3)

En relación con el ausentismo laboral, es importante resaltar la importancia de la adherencia a los tratamientos, desde el autocuidado y la autonomía, es decir, el nivel de compromiso con el cumplimiento de recomendaciones y planes de tratamiento. Esta es una dificultad asociada a los mecanismos de educación en salud, por ende es fundamental reconocer las estrategias que generen mayor conexión con el propósito de transición digital frente a la relación terapeuta-paciente, en su estudio de la teoría del comportamiento titulado el ingrediente que falta en las herramientas de salud digital para cambiar el comportamiento y aumentar la adherencia (Klonoff, 2019), señala que el impacto de las metodologías y herramientas de salud digital, diseñadas adecuadamente y basadas en teorías de comportamiento, puede aumentar la eficacia y promover un entorno más receptivo para el paciente.

Existen diversos motivos para analizar la adherencia a los tratamientos médicos, terapéuticos entre otros y su impacto en la sostenibilidad, En primer lugar, muchas indicaciones no pueden ser supervisadas diariamente por un familiar, amigo o persona externa al paciente, quedando la responsabilidad sobre este. Por lo tanto, es el usuario quien decide si cumple o no con las indicaciones del tratamiento. Las bajas tasas con respecto a la adherencia apoyan la hipótesis de que muchos pacientes cumplen erradamente o no, con el tratamiento (Ortiz & Ortiz, 2007). Generando retrocesos y estadios de cronicidad que afectan los costos de mantenimiento de cualquier institución prestadora de servicios de salud.



Un cuestionamiento en los estudios acerca del bajo nivel de adherencia a los tratamientos, se asocian al poder de una persona para elegir consciente o inconscientemente no seguir el consejo de un profesional médico, a pesar de identificar y reconocer las consecuencias de su propia decisión. Esta visión puramente cognitiva no explica totalmente el problema, ya que las personas a menudo se comportan de modo "irracional", un comportamiento cuya comprensión requiere considerar variables suplementarias a las propiamente cognitivas, como las percepciones subjetivas de los asegurados sobre su condición patológica o el significado que se le atribuye a la instauración de un tratamiento (Alvarado, 2016)

Lo anterior tiene conexión con lo expuesto por (Arantón Areosa, 2014), quien manifiesta que se deben facilitar mecanismos para que el paciente asuma un papel activo, lo cual puede ser clave en el tratamiento de muchas afecciones, especialmente en el caso de patologías crónicas, el siguiente modelo propende generar acciones que mejoren los resultados clínicos ajustando el proceso de atención en el acceso y en los seguimientos, a través de herramientas digitales disponibles en la organización, buscando entregar una propuesta de valor relacionada con la conexión, la humanización y la disponibilidad de tiempo del profesional, para alcanzar el logro de objetivos terapéuticos con mejores resultados y menor costo operativo.

## 2. MARCO DE REFERENCIA

### 2.1 Marco conceptual

#### 2.1.1 Rehabilitación

La rehabilitación se definida por la OMS (World Health Organization, World Health Organization, 2023) como “el conjunto de intervenciones encauzadas a optimizar el funcionamiento humano y reducir la condición de discapacidad en personas con afectaciones de salud que impacten negativamente en la interacción con su entorno, es decir impidiendo un adecuado proceso de participación social”.

Además se expone el resultado positivo que trae consigo facilitar procesos de rehabilitación tanto individual como social, conectando con el propósito de este proyecto ya que se menciona que la rehabilitación es una inversión social beneficiosa en términos de costos, tanto de manera individual como colectiva, esta propende disminuir los tiempos de hospitalizaciones, que le cuestan al sistema de salud, reingresos, estancias prolongadas, dado que hace posible que quienes se rehabiliten puedan empezar a reincorporarse laboralmente, o llevar de manera independiente un vida funcional desde casa, la rehabilitación reduce la carga al sistema por un retorno precoz al mercado laboral y la dependencia de cuidadores. (World Health Organization, World Health Organization, 2023).

De acuerdo con lo anterior la mirada en los procesos de rehabilitación debe cambiar de manera progresiva hacia un enfoque más innovador, donde se aprovechen las propuestas digitales que el mundo tecnológico y las nuevas generaciones están entregando para optimizar procesos.

#### 2.1.2 Tecnologías en Salud en la Rehabilitación

(Vidal-España, 2007) En su estudio de Identificación de tecnologías novedosas y emergentes, realiza una descripción sobre el concepto, mencionando que las tecnologías en salud, se reconocen como “aquellos medicamentos, dispositivos médicos, procedimientos quirúrgicos, sistemas de gestión y

mecanismos de soporte dentro de los cuales se suministra la atención en salud” llevando a otro concepto importante como lo es la tecnología sanitaria nueva, donde son procesos de novo y que tienen las siguientes particularidades, como lo es aquella que se introdujo recientemente en la práctica clínica, que está en espera o que no ha sido ejecutada pero que tarde que temprano estará disponible para su uso, en los procesos terapéuticos las tecnologías en salud toman relevancia en la búsqueda de la eficiencia de los servicios, impacto en los resultados en salud, tales como evitabilidad quirúrgica, resolutivez, adherencia, acceso y continuidad, dentro de los procesos de tecnologías en salud, existen diferentes estrategias que van desde tele rehabilitación, simuladores de ejercicios guiados mediante plataformas digitales, análisis biomecánicos de la marcha, entre otros, los cuales aportan a la propuesta de valor de muchos servicios en el mundo.

### ***2.1.3 Ecosistemas de Innovación:***

En un estudio de Ecosistemas de innovación: implicaciones para la gestión de la innovación, define este concepto como la red de instituciones entrelazadas o interconectadas, que asumen la responsabilidad de organizarse en torno a una empresa u organización, los cuales incorporan los diferentes participantes tanto del área productiva como los consumidores, enfocando esfuerzos en el desarrollo de nuevas propuestas de valor desde una mirada de innovación. (Autio & Llewellyn D. W., 2014)

El reporte del panorama del ecosistemas de innovación en el sector salud en Colombia para el 2022 describió que en aquellas estrategias destinadas al cuidado de la salud, transformar constantemente un modelo, facilita la relación y la convergencia entre los factores que lo constituyen, es así como se hace uso eficientemente de los recursos disponibles y se favorece intercambiar estrategias conjuntas desde diferentes visiones, teniendo en cuenta todos los niveles de participación, con el fin de crear e implementar las soluciones prospectivas a los retos actuales y venideros en el sector

salud. (Innos, 2022, pág. 17) por ende, el panorama de la rehabilitación tiene una responsabilidad mayor en implementar ecosistemas que contribuyan a mejorar el acceso a la rehabilitación temprana la cual impacta positivamente en las capacidades individuales que a final de cuenta, repercutirá el sector económico de un país en temas de disminución de días de incapacidad, retorno laboral temprano y oportuno entre otros aspectos que acompañan la fuerza laboral.

#### **2.1.4 Salud Digital:**

La OMS en el 2021 en el marco de la estrategia mundial de salud digital entre el periodo 2020-2025, describe la importancia de la implementación de procesos desde las herramientas tecnológicas que garanticen un mejor nivel de salud, en la visión de esta estrategia hace alusión al concepto como el “campo del conocimiento y práctica relacionada con el desarrollo y el uso de todas aquellas tecnologías digitales que se alineen para mejorar la salud”. (World Health Organization, 2021)

Para garantizar esta transformación en salud digital, debemos entender que se debe generar unas garantías que permitan dar paso a los procesos a implementar, como asegurar la conectividad, implementar sistemas de información interoperables, que sean abiertos y sostenibles, establecer mecanismo de seguridad para la información, entregando procedimientos transparentes para el cuidado de datos sensibles; es por esto que navegar en el mundo digital, implica trabajar en aspectos como la gobernanza que define los criterios normativos estratégicos, mecanismos para gestionar el cambio, evaluar una infoestructura y una infraestructura que sirvan como base sólida para mantener los componentes del proceso de salud, una planeación, ejecución, monitoreo y evaluación adecuada, sumando finalmente el análisis del impacto en las personas y su cultura.

La rehabilitación camina por un proceso de transformación, entendiendo que, como hito histórico, los equipos de rehabilitación tienen como objetivo promover el movimiento corporal y entregar bienestar a las personas, desde una interacción física entre el terapeuta y el paciente, haciendo

uso de equipos que aportan mecánicamente en las intervenciones frente a desordenes osteomusculares; a partir de este concepto y teniendo en cuenta la necesidad de innovación mediante tecnologías en salud permite activamente transformar la forma de hacer las cosas en rehabilitación.

(Coronado Ahumada, 2021) en un estudio denominado el valor agregado de la realidad virtual en tratamientos de rehabilitación muscular describen que las nuevas opciones terapéuticas rompen estas barreras de percepción, donde el contacto físico es el principal factor de evolución satisfactoria, tal como se muestran los efectos terapéuticos a través de realidad virtual en la rehabilitación osteomuscular, desde la influencia en la calidad de vida, inmersión en las terapias y el factor motivacional que contribuyen a la adherencia de los tratamientos.

#### ***2.1.5 Adherencia y cumplimiento terapéuticos:***

Conceptos fundamentales para comprender el impacto de la innovación en los modelos de atención y como estos influyen en la adherencia, deben conectarse con el entendimiento de que los procesos de intervención terapéuticos deben centrarse en el individuo, buscando lograr una sinergia entre sus necesidades y las consideraciones clínicas, (Dilla & et al. , 2009) en su estudio de adherencia y persistencia terapéutica relaciona dos posiciones diferentes frente a la instauración de tratamientos, el primero hace alusión a la definición propuesta por la OMS en el 2003, basada en la descripción de Haynes desde 1976 quien es citado en un estudio de adherencia al tratamiento, concepto y medición (López-Romero, 2016) ya que se considera la adherencia como “el grado en el que la conducta de un usuario, correlacionado con la toma de medicamentos, seguimiento a las indicaciones en un plan de alimentación, o simplemente el ajuste a los hábitos de vida saludables, se correlaciona con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” mientras que el cumplimiento terapéutico, es descrito por (Lopez San Roman, 2006), y plantea el cumplimiento terapéutico como “sumisión y subordinación a una orden, que va desde una relación paternalista que se deslumbra entre los

profesionales y el paciente” destacando una posición asimétrica en el nivel de participación de parte del paciente, asegurado o usuario, actualmente la adherencia está en el lenguaje del personal de salud, reconociendo que aún se pueden percibir actitudes frente al cumplimiento terapéutico.

De acuerdo con lo anterior, es importante dimensionar dentro los modelos de atención en salud, la responsabilidad individual en salud que tienen los usuarios en relación con sus comportamientos, hábitos y grupo de apoyo. De este modo, se deben promover estrategias personalizadas y participativas que generen una mirada preventiva. Esto contribuirá al cuidado de la población de manera prospectiva, otorgando al autocuidado un papel fundamental en el bienestar.

#### ***2.1.6 Teoría de Autocuidado:***

Referente a la responsabilidad individual en salud frente al autocuidado, (Peña Navarro & Castro Salas, 2010), en un artículo de revista donde a un grupo de personas, se les realizar seguimiento y aplicación de los procesos de enfermería fundamentados desde el modelo de Dorothea Orem, de este ejercicio se rescata la teoría del autocuidado desde 3 conceptos que se relacionan entre sí: La primera teoría es del Autocuidado, que representa el porqué y el cómo una persona cuida de sí; La teoría del déficit de autocuidado, que describe y explica cómo los profesionales de enfermería puede ayudar a los pacientes, y finalmente la de los sistemas de enfermería, que describe y explica aquellas relaciones que se deben mantener.

De lo anterior se desglosan dos conceptos que fortalecen la comprensión del autocuidado:

#### ***2.1.7 Autocuidado:***

Hace parte de aquellas conductas que están presentes en diferentes momentos de la vida, donde se alinea hacia sí mismas o hacia su entorno, buscando regular aquellos elementos que afectan su relacionamiento con el ambiente, su desarrollo y funcionamiento en favor de su integridad física, mental

y espiritual. Esto es una actividad definida por los individuos y encaminada hacia un objetivo específico.

(Peña Navarro & Castro Salas, 2010)

### **2.1.8 Déficit de autocuidado:**

Son producidas cuando las habilidades del individuo para definir mecanismos de autocuidado son mucho menores que las que el individuo necesita para satisfacer una demanda propia vista desde el autocuidado. (Peña Navarro & Castro Salas, 2010)

El autocuidado y el reconocimiento de su déficit, tienen un gran valor en los procesos de rehabilitación, ya que son esenciales para un tratamiento efectivo, estos empoderan al asegurado, disminuyen reingresos, contribuyen al bienestar en relación a la calidad de vida, disminuyen los niveles de dependencia funcional y permiten un mayor entendimiento del impacto de las intervenciones terapéuticas, esto trae consigo una serie de oportunidades para el mejoramiento continuo de los procesos de atención en rehabilitación, resaltando el valor de identificar factores que inciden en la evolución de cualquier patología osteomuscular, de esto es importante reconocer estas acciones que podrían desencadenar ingresos tardíos, complicaciones o cronicidad terapéutica, las cuales afectan la calidad de vida, impactando negativamente todo su círculo social.

### **2.1.9 Gestión integral del riesgo**

La transformación social y económica relacionada con las enfermedades y sus secuelas se asumen como riesgos presentes, que han aportado al cambios en los modelos de atención a nivel mundial, motivando a las instituciones y los aseguradores a definir mecanismos diferentes para implementarlos con el fin de aportar a mejores resultados y que estas aplicaciones permitan ser sostenibles a largo plazo, disminuyendo así, los efectos no esperados con la no intervención, es decir la cronificación de los desórdenes osteomusculares y sus secuelas.

La gestión integral del riesgo hace parte de una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que hace sinergia con los diferentes actores de nuestro sistema de salud y otros sectores sociales para identificar, evaluar, medir, intervenir y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos en todos los instantes del ciclo natural de la enfermedad de las personas, familias y comunidades, encauzadas al logro de resultados propendiendo por el bienestar de la población (Ministerio de Salud y Protección social, 2018, pág. 8)

Es decir, que gestionar integralmente los riesgos en el contexto salud, busca mejorar aquellas condiciones en las que se atiende a los asegurados, previendo las diferentes causas de deserción en las diferentes fases de rehabilitación, implementando acciones necesarias que aporten a la calidad en la gestión, pertinencia y oportunidad en la atención y disminución de costos asociado a un inicio tardío o atención deficiente.

