

CAPÍTULO 10

MODELO COMERCIAL DE APROPIACIÓN DE LA TELESALUD PARA EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO –

UNA EXPERIENCIA EN
ALIANZA CON EL FONDO
ROTATORIO DEL MINISTERIO
DE RELACIONES EXTERIORES
– CANCELLERÍA DE COLOMBIA



Autores:

Myriam Leonor Torres Pérez

Leonardo Yunda Perlaza

Paola Alvis Duffo

Magda Gioanna Cruz Suárez

.....

En el Plan Nacional de Desarrollo de Colombia 2010 - 2014 nace de la necesidad de construir una política pública diferencial para las zonas de frontera del país que sienten las bases para el desarrollo de estas regiones de Colombia. Esto impulsa a la ejecución del documento CONPES 3805 “Prosperidad para las Fronteras de Colombia”, aprobado en el año 2014, que contempla programas sectoriales donde la Cancillería, en el marco de sus competencias de política exterior, tiene entre sus funciones aquellas relativas a los asuntos fronterizos, más detalladamente aquellos donde deba:

Formular, orientar, ejecutar y evaluar la política exterior en materia de integración y desarrollo fronterizo, en coordinación con las autoridades sectoriales del orden nacional y territorial, cuando sea del caso e impulsar, articular, financiar o cofinanciar la implementación de programas y proyectos de desarrollo e integración fronteriza en coordinación con las autoridades sectoriales del orden nacional, las entidades territoriales y los organismos de cooperación internacional competentes para la ejecución de los mismos, de acuerdo con lo que determine el Plan Nacional de Desarrollo (Cancillería, 2013).

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) bajo el liderazgo de la Escuela de Ciencias de la Salud (ECISALUD), responde a la necesidad sentida de los territorios a través de la invitación que hace el Fondo Rotatorio del Ministerio de Relaciones Exteriores para apoyar el fortalecimiento del “Proyecto Plan Fronteras para la Prosperidad” como estrategia del Gobierno nacional a través de la Cancillería en aras de responder de manera oportuna a lo descrito en el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 Prosperidad para todos, en el cual se define como un propósito nacional las áreas fronterizas, la promoción de políticas diferenciadas y la focalización de recursos, favoreciendo sectores estratégicos para el desarrollo de estas regiones.

Por otro lado, contribuye a la gestión de la salud, mediante el desarrollo de las capacidades básicas para actuar en la planificación e interacción de las acciones relacionadas con la producción social de la salud dentro y fuera del sector. Así mismo la UNAD bajo el liderazgo de la Escuela de Ciencias de la Salud, y en corresponsabilidad con otros sectores y actores propone acciones para impactar positivamente los determinantes sociales y económicos de la salud, propiciando condiciones de vida, desarrollo social y económico sostenible en toda la población del país, incluidas las zonas fronterizas de manera transversal bajo los lineamientos definidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en concordancia con la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud, entre otras políticas públicas vigentes.

Por lo anterior, se desarrolla un proyecto que busca apropiarse de la Telesalud y mejorar las oportunidades de acceso a servicios de salud, propiciando condiciones de vida, desarrollo social y económico sostenible en toda la población del país, incluidas las zonas fronterizas de manera transversal bajo los lineamientos definidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en concordancia con la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud, entre otras políticas públicas vigentes.

Es así como se plantea en alianza con el Fondo Rotatorio del Ministerio de Relaciones Exteriores Cancillería de Colombia un modelo comercial de apropiación de la Telesalud para Empresas Sociales del Estado permitiendo establecer una serie de conceptos, herramientas y procedimientos, que le permiten a las ESE contar con elementos que potencialicen los procesos de negociación con las Empresas Promotoras de Salud y entidades responsables de pago, atendiendo los lineamientos establecidos en la normatividad que regula los servicios de Telesalud en Colombia.

Igualmente se impacta en que las Empresas Sociales del Estado desarrollen al interior de las instituciones los procedimientos necesarios que les permita controlar los procesos de mercadeo de servicios y contractuales minimizando los riesgos. Las Empresas Sociales del Estado enfrentan un reto de carácter estructural, porque deben solucionar un conjunto de problemáticas, entre ellas afrontar principalmente el reto gerencial y administrativo, cuyo objetivo es organizar y preparar a la organización para participar en un mercado cada vez más competitivo, al igual que prestar la mayor cantidad de servicios posibles con calidad, eficiencia y oportunidad.

La articulación del modelo de atención en salud con la implementación de prestación de servicios a través de la telemedicina y la Telesalud ha hecho que se aumente los servicios ofertados en los portafolios de las Empresas Sociales del Estado, el desarrollo de nuevos programas y la adopción de estrategias a través de este modelo. Por otro lado, las Empresas Promotoras de Salud y entidades responsables de pago servicios con un mayor grado de competitividad podrán pactar diferentes formas de acuerdos de voluntades o formas de contratación que mejoren la productividad y facturación al interior de las instituciones.

A través de la implementación del modelo comercial se logró identificar, analizar y dar respuesta oportuna a los posibles problemas de salud de la población objeto de atención de cada Empresa Social del Estado, asegurando dentro de un marco normativo, estrategias fundamentales en la gestión del riesgo y de prestación de servicios que pretenden organizar, incentivar y orientar a la población al uso de servicios que generen mejores estilos de vida y hábitos saludables.

Como metodología en el proceso de realización del modelo comercial, se atendieron las siguientes etapas con 33 Empresas Sociales del Estado, de frontera participantes, acorde a la complejidad de las ESE y la normatividad vigente en Colombia.

- Diagnóstico y levantamiento de la información en Telesalud de las ESE.
- Caracterización de las ESE en torno a complejidad y prestación de los servicios.
- Capacitación al personal de las ESE participantes en torno al modelo.
- Socialización del modelo en audiencia pública a todos los participantes del proceso.

El modelo comercial inicia con la definición y elaboración del plan operativo de contratación de servicios de salud y termina con el registro, parametrización y notificación de las nuevas tarifas y contratos en el software institucional y define requisitos generales respecto al acuerdo de voluntades que se debe ejecutar en un proceso tales como:

1. Identificación de las partes.
2. Término de duración.
3. Modalidad de contratación y de pago.
4. Valor total del contrato, tarifas y precios que deben ser aplicados.
5. Criterios de ajuste del contrato y del valor, en caso de ser necesario.
6. Nota técnica por modalidad de contratación y de pago.
7. Procedimientos e instrumentos para la autorización de los servicios de salud y su trazabilidad según la modalidad de contratación y de pago.
8. Indicadores, actividades o reglas de seguimiento de acuerdo con la modalidad de contratación y de pago.
9. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
10. Periodicidad en la entrega obligatoria de datos.

- 11.** Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría.
- 12.** Procesos y procedimientos de interventoría y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia de los acuerdos de voluntades.
- 13.** Mecanismos para la solución de conflictos.
- 14.** Procesos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades.

Como resultados del modelo comercial se plantea desde la oferta de servicios de telemedicina por parte de las ESE que pueden estar orientadas según las siguientes categorías en torno al nivel de complejidad, hasta la hoja de ruta que estas deben seguir para un modelo eficaz y efectivo.

