

**Impacto financiero de la consulta médica domiciliaria Vs Costo de ocupación UCI,  
en población de riesgo Covid-19 de Coosalud S.A. EAPB – Popayán**



**Claudia Gineth Lúligo Salazar**

**William Giovanni Quiñones Sevilla**

**Universidad EAN**

**Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas**

**Maestría en Administración de Empresas de la Salud – MBA en Salud**

**Popayán – Cauca**

**2021**

**Impacto financiero de la consulta médica domiciliaria Vs Costo de ocupación UCI,  
en población de riesgo Covid-19 de Coosalud S.A. EAPB – Popayán**



**Claudia Gineth Lúligo Salazar**

**William Giovanni Quiñones Sevilla**

**Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Administración de  
Empresas de Salud**

**Director**

**Jorge Ernesto Ochoa**

**Universidad EAN**

**Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas**

**Maestría en Administración de Empresas de la Salud – MBA en Salud**

**Popayán – Cauca**

**2021**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del director del trabajo de grado

Bogotá, D.C. Día – mes - año

## Dedicatoria

A todos aquellos profesionales de la salud de primera línea y todo el grupo de colaboradores que en cumplimiento de su juramento hipocrático deben cuidar su propia salud brindando sus conocimientos al más alto nivel para salvar una vida, hasta la señora que les ofrece un café a estos ángeles que en las largas jornadas sienten desfallecer por el cansancio de los días y las noches interminables que se unen con un nuevo amanecer luchando por mantener vivo a un paciente contagiado de este mortal virus por el cual sus condiciones de salud lo llevaron a depender del acceso oportuno de los servicios de salud, esperando que la calidad de la atención intrahospitalaria mantengan latiendo su corazón confiando en la voluntad de Dios, un galeno y un respirador artificial.

A todos aquellos que cuidan en casa de sus padres, madres, hijos, familiares, amigos y que pese los riesgos de contagio brindan con toda su dedicación y esmero alimentos preparados con abundante dosis del mejor medicamento... *“el amor de la familia”*; estas personas quienes desde la calidez de la atención en casa suministran a tiempo las medicinas formuladas, apoyan una terapia respiratoria y luchan por la recuperación integral de su paciente apoyando indirectamente el sistema general de seguridad social en salud colapsado por las altas tasas de contagio.

## **Agradecimientos**

Gracias a Dios y a quienes prácticamente dan la vida por salvar otra vida.

... existen profesionales sin trabajo, existen profesionales que trabajan por necesidad, otros por mantenerse ocupados, pero existe quien ama lo que hace y lo hace con pasión a ellos nuestro agradecimiento y admiración, nuestras vidas dependen de Dios y los conocimientos de la humanidad.

Gracias a la Universidad EAN y a su equipo de colaboradores por la transmisión del conocimiento con capacidad resiliente, docentes empoderados y estudiantes enfocados en dar continuidad al aprendizaje sin barreras de tal manera que, a través de él, afrontando la realidad que ocasiono la pandemia por COVID 19, continuemos el proceso de consolidación como profesionales de alto nivel, con una sinergia entre capacidad cognitiva y relacional, asertividad y trabajo en equipo, aportando a la sociedad y al ámbito de nuestro futuro desempeño.

Gracias a Coosalud S.A. EAPB, por el acceso a la información requerida para el desarrollo del proyecto, y ...a nuestras queridas familias por su paciencia y comprensión por el tiempo que no pudimos dedicarles por estar en la búsqueda del fortalecimiento de nuestros conocimientos.

## Tabla de contenido

Resumen ejecutivo .....	11
Abstract .....	12
1. Introducción .....	13
1.1 Antecedentes del problema u oportunidad.....	13
1.2 Planteamiento del problema.....	22
2. Objetivos .....	25
2.1 Objetivo general.....	25
2.2. Objetivos específicos .....	25
3. Justificación .....	26
4. Marco de referencia .....	28
5. Marco institucional de la empresa .....	30
5.1 Objetivo general de la organización .....	30
5.2 Aseguramiento en salud.....	30
5.3 Finalidades de la organización.....	31
5.4 Estrategia corporativa .....	32
5.4.1 Organigrama .....	32
5.4.2 Misión .....	32
5.4.3 Visión.....	32

5.4.4 Objetivo aspiracional de Coosalud .....	33
5.4.5 Promesa de servicio grupo salud.....	33
5.4.6 Valores corporativos .....	33
5.4.7 Pilares de la política integral.....	33
6. Diseño metodológico .....	35
6.1 Población.....	36
7. Conclusiones .....	52
8. Referencias bibliográficas.....	56
Anexos .....	61
Anexo 1. Glosario de términos .....	61

## Lista de tablas

<i>Tabla 1.</i> Cifras Covid-19 Coosalud S.A. EAPB- Colombia.....	17
<i>Tabla 2.</i> Métricas Covid-19 en Colombia.....	17
<i>Tabla 3.</i> Casos confirmados y sospechosos de Covid19 en el periodo marzo a diciembre de 2020 en el departamento del Cauca .....	19
<i>Tabla 4.</i> Casos confirmados y sospechosos de Covid19 en el periodo enero a marzo 2021 en el departamento del Cauca .....	19
<i>Tabla 5.</i> Lineamientos, orientaciones y protocolos para prevención del Covid-19.....	23
<i>Tabla 6.</i> Priorización de grupos y definición del tipo de atención .....	37
<i>Tabla 7.</i> Registro de datos de usuarios .....	39
<i>Tabla 8.</i> Propuesta de valores techos de contratación .....	42
<i>Tabla 9.</i> Consolidado Mes Atenciones Domiciliarias Realizadas .....	43
<i>Tabla 10.</i> Modalidad domiciliaria tipo de atención (visita domiciliaria) .....	44
<i>Tabla 11.</i> Comparativo Tele Consulta y Visita Domiciliaria .....	45
<i>Tabla 12.</i> Tarifa máxima durante la emergencia sanitaria por Covid-19. ....	47
<i>Tabla 13.</i> Relación de costos promedio de atención.....	49
<i>Tabla 14.</i> Tabla de recolección de datos de pacientes .....	50
<i>Tabla 15.</i> Consolidado Mes pacientes hospitalizados UCI – UCINT – UCE COVID 19 Coosalud S.A. EAPB .....	50
<i>Tabla 16.</i> Impacto financiero de la consulta médica domiciliaria vs consulta hospitalaria .....	52
<i>Tabla 17.</i> Promedio de costos totales por modalidad de atención.....	53
<i>Tabla 18.</i> Relación de usuarios y costos promedio en UCI.....	54
<i>Tabla 19.</i> Diferencias entre hospitalización a domicilio y atención a domicilio.....	62



## Lista de gráficas

<i>Gráfica 1.</i> Casos confirmados Colombia.....	15
<i>Gráfica 2.</i> Casos de personas fallecidas en Colombia.....	16
<i>Gráfica 3.</i> Comparativo mensual.....	45

## Lista de figuras

<i>Figura 1.</i> Departamentos en los cuales la EPS Coosalud presenta población afiliada.....	18
<i>Figura 2.</i> Organigrama de la empresa Coosalud S.A. EAPB.....	32

## Resumen ejecutivo

Las deudas de los aseguradores con la red de servicios se ven incrementadas por causa de la pandemia generada por el Síndrome Respiratorio Agudo Severo, abreviado SARS-CoV-2 (del inglés *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) o COVID-19, y afectan la estabilidad financiera y patrimonial de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Por lo anterior, la presente investigación busca medir y demostrar el impacto económico y financiero de la atención médica domiciliaria en la población de riesgo COVID 19, frente a los costos generados por la atención hospitalaria UCI, estableciendo mediante comparativo de costos reales la relación costo-beneficio en un asegurador en el departamento del Cauca, siguiendo los lineamientos para la detección y manejo por parte de los aseguradores y prestadores de servicios de salud y enfocados en la implementación de las medidas de aislamiento de la estrategia PRASS nacional (Pruebas-Rastreo-Aislamiento-Selectivo Sostenible), conducente a la disminución de la transmisibilidad de la pandemia y en la contención del colapso de la capacidad hospitalaria en la región, con la posibilidad que adicionalmente cuente con un impacto positivo en la disminución de costos para el asegurador.

### Palabras Clave

Red de servicios, SARS -COV2 o COVID 19, pandemia, población de riesgo, impacto económico y financiero, atención domiciliaria, UCI, capacidad hospitalaria.

## **Abstract**

The debts of insurers with the service network are increased due to the pandemic generated by the Severe Acute Respiratory Syndrome SARS-CoV-2 (from the English *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) COVID19 and affect the financial and patrimonial stability of all the actors of the General System of Social Security in Health (SGSSS).

This research seeks to measure and demonstrate the economic and financial impact of home health care in the population at risk COVID 19, compared to the costs generated by ICU hospital care, establishing through a comparison of real costs the cost-benefit ratio in an insurer in the department of Cauca, following the guidelines for the detection and management by insurers and service providers of health and focused on the implementation of the isolation measures of the national PRASS strategy (Testing-Tracing-Selective Isolation Sustainable), leading to the reduction of the transmissibility of the pandemic and the containment of the collapse of hospital capacity in the region, with the possibility that it additionally has a positive impact on the reduction of costs for the insurer.

## **Keywords**

Service network, SARS -COV2 or COVID19, pandemic, population at risk, economic and financial impact, home care, ICU, hospital capacity.

## **1. Introducción**

### **1.1 Antecedentes del problema u oportunidad**

La humanidad forma núcleos de individuos que se organizan como comunidad y su proceso de socialización integra factores de convivencia y desarrollo económico político y social; sin embargo, el crecimiento de la sociedad se ve afectado de manera paralela con las enfermedades contagiosas que afectan a la humanidad con altas tasas de mortalidad que han arrasado civilizaciones en todo el planeta. La atención médica en todas las situaciones epidémicas o pandémicas descritas y analizadas en la literatura médica, política y social, ha sido y será un pilar cardinal para la comprensión y manejo de las mismas, en ella se ha buscado continuar aprendiendo cómo servir mejor a los pacientes, aun con el conocimiento de una realidad desbordante.

Históricamente, la consulta médica se ha caracterizado por desarrollar planes asistenciales que se aplican a enfermos con patologías determinadas que son atendidos de manera presencial con protocolos que definen la atención o cuidado que ha de recibir el enfermo, convirtiendo la consulta médica en una instancia de encuentro entre el médico y el paciente que representa una de las formas más antiguas de resolver los problemas de salud y la enfermedad de las sociedades, la cual incluye actividades detalladas realizadas por el profesional en medicina orientadas a la evaluación del estado de salud y de los factores de riesgo biológicos, psicológicos, sociales y culturales de la población enferma además del análisis de otros determinantes de su entorno , con el objeto de detectar precozmente circunstancias o patologías que alteren la salud del individuo. De esta manera, la consulta médica es uno de los escenarios

más frecuentes de la relación médico paciente, regido y vigilado por la Resolución N°2003 del 28 de mayo de 2014.