Por ende, para poder desarrollar modelos de atención donde la salud digital este inmersa, se requiere analizar un conjunto de situaciones que garanticen una mirada integral del usuario, el servicio y los mecanismos que impactan positivamente en la recuperación.

## **2.2. Marco regulatorio**

El derecho a la salud es reconocido y protegido por la constitución política de 1991 de la República de Colombia, descrito en el artículo número 42, en donde expresa que el estado debe garantizar la salud mediante la creación de políticas públicas y estrategias que faciliten el acceso a los servicios de salud, este acto constitucional se refuerza con la ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia con el objetivo de regular y organizar el acceso equitativo en salud.

La salud en Colombia vive una transición para el mejoramiento continuo de los procesos de atención en salud, pero con la ley estatutaria 1751 de 2015 (Congreso de la Republica, 2015), definió



como fundamental el derecho a la salud para todos los ciudadanos en el territorio colombiano, el cual es “autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo”, de forma oportuna y eficaz, la cual conecta a la institución prestadora de servicios de salud, el propósito está en entregar bienestar a las personas, mediante estrategias que mejoren las condiciones de salud a través de la gestión integral de riesgos en salud, la cual se encuentra estipulada en la Ley 1751 de 2015, en su artículo segundo, donde integra los componentes colectivo e individual de la atención en salud y sitúa, como núcleo del derecho, la “igualdad de trato y oportunidades en el acceso” definiendo la importancia de la continuidad de la atención en la “promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”. (Congreso de la Republica, 2015)

En el artículo 9, la ley Estatutaria especifica la importancia de definir acciones intersectoriales para impactar en los efectos propios de los determinantes sociales y determinar la evaluación técnica y social del sistema en su efectividad para “mejorar las condiciones de salud de la población” (Congreso de la Republica, 2015), estas acciones se hacen posible gracias a la Resolución 2626 de 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) da paso a el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), el cual modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) generando un cambio en los procesos y las estrategias para la prestación de los servicios de salud en Colombia.

El objeto de la anterior resolución fue modificar el marco operacional de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) para alcanzar mejores resultados en salud, definiendo ocho líneas de acción, entre las que se encuentra la prestación de los servicios necesarios para atender la salud de los colombianos, definiendo acciones que garanticen acceso y gestión adecuada del recurso, desde la capacidad resolutive, la ampliación de la oferta y la organización de las redes de prestadores de servicios.

De la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) se despliega el MAITE, Modelo de Atención Integral Territorial como instrumento de gestión, cuyo fin se centra en brindar atenciones en salud con calidad, centradas en la persona, la familia y la comunidad, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios integrados a un esquema de acompañamiento permanente por parte del Ministerio de Salud, de aquí la importancia de conectar los procesos normativos con la estructuración de mecanismos disponibles para desarrollar, construir e implementar modelos de gestión del riesgo innovadores en poblaciones que se beneficiarían de una mejor gestión clínica, adicionalmente del impacto que tiene en la optimización de los recursos disponibles.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo General

Transformar la metodología del modelo de rehabilitación de una IPS de la Ciudad de Cali, teniendo en cuenta las oportunidades de mejora en el acceso y en la gestión del alta de los asegurados, a través de procesos, procedimientos y herramientas de automatización, con el fin de mejorar los tiempos de atención, gestión del riesgo oportuno, logrando un mejor desenlace clínico, evitando cronicidad terapéutica.

#### 3.2 Objetivos específicos:

- Revisar la evidencia actual de los desarrollos tecnológicos inmersos en el direccionamiento estratégico de la compañía con relación a salud digital.
- Analizar aspectos estratégicos de impacto con el desarrollo tecnológico en salud para el proceso de rehabilitación.
- Diseñar un proceso concreto y factible que se integre al aplicativo seleccionado en la institución prestadora de servicios de salud.

## **4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD**

### **4.1 Desempeño y evolución histórica de la empresa.**

#### **4.1.1 Historia**

Suramericana de Seguros nace en diciembre de 1944, en Medellín, gracias al esfuerzo y el compromiso de 36 entidades y 151 personas naturales interesadas en ofrecer una solución a nascentes industrias de la época para proteger su patrimonio y bienes. (Grupo Sura, 2022)

Es una compañía especializada en seguros y gestión de tendencias y riesgos, es una de las cinco empresas latinoamericanas más grandes en la industria de seguros, con presencia en nueve países, donde se presenta como Seguros SURA; además, en Colombia participa en el sector de seguridad social a través de EPS SURA y ARL SURA, entre otras operaciones complementarias. (Grupo Sura, 2022)

Dentro del sector salud, nace el 31 de enero de 1990 la Compañía Suramericana de Servicios de Salud, SUSALUD, como una empresa de Medicina Prepagada. Más adelante, el 16 de marzo de 1995 recibió su aprobación como Entidad Promotora de Salud (EPS) y comenzó su participación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, a raíz del surgimiento de la Ley 100 de 1993. A partir de 2009 Susalud cambia de marca y se convierte en EPS SURA. (EPS Sura, s.f)

#### **4.1.2 Tamaño corporativo**

Suramericana SA. es una organización con ánimo de lucro, siendo una de las 5 empresas en Latinoamérica, especializada en seguros y gestión de tendencias y riesgos, su estructura es diversificada, orgánica, que por el tamaño del capital y número de trabajadores es considerada como una gran empresa, teniendo una relación social adaptativa y coherente con los temas de responsabilidad social.

#### ***4.1.3 Estructura Organizacional en detalle, tipo de estructura, cargos, relaciones jerárquicas, relaciones de poder y autoridad***

SURA tiene una estructura híbrida por la amplitud de las diferentes unidades de negocio y sus expansión nacional e internacional, mostrando una clara jerarquización que inicia con la Asamblea General de Accionistas, de este punto se organizan diversos órganos de acción siendo la alta gerencia responsables del cumplimiento de la estrategia corporativa, desencadenando posteriormente un organigrama extenso que describe las responsabilidades individuales y del colectivo, las cuales tienen conexiones a través de unidades de apoyo que garantizan la materialización de la estrategia, siendo influencia internacional entre las diferentes sucursales en los países donde interviene la aseguradora, impactando positivamente en el crecimiento de la organización, desde el 2023 Juana Francisca Llano Cadavid CEO Suramericana es la profesional que encabeza la dirección.

#### ***4.1.4 Descripción de la ética organizacional y responsabilidad social empresarial (valores organizacionales)***

La compañía tiene como base, documentación que permite definir el actuar desde lineamientos de ética, el reglamento interno de trabajo que facilita la comprensión del entorno SURA y como se define un estilo de compañía que impacta positivamente en los diferentes negocios, además se reconoce un manual de Código de Buen Gobierno que aplica para todas las compañías que hacen parte de las compañías de SURA, las cuales plasman la filosofía y las normas que rigen el manejo de las relaciones entre la Administración, la Junta Directiva, los accionistas, inversionistas y otros grupos de personas interesadas en el desarrollo de las Compañías.

#### ***4.1.5 Gestión responsable (Responsabilidad Social Empresarial)***

La compañía desarrolla negocios íntegros bajo los principios corporativos, Respeto, Transparencia, Responsabilidad y Equidad, incorporando lineamientos de gestión, que se conectan con buenas prácticas, tienen diferentes enfoques de gestión: Finanzas sostenibles, Educación financiera,

Compromiso ambiental, Compromiso tributario, Proveedores como aliados estratégicos, y los Clientes, todos estos enfocados al cumplimiento de la estrategia empresarial.

#### **4.1.6 Prestación**

EPS SURA actualmente como Entidad Promotora de Salud ofrece los servicios de PBS y Pólizas , quienes a través de la Compañía de Servicio de Salud IPS Suramericana S.A., con divisiones asistenciales para apoyar su gestión con entidades como: IPS Punto de Salud, actualmente Servicios de Salud IPS Suramericana, Dinámica IPS la cual se transformó en Ayudas Diagnosticas Sura, Salud en Casa con un modelo de atención domiciliario, Punto de Vista quien actualmente se reconoce como Salud Visual Sura y Consultoría en riesgos profesional ahora ARL Sura.

La atención de los usuarios en la ciudad de Cali se concentra en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud distribuidas por puntos de georreferenciación denominadas IPS Propias las cuales figuran como instituciones propias del Grupo Sura en conjunto con IPS adscritas como parte de contratación de la red externa para la atención de pacientes; estas IPS son la flora, Chipichape, Tequendama, Salud en Casa, Pasoancho, Castellana, Colsubsidio Norte, Vivir Norte, Vivir Sur, Colsubsidio Sura, distribuidas entre norte y sur para tener una mayor cobertura en los procesos de atención, así mismo como las que son instituciones prestadoras de salud propias y aquellas que son adscritas, es decir prestar el servicio bajo un contrato específico, Ver tabla 1.

**Tabla 1.**

*Distribución de las IPS y diferenciación entre propias y adscritas en Cali.*

UBICACIÓN	BASICAS	ADSCRITAS
NORTE	IPS FLORA	IPS CASTELLANA
	IPS CHIPICHAPE	IPS COLSUBSIDIO NORTE
		IPS VIVIR NORTE
	TEQUENDAMA	IPS VIVIR SUR
SUR	SALUD EN CASA	IPS COLSUBSIDIO SUR
	PASOANCHO	

*Nota:* Fuente Seguros Sura,2022 y Autores del proyecto

Actualmente, el portafolio de servicios Póliza, presta sus servicios en las IPS Salud Sura Chipichape y Tequendama aplicando en estas instituciones los diferentes modelos de atención disponibles para gestionar las necesidades y requerimientos de la población.

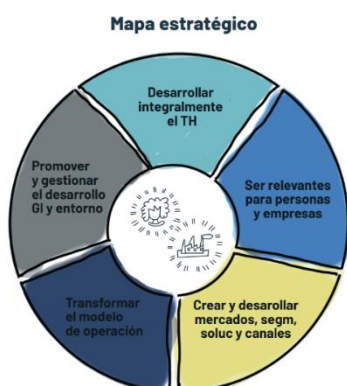
## 4.2 Direccionamiento estratégico

### 4.2.1 MEGA (Meta Estratégica Grande y Ambiciosa)

Crear bienestar y desarrollo armónico para las personas, las organizaciones y la sociedad. En línea con esto, se define el objetivo estratégico de obtener rentabilidad sostenible como guía de las decisiones de la Compañía, el cual se fundamenta en la generación de valor económico y en la contribución al desarrollo armónico de la sociedad.

Para alcanzar tal objetivo, Sura cuenta con un talento humano que tiene las competencias y la capacidad de desarrollar un conocimiento propio aplicado a los negocios que hacen parte de su respectivo foco prioritario de inversión y a los territorios en que tienen presencia. Este conocimiento permite a la Organización diferenciarse y gestionar el capital y los riesgos de la mejor manera, para consolidar un portafolio equilibrado, pensado desde estrategias para ser relevantes, que desarrolle grupos de interés y que transforme los modelos operativos, a través de soluciones, siempre conectados con los principios corporativos. Ver figura 1.

**Figura 1. Estrategia Corporativa Sura**



*Nota:* Fuente (Seguros Sura, 2022)

#### **4.2.2 Articulación de los Ajustes del Modelo con el direccionamiento estratégico.**

Una evaluación integral denota un proceso de acceso adecuado, dado que se identifican todas las necesidades y se establece un plan de tratamiento personalizado. Esto garantiza un inicio temprano del tratamiento de manera rápida y eficiente, lo que puede mejorar significativamente los resultados a largo plazo y reducir las complicaciones por retraso en los tiempos de inicio.

El seguimiento antes y después del alta garantiza que el paciente continúe recibiendo el apoyo necesario para mantener y mejorar los logros alcanzados durante la rehabilitación. Además, permite identificar signos tempranos de recaída o complicaciones, posibilitando intervenciones oportunas que prevengan problemas mayores. Esto apunta a mejorar la adherencia al tratamiento, reforzando las conductas, el seguimiento de recomendaciones y la independencia, lo cual es crucial para el éxito a largo plazo del tratamiento.

Finalmente, implementar dichos ajustes apunta a entregar bienestar a las personas, mejorando los resultados clínicos, reduciendo la tasa de reingresos y mejorando la calidad de vida del paciente. La optimización de recursos, teniendo en cuenta que un modelo de rehabilitación bien gestionado optimiza la disponibilidad, los tiempos y los costos, también contribuye a un mayor nivel de satisfacción del paciente. Si se recibe un proceso continuo y bien coordinado, los pacientes tienden a estar más satisfechos con su tratamiento, lo que puede mejorar la percepción general del sistema de salud, específicamente en la rehabilitación.

En resumen, mejorar el ingreso y el seguimiento en un modelo de rehabilitación no solo optimiza los resultados clínicos y la eficiencia del sistema de salud, sino que también mejora la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes.

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

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en Colombia son fundamentales para el funcionamiento del sistema de salud del país, estas instituciones de índole públicas o privadas son



responsables de la prestación de servicios médicos a la población. En los últimos años, el análisis de la eficiencia y solidez financiera de las IPS ha cobrado gran relevancia debido a varias razones:

**Presiones Fiscales:** El envejecimiento de la población, el incremento de las condiciones de discapacidad, el incremento de enfermedades crónicas, entre otras, han generado un aumento en la demanda de servicios médicos, lo que a su vez ha generado presiones fiscales para su sostenibilidad, siendo insuficientes los recursos disponibles para garantizar este derecho fundamental.

**Avances Técnicos:** Los avances en tecnología médica avanzan a gran velocidad y demuestran cada vez más su impacto en la costó-efectividad, con diagnósticos oportunos, intervenciones seguras y menos invasivas, mejores resultados, estas tecnologías requieren inversiones significativas, lo que puede afectar la eficiencia y la capacidad financiera de las IPS, denotando un valor mayor en los costos de la operación.

**Crecimiento de la Demanda:** La creciente demanda de servicios médicos exige una gestión eficiente de los recursos para satisfacer las necesidades de toda la población, encontrándose un sistema de salud cada vez más permisivo a las solicitudes de la población, gracias la sentencia T760 y no se encuentran políticas claras para mitigar el abuso de poder de la comunidad en la exigencia de servicios o insumos para su bienestar.