10.1. CATEGORÍAS OFERTADAS EN TORNO AL NIVEL DE COMPLEJIDAD

NIVEL DE COMPLEJIDAD I Y II

Para el nivel I y II se presentan las siguientes ofertas de servicios:

- Promoción de la salud y detección temprana de enfermedades.
- Programas de alto costo.
- Oferta por servicios.

Tabla 10. Promoción de la salud y detección temprana de enfermedades

Programas P Y D	Servicio (s) Telemedicina susceptible a prestar por ESE	Justificación datos epidemiológicos del departamento	Beneficio esperado
Planificación familiar: -Consulta planificación familiar primera vez. - Suministro de método de planificación.	Teleconsulta Ginecobstetricia.	La tasa de natalidad en Putumayo es notablemente mayor a la del país. Se debe seguir generando acciones para continuar con la tendencia al descenso que ha surgido en Putumayo, la cual se evidencia de 33,3 por mil en el periodo 1995-2000 a 23,8 por mil en el periodo 2015-2020.	Orientación en casos de difícil elegibilidad de método por condiciones clínicas del usuario o morbilidades que presenten contraindicaciones por especialista en ginecobstetricia. Definición de manejo según necesidades y preferencias, contribuyendo a la disminución de gestaciones no deseadas y la mortalidad materna.
Consulta del adulto primera vez y control de patologías.	Teleconsulta (equipo interdisciplinaria): <ul style="list-style-type: none"> • Medicina Interna. • Dermatología. • -Otorrinolaringología. • -Ortopedia. • -Neurología. • -Medicina física y rehabilitación. 	El mayor número de atenciones prestadas según ciclo vital en el departamento del Putumayo en el 2014, se prestó a la población en adultez (27 a 59 años) en 227 681 atenciones correspondientes a un 36,3 % del total. Lo anterior, relacionado con las enfermedades no transmisibles como primera causa de morbilidad y otras como musculoesqueléticas y digestivas con cifras relevantes que implican seguimiento de patologías con apoyo de especialistas.	Apoyo por medicina especializada en detección temprana y diagnóstico oportuno de una o algunas de las patologías crónicas propias de la adultez, definición de manejo, tratamiento y control de diferentes enfermedades como: cardiovasculares, del metabolismo, neoplásicas, musculoesqueléticas osteoarticulares, neurológicas y de piel.

Programas P Y D	Servicio (s) Telemedicina susceptible a prestar por ESE	Justificación datos epidemiológicos del departamento	Beneficio esperado
Consulta del joven primera vez.	Teleconsulta pediatría/ medicina Interna.	<p>La población entre 10 y 29 años equivale al 40 % de la población actual del país y representa el 40-50 % de la población económicamente activa. Lo cual hace que las intervenciones dirigidas a este grupo sean prioritarias en el contexto de la salud pública.</p> <p>Los trastornos de alimentación como anorexia y bulimia comienzan en la adolescencia, alrededor de los 17 años. El consumo de alcohol se inicia entre 12 y 15 años. La prevalencia anual de alcoholismo entre 12 y 29 años es del 12.2 %. La prevalencia de vida de consumo de tabaco entre los 12 y 29 años es de 26.35 %</p>	<p>Apoyo por medicina especializada a médico tratante en detección e intervención temprana de los factores de riesgo o problemas de salud prioritarios que se identifiquen en el joven, identificando riesgos relacionados con la violencia, el proceso de reproducción, la salud sexual y los trastornos psicosociales e interviniendo con la definición de un diagnóstico oportuno y tratamiento farmacológico de alteraciones o enfermedades.</p>
Consulta crecimiento y desarrollo primera vez.	Teleconsulta: - Pediatría. - Nutrición y dietética.	<p>La enfermedad diarreica aguda y la desnutrición son causas muy importantes de mortalidad de los menores de 5 años del Putumayo, con tasas de mortalidad elevadas y superiores a las del nivel nacional.</p> <p>En los menores de 5 años, la mortalidad ocasionada por las afecciones originadas en el periodo perinatal, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, las enfermedades infecciosas y parasitarias y las enfermedades del sistema respiratorio.</p>	<p>Valoración integral del menor por equipo interdisciplinario según Manual de AIEPI, evaluación de alteraciones del desarrollo cognoscitivo y motriz e instauración de manejo.</p> <p>Valoración recién nacido con malformaciones.</p> <p>Diagnóstico nutricional del menor y establecimiento del plan dietario ante alteraciones.</p>

Programas P Y D	Servicio (s) Telemedicina susceptible a prestar por ESE	Justificación datos epidemiológicos del departamento	Beneficio esperado
<p>Detección cáncer y apoyo en manejo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer cuello uterino y realización de citología. • Cáncer seno y realización de mamografía. • Cáncer de próstata. • Cáncer estómago. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo diagnóstico. • Laboratorio, citologías cervicouterinas. • Radiología e imágenes diagnósticas mediana complejidad: mamografía. • Teleconsulta (Equipo Interdisciplinar): <ul style="list-style-type: none"> » Ginecobstetricia. » Medicina interna. » Urología. » Gastroenterología. 	<p>La tasa de mortalidad por neoplasias se incrementó en el periodo 2006-2009, descendiendo en el periodo 2010-2012, para aumentar nuevamente en 2013.</p> <p>Las neoplasias, en especial el tumor maligno de estómago y órganos digestivos, el tumor maligno de próstata en los hombres y en las mujeres el tumor maligno de cuello de útero y mama.</p> <p>El indicador de mortalidad general por grandes causas en el territorio reporta una tasa de mortalidad por neoplasias en población mujeres de 69,34.</p>	<p>Apoyo en la detección oportuna de lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, mediante la solicitud de apoyos diagnósticos de baja, mediana complejidad y alta e interpretación por especialistas, como citología cervicouterina, colposcopia y biopsia.</p> <p>Diagnóstico especializado y oportuno de cáncer y definición de tratamiento.</p>
<p>Control prenatal para gestantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tamizaje para sífilis. • Tamizaje para VIH (incluye asesoría pre). • Tamizaje para hepatitis B. • Asesoría en lactancia materna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Teleconsulta (Equipos interdisciplinarios): <ul style="list-style-type: none"> » Ginecobstetricia. » Endocrinología. » Nutrición y dietética. » Toma de muestras de laboratorio clínico, baja, mediana y alta complejidad. 	<p>La razón de mortalidad materna a pesar de mostrar tendencia a la disminución, es superior en todos los años a la del nivel nacional, por lo que se presenta como una prioridad en el departamento.</p>	<p>Valoración del riesgo obstétrico y seguimiento de control prenatal, detectando tempranamente por especialistas alteraciones.</p> <p>Diagnóstico, tratamiento y control de la patología tiroidea en el embarazo: hipotiroidismo e hipertiroidismo.</p> <p>Diagnóstico, tratamiento y control de bajo peso u obesidad en proceso de gestación. Estructura y supervisión de plan dietario de la gestante.</p>

