

MODELO DE ATENCIÓN PARA LA GESTION DE RIESGO EN SALUD DE COMPENSAR MEDICINA PREPAGADA

Bogotá D.C. Colombia, Febrero de 2025

Equipo de Desarrollo del Modelo de Atención para la Gestión de Riesgo en Salud Compensar Medicina Prepagada

Edición

Roamir Andrés Garzón

Gerente cohorte cardiovascular

Laura Melisa Beltrán Ochoa

Profesional Planeación Modelo de Atención en salud

Asesor

Jorge Edgar Guevara Muñoz

© 2025

RESUMEN

En 1993, el artículo 169 de la Ley 100 contempló la posibilidad de ofrecer planes voluntarios en el sistema de salud como complemento al Plan Obligatorio de Salud (POS), hoy conocido como Plan de Beneficios en Salud (PBS). Estos planes serían financiados exclusivamente por el afiliado con recursos independientes de las cotizaciones obligatorias establecidas en el artículo 204 de la misma Ley. En 2011, la Ley 1438 modificó el marco normativo anterior mediante el artículo 37, esta modificación avaló la operación de planes de atención complementaria al Plan Obligatorio de Salud, así como los planes de medicina prepagada y las pólizas de seguros emitidas por compañías supervisadas por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud.

El modelo de atención para la gestión del riesgo en salud de Compensar Medicina Prepagada contempla cinco niveles de intervención que van desde la etapa de asegurabilidad que prevé la identificación de riesgos, continua con la priorización de los mismos y abarca su intervención mediante los programas individuales y colectivos que asocian la oferta de bienestar integral y llegan hasta la prestación efectiva de los servicios de salud para proporcionar a los afiliados una atención médica oportuna y personalizada, apoyándose en sistemas de información ágiles y herramientas digitales que facilitan el acceso a los servicios.

OBJETIVO

- GENERAL

Definir un modelo de atención para la gestión de riesgo en salud que permita identificar, priorizar y gestionar los riesgos en la población afiliada, promoviendo el bienestar integral mediante la ejecución de programas individuales y colectivos, garantizando una prestación oportuna y efectiva de servicios de salud.

- ESPECIFICOS

1. Garantizar la correcta afiliación de usuarios mediante un proceso de asegurabilidad transparente y eficiente que asegure el cumplimiento de los requisitos legales y minimice riesgos para Compensar Medicina Prepagada brindando una experiencia ágil y satisfactoria a los usuarios.
2. Desarrollar análisis de datos a través de procesos de analítica descriptiva, prospectiva y prescriptiva que permitan la identificación y la priorización de riesgos en la población afiliada, con el fin de enfocar las intervenciones en los grupos más vulnerables y optimizar los recursos disponibles para mejorar la salud y el bienestar.
3. Implementar programas de intervención enfocados en la promoción y mantenimiento de la salud mediante estrategias de detección temprana, tamizajes poblacionales, y acciones dirigidas a prevenir y manejar comorbilidades y complicaciones, con el propósito de reducir riesgos, mejorar la calidad de vida y fomentar hábitos saludables en la población atendida.

4. Integrar las actividades de la plataforma de bienestar integral a los programas de intervención con el fin de complementar los tratamientos médicos con estrategias holísticas y no farmacológicas orientadas a promover el bienestar físico, mental y emocional, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los usuarios.
5. Asegurar la prestación de servicios de salud de acuerdo con el plan de medicina prepagada adquirido, garantizando condiciones óptimas de seguridad, comodidad y eficacia, lo cual incluye la reducción de tiempos de desplazamiento mediante una red de proveedores amplia y georreferenciada, que ofrezca opciones de atención tanto presenciales como virtuales

ALCANCE

El modelo de atención para la gestión de riesgo en salud abarca desde el proceso de asegurabilidad y los criterios a considerar para la afiliación, continua con la identificación de riesgos de acuerdo con distintas variables poblacionales, demográficas y de morbilidad, para su correspondiente priorización y manejo ofreciendo no solo las actividades propias de la prestación de servicios de salud sino también intervenciones no farmacológicas y de bienestar holístico, y va hasta la articulación de los grupos de intervención con la red prestadora de servicios de salud para la ejecución de programas, ciclos de intervención entre otros necesarios para gestionar los riesgos materializados de la población afiliada.

RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

La implementación del modelo de atención para la gestión de riesgo en salud es revisada por la Gerencia de Planes Voluntarios y actualizada por la Gerencia del Modelo de Salud de Compensar Medicina Prepagada.

ANTECEDENTES

En Colombia, la medicina prepagada surge como una alternativa complementaria al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ofreciendo acceso a servicios médicos con mayor oportunidad y calidad a través de planes voluntarios de atención.

La medicina prepagada se encuentra regulada principalmente por la Ley 100 de 1993, que estableció el SGSSS y permitió la coexistencia de aseguramiento obligatorio con servicios de salud voluntarios. Posteriormente, la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015 reforzaron la regulación, garantizando derechos de los usuarios y estableciendo requisitos para las entidades que ofrecen estos servicios, de igual forma, el Decreto 780 de 2016 consolidó la normativa relacionada con los planes voluntarios de salud, estableciendo condiciones de habilitación, funcionamiento y supervisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Históricamente, los modelos de atención en medicina prepagada han estado centrados en la prestación de servicios con acceso directo a especialistas, reduciendo tiempos de espera en comparación con el régimen contributivo, con el tiempo, han evolucionado hacia enfoques más integrales de atención, incorporando medicina

preventiva, programas de promoción de la salud y manejo de enfermedades crónicas. En los últimos años, se han incorporado innovaciones tecnológicas y estrategias de telemedicina para mejorar la navegabilidad del usuario y la eficiencia en la prestación de servicios.

El modelo de medicina prepagada enfrenta desafíos como la sostenibilidad financiera, el cumplimiento de la normatividad vigente y la adaptación a cambios epidemiológicos. Sin embargo, también tiene oportunidades significativas en la personalización de servicios, el uso de tecnologías digitales y la integración con redes de atención especializadas para mejorar la experiencia del usuario.

MARCO CONCEPTUAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen la existencia de modelos de aseguramiento en salud que incluyen planes prepagados y seguros privados voluntarios y aunque no existe una definición única, ambas organizaciones reconocen la importancia de estos modelos en la cobertura sanitaria. Es importante destacar que la OMS y la OPS promueven la regulación y supervisión de estos modelos para garantizar que operen de manera equitativa y eficiente, asegurando la calidad de la atención y la protección de los usuarios. Además, enfatizan la necesidad de que estos sistemas se integren adecuadamente con los servicios públicos de salud para evitar fragmentaciones y asegurar una cobertura universal efectiva.

En Colombia el objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS es orientar el sistema de salud hacia la generación de condiciones óptimas que garanticen un acceso oportuno, efectivo y de alta calidad a los servicios de salud, promoviendo la prevención, el cuidado y la mejora continua del bienestar de la población. Esta política se ha implementado mediante el Modelo de Atención Integral en Salud-MIAS cuya aplicación exige un funcionamiento armónico de los agentes del sistema para garantizar el derecho a salud de la población con un enfoque diferencial adaptado a las particularidades del territorio colombiano.

Compensar Medicina Prepagada alineado con la política –PAIS y con el modelo MIAS, fundamenta su modelo de atención en salud con la gestión del riesgo como enfoque estratégico que permite anticipar, identificar y abordar los factores que afectan la salud de una población con el fin de reducir la incidencia de enfermedades, mejorar la calidad de vida y optimizar los recursos del sistema. En el contexto de la medicina prepagada, este concepto se traduce en modelos de atención que priorizan la prevención, la detección temprana y el manejo integral de enfermedades, garantizando una atención eficiente y de calidad, en donde adicionalmente se promueven programas y actividades que abarcan el bienestar físico, mental y social de los afiliados, asegurando una atención completa que trasciende el cuidado médico tradicional y fomenta una vida saludable y equilibrada.

Por otra parte, el concepto de salud no siempre debe asociarse exclusivamente a la ausencia de enfermedad, muchas personas con diagnósticos médicos o condiciones especiales pueden disfrutar de una buena calidad de vida y bienestar en distintos aspectos. Tradicionalmente, los modelos de salud se han centrado en medir la carga de enfermedad y sus complicaciones, dejando en un segundo plano la evaluación del bienestar, la salud percibida y su impacto en la vida cotidiana de cada individuo.