**Reforma a la salud:** La Salud en Colombia está navegando en discusiones políticas buscando los mecanismos adecuados que permitan impactar en el aseguramiento en salud de la población buscando que sea un sistema único de atención sin barreras geográficas, económicas o administrativas garantizando el acceso universal y un enfoque de atención primaria donde se alineen los esfuerzos en estrategias para prevenir la enfermedad, dentro de los ajustes esta la eliminación de las EPS como intermediarias pasando a ser gestoras de vida, cumpliendo una función de auditoría.

SURA es una de las principales aseguradoras de salud en Colombia y tiene una relación estrecha con las IPS. Esta relación se manifiesta en varios aspectos:

**Contratación de Servicios:** SURA contrata a con diversas IPS para la prestación de servicios de salud a sus afiliados dentro de convenios específicos que amplíen la red de atención de sus afiliados y cumplir con la propuesta en términos de oportunidad, estos servicios incluyen desde consultas médicas hasta procedimientos especializados.

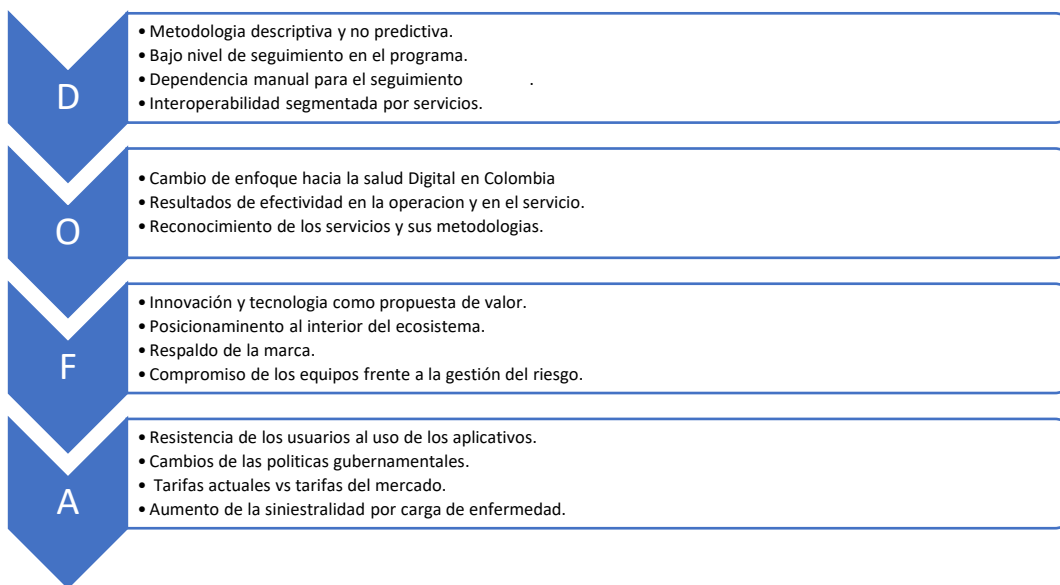
**Evaluación de Calidad:** SURA trabaja fuertemente por resolver las necesidades y propiciar experiencias diferenciales, para materializar dicho propósito, realiza evaluaciones periódicas de las IPS con las que trabaja para asegurar que se mantengan altos estándares de calidad en la atención médica.

**Innovación y Tecnología:** SURA colabora con las IPS en la implementación de nuevas tecnologías y prácticas innovadoras para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud, desde modelos de atención hasta tecnologías de vanguardia para los laboratorios clínicos, imágenes diagnosticas entre otros.

En conclusión, dichas instituciones, enfrentan desafíos significativos en términos de eficiencia y solidez financiera, por ende, el desarrollo de mesas de conversación y alianzas estratégicas son cruciales para garantizar la calidad y sostenibilidad de los servicios de salud.

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

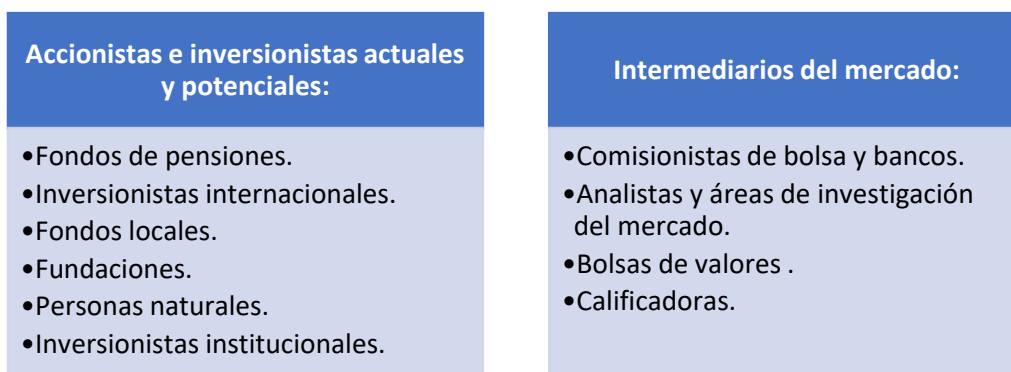
La matriz DOFA permite un análisis detallado dentro de los modelos de atención en salud, ya que permite identificar el panorama para diseñar estrategias efectivas que maximicen los resultados, abordando de manera acertada los puntos a mejorar, aprovechar las oportunidades y mitigar riesgos a los cuales se expone cualquier proyecto, garantizando así un enfoque integral y sostenible en la rehabilitación de los pacientes. Ver figura 2.

**Figura 2.***Matriz DOFA*

*Nota:* Fuente Autores del proyecto.

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

Propietarios y proveedores del capital de la suramericana, incluyendo sus intermediarios y otros actores, gestionan y realizan un exhaustivo seguimiento, aportando una mirada integral que garantiza el manejo adecuado de los recursos con enfoque de resultados, este trabajo es desarrollado por los siguientes subgrupos: Ver figura 3.

**Figura 3.***Accionistas y fuente de los recursos financieros.*

*Nota:* Fuente (Grupo SURA, 2019) y autores del proyecto.

Suramericana gestiona el balance de sus procesos para garantizar una rentabilidad sostenible a largo plazo, a través de 4 subgrupos:

**Un capital económico** que se mueve a través de inversiones en diferentes compañías líderes en servicios financieros, tal como Suramericana de Seguros, SURA Asset Management y Bancolombia. Estas inversiones aportan un gran porcentaje del valor al portafolio de la compañía, permitiendo definir proyectos viables que se pueden materializar adecuadamente.

Dentro de los mecanismos de gestión se tiene **un capital social** en donde la compañía, se enfoca en la creación o fortalecimiento de relaciones de largo plazo a través de alianzas sólidas y estratégicas con otras instituciones y personas. Esto es posible y tiene una relación directa con los principios corporativos tales como la transparencia, responsabilidad y equidad

Se suman a estos subgrupos **un Capital Humano**, en donde se genera un enfoque más profundo en el desarrollo de los colaboradores, integrando estrategias de aprendizaje continuo y de reconocimiento de lo importante del bienestar en la salud, buscando siempre entregar o desarrollar competencias y conocimientos que contribuyan al crecimiento del ser y todo su potencial para generar valor a la compañía y a la sociedad.

**El Capital Natural** es el último subgrupo, entendiendo que la compañía, se interesa auténticamente por la sostenibilidad y el impacto ambiental de las operaciones, por tal razón, la compañía desarrolla estrategias para implementar los criterios ASG para contribuir en la regeneración de los recursos naturales.

En la actualidad, la EPS SURA enfrenta un panorama financiero complicado, con desafíos significativos en la gestión de sus recursos y la adaptación a las nuevas demandas y riesgos de su población afiliada, observados en el estado de resultados publicado en el informe de rendición de cuenta, encontrándose estos 5 aspectos que influyen en la sostenibilidad de la Institución:

**Insuficiencia de la UPC:** El crecimiento en primas no ha sido suficiente para cubrir las nuevas inclusiones de prestaciones de salud, lo que se agrava por el deterioro en la salud de los afiliados y los traslados masivos de otros EPS liquidadas.

**Factores de ajuste de riesgo insuficientes:** La UPC no ajusta adecuadamente los riesgos asociados con las características específicas de los afiliados de EPS SURA, como el envejecimiento y las patologías de alta prevalencia, que demandan prestaciones con altos costos.

**Alta siniestralidad:** La siniestralidad ha sido superior al 100%, lo que significa que los costos de los siniestros superan las primas totales, resultando en pérdidas financieras significativas.

**Patrimonio insuficiente:** La compañía ha agotado su patrimonio, utilizando las utilidades generadas por el PAC y capitalizadas a lo largo del tiempo, dejando una base patrimonial insuficiente para el nivel de riesgo actual.

**Financiación del Estado:** La cobertura de los presupuestos máximos depende de la financiación y los reconocimientos por parte del Estado, lo que introduce incertidumbre en la disponibilidad de recursos. Ver figura 4.

**Estrategias de mitigación:** Se han implementado medidas para mejorar la eficiencia de los recursos, reducir el gasto administrativo y negociar con los prestadores, pero estas no han sido suficientes para evitar las pérdidas.

#### Figura 4.

*Presupuestos Máximos de 2022, 2023 y 2024 Sura*

	2022	2023	2024
Ingresos	327,309	431,812	66,199
Costo	367,793	523,571	93,612
Pagado	275,952	431,812	66,191

Tabla con valores reportados en miles de millones

Nota: Fuente (Grupo Sura, 2023) pág. 9

Teniendo en cuenta todos estos factores e integrándolo a los desafíos presentes en los modelo de gestión del riesgo en salud a través de la rehabilitación, estos tiene relevancia con respecto a la gestión de eficiencias, las cuales aportan al aprovechamiento de los recursos disponibles en temas de oportunidad, experiencia y pertinencia; si se direcciona adecuadamente las inversiones en tecnologías en salud, estas catapultan el mejoramiento de los procesos, proyectados dentro de los avances en salud digital, dentro de Colombia y el mundo.

Se siguen fortaleciendo los mecanismos que aporten equilibrio entendiendo la salud como un derecho fundamental que genera valor a la fuerza económica del país a través de la quintuple meta.

**Figura 5.**

*Estado de Resultados Acumulado Sura*

	2022	2023	Var %
<b>Primas Totales</b>	<b>7,360,821</b>	<b>9,133,371</b>	<b>24.1%</b>
<b>Siniestros Totales</b>	<b>-7,387,212</b>	<b>-9,188,065</b>	<b>24.4%</b>
<b>Primas (-) Siniestros</b>	<b>-26,391</b>	<b>-54,694</b>	<b>-107.2%</b>
Gastos de Intermediación	-63,722	-76,859	20.6%
Deterioro de Cartera	4,777	-34,114	233.5%
Gastos Varios	-49,713	-60,438	183.0%
<b>Resultado Técnico</b>	<b>-135,049</b>	<b>-226,105</b>	<b>-67.4%</b>
Gastos administrativos	-232,484	-306,285	31.7%
<b>Resultado Industrial</b>	<b>-367,533</b>	<b>-532,390</b>	<b>-44.9%</b>
Rendimientos Financieros	119,198	256,479	115.2%
Descuentos por pronto pago /Otros	114,241	103,564	-9.3%
<b>Utilidad antes de imp.</b>	<b>-134,094</b>	<b>-172,348</b>	<b>-28.5%</b>
Impuesto de renta	-3,975	-49,159	1136.7%
<b>Resultado Neto</b>	<b>-138,069</b>	<b>-221,507</b>	<b>-60.4%</b>
<b>Indicadores</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	
Siniestralidad total	100.4%	100.6%	
<b>Resultado técnico</b>	<b>-1.8%</b>	<b>-2.5%</b>	
G. Varios + Intermed. + Admón	4.7%	4.9%	
<b>Resultado Neto</b>	<b>-1.9%</b>	<b>-2.4%</b>	
<b>Balance General</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>Var %</b>
<b>Activo</b>	<b>2,096,834</b>	<b>2,183,288</b>	<b>4.1%</b>
<b>Pasivo</b>	<b>1,871,166</b>	<b>2,179,088</b>	<b>16.5%</b>
<b>Patrimonio</b>	<b>225,669</b>	<b>4,200</b>	<b>-98.1%</b>

Cifras en millones de pesos

*Nota:* Fuente (Grupo Sura, 2023) pág. 41

## **5. ANALISIS DE SITUACION RELACIONADA CON EL MODELO DE ATENCION VIGENTE EN LA IPS**

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

El modelo de atención en salud para los servicios de rehabilitación tiene un formato transaccional de asignación de citas de manera manual, con una frecuencia de generación que no responde a las necesidades de los asegurados y por ende no le aporta una mayor percepción de calidad al cliente, se suma a esto la no continuidad con los mismos profesionales para un usuario durante su tratamiento terapéutico.

Aunque se definen procesos de gestión claro, se evidencia una carga operativa que afecta los tiempos de los profesionales para conectar desde la comunicación entre Paciente-Terapeuta y Médicos-Terapeutas, además es un común denominador encontrar usuarios con estancias prolongadas o con deserción terapéutica sin gestión oportuna, todo esto se conecta con el volumen de usuarios que no se les genera seguimiento porque es un servicio que requiere continuidad, generando ingresos y salidas permanentemente y por volumen no siempre se logra cerrar estas brechas.

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

#### **5.2.1 Datos sociodemográficos:**

El perfil sociodemográfico de la población proporciona una visión clara y detallada de la población que se beneficia de los modelos de atención, permitiendo comprender mejor las características y necesidades de este grupo poblacional, satisfaciendo las necesidades analizadas de la siguiente manera:

La mayor afluencia de la población se encuentra en el rango de edad entre 30 y 40 años, indicando una población relativamente joven y en edad productiva.

El 55% de la población total está compuesto por mujeres, lo que representa en su mayoría personas del sexo femenino.

Es importante destacar que El 70% de la población tiene un nivel de ingresos económicos por encima de los 10 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (SMMLV), indicando una economía fuerte y un buen poder adquisitivo entre los usuarios que hacen uso de los servicios de atención.

En relación con el estado civil, el 65% de la población está casada, lo que sugiere una alta prevalencia de uniones formales y estabilidad familiar en la comunidad.

### **5.2.2 Factores de Riesgo**

**5.2.2.1 Biomecánicos:** Los usuarios que asisten para iniciar a los procesos de rehabilitación física son principalmente profesionales, que ejecutan actividades administrativas y de campo, en los cuales prevalecen gestos corporales que requieren movimientos repetitivos y posturas estáticas prolongadas, lo cual se correlaciona con los expuesto en el estudio del comportamiento de las enfermedades laborales en Colombia (Ponce & Pino, 2019), donde en la IPS se encuentra que los primeros 5 diagnósticos médicos que requieren motivo de atención por el equipo de rehabilitación son: Síndrome de manguito rotador, Epicondilitis medial y lateral, Síndrome del túnel carpiano, Lumbago no especificado y Cervicalgia.