Programas P Y D	Servicio (s) Telemedicina susceptible a prestar por ESE	Justificación datos epidemiológicos del departamento	Beneficio esperado
<p>Enfermedades crónicas no transmisibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión. • Diabetes. • Enfermedad pulmonar obstructiva. 	<p>Apoyos diagnósticos y terapéuticos.</p> <p>Diagnóstico cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • electrocardiograma, ecocardiograma, prueba de esfuerzo, test de Holter arterial, test de Holter 24 horas. <p>Función pulmonar: espirometría.</p> <p>- Radiología e imágenes diagnósticas: radiología convencional, ultrasonido, resonancia magnética y tomografía computarizada.</p> <p>Teleconsulta (Equipo interdisciplinar):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina interna. • Nutrición y dietética. • Cardiología. • Endocrinología. • Nefrología. • Neumología. • Oftalmología. 	<p>La primera gran causa de morbilidad en el departamento de Putumayo son las enfermedades no transmisibles (46.74 %).</p> <p>La prevalencia por hipertensión arterial para el año 2014 es de 2.14 por cada 100 000 habitantes.</p>	<p>Valoración integral de enfermedad crónica hipertensión arterial y diabetes mellitus, control de patología, ajuste de dosis de farmacológica.</p> <p>Valoración de la capacidad pulmonar y funcional del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con médicos especialistas y manejo integral de patología.</p> <p>Control por nutrición en pacientes con patologías crónicas y establecimiento de plan dietario como parte del tratamiento y control de otros factores de riesgos asociados a la enfermedad.</p>

Nota. Propia.

PROGRAMAS DE ALTO COSTO

Tabla 11. Programas de alto costo

Programas atención grupos de riesgo	Servicio (s) Telemedicina susceptible a prestar por ESE	Justificación datos epidemiológicos departamento	Beneficio esperado
<p>Programas alto costo: enfermedad renal crónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyos diagnósticos y terapéuticos • Diagnóstico cardiovascular: electrocardiograma, ecocardiograma, prueba de esfuerzo, test de Holter arterial, test de Holter 24 horas. • Función pulmonar: espirometría. <ul style="list-style-type: none"> » Radiología e imágenes diagnósticas: radiología convencional, ultrasonido, resonancia magnética y tomografía computarizada. • Teleconsulta (Equipo interdisciplinar): <ul style="list-style-type: none"> » Medicina interna. » Nutrición y dietética. » Cardiología. » Endocrinología. » Nefrología. » Neumología. 	<p>La morbilidad por eventos de alto costo es una prioridad en el departamento de Putumayo. En 2014 se reportaron 946 personas con enfermedad renal crónica; en el estudio dos se encuentra el mayor número de casos (396 personas), quienes representan el 42 %, seguido de las personas en estadio tres con el 35 %.</p>	<p>Valoración integral de enfermedad renal crónica, control según estadio de patología por equipo interdisciplinario y manejo de comorbilidades, orientación en tratamiento farmacológico y rehabilitación.</p>

Programas atención grupos de riesgo	Servicio (s) Telemedicina susceptible a prestar por ESE	Justificación datos epidemiológicos departamento	Beneficio esperado
Programas Alto Costo: VIH	<p>Apoyos diagnósticos y terapéuticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico cardiovascular: electrocardiograma, ecocardiograma-función, pulmonar: espirometría. • Radiología e imágenes diagnósticas: radiología convencional y tomografía computarizada. • Teleconsulta (Equipo interdisciplinar): <ul style="list-style-type: none"> » Infectología. » Medicina interna. » Nefrología. » Cardiología. » Endocrinología. » Oftalmología. » Neurología. » Nutrición y dietética. » Psiquiatría. 	<p>La tasa de VIH en el departamento de Putumayo es 18,6 x 100 000 habitantes, cifra que exige especial intervención en el control de usuarios con patología.</p>	<p>Apoyo en manejo integral de patología VIH por equipo interdisciplinario de especialistas y comorbilidades, orientación a médico tratante en tratamiento con antirretrovirales, reducción de complicaciones y hospitalizaciones y contención de los costos del tratamiento y la mortalidad por la enfermedad.</p> <p>Realización de teleeducación a paciente y personal de salud enfocado en la prevención de transmisión de VIH.</p>

Programas atención grupos de riesgo	Servicio (s) Telemedicina susceptible a prestar por ESE	Justificación datos epidemiológicos departamento	Beneficio esperado
<p>Programas específicos, enfermedades riesgo cardiovascular:</p> <p>Enfermedad coronaria.</p> <p>Insuficiencia cardiaca.</p> <p>Obesidad.</p>	<p>Apoyos diagnósticos y terapéuticos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diagnóstico cardiovascular: electrocardiograma, prueba de esfuerzo, test de Holter arterial, test de Holter 24 horas. -Función pulmonar: espirometría. - Radiología e imágenes diagnósticas: radiología convencional, ultrasonido. <p>Teleconsulta (Equipo interdisciplinar):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Medicina interna. - Nutrición y dietética. -Cardiología. -Endocrinología. 	<p>Las enfermedades cardiovasculares se encuentran en las prioridades en salud pública del departamento, debido a que están en las primeras causas de morbilidad en el departamento.</p>	<p>Valoración integral del riesgo cardiovascular, usando apoyos diagnósticos oportunos que permitan estadificar el estadio hipertensivo, ajustar tratamiento farmacológico e identificar otros factores de riesgos y prevenir asociados como falla cardiaca o infarto agudo de miocardio.</p>

Nota. Propia.

OFERTA POR SERVICIOS

Tabla 12. Oferta de servicios

Servicios de Telemedicina	Justificación datos epidemiológicos departamento	Beneficio esperado
Apoyo diagnóstico y terapéutico -Diagnóstico cardiovascular: electrocardiograma. Apoyo diagnóstico y terapéutico -Diagnóstico cardiovascular: test de Holter arterial o Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA).	Las enfermedades cardiovasculares se encuentran en las prioridades en salud pública del departamento, debido a que están en las primeras causas de morbilidad en el departamento.	Apoyo diagnóstico en valoración integral del riesgo cardiovascular, que permitan estadificar el estado hipertensivo, ajustar tratamiento farmacológico, conocer estado de funcionalidad cardíaca y otros factores de riesgo, con el objetivo de identificar eventos como falla cardíaca o infarto agudo de miocardio.
Apoyo diagnóstico y terapéutico -Diagnóstico cardiovascular: test de Holter de ritmo 24 horas. Apoyo diagnóstico y terapéutico -Diagnóstico cardiovascular: ecocardiograma. Apoyos diagnósticos y terapéuticos - Diagnóstico cardiovascular: prueba de esfuerzo.	La primera gran causa de morbilidad en el departamento de Putumayo son las enfermedades no transmisibles (46.74 %).	Apoyo diagnóstico en la valoración de la capacidad pulmonar y funcional del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, a médico tratante y médicos para definición de diagnóstico y manejo integral de patología.
Apoyos diagnósticos y terapéuticos -Función pulmonar: espirometría.		

