



Plan de Modernización

SAVIA SALUD EPS

Dr. Luís Gonzalo Morales Sánchez

GERENTE

VERSIÓN 04 – NOVIEMBRE 20 DE 2020

PRESENTACIÓN



1. Resumen ejecutivo

El plan de modernización de Savia Salud pretende convertir la EPS en el eje articulador de la política de salud de Antioquia, bajo lo que se conoce a nivel mundial como una “Red Integrada de Servicios de Salud”.

Hoy es por número de afiliados la segunda EPS de Antioquia con el 26,84% de su población y la primera en el régimen subsidiado con el 78,04%.

Su principal problema es el resultado operacional negativo por un exceso de gasto en salud, que, aunque ha disminuido al pasar de -28,4% en 2018 a -4,3% en 2019, aún no llega al punto de equilibrio. El resultado es un pasivo por \$867 mil millones en 2019, siendo \$431 mil millones deudas con la red prestadora.

La modernización propone cuatro modelos: i) gestión del riesgo, ii) prestación de servicios, iii) gestión del riesgo financiero y v) gobierno corporativo.

El primero, es la promoción y prevención para evitar que la gente se enferme, sufra complicaciones evitables o fallezca prematuramente.

El segundo, organiza los servicios para atender la enfermedad y monitorear los servicios prestados, sus frecuencias de uso y costo. La prestación estará enfocada en servicios ambulatorios o en el domicilio, centrados en el autocuidado, que utilicen tecnología de atención remota.

El tercer modelo señala cómo usar y controlar el dinero que financia los servicios para ajustarlos al ingreso recibido mediante la UPC.

El cuarto modelo crea la Red Integrada de Servicios de Salud de la que hacen parte el asegurador, los prestadores de servicios y las autoridades sanitarias. Esto tiene como objetivo facilitar la comunicación y la toma de decisiones conjunta y coordinadamente.

Por ello, modernizar técnica y financieramente a Savia Salud es una necesidad por ser un instrumento de política pública con el que se canalizan \$1,8 billones para la salud de los antioqueños y de paso impedir que esta sea dirigida por entidades de fuera del departamento.

2. Contexto

Savia Salud es hoy por número de afiliados la segunda Entidad Promotora de Salud de Antioquia con el 26,84% de toda su población (1.666.224) siendo solo superada por Sura (2.290.333); y la primera en el régimen subsidiado con el 78,04% (1.540.314) seguida por Coosalud de Cartagena con el 17,39% (351.694).

Hace presencia en 119 municipios del departamento con oficinas propias en todos ellos, y en 53 es la única opción para afiliarse al régimen subsidiado donde atiende a 492.114 personas.

Desde el 4 de agosto de 2017 Savia salud se encuentra bajo vigilancia especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud debido al deterioro de su situación financiera y de los indicadores de atención, medida que vino acompañada de una prohibición para realizar nuevas afiliaciones.

Lo anterior ha permitido que EPS de otros departamentos, le hayan quitado a Savia alrededor de 400 mil afiliados, medida que paradójicamente ha afectado aún más el flujo de caja de la entidad y de la red de hospitales públicos del departamento, en una suma cercana a los \$400 mil millones anuales.

3. Propósito

El plan de modernización de Savia Salud tiene como propósito fundamental lograr que la entidad se convierta en el eje articulador de la política pública de salud de Antioquia, en torno a lo que a nivel mundial se conoce como una red integrada de servicios de salud.

Esta red debe estar enfocada en garantizar que sus usuarios gocen de una protección integral en salud, que les permita acceder a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Estos servicios serían ofrecidos por un conjunto integrado de prestadores públicos y privados, capaces de entregar todos los servicios con calidad y calidez, en donde prime el bienestar de las personas por encima de los aspectos financieros.

4. Diagnóstico

El principal problema que hoy afronta Savia Salud es tener un resultado operacional negativo originado en un exceso de gasto en salud, que, no obstante, ha venido disminuyendo, en 2017 de -28,4%, 2018 de -4,8% y 2019 de -4,3%, aun no alcanza un punto de equilibrio que garantice su sostenibilidad futura.

Esto viene generando una acumulación de pasivos que hoy suman \$867 mil millones a 2019, la mitad (\$431 mil millones) representado en deudas con la red prestadora, y el restante conformado por las reservas técnicas que no han sido constituidas. El resultado es un patrimonio negativo de \$586 mil millones (Informe Análisis contable y financiero de la Universidad CES, marzo 17 de 2020).

Vale la pena mencionar que el déficit operacional no se produce por una insuficiencia en la Unidad de Pago por Capitación -UPC- que se le reconoce a Savia Salud por afiliado, en razón a que hay otras entidades similares en el departamento que reciben el mismo monto y no presentan esta situación. Las causas por las que se presenta el margen operacional negativo se explican a continuación:

4.1 Carga de enfermedad no priorizada:

Alrededor del 80% del costo médico de la entidad está representado en dos grupos poblacionales: los pacientes crónicos mayores de 60 años que representan el 17% del total de afiliados y el 45% del costo total; y por otro lado el binomio madre en edad fértil y el niño menor de 5 años, que representan el 30% de los afiliados y el 35% del costo.

No obstante ser poblaciones claramente identificadas, no existe en la entidad un enfoque definido y concreto para dirigir sus esfuerzos a mantener esta población sana y controlar los servicios de salud que demandan.

La creciente prevalencia de las patologías de alto costo, con deficiencias en el control desde el Prestador Primario, producen un efecto de embudo, haciendo que los esfuerzos se concentren en atender la población más siniestrada, la cual ingresa en estadios avanzados de la enfermedad, comprometiendo de esta manera la calidad de vida del usuario e incrementando los costos en la atención.

Lo anterior ocasiona que la EPS, se quede anclada en la atención de la morbilidad y pierda el foco de la promoción y la prevención como pilares fundamentales en la transformación del sistema de salud.

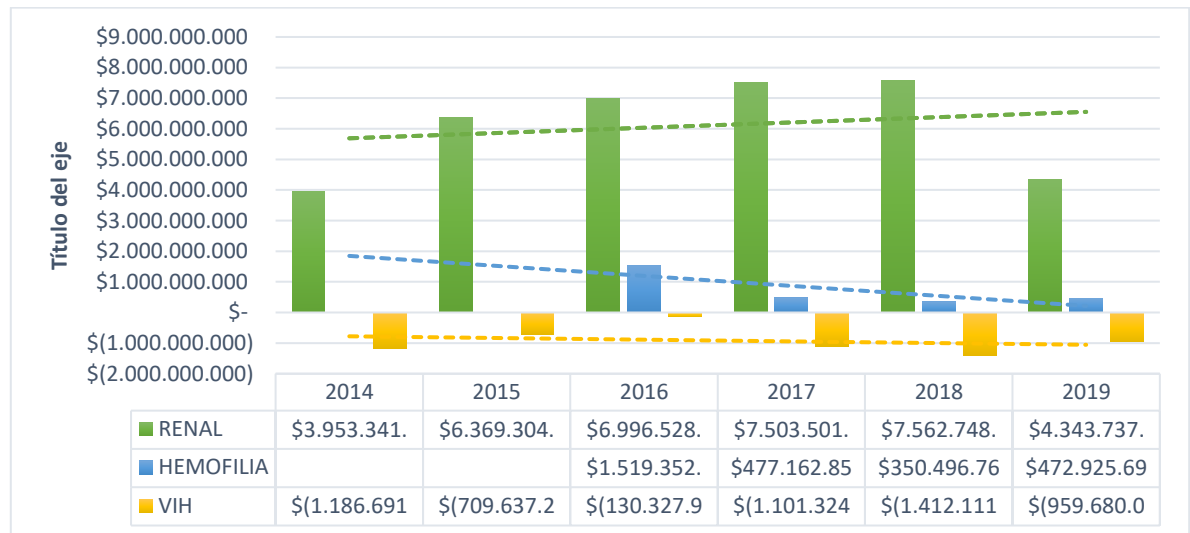
COMPORTAMIENTO DE LAS PATOLOGÍAS DE ALTO COSTO

INDICADOR	2014	2015	2016	2016	2018	2019
Usuarios TRR (Terapia de Reemplazo Renal)	1426	1466	1724	1717	1601	1691
Prevalencia ERC5 (Enfermedad Renal Crónica estadio 5)	81,86	87,84	103,15	103,44	94,52	100,97
Prevalencia VIH	115,26	147,32	164,44	183,73	193,13	218,9
Prevalencia de Cáncer	371,5	441,2	507,33	550,1	618,2	974,5

Fuente: Reporte Cuentas de Alto Costo

Reflejo de esto, se evidencia en los resultados de la redistribución de recursos de las Cuentas de Alto Costo, donde podemos observar una tendencia negativa en la mayoría de las cuentas y detrás de ese resultado es claro que la EPS, reconoce que debe realizar estrategias articuladas para impactarlos, sin embargo requiere de proyectos concretos que le permitan alcanzar resultados tangibles, que se reflejen en mejores indicadores de salud y como consecuencia directa influyen en los resultados de la redistribución de recursos. (Ver gráfica)

REDISTRIBUCIÓN DE RECURSOS CAC 2014-2019



Fuente: Redistribución de recursos Cuenta de Alto Costo -Ministerio de Salud y Protección Social

Si bien los usuarios con patologías crónicas son de alta importancia, la población gestante y los menores de 5 años, nos van a permitir realizar cambios en el comportamiento de la morbilidad si construimos con ellos y para ellos un modelo que favorezca la oportunidad en la atención, la accesibilidad y la integralidad evitando que se presenten situaciones tales como el fraccionamiento de la atención, las dificultades para el acceso a métodos de planificación de largo plazo, los programas integrales para la primera infancia, entre otros.