**5.2.2.2 Psicosociales:** El perfil sociodemográfico de la población, muestra que los asegurados tienen un nivel educativo alto y asumen cargos o roles de dirección y liderazgo, esto conlleva a entender que dentro de su quehacer disciplinar se exponen a riesgos relacionados con estrés laboral debido a las responsabilidades, las jornadas extensas y la disponibilidad limitada de tiempo para actividades de autocuidado. Estas condiciones pueden afectar el bienestar mental, emocional y físico.

Si no se identifican y gestionan de manera oportuna, pueden resultar en problemas de salud mental y física, tal como ansiedad, depresión, enfermedades cardiovasculares y trastornos musculoesqueléticos que afectan la calidad de vida de los asegurados.

La rehabilitación tiene un papel fundamental en la identificación de riesgos, en un artículo de revisión sobre las recomendaciones basadas en evidencia para el manejo del dolor lumbar, describe que



las banderas amarillas son barreras psicosociales para la recuperación del paciente con dolor lumbar, por ende los modelos de atención deben tener una mirada integral, tomando decisiones entendiendo el principio de biopsicotranscendencia del ser humano, esto permite implementar medidas de prevención y mitigación de los riesgos a través de la educación, lo cual promueve un entorno saludable y seguro. (Baena Álvarez, Martínez, Ibatá, & Abella, 2018)

Entender que las estrategias que se implementan tienen un impacto importante en las personas, esto suma un valor agregado a los costos directos o indirectos de la empresa, tal como se muestra en el Informe de ausentismos laboral e incapacidades medicas del centro de estudios sociales y laborales publicado en el 2023, donde se analizó el costo de las ausencias, encontrándose que en el año 2021, los costos asociados al ausentismo laboral representaron un gasto adicional de 3,4% sobre el salario de cada trabajador para los empleadores.

Ejemplificando un colaborador con un salario mínimo, esto se tradujo en un costo promedio de \$30.400 mensuales o \$364.800 anuales por trabajador. La carga extrasalarial total, incluyendo costos de ausentismo, podría haber ascendido a aproximadamente 65,8% (Burgos, Sepúlveda Zea, Hurtado Rivera, Restrepo Zuleta, & Jaramillo Torre, 2023).

La gestión de los riesgos en salud que se pueden identificar e intervenir en una atención, no solo mejora la calidad de vida de las personas, sino que también aumenta la productividad por disminución de incapacidades y se mejora la satisfacción laboral.

El autocuidado tiene un papel importante dado que reconocer el riesgo y tomar medidas para preservar o mejorar su nivel de bienestar y salud, permite que se desarrollen estrategias de autocuidado más efectivas, esto es posible a través de un direccionamiento interno dentro de los modelos que permita gestionar oportunamente la conexión entre los diferentes profesionales que participan en el cuidado del paciente, como lo es psicología, quien empodera y entrega a los asegurados mecanismos de

autogestión para controlar sus niveles de estrés, definición de límites y la relación con su grupo de apoyo social.

Lo anterior tiene relevancia dado que, se debe entender al individuo no solo desde la afectación estructural o funcional, si no que este, tiene relación con la perspectiva individual y social, por esto la Clasificación Internacional del Funcionalidad, describe los factores contextuales y personales que influyen en la recuperación funcional, esto fortalece el retorno precoz a las actividades de la vida diaria mejorando así su participación social, llevando a generar adaptaciones a los estilos de vida que proporcionan un equilibrio personal y laboral (CIF Versión abreviada, 2001, págs. 11,12)

Los modelos de atención en salud cobran valor, cuando se visualiza al individuo como un ser que tiene interacción directa con un entorno, el cual tiene todas las opciones para garantizar el cuidado integral y la satisfacción de sus necesidades, esto conlleva a mejores opciones para gestionar oportunamente los riesgos.

Es por eso por lo que se enfatiza en mejorar procesos desde el acceso, propendiendo por una identificación precoz, un direccionamiento oportuno y un seguimiento adecuado, conectando con todos los servicios de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

### **5.3 Característica de la oferta de la IPS**

La IPS, dispone de un portafolio de servicios diseñado para ofrecer atención integral y de alta calidad a los asegurados de Póliza, liderado por profesionales y equipos con una visión amplia en acciones que permitan una mejor gestión del riesgo en salud; a continuación, se detalla la oferta de servicios, capacidad resolutiva, capacidad de gestión y apoyo logístico con la que se cuenta actualmente y se logra materializar la estrategia de compañía, esto con fin de garantizar el manejo integral del paciente, solucionando las necesidades de los asegurados durante todo el proceso de atención. Ver Tabla 2.

**5.3.1 Portafolio de Servicios:** Los servicios dispuestos para la atención en salud tienen un foco en los modelos de gestión del riesgo dando prioridad a las actividades destinadas a la prevención, identificando oportunamente factores que influyen en la calidad de vida del paciente. Ver tabla 2.

**Tabla 2.**

*Servicios de la institución prestadora de servicios de salud.*

Servicio	Descripción
Urgencias	Medicina de Urgencias, Procedimientos de Enfermería, Referencia y contra referencia supervisado tecnólogos en Atención Prehospitalaria.
Rehabilitación Física	Fisioterapia a nivel osteomuscular, deportivo y neurológico.
Consulta Externa	Medicina General, Especialidades (Medicina Interna, Fisiatría, Ortopedia, Medicina del Deporte, Otorrino, Dermatología, Ginecoobstetricia, Radiología, Psiquiatría, Nutrición y Dietética, Psicología, Cardiología, Enfermería
Imágenes Diagnosticas	Tomografía Axial Computarizadas, Resonancia Magnética Nuclear, Ecografía, Mamografía, Rayos X.
Laboratorio	Toma de muestras y planta de procesamiento.

*Nota:* Fuente Seguros Sura, 2023 y Autores del proyecto.

**5.3.2 Capacidad Resolutiva:** La IPS, cuenta con equipos de profesionales interdisciplinarios integrales, con la capacidad de identificar, analizar y gestionar las necesidades a través de soluciones innovadoras, de manera efectiva e inmediata, con un alto nivel de flexibilidad que garantiza la continuidad en los tratamientos; A continuación, se describen las características de la IPS:

**5.3.3 Nivel de Complejidad en la Atención:** La IPS se registra dentro del Registro Especial de Prestadores de Salud, como institución de baja complejidad, que, dentro de sus alcances, se adapta a las necesidades específicas de cada paciente.

**5.3.4 Gestión y Apoyo Logístico:** Un equipo administrativo altamente capacitado el cual garantiza la eficiencia en la prestación de servicios y la satisfacción del paciente, conformado por

director, analistas de operaciones y líderes de procesos que acompañan todo el ciclo de atención propendiendo por entregar calidad y seguridad en todos los servicios. Ver Tabla 3.

**Tabla 3.**

*Personal Misional:*

Servicio	Profesional
Urgencias	Medico General
	Enfermeros jefes
	Auxiliar de Enfermería
	Líder de Urgencias
Rehabilitación Física	Fisioterapeutas
	Líder de Rehabilitación
Consulta Externa	Medico General
	Medicina Interna
	Fisiatría
	Ortopedia
	Medicina del Deporte
	Otorrino
	Dermatología
	Cardiología
	Nutrición y Dietética
	Psicología
	Enfermeros jefes
	Líder de Consulta Externa
	Administrativos
Analista de Operaciones	
Líderes de Procesos	

*Nota:* Fuente Seguros Sura, 2023 y Autores del proyecto.

**5.2.5 Sistemas de Información y Comunicaciones con los Usuarios:** La IPS cuenta con un proceso digital estructurado para facilitar los procesos de agendamiento de citas, acceso a resultados de los paraclínicos e imágenes diagnósticas, así mismo como diferentes canales que facilitan la

comunicación directa con el personal de salud, los mecanismos son: Pagina Web, APP, Línea Telefónica, Línea de WhatsApp y las Sucursales para atención presencial.

El 85% de las autorizaciones solicitadas por los usuarios se realizan por medio de procesos automáticos que mejoran la eficiencia operativa, además de la priorización para población de acuerdo con el riesgo.

El indicador de oportunidad en las citas se mide como tiempo promedio de espera con una meta de 3 días, donde actualmente no se logra cumplir por el aumento en la demanda tal como se ve reflejado en el consolidado del reporte de rendición de cuentas 2023. Ver Figura 6.

**Figura 6.**

*Oportunidad de tiempo de asignación comparativo 2022-2023*

OPORTUNIDAD DE CITAS		
Tipo de consulta	Promedio 2022	Promedio 2023
Consulta Odontología	3.2	2.9
Consulta Medicina Interna	11.3	10.9
Consulta Pediatría	5.0	4.9
Consulta Cirugía General	17.4	9.2
Consulta Ginecología	9.4	11.2
Consulta Obstetricia	4.5	4.1
Consulta Medicina General	1.7	2.2

*Nota:* Fuente (Grupo Sura, 2023) pág. 10

**5.1.2.6 Porcentaje de Referencia y Contrarreferencia:** De acuerdo con el reporte de Rendición de cuentas del 2023, se expone que para facilitar la gestión con los prestadores, esta se hace a través de un portal en línea, dado que existen mecanismos que permiten la conectividad con sus sistemas o por correo electrónico, en el informe se expone que el 85% de los prestadores están conectados con los sistemas de EPS SURA, de igual manera se proporcionan herramientas de autogestión para la prestación de servicios y una línea telefónica para gestionar referencias y contrarreferencias de pacientes urgentes.

Principales sitios de referencia para los usuarios póliza: Centro Médico Imbanaco, Fundación Valle del Lili, Clínica de Occidente.

**5.1.2.6 Numero y tipo de Quejas y Reclamos:** Dentro de los análisis descritos en el informe de rendición de cuentas de Sura del 2023 se menciona que gracias a los procesos de gestión y acciones implementadas “se logra una disminución del - 1% (15.234 menos peticiones, quejas y sugerencias) y un aumento del 36% (1.840 más) en felicitaciones” tal como se muestra en la figura 7.

**Figura 7.**

*Comportamiento del total de las PQR presentadas 2022 y 2023.*

**PQRS SURA 2022 -2023**



*Nota:* Fuente (Grupo Sura, 2023) pág. 47

Es importante resaltar que en comparación con el año 2022 y 2023 se encuentran entre los 3 primeros lugares la falta de oportunidad y disponibilidad de citas, y para el año 2023 en primer lugar los problemas de autorizaciones de servicios de salud, que se vienen gestionando por medio de procesos de automatización. Ver Figura 8.

Reconocer el panorama y el comportamiento de la percepción de los usuarios a través de la gestión efectiva de quejas, sugerencias y reclamos es indispensable para garantizar una atención de alta calidad, generar y mantener la confianza de los asegurados y mejorar de manera continua los servicios ofertados en las Instituciones prestadoras de servicios de salud.

Hacer uso de esquemas de seguimiento de estas PQRS, apalancan notablemente la toma de decisiones fundamentadas en la comunicación sentida del usuario.

**Figura 8.**

*Principales motivos de quejas y peticiones comparativo 2022 y 2023.*



*Nota:* Fuente (Grupo Sura, 2023) pág. 48

Desde 2018, EPS SURA planeó estructurar las RIIPSS, interrumpido por la pandemia en 2020 y retomado en 2022. Se priorizó la implementación según el riesgo de la población con patologías crónicas, comenzando en Antioquia con 8 RIIPSS y extendiéndose a otras ciudades. El propósito es transformar la gestión del riesgo en salud con un enfoque proactivo e integral, mejorando resultados a través de la gestión de casos clínicos y administrativos. Esto se basa en cinco preceptos: articulación funcional de prestadores, organización jerárquica, un referente geográfico común, coordinación por IPS especializada, y acuerdos operacionales con sistemas de información y recursos compartidos (Seguros Sura, 2023) Ver Figura 9.

Los aliados estratégicos o claves son fundamental para garantizar la prestación de los servicios en salud, reconocer y generar un seguimiento oportuno a los resultados esperados, favorecen el avance en temas de calidad, seguridad y resultados clínicos que aportan a la eficiencia del sistema de salud en el país y en el mundo.

**Figura 9.**

*Número de prestadores por componente y departamento.*

DEPARTAMENTO	COMPONENTE			
	PRIMARIO	COMPLEMENTARIO	URGENCIAS	ONCOLOGIA
Antioquia	295	255	108	19
Atlántico	108	114	18	10
Bolívar	43	43	8	7
Boyacá	12	11	2	1
Caldas	53	57	17	5
Cauca	9	10	1	1
Córdoba	13	12	2	
Cundinamarca	108	107	31	20
Magdalena	20	17	4	1
Quindío	46	36	14	2
Risaralda	50	47	11	4
Santander	59	63	14	8
Valle del cauca	90	90	19	7
<b>Total, general</b>	<b>906</b>	<b>862</b>	<b>249</b>	<b>85</b>

*Nota:* Fuente (Grupo Sura, 2023) pag.37-38

En resumen, la prestación Salud tiene un compromiso con entregar bienestar a las personas, a través de servicios de alta calidad, apoyada por un equipo profesional competente y sistemas logísticos eficientes, que garanticen continuamente la experiencia y mejores resultados en salud de los asegurados.

### **5.1.3 Procesos y análisis de la relación oferta – demanda**

Dentro de la organización, no existe un mapa de procesos de la IPS si no que se genera a través de un sistema de valor, que genera un proceso en cadena que genera un impacto en diferentes áreas que permiten materializar las estrategias, dicho sistema de valor, permite tener un enfoque dinámico, diversidad de procesos una evolución continua y finalmente se garantiza la confidencialidad de la estrategia, teniendo en cuenta el análisis de las características de la oferta y la demanda, se evaluar brechas las cuales podemos agrupar de la siguiente manera:

**Brecha Financiera** asociadas a insuficiencia en la cobertura de costos por parte de la UPC, la cual podría impactarse avanzando en la implementación de modelos de gestión clínica que integren acciones



de automatización en la mayor parte de los procesos, tanto a nivel administrativo como asistencial, generando un mejor control de los recursos lo cual podría verse reflejado en la eficiencia de los tratamientos.