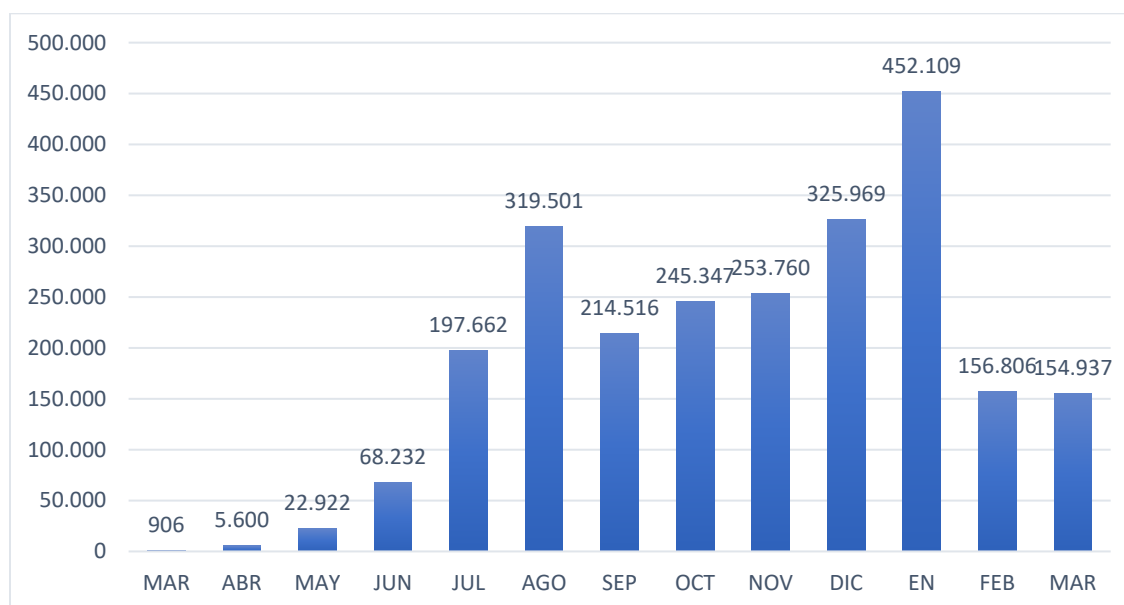
De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (2020), el nuevo coronavirus Covid-19 tuvo su origen en la ciudad de Wuhan, en China. A mediados del mes de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un conjunto de 27 casos de neumonía de origen desconocido, cuyos primeros síntomas se reportaron el 8 de diciembre con antecedentes similares de exposición a mercados de mariscos, pescados y animales vivos en la ciudad de Wuhan. Más adelante, en enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote, un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae*, que fue denominado “nuevo coronavirus” o COVID-19. Por similitud con otros coronavirus conocidos, se piensa que el COVID-19 se transmite principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo persona a persona. Baker et al. (como se citó en Instituto Nacional de Salud, 2020) estimaron que “el período de incubación medio de las infecciones por COVID-19 entre viajeros de Wuhan, China es de 5,8 días (4,6 – 7,9, IC 95%), con un mínimo de 1,3 a un máximo de 11,3 días” (p.2). Con respecto a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (como se citó en Instituto Nacional de Salud, 2020) emitió recomendaciones de protección personal contra la infección, así como para evitar el contagio de otras personas. En ese momento, se originó una alarma mundial al respecto de la aparición de una nueva enfermedad desconocida sin precedentes claros para la ciencia médica.

Desde el inicio de la pandemia, en el momento en el cual la OMS informó sobre el brote de la enfermedad en diciembre de 2019, las autoridades sanitarias de cada país informan diariamente cifras, las cuales alcanzaron a 31 de marzo de 2021, más de 128.173.020 de personas que habían contraído la enfermedad en el mundo, de los cuales han fallecido al menos 2.805.004

(Organización Mundial de la Salud, 2020). En Colombia se confirmó el primer caso del nuevo coronavirus Covid-19 el 6 de marzo de 2020 y, a partir de ese momento, el Gobierno Nacional inició una serie de medidas durante la fase de contención; más adelante, el 31 de marzo de 2020 se declara la fase de mitigación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, determinando así acciones adicionales para controlar la expansión de la pandemia. Un año después, a 31 de marzo de 2021, las estadísticas reportan que, en Colombia, se han contagiado 2.418.267 personas, se han recuperado 2.285.515 y han fallecido 63.603 personas aproximadamente; actualmente, existen 49.185 casos positivos activos de los cuales 28.124 se encuentran en el departamento del Cauca (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Teniendo en cuenta lo anterior, en la gráfica 1 se esquematiza el comportamiento por mes de la infección por COVID 19 en Colombia en relación con los casos confirmados en el año transcurrido desde el inicio de la pandemia hasta el mes de marzo de 2021.

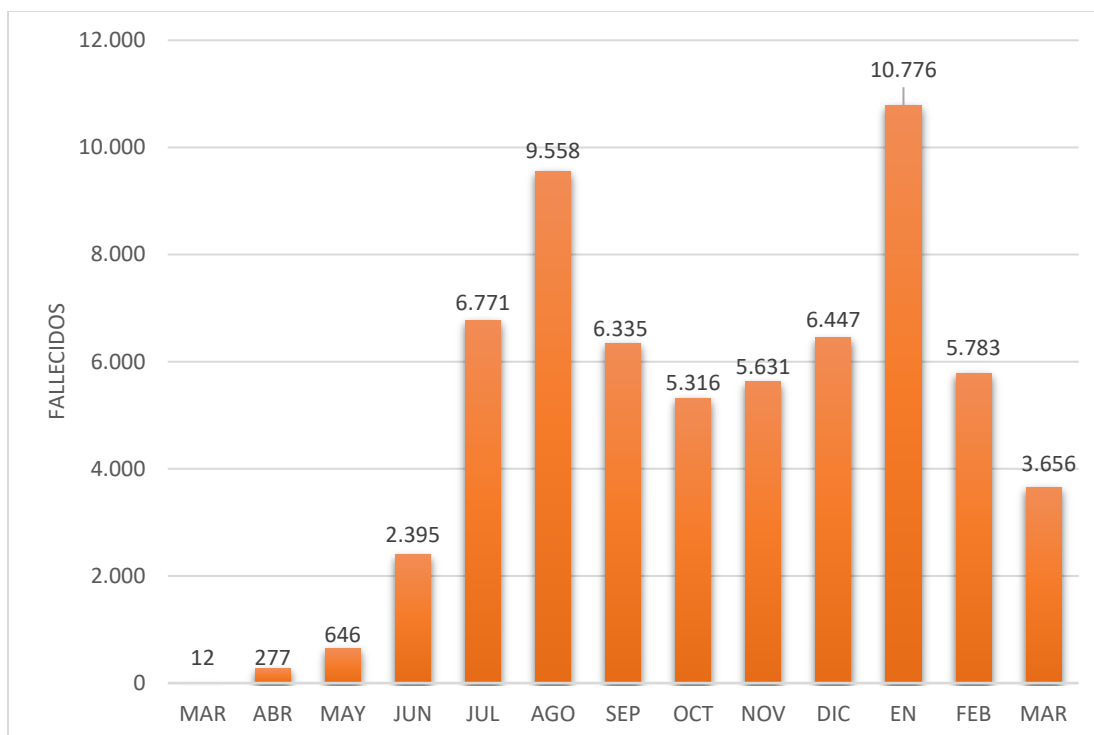
*Gráfica 1. Casos confirmados Colombia*



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2021).

En la gráfica 2 se esquematiza el comportamiento por mes de la infección por COVID 19 en Colombia con respecto a los casos de personas fallecidas en el año transcurrido desde el inicio de la pandemia hasta el mes de marzo de 2021

Gráfica 2. Casos de personas fallecidas en Colombia



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

A partir de lo anterior, en las tablas 1 y 2 se ilustran datos y métricas de comportamiento comparativos COVID19 de Coosalud en Colombia que permiten visualizar los casos confirmados, fallecidos, porcentaje de hospitalización general y hospitalización en unidad de cuidados intensivos UCI que aportan al desarrollo del proyecto.



Tabla 1. Cifras Covid-19 Coosalud S.A. EAPB- Colombia

<b>Resumen Confirmados INS Colombia</b>	
Confirmados Acumulados	2.418.267
Fallecidos	63.603
Confirmados Activos	113.026
Hospitalizados General UCE	11.890
Hospitalizados General UCI	2.995
<b>Resumen COVID- 19</b>	
Confirmados Acumulados	64.275
Fallecidos	2.601
Confirmados Activos	4.465
Hospitalizados General UCE	141
Hospitalizados General UCI	74

Fuente: Coosalud EPS, 2021.

Tabla 2. Métricas Covid-19 en Colombia

<b>Métricas Confirmados INS Colombia</b>	
Tasa de Contagio x 100.000 Co	4.137,2
KPI % Letalidad	2,8%
Hospitalizados General UCE Col	0,5%
Hospitalizados General UCI Col	0,1%
<b>Métricas COVID-19</b>	
Tasa de Contagio Coosalud	2.471
KPI % Letalidad	4,0%
Hospitalizados General UCE Coosalud	0,2%
Hospitalizados General UCI Coosalud	0,1%

Fuente: Coosalud EPS, 2021.

Figura 1. Departamentos en los cuales la EPS Coosalud presenta población afiliada

Departamento	Cobertura
Antioquia	ANT
Caldas	CAL
Bogotá	BO
Bolívar	BOL
Córdoba	COR
Sucre	SUC
Atlántico	ATL
Boyacá	BOY
Arauca	ARA
Casanare	CAS
Cauca	CAU
Valle del Cauca	VAC
Chocó	CHO
Nariño	NAR
Quindío	QUI
Risaralda	RIS
Caquetá	CAQ
Amazonas	AMA
Guainía	GUA
Guaviare	GUV
Vaupés	VAU
Putumayo	PUT
Cundinamarca	CUN
Meta	MET
Vichada	VID
Magdalena	MAG
Cesar	CES
La Guajira	LAG
Santander	SAN
Norte de Santander	NSA
Tolima	TOL
Huila	HUI



Fuente: Coosalud S.A. EAPB

En el Departamento del Cauca Coosalud S.A EAPB hace presencia desde octubre de 2019 y actualmente cuenta con 5.000 afiliados en los regímenes contributivo y subsidiado con un crecimiento poblacional progresivo; aun a pesar del peso porcentual actual en el departamento,

su comportamiento durante la pandemia ajustado a la métrica comportamental COVID 19 Coosalud nacional, permite que las conclusiones que se deriven del análisis de este estudio puedan ser entendidas no solo en la EAPB a nivel del país sino que también es aplicable a otras aseguradoras.

El comportamiento de la infección por virus de la SARS Cov2 en Coosalud en el Cauca, se detalla en las tablas 3 y 4, a continuación:

*Tabla 3.* Casos confirmados y sospechosos de Covid19 en el periodo marzo a diciembre de 2020 en el departamento del Cauca

<b>Confirmados Covid19 Coosalud</b>			<b>Sospechosos Covid19 Coosalud</b>		
<b>Con seguimiento</b>	<b>Sin seguimiento</b>	<b>Total</b>	<b>Con seguimiento</b>	<b>Sin seguimiento</b>	<b>Total</b>
457	7	464	359	6	365

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de las bases de datos de Coosalud, 2021.

*Tabla 4.* Casos confirmados y sospechosos de Covid19 en el periodo enero a marzo 2021 en el departamento del Cauca

<b>Confirmados Covid19 Coosalud</b>			<b>Sospechosos Covid19 Coosalud</b>		
<b>Con seguimiento</b>	<b>Sin seguimiento</b>	<b>Total</b>	<b>Con seguimiento</b>	<b>Sin seguimiento</b>	<b>Total</b>
92	12	104	98	7	105

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de las bases de datos de Coosalud, 2021.