Es importante tener en cuenta en la carga de enfermedad que Savia Salud EPS, a Diciembre de 2019, contaba con **560.606** usuarios víctimas del conflicto armado colombiano, quienes por sus condiciones demandan un número elevado de servicios, además de las atenciones en salud mental.



4.2 Mayores de 60 años son el 17% de los afiliados:

Técnicamente y por razones obvias, la población mayor de 60 años es la que más consume servicios de salud, de mayor complejidad y por ende de mayor costo. Esta representa en Savia Salud el 17% de la afiliación que, si se compara con la proporción para el departamento que es del 13,5% o con otras EPS como la Nueva EPS con 28% o Capital Salud de Bogotá con 25%, esta mayor cantidad no alcanza a explicar el exceso en el costo operacional.

Por este motivo, en esta población se deberían concentrar los esfuerzos para mantenerla controlada en sus domicilios o en los servicios de atención primaria ambulatorios, evitando sean manejados en servicios de alta complejidad.

Así mismo, la atención de alto costo a esta población se presta en no más de diez (10) prestadores de servicios de internación, hacia los cuales se deberían concentrar las medidas de vigilancia y control técnico, administrativo y financiero, lo que no es claro que se esté haciendo en Savia Salud.

Teniendo en cuenta que de la población de 60 años, que se encuentra identificada con comorbilidades importantes, un 92,34% de estos usuarios tienen patologías precursoras tales como Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, las cuales requieren de un seguimiento cercano para mantenerlos controlados y evitar que se presenten complicaciones, tales como urgencias dialíticas, eventos cerebrovasculares, infartos agudos de miocardio y otras complicaciones propias de sus patologías de base, es fundamental contar no solo con las tecnologías adecuadas, sino también con equipos multidisciplinarios para su orientación, capacitación, asesoría y atención haciendo que el usuario se convierta en un autogestor comprometido con su salud y la de su entorno familiar y social. Evitando que se presenten las situaciones identificadas en la EPS, tales como un 70% de los usuarios Diabéticos sin realización de Hemoglobina Glicosilada, un bajo número de usuarios debidamente estudiados para enfermedad renal crónica, siendo esto una limitante para la detección temprana y el tratamiento oportuno, en mejoría de las condiciones de salud del usuario.

Proporción de Usuarios de 60 años y más – Mayo 2020

PROGRAMA	TOTAL	>=60	% > = 60	% Acumulado
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	144.918	95.575	62,91%	62,9%
DIABETES MELLITUS	8.705	3.679	2,42%	65,33%
HTA-DM	56.701	41.032	27,01%	92,34%
CANCER	11.540	6.766	4,45%	96,79%
ANTICOAGULADOS	1.799	1.243	0,82%	97,61%
AUTOINMUNES	4.018	1.565	1,03%	98,64%
PROGRAMA_ESPECIALIZADO_VIH	4.441	433	0,29%	98,92%
EPOC	880	791	0,52%	99,44%
RIESGO CARDIOVASCULAR	329	273	0,18%	99,62%
SALUD MENTAL	7.239	419	0,28%	99,90%
TUBERCULOSIS	615	152	0,10%	100,00%
TOTAL	241185	151928	100,00%	100,00%

4.3 Frecuencias de uso con débil control:

La carencia de un sistema de información que suministre información en línea y en tiempo real sobre el consumo de servicios de salud por parte de los afiliados a Savia Salud, a lo que se le agrega un mecanismo de pago que estimula aumentar la cantidad de servicios prestados, dificultan poder efectuar un control efectivo sobre las necesidades adecuadas de servicios por cada usuario.

Esta es una información que en una gran proporción se obtiene tardíamente, dos o tres meses después de prestado el servicio, generalmente cuando se recibe la factura, lo que hace ya muy difícil poder corregir las desviaciones que se puedan haber presentado.

En el sistema de información de la EPS se encuentran deficiencias en la calidad de los datos que repercute en el adecuado desarrollo de los procesos que requieren de

este sistema de información. Para la EPS en el momento no hay un equipo conformado con personal experimentado o con formación en inteligencia de negocios que dirija las acciones que hagan fácil la búsqueda de la información solicitada para su análisis.

La parametrización de los servicios se da por CUPS, los cuales son cargados en el sistema con base en las tablas del Ministerio de Salud y Protección Social y con algunas excepciones de codificación de servicios, sin embargo, hay servicios que no cuentan con esta codificación y por lo tanto requieren creación de un código propio en nuestro sistema generando inconsistencias en la información y dificultad a la hora de realizar procesos administrativos. Estos servicios que no tienen asignado un CUPS quedan en una situación de “no estatus” o “null” y sin que se pueda definir los ámbitos, por lo que se dificulta hacerle la trazabilidad adecuada. Es así, como se tiene una base con cerca de 30 millones de datos, pero al organizar los servicios por ámbitos como ambulatorio, hospitalario, alto costo, urgencias, domiciliario no hay forma de marcar desde el sistema aquellos servicios que no cuentan con un código asignado, sino que quedan para depuración manual de la base con alrededor de 200.000 datos que en proceso financiero representan un valor importante.

El proceso de cargue de RIPS es inconsistente, específicamente los servicios contratados en modalidad de capitación, puesto que no son una exigencia de soporte para el pago. En la modalidad de evento, el sistema de información exige los RIPS como soporte para validar la prestación del servicio, por lo que se cuenta con un mayor número de datos disponibles, pero debido a la forma en que se encuentran parametrizados los servicios de cada institución (códigos propios) no queda homologada en nuestro sistema y se dejan sin ningún vínculo.

Por lo anterior, en las frecuencias de uso de los servicios de salud no se ha logrado estandarizar una forma única de la información y el análisis de estos datos no son el reflejo de las verdaderas transacciones generadas por los prestadores con nuestros usuarios.

Debido a las múltiples fuentes de información de los prestadores de la red, se dificulta su asociación para el análisis. Situación debida a que la actual herramienta de información propia no está desarrollada para suplir esta necesidad.

Como consecuencia de esta debilidad la EPS ha incurrido en hallazgos por los órganos de control debido a la mala calidad en la información, con el riesgo de que la valorización de la UPC asignada a la EPS no sea el valor real, además, dificultades en la conformación de modelos económicos como los PGP contratados en el pasado donde se puso en riesgo el equilibrio económico de la EPS por no tener una

herramienta adecuada de control lo cual obligo a la suspensión y terminación de estos.

Contar con un equipo multidisciplinario y de dedicación exclusiva para el estudio, análisis y construcción de frecuencias de uso de servicios y tecnologías, le permitirá a la EPS proceder con modelos innovadores de contratación que mejore su desempeño económico con información confiable y actual.

4.4 Énfasis en la atención y no en la prevención:

Prevenir que los pacientes de alto costo se descompensen por no ser controlados de manera oportuna e integral, lo que se conoce como prevención terciaria, implica que estos tengan que ser atendidos en instituciones de alta complejidad a costos mucho más elevados.

Lo mismo ocurre con las mujeres y los niños, en los cuales la prevención está enfocada a realizar un diagnóstico precoz de sus patologías y un tratamiento oportuno, lo que técnicamente se conoce como prevención secundaria, lo que al realizarse ambulatoriamente aumenta los costos de atención.

Si bien la EPS, cuenta con la identificación de las brechas, los procesos al interior de la organización no facilitan la implementación de controles que permitan anticiparse a los desenlaces no deseados en los usuarios de alto costo, es así como un usuario debe realizarse las ayudas diagnósticas en más de dos instituciones, debido a que la contratación no ha incluido como premisa la integralidad en la atención de los usuarios, lo que genera retrasos en los diagnósticos y en los tratamientos.