**Brecha en Gestión de Riesgos**, dado que la demanda de servicios por el volumen de usuarios y las comorbilidades puede afectarse el seguimiento de los diferentes diagnósticos médico, por tal razón es importante ajustar estrategias de adherencia a la población con patologías crónicas innovado y generando intervenciones con mayor impacto, como por ejemplo si se logran disminuir tiempo de gestión de los profesionales de salud, se podría aumentar la personalización en la atención mediante la evaluación integral del riesgo desde el primer contacto, facilitando así la coordinación con las diferentes especialidades ofertadas.

**Brecha en Tecnología e Innovación**, aunque existen mecanismos de automatización, se debe continuar una expansión a todos los niveles de la organización, esto garantiza una mayor integración tecnológica que se verá reflejada en una mejor eficiencia operativa, definiendo ingresos pertinentes, altas oportunas y procedimientos de autogestión eficientes, por ende sigue siendo clave el fortalecimiento de los sistemas de información y la conectividad con prestadores, a través de la interoperabilidad, garantizando un flujo de información continuo y actualizado.

**Brecha en Satisfacción del Paciente**, asociada principalmente a temas de acceso y seguimiento, el cual genera insatisfacción del servicio por retrasos, complicaciones o cronicidad por deficiencias o baches en su tratamiento, ya que es fundamental implementar modelos de gestión clínica que garanticen la continuidad y la calidad del tratamiento, esto es posible mediante la optimizando de procesos, generando un mejor control en la oferta, definiendo altas o egresos oportunos, los cuales van de la mano con la toma decisiones clínicas desde una mirada más resolutiva, finalmente estas acciones permitirán gestionar eficientemente el recurso disponible, que se traduce en mayor oportunidad en la asignación de una cita

## **6. PROPUESTA DEL MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA PARA UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN DE UNA IPS DE LA CIUDAD DE CALI A TRAVÉS DE MECANISMOS DE AUTOMATIZACIÓN Y DE SEGUIMIENTO QUE FORTALEZCAN EL ACCESO Y EL ALTA DE LOS ASEGURADOS**

De acuerdo con la iniciativa de rehabilitación 2030 de la OMS, se definen 10 áreas prioritarias de actuación, que para el siguiente trabajo se pretende resalta la importancia de la construcción de modelos de rehabilitación integrales que fortalezcan la prestación de servicios de salud de la población.

Para el desarrollo del modelo rehabilitación, se parte del reconocimiento de la importancia de la gestión del riesgo en salud a través de mecanismos existentes dentro de la IPS, pero no aplicados aun dentro de la ruta de atención del asegurado, es decir, se evidencian las siguientes oportunidades de mejora:

1. El modelo actual requiere de la presencia de un profesional para realizar un triage clínico, priorizando y segregando los casos que necesiten un abordaje inmediato, clasificándolos entre atención prioritaria o estándar. Este procedimiento implica tiempos de gestión extensos, basados en la revisión de historias clínicas, análisis de requerimientos administrativos y asistenciales, establecimiento de contacto con el usuario y realización de actividades de agendamiento, convirtiéndose en una actividad manual repetitiva.
2. Los usuarios requieren atención personalizada cuando solicitan información sobre las metas y objetivos de tratamiento, el plan de trabajo y los pronósticos terapéuticos. Sin embargo, esta información no siempre se puede entregar por disponibilidad de tiempo afectando la calidad de la comunicación, debido a la alta carga operativa que tiene el gestor de acceso, afectando la experiencia de comunicación y relacionamiento con el asegurado.

Es importante tener en cuenta que el acompañamiento permite al usuario entender que el empoderamiento de su tratamiento y el autocuidado son herramientas de gran valor para su bienestar.

3. El seguimiento clínico es fundamental en el proceso rehabilitación por múltiples razones:
  - a. **Monitoreo del Progreso Terapéutico:** Es posible evaluar los resultados del paciente y la respuesta frente al tratamiento, validando si se están logrando los objetivos establecidos permitiendo la toma de decisiones clínicas de manera oportuna.
  - b. **Ajustes al Plan de Tratamiento:** De acuerdo con la evolución del paciente, se consideran cambios en el plan, generando ajustes en el enfoque, maximizando la efectividad.
  - c. **Prevención de Complicaciones:** Es posible detectar complicaciones y riesgos oportunamente, lo cual permite tomar decisiones pertinentes frente al direccionamiento de especialidades médicas, de apoyo, ayudas diagnósticas y tratamientos.
  - d. **Educación del Paciente:** El seguimiento brinda oportunidades para educar al paciente sobre su condición y cómo manejarla, ajustando los planes caseros y recomendaciones teniendo en cuenta las fases y su evolución clínica.

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados anteriormente, se define canalizar los esfuerzos en identificar desde el acceso, factores que influyen en la inoportunidad de citas, deserción de tratamientos y la pertinencia en la clasificación del servicio requerido, dado que, si no se generan mecanismos decisorios o de control, se puede generar, retrocesos en el tratamiento, cronicidad o complicaciones por gestión deficiente o direccionamiento tardío en caso de hallazgos clínicos no favorables.

Un déficit en las estrategias conlleva a ineficiencias operativas, las cuales afectan también la sostenibilidad de la institución, generando un aumento de los costos en salud, asociado por ejemplo al sobredimensionamiento de talento de humano, el cual podría ajustarse con un adecuado manejo de los recursos disponibles.

Sumado a esto, los inicios terapéuticos tardíos, seguimientos inadecuados de los tratamientos y la suspensión abrupta de estos, podrían demandar en algunos casos, reconsultas con especialistas, uso

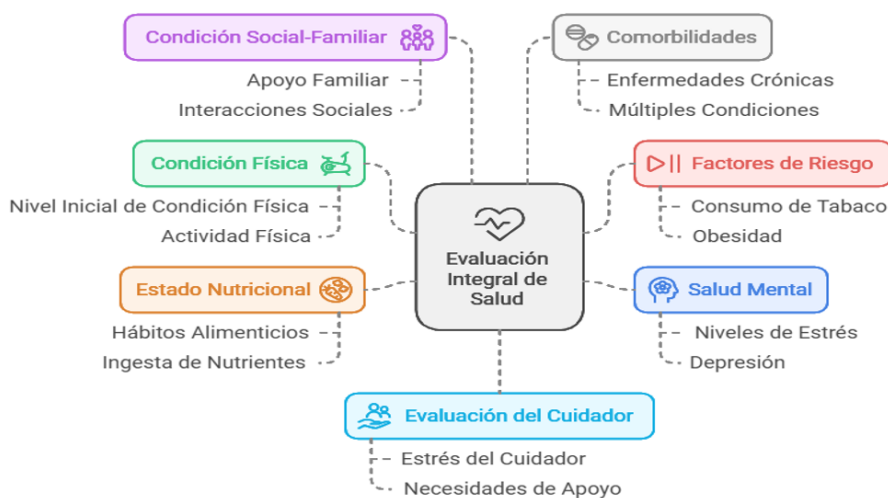
de ayudas diagnósticas adicionales, reintervenciones quirúrgicas, generando un aumento en los índices de insatisfacción del asegurado, prolongación de incapacidades que se reflejan en ausentismo laboral, todo lo anterior es visible por los indicadores de siniestralidad de los costos disponibles para la atención.

Por tal motivo el modelo plantea que, desde el primer contacto, el cliente tenga garantías de continuidad en su tratamiento, tal como se impone en la resolución 3280 del 2018, fortaleciendo la longitudinalidad a través de la coordinación con todas las áreas disponibles, lo cual permitirá una valoración pertinente y objetiva del score individual del riesgo, de modo que facilitara la obtención de datos claves para que a través de la inteligencia artificial predictiva, se logren identificar oportunamente variaciones clínicas que se manifestaran en aparición de complicaciones de la enfermedad de base.

En el primer contacto se realizará una evaluación integral del riesgo tratando de abarcar contexto de salud, enfermedad, familiar y social:

**Figura 10.**

Esquema de visualización Evaluación Integral de Salud



*Nota:* Fuente Autores del Proyecto e Inteligencia Artificial Napkin

**Intervención al modelo actual**

El modelo busca generar una conexión entre todos los servicios de la institución para suplir las necesidades de salud del individuo. Es decir, cuando el usuario inicia su ruta de atención, debe existir una intervención colectiva con un equipo multidisciplinario (dependiendo de la edad del usuario y sus comorbilidades), integrando las acciones de los diferentes profesionales de la salud. Estas acciones deberán ser registradas en un formato de historia clínica estandarizado que permita obtener los datos estructurados y no estructurados necesarios para la automatización y generación del score individual de riesgo, a partir del cual la inteligencia artificial sugerirá e identificará los parámetros de condición social y familiar, condición física y estado nutricional. Mencionados en el esquema de visualización de evaluación integra de salud. Ver figura 10.

A partir del diagnóstico médico, el diagnóstico terapéutico y el ecosistema identificado anteriormente, se espera que la inteligencia artificial evalúe las siguientes variables:

- Accesibilidad a tecnologías de salud digital.
- Familiaridad y relación con el uso de la telemedicina.
- Exposición a riesgos sociales.
- Ausencia de grupo de apoyo o cuidador.
- Rechazo o deserción del tratamiento.

Posterior a recolección de los datos, se establecerán las redes de conexión con los equipos multidisciplinarios con el objetivo de realizar acciones simultáneas y periódicas fortaleciendo la navegación de los asegurados, esto trae sin duda beneficios importantes como mantener saludables a las personas, ayudando a prevenir enfermedades de alto costo, mejorando la calidad de vida; con esto se reduce la carga financiera para la aseguradora y fomenta indirectamente la fidelización de los clientes, ya que se evidencia un acompañamiento en temas de salud.

Este modelo apunta a generar una propuesta de valor basado en:

- Mejorar acceso (Acceso oportuno, clasificación adecuada en temas de priorización)

- Facilidad en los procesos.
- Reforzamiento del autocuidado y empoderamiento de su tratamiento conectado con su plan casero.
- Desarrollo del mejor Talento Humano.
- Disminución del gasto de bolsillo por tratamiento resolutivos.
- Servicio humanizado centrado en las personas.
- Automatización de procesos y uso de Inteligencia Artificial para optimizar procesos.

Este ecosistema de atención permitirá focalizar todas las acciones hacia el usuario:

**Figura 11.**

*Atención centrada en el usuario.*



*Nota:* Fuente Autores del Proyecto e Inteligencia Artificial Napkin

La propuesta apuntará a la identificación de:

Personas con factores de riesgo a quienes se puede intervenir oportunamente para evitar la materialización de estos, personas sanas a las cuales se evitará con estrategias la aparición de trastornos

osteomusculares y personas enfermas donde se acepta el riesgo y se definen acciones que mejoren las condiciones y posibilite el mayor bienestar posible.

Las anteriores variables permitirán identificar necesidades y problemas de salud, con una gestión integral del riesgo, analizando profundamente el entorno del usuario y su familia.

Todo este articulado se transformará en datos generados y gestionados, para establecer hipótesis, deducir desenlaces e inferir en desencadenantes o sucesos futuros que permitan tomar decisiones en salud, convirtiéndolo en un modelo predictivo y constructivo a partir de los siguientes componentes:

1. Inteligencia artificial.
2. Historia clínica sistematizada e interoperable.
3. Equipo multidisciplinario experto.
4. Indicadores en salud.
5. Indicadores financieros.

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

A partir de las rutas integrales de atención en salud, se busca garantizar la integralidad en la atención de la población, a partir de lineamientos relacionados con la gestión del riesgo, a través del fortalecimiento de programas e implementación de acciones para reducir la aparición de estos, mediante mecanismos de seguimiento y trabajo articulado con los diferentes programas orientados hacia el usuario, por intermedio de las rutas integrales de atención específica, acciones de recuperación, rehabilitación y paliación .

La conformación de los equipos interdisciplinarios permitirá ampliar el acceso a servicios de salud para disminuir los tiempos de espera, mejorar el apoyo al paciente a partir de la sinergia con los

miembros del equipo y especialidades, que permitirá mejorar la adhesión del paciente a los tratamientos, mayor satisfacción de este y mejorar la calidad de vida.

Se inicia con una valoración diagnóstica inicial que realiza los profesionales de salud especializado en rehabilitación a través de un enfoque integral (análisis de social, score individual del riesgo) para determinar de forma focalizada el tratamiento terapéutico.

## **6.2 Gestión Clínica**

La gestión clínica se define como el uso de los recursos, intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para fortalecer las acciones estratégicas que garanticen el cuidado de los enfermos, en relación con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de las unidades clínicas. La gestión clínica permite una integración entre la mejor práctica clínica y el uso óptimo de los recursos disponibles.

La gestión clínica se desarrolla en tres niveles:

- 1. Gestión de la asistencia sanitaria individual.** Se refiere a la elección de un determinado tratamiento o de una indicación quirúrgica. Es sin duda el aspecto más relevante de la gestión clínica, puesto que esta se basa en la eficacia de esta primera decisión profesional, considerando como eficacia los beneficios obtenidos por el paciente cuando sobre él se aplican los conocimientos clínicos en condiciones ideales.
- 2. Gestión de los procesos asistenciales.** Está relacionada con la efectividad clínica y con la mejora en la gestión de los procesos tanto asistenciales como administrativos. La efectividad se refiere a los beneficios obtenidos por un paciente, o un conjunto de pacientes, cuando los conocimientos o una determinada tecnología se aplican en condiciones reales, es decir, la efectividad mide la consecución de los objetivos deseados o pactados.
- 3. Gestión de la unidad o de la utilización de los recursos.** Se refiere a la eficiencia, es decir, la relación entre los beneficios obtenidos y los costes que se han empleado en obtenerlos.



Qué cuesta lo que estamos haciendo para conseguir determinados resultados en salud. Se trata de optimizar los recursos y mejorar la calidad de los servicios. (Pérez, Tejedor, & Garcia, 2002).

La gestión clínica integra las buenas prácticas (medicina basada en la evidencia) y la buena gestión de los servicios (gestión basada en la evidencia), constituyendo, por tanto, un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios a la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica, otorgando a estos profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente.

Los principales instrumentos de la gestión clínica son el conocimiento estructurado de las necesidades en salud de la población atendida, la utilización del mejor conocimiento científico disponible, por ende se debe materializar un modelo de práctica integrado que trascienda los conceptos de coordinación interniveles, la potenciación de la “continuidad asistencial”, la utilización de la gestión por “procesos asistenciales integrados”, la metodología de uso adecuado de fármacos y tecnologías sanitarias, la medida de resultados y de satisfacción del usuario, la participación de profesionales y ciudadanos, así como la consolidación de la formación continuada, pregrado y postgrado con orientación en la mejor evidencia médica (BEME), cuya expresión será la producción de conocimiento.