Servicios de Telemedicina	Justificación datos epidemiológicos departamento	Beneficio esperado
<p>Apoyos diagnósticos y terapéuticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radiología e imágenes diagnósticas: radiología convencional, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, mamografía. 		<p>Apoyo diagnóstico en la valoración de diferentes patologías mediante imágenes diagnósticas que permiten identificar alteraciones en estructuras anatómicas y funcionales para definición de diagnósticos por médico tratante o especialista.</p>
<p>Teleconsulta</p> <p><u>Especialidades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Medicina interna. Neurología. Psiquiatría. Pediatría. Dermatología. Otorrinolaringología. Ortopedia. Neurología. Medicina física y rehabilitación. Ginecobstetricia. <p><u>Subespecialidades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Nefrología. Cardiología. Endocrinología. Oftalmología. Infectología. Neumología. <p>Otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nutrición y dietética 	<p>En el departamento de Putumayo para el 2014, se reportaron 627 031 atenciones, de las cuales el 41 % se prestaron a los hombres (257 620) y el 59 % a las mujeres (369 411) en los diferentes servicios de las ESE.</p>	<p>Apoyo por medicina especializada a médico tratante mediante interconsulta en donde le orienta en la detección oportuna de alteraciones en salud, definición de diagnósticos, tratamiento y control de patologías para intervención temprana de los factores de riesgo o problemas de salud prioritarios que se identifiquen en los usuarios.</p>

Nota. Propia.

NIVEL DE COMPLEJIDAD III

Para el nivel III se presentan las ofertas de servicios de los niveles I y II más la oferta de unidad de cuidados intensivos.

Tabla 13. Oferta Unidad de Cuidados Intensivos

Atención	Descripción	Servicio (s) Telemedicina susceptible a prestar por ESE	Justificación datos epidemiológicos departamento	Beneficio esperado
<p>Enfermedades como Insuficiencia cardiaca y EPOC con comorbilidades o complicaciones de riesgo: IAM, tromboembolismo</p>	<p>Servicios de Atención en condiciones de salud crítica (terapias intensivas, unidades coronarias, unidades pediátricas, unidades neonatales, unidades de quemado entre otras) en Unidad de Cuidados intensivos en zonas donde carecen de médicos especialistas.</p>	<p>Apoyos diagnósticos y terapéuticos -Diagnóstico cardiovascular: electrocardiograma, ecocardiograma, prueba de esfuerzo, test de Holter arterial, test de Holter 24 horas. -Función pulmonar: espirometría. -Radiología e imágenes diagnósticas: radiología convencional, ultrasonido, resonancia magnética y tomografía computarizada. Teleconsulta (Equipo interdisciplinar): -Medicina interna. -Nutrición y dietética. -Cardiología. -Endocrinología. -Nefrología. -Neumología. -Oftalmología. Tele UCI</p>	<p>Las enfermedades cardiovasculares y crónicas se encuentran en las prioridades en salud pública del departamento, debido a que están en las primeras causas de morbilidad en el departamento.</p>	<p>Atención y respuesta oportuna a pacientes por equipo de médicos especialistas o tele expertos, mediante actividades como monitorización electrónica del estado de cada paciente, apoyo a la definición de conducta de médico tratante en diagnóstico y tratamiento analizando de forma remota los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes y los datos de la historia clínica a través de los sistemas de información integrados. De igual forma, las ESE que cuentan con servicio de Unidad de Cuidados Intensivos habilitado, al prestar este servicio por la modalidad de telemedicina reducen remisiones, costos de complicaciones y aumentan indicador de supervivencia.</p>

Nota. Propia.

Finalmente, para generar una dinámica lúdica en la aplicación del modelo y en aras de un aprendizaje de este, el modelo generó una hoja de ruta para la implementación a través de estrategias comerciales.

Tabla 14. Hoja de ruta modelo comercial y oferta de servicios de telemedicina ESE

Hoja de ruta modelo comercial y oferta de servicios de Telemedicina ESE			
N.º	Proceso	Cumple	No cumple
1	Identificación de las entidades responsables de pago con las cuales se negociará y consolidación del plan operativo de contratación y el cronograma de negociación de tarifas.		
2	Evaluación de tarifas contratadas con centro de referencia de telemedicina según servicio.		
3	Evaluación de la red de servicios disponible para la atención de los afiliados por parte de los aseguradores (estructura y capacidad instalada de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del departamento) para identificar necesidades a suplir.		
4	Evaluación de la caracterización, perfil uso de servicios y perfil epidemiológico de las EAPB del departamento para identificar necesidades a suplir.		
5	Revisión de los manuales tarifarios y unidad de pago por capitación definida según normatividad vigente. Nota: las ESE de municipios de frontera cuentan con prima adicional, lo cual les da un margen más amplio de negociación en materia de precios de los servicios ofertados. (Anexo 1, Resolución 5858 del 26 de diciembre de 2018).		
6	Estructuración, definición de procedimientos, servicios y productos que la ESE ofertará a las entidades responsables de pago (EAPB), costeo de las ofertas comerciales, creación y parametrización de estos en el software institucional.		
7	Elaboración, estructuración de las minutas, anexos u otros íes y legalización de estos mediante la suscripción por los representantes legales de las partes y el envío de la copia a la entidad con la que se contrata.		
8	Negociación de las tarifas, sus incrementos anuales y gestión, solicitud y envío de toda la documentación requerida por las partes para legalizar la relación contractual.		
9	Creación, parametrización de todo lo convenido con las EAPB, notificación y socialización a las áreas de la ESE involucradas (operativas y administrativas).		
10	Inicio de prestación de servicios bajo la modalidad de Telemedicina y seguimiento hoja de ruta “apropiación modelo de atención Telesalud en ESE”.		

Nota. Propia.

El diseño del modelo comercial para las Empresas Sociales del Estado (ESE) seleccionadas se realiza y se entregan 33 documentos, uno por cada institución. El modelo se socializa en el “Primer encuentro de apropiación de Telesalud en zonas de frontera” ejecutado el día 11 de junio de 2019 a las personas involucradas en el proceso y a todas las ESE, como parte de la dinámica de este.

Este modelo se elabora basado en normatividad vigente de contratación entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y aseguradores, de igual forma, tiene en cuenta las diferentes modalidades de contratación y manuales tarifarios empleados en el sector salud para la oferta y negociación de servicios.

El modelo comercial establece conceptos, herramientas y procedimientos, que le permiten a las Empresas Sociales del Estado, contar con elementos que potencialicen los procesos de negociación con las Empresas Promotoras de Salud y entidades responsables de pago, y desarrollar al interior de las instituciones los procedimientos necesarios para control de los procesos de mercadeo de servicios y contractuales minimizando los riesgos.

La dinámica económica se entiende como el proceso de transformación de los elementos presentes en la naturaleza mediante el conocimiento, la tecnología y el trabajo humano para la producción de los bienes y servicios materiales y no materiales con los que la población satisface sus necesidades (PDSP, 2014).