La concentración de las tecnologías en las grandes ciudades hace que los usuarios no logren el acceso efectivo por estar distantes a su municipio de residencia, sumando a esto los cambios frecuentes de datos de contactos y la falta de herramientas que permitan una adecuada georreferenciación de los usuarios y una adecuada planificación de la atención lo más cerca a su lugar de residencia, hacen poco eficientes los esfuerzos por mejorar las condiciones de salud de los afiliados y los resultados de los indicadores de Salud Pública.

El proceso de seguimiento a la red si bien está documentado, tiene deficiencias en su dimensionamiento e implementación desde las actividades de Protección específica y detección temprana, hasta las atenciones de alto costo; lo anterior se ve afectado en gran medida por la carencia de un sistema de información que se adapte a las necesidades de la EPS y permita realizar intervenciones en tiempo real.

Consecuencias de lo anterior, son el incremento de tutelas y PQRS que son el reflejo de la ineficiencia en los procesos de atención y requieren del seguimiento e intervención de la EPS a la Red Integral de Prestadores.

Durante el 2019, se presentaron 19982 gestantes de las cuales el 57.1% estaban clasificadas como bajo riesgo obstétrico, las cuales pudieron haber sido atendidas en el Prestador primario, sin embargo, se evidencia que un número importante de partos se atienden en los prestadores complementarios.

Así mismo la población infantil requiere de estrategias precisas orientadas al mantenimiento de la salud y la identificación temprana de riesgos de tal manera que podamos impactar en los indicadores de salud pública relacionado con este curso de vida.

Como ya se ha dicho, ambas poblaciones, adultos mayores y mujeres y niños representan alrededor del 80% del gasto en atención de Savia Salud, a pesar de lo cual no es claro que exista un enfoque técnico, administrativo, operativo y de auditoría que permita un control efectivo sobre estas poblaciones.

4.5 Formas de contratación que estimulan el gasto:

El mecanismo de contratación y pago basado en servicios individuales es la forma más utilizada en el 57,54% de los contratos de la entidad. El pago desagregado por servicios genera un incentivo a prestar una mayor cantidad a un mismo paciente y a elevar los costos de la atención.

Esto, de acuerdo con la literatura mundial, no significa necesariamente que el paciente sea atendido con mayor calidad ni que se traduzca en mejores resultados para recuperar o mantener la salud.

Además, el mecanismo de pago por servicios individuales presenta unos elevados costos de transacción y conflictividad, por estar supeditado a complejos procesos de facturación, soportes y auditoría, lo que, de acuerdo con la experiencia en Colombia, pueden ser del orden del 20% del valor facturado.

Savia Salud EPS actualmente implementa mecanismos de contratación de pago por servicios (conocido como pago por evento), este representa el 57.54% del total de contratos, representado en un 71.7% del costo total en salud. La frase “Capito y

Remito” se hace evidente con estos resultados, este mecanismo de contratación y pago basado en servicios individuales genera un incentivo adverso para prestar una mayor cantidad de servicios, generación de nuevas tecnologías a un mismo paciente elevando los costos de la atención, dejando atrás el criterio de racionalidad del recurso del sistema.

La falsa sensación de que más cantidad de servicios es mejor acceso de la población, no es una premisa fáctica, teniendo en cuenta que no hay una correlación directa entre mayor cantidad de servicios y mejor calidad de atención, pues solo se suscribiría a una fórmula matemática que no necesariamente arroja mejores resultados en la recuperación de la salud.

La modalidad de contratación y pago por servicios individuales no solamente se expresa en la inducción exagerada de servicios sino también en costos de transacción altamente ineficientes derivados de los complejos procedimientos de facturación de cuentas, cargue de soportes y auditoría de cuenta, que se representa en la EPS en costo aproximado de \$800 millones de pesos al mes.

Los mecanismos de pago conocidos como de riesgo compartido o transferencia del riesgo, tales como los per-cápita, los paquetes integrales o los presupuestos globales, se centran en estimular en el prestador una mayor eficiencia en el logro de resultados en salud controlando el costo, razones de peso para indicar que es una modalidad necesaria para un sistema de Salud que de por sí ya tiene déficit en la financiación.

Por ello Savia Salud EPS debe migrar a la implementación de nuevas y mejores modalidades de contratación donde la transferencia de riesgo técnico (utilización y morbilidad evitable) en la variable de utilización, permita evidenciar que es la manera eficiente de hacer control del costo médico, sin sacrificar la calidad y, por el contrario, generando resultados de impacto en salud.

Estos modelos de contratación y pago por transferencia de riesgo, PGP, pago por actividad final (PAF), se encuentran inmersos en modelos de atención que buscan a toda costa mantener el control del paciente, la estabilidad de su patología y evitar la variabilidad de criterio clínico individual, en transferencia del riesgo técnico por morbilidad evitable, garantizando oportunidad y seguimiento del usuario final, lo que redundaría en disminución de los eventos aislados que representan un mayor costo para el asegurador incrementando la siniestralidad.

La migración de Modalidad de Contratación en Savia Salud EPS será criterio de asertividad en la generación de eficiencia del recurso, disminución del costo médico y generación de impacto en los resultados en salud.

Modelos exitosos en la literatura se describen en relación con patologías específicas por grupos relacionados de diagnóstico (GRD), agrupación de tecnologías para ayudas diagnósticas de frecuente uso ambulatorio, pluripatologías en cronicidad, intervenciones de promoción, prevención y cuidado básico de la Salud.

Como se puede observar el campo es amplio para dar respuesta a las necesidades de la población de la EPS, y debe ir con criterios de construcción conjunta con prestadores altamente eficientes y transparentes en su formulación para garantizar el éxito del modelo con información adecuada actual y compartida, tarifas y frecuencias pactadas.

4.6 Fragmentación en la atención:

La entidad tiene relaciones comerciales con 1.134 instituciones de prestación de servicios de diferentes tipos y niveles de complejidad en todo el país y solo 283 contratos vigentes, las que mensualmente envían en promedio 152.000 facturas.

Esto hace que el proceso de auditoría y pago de servicios sea supremamente costoso y al mismo tiempo lleva a que un mismo paciente sea atendido para una sola patología en diferentes entidades, dificultando la integralidad y continuidad del servicio, y dificultando la vigilancia y el control sobre los servicios entregados.

Desde 2009 la Organización Mundial de la salud ha recomendado como solución a este problema *“las Redes Integradas de Servicios de Salud [que] pueden mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas”*.

La atención integral para los usuarios de servicios de salud se convierte en una fortaleza tanto para el asegurador como para el afiliado y para el sistema de salud en general, al mejorar la oportunidad en el acceso, reducir los tiempos de espera y los costos de operación, situación a la cual se procura llegar en cualquier sistema de salud. Para el caso particular de Savia Salud EPS se presentan las siguientes dificultades para lograrlo:

Falta de integración en su red de prestadores: si bien se han ido desarrollando algunos avances como es el caso de la integración entre los prestadores ESE Hospital General, ESE Metrosalud, y Corporación Hospital Infantil Concejo de Medellín; aún se tiene mucho camino por recorrer para lograr el diseño y puesta en marcha de una Red Integral de Atención en Salud, como se propone en la normatividad vigente.

Cápita reducida: Los 116 contratos que se tienen actualmente con la red de ESE del departamento para la atención de los afiliados, sólo suple la atención de algunos servicios de nivel básico, como son medicina general, odontología general, laboratorios básicos, medicamentos básicos y programas de PEDT, servicios de alta demanda e indispensables para garantizar una atención más integral como son: medicina interna, ginecoobstetricia, pediatría, cirugía general, dermatología, laboratorios clínicos, medicamentos, ayudas diagnosticas básicas (TAC, RNM, Ecografías no obstétricas entre otras), estos no se encuentran incluidos en la Cápita contratada, y deben ser prestados en instituciones por fuera del municipio de origen del afiliado en aquellas instituciones de mediana complejidad, e incluso prestarse en instituciones ubicadas en el Valle de Aburrá, obligando al afiliado a desplazarse por fuera de su municipio de residencia.

Historia clínica en línea: La dificultad anterior pudiera mitigarse si al menos la EPS contara con una historia clínica compartida o interoperable entre las diferentes instituciones donde le prestan servicios al afiliado, evitando con ello demoras en la atención, duplicidad en la prescripción y realización de servicios de apoyo y gastos de bolsillo para el afiliado.

Negociación: el hecho de que la EPS tenga relación con 1.134 instituciones prestadoras de servicios de salud y 283 contratos con la red de prestadores del departamento hace que las tarifas negociadas no sean uniformes y, por tanto, un afiliado deba desplazarse a recibir servicios que pudieran prestarse en la institución de origen por diferencia en la tarifa para garantizar la racionalización del costo médico.