La aparición de las tecnologías de información y comunicación han supuesto un avance primordial en la acción de la gestión clínica. Es importante que los objetivos que se van a plantear anualmente en las unidades de gestión clínica se puedan medir con facilidad a través de los sistemas de información centralizados, sin olvidar que la medida del producto final de la rehabilitación médica ha de incluir dos elementos fundamentales: la patología atendida y el grado de discapacidad que esta patología supone. En definitiva, es una oportunidad para desarrollar la asistencia de calidad en rehabilitación. (Sanchez Gastaldo, Rodriguez Burgos, & Echavarría Ruiz de Vargas, 2009)

La implementación del modelo requiere el compromiso y liderazgo de la dirección y la alta gerencia concomitantemente de la participación de todos los miembros de la organización, asumiendo cada uno su nivel de responsabilidad.

Se debe iniciar un análisis objetivo y riguroso de la actividad actual con el objetivo de establecer un diagnóstico del actual modelo, a partir de la autoevaluación de este, permitiendo establecer líneas de mejora que pueden integrarse al plan acción, el cual deberá estar desarrollado con coherencia desde los objetivos, indicadores, responsables y plazos.

Para la implementación del modelo se requiere de la articulación y participación de los siguientes factores:

**Liderazgo:** Empoderamiento de los directivos y líderes de procesos, implicándose personalmente para conseguir que los ajustes propuestos para el mejoramiento de los modelos de atención en salud se ejecuten y desarrollen oportunamente dentro de la organización, desde el análisis de datos que evalúen la relación costo / beneficio.

**Política y estrategia:** A partir del modelo organizacional el cual está centrado en el cuidado del usuario y su familia, generando las acciones necesarias para que el cliente tenga una navegación satisfactoria a través de los modelos de atención.

**Personas:** Aprovechando el conocimiento y todo el potencial del talento humano, tanto a nivel individual como de equipos, se propone socializar los ajustes al modelo de atención con el objetivo de fortalecer la sinergia entre todos los actores que intervienen en la atención.

**Procesos:** Es de vital importancia las actualizaciones oportunas y ajustes pertinentes, de las acciones que garantizan la materialización de los modelos de gestión del riesgo, teniendo en cuenta que la claridad, la coherencia y la pertinencia, en la aplicación requieren de un nivel de corresponsabilidad en todos los niveles jerárquicos de la organización.

Dentro de los mecanismos que le aportan al mejoramiento continuo de la calidad, se generan procedimientos operativos estandarizados, formularios codificados, protocolos clínicos y operativos, guías de práctica clínicas que movilizan las estrategias hacia el logro de los resultados idealizados, esto contribuye a un entendimiento de las transiciones que se deben dar periódicamente por los cambios en el entorno y en la población.

**Tecnología:** Los avances digitales son una tendencia del mercado que influye en todos los sectores económicos, y la salud no es ajena a estos cambios. La salud digital mejora la eficiencia, permite una mejor gestión de los recursos, empodera a los profesionales y usuarios, y facilita una mayor conexión emocional entre terapeuta y paciente. Sin embargo, existen brechas de conexión entre la aplicación de estas tecnologías y los usuarios, incluyendo barreras generacionales, geográficas y de conectividad. Por ello, es de vital importancia gestionar estas variables que puedan obstaculizar el desarrollo de los ajustes propuestos al modelo.

**Cuidador:** El cuidador debe convertirse en un actor fundamental para el modelo a través de un acompañamiento personalizado, participando activamente en la práctica terapéutica del asegurado. Es crucial realizar alianzas entre los familiares para reconocer el impacto del cuidado en las personas y orientar esfuerzos hacia el apoyo social. Esto es esencial para manejar el estrés producido por los posibles cambios en el nuevo estilo de vida al que se enfrentan los usuarios. Por tal motivo, el cuidador se incluirá en el modelo de atención, asegurando que los usuarios se sientan empoderados y respaldados durante su proceso de rehabilitación.

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

El modelo de atención basado en la gestión del riesgo se fundamenta en la evaluación inicial de las necesidades en salud de los asegurados, determinando el score individual de riesgo. Este análisis permite diseñar acciones específicas a prevenir la materialización de riesgos primarios, evitando así el deterioro de la salud de las personas mediante la parametrización individualizada de las lesiones

osteomusculares interviniéndolas de forma planificada y focalizada. Dicho deterioro podría transformarse en abandono del tratamiento o la necesidad de intervenciones quirúrgicas, lo que incrementaría los costos asociados a la atención en salud.

Los ajustes al modelo permitirán la articulación con los programas a los cuales el usuario se encuentra en uso (comorbilidades tales como enfermedad renal crónica, EPOC, Asma, trasplante, HTA, Diabetes entre otras) con el objetivo de garantizar un sistema integral de atención.

El modelo implicara la participación del cuidador, a través del acompañamiento para la adquisición de conocimientos y destrezas transformándose en un aliado en el tratamiento del paciente y garante de la efectividad de este.

Si no se realiza la intervención de las anteriores variables generara ineficiencias en la prestación del servicio y aparición de complicaciones.

### **Figura 12.**

#### *Articulación ajustes modelo de atención*



Se propondrá dentro de los ajustes al modelo de atención el manejo de indicadores que permitan establecer trazabilidad y seguimiento que identifique variables, fortalezas y oportunidades de mejora que generen estrategias que mejoren el proceso.

Es importante que los indicadores en salud se conecten con la quíntuple meta, porque esta nos permite una evaluación integral y alineada de la calidad de la atención en cualquier modelo de gestión del riesgo en salud, esta se centra en mejorar la salud de la población, la experiencia del paciente, reducir costos, mejorar la experiencia del personal de salud y promover la equidad.

Se definen los siguientes indicadores con estos objetivos, dado que así se pueden identificar oportunidades de mejora, optimizar los recursos disponibles y asegurar que todas las dimensiones de la ruta de atención sean abordadas de manera efectiva, resultando en un modelo de rehabilitación más eficiente, equitativo y centrado en las personas. Ver tabla 4,5,6,7 y 8.

**Tabla 4.**

*Indicador Ausentismos por causa médica.*

Mejorar la salud de la población	
Nombre	Ausentismos por causa médica.
Numerador	Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes.
Denominador	Número de días de trabajo programados en el mes * 100.
Método de Medición	: (Número de días de ausencia por incapacidad en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100.
Frecuencia de Medición	Mensual.
Fuente	Reporte de Incapacidades.
Limitaciones	Dependencia de la base de datos de otros responsables y pertinencia médica.

*Nota:* Fuente Autores del proyecto.

**Tabla 5.**

*Margen Neto Operativo.*

Reducir costos en salud	
Nombre	Margen Neto Operativo.
Numerador	Utilidad neta.
Denominador	Ingresos.
Método de Medición	(Utilidad neta/Ingreso) * 100
Frecuencia de Medición	Mensual.
Fuente	Estado de resultado y balance general.
Limitaciones	No aplica.

*Nota:* Fuente Autores del proyecto.

**Tabla 6.***Índice de satisfacción de los profesionales.*

Mejorar la experiencia del personal de salud	
Nombre	Índice de satisfacción de los profesionales
Numerador	Numero de colaboradores Satisfechos laboralmente.
Denominador	Total, de colaboradores de la IPS.
Método de Medición	(Número de colaboradores Satisfechos con las condiciones laborales / Total de Colaboradores de la IPS) * 100
Frecuencia de Medición	Semestral
Fuente	Encuestas outsourcing (Desarrollo de Talento Humano DTH)
Limitaciones	No aplica.

*Nota:* Fuente Autores del proyecto.

**Tabla 7.***Net Promotor Scores (NPH)*

Mejorar la experiencia del paciente	
Nombre	Net Promotor Score
Numerador	Porcentaje de promotores
Denominador	Porcentaje de detractores
Método de Medición	% de Promotores – % de Detractores
Frecuencia de Medición	Mensual
Fuente	Equipo Customer Relationship Management CMR)
Limitaciones	No aplica.

*Nota:* Fuente Autores del proyecto.

**Tabla 8.***Alcance del modelo de rehabilitación*

Mejorar la equidad en salud	
Nombre	Alcance del modelo de rehabilitación.
Numerador	Usuarios atendidos con el modelo de rehabilitación.
Denominador	Total de usuario remitidos a rehabilitación.
Método de Medición	(Usuarios atendidos con el modelo de rehabilitación/ Total de usuario remitidos a rehabilitación) * 100
Frecuencia de Medición	Mensual
Fuente	Informes de Agenda y RIPS
Limitaciones	No aplica.

*Nota:* Fuente Autores del proyecto.

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

La estrategia de gestión del modelo de rehabilitación provee una mayor sensibilidad a las necesidades del cliente interno como externo, dado que fortalece la comunicación entre todos los actores, esto aporta un mayor impacto en la propuesta de valor, consolidando la relación terapeuta paciente lo cual fortalece aspectos como la experiencia y los resultados en salud.

Se proponen los siguientes frentes para la implementación de programas que permitan mantener la humanización dentro del servicio y contribuir al mejoramiento de la calidad, siendo el punto de partida y eje central el enfoque de atención desde atributos enfocados en el concepto de Customer Journey, donde se refuerza la importancia de la experiencia del cliente en esos momentos de verdad, ya que esto permite percibir e interactuar con el usuario durante la prestación del servicio de salud, permitiendo trabajar y enfocar los esfuerzos desde la perspectiva del paciente.

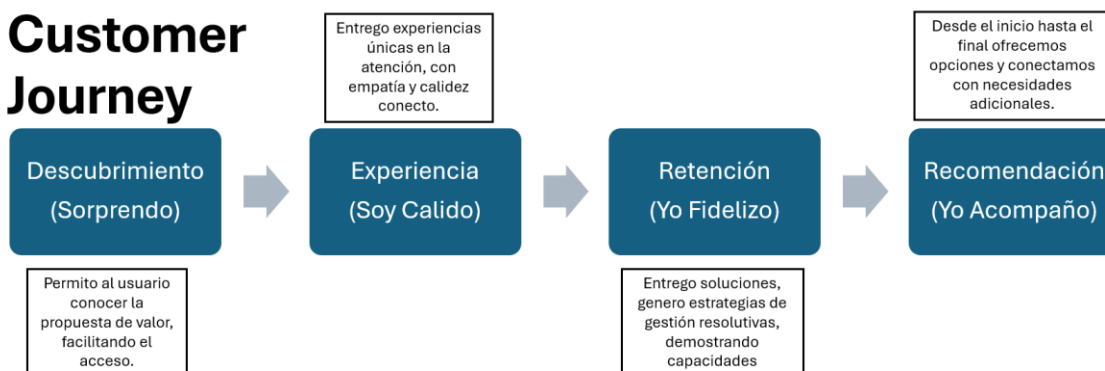
A esta estrategia central se denomina **“Caminemos en esta aventura”** donde se propone incluir dentro de los procesos de inducción, reinducción y grupos primarios con los equipos revisando 4 conceptos claves que permiten una mayor cohesión entre el usuario y la propuesta de valor del modelo de atención:

- Descubrimiento: Yo sorprendo con nuestra propuesta de valor.
- Experiencia: Soy Cálido a través de experiencias empáticas.
- Retención: Yo fidelizo a través de capacidades y resolutividad.
- Recomendación: Yo acompaño todo el proceso, conexiones duraderas.

Planificar un esquema de comprensión para el talento humano, facilita la inmersión de todo el talento nuevo que ingresa a las organizaciones, ya que hacer uso de esquemas, cuadros o figuras genera una conexión visual que impacta y puede transformar, en la figura 13 podemos ver el camino trazado para aportar a la experiencia desde el cliente interno.

Figura 13.

Mapa Atributos de Experiencia “Caminemos en esta aventura”



*Nota:* Fuente Autores del proyecto.

Partiendo de la experiencia del usuario se vinculan o integran a este eje diferentes acciones que promueven un enfoque de humanización que integre a pacientes, familiares y colaboradores, generando un entorno centrado en la humanización, estas son:

- Entrenamiento en habilidades blandas con el fin de desarrollar personas con grandes capacidades de gestión emocional que mejore la interacción entre los usuarios
- Incluir módulos de humanización dentro de los cronogramas de capacitación.
- Mantener un enfoque centrado en el paciente adaptando las intervenciones individualizadas, entendiendo sus preferencias y contexto personal.
- Empoderamiento del paciente en el tratamiento a través de los planes caseros.
- Ambientes Saludables tanto para los pacientes como para los profesionales brindando confort.
- Fortalecer los mecanismos de privacidad y seguridad durante la atención.
- Programa de Salud Mental para usuarios y colaboradores, que faciliten la integración de estrategias de afrontamiento, tanto del usuario como el profesional.



- Fomentar la cultura del feedback y el feedforward.
- Integración de la familia o el cuidado dentro del proceso de rehabilitación.
- Estas estrategias, se organizan en esquemas de trabajo a través de planes de mejoramiento continuo, Programas y políticas institucionales y estrategias de desarrollo a través de las rutad de aprendizaje organizacional.

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

Dentro de los componentes de prestación en salud digital, para el modelo de rehabilitación, se define un enfoque de aplicación en aspectos relevantes que se describen a continuación:

Con el fin de garantizar el acceso e iniciar oportunamente el tratamiento terapéutico, se refuerza el proceso de **identificación y registros del paciente**. Esto incluye la captación de las remisiones médicas derivadas tanto de los aliados estratégicos externos como internos, las cuales se consolidan en una bandeja de gestión. La función de esta bandeja es actuar como un repositorio informativo para los diferentes servicios, permitiendo a los profesionales de gestión captar, analizar y direccionar a los servicios requeridos a través de criterios específicos.

Se cuenta con una **Historia Clínica Electrónica interoperable** que permite la interacción entre profesionales de la organización y de los aliados estratégicos, mejorando así los procesos de comunicación interna. Esta interoperabilidad es crucial en los modelos de rehabilitación, ya que facilita la coordinación y continuidad de la atención. Además, contribuye a la obtención de desenlaces clínicos satisfactorios para los asegurados que asisten a los servicios de la IPS. La capacidad de compartir información de manera eficiente y segura entre diferentes sistemas y profesionales permite un enfoque más holístico y efectivo en el tratamiento de los pacientes, asegurando que todos los involucrados tengan acceso a la información necesaria para tomar decisiones informadas y oportunas.