El comparativo presentado describe un marcado incremento de los casos confirmados en el año 2021 a corte de marzo en la población afiliada, de acuerdo con el incremento de la tasa del

contagio nacional y de la región para el primer trimestre del 2021, pues se presenta un número de casos confirmados muy por encima de los presentados en el primer semestre de 2020 de inicio de la pandemia en la que en el Cauca solo se registraban 6 casos confirmados y reportados durante los primeros meses del año anterior.

Normativamente, el país ha generado múltiples actos como la Resolución número 385 del 12 de marzo de 2020 emitida por el Ministerio de salud y Protección Social la cual declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y adopta medidas especiales para hacer frente al virus. Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social (2020), a través del Lineamiento para la Detección y Manejo de casos por los Prestadores de Servicios de Salud, frente a la introducción del SARS-CoV-2 (COVID-19) a Colombia, se propuso “establecer la ruta para la atención, detección, diagnóstico y tratamiento del caso por los Prestadores de Servicios de Salud. Este procedimiento podrá ser actualizado con base en las recomendaciones que emita la Organización Mundial de la Salud - OMS.” También se encuentra establecida la Circular Externa 000005 del 27 de marzo de 2020, de la Superintendencia Nacional de Salud, que brinda información para orientar la adopción e implementación de medidas por los actores del sistema y los organismos nacionales, para atender y mitigar el impacto del evento, especialmente en lo relacionado con la garantía de la prestación de los servicios de salud de la población en general.

De esta forma, y para dar continuidad a la estrategia establecida por el Gobierno Nacional para enfrentar la pandemia por el COVID-19, el Estado estableció el Decreto 538 de 2020 por el cual se adoptaron medidas para el sector salud con el fin de contener la pandemia por COVID - 19 y garantizar la prestación de los servicios de salud en el marco del estado de emergencia económica, social y ecológica. La sostenibilidad de clínicas y hospitales durante la pandemia se

convirtió en un reto al debido a la obligatoriedad de cumplir la normatividad y directrices del nivel estatal y, en algunos casos, cerrar áreas clínicas y servicios, o aplazar actividades y procedimientos como los quirúrgicos programados o ambulatorios, que representan no solo disminución de ingresos operativos al sector sino la consecuente disminución de planta de personal y otras afectaciones importantes al sistema, dado el confinamiento preventivo obligatorio decretado en contención de la pandemia.

En contraste y como era de esperar, durante el inicio de la pandemia por SARS Cov2 se elevó la demanda de consulta e ingresos en el ámbito hospitalario y los servicios de unidades de cuidados intensivos e intermedios por lo que fue necesario fortalecer y organizar los servicios de salud para garantizar los derechos fundamentales a la vida y la salud. En dicho contexto, para dar cobertura a la atención en salud de la población en confinamiento preventivo, se estableció la Resolución 521 del 28 de marzo de 2020, que plantea la Ley 1751 de 2015 la cual regula el derecho fundamental a la salud y dispone en el artículo 5 que “el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en conexidad con la vida”.

De acuerdo con la resolución 521 de 2020, se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria del grupo de población considerado como de riesgo en aislamiento preventivo, se establecen las modalidades de atención en domicilio buscando evitar desplazamientos y aglomeraciones (principal factor de contagio) para contribuir al éxito en el manejo de la disponibilidad de infraestructura hospitalaria y de esta manera lograr afrontar la pandemia. Se plantea entonces las atenciones en modalidad de consulta domiciliaria, tele consulta o telesalud, telemedicina y otros detallados adicionalmente en la Resolución 2654 de 2019 por la cual “se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país...”.

Por lo anterior, este proyecto busca medir el impacto económico y financiero de la atención médica domiciliaria para el asegurador Coosalud S.A EAPB, en la medida en que pueda establecer la relación costo-beneficio de la misma, aportando en las medidas de aislamiento de la estrategia PRASS nacional (Pruebas-Resultados-Aislamiento-Sostenibilidad), en la disminución de la transmisibilidad de la pandemia y en la contención del colapso de la capacidad hospitalaria en la región, con la posibilidad que adicionalmente cuente con un impacto positivo en la contención y/o disminución de costos para el asegurador.

## **1.2 Planteamiento del problema**

En el marco de las medidas tomadas para la contención de la epidemia ocasionada por el Coronavirus COVID-19 debe garantizarse el goce efectivo del derecho a la salud a toda la población residente en la República de Colombia, lo cual incluye la atención integral, oportuna y de calidad de las necesidades que surjan o existan en servicios ambulatorios. Por lo anterior, y teniendo en cuenta que durante el aislamiento preventivo ordenado se limitó el acceso a los servicios de salud, fue necesario dar continuidad a los tratamientos requeridos para el adecuado control de las patologías crónicas de base y demás acciones orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, exigiendo a los actores del sistema adaptar los mecanismos de provisión de estos servicios a las condiciones particulares creadas por la pandemia.

Es evidente que la población de adultos mayores presenta una mayor vulnerabilidad a los efectos del virus, así como aquellos que padecen una condición crónica de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, con una letalidad mayor a la de otros grupos poblacionales, lo cual requiere enfoques de atención y cuidados diferenciales centrados en la

persona y sus familias o red de apoyo más cercana, razón por la cual, la Resolución 521 del 28 de marzo de 2020 en su artículo 1 tiene como objetivo:

Definir el proceso de atención de la población con indicación de aislamiento preventivo, con énfasis en población con 70 años o más o con condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID-19. (p.4)

En este orden de ideas se plantean desde el Ministerio de Salud y Protección Social (2021) los lineamientos, orientaciones y protocolos para prevenir la transmisión cruzada en instituciones de salud mediante las acciones descritas en la tabla 5.

*Tabla 5.* Lineamientos, orientaciones y protocolos para prevención del Covid-19.

1. Fortalecimiento de atenciones en salud por telemedicina y telesalud en el marco de la emergencia por la pandemia SARS-CoV-2 (COVID-19) EAPB Prestador
2. Atención domiciliaria para población en aislamiento preventivo. EAPB Prestador
3. Atención domiciliaria a pacientes con mayor riesgo de complicación (adultos mayores, inmunodeprimidos, patologías crónicas, entre otras) con la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19). EAPB Prestador
4. Implementación de suministro de medicamentos en el domicilio a población en aislamiento preventivo o paciente con infección leve por SARS-CoV-2 (COVID-19) EAPB

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

La evidencia actual sugiere entonces que, ante la propagación de persona a persona, la utilización de la telesalud y la telemedicina para el seguimiento o atención en el domicilio de

pacientes en aislamiento o con infección confirmada de COVID-19, se convierte en una alternativa para poder frenar la propagación de este virus de gran transmisibilidad.

En este orden y de acuerdo a lo anteriormente planteado, se debe recordar que es responsabilidad de las Entidades Territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública y privada o mixta, incluidos los regímenes de excepción o adaptados y demás que tengan por responsabilidad la promoción de la salud, prevención de la enfermedad diagnóstico tratamiento rehabilitación y paliación y muerte digna, el aseguramiento y el agenciamiento salud-enfermedad de la población afiliada, estableciendo mecanismos que garanticen la continuidad de la atención en salud de los pacientes en su domicilio. Con lo anterior se busca mantener el aislamiento preventivo para este grupo poblacional como estrategia para la contención de la transmisibilidad del virus; además, la consulta médica y entrega domiciliaria de medicamentos para la población establecida como de riesgo (adultos mayores de 70 años y paciente de cohortes de enfermedades de alto costo como Cáncer, VIH, Hemofilia), cobra vital importancia en el cumplimiento de la normatividad establecida frente al manejo de la pandemia.

En virtud de lo anterior, para el desarrollo de esta revisión y análisis se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es el impacto financiero para el asegurador, de la implementación de la atención médica domiciliaria a población de riesgo establecida frente al costo de ocupación UCI de dicha población por la pandemia Covid-19?



## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivo general

Determinar el impacto financiero, para el asegurador, de la implementación de la atención médica domiciliaria a población de riesgo definida, frente al costo de ocupación UCI de dicha población por causa de la pandemia COVID19.

### 2.2. Objetivos específicos

Identificar la población de estudio, catalogada como de riesgo para el SARS COV 2, del asegurador Coosalud SA EAPB en el municipio de Popayán.

Obtener el grupo de pacientes objeto del análisis con información obtenida de las bases de datos actualizadas del asegurador.

Determinar un prestador contratado por el asegurador y cuantificar el volumen de consultas médicas domiciliarias realizadas por la IPS contratada para la población de riesgo durante la vigencia comprendida entre el inicio de la pandemia y el 31 de diciembre de 2020

Establecer el costo de las consultas médicas en las modalidades de atención domiciliaria, realizadas por el prestador en el periodo de tiempo planteado.

Determinar el costo paciente / UCI de acuerdo con las estancias hospitalarias promedio establecidas para el manejo de SARS COV 2 en un prestador hospitalario.

Determinar si existe contención de costos que la atención domiciliaria ofrece para el asegurador teniendo en cuenta la disminución de ingresos UCI de la población objeto.

### 3. Justificación

Como respuesta a la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) frente al COVID19, Colombia declara la emergencia sanitaria desde la Presidencia de la república en el marco de la contención, lo que implica reorganizar las estrategias y tácticas de acciones realizadas en el aseguramiento y la red de prestadores que garanticen la atención integral de los adultos mayores, pacientes con patologías crónicas y/o de cohortes acorde con los grupos de atención priorizados por la Resolución 521 de 2020 y la Ruta de atención y entrega de medicamentos para los mismos frente a la emergencia sanitaria por COVID19.

En este orden de ideas, la normatividad establecida es de estricto cumplimiento para las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud) y las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios) que han desarrollado estrategias para el despliegue del ejercicio involucrando procesos que van desde la contratación en salud hasta la instauración de protocolos y procedimientos asistenciales para la adecuada prestación de las modalidades de atención establecidas, con la estructura de costos respectiva para las mismos.

Así las cosas, todos los aseguradores en salud deben garantizar la prestación de los servicios acorde a lo planteado con la estructura de costos respectiva con el objetivo de evitar el contagio y la complicación hospitalaria de la población de riesgo; no obstante, dada la aparición súbita de la pandemia, no existen análisis de tendencias económicas del sector salud al respecto del comportamiento de la misma, ni análisis del mercado frente a las modalidades de atenciones ambulatorias establecidas por normatividad y adicionalmente, hasta el momento, ninguna de las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) o aseguradores han establecido un análisis de costos comparativos de la atención domiciliaria establecida frente a los costos que estos usuarios

hubieran generado en unidades de cuidado intensivo UCI en el ámbito hospitalario, de no haberse establecido la estrategia de manejo preventiva.

Finalmente, es importante mencionar que el estudio presentado para el desarrollo del proyecto propuesto está enmarcado en:

Campo de investigación: Emprendimiento y gerencia.

Grupo de investigación: grupo de gerencia en las grandes, pequeñas y medianas empresas- G3Pymes.

Línea de investigación: innovación para la sostenibilidad de las organizaciones.