Falta de gobernabilidad: aún persiste desconfianza en la red de prestadores debido al relacionamiento de la EPS en vigencias anteriores, por lo que se hace difícil pactar acuerdos de voluntades en el desarrollo de modelos de integración entre los prestadores contratados, es una realidad que cada IPS/ESE tiene autonomía administrativa, y para el caso de las instituciones públicas esta se ve afectada por los cambios políticos del municipio, lo cual dificulta que algunos acuerdos se puedan o no cumplir acordes con estos cambios.

Baja resolutivead: es una realidad que en el sector salud la resolutivead en los niveles primarios se ha ido deteriorando, obedeciendo a fenómenos académicos, contractuales, pánico legal, entre otros factores que implican un mayor consumo de servicios de mayor complejidad en instituciones diferentes a la IPS/ESE de origen del paciente, no favoreciendo la integralidad en la atención.

Carrusel de especialidades: la referencia y contrarreferencia es un proceso que aún no se ha consolidado en nuestro medio, por lo que un afiliado puede recorrer varias especialidades e instituciones sin ser contra referido a su IPS primaria, situación que favorece la fragmentación en la atención del afiliado.

Mayor oferta de servicios rentables: se aprecia en los portafolios de las instituciones que estas favorecen a aquellos servicios que se consideran de mayor rentabilidad y dejando de lado aquellos considerados menos rentables, pero que son de mayor demanda tales como la consulta especializada básica, por lo que el afiliado debe acudir a aquellas instituciones de la red contratada que presten el servicio aún por fuera de la zona de georreferenciación.

Débil infraestructura de salud en la periferia de Antioquia: siendo el departamento un territorio distribuido en 9 subregiones, las instituciones de segundo nivel llamadas a concentrar la población por georreferencia no cuentan con suficiente recursos e infraestructura para garantizar la atención integral, además no se cuenta con voluntad política para fortalecer algunos servicios especializados en algunas de estas regiones aduciendo la poca rentabilidad de éstos.

4.7 Sistema de información centrado en lo financiero:

La entidad carece de un sistema de información efectivo que le permita planificar, vigilar y controlar el riesgo de enfermar y morir de sus afiliados y sobre la prestación de servicios que demandan. La plataforma "Somos Más", que contrató la entidad en 2018, carece de esta funcionalidad y lo poco que tiene aún no ha sido implementado

La plataforma "Somos+" en su documento de especificaciones técnicas para el módulo de gestión del riesgo en salud contempla lo siguiente:

- Identificación riesgos en población afiliada: caracterización de la población, encuestas

- Gestión de programas: datos de los programas, diagnósticos, población objeto, indicadores, reglas de negocio por programa
- Seguimiento a los programas: cargue de normatividad, manejo de diferentes fuentes de información con variables parametrizadas, planes de mejora
- Generación de reportes: Configurar reportes, campaña de inducción a la demanda, portal para el afiliado, cuentas de alto costo

Actualmente dichas funcionalidades no han sido entregadas por el proveedor por lo tanto se realizan de manera manual

Los sistemas de información modernos están basados en la historia clínica del paciente. Esta contiene información que brinda el soporte para poder hacer el manejo del riesgo técnico y financiero de los pacientes, la facturación de servicios, y la información administrativa y financiera de la entidad.

Se requieren por lo tanto sistemas de información que permitan una comunicación en tiempo real entre los prestadores de servicios y la entidad aseguradora, que permitan un control inmediato sobre los servicios demandados. Esto, además simplifica los procesos de autorización de servicios, facturación, auditoría de cuentas y de seguimiento a los resultados en salud.

Las plataformas de interoperabilidad de historia clínica electrónica se abren paso como una de las mejores alternativas para lograr este propósito, propósito para el cual fue aprobada recientemente la ley 2015 de 2020.

4.8 Enfoque en la atención hospitalaria compleja:

Tradicionalmente los sistemas de prestación de servicios de salud en todo el mundo habían estado centrados en tener grandes hospitales de alta complejidad con la mayor variedad de servicios posibles.

Estos han ido evolucionando hacia instituciones de menor tamaño, de no más de 250 camas en promedio, con un enfoque hacia la especialización en determinadas patologías o áreas de atención, que por un lado faciliten una mayor acumulación de experticia en su personal que redunde en la calidad y el resultado, y por el otro, en alcanzar volúmenes compatibles con economías de escala en su operación.

Además, los sistemas de atención avanzan a paso acelerado hacia sistemas de atención primaria resolutivos, de carácter ambulatorio y domiciliario, con más

énfasis en el autocuidado, que utilicen la tecnología remota de voz, datos e imágenes para facilitar la prestación del servicio.

En buena medida esto ha sido el resultado de los altos costos de operación de los grandes hospitales y de los riesgos que significan para los pacientes las infecciones y los accidentes intrahospitalarios. Esta tendencia mundial se hizo mucho más evidente a raíz de la pandemia por Covid-19.

El Enfoque en la atención hospitalaria compleja a la población afiliada a Savia Salud EPS afecta principalmente las siguientes variables: unas estructurales del sistema, otras inherentes a nuestro modelo de atención y proceso de contratación, la dispersión geográfica de nuestra población que limita el seguimiento oportuno, la normatividad vigente y la intervención jurídica, el riesgo financiero actual de Savia la hace menos atractiva al prestador ocasionando incrementos en los costos de la atención, o limitando las atenciones a nuestra población y un último elemento las condiciones de vulnerabilidad de nuestra población.

A continuación, se enumeran las diferentes situaciones que se presentan en Savia Salud con la atención hospitalaria que incluye el nivel complementario:

Ingreso espontáneo del paciente a cualquier IPS de tercer nivel, lo que ocasiona un ingreso no contralado donde se evidencia que una gran mayoría de servicios prestados no corresponden a ese nivel de atención y por los altos volúmenes de pacientes no es posible una contrarreferencia oportuna al nivel adecuado.

Baja resolutivez en el manejo de los pacientes en el primer nivel de atención, sin control adecuado de sus patologías, lo que ocasiona auto direccionamiento de los pacientes a un mayor nivel de complejidad.

No oportunidad para: el acceso a la consulta de medicina general y especializada, la realización de ayudas diagnósticas y en la entrega de medicamentos esenciales en las IPS básicas, lo que ocasiona que nuestros usuarios recurran a solicitar atención en los altos niveles de complejidad por complicaciones de su patología de base.

Falta de especialización de la red: No contar con una red concentrada por especialidad favorece la atomización de servicios hospitalarios de alta complejidad en las IPS, como cardiología, radiología intervencionista, neurocirugía, ortopedia, oncología, que no permite tener un control adecuado del costo médico, aumentando los costos, además bajo este modelo no se garantiza la continuidad en el tratamiento por parte de la IPS.

La atención hospitalaria en el nivel complementario NO está integrada a los niveles primarios por lo que los pacientes atendidos en este nivel no son contrarreferidos para su seguimiento adecuado en la IPS primaria.

Las IPS de alto nivel de complejidad son proclives a la adquisición de servicios de alta tecnología, el sector no cuenta con un control adecuado que permita garantizar la racionalidad en la adquisición y uso de estos servicios.

El incremento de especialistas y subespecialistas que fomentan el uso de la hospitalización en nivel de mayor complejidad incluidas UCI y UCE como oncología, cardiología intervencionista, Neurocirugía, Ortopedia, entre otros, patologías que bien pudieran ser manejadas en niveles de menor complejidad.

Contratación por evento con las IPS de nivel complementario sin restricciones en las atenciones, en este modelo se estimula un incentivo perverso con inducción de demanda y realizan atenciones conocidas como “carrusel” o “combos”.

Colombia es reconocido por su sistema de aseguramiento por tres razones particulares: 1. Sistema solidario, no todos ponen, pero todos reciben, 2. Amplia canasta de servicios de salud, 3. Un sistema jurídico paralelo. Además, en nuestro modelo actual cualquier usuario del Departamento puede acceder sin un pertinente direccionamiento a un Hospital de nivel complementario, donde no existe criterios de racionalidad por parte del prestador.

La dispersión geográfica de nuestros usuarios en el Departamento donde el 30% de los afiliados son residentes en zona rural dispersa, sin fácil acceso a la atención en salud, impide que estos tengan una atención oportuna en la atención primaria y complementaria, lo que conlleva indefectiblemente a la complicación de su patología de base.

Falta o pobres programas de atención primaria que eviten las complicaciones y las hospitalizaciones reiterativas de nuestros usuarios, en nuestro ranking están como primeras causas de hospitalización en los altos niveles de complejidad los pacientes con patología respiratoria, cardiovascular y diabéticos no controlados adecuadamente.

La EPS no cuenta con un equipo de pares profesionales que obligue a los profesionales de la red de prestadores la adherencia de guías o protocolos de atención para el buen uso del recurso de la alta complejidad.