**El apoyo a las decisiones de los prestadores de salud** se realiza a través de algoritmos de toma de decisiones mediados por inteligencia artificial. Estos algoritmos permiten la clasificación del paciente en función de los riesgos, tiempos de evolución y necesidades específicas e individuales de intervención. Además, optimizan los recursos de agendamiento y la disponibilidad de tiempo del usuario, direccionando de manera más efectiva el módulo o servicio requerido de forma pertinente.

**La articulación y coordinación de derivaciones** relacionadas con la gestión interna de necesidades en salud, detectadas en el proceso de atención y que requieren una intervención inmediata, permiten el direccionamiento en tiempo real entre los diferentes servicios de la IPS. Esto conecta con todos los modelos de gestión del riesgo y genera una mirada más integral del asegurado, además de la intervención del riesgo detectado de forma aguda.

**La planificación y programación de actividades** es crucial para garantizar un seguimiento de la evolución clínica del paciente y tomar decisiones adecuadas, asegurando una gestión del riesgo en salud pertinente y oportuna. Esto es especialmente importante en aquellos casos en los cuales el tratamiento terapéutico no alcanza las metas establecidas en cada fase, generando un estancamiento en el proceso de recuperación que podría volverse crónico y estar acompañado de posibles complicaciones asociadas a comorbilidades identificadas.

Este proceso incluye la identificación de banderas rojas y amarillas que indican situaciones de riesgo, las cuales se mitigarían al realizar una intervención directa y oportuna. Además, se generan procesos de altas terapéuticas efectivas basadas en el mejoramiento de la funcionalidad del paciente, así como la gestión de la deserción por diferentes motivos. Al abordar estos aspectos, se optimiza la calidad de la atención y se mejora la capacidad de respuesta a las necesidades específicas de cada paciente, contribuyendo a desenlaces clínicos satisfactorios.

Para la construcción de este ecosistema en salud digital, se cuenta con desarrollos tecnológicos primarios que sirven de soporte para todas las actualizaciones (Microsoft Office, PHC, Repositorio IPSA,

Agenda Web); los cuales requieren asociaciones y software específicos que garanticen la integración de aspectos como agendamiento, códigos CUPS y RIPS entre otros, que formalizan procesos de autorización, recaudo y facturación desde lo administrativo, esto son visibles en los Dashboard disponibles desde el área financieros, así mismo es posible la integración de las historia clínica con los criterios definidos para el funcionamiento de algoritmos de toma de decisiones que permiten un direccionamiento objetivo en la clasificación inicial para el ingreso al modelo como facilitador dentro de los mecanismo de acceso.

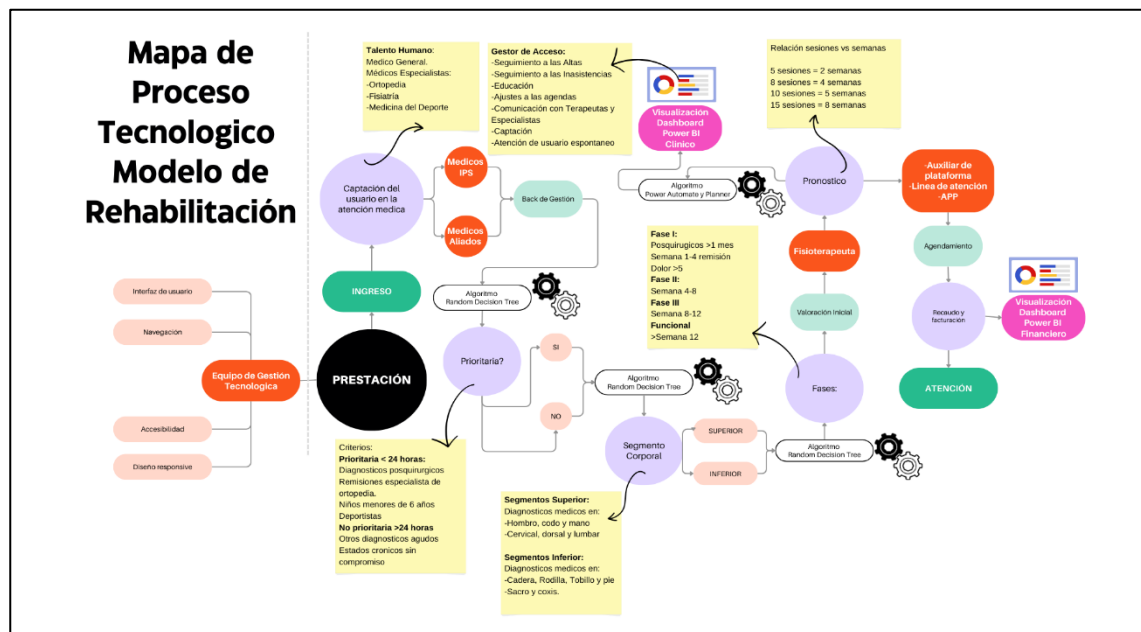
En cuanto a los mecanismos de seguimiento para fortalecer la gestión del riesgo en salud, existe el aplicativo Power Automate de Office 365 el cual permite obtener tiempos de inicio, pronósticos de fecha probable de finalización del tratamiento. Estas estrategias permiten tomar decisiones y ejecutar ajustes de forma oportuna priorizando el riesgo individual.

Desde una mirada de resultados, el análisis de costo-efectividad y utilidad aporta al entendimiento de los profesionales, de que un modelo que implemente estrategias destinadas a la reducción de los factores de riesgo que inciden en la cronificación de una patología osteomuscular tienen un impacto positivo en la percepción de la calidad de vida. Esto se debe a que la rehabilitación contribuye a la recuperación en las esferas física, emocional y social, donde se resalta el valor de la funcionalidad como aspecto clave para un reintegro laboral y social oportuno.

Sumado al factor de beneficios, para aportar a la sostenibilidad, la automatización e inteligencia artificial en los modelos de rehabilitación tiene un gran valor ya que estos mecanismos ajustan costos y gastos administrativos, optimizando procesos de clasificación, direccionamiento y asignación de citas con criterios específicos definidos previamente, con esto es posible reasignar al personal operativo que realiza tareas repetitivas a roles asistenciales que participan en el aumento de ingresos para el servicio. Además, se mejora la oportunidad de atención por la disponibilidad de agendas que se hacen visible gracias a los algoritmos que ajustan agendas en tiempo real, reduciendo ineficiencias en un 30%.

Figura 14.

Mapa de proceso tecnológico con herramientas de automatización incluidas.



Nota: Fuente Autores del proyecto diseño en Canvas.

## 6.6 Gestión del Talento Humano

Dentro de las estrategias que fortalecen el modelo, el talento humano en salud, representa un alto porcentaje de contribución a los resultados esperados frente a la gestión del riesgo e intervenciones pertinentes y seguras, es por esto que se entrega experticia en el manejo del paciente por segmentos corporales permitiendo una mayor apropiación de los conceptos técnicos para la aplicación frente a los desórdenes osteomuscular presentes en cada unidad de atención, a su vez integrado a un plan de entrenamiento grupal que abarque temas generales y transversales a los procedimientos terapéutico y otro específico para cada segmento de atención.

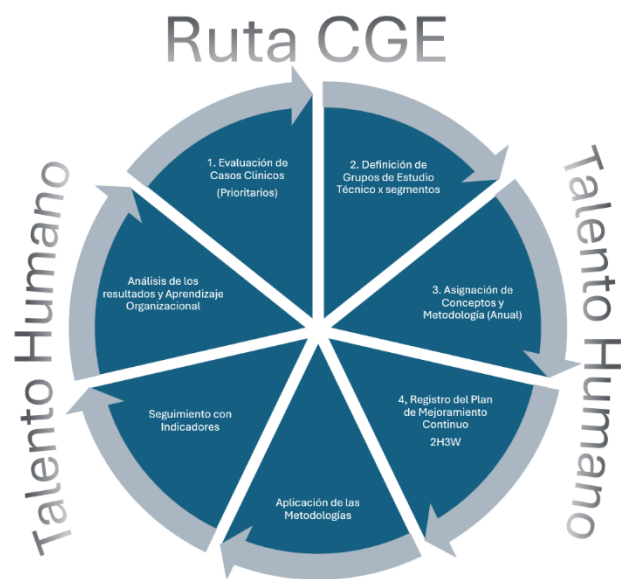
De acuerdo con lo anterior se estipula la aplicación de cronogramas de entrenamiento periódicos (mensual), donde se distribuyen la revisión de guías de práctica clínica existentes, generando metodología innovadores para la revisión de esta información, a través de mecanismos de enseñanza participativa, la cual fomenta la interacción entre pares, llevándolo a un enfoque constructivista.

El modelo entiende que como eje central de la propuesta valor, está el talento humano, por eso es importante fortalecer las relaciones entre el grupo interdisciplinario, mejorando la comunicación entre los diferentes actores, dado que esto se transforma en un pilar fundamental para materializar la estrategia de gestión del riesgo a través del desarrollo de habilidades blandas que incluyen comunicación efectiva, gestión emocional, propiciando el concepto de mente en crecimiento, temas cruciales para alinear los objetivos y cumplir las metas, esto es aplicable mediante espacios de conversación individuales o grupales, haciendo uso de herramientas proyectivas que facilitan las conexiones entre los diferentes profesionales.

Se definen un Ciclo de Gestión Educativa en el formato (F-CAL-CGE01), herramienta cíclica que permite generar un seguimiento continuo a los procesos de entrenamiento del talento humano, entendiendo que los planes de mejoramiento continuo garantizan que los profesionales estén actualizados, entregando así, una atención de alta calidad basada en evidencia.

**Figura 15.**

*Modelo Ciclo de Gestión Educativa como ruta de aprendizaje continuo.*



*Nota:* Fuente Autores del proyecto.

Este desarrollo constante no solo mejora las habilidades técnicas y el conocimiento, sino que también fomenta una actitud de aprendizaje permanente y adaptación a nuevas tecnologías y métodos, asegurando que los asegurados reciban el mejor cuidado posible y contribuyendo a la eficiencia y efectividad de la unidad de rehabilitación.

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

Por servicio. Modalidad de contratación y de pago en la cual se reconoce una suma por cada unidad de tecnología en salud suministrada a un afiliado para la atención de una condición individual de salud, de acuerdo con unas tarifas o precios previamente acordados. Terminológicamente reemplaza la denominación “por evento”. La unidad de pago es la tecnología en salud con la tarifa y/o precio convenido. En esta modalidad, además de los requisitos previstos en los modelos anteriores, en los contratos deberá pactarse lo siguiente:

1. Tecnologías en salud incluidas.
2. Tarifas y precios a ser aplicadas a las tecnologías en salud.
3. En la modalidad de contratación y de pago por servicio se podrá estipular el uso de protocolos y guías de atención.

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

El modelo de atención permite integrar diferentes aspectos que garantizan un proceso de atención en salud con propósito, en aras de la sostenibilidad en el cual se enfoca tanto en el factor financiero como el impacto en las personas, se define un mapa de seguimiento en control el cual se divide en 4 líneas principales, primero el área de gestión financiera en el cual se permite tener un panorama completos de los ingresos y los costos operativos, buscando obtener una rentabilidad superior al costo del capital, entregando beneficios que permitan la continuidad de la unidad de negocio.

Le prosigue el área de gestión del cliente donde se busca materializar la propuesta de valor a través de una conexión solida que permita entender las necesidades del cliente, por ende, se definen indicadores de satisfacción NPS, evaluación de adherencia al tratamiento en el cual se permea el nivel de fidelización, con los profesionales, la infraestructura y los procesos, además de la evaluación de su percepción frente a la oportunidad, evaluando así el acceso.

El análisis de los procesos garantiza una mirada amplia del funcionamiento de cada eslabón de la prestación, se define evaluar la eficiencia en el agendamiento, la calidad en la atención, tasa de atenciones, implementación de programas y políticas de seguridad del paciente y finalmente el seguimiento a los procesos de gestión tecnológica que permitan un tránsito adecuado de la información clínica y las intervenciones terapéuticas.

En la última área, se propende generar un seguimiento a los procesos de aprendizaje los cuales aportan al mejoramiento continuo, por ende, se vinculan seguimientos relacionados con Evaluación de competencias, percepción de satisfacción de los profesionales y las capacitaciones, entrenamientos y acompañamiento estipulados para el desarrollo de personas y equipos.

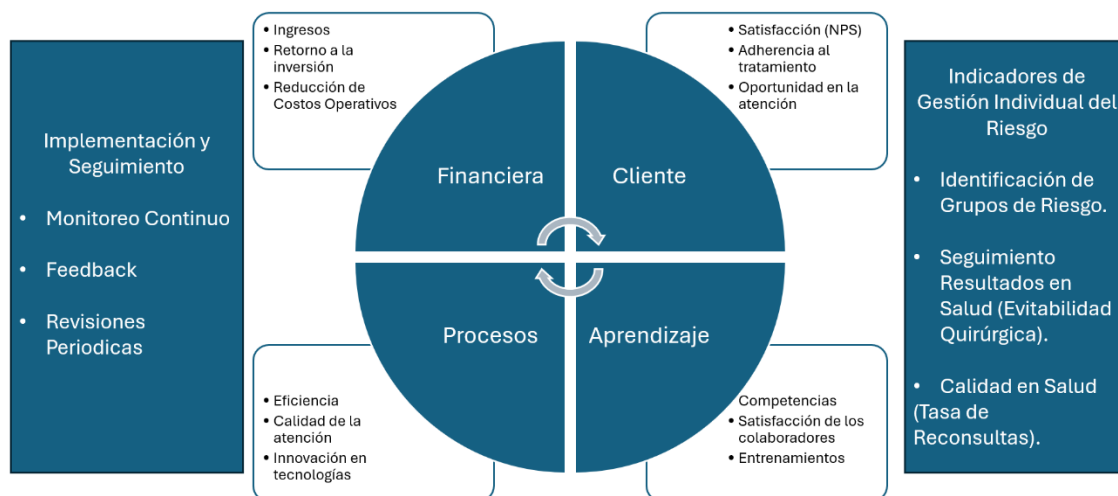
En los extremos de nuestro mapa de análisis, encontramos una columna del lado izquierdo que representan actividades transversales que abarca las 4 áreas a través del monitoreo continuo, generación de feedbacks, feedforwards y revisiones periódicas de los procesos con acompañamientos de auditoría interna.