#### 4. Marco de referencia

El Decreto 538 del 12 de abril de 2020 promulgado por el Ministerio de Salud y Protección Social, adoptó medidas para el sector salud con el fin de contener, mitigar la pandemia por COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud en el marco del estado de emergencia económica, social y ecológica. En este orden de ideas, corresponde a todos los actores del sistema de salud en Colombia, como Entidades Promotoras de Salud o Empresas Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) de los regímenes contributivo y subsidiado de salud, las Entidades Adaptadas, las Administradoras de Riesgos Profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y los Prestadores de Servicios de Salud (IPS), bajo el liderazgo y control de los entes territoriales, acogerse a los lineamientos que se han generado desde el orden Nacional, que buscan articular a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo los principios de subsidiariedad, complementariedad, concurrencia y unidad en procura de evitar, contener o mitigar los posibles efectos que ocasione la situación de pandemia Covid19 en el país.

El Estado adicionalmente adopta medidas de contención para “aplanar” la curva de contagios, como el distanciamiento social o cuarentena, sin embargo, los costos económicos y los efectos en el tiempo para el sector son bastante elevados, razón por lo cual en la búsqueda de un equilibrio contractual y un adecuado flujo de recursos, el Ministerio de Salud y Protección Social establece mediante Resolución 914 de 2020 el valor de referencia que las EPS deben pagar a las IPS por servicios UCI para la atención de pacientes con Covid-19 en los eventos en que no exista acuerdo entre la EPS a la que está afiliado el usuario y el hospital o IPS privada que brinda estos servicios.

Nuestro análisis y desarrollo del proyecto focaliza el actuar en el proceso de atención ambulatoria de la población establecida como grupo de riesgo y con indicación de aislamiento preventivo durante la emergencia sanitaria por Covid-19 de acuerdo con la Resolución 521 de 2020 y se plantean las atenciones en modalidad de consulta domiciliaria, tele consulta o tele salud, telemedicina y otros basados en la Resolución 2654 de 2019 como:

Una medida para fortalecer el aislamiento social, garantizar el acceso, mitigar las posibles saturaciones de la capacidad instalada e insuficiencia de talento humano en salud de los prestadores de servicios de salud, proteger a los grupos de mayor riesgo y prevenir la transmisión del virus. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p.363)

Además del fortalecimiento de la capacidad de respuesta hospitalaria, lo cual incluye la gestión para la contención y disponibilidad de las camas de Unidad de Cuidado intensivo (UCI), Cuidado Intermedio y las camas hospitalarias por la alta demanda de las mismas con el avance de la pandemia por Covid-19. En virtud de lo anterior cobra entonces importancia el análisis de costos e impacto financiero de los procesos de atención definidos en los ámbitos ambulatorio y hospitalario comparativamente establecido.

## **5. Marco institucional de la empresa**

La entidad en la cual se desarrolla el estudio es una Empresa Promotora de Salud COOSALUD S.A EAPB de orden nacional, con cobertura en el departamento del Cauca, la cual cuenta con un equipo humano competente, infraestructura adecuada y tecnología apropiada comprometidos con la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes, asegurando la sostenibilidad financiera de la institución. La empresa cuenta con 25 años de experiencia en la atención a 2,7 millones de usuarios, en 227 oficinas, 739 clínicas y hospitales, y 2.349 médicos que respaldan los servicios de salud.

### **5.1 Objetivo general de la organización**

El objetivo general de la organización es promover un mejor estado de salud de los afiliados mediante la aplicación de técnicas de aseguramiento en salud.

### **5.2 Aseguramiento en salud**

Entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que Coosalud S.A. EAPB asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los planes de beneficios.

### **5.3 Finalidades de la organización**

**Los afiliados.** Propiciar la buena salud de los afiliados dentro de las competencias legales del servicio público delegado en el aseguramiento

**La red prestadora de servicios.** Brindar asistencia técnica a los prestadores de servicios contratados para mejorar la calidad de la atención de los afiliados.

**Los entes territoriales.** Atender de manera diligente las responsabilidades del servicio público delegadas mediante los compromisos adquiridos en el marco legal del régimen subsidiado.

**Los trabajadores.** Promover el desarrollo humano y profesional de los trabajadores generando un buen clima organizacional que propenda hacia una buena calidad de vida de sus familias, conservación del medio ambiente y una buena atención de los usuarios y clientes.

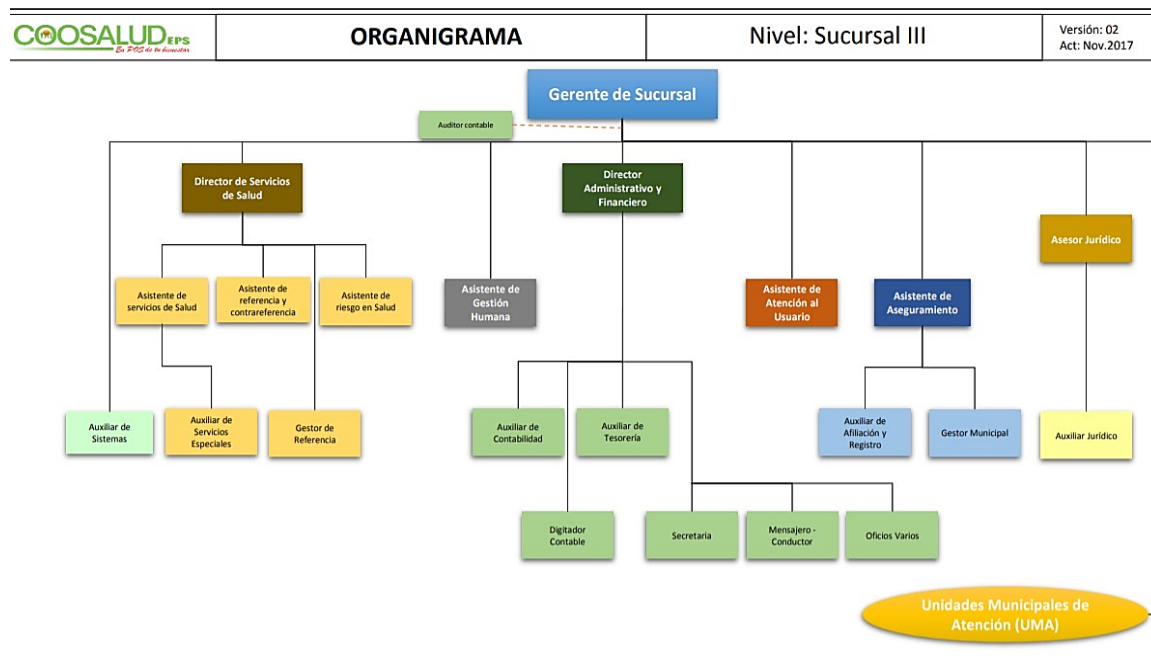
**La organización cuenta con tres niveles organizacionales:**

1. El nivel central o nacional
2. El nivel regional conformado por las sucursales y agencias
3. El nivel local que comprende las Unidades Provinciales de Atención al Usuario (UPA) y las Unidades Municipales de Atención al Usuario (UMA) y las sucursales departamentales de las cuales hace parte la sede Cauca. (Coosalud S.A. EAPB, 2017)

## 5.4 Estrategia corporativa

### 5.4.1 Organigrama

Figura 2. Organigrama de la empresa Coosalud S.A. EAPB



Fuente: Coosalud. S.A. EAPB Versión 02. Actualizado noviembre de 2017.

### 5.4.2 Misión

“Somos la organización en la que puedes confiar tu salud para generarte bienestar”.

(Coosalud S.A. EAPB, 2017).

### 5.4.3 Visión

“En el 2025 ser un conglomerado empresarial y solidario, multilatina, con rentabilidad económica y social”. (Coosalud S.A. EAPB, 2017).



#### ***5.4.4 Objetivo aspiracional de Coosalud***

“Ser una de las empresas con mayor reputación corporativa de Latinoamérica”.

(Coosalud S.A. EAPB, 2017).

#### ***5.4.5 Promesa de servicio grupo salud***

“Nuestra promesa es evitar que te enfermes, y si llegaras a enfermarte, te llevaremos oportunamente a los servicios de salud, con una red de calidad y un trato humanizado”.

(Coosalud S.A. EAPB, 2017).

#### ***5.4.6 Valores corporativos***

“Calidad humana, Transparencia, Compromiso social y ambiental, Respeto”. (Coosalud S.A. EAPB, 2017).

#### ***5.4.7 Pilares de la política integral***

“Calidad, Seguridad y salud, Medio ambiente”. (Coosalud S.A. EAPB, 2017).

La primera condición para COOSALUD S.A. EAPB, es considerar una política aplicable a los procesos de desarrollo institucional de la mano con su respectiva red, e integrándola en la Política y los Objetivos Estratégicos de la empresa, descritas en los procesos nombrados anteriormente. Se involucran las siguientes actividades:

*Gestión del riesgo en salud:*

- Caracterizar el riesgo en salud.
- Desarrollar programas de intervención del riesgo.
- Intervenir el riesgo en salud. (Coosalud S.A. EAPB, 2017).

- Hacer seguimiento a los programas de intervención del riesgo.

*Gestión de la recuperación en salud:*

- Planear la red de servicios.
- Contratar la red de servicios.
- Realizar la referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Tramitar los servicios no incluidos en el POSS y objeto de recuperaciones.
- Auditar los Servicios de Salud.
- Seguimiento y control de la prestación de servicios de salud. (Coosalud S.A. EAPB, 2017).

## 6. Diseño metodológico

El sector de la Salud en Colombia presenta de manera incipiente un referente financiero del costo de la atención médica domiciliaria para pacientes con mayor riesgo de conformidad con la normatividad legal vigente. Los análisis iniciales de costos comparativos entre la visita domiciliaria a la población en riesgo, y los consumos en UCI de esta población, deben proyectar los impactos financieros y la fluctuación de costos que se generan en los aseguradores que garantizan la atención domiciliaria.

La pregunta en la cual sintetizamos el problema de investigación es: ¿cuál es el impacto financiero, para el asegurador, de la implementación de la atención médica domiciliaria a la población de riesgo establecida, frente al costo de ocupación UCI de dicha población por la pandemia COVID 19?; con la claridad del problema a investigar, a continuación, se relaciona la metodología utilizada para abordarlo.

La investigación se realiza con base en un estudio de análisis y comparación de costos de una población en condiciones específicas en atención domiciliaria por parte de un prestador de servicios vs el volumen de población de las mismas características que sufrieron contagio por el virus COVID 19 y requirieron manejo hospitalario en Unidad de Cuidados Intensivos UCI.

La metodología implementada es mixta, la cual, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014) se trata de un conjunto de procedimientos sistemáticos a través de los cuales se recolecta información de tipo cuantitativo y cualitativo, integrando los datos en conjunto para el análisis y la comprensión del fenómeno de forma integral; lo anterior quiere decir que es una secuencia de procesos cualitativos y cuantitativos, en los cuales se muestra de manera lógica, ordenada y analítica la secuencia de los acontecimientos ocurridos desde el inicio de la pandemia

por el Covid19 en Colombia y la EAPB seleccionada para el estudio, donde a partir del conocimiento, la observación de la realidad de los hechos acontecidos y la obtención y análisis cuantitativo de las bases de datos obtenidas de los prestadores de atención domiciliaria en consulta médica y atenciones hospitalarias en UCI contratadas por la EAPB, ofrecen resultados e información que permite realizar interpretaciones y conclusiones importantes que dan respuesta a la pregunta de investigación.