Altos costos administrativos por la no integración entre el Asegurador y el prestador, como autorizaciones, auditoría, cuentas médicas que no facilitan atención oportuna y con la calidad esperada, generando demoras y estancias prolongadas en la atención.

4.9 Situación financiera precaria:

El desequilibrio operacional ha llevado a una acumulación de deudas en Savia Salud que superan los \$860 mil millones. Lo anterior, junto con la restricción para recibir nuevos afiliados, generan una presión sobre el flujo de caja disponible.

La medida de vigilancia obliga a girar de manera directa a los prestadores de servicios el 80% del ingreso por UPC; y de otro lado la desconfianza por las deudas acumuladas y su sostenibilidad, han llevado a contrataciones de corto plazo o con pagos anticipados, dificultando obtener tarifas y condiciones de pago favorables, situación que se convierte en un círculo vicioso que afecta la sostenibilidad financiera de la entidad.

4.10 Débil gobernanza.

SAVIA SALUD EPS es una EPS, del régimen subsidiado constituida en alianza público - privada, bajo la modalidad de sociedad de economía mixta, por cuanto su capital está integrado por aportes del Estado (Gobernación de Antioquia con 36.65% y Alcaldía de Medellín con 36.65%) y de particulares (Comfama con 26.7%), y sujeta a las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme al artículo primero de los estatutos sociales. En el giro ordinario de su actividad, la entidad tiene relaciones comerciales con más de 1.130 instituciones de prestación de servicios de diferentes tipos y niveles de complejidad en todo el país, aunque tales relaciones comerciales sólo se han visto materializadas en 283 contratos vigentes.

En igual sentido, se aprecia entre los diversos actores del sistema, información fragmentada, desactualizada y desarticulada del afiliado, causando una gestión descentralizada del mismo. Actualmente, en cuanto a la atención del usuario de Savia Salud EPS no se evidencia integridad ni continuidad en el servicio que le es prestado, lo que a la postre, dificulta la vigilancia y el control sobre los servicios entregados.

Así mismo, se identifican situaciones derivadas de la débil gobernanza, tales como, deficiencias en control de los procedimientos y sus frecuencias de asignación a los afiliados, trámites excesivos para la autorización y el despacho de las fórmulas y dispositivos médicos, desconocimiento del estado real y completo de salud del afiliado, ausencia de trazabilidad de la gestión al afiliado, falta de información confiable para la gestión del riesgo y toma de decisiones, entre otros.

La entidad no cuenta en la actualidad con un buen nivel de relacionamiento y confianza con los prestadores de servicios, quienes por razones obvias deberían ser su principal socio en la tarea de gestionar el riesgo y ofrecer servicios de salud a sus afiliados.

Por el contrario, existe un elevado nivel de conflictividad entre ambas partes que se ha visto reflejado en quejas por no pago, numerosas citaciones a conciliación ante entes de control, procesos judiciales y coactivos en contra, e incluso, medidas cautelares practicadas en las cuentas bancarias de la EPS. Con corte a 31 de mayo de 2020, Savia Salud ha sido vinculada en más de 15 procesos judiciales o administrativos interpuestos por prestadores de servicios de salud, procesos cuya cuantía total asciende a \$8.976'147.197; y en más de 15 procesos de cobro coactivo cuya cuantía total asciende a \$2.753'261.141. Esta realidad no sólo pierde su lógica tratándose de actores de un mismo sistema, cuyo objetivo es común: "la salud del usuario"; sino que resulta excesivamente onerosa y operativa, pues obliga a la constitución de un equipo de trabajo de defensa judicial de volúmenes considerables.

Menos aún, tampoco existe un relacionamiento estructurado y permanente con las autoridades de salud departamentales y municipales, lo que hace aún más difícil la labor de promoción y prevención. Lo anterior, sumado a los problemas en la prestación de los servicios por los motivos descritos y por la precaria situación financiera, han llevado a la entidad a perder imagen y legitimidad entre sus usuarios.

Adicionalmente, debido a los constantes cambios en la normatividad vigente, a la continua promulgación de directrices y los cambios de las administraciones públicas, como es el caso de Gobernación y Alcaldía, se requiere que la EPS adopte una estructura que se ajuste rápidamente a las condiciones cambiantes del entorno para dar respuesta a las exigencias actuales, lo cual incluye cambios a nivel estratégico de la organización, buscando siempre la excelencia organizacional y la mejora continua en los procesos misionales.

De otra parte, dentro de la medida de vigilancia especial decretada por la Superintendencia Nacional de Salud sobre Savia Salud EPS, ha sido una constante,

la obligación imperiosa de capitalizar la EPS, único medio posible, para el mejoramiento de los estados financieros, que hoy tienen a la EPS en riesgo de liquidación, no solo por la disposición normativa regulada por la Superintendencia de Sociedades, sino por la vigilancia y control que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud, sobre las EAPB, relacionada con las condiciones y resultados de la prestación de los servicios como actividad misional.

En este sentido, la gerencia de la EPS ha realizado las gestiones pertinentes para lograr la capitalización por parte de los socios de la SAS, situación que no ha tenido un desenlace satisfactorio.

La situación expuesta advierte un modelo de gobierno que se aparta de la “gobernanza” o “gobierno relacional”, entendida como la eficacia, calidad y buena orientación de la administración para un funcionamiento de la entidad a través de la interacción de sus distintos niveles internos (órganos de dirección y dependencias) y externos (en relación con el mercado y los demás actores del sistema), los cuales no obedecen a una subordinación jerárquica, sino a una integración en red.

Desde 2009 la Organización Mundial de la salud ha recomendado como solución a este problema “las Redes Integradas de Servicios de Salud [que] pueden mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas”.

Se hace necesario que se construya un instrumento o modelo de articulación y relacionamiento entre todos y cada uno de los grupos de interés que pueden intervenir en SAVIA SALUD EPS, basado en principios y valores que reflejen una administración integral y eficiente.

Así pues, es necesario impulsar acciones específicas y el establecimiento de unas reglas claras de relacionamiento, junto con los otros actores que tienen interés en la correcta administración de esta EPS, tales como la junta directiva y las Secretarías de Salud municipal, departamental y empleados de SAVIA SALUD EPS. Tal relacionamiento con los diferentes grupos de interés redundará en la reducción de riesgos financieros, riesgos en salud, riesgos operacionales y de experiencia de la atención, esto es, una óptima administración de los recursos de la Salud, lo cual, en última instancia, debe mejorar la calidad de vida de los usuarios afiliados a Savia Salud EPS y sus familias.

4.11 Limitaciones derivadas de la medida de vigilancia especial.

La medida de vigilancia especial impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud paradójicamente termina afectando las posibilidades de recuperación de la entidad al producir un deterioro gradual de sus ingresos por la vía de prohibirle la afiliación de nuevas personas y de impedir que se pueda habilitar para afiliar personas del régimen contributivo en por ejemplo los 53 municipios de Antioquia donde es el único asegurador.

Esto disminuye la posibilidad de contar con economías de escala que hagan más equilibrado el costo de prestar servicios. Igualmente, la medida de vigilancia afecta la imagen y la confianza frente a sus proveedores, encareciendo el proceso de prestación de servicios al no poder contar con tarifas y formas de contratación y pago más favorables.