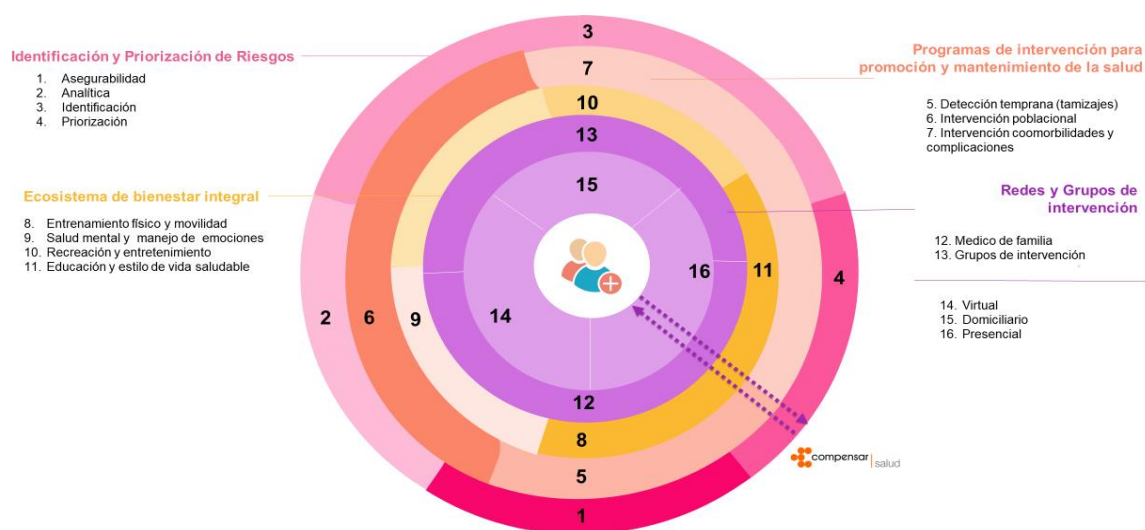
Compensar, como organización dedicada a la identificación y gestión del riesgo en salud, busca transformar este enfoque tradicional, a través de la articulación de su red de prestadores de servicios, impulsa un modelo integral que va más allá de la medicina curativa, incorporando estrategias de promoción de la salud y bienestar en diversos entornos, adaptados a las necesidades de sus usuarios. Este modelo abarca todos los niveles de atención, permitiendo que el equipo de salud identifique necesidades durante la consulta, invite a los usuarios a participar en espacios de bienestar y realice un seguimiento continuo de los indicadores clínicos para garantizar una atención integral y personalizada.

DESCRIPCION

En un entorno de salud, donde los riesgos de enfermedades crónicas, complicaciones médicas y eventos adversos son constantes, la gestión del riesgo en salud se convierte en una herramienta esencial. En Compensar Medicina Prepagada, nuestro modelo de atención en salud está diseñado para identificar, evaluar y mitigar estos riesgos de manera anticipada y efectiva, a través de la identificación de la población y su perfil epidemiológico, la elaboración de programas basados en evidencia científica con enfoque y disponibilidad a través de la plataforma de bienestar y la experiencia integral.

Nuestro modelo de salud define las estrategias de la gestión del riesgo y el acceso a los servicios de salud para responder a las necesidades de los afiliados en procura de obtener los mejores resultados en salud y una experiencia satisfactoria para el afiliado.

Figura 1. Modelo de atención para la gestión de riesgo en salud

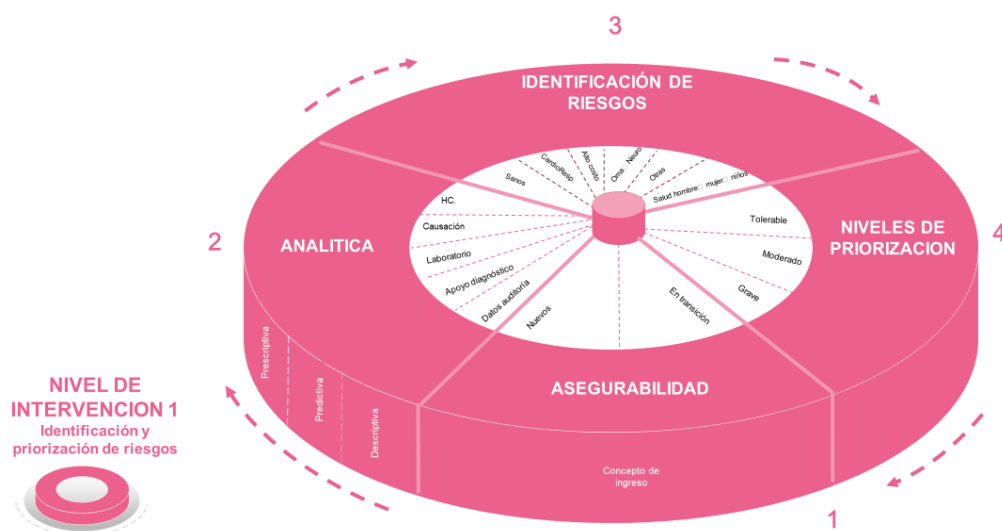


En el modelo de atención de Compensar Medicina Prepagada, el primer nivel intervención está dado por 4 etapas así:

Nivel de Intervención 1

Identificación y Priorización de Riesgos

Figura 2. Identificación y Priorización de Riesgos



1. Asegurabilidad

Conjunto de procesos orientados a evaluar, identificar y gestionar el riesgo de los usuarios durante el proceso de afiliación. Este enfoque busca garantizar que las condiciones de salud preexistentes sean detectadas y gestionadas adecuadamente, promoviendo un equilibrio entre la sostenibilidad del modelo y la eficiencia del producto ofrecido.

De acuerdo con lo señalado en el artículo 2.2.4.1.17. del Decreto 780 de 2016 se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. La demostración de la existencia de factores de riesgo, como hábitos especiales o condiciones físicas o genéticas, no podrá ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se califique una preexistencia.

Los componentes de este proceso son:

- Evaluación inicial de riesgos: se realiza mediante la declaración de salud de los posibles usuarios que quieran afiliarse a medicina prepagada, esto permite identificar enfermedades o condiciones crónicas

en los usuarios antes de su ingreso al sistema, incluye la realización de exámenes médicos, cuestionarios de salud y revisión de historiales médicos o resultados de apoyo diagnóstico.

- b. Gestión de condiciones preexistentes: la evaluación inicial de riesgos permite establecer de manera transparente las condiciones que serán cubiertas, parcialmente cubiertas o excluidas del plan.
- c. Monitoreo continuo del riesgo: implementamos sistemas de seguimiento y estrategias de prevención para reducir el impacto de las condiciones preexistentes y evitar complicaciones futuras.

2. Analítica de datos

En el nivel de intervención de identificación y priorización nos permite transformar grandes volúmenes de información en conocimientos accionables. En el contexto de un sistema de medicina prepagada, esta herramienta se utiliza para identificar patrones, predecir eventos de salud y optimizar la gestión de recursos, contribuyendo a una atención más eficiente y sostenible.

Para ello nuestras fuentes de recopilación de datos son:

- a. Historia clínica/ aplicativo SAP
- b. Autorizaciones/ aplicativo S/SAS
- c. Causación básica y depurada / cubo de causación y CYCLOS
- d. Auditoria de servicios de salud / GEHOS
- e. Información derivada de la declaración de salud en el proceso de aseguramiento (captura y procesamiento automático)

3. Identificación de Riesgos

Uno de los requisitos primordiales para gestionar el riesgo de una población, es identificar los individuos que presenten factores de riesgo; para hacerlo de manera sistemática. Compensar Medicina Prepagada ha desarrollado mecanismos que le permiten identificar a través de un sistema de marcación de riesgos con la aplicación de algoritmos la población a gestionar de forma oportuna, masiva y focalizada, permitiendo que el profesional de la salud responsable de la atención señale y observe en la historia clínica el posible riesgo que requiere gestión, realizamos una marcación individual, que proporciona data del estado y del diagnóstico actual (sospechoso, confirmado, descartado, finalizado). Este sistema de identificación permite mejorar la captación temprana de pacientes con el fin de gestionar sus necesidades en salud a través de los grupos de intervención mediante el ofrecimiento de programas o rutas de atención para garantizar su atención.

Estas fuentes de recopilación de datos son analizadas por los modelos de analítica de datos con el fin de lograr una segmentación de datos que de origen a los siguientes grupos:

- a. Pacientes sanos
- b. Salud del hombre, la mujer y el niño
- c. Riesgo