En coherencia con lo anterior, la secuencia metodológica es la siguiente:

### **6.1 Población**

Para la obtención de la información del universo poblacional a estudio objeto de análisis, se tomaron los datos reales de la EAPB seleccionada para la realización del proyecto, Coosalud S.A. EAPB la cual planteó una estrategia de manejo en el marco de la Resolución 521 de 2020; al interior de la compañía se estableció el cuidado de una población mayor de 60 años; para efectos académicos se tomaron los riesgos según la norma así:

- Población mayor de 70 años.
- Patologías crónicas: HTA, Diabetes y riesgo cardiovascular.
- Población de cohortes; VIH, Hemofilia, enfermedad renal.

En las cohortes en las cuales la atención debe ser presencial, como los pacientes renales, con cáncer, maternas o pacientes que no se encuentren controlados, se establecen medidas para evitar las aglomeraciones y se programaron pocos casos en días especiales por parte de las IPS.

La estrategia planteada por COOSALUD EPS tuvo como objetivo definir el alcance del proceso de atención de la población con indicación de aislamiento preventivo durante la emergencia sanitaria por Covid19, para la atención ambulatoria de la población en aislamiento

preventivo y establecer el ámbito de aplicación de la misma según grupos de riesgo acorde con la resolución en mención, así las cosas, la organización priorizó los grupos y definió el tipo de atención requerido para cada uno de ellos, como se muestra en la tabla 6.

*Tabla 6. Priorización de grupos y definición del tipo de atención*

	<b>Grupo</b>	<b>Tipo de atención</b>	<b>Medio</b>
<b>Grupo 1</b>	Personas en aislamiento preventivo que realizan demanda espontánea por morbilidad general, en especial Mayores de 70 años o con patología crónica de base	*Atención telefónica *Medios Virtuales *Atención Domiciliaria	Orientadores Contac Center IPS Domiciliaria
<b>Grupo 2</b>	Personas con patología de base controlada y riesgo bajo tales como: HTA, Diabetes Mellitus Enfermedad Renal crónica Estadios 1,2,3 EPOC o asma controlada VIH en cumplimiento de metas TBC y Hepatitis C, controlados y adheridos al Tratamiento Otras condiciones crónicas en cumplimiento de metas	*Seguimiento telefónico *Despacho de medicamentos a domicilio *Medios Virtuales *Atención Domiciliaria	Orientadores Contac Center Farmacia IPS Domiciliaria
<b>Grupo 3</b>	Personas con patología de base NO controlada o riesgo medio o alto y Gestantes Todas las patologías mencionadas en el grupo 2 Insuficiencia cardíaca Cáncer sin manejo activo AR con evidencia de actividad Gestantes	*Despacho de medicamentos a domicilio *Telesalud *Atención Domiciliaria	IPS de Riesgos Bajo IPS Domiciliaria Farmacia

Fuente: Tomado de lineamientos Coosalud S.A. EAPB Covid19, 2020.

De acuerdo con lo anterior se definen las siguientes consideraciones:

*Grupo poblacional 1 y 2:* Para estos grupos se hará seguimiento (planeando acciones) telefónico y/o tele orientación en salud por medio del equipo de orientadores y del back COOSALUD S.A. EAPB. Disponer de equipos multidisciplinarios para realización de la

atención domiciliaria teniendo en cuenta la necesidad de garantizar la atención a toda la población mayor de 70 años con patología crónica de base afiliada a COOSALUD S.A EAPB. La organización enfatiza en que, es necesaria la realización de la atención domiciliaria en todas las condiciones que requieran sus afiliados, ya que el seguimiento telefónico o virtual no exime de la realización de esta.

*Grupo poblacional 3:* Las IPS que actualmente manejan estas cohortes de riesgo priorizadas que se describen en la Resolución 521 de 2020, deben garantizar la atención de los pacientes bajo la modalidad presencial o domiciliaria, para lo cual deberán asumir el traslado respectivo si lo requiere. Priorizando para atención domiciliaría aquellos de riesgo extremo. Cabe resaltar en este grupo priorizado que, para el caso de pacientes descompensados, no se permitirá el manejo por telesalud y que, de igual manera, a todas las gestantes se les deberá priorizar la atención en domicilio en modalidad presencial.

En este orden de ideas para la construcción de la herramienta para la recolección de datos, se revisó la información de la población actualizada de los usuarios afiliados a Coosalud S.A EAPB desde la declaratoria de inicio de la pandemia en marzo de 2020 hasta el 31 de diciembre del mismo año en el municipio de Popayán, identificando los correspondientes a los grupos priorizados por la EAPB; posteriormente se obtiene la base de datos mediante la consolidación de la información suministrada por parte de la IPS contratada por la EAPB para realizar la atención domiciliaria. Esta información fue necesaria para el levantamiento de evidencias de las atenciones realizadas en la modalidad de consulta domiciliaria o tele consulta, acorde a la atención requerida según la necesidad del usuario. Los datos se obtienen entonces de las bases de datos reales utilizadas por la IPS en el proceso de atención que contiene información detallada del usuario, datos de contactos telefónicos y dirección de residencia, tipo de atención

solicitada e incluso relaciona los números de autorización con los cuales la EAPB garantiza la cobertura y facturación posterior del servicio solicitado al usuario.

En este sentido, en la tabla 7, se visualizan los ítems sin diligenciar, que son requeridos para proyectar las estadísticas para el análisis y control de la información que se recolecta en el proceso.

*Tabla 7. Registro de datos de usuarios*

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	Nro. ID	Régimen	Dirección	Teléfono afiliado	Solicitud modalidad domiciliaria TC / VD	Fecha	Códigos autorización	Observación Coosalud Popayán	Observación IPS Osteosalud
Paciente riesgo 1												
Paciente riesgo 2												
Paciente riesgo 3												
Paciente riesgo 4												

Fuente: Bases de datos Ips OSTEOSALUD, 2020.

Se adjunta el cuerpo de la tabla para tratar de esbozar la estructura de la base de datos real de registro de usuarios que se maneja entre COOSALUD EPS y la IPS OSTEOSALUD para el despliegue de la estrategia de consulta en modalidad domiciliaria; en ella se registran los usuarios de los grupos priorizados a los cuales la EPS solicita se realicen los tipos de atención en teleconsulta o visita domiciliaria con autorizaciones gestionadas para el prestador y requerimientos u observaciones especiales que tengan ambos actores respecto al proceso del servicio prestado al usuario, como se especifica en el párrafo inmediatamente anterior .

La recolección de datos se realizó a través de comunicación telefónica directa con los usuarios de la población de riesgo, con un total de 324 tele consultas y 101 visitas domiciliarias obtenidos de la data de la COOSALUD S.A. EAPB, a corte del mes de diciembre de 2020,

previa verificación de contactos actualizados o mediante visita a la dirección registrada del usuario en caso de no respuesta telefónica para evitar sesgos; en ella se verificaron los datos registrados y se determinó si se prestó la atención autorizada por la EAPB, al igual que la modalidad de atención domiciliaria realizada (tele consulta o visita domiciliaria) y la IPS que la realizó. Las IPS utilizan la modalidad de tele consulta para el seguimiento de los pacientes de las cohortes y la actualización de la formulación, especialmente en los pacientes que tenían un control en el último trimestre con derivación a atención domiciliaria en los casos que no presentan ningún control o que se identifiquen no controlados.

Adicionalmente con el apoyo de la EAPB se requirió la información a los prestadores de la red contratada por la aseguradora Coosalud S.A. EAPB, en el nivel III y IV de complejidad para la obtención de datos de los usuarios hospitalizados en las UCI Covid19 y los costos hospitalarios facturados a la EAPB, en el periodo de tiempo establecido comprendido entre marzo y diciembre de 2020.

Posteriormente se analizaron los datos identificando número de atenciones totales en las modalidades desarrolladas, de forma comparativa con las autorizadas por la EAPB y el número de consultas en tele consulta o consulta domiciliaria para evaluar el porcentaje aplicado a los grupos de edad, sexo y cohorte establecida; además conociendo información de la EAPB respecto al costo de dichas atenciones se pudo establecer el valor por cada modalidad e incluso se logró conocer, para análisis posteriores, el costo de los servicios que se derivan de la misma (formulación, solicitud de laboratorios, valoraciones por especialistas, etc.). Finalmente, se realizó un análisis comparativo con los costos obtenidos en los pacientes hospitalizados en UCI afiliados a la EAPB y su consumo en el mismo periodo de tiempo lo cual permitió establecer el impacto financiero para el asegurador.



En este orden de ideas, se hizo necesario un abordaje claro y concluyente del análisis planteado, y la realización de una revisión de la estructura de costos de la prestación de los servicios propuestos para el desarrollo de la investigación. Dicha revisión de la estructura de costos de los servicios planteados; Atención domiciliaria y Hospitalización UCI (unidad de cuidado intensivo – intermedio) partió del análisis de tarifarios establecidos por resolución y normatividad desde el Ministerio de Salud y Protección Social, que se aterrizaron a las pactadas por el asegurador aplicadas en cada región o territorio, como se describe a continuación:

### ***1. Estructura de Costo Atención Domiciliaría.***

Teniendo en cuenta la necesidad de la estrategia de la atención domiciliaría en la modalidad presencial o visita domiciliaria, se realizaron las siguientes anotaciones para la prestación del servicio a pacientes objeto de la emergencia sanitaria Covid19 considerados como de riesgo a quienes se estableció como población en aislamiento preventivo.

En los convenios por modalidad - evento como es el caso de la contratación de la aseguradora a las IPS de atención domiciliaria de población de riesgo acorde a la Resolución 521 en Popayán, se determinaron los siguientes referentes para las consultas de visita domiciliaría que incluyeran lo relacionado con los Elementos de Protección Personal (EPP) acorde a las normas de bioseguridad establecidas en razón a la pandemia.

Así las cosas, en aquellos casos donde se requiere la consulta de medicina domiciliaría, El Ministerio de Salud y Protección Social (2020) propone los valores techos de contratación por los aseguradores, como se describe en la tabla 8.

Tabla 8. Propuesta de valores techos de contratación

<b>Servicio</b>	<b>Ideal</b>	<b>Máximo</b>	<b>Costo EPP</b>
Atención (visita) domiciliaria, por medicina general	\$ 20.000	\$ 40.000	\$ 30.000
Atención (visita) domiciliaria, por medicina especializada	\$ 45.000	\$ 70.000	\$ 30.000
Atención (visita) domiciliaria, por odontología general	\$ 14.288	\$ 25.000	\$ 30.000
Atención (visita) domiciliaria, por enfermería	\$ 14.288	\$ 25.000	\$ 30.000
Atención (visita) domiciliaria, por nutrición y dietética	\$ 14.288	\$ 25.000	\$ 30.000
Atención (visita) domiciliaria, por psicología	\$ 14.288	\$ 25.000	\$ 30.000
Atención (visita) domiciliaria, por trabajo social	\$ 14.288	\$ 20.000	\$ 30.000
Atención (visita) domiciliaria, por foniatría y fonología	\$ 14.288	\$ 20.000	\$ 30.000
Atención (visita) domiciliaria, por fisioterapia	\$ 14.288	\$ 20.000	\$ 30.000
Atención (visita) domiciliaria, por terapia respiratoria	\$ 14.288	\$ 20.000	\$ 30.000
Atención (visita) domiciliaria, por terapia ocupacional	\$ 14.288	\$ 20.000	\$ 30.000
Atención (visita) domiciliaria, por promotor de la salud	\$ 14.288	\$ 20.000	\$ 30.000
Atención (visita) domiciliaria por otro profesional de la salud	\$ 14.288	\$ 20.000	\$ 30.000

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2020.