4.12 Caracterización sociodemográfica:

4.12.1 Caracterización según sexo y grupo quinquenal

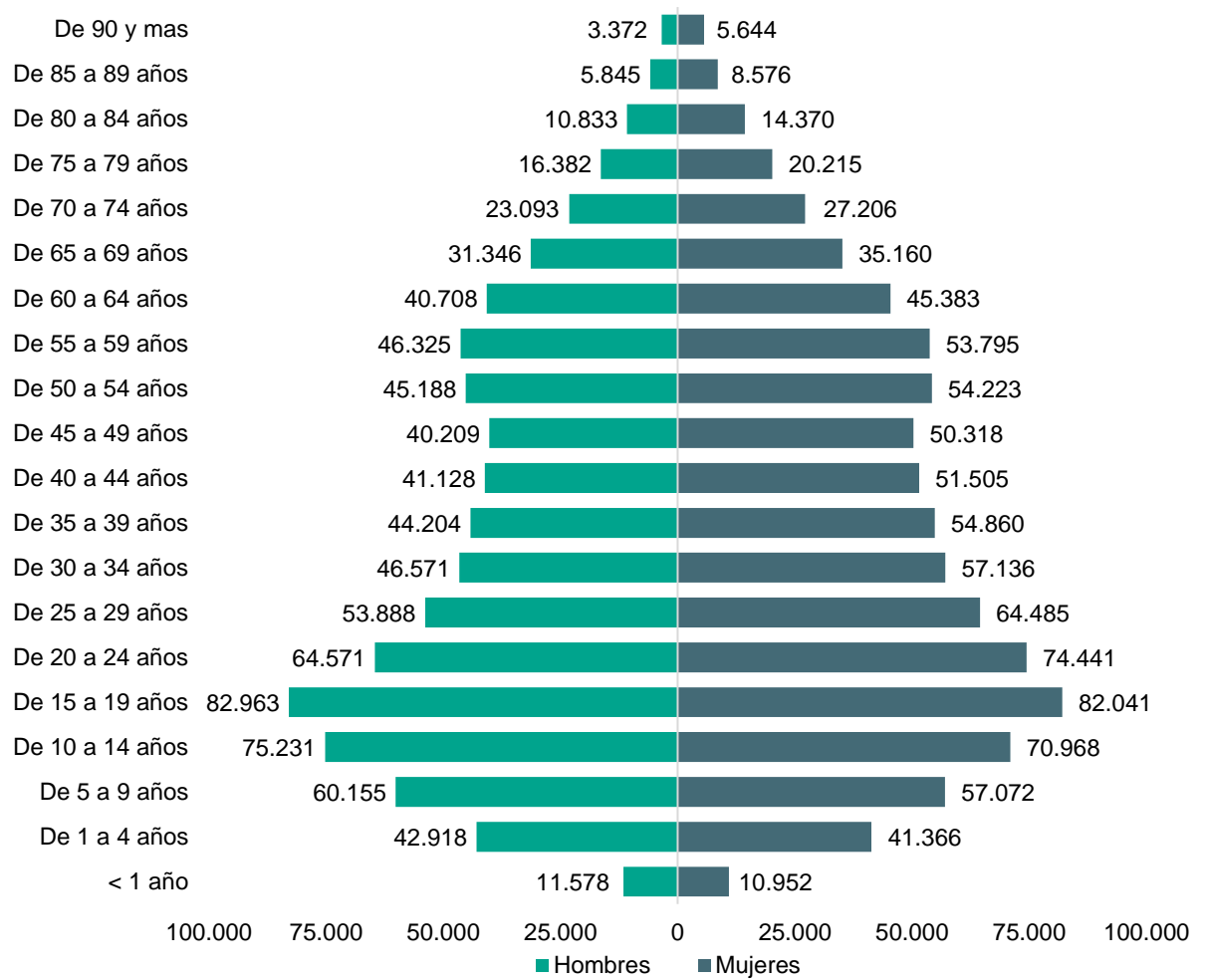
A corte de diciembre de 2019, Savia Salud EPS registró un total de 1'666.224 afiliados. En cuanto a la distribución etaria de esta población, el grupo de edad con mayor proporción de afiliados es aquel entre los 15 y 44 años con el 43,1% , dentro del cual se incluye la población entre 15 a 19 años (9,9%). El 1,4% es menor de 1 año, el 20,9% se encuentra entre los 1 y 14 años, el 22,6% entre los 45 y 64 años, y el 12,1% está en el grupo de más de 65 años.

En el 2019 el 52,8% de los afiliados fueron de sexo femenino (879.716 mujeres) y el 47,2% de sexo masculino (786.508) y su pirámide poblacional se ensancha entre 1 a 19 años.

Tomando como fuente las Cifras del aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a noviembre de 2019, Antioquia reportó un total de 6.353.855 habitantes afiliados al SGSSS, con una cobertura universal de 93,97% entre el régimen subsidiado, contributivo y especial. De esta población, el 26,15% son afiliados a Savia Salud EPS.

Teniendo en cuenta los cursos de vida, se encuentra que el 36,5% de los afiliados a Savia Salud EPS se encuentran en adultez, seguido del 18,1% que se encuentra dentro del curso de Juventud y el 17,3% en curso de Vejez.

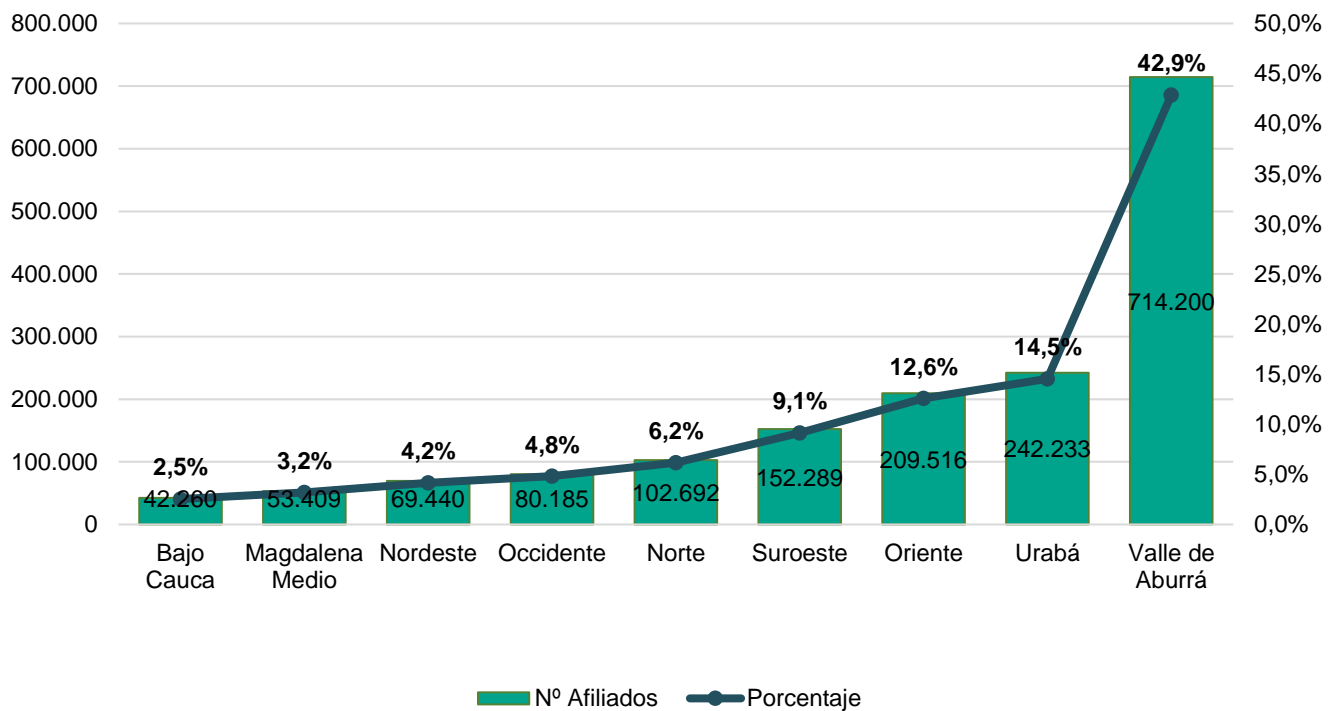
Distribución de usuarios según grupo de edad y sexo. Savia Salud EPS – 2019



4.12.2 Caracterización según subregión y municipio de afiliación

En la gráfica a continuación se evidencia que la subregión de Valle de Aburrá representa el 42,9% del total de los afiliados a Savia Salud EPS durante el año 2019, seguido de la subregión de Urabá (14,5%) y de Oriente (12,6%).

Distribución porcentual de usuarios según subregión de afiliación. Savia Salud EPS – 2019.



Al desagregar por municipio de afiliación se observa que, para el 2019, los afiliados residentes en Medellín representaron el 30,4% (507.317 afiliados) del total de afiliados a Savia Salud EPS, seguido del municipio de Bello con un 4,8% (80.053 afiliados), Apartadó con un 2,6% (42.892 afiliados), Turbo con el 2,4% (40.592 afiliados) e Itagüí con el 2,2% (36.333 afiliados). Para el resto de los municipios, este porcentaje es inferior al 2%.

4.12.3 Caracterización según grupo poblacional:

La caracterización adicional de la población de afiliados no presenta cambios significativos con respecto a los años anteriores. Dada la razón de ser de Savia Salud EPS, es coherente al identificar que el 69,0% de los usuarios del régimen subsidiado sean población sisbenizada, así como el 27,3% sean población víctima del conflicto armado interno, tal como se plasma en la tabla a continuación:

Distribución de afiliados en régimen subsidiado según grupo poblacional. Savia Salud EPS – 2019.