Y en la columna del lado derecho, se definen el análisis de indicadores de gestión individual del riesgo en el cual se exponen grupos de riesgo que representan la clasificación de los usuarios según su nivel de riesgo clasificado en (alto, medio, bajo) fundamentando en factores como la edad, antecedentes y el diagnóstico médico, así mismo los indicadores de resultados en salud como la evitabilidad quirúrgica, las resolutividad a través de las altas terapéuticas, identificando aspectos claves como la movilidad, la fuerza el dolor, pero desde una mirada funcional, finalmente se suman los

indicadores que evalúan la calidad en salud donde se exponen la tasa de reingresos y la satisfacción del paciente con el tratamiento recibido.

**Figura 16.**

*Mapa de Seguimiento y Monitoreo de Procesos Rehabilitación.*



*Nota:* Fuente Autores del proyecto.



## 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Cuando se rehabilita con el propósito de brindar bienestar y salud, se ofrece atención segura y pertinente, donde se incorpora, con especial énfasis, la dimensión de la prevención y promoción en la atención a la salud, la participación del paciente, la responsabilidad compartida y la comunicación eficaz. Es así, como a partir de un servicio diferenciador se logra el acompañamiento y la personalización de los casos, a la vez que se desarrollan diferentes acciones terapéuticas encaminadas a facilitar la recuperación funcional, preservar y maximizar las necesidades psicofísicas del individuo, esto con el propósito de minimizar las restricciones en la participación social y laboral.

Después de profundizar en el portafolio de servicios y las herramientas tecnológicas disponibles, se evidencia viabilidad para garantizar la aplicabilidad de nuevos modelos de gestión del riesgo basados en procesos de automatización e inteligencia artificial, ya que son usados en otros procesos operativos y son homologables teniendo en cuenta ajustes mínimos para suplir las necesidades en rehabilitación física, esto proporcionan un valor agregado a la manera en que se ejecutan los procesos que acompañan la prestación salud, descentralizando acciones y proporcionando autonomía a cada servicio para seguir implementando estrategias novedosas a los modelos existentes.

El análisis de los modelos en sí, después de la implementación aporta información valiosa para desarrollar propuestas que contribuyan a la sinergia entre todos los actores del proceso de atención. Gracias a herramientas tecnológicas, se propende mejorar el modelo, con el fin de materializar resultados visibles, por ende se proyecta un incremento positivo en la oportunidad de atención de acuerdo al indicador propuesto en la tabla 8 (Alcance al modelo de rehabilitación), el cual contribuye a mejorar la equidad en salud, pasando de una medición inicial del 84% de ocupación en el cual se mueve el indicador dentro del proceso, a cumplir con un margen de entre 90% a 92% esperado, esto se logrará gracias al seguimiento, asignación y gestión de tareas que fortalecen las acciones disponibles para

gestionar el riesgo de una población, entregando facilitadores a los profesionales que lideran el acceso al programa. Estos ajustes traen consigo beneficios a largo plazo, mejorando la oportunidad en la asignación de citas, fortaleciendo la adherencia al tratamiento terapéutico, la pertinencia en las sesiones requeridas, la reducción de costos a la organización, el impacto en los días de incapacidad por limitación funcional con relación a una mejor evolución, el manejo óptimo de los recursos de tipo financieros esperando un incremento del 15% de los ingresos, con el fin de impactar en el indicador de margen neto operativo el cual se moviliza a través del aprovechamiento de las ineficiencias de la oferta y del tiempo ocioso determinado dentro de la operación, que finalmente se repercute en el mejoramiento de indicadores de siniestralidad por resultados que impactan en el costo como la evitabilidad quirúrgica, las reconsultas y el pago de incapacidades prolongadas, entregando experiencias diferenciales que favorecen el bienestar del asegurado y del asegurador.

Es importante tener en cuenta que la salud digital, es una hito que va a perdurar en el tiempo y es imperativo generar una transformación gradual de todos los procesos que faciliten la operación de los servicios y que permita fortalecer la propuesta de valor, por ende el modelo propuesto permitirá articular a la IPS hacia los 8 principios de la Organización Panamericana de la Salud para la transformación digital del sector salud, a partir de la digitalización y cambios culturales , implementación de principios rectores tales como conectividad universal, salud digital inclusiva, interoperabilidad e inteligencia artificial, con la intervención priorizada a una visión centrada en las personas, por ende se recomienda seguir fortaleciendo el talento humano mediante formación continua en temas de Inteligencia Artificial y mecanismos de automatización, asegurando que comprendan los beneficios al igual que las limitaciones.

El modelo se encuentra alineado a la nueva propuesta de la reforma de la salud en Colombia, contribuyendo a los objetivos de esta, con la premisa de generar una atención en salud a partir de su modelo preventivo y predictivo, que permitirá anticipar y generar dinámicas protectoras en salud;

sumado a la interoperabilidad que permite la salud digital, generando espacios de acceso y articulación con las rutas integrales e integradas de servicios de salud (RIISS).

Lo anterior servirá de referencia para instaurar proyectos en el sector salud en Colombia tanto en la parte pública, en primera instancia, entregando servicios de alta calidad que aporta fortaleciendo la aplicación y ejecución de la agencia digital de información en salud y el comité nacional de infraestructura de datos, lo que robustecerá el sistema público unificado e interoperable de información en salud, que propone la nueva reforma a la salud del país.

Se presenta a la IPS un modelo de atención preventivo, predictivo, concreto y viable, con gran capacidad de adaptación al actual modelo de la organización orientado a generar tanto resultados en salud satisfactorios como administrativos para la empresa.

El conocimiento aplicado proporciona una visión más integral de los modelos de atención, por tal razón, se debe propender mantener procesos de actualización constante, integrar los sistemas de Inteligencia Artificial de manera personalizadas, los cuales brindan mayor precisión en el momento de evaluar y diagnosticar las necesidades de rehabilitación en los usuarios.

Es importante seguir profundizando en temas de Automatización e inteligencia artificial, a través de análisis concienzudos de todas las opciones digitales que existen para promover la personalización de ejercicios en los programas de rehabilitación.

La personalización permite adaptar los ejercicios a las necesidades específicas de cada paciente, considerando tanto datos estructurados como no estructurados, que conectan factores importantes como el diagnóstico médico, niveles de funcionalidad, comorbilidades, meta y objetivos de tratamiento. Este enfoque no solo mejora la eficacia del tratamiento, sino que también aumenta la adherencia del paciente a los programas de rehabilitación, ya que se entregan planes específicos que se ajusta a sus capacidades y metas individuales impactando en resultados en salud como la resolutivez, evitabilidad

quirúrgica entre otros, minimizando las restricciones en la participación social, mejorando su calidad de vida en general.

De acuerdo con la Guía de la OMS de Rehabilitación 2030, que propone fortalecer el liderazgo en rehabilitación, se recomienda promover el desarrollo de habilidades administrativas en los Fisioterapeutas que intervienen en los modelos esto con el fin de fortalecer la capacidad para tomar decisiones efectivas en cada Institución Prestadora de Salud que vincule rehabilitación dentro de su portafolio, esto garantiza una optimización de los recursos y una adecuada gestión de procesos.

Continuar aplicando estrategias de educación, bienestar y autogestión empoderan a los usuarios, generando una mejora adherencia a los hábitos saludables y buenas prácticas de autocuidado, es importante fortalecer en el medio el diseño o desarrollo de aplicaciones y plataformas educativas basadas en IA que promuevan la autogestión de la salud y la prevención de las enfermedades de manera dinámica, intuitiva y resolutiva.

Implementar estas recomendaciones puede contribuir significativamente a la mejora de los servicios de rehabilitación física, asegurando una atención más eficiente, segura y centrada en el paciente, reduciendo costos, fortaleciendo la adherencia, entregando experiencias diferenciales y finalmente llevando a mejores resultados en salud.

Finalmente se recomienda integrar dentro del marco de la reforma a la salud, la implementación de modelos de rehabilitación innovadores, ya que es crucial asegurar una atención más coordinada, equitativa y personalizada, optimizando los recursos disponibles para mejorar los resultados de salud. Esto facilita un acceso equitativo a servicios de rehabilitación de calidad, promueve el uso eficiente de recursos, y asegura que las políticas y prácticas estén alineadas con los avances y mejores prácticas en salud pública.

## 8. REFERENCIAS

[Alvarado, L. \(2016\). Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente.](#)

[Revista médica de Chile, 269.](#)

[Alzate, C. C. \(2020\). Boletines Poblacionales: Personas con Discapacidad -PCD 1 Oficina de Promoción](#)

[Social I-2020. Obtenido de](#)

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines->

[poblacionales-persona](#)

[Arantón Areosa, L. \(2014\). Prescribir Links y Apps para empoderar a los pacientes. Asociación Nacional](#)

[de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea, 44.](#)

[Autio, E., & Llewellyn D. W., T. \(2014\). Innovation Ecosystems: Implications for Innovation Management.](#)

[En The Oxford Handbook of Innovation Management \(págs. 204-2028\). London: Oxford](#)

[University Press.](#)

[Baena Álvarez, C., Martínez, S., Ibatá, L., & Abella, P. \(17 de Mayo de 2018\). Medigraphic. Obtenido de](#)

[medigraphic: https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2018/amf183g.pdf](https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2018/amf183g.pdf)

[Burgos, E. A., Sepúlveda Zea, C., Hurtado Rivera, I., Restrepo Zuleta, J., & Jaramillo Torre, T. \(2023\).](#)

[Ausentismo laboral incapacidades medicas 2021. Medellín: Centro de Estudios Sociales y](#)

[Laborales de la Asociación Nacional de.](#)

[CIF Versión abreviada. \(2001\). En W. H. Organization, Clasificación internacional del funcionamiento, de](#)

[la discapacidad y de la salud \(págs. 11,12\). Grafo, S.A.](#)

[Congreso de Colombia. \(15 de Febrero de 2016\). Ley Estatutaria 1751. Obtenido de](#)

[minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

Congreso de la Republica. (16 de FEBRERO de 2015). *Ministerior de Salud y protección Social*. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

Coronado Ahumada, e. a. (2021). El valor agregado de la realidad virtual en tratamientos de rehabilitación muscular. Revisión de literatura. *Revista Lasallista de investigación*, 239-257.

Dilla, T., & et al. . (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Elsevier*, 342-348 .

Duque Guzmán, L., & Valencia Ríos, A. (21 de Octubre de 2021). *Revista CIES*. Obtenido de <http://revista.escolme.edu.co/index.php/cies/article/view/365:file:///C:/Users/up129/OneDrive/Escritorio/365-1077-2-PB.pdf>

EPS Sura. (s.f). *¿Quiénes somos?* Obtenido de EPS Sura: <https://www.epssura.com/corporativo-quienes-somos>

Grupo SURA. (12 de Mayo de 2019). *Seguros Sura*. Obtenido de Accionistas e inversionistas: <https://www.gruposura.com/sostenibilidad/grupos-de-interes/accionistas-e-inversionistas>

Grupo Sura. (11 de Marzo de 2022). *Historia SURA - Portafolio*. Obtenido de <https://www.gruposura.com/nuestra-compania/historia-sura/>

Grupo Sura. (13 de Junio de 2022). *Home regional de SURA - Portafolio de soluciones*. Obtenido de <https://www.sura.com/>

Hernández, Y. T., & Peñaloza Quintero, R. E. (2022). *Caracterización y cambios de la discapacidad a partir de los censos 2005 y 2018 en Colombia, una mirada desde los determinantes sociales de la salud*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/estudios-poscensales/12-Characterizacion-discapacidad-censos-200-2018-Colombia.pdf>.

Innos. (s.f de s.f de 2022). *Panorama del Ecosistema de Innovación en Colombia 2022*. Obtenido de [Instituto de Prospectiva e Innovación en Salud: https://www.innos.co/publicacion/Reporte-PINNOS-2022.pdf](https://www.innos.co/publicacion/Reporte-PINNOS-2022.pdf)

Klonoff, D. (2019). Behavioral Theory: The Missing Ingredient for Digital Health Tools to Change Behavior and Increase Adherence. *J Diabetes Sci Technol*, 276-281.

Lopez San Roman, A. (2006). ¿Adhesión al tratamiento, adherencia al tratamiento o cumplimiento del tratamiento? *Revista Clínica Española*, 414.

López-Romero, L. (2016). Adherencia al tratamiento, concepto y medición. *Scielo*, 117-137.

Ministerio de Salud y Protección social. (s.f de Junio de 2018). *Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (27 de Septiembre de 2019). *minsalud*. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf)

Nations, U. (2023). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de [https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023\\_Spanish.pdf?\\_gl=1\\*19pedn1\\*\\_ga\\*MTI5NzQ5MzI2Ni4xNzIxMjYzNjkx\\*\\_ga\\_TK9BQL5X7Z\\*MTczMTI2MzY5MC4xLjAuMTczMTI2MzY5NC4wLjAuMA..](https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf?_gl=1*19pedn1*_ga*MTI5NzQ5MzI2Ni4xNzIxMjYzNjkx*_ga_TK9BQL5X7Z*MTczMTI2MzY5MC4xLjAuMTczMTI2MzY5NC4wLjAuMA..)

OMS. (30 de enero de 2023). *Rehabilitación*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/rehabilitation>

Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007). *Revista médica de Chile*. Obtenido de *Psicología de la salud:Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica*:

<https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>

Peña Navarro, Y., & Castro Salas, M. (2010). *Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Revista Electronica de Enfermeria*, 1-14.

Ponce, G., & Pino, S. (26 de September de 2019). *Comportamiento de la enfermedad laboral en Colombia 2015-2017*. Obtenido de

<https://revista.fasecolda.com/index.php/revfasecolda/article/view/555>

Seguros Sura. (s.f de s.f de 2022). *Direccionamiento Estrategico 2022*. Obtenido de

<https://www.segurossura.com.co/somosura/Direccionamiento-Estrategico/2022.htm>

Vidal-España. (12 de 2007). *Identificación de tecnologías nuevas y emergentes. Atención Primaria*,. Obtenido de <https://doi.org/10.1157/13113954>

World Health Organization. (25 de Junio de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241515986>

World Health Organization. (18 de Agosto de 2021). *Estrategia mundial*. Obtenido de

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020924>:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344251/9789240027572-spa.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (18 de Agosto de 2021). *Global strategy on digital health 2020-2025*.

Obtenido de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020924>

World Health Organization. (30 de Enero de 2023). *World Health Organization*. Obtenido de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>