<b>Tipo servicio</b>	<b>Elemento de protección personal (EPP)</b>	<b>Costo</b>
Material bioseguridad	Overol desechable	\$ 18.000
Material bioseguridad	Careta o visor reutilizable costo amortizado 6 consultas	\$ 2.800
Material bioseguridad	Mascarilla N-95	\$ 7.800
<b>Total, costo paciente</b>		<b>\$ 28.600</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2020.

Acorde a lo anterior, en el departamento del Cauca la aseguradora basada en la propuesta de valores tarifarios planteada para los tipos de atenciones en modalidad domiciliaria realizó contratación con la IPS OSTEOSALUD, así:

Consulta visita domiciliaria: \$ 40.000 evento.

Tele consulta: \$ 25.000 evento.

Para los análisis descritos se plantearon herramientas o instrumentos de recolección de datos que fueron elaboradas a partir de la revisión de información de la población de los usuarios afiliados a Coosalud S.A. EAPB desde la declaratoria del inicio de la pandemia en marzo de 2020 hasta el 31 de diciembre del mismo año, en Popayán, de manera que se tuvo en cuenta los grupos priorizados por la EAPB y la base de datos de la IPS contratada por la EAPB con el fin de realizar las visitas domiciliarias. Lo anterior, partiendo de la información de las bases de datos del asegurador y la institución prestadora de servicios (IPS) contratada, que contenían datos detallados del usuario, datos de contacto y tipo de atención relacionada para garantizar la cobertura, lo cual permitió dar el enfoque requerido para el estudio como se muestra en la tabla 9.

Tipos de Consulta: Modalidad Domiciliaria

Tipo de Atención: Tele Consulta

*Tabla 9.* Consolidado Mes Atenciones Domiciliarias Realizadas

Mes	Régimen		Modalidad domiciliaria tipo de atención (Tele consulta)	Costo	Total
	Contributivo	Subsidiado			
<b>Mar</b>	0	0	0	25.000	0
<b>Abr</b>	10	19	29	25.000	725.000
<b>May</b>	8	42	50	25.000	1.250.000
<b>Jun</b>	44	36	80	25.000	2.000.000
<b>Jul</b>	26	24	50	25.000	1.250.000
<b>Ago</b>	19	24	43	25.000	1.075.000

<b>Sep</b>	15	22	37	25.000	925.000
<b>Oct</b>	2	4	6	25.000	150.000
<b>Nov</b>	2	1	3	25.000	75.000
<b>Dic</b>	0	26	26	25.000	650.000
<b>Total</b>	126	198	324		8.100.000

Fuente: Elaboración propia del análisis de bases de datos Coosalud, 2021.

El análisis de la información permitió evidenciar que fueron atendidos mediante la modalidad de atención domiciliaria (tele consulta) 324 pacientes con un costo por persona de veinticinco mil pesos moneda corriente (\$25.000) para un total de ocho millones cien mil pesos moneda corriente (\$ 8.100.000)

*Tabla 10.* Modalidad domiciliaria tipo de atención (visita domiciliaria)

<b>Mes</b>	<b>Régimen</b>		<b>Modalidad domiciliaria tipo de atención (Visita Domiciliaria)</b>	<b>Costo</b>	<b>Total</b>
	Contributivo	Subsidiado			
<b>Mar</b>	0	0	0	40.000	0
<b>Abr</b>	2	10	12	40.000	480.000
<b>May</b>	1	8	9	40.000	360.000
<b>Jun</b>	28	8	36	40.000	1.440.000
<b>Jul</b>	3	4	7	40.000	280.000
<b>Ago</b>	15	3	18	40.000	720.000
<b>Sep</b>	2	9	11	40.000	440.000
<b>Oct</b>	6	0	6	40.000	240.000
<b>Nov</b>	1	1	2	40.000	80.000
<b>Dic</b>	0	0	0	40.000	0
<b>Total</b>	58	43	101		4.040.000

Fuente: Elaboración propia del análisis de bases de datos Coosalud, 2021.

Mediante la modalidad de atención domiciliaria (visita domiciliaria) se evidencia que accedieron al servicio de salud 101 pacientes con un costo por persona de cuarenta mil pesos

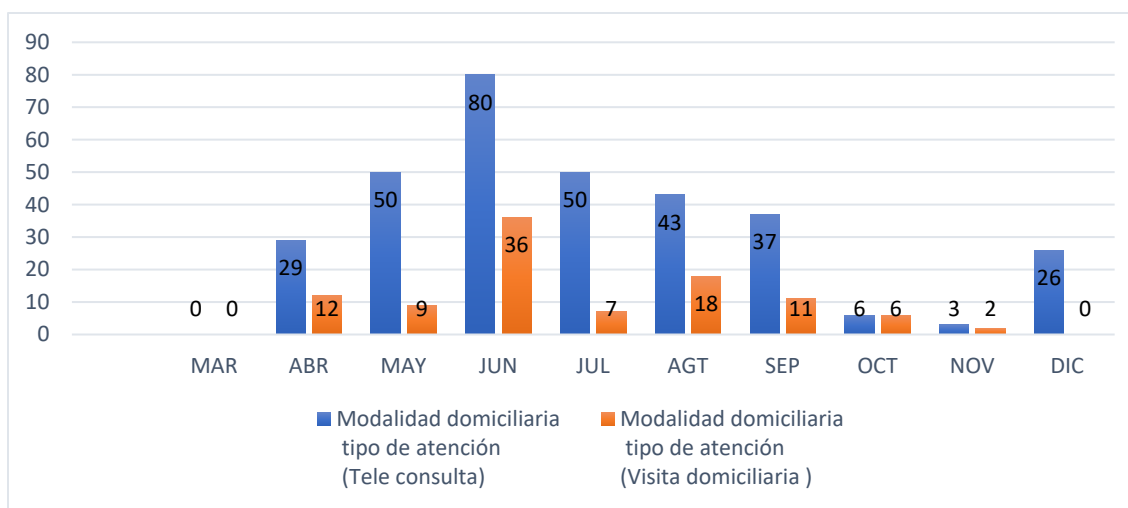
moneda corriente (\$ 40.000) para un total de cuatro millones cuarenta mil pesos moneda corriente (\$ 4.040.000).

Tabla 11. Comparativo Tele Consulta y Visita Domiciliaria

Mes	Modalidad domiciliaria tipo de atención (Tele consulta)	Total	Modalidad domiciliaria tipo de atención (Visita domiciliaria)	Total
Mar	0	0	0	0
Abr	29	725.000	12	480.000
May	50	1.250.000	9	360.000
Jun	80	2.000.000	36	1.440.000
Jul	50	1.250.000	7	280.000
Agt	43	1.075.000	18	720.000
Sep	37	925.000	11	440.000
Oct	6	150.000	6	240.000
Nov	3	75.000	2	80.000
Dic	26	650.000	0	0
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>8.100.000</b>	<b>101</b>	<b>4.040.000</b>

Fuente: Elaboración propia del análisis de bases de datos Coosalud, 2021.

Gráfica 3. Comparativo mensual



Fuente: Elaboración propia del análisis de bases de datos Coosalud, 2021.

El análisis comparativo evidencia la mayor tendencia de realización de atenciones por parte de la IPS OSTEOSALUD a los usuarios de la EAPB en modalidad domiciliaria de Tele consulta en los meses evaluados. Se realizó la revisión de las posibles causas del resultado obtenido, encontrando entre ellas:

1. Usuarios de la población establecida como de riesgo con patologías crónicas controladas, que al momento de la demanda inducida (DI) vía telefónica para el agendamiento de las citas, solo solicitan actualización de formulación mensual de manejo.

2. Usuarios de la población de riesgo que se niegan a acceder a la visita domiciliaria presencial por riesgo de contagio COVID al momento de la demanda inducida (DI) vía telefónica para el agendamiento de las citas.

3. Usuarios de la población de riesgo que se niegan a acceder a la visita domiciliaria presencial aun cuando se había aceptado previamente al momento de la demanda inducida (DI).

## **2. *Estructura de costos tarifarios en prestación de servicios Unidades especiales (UCI - UCIN - UCI Neonatal) emergencia sanitaria COVID 19.***

Con el fin de garantizar el acceso a los servicios y tecnologías de salud y la atención integral oportuna y de calidad, el Gobierno Nacional emitió la Resolución 914 de 2020, mediante la cual definió la tarifa máxima o valor máximo a pagar o también denominada “techos tarifarios” durante la emergencia sanitaria, por los servicios de Unidad de Cuidado Intensivo adultos, pediátrica y neonatal y de Unidad de Cuidado Intermedio adulto y pediátrica para la atención de pacientes con Covid19 confirmados en la tabla 12.

Tabla 12. Tarifa máxima durante la emergencia sanitaria por Covid-19.

<b>Servicios</b>	<b>Días estimados</b>	<b>Valor total</b>	<b>Valor día</b>	<b>Tarifa máxima o valor máximo a pagar</b>
Atención ámbito unidad intermedio adulto	10	15.870.133	1.715.690	Internación estimada en 10 días en unidad de cuidado intermedio para atención por medicina general y especializada, cuidado interdisciplinario, realización de paraclínicos, medicamentos y soporte ventilatorio. Según indicación médica y en cumplimiento de los lineamientos de Minsalud y el INS, realización de prueba RT-PCR con repetición. Con un valor día de \$1.715.690, el pago del día 1 al 7 al 100%, del día 8 al 10 al 75%. A partir del día 11 se pagará al 65% del valor día.
Atención ámbito uci adulto	14	30.854.200	2.373.400	Internación estimada en 14 días en UCI para atención por medicina especializada, cuidado interdisciplinario, realización de paraclínicos, medicamentos, ventilación mecánica. Según indicación médica y en cumplimiento de los lineamientos de Minsalud y el INS, realización de prueba RT-PCR con repetición. Con un valor día de \$2'373.400, el pago del día 1 al 10 al 100%, del día 11 al 14 al 75%. A partir del día 15 se pagará al 65% del valor día.
Atención ámbito unidad intermedio pediátrico	10	16.455.676	1.778.992	Internación estimada en 10 días en unidad de cuidado intermedio para atención por medicina general y especializada, cuidado interdisciplinario, realización de paraclínicos, medicamentos y soporte ventilatorio. Según indicación médica y en cumplimiento de los lineamientos de Minsalud y el INS, realización de prueba RT-PCR con repetición. Con un valor día de \$1.778.992, el pago del día 1 al 7 al 100%, del día 8 al 10 al 75%. A partir del día 11 se pagará al 65% del valor día.