Grupo poblacional	Nº afiliados	Porcentaje
Población con SISBEN	1.063.172	69,0%
Víctimas del conflicto armado interno	421.167	27,3%
Población rural no migratoria	25.550	1,7%
Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	7.168	0,5%
Habitante de calle	4.481	0,3%
Migrantes colombianos repatriados, que han retornado voluntariamente al país, -o han sido deportados o expulsados de territorio extranjero	4.415	0,3%
Comunidades indígenas	4.012	0,3%
Adulto mayor en centros de protección	2.272	0,1%
Personas en prisión domiciliaria a cargo del INPEC	2.059	0,1%
Población desmovilizada y/o miembros del grupo armado ilegal que celebren acuerdos de paz con el Gobierno Nacional	2.058	0,1%
Población reclusa a cargo de la entidad territorial	1.179	0,1%
Creador o gestor cultural	1.038	0,1%
Población infantil vulnerable bajo protección de instituciones diferentes al ICBF	635	0,0%
Población rural migratorio	456	0,0%
Programa en protección a testigos	239	0,0%
Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF	194	0,0%
Rom (Gitano)	184	0,0%
Población en centros psiquiátricos	30	0,0%
Miembros de los grupos armados al margen de la ley que celebren acuerdos de paz con el Gobierno Nacional	5	0,0%
Total general	1.540.314	100,0%

4.12.4 Caracterización según zona de residencia:

La población afiliada a Savia Salud EPS en el año 2019 está distribuida un 30,9% en la zona rural (516.960 afiliados) y un 69,1% en la zona urbana (1.151.264 afiliados). En la tabla a continuación se muestra la ruralidad por cada subregión.

**Distribución porcentual de afiliados según zona de residencia en cada subregión.
Savia Salud EPS – 2019.**

Subregión	Nº afiliados rural	%Rural	Nº afiliados urbano	%Urbano	Total afiliados	%Total
Valle de Aburrá	44.731	6,3%	669.467	93,7%	714.198	100,0%
Urabá	91.345	37,7%	150.888	62,3%	242.233	100,0%
Oriente	114.846	54,8%	94.670	45,2%	209.516	100,0%
Suroeste	85.554	56,2%	66.735	43,8%	152.289	100,0%
Norte	62.647	61,0%	40.047	39,0%	102.694	100,0%
Occidente	56.618	70,6%	23.567	29,4%	80.185	100,0%
Nordeste	32.437	46,7%	37.003	53,3%	69.440	100,0%
Magdalena Medio	17.500	32,8%	35.909	67,2%	53.409	100,0%
Bajo Cauca	9.282	22,0%	32.978	78,0%	42.260	100,0%
Total general	514.960	30,9%	1.151.264	69,1%	1.666.224	100,0%

Nuevos Modelos de Gestión



Nuevo Modelo de Gestión del Riesgo en Salud



5. Nuevo modelo de gestión del riesgo en salud

Lo que se conoce en la terminología de los seguros como el “riesgo primario” o de salud apunta a la promoción y prevención para evitar que la gente se enferme, sufra complicaciones que pueden ser evitables o fallezca prematuramente. Esto comienza por definir los grupos poblacionales con mayor riesgo de enfermar y morir y que consumen la mayor parte de los recursos.

Como parte de este proceso de gestión del riesgo de enfermar, los pacientes y sus grupos familiares serán asignados a personas que se encargarán de su vigilancia y control permanente y de servir de enlace con Savia Salud, quienes se denominarán Gestores Familiares de Riesgo en Salud.

Lo anterior facilita actuar de manera anticipada frente a desviaciones que se puedan presentar en el comportamiento del riesgo que den lugar a mayor consumo de servicios que conduzcan a desequilibrios operacionales. En este sentido se propone dar un mayor énfasis, sin descuidar los demás grupos poblacionales u otros programas de atención.

Nuevo Modelo de Prestación de Servicios



7. Nuevo modelo de prestación de servicios

Se refiere a lo que en la terminología de los seguros se conoce como el “riesgo técnico”, que es básicamente la forma como se organiza y opera la prestación de servicios para atender el denominado “ siniestro ” o en este caso la atención de la enfermedad, que incluye el monitoreo permanente sobre los servicios prestados, sus frecuencias de uso y costo.

Este nuevo modelo está enfocado en desarrollar servicios que puedan ser ofrecidos ambulatoriamente o en el domicilio, centrados en el autocuidado y el cuidado familiar, que utilicen la tecnología de atención remota, mediante Rutas Integrales de Atención en Salud que incluyan las actividades de promoción de la salud y de prevención, diagnóstico tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad.

El nuevo modelo de prestación de servicios pretende ser desarrollado en dos ámbitos de atención: los prestadores básicos y los prestadores complementarios, en contraposición a lo que tradicionalmente se ha conocido como los niveles de complejidad.

Con esto se pretende darle un mayor énfasis al concepto de atención primaria ampliada altamente resolutiva llevada a cabo en el ámbito ambulatorio y domiciliario; y de atención complementaria ofrecida en el ámbito hospitalario organizados sobre la base de especialización de servicios.

Nuevo Modelo de Gestión del Riesgo Financiero



7. Nuevo modelo de gestión del riesgo financiero

Se refiere a lo que en la terminología de los seguros se conoce como el “riesgo financiero”, que es básicamente la forma como se hace el manejo y el control del dinero con el que se financia la gestión del riesgo y la prestación de los servicios, con el objetivo de que estos se ajusten al ingreso recibido mediante la Unidad de Pago por Capitación -UPC-.

Uno de los elementos centrales en la gestión del riesgo financiero tiene lugar cuando se actúa preventivamente evitando que la gente se enferme o se complique por causas que son evitables. Así mismo, esto tiene que ver con los mecanismos de contratación y pago que se utilicen para reconocer los servicios ofrecidos.

Estos mecanismos deben estar enfocados en que el prestador también asuma una parte del riesgo financiero inherente a la atención que estimule hacer las cosas con mayor calidad y eficiencia.

Igualmente, la entidad aseguradora debe procurar que el volumen de afiliados sea utilizado para desarrollar mecanismos de agregación de demanda y de oferta que den lugar a economías de escala y con ello a mejores precios y condiciones de pago.

Nuevo Modelo de Gobierno Corporativo



8. Nuevo modelo de gobierno corporativo

Enfocado en crear una Red Integrada de Servicios de Salud como instrumento de gestión y control de la política pública de salud del departamento, de la que hagan parte el asegurador, los prestadores de servicios y las autoridades sanitarias.

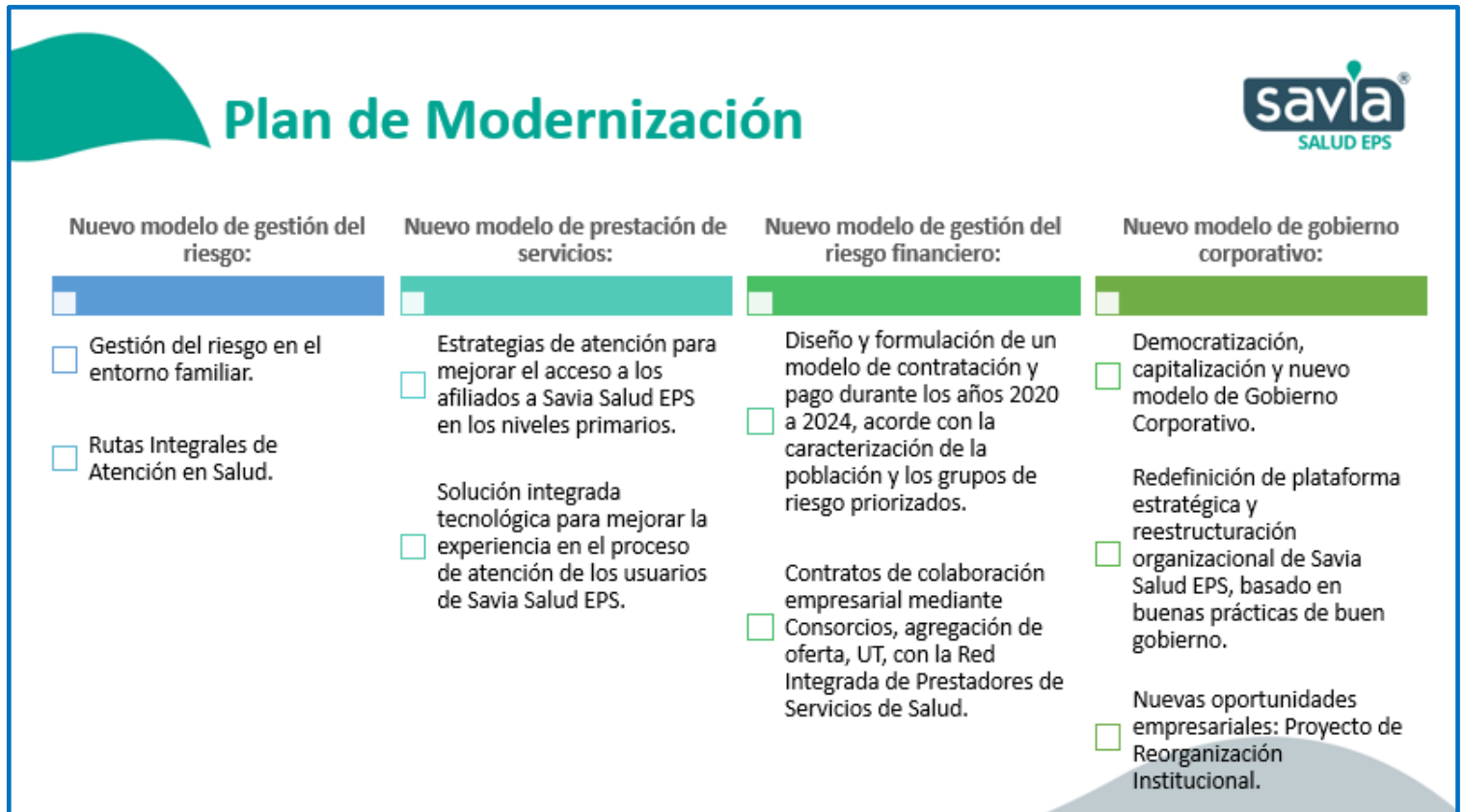
Esto tiene como objetivo poder contar con un mecanismo que facilite la comunicación y la toma de decisiones de manera conjunta y coordinada, que a su vez ayuden a reducir la segmentación y el nivel de conflicto entre la gestión del riesgo (asegurador) y la atención de la enfermedad (prestador).