Actualmente el Sistema General de Seguridad Social en salud atraviesa un proceso de transformación que reta a las ESE a fortalecer procesos financieros que resulten costos efectivos y que logren impactar positivamente en los individuos y comunidades, específicamente en los estados de salud y calidad de vida de las personas. Por lo tanto, el modelo se convierte en un instrumento para planear e integrar recursos financieros que se encuentran a disposición de las entidades a través del SGSSS, a nivel nacional departamental, distrital y municipal. La gestión de este modelo permitirá a las ESE ejecutar los recursos de manera óptima garantizando además la gestión del riesgo en salud mediante la resolutivez de los diferentes eventos en salud presentes en las ESE.

10.2. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD DEL PROYECTO EN ALIANZA CON LA CANCELLERÍA

Atendiendo los objetivos inicialmente planteados desde el plan fronteras para la prosperidad, no sería posible adelantar esta propuesta sin darla a conocer a la opinión pública y especialmente a los participantes del proyecto, es de allí que la UNAD en alianza con la Cancillería organiza un diplomado en Telesalud y el primer encuentro nacional Unadista de la apropiación de la Telesalud en zonas de frontera.

Dentro de este proceso de fomentar el conocimiento de la Telesalud e informática médica en la comunidad académica y científica del país, la institución ha decidido generar un diplomado de Telesalud que busca complementar las acciones de ejecución de proyectos en Telesalud, con la capacitación de los diferentes profesionales vinculados a la prestación de servicios de salud poniendo en sus manos los conocimientos para poder plantear modelos donde se incluyan las TIC como herramientas para mejorar las condiciones de acceso y oportunidad a los servicios de salud.

Fotos 3. Imagen académica y de difusión cerrada diplomado del proyecto.



Descripción

Grupo Académico para el Diplomado en Telesalud entre la UNAD y la Cancillería

Vigencia: Mayo 10 a junio 7 de 2019

Director: Carlos Arturo Díaz Sánchez

Líder UNAD. Paola Alvis Duffó

Unidad 1 - Telesalud: Contexto actual.

Recursos Educativos Requeridos (Bibliografía obligatoria)

Las referencias que se presentan a continuación, son las referencias requeridas para que realice la actividad propuestas en la tarea 1 de la estrategia de aprendizaje. Es importante que las revise y lea comprensivamente, para que pueda iniciar el proceso propuesto para el curso.

Tema 1: Introducción a la Telesalud

OVI Tema 1 Introducción a la Telesalud

UNAD, ITMS, coautor Barrera Valencia C. [Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD]. (20,09,2018). Introducción a la telesalud. [Video]. Recuperac de



Fuente: propia.

Este espacio permitió que los participantes fortalecieran sus conocimientos en el área y pusieran en práctica no solo lo aprendido sino su experiencia en el medio, ya que quienes se favorecieron de este proceso fueron profesionales de salud de cada una de las ESE participantes y 11 cupos para los secretarios de salud o su delegado en los departamentos fronterizos que intervinieron en el proyecto.

Foto 4. Agenda evento Primer encuentro nacional Unadista de apropiación de la Telesalud en zonas de Frontera.

Primer Encuentro Nacional Unadista de Apropiación de la Telesalud en Zonas de Frontera.
Cronograma del evento

Actividad	Inicio
Recepción de participantes y registro.	8:15
Apertura del evento - Actos protocolarios e Himnos.	09:00
Ponencia - Telesalud: Una herramienta como respuesta a los retos de los sistemas de Salud. – Ms. Carlos Díaz Sanchez, Docente ECISALUD - UNAD	09:15
Plan Fronteras: Retos y Avances Sector Salud Dr. Gustavo Fernando Rivera Bustos, Asesor Nacional Sector Salud – PFP Cancillería de Colombia.	09:45
Ponencia - PRISMA: El desafío de la Telesalud en Escenarios de Aprendizaje basados en TIC's Phd. Ms. Myriam Leonor Torres Perez, Decana ECISALUD UNAD	10:30
Presentación: "Diagnóstico Estado de Telesalud en Empresas Sociales del Estado zona frontera" Paola Andrea Fontecha Castro, ITMS Telemédicina de Colombia.	11:35
Presentación: "Modelo Preliminar Apropiación Telesalud Zona Frontera" Dra. Ana Arroyave, Experta invitada	11:50
Presentación: "Implementación de Telemédicina en Modelo de Salud ESE" – Dr. Jorge Andres Salamanca Garcia, Experto invitado en modelos de telemédicina.	12:20
Foro de discusión - Telesalud presente y futuro de la atención en zonas críticas. Resolución de inquietudes de la audiencia.	14:00
Exposición modelos de Telesalud de ropuestos en zonas de Frontera	15:00

Lugar: UNAD sede nacional José Celestino Mutis, Calle 14 Sur Nro. 14 -23
Fecha: 11 de Junio de 2019
Enlace conexión web: conferencia2.unad.edu.co/ecisalud
Informes
escuela.salud@unad.edu.co

Fuente: proyecto PRISMA.

El Primer encuentro nacional Unadista de la apropiación de la Telesalud en zonas de frontera se llevó a cabo en la ciudad de Bogotá el 11 de junio de 2019, el evento cumplió con el objetivo de servir como plataforma para la difusión de los modelos desarrollados para la apropiación de la Telesalud en zonas de frontera, al contar con un total de 123 asistentes, entre los que se encontraban:

- Instituciones beneficiarias del programa.
- Autoridades del sector salud.
- Comunidad académica.
- Prestadores de servicios de salud, públicos y privados.

Las ponencias desarrolladas para el evento presentaron y desarrollaron el concepto de la Telesalud y como las instituciones han aunado esfuerzos, para lograr implementar los servicios de salud y las prácticas en esta modalidad en las zonas más apartadas del país.

El evento, sirvió como escenario para que los participantes evaluaran si la Telesalud y sus componentes de telemedicina y teleeducación se limitan únicamente a las zonas remotas o sirven como herramientas para la mejora de las condiciones de prestación de servicios, acceso y oportunidad en zonas de alta demanda, a partir de la generación de modelos de prestación que las incluyan.

Los modelos presentados para la apropiación de la Telesalud en zonas de frontera, desarrollados en el marco del convenio se evaluaron como necesarios por los asistentes al evento y solicitaron espacios para su difusión y socialización.

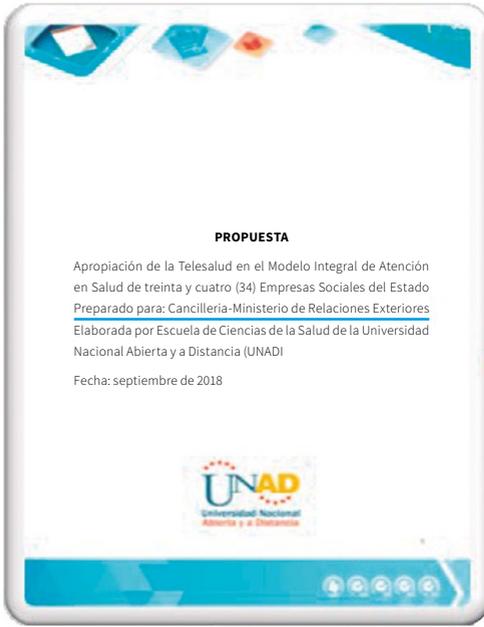
Una vez finalizado el foro, se procedió a la presentación de los estudiantes destacados del Diplomado de Telesalud y de los diferentes modelos de telemedicina desarrollados, como herramientas para la aplicación de servicios en esta modalidad en sus instituciones de salud ubicadas en zonas de frontera.

Foto 5. Decana de la Escuela de Ciencias de la Salud de la UNAD Dra. Myriam Leonor Torres Pérez.



Fuente: Escuela de Ciencias de la Salud (ECISALUD).

Foto 6. Conclusiones en imagen de la alianza UNAD – Cancillería.



CICLO PHVA

GESTIÓN DEL MODELO DE APROPIACIÓN TELESALUD EN LAS E.S.E

1.

Planificar adopción del modelo según:

- ✓ Operación de procesos misionales y administrativos de la ESE.
- ✓ Medicina basada en evidencia científica (guías de práctica clínica)
- ✓ Gestión por competencias para desarrollo de telemedicina en talento humano.
- ✓ Política de seguridad del paciente de institución y reporte eventos adversos.
- ✓ Gestión clínica, recursos locativos tecnológicos e inversión requerida en la E.S.E
- ✓ Perfil epidemiológico de población afiliada y definición de servicios a oferta a FAPR

2.

4.

Apropiar el modelo a nivel institucional y ajustar procesos en la E.S.E de acuerdo a resultados de telemedicina obtenidos:

- ✓ Manejo terapéutico del paciente.
- ✓ Incidencia de riesgos, incidentes y eventos adversos.
- ✓ Adherencia a la información brindada al usuario y/o su familia
- ✓ Satisfacción frente al proceso de atención
- ✓ Desempeño del modelo.



Identificar necesidades y expectativas con telemedicina:

- ✓ Reconocimiento de situaciones especiales: Pacientes que requieren remisión – Barreras de comunicación.
- ✓ Planeación del Cuidado y Tratamiento con la modalidad.
- ✓ Ejecutar atención ambulatoria, hospitalaria y extra hospitalaria
- ✓ Dar continuidad al seguimiento del paciente

3.

Evaluación de procesos de apropiación del Modelo de Telesalud:

- ✓ Registros clínicos electrónicos e incorporación en Historia clínica de la E.S.E.
- ✓ Satisfacción del usuario con modalidad telemedicina.
- ✓ Condiciones de seguridad y tratamiento de datos clínicos
- ✓ Evaluación del modelo y costo efectividad al menos 1 vez al mes.
- ✓ Seguimiento a indicadores de telemedicina en cada programa de atención: eficiencia o resolutivez, resultados financieros, satisfacción cliente interno y usuario.

10.3. MODELO DE SOSTENIBILIDAD DE TELESALUD

Diferente a lo que podría esperarse, el concepto de *business intelligence* no es un resultado de desarrollos en el mundo de las ciencias administrativas, sino que es un producto del progreso de la informática o de la recientemente denominada “infotecnología” (Oramas, J. 2009).

Frente a esta premisa se puede considerar que el uso y aprehensión de los conocimientos documentados en hechos para la mejora en estrategias de negocio y mercadeo genera un amplio espectro en productos de software y similares donde agradeciendo a estos avances los empresarios (gerentes, directivos) en torno a la salud, tienen acceso rápido y oportuno a la información para poder ser aplicado en mejoras ampliamente beneficiosas para el sector. La inteligencia de negocios y la gestión de conocimiento está rompiendo barreras, no solo comunicativas, sino de aplicabilidad en diferentes contextos.

La inteligencia de negocios (BI), contiene enormes ventajas para las áreas de salud, ya que apoya a las instituciones en optimizar su desempeño, facilitando información para la toma de decisiones. Las diferentes aplicaciones existentes para el manejo clínico son: Resultados clínicos, Estado del riesgo, Costos y satisfacción del cliente. La (BI) puede ser usada en el monitoreo de atención de calidad a los usuarios (pacientes), productividad del personal, monitoreo de pacientes, por mencionar algunas. Es allí donde los modelos en Telesalud tanto de atención como comerciales cobran importancia no solo en la resolutivez de esquemas de salud enfermedad y atención, sino en resultados de productividad financiera para las instituciones (Torres, 2020).

Ejemplos existentes que acompañan los actuales modelos para el cuidado de la salud, incluyen inteligencia artificial, aprendizaje automático, internet de las cosas, análisis de memoria en tiempo real, lo que está impactando favorablemente la excelencia operativa y clínica en la prestación de los servicios y la atención

Con todos los elementos tomados de las páginas anteriores, debemos recapitular si la Telesalud asociada a la Atención Primaria de Salud puede ser un centro de costos rentable, que se sostenga no solo a sí misma, sino que ayude al cumplimiento de las metas y postulados de sostenibilidad de la atención en salud del país.

En primer lugar, la Telesalud se presenta como una optimizadora de momentos de verdad, que permite que las estrategias de demanda inducida sean más efectivas al no desperdiciar ningún contacto con el paciente para generar la atención y disminuyendo las barreras.

En segundo lugar, da los elementos básicos para la articulación funcional de las Redes Integradas de Servicios de Salud, al ser en sí mismo un proceso de comunicación y trabajo en equipo entre instituciones.

En tercer lugar, genera acciones seguras o barreras redundantes que permiten que varios actores se encarguen de evitar eventos adversos y costos de no calidad.

En cuarto lugar, al ser una modalidad de atención simplemente da acceso a todos los servicios que ya están incluidos en el POS y por tanto no tiene necesidad de recobros o tutelas.

En quinto lugar, disminuye el costo de bolsillo del usuario y eso permite que sea aceptable por la comunidad si se presenta adecuadamente por los prestadores y aseguradores.

Estos cinco elementos aportan un fundamento, mas no una estructura, y es necesario que las entidades involucradas empiecen a generar abogacía al interior de sus instituciones y profesionales, y que se visibilicen los beneficios y se aproveche la oportunidad para generar redes integradas y no para excluir; que se convierta en una herramienta del bien hacer y no en otro hacer diferente.

En la actualidad existen múltiples ofertas de Telemedicina comercial en Colombia y también es posible construir una red propia con unos costos relativamente bajos, es decir, con costes muy similares al de desarrollar un servicio asistencial sin telemedicina.

Los componentes de costo de la modalidad de Telemedicina son los mismos de un servicio convencional: talento humano, equipamiento y dotación, infraestructura y servicios públicos, procesos y procedimientos, solo que el detalle de estos componentes sufren ciertas modificaciones como que en infraestructura y servicios públicos debe considerarse la conectividad de red de ancho de banda y fiabilidad suficiente para cumplir con las expectativas, y en dotación los equipos biomédicos y biométricos necesarios son diferentes (no necesariamente más costosos).

Los componentes de ingreso son los mismos, venta de servicios de salud, pero se amplían a toda especialidad clínica cuyos paraclínicos sean transmisibles por los medios adecuados y a todo apoyo diagnóstico que puede reorientarse. Paradójicamente, lo que más encarece el despliegue de la Telemedicina como proceso financieramente sostenible, es el rezago tecnológico de la prestación tradicional, por ejemplo, la falta de rayos X en la mayoría de los municipios del país, representa un grave problema, pues al no haber cultura de toma de radiología tampoco la hay para la transmisión, entonces en los municipios muy aislados es bienvenido pero muy costoso y en los menos alejados la cultura de la remisión para estudios hace en principio menos aceptable el proceso, sobre todo del personal asistencial que identifica como un trabajo y responsabilidad adicional ese proceso.

Así pues, las EPS están llamadas a fomentar el desarrollo de la telemedicina y tendría que verse reflejado en mejores relaciones contractuales, en incentivos explícitos para el desarrollo de la red desde lo financiero, facilitación de autorización para ciertos paraclínicos que se mueven muy bien por telemedicina u otros quizá.

Finalmente, podemos reflexionar sobre la sostenibilidad del proceso estimado lector, si usted ha estado atento durante este capítulo ha recibido elementos para formar su propio criterio y algunas herramientas concretas de cómo, cuándo y cuánto cobrar por hacer Telesalud; sin embargo, es necesario tener en cuenta:

- 1.** La Telesalud es un aliado natural de la Atención Primaria de Salud.
- 2.** La sostenibilidad financiera de la Telesalud está íntimamente relacionada con la masificación de esta.

3. Los mecanismos legales para garantizar dicha sostenibilidad existen hace tiempo.
4. Los componentes de costo de la Telesalud así como los de ingreso, son prácticamente iguales a los de las modalidades tradicionales.
5. Se hace urgente la aplicación de alguna estrategia que haga funcional la promoción y prevención para proteger al sistema y APS/Telesalud es una alternativa viable.
6. Es rentable financiera y socialmente este enfoque.

BENEFICIOS DE PRESTAR LOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA EN UN HOSPITAL

- Disminución de los tiempos de atención.
- Diagnósticos y tratamientos más oportunos.
- Mejora en la calidad del servicio.
- Reducción de los costos de transporte.
- Atención continuada.
- Tratamientos más apropiados.
- Disminución de riesgos profesionales.
- Posibilidad de interconsulta.
- Mayor cobertura.
- Campañas de prevención oportunas.

¿A quién prestar los servicios de telemedicina en un hospital?

A toda la población que lo requiera de los municipios y de sus áreas de influencia, esto se logra realizando la difusión en los medios locales y con las Secretarías de Salud Municipales que el servicio está disponible y no tiene ningún costo para los usuarios.

ALGUNOS EJEMPLOS DE MÁRGENES DE GANANCIA

En la Tabla 15, se puede observar algunas ventas de servicios por Telemedicina en el año 2013 y los márgenes de ganancia, de acuerdo con las tarifas SOAT 2013.

Es importante recalcar que:

- El hospital cobra tarifa SOAT por la prestación del servicio de salud.
- El hospital tiene un costo por la prestación del servicio en la modalidad de telemedicina, con cualquier proveedor del mercado.
- Los excedentes son ganancia del hospital.

Tabla 15. Servicios de Telemedicina ofertados y márgenes de ganancia

Código SOAT	Servicio	Grupo	Tarifa SOAT 2013	Costo promedio Hospital por Telemedicina	Margen bruto	Frecuencia del uso del servicio	Población municipio objetivo	Total eventos año promedio	Ventas totales	Margen bruto total
24102	Espirometría simple y con broncodilatadores.	3,89	76 439	27 859	48 580	1,3 %	20 000	260	19 874 010	12 630 670
25102	Electrocardiograma.	1,64	32 226	16 320	15 906	7,3 %	20 000	1 460	47 049 960	23 222 760
25142	Monitoreo de presión arterial por 24 horas, en paciente ambulatorio.	15,86	311 649	113 760	197 889	1,0 %	20 000	200	62 329 800	39 577 800
25126	Electrocardiografía dinámica de 24 horas (Holter).	15,86	311 649	143 890	167 759	0,7 %	20 000	140	43 630 860	23 486 260
37105	Monitoría fetal anteparto, sesión.	0,9	17 685	15 780	1 905	2,3 %	20 000			
39140	Interconsulta médica especializada ambulatoria o intrahospitalaria.	1,91	37 532	33 780	3 752	4,3 %	20 000	860	32 277 090	3 226 290
									205 161 720	102 143 780

Nota. Propia.



En la Tabla 16, se puede observar algunas ventas de servicios por Telemedicina en el año 2013 y los márgenes de ganancia, de acuerdo con las tarifas SOAT 2013 para el caso de radiografía.

Tabla 16 . Servicios de Telemedicina ofertados por radiografía y márgenes de ganancia

Código SOAT	Servicio	Grupo	Tarifa 2013	Costo promedio Hospital por Telemedicina	Costo del 25 % por lectura	Margen bruto	Frecuencia del uso del servicio	Población municipio objetivo	Total eventos año promedio	Ventas totales	Margen bruto total
21101	Mano, dedos, puño (muñeca), codo, pie, clavícula, antebrazo, cuello de pie (tobillo), edad ósea (carpograma), calcáneo.	1,69	33 209	6 642	8 302	1 660	20,32 %	20 000	4 064	53 774 848	11 477 312
21102	Brazo, pierna, rodilla, fémur, hombro, omoplato.	2,19	43 034	8 607	10 758	2 152					
21103	Test de Farill.	2,18	42 837	8 567	10 709	2 142					
21104	Test de anteversión femoral.	2,68	52 662	10 532	13 166	2 633					
21105	Pelvis, cadera, articulaciones sacroilíacas y coxofemorales.	1,86	36 549	7 310	9 137	1 827					
21109	Tangencial rótula.	2,53	49 715	9 943	12 429	2 486					
21110	Panorámica en miembros inferiores (goniometría u ortograma).	3,54	69 561	13 912	17 390	3 478					
21111	Estudio de huesos largos AP.	7,62	149 733	29 947	37 433	7 487					

Código SOAT	Servicio	Grupo	Tarifa 2013	Costo promedio Hospital por Telemedicina	Costo del 25 % por lectura	Margen bruto	Frecuencia del uso del servicio	Población municipio objetivo	Total eventos año promedio	Ventas totales	Margen bruto total
21120	Cara, malar, arco cigomático, huesos nasales, maxilar superior, silla turca, base del cráneo.	2,19	43 034	8 607	10 758	2 152					
21121	Senos paranasales.	2,19	43 034	8 607	10 758	2 152					
21122	Cráneo simple.	2,47	48 536	9 707	12 134	2 427					
21123	Cráneo simple más base de cráneo.	3,45	67 793	13 559	16 948	3 390					
21124	Mastoides comparativas, peñascos, conductos auditivos internos.	2,83	55 610	11 122	13 902	2 780					
21126	Proyecciones adicionales.	0,89	17 489	3 498	4 372	874					
21135	Xero radiografía de cuello.	2,99	58 754	11 751	14 688	2 938					
21136	Cavum faríngeo, cuello y tejidos blandos.	2,53	49 715	9 943	12 429	2 486					
21140	Columna cervical.	2,77	54 431	10 886	13 608	2 722					
21141	Columna dorsal o torácica.	2,71	53 252	10 650	13 313	2 663					

Código SOAT	Servicio	Grupo	Tarifa 2013	Costo promedio Hospital por Telemedicina	Costo del 25 % por lectura	Margen bruto	Frecuencia del uso del servicio	Población municipio objetivo	Total eventos año promedio	Ventas totales	Margen bruto total
21142	Columna lumbosacra.	3,38	66 417	13 283	16 604	3 321					
21143	Sacrococcix.	2,63	51 680	10 336	12 920	2 584					
21144	Test de escoliosis.	4,56	89 604	17 921	22 401	4 480					
21147	Panorámica columna vertebral.	3,54	69 561	13 912	17 390	3 478					
21201	Tórax (PA o PA y lateral), reja costal.	2,4	47 160	9 432	11 790	2 358					
21203	Esternón, articulaciones esternoclaviculares.	2,17	42 641	8 528	10 660	2 132					
21301	Abdomen simple.	2,8	55 020	11 004	13 755	2 751					
21302	Abdomen simple con proyecciones adicionales, serie de abdomen agudo.	3,72	73 098	14 620	18 275	3 655					
21330	Esófago.	3,1	60 915	12 183	15 229	3 046					

Nota. Propia.

En la Tabla 16 se evidencian los márgenes de ganancia de los diferentes servicios ofertados por tele radiología, siendo las imágenes diagnósticas uno de los servicios de mayor demanda y los que permiten generar conductas y tratamientos con oportunidad impactando y dando resolutiveidad a los diferentes motivos de consulta, permitiendo a las instituciones ser costo efectivas, donde los costos relativos son efectivos frente al resultado esperado.

Actualmente las Empresas Sociales del Estado enfrentan un reto adicional dentro del modelo actual de la prestación de servicios en salud y es lo que corresponde a la sostenibilidad financiera, cada institución está obligada a desarrollar capacidades a través de procesos de transformación que permitan fortalecer habilidades y condiciones que les permitan alcanzar sus objetivos y dar cumplimiento a los planes de gestión, a partir del reconocimiento de las necesidades, capacidades y oportunidades técnicas, administrativas y financieras que permitan ejecutar de manera óptima los recursos y las acciones necesarias para el direccionamiento, coordinación, ejecución, monitoreo y evaluación de los bienes, servicios, atenciones o intervenciones contempladas en los planes de cada entidad. Por lo anterior, la apropiación de modelos comerciales como el expuesto en este capítulo, contribuyen al fortaleciendo de estas capacidades al interior de las ESE para que a través de la aplicación, sus estrategias, los servicios ofertados en la modalidad de Telesalud y Telemedicina sean autosostenibles financieramente con la finalidad de consolidar un servicio oportuno, accesible y de calidad para los usuarios de estos servicios.

REFERENCIAS

Abadía-Barrero, C., Cortés, G., Fino, D., García, M., Goretty, D., Pínula, M. y Valdés, E. (2008). *Perspectivas inter-situadas sobre el capitalismo en la salud: desde Colombia y sobre Colombia*. *Palimpsestus*. <https://acortar.link/ZIDJ0P>

Alcaldía Municipal de Palmira, (2012). Plan de Desarrollo 2012 - 2015. Palmira avanza con su gente.

Amaya, J., & Ruiz, F. (2011). Determining factors of catastrophic health spending in Bogota, Colombia. *International journal of health care finance and economics*, 11(2), 83–100. <https://doi.org/10.1007/s10754-011-9089-3>

Daniels, N., & Sabin, J. (1997). Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy & public affairs*, 26(4), 303–350. <https://doi.org/10.1111/j.1088-4963.1997.tb00082.x>

Daniels, N. (2001). Justice, health, and healthcare. *The American journal of bioethics: AJOB*, 1(2), 2–16. <https://doi.org/10.1162/152651601300168834>

Decreto 3355 de 2009. (2009, 7 de septiembre). Congreso de la República. Diario oficial N.º 47.465. Artículo 2, numerales 18 y 19 respectivamente. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_3355_2009.html

Decreto 4107 de 2011. (2011, 2 de noviembre). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%204107%20DE%202011.pdf

Giedion, U., & Uribe, M. V. (2009). Colombia's universal health insurance system. *Health affairs (Project Hope)*, 28(3), 853–863. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.3.853>

Guerrero, R., Prada, S. y Chernichovsky, D. (2014). La doble descentralización en el sector salud: evaluación y alternativas de política pública. Centro de Investigación Económica y Social, Cuadernos Fedesarrollo, (53). https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/146/CDF_No_53_Junio_2014.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Ley 1122 de 2007. (2007, 9 de enero). Congreso de la República. Diario oficial N.º 46.506. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html

Ley 1438 de 2011. (2011, 19 de enero). Congreso de la República. Diario oficial N.º 47.957. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

Martín, A. y Cano, J. (2008). *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica* (6.ª ed.). Masson.

Ministerio de Relaciones Exteriores – Cancillería. (2013). *Plan Fronteras para la Prosperidad*. <https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/informe-ejecutivo-2013-plan-fronteras-la-prosperidad.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Plan Decenal de Salud Pública [PDSP] 2012-2021*. <http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Documents/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%ABblica.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] y Universidad Externado de Colombia. (2014). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud*. Guía Conceptual. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Estrategia%20PASE%20A%20LA%20EQUIDAD%20EN%20SALUD%20-%20Guia%20Conceptual.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. “Un sistema de salud al servicio de la gente”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud [PAIS]. Modelo Integral de Atención en Salud [MIAS]*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Guia_caracterizacion_EAPB%20version%2021072014.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2000). Informe sobre la salud en el mundo: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>

Plaza, B., Barona, A., & Hearst, N. (2001). Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. *Health policy and planning*, 16 Suppl 2, 44–51. https://doi.org/10.1093/heapol/16.suppl_2.44

Pope, G. (2011). Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches. Chapter 2 “Overview of Pay for Performance. Models and Issues”, Ed. RTI International. <https://www.rti.org/rti-press-publication/pay-performance-health-care/fulltext.pdf>

Ruiz, F. y Uprimny, M. (2012). Sistema de salud y aseguramiento social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. Ecoe Ediciones, Universidad Javeriana, Asocajas.

Ruiz, F., Zapata, T., & Garavito, L. (2013). Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003–2008. *Rev Panam Salud Pública*, 33(2), 107–15.

The Pan American Health Organization. (1978, del 6 al 12 de septiembre). Declaración de Alma-Ata [conferencia]. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata*, URSS.

Torres, S. (2020). *Business intelligence, su aplicación y beneficio en los costos de no calidad en la atención al paciente*. <https://www.elhospital.com/blogs/Business-Intelligence,-su-aplicacion-y-beneficio-en-los-costos-de-no-calidad-en-la-atencion-al-paciente+133555>

Universidad Nacional Abierta y a Distancia [UNAD] y Escuela de Ciencias de la Salud [ECISA]. (2020). *Proyecto PRISMA*. UNAD.