Atención ámbito uci pediátrico	14	28.090.140	2.160.780	Internación estimada en 14 días en unidad de cuidado intensivo para atención por medicina especializada, cuidado interdisciplinario, realización de paraclínicos, medicamentos, ventilación mecánica. Según indicación médica y en cumplimiento de los lineamientos de Minsalud y el INS, realización de prueba RT-PCR con repetición. Con un valor día de \$2.160.780, el pago del día 1 al 10 al 100%, del día 11 al 14 al 75%. A partir del día 15 se pagará al 65% del valor día.
Atención ámbito uci neonatal	14	35.126.351	2.702.027	Internación estimada en 14 días en unidad de cuidado intensivo para atención por medicina especializada, cuidado interdisciplinario, realización de paraclínicos, medicamentos, ventilación mecánica o soporte ventilatorio del recién nacido, según su condición clínica. Según indicación médica y en cumplimiento de los lineamientos de Minsalud y el INS, realización de prueba RT-PCR con repetición. Con un valor día de \$2.702.027, el pago del día 1 al 10 al 100%, del día 11 al 14 al 75%. A partir del día 15 se pagará al 65% del valor día.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

### **Costos Reales Atención Paciente COVID 19 – Cauca - Coosalud**

En el Cauca la aseguradora cuenta con contratación para la atención en el ámbito hospitalario en todos los niveles de complejidad y para los componentes primario y complementario de atención, para la internación del paciente Covid19 en unidades especiales aun a pesar del tipo de contratación por evento o pago por servicio que se maneja con todas las IPS del departamento; se tarifa por paquete de servicios en dichas unidades para dar la cobertura necesaria al proceso de atención de los pacientes críticamente enfermos por la SARS COV 2 con costos/cama/día ajustados a los techos tarifarios nacionales y a las negociaciones previas



pactadas con los prestadores. Así las cosas, se relacionan los costos promedio de atención en las instituciones de mayor complejidad de atención (nivel III) Clínica la Estancia – Clínica Santa Gracia y Hospital Universitario San José de Popayán en la tabla 13.

*Tabla 13.* Relación de costos promedio de atención

<b>Servicio</b>	<b>Costo por día</b>
UCI	2.377.271
UCE	1.610.852
Hospitalización general	756.518

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

#### **Consolidado mes internación hospitalaria UCI COVID - Coosalud – Cauca.**

Los datos de pacientes atendidos en internación hospitalaria en las unidades de cuidados especiales descritos en el periodo de tiempo relacionado con corte a diciembre de 2020 se obtienen entonces de las bases de datos reales (BD) utilizadas por la firma auditora en el proceso de radicación de cuentas médicas que contienen información detallada de IPS de atención, datos del usuario, códigos diagnósticos de ingreso y egreso fecha de inicio y finalización de atención, tipo de servicio y área hospitalaria, días totales de estancia, valor total de facturación e incluso relaciona condición de egreso, como se esquematiza en la tabla 14 donde se adjunta el cuerpo de la tabla para tratar de esbozar la estructura de la base de datos real de registros de radicación de facturas de proveedores que maneja APLISTAFF para conservar la custodia de la información, como se especifica en el párrafo inmediatamente anterior .

Tabla 14. Tabla de recolección de datos de pacientes

FACT	PROVEEDOR	VR. TOTAL	Nro. ID	1APELL	2APELL	1NOM	2NOM	GENERO	EDAD	DPTO	MPIO	INGRESO	EGRESO	DIAS	ESTADO AL EGRESO	DX	TIPO SERVICIO
1																	
2																	
3																	

Fuente: Bases de datos Aplstaff auditoria cuentas médicas, 2021.

Por lo anterior, para el análisis consolidado de la información de usuarios hospitalizados en la internación de cuidados intensivos UCI, intermedios UCINT y/o unidad de cuidados especiales hospitalarios UCE, se plantean herramientas o instrumentos de recolección de datos elaboradas partiendo de la información de las bases de datos del asegurador y la firma auditora contratada, que nos permitan el enfoque requerido para el estudio, como se evidencia en la tabla 15.

Tabla 15. Consolidado Mes pacientes hospitalizados UCI – UCINT – UCE COVID 19

Coosalud S.A. EAPB

Mes	Régimen		Modalidad atención hospitalaria UCI	Edad	Días	Estado al egreso	Total
	Contributivo	Subsidiado					
<b>Mar</b>	0	0	0	0	0	N/a	0
<b>Abr</b>	0	0	0	0	0	N/a	0
<b>May</b>	0	0	0	0	0	N/a	0
<b>Jun</b>	0	0	0	0	0	N/a	0
<b>Jul</b>	1	0	1	42	3	Vivo	5.931.706
<b>Ago</b>	0	1	1	73	3	Vivo	4.201.458
<b>Ago</b>	0	1	1	57	7	Vivo	6.337.610
<b>Sep</b>	0	1	1	80	1	Muerto	4.737.873
<b>Oct</b>	1	0	1	87	18	Vivo	25.608.653
<b>Nov</b>	0	0	0	0	0	N/a	0
<b>Dic</b>	1	0	1	75	36	Muerto	49.741.797
<b>Dic</b>	0	1	1	53	27	Vivo	78.135.700
<b>Total</b>	3	4	7				174.694.797

Fuente: Elaboración propia del análisis de bases de datos Coosalud, 2021.

Mediante la modalidad de atención hospitalaria en UCI, se evidencia que accedieron al servicio de salud siete (7) pacientes con un costo de ciento setenta y cuatro millones seiscientos noventa y cuatro mil setecientos noventa y siete pesos moneda corriente (\$ 174.694.797), es decir un valor promedio por paciente de veinticuatro millones novecientos cincuenta y seis mil cuatrocientos pesos moneda corriente (\$ 24.956.400).

## 7. Conclusiones

Tabla 16. Impacto financiero de la consulta médica domiciliaria vs consulta hospitalaria

Mes	Modalidad domiciliaria tipo atención tele consulta	Total	Modalidad domiciliaria tipo de atención visita domiciliaria	Total	Hospitalaria	Total
Mar	0	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0
Abr	29	\$ 725.000	12	\$ 480.000	0	\$ 0
May	50	\$ 1.250.000	9	\$ 360.000	0	\$ 0
Jun	80	\$ 2.000.000	36	\$ 1.440.000	0	\$ 0
Jul	50	\$ 1.250.000	7	\$ 280.000	1	\$ 5.931.706
Agt	43	\$ 1.075.000	18	\$ 720.000	2	\$ 10.539.068
Sep	37	\$ 925.000	11	\$ 440.000	1	\$ 4.737.873
Oct	6	\$ 150.000	6	\$ 240.000	1	\$ 25.608.653
Nov	3	\$ 75.000	2	\$ 80.000	0	0
Dic	26	\$ 650.000	0	\$ 0	2	\$ 127.877.497
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>\$ 8.100.000</b>	<b>101</b>	<b>\$ 4.040.000</b>	<b>7</b>	<b>\$ 174.694.797</b>

Fuente: Elaboración propia del análisis de bases de datos Coosalud, 2021.

Se concluye que el impacto financiero para el asegurador de la implementación de la atención médica domiciliaria a población en riesgo definida, desde el inicio de la pandemia hasta el mes de diciembre de 2020, es menor.

Se Identificó la población a estudio catalogada como de riesgo para el SARS COV 2, del asegurador Coosalud S.A. EAPB en el municipio de Popayán partiendo del análisis de bases de datos del asegurador enmarcado en los grupos etarios y las condiciones de riesgo correspondientes acorde a la normatividad establecida

Se evidencia también mediante análisis retrospectivo documental de las bases de datos actualizadas de la EAPB, que la población identificada en riesgo de contagio de Covid19, que fue atendida mediante la modalidad de atención domiciliaria ( tele consulta ) 324 pacientes presentan un costo por persona de veinticinco mil pesos Moneda Corriente (\$25.000) para un total de Ocho millones cien mil pesos Moneda Corriente (\$ 8.100.000) y mediante la modalidad de atención domiciliaria (visita domiciliaria ) accedieron al servicio de salud 101 pacientes con un costo por persona de cuarenta mil pesos moneda corriente (\$ 40.000) para un total de cuatro millones cuarenta mil pesos moneda corriente (\$ 4.040.000) esto significa una atención mediante modalidad domiciliaria total de cuatrocientos veinticinco (425) pacientes por un costo de doce millones cuarenta mil pesos moneda corriente (\$12.140.000) frente a (Siete) 7 pacientes hospitalizados en UCI que alcanza un costo de ciento setenta y cuatro millones seiscientos noventa y cuatro mil setecientos noventa y siete pesos moneda corriente (\$ 174.694.797).

*Tabla 17.* Promedio de costos totales por modalidad de atención

<b>Modalidad</b>	<b>Tele consulta</b>	<b>Visita domiciliaria</b>	<b>Hospitalización</b>
Usuarios	324	101	7
Sub total	\$ 8.100.000	\$ 4.040.000	\$ 174.694.797
Valor total	\$ 12.140.000		\$ 174.694.797
Promedio	\$ 25.000	\$ 40.000	\$ 24.956.400

Fuente: Elaboración propia del análisis de bases de datos Coosalud, 2021.

Estudios académicos de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile indican que el 9.4% de personas contagiadas con Covid19 requieren hospitalización y este riesgo para personas con enfermedad hepática crónica o enfermedad renal crónica es considerablemente mayor que para personas diabéticas o hipertensas.

Se concluye además que la implementación de acciones preventivas mediante protocolos de atención contienen el costo en salud y en el evento en el que el 9.4 % de los 425 pacientes contagiados y atendidos mediante modalidad de atención domiciliaria hubieran requerido atención hospitalaria en unidad de cuidados intensivos, es decir aproximadamente 40 pacientes, los costos para Coosalud S.A. EAPB, se incrementarían en la suma de novecientos noventa y ocho millones doscientos cincuenta y seis mil pesos moneda corriente (\$998.256.000) equivalente a multiplicar el costo promedio paciente por porcentaje de posibles hospitalizados (\$ 24.956.400 x 40).

*Tabla 18.* Relación de usuarios y costos promedio en UCI

Usuarios atendidos por tele consulta	324
Usuarios atendidos visita domiciliaria	101
<b>Total</b>	<b>425</b>
Porcentaje promedio usuarios necesidad uci 9.4%	40
Costo promedio uci	\$ 24.956.400
Costo total (usuarios x costo promedio)	\$ 998.256.000

Fuente: Elaboración propia del análisis de bases de datos Coosalud, 2021.

Esta ecuación evidencia una disminución de costos equivalente a novecientos ochenta y seis millones ciento dieciséis mil pesos moneda corriente (\$ 986.116.000), suma que resulta de la diferencia entre costos de atención de las dos modalidades de consulta domiciliaria y costos atención hospitalización UCI (\$ 998.256.000 -\$12.140.000).

La facturación de los prestadores de servicios de salud contratados por el asegurador, objeto de análisis para determinar el volumen de consultas médicas domiciliarias, tele consulta y hospitalización durante el inicio de la pandemia y el 31 de diciembre de 2020, permiten concluir

que los costos de un (1) paciente atendido intrahospitalariamente puede alcanzar un valor promedio de veinticuatro millones novecientos cincuenta y seis mil cuatrocientos pesos moneda corriente (\$ 24.956.400), cifra que impacta significativamente la delicada economía de las EAPB que deben propender por mantener una suficiencia patrimonial y financiera para cumplir con sus obligaciones con proveedores de bienes y servicios en el corto plazo, lo cual se convierte en un desafío financiero que se debe contener implementando la atención médica domiciliaria a población de riesgo considerando que los costos facturados por un paciente en UCI son suficientes para cubrir la atención de 623 pacientes en modalidad visita domiciliaria a un costo de \$ 40.000 de igual manera se evidencia que los costos generados por un paciente en UCI es posible atender a 998 pacientes en modalidad tele consulta a un costo de \$ 25.000 según consenso contractual entre la EPS y el prestador de servicios.

La atención domiciliaria implementada bajo un manejo adecuado de protocolos médicos que permitan al núcleo familiar comprender la importancia de la alimentación saludable, ejercicio moderado y excelentes hábitos de asepsia, disminuyen los factores de transmisión de la enfermedad y generan la posibilidad de contar con el apoyo y unión familiar generando un impacto social positivo aportando a la recuperación del paciente sin generar costos mayores para la Entidad Administradora de Planes de Beneficios EAPB.

## 8. Referencias bibliográficas

Congreso de la Republica de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015. Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf).

Coosalud EPS. (2020). <https://coosalud.com/>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. (6ª edición). México D.F.: McGraw Hill. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2020, marzo 6). Anexo. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19). [https://www.famisanar.com.co/wp-content/uploads/2020/03/Anexo\\_-Instructivo-Vigilancia-COVID-19-v6-06032020.pdf](https://www.famisanar.com.co/wp-content/uploads/2020/03/Anexo_-Instructivo-Vigilancia-COVID-19-v6-06032020.pdf)

Ministerio de salud y Protección Social. (2014). *Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.* [Resolución nro. 2003 de 2014]  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

Ministerio de Salud y protección Social. (2016). *Decreto 780 de 2016. Decreto único reglamentario del sector salud y protección social.*  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)



Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 2654 de 2019. Por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país.* Bogotá D.C., Colombia.  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Decreto Legislativo 538 de 2020. Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.* Bogotá D.C., Colombia.  
<https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20538%20DEL%2012%20DE%20ABRIL%20DE%202020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Lineamientos para la detección y manejo de casos de Covid-19 por los Prestadores de Servicios de Salud en Colombia.* Bogotá, Colombia.  
<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS05.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Lineamientos, Orientaciones y Protocolos para enfrentar la COVID-19 en Colombia.*  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/lineamientos-orientaciones-protocolos-covid19-compressed.pdf>

Ministerio de salud y Protección Social. (2020). *Resolución 385 de 2020. Declara emergencia sanitaria por causas del coronavirus COVID 19 y se adoptan medidas para hacer frente al* *Virus.*

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%200385%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%200385%20de%202020.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Resolución 521 de 2020. Adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de Población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento durante la emergencia sanitaria por COVID 19.* <https://www.minsalud.gov.co/RID/resolucion-521-de-2020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Resolución 521 de 2020. Por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID-19.* Bogotá D.C., Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/RID/resolucion-521-de-2020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Resolución 914 de 2020. Por la cual se define la tarifa máxima o valor máximo a pagar, durante la emergencia sanitaria, por los servicios de Unidad de Cuidado Intensivo adultos, pediátrica y neonatal y de Unidad de Cuidado Intermedio adulto y pediátrica para la atención de pacientes con Coronavirus COVID-19 confirmados y se dictan otras disposiciones.* Bogotá D.C., Colombia. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20914%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20914%20de%202020.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020, marzo 6). Colombia confirma su primer caso de Covid-19. [Mensaje en un blog]. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primer-caso-de-COVID-19.aspx>

- Ministerio del Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 5521 de 2013. Se define, aclara y actualiza el Plan Obligatorio de salud Pos.*  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, marzo 11). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. [mensaje en un blog]. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Organización Panamericana de la Salud, *Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina*. Washington, DC: OPS, 2016.
- Price Waterhouse Coopers PWC. (2020). Implicaciones contables de los efectos del COVID 19.  
[https://www.pwc.com/co/en/publications/COVID 19/boletin-IFRS%20\(1\).pdf](https://www.pwc.com/co/en/publications/COVID%2019/boletin-IFRS%20(1).pdf)
- Revista Deloitte. (2020). Consideraciones contables relacionadas con el Covid-19.  
<https://www2.deloitte.com/cr/es/pages/audit/articles/consideraciones-contables-relacionadas-con-el-covid-19.html>
- Revista Semana. (2020, 24 abril). Cómo se adaptan las empresas a la nueva realidad económica.  
<https://www.semana.com/empresas/articulo/las-nuevas-apuestas-de-las-empresas-en-medio-de-la-pandemia/284230/>
- Sanabria, J. H. (2020). ¿Cuál es el impacto del Covid-19 en los estados financieros intermedios?  
<https://home.kpmg/co/es/home/insights/2020/04/cual-es-el-efecto-del-covid-19-en-los-estados-financieros-intermedios.html>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2020). *Circular externa 00005 de 2020. Instrucciones y requerimientos de información en el marco de la pandemia Covid.*  
<https://www.supersalud.gov.co/es-co/normatividad/circulares-externas>

Telemedicina en el Contexto de la Pandemia de Coronavirus Proyecto de Tele monitoreo Domiciliario. *Revista de la AITT. Número 7. Publicación original 16 de marzo, 2020.*  
<https://bit.ly/3iO6nUT> .

Telemedicina y Tele salud durante la epidemia de COVID-19 en Chile. *Guía de Buenas Prácticas y Recomendaciones.* <https://www.uchile.cl/noticias/170313/enfermedades-cronicas-y-riesgo-de-hospitalizacion-por-covid-19>

## Anexos

### Anexo 1. Glosario de términos

***Entidades responsables del pago de servicios de salud.*** Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales desalud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos laborales.

***Entidades Administradoras De Planes De Beneficio (EAPB).*** Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las asociaciones mutuales en sus actividades de salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.

***Entidad Promotora De Salud (EPS).*** Es la encargada de promover la afiliación al sistema de seguridad social. Aquí no hay servicio médico, solo administrativo y comercial. Integra la definición de EAPB.

***Prestadores de servicios de salud.*** Se consideran así, las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

**Atención domiciliaria.** Según la OMS (2013), "es la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías en promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación, cuidados crónicos y paliativos". La Resolución 5521 de dic de 2013 (Art.8), del Ministerio de Salud y Protección Social la define como servicios extrahospitalarios de salud, en el domicilio o residencia del paciente, con el apoyo profesional, de auxiliares como las enfermeras a domicilio, y con la participación de la familia., con responsabilidades de las EPS de garantizar que las condiciones en el domicilio sean las adecuadas. La atención a domicilio es un recurso que permite proveer asistencia sanitaria para la resolución en el domicilio del paciente de problemas de salud, entendiendo que el nivel de complejidad de los problemas de salud a resolver no requiere la hospitalización del paciente, la realiza el equipo de atención primaria, y tiene características que la diferencian de la hospitalización en domicilio.

*Tabla 19.* Diferencias entre hospitalización a domicilio y atención a domicilio

	<b>Hospitalización a domicilio</b>	<b>Atención a domicilio</b>
<b>Procedencia de los profesionales</b>	Hospital	Centro de salud
<b>Procedencia de los pacientes</b>	Hospital	Domicilio
<b>Objetivos</b>	Sustituir la hospitalización	Prevenir la hospitalización
<b>Actividades</b>	Hospital	Centro de salud
<b>Tecnificación</b>	* * *	*
<b>Tiempo de Seguimiento</b>	Limitado	Limitado

<b>Prevención</b>	Menor dedicación	Mayor dedicación
<b>Educación</b>	Menor dedicación	Mayor dedicación

Fuente: Elaboración propia, 2021.

**Consulta médica Domiciliaria.** Hace parte de la atención domiciliaria, es un servicio prestado por un profesional médico general fuera del entorno sanitario, se constituye en un servicio planificado, concertado con el usuario que puede surgir por iniciativa de algún miembro del equipo de salud (atención a domicilio programada), o por requerimiento del paciente y/o algún miembro de su familia (atención a domicilio solicitada).

**Telesalud.** Es el Conjunto de actividades relacionadas con las salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de la tecnología de la información y telecomunicaciones. Incluye entre otras la telemedicina y la Teleeducación en salud.

**Telemedicina.** Es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de información y comunicación que les permite intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios.

**Telexperticia.** Es la relación a distancia con método de comunicación sincrónico o asincrónico para la provisión de servicios de salud en cualquiera de sus componentes, utilizando tecnologías de información y comunicación entre:

- Dos profesionales de la salud: uno atiende presencial y otro a distancia.
- Personal de salud no profesional (Técnico, auxiliar.) que atiende presencial y un profesional a distancia.
- Junta médica de profesionales.

***Tele orientación en salud.*** Conjunto de actividades que se desarrollan a través de tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación.

***Unidad de cuidado intensivo (UCI).*** Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios dentro del marco institucional hospitalario que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida, creadas con la finalidad de recuperación. La medicina intensiva se ocupa del paciente en estado crítico, que se define como aquél que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación.

Los pacientes que ingresan a la UCI tienen un orden de prioridad. La primera prioridad es para los pacientes inestables que requieren ayuda intensiva que fuera de la unidad no es posible ofrecer. La prioridad dos es para aquéllos que precisan monitoreo intensivo y que podrían ameritar intervención inmediata. La prioridad tres es para pacientes que pueden recibir tratamiento intensivo para mejorar o estabilizar agudizaciones de enfermedades crónicas, pero que es posible limitar su tratamiento y soporte. Por último, la prioridad cuatro es para los pacientes que no se beneficiarían de los cuidados intensivos.

***Costo UCI/día.*** Es el costo de atención por día de un paciente en UCI establecido actualmente acorde a los tarifarios de negociación en aproximadamente \$ 1.300.000 esto sin tomar en consideración los costos secundarios por infecciones nosocomiales asociadas a la estancia del enfermo, ni a las comorbilidades del propio paciente o la necesidad de otros tratamientos de alto costo. De allí que es menester realizar una evaluación adecuada de los



pacientes para determinar si realmente se benefician o no de los cuidados intensivos con base en lo ya señalado.

***Modelo de atención en salud.*** Conjunto de lineamientos, procesos, acciones y herramientas definidos por la entidad responsable de pago que orientan la organización de las acciones requeridas para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de las personas y comunidades, a través de la prestación del servicio de salud que den cumplimiento a las características de la calidad y los principios y elementos, esenciales e interrelacionados establecidos en la Ley Estatutaria de la Salud, centrados en la persona y en los resultados en salud, considerando su momento de curso de vida y entorno donde cotidianamente viven y se relacionan, para la ejecución de las atenciones con finalidad de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

***Modelo del prestador de servicios de salud.*** Conjunto de lineamientos, estrategias y acciones que definen los prestadores de servicios de salud para la determinación y organización de la oferta de servicios de salud bajo los principios del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y la política de humanización del paciente. Contempla los procesos y procedimientos que garantizan la provisión de los servicios de salud con oportunidad, efectividad, seguridad, eficiencia, equidad y con una atención centrada en la persona que propenda por el goce efectivo del derecho a la salud, buscando la mejora continua en la calidad de los servicios y de la obtención de resultados en salud.

***Servicios y tecnologías en salud.*** Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos médicos, procedimientos y servicios complementarios usados en la atención en salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud,

descritos en los catálogos estandarizados definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o los propios del prestador de servicios de salud cuando aplique.

***Transferencia de riesgo.*** Característica de algunas modalidades de contratación mediante la cual el pagador traslada de manera limitada el riesgo primario al prestador, quien comparte esa responsabilidad bajo diferentes criterios de aplicación al interior de la relación contractual para la atención de una condición médica. Involucra medidas de protección del riesgo. Lo anterior no releva a la entidad responsable de pago de su responsabilidad en el aseguramiento en salud de sus afiliados.