Además, debe contribuir a reducir la fragmentación en la atención del paciente en múltiples prestadores y niveles de complejidad que no les es posible comunicarse la historia clínica del paciente, circunstancias que dificultan la oportunidad, continuidad y el control de los servicios ofrecidos.

En ese sentido, la empresa cuenta con procesos de Gobierno de Tecnología de la información (TI), teniendo como referente el modelo de gestión IT4+ y consecuentemente ha desarrollado los componentes de gestión de la información, sistemas de información, servicios tecnológicos y uso y apropiación con la adecuación de una estructura organizacional que responde por el contenido de cada uno de los componentes para de esta manera, garantizar la generación de una información confiable, pertinente, útil y completa para el análisis y toma de decisiones que impacte sobre la calidad de vida de nuestra población afiliada en la totalidad del territorio donde hacemos presencia, con la previa caracterización poblacional, que es el insumo para la Gestión Integral del Riesgo en Salud.

Con un mejor desarrollo de un Gobierno de TI se obtendrá la integración de los sistemas de información existentes para tener una fuente única de datos que despliegue los diferentes niveles de información: de apoyo, misionales y estratégicos; y así facilitar la implementación de estrategias.

9. Estrategias del plan de modernización



Los 4 modelos que se contemplan en el presente plan de modernización y saneamiento financiero, se materializan a través de 9 proyectos estructurados bajo la metodología del marco lógico, los cuales se detallan a continuación:

9.1 Gestión del riesgo en el entorno familiar:

Fin - Alcance:

Contribuir a la salud de los afiliados y la sostenibilidad de Savia Salud EPS mediante la implementación de un modelo de atención apoyado en gestores de riesgo que faciliten la atención integral de la población priorizada.

Propósito – Objetivo General:

Mejorar la situación de salud de los afiliados a Savia Salud EPS a partir del conocimiento de sus determinantes bio-psico-sociales.



9.2 Rutas Integrales de Atención en Salud:

Fin - Alcance:

Contribuir a la protección de la de salud de los afiliados y la sostenibilidad de Savia Salud EPS a través del diseño, adaptación y adopción de Rutas Integrales de Atención, basadas en la caracterización de los afiliados y enfocadas a la prestación de servicios de calidad.

Propósito – Objetivo General:

Diseñar e implementar las rutas integrales de atención priorizadas que incluyen la valoración integral de la salud, educación para la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, con la participación de equipos multidisciplinarios en salud en los diferentes niveles de atención.

9.3 Estrategias de atención para mejorar el acceso a los afiliados a Savia Salud EPS en los niveles primarios:

Fin - Alcance:

Contribuir a la protección de la de salud de los afiliados y la sostenibilidad de Savia Salud EPS optimizando la resolutivez del prestador primario a través del uso de la telesalud y la telemedicina, atención domiciliaria y la oportunidad en la consulta externa.

Propósito – Objetivo General:

Los afiliados a Savia salud EPS reciben una atención más oportuna y con mayor acceso a los servicios primarios de atención mediante estrategias de telemedicina, atención domiciliaria y mayor oferta de consulta externa en el Departamento de Antioquia.

9.4 Solución integrada tecnológica para mejorar la experiencia en el proceso de atención de los usuarios de Savia Salud EPS:

Fin - Alcance:

Contribuir a la protección de la de salud de los afiliados y la sostenibilidad de Savia Salud EPS a través de la implementación de tecnologías de información que optimicen la interacción entre la EPS, los prestadores de servicios de salud y los usuarios.

Propósito:

Fortalecer las tecnologías de información y comunicación como una herramienta práctica, con calidad, oportuna y efectiva que permita mejorar la experiencia de los usuarios, la interacción con la EPS y las IPS que conforman la red; agilizando la gestión de los trámites, garantizando la continuidad en el proceso de atención, haciendo uso y aprovechamiento responsable de las tecnologías.

9.5 Diseño y formulación de un modelo de contratación y pago durante los años 2020 a 2024, acorde con la caracterización de la población y los grupos de riesgo priorizados:

Fin - Alcance:

Contribuir a la protección de la de salud de los afiliados y la sostenibilidad de Savia Salud EPS mediante el desarrollo de mecanismos de agregación de demanda y de contratación, que incentiven la atención integral de los afiliados y la eficiencia en el uso de los recursos del sistema de seguridad social en salud administrados por Savia salud EPS.

Propósito – Objetivo General:

Diseñar y organizar el proceso de contratación estableciendo condiciones para la adquisición de bienes, servicios, medicamentos e insumos mediante mecanismos de contratación y estrategias para un manejo más eficiente de los recursos público-privados aportando puntos vitales al progreso de Savia Salud EPS en función de las características Clínicas de su población y la sostenibilidad financiera de la Asegura.

9.6 Contratos de colaboración empresarial mediante Consorcios, agregación de oferta, UT, con la Red Integrada de Prestadores de Servicios de Salud:

Fin - Alcance:

Contribuir a la protección de la de salud de los afiliados y la sostenibilidad de Savia Salud EPS desarrollando mecanismos de agregación de oferta a través de diferentes formas de asociación, que propicien la integralidad y eficiencia en la atención.

Propósito:

Establecer lineamientos para el diseño e implementación de contratos mediante Consorcios (convenio de asociación) con la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS por medio de portafolios integrales y únicos que garanticen, acceso,

oportunidad, pertinencia, calidad y continuidad en la atención para la solución de necesidades en los diferentes niveles de atención y complejidad.

9.7 Democratización, capitalización y nuevo modelo de Gobierno Corporativo:

Fin - Alcance:

Contribuir a la protección de la salud de los afiliados y la sostenibilidad de Savia Salud EPS a través de mecanismos de capitalización y democratización ampliando la participación de actores en el gobierno corporativo de la EPS Savia Salud.

Propósito – Objetivo General:

Capitalización de la EPS a través de la consolidación de un Modelo de Gobierno Corporativo estructurado desde la democratización de la propiedad y la adherencia de la Red prestadora de Servicios de salud, en calidad de Socios de la EPS.

9.8 Redefinición de plataforma estratégica y reestructuración organizacional de Savia Salud EPS, basado en buenas prácticas de buen gobierno

Fin - Alcance:

Contribuir a la protección de la de salud de los afiliados y la sostenibilidad de Savia Salud EPS modernizando la plataforma estratégica y la estructura organizacional y de procesos de Savia Salud EPS para enfrentar los retos de sostenibilidad en el contexto actual y futuro.

Propósito – Objetivo General:

Desarrollar e implementar una plataforma estratégica y una estructura organizacional con un enfoque en gestión por procesos, enmarcados en un gobierno corporativo que cumplan con las necesidades empresariales y expectativas de los grupos interesados.

9.9 Nuevas oportunidades empresariales: Proyecto de Reorganización Institucional

Fin - Alcance:

Contribuir a la generación del plazo necesario para lograr el cumplimiento de las condiciones de habilitación financiera de la EPS, mediante la ejecución del Plan de Modernización y Saneamiento Financiero.

Propósito – Objetivo General:

Empresa creada a partir de la escisión mediante la cesión de patrimonio, activos o pasivos, y de actividades propias del objeto social de la EPS, que permitió la aprobación del plan de reorganización institucional.

Savia Salud EPS

Versión 04 – Noviembre 20 de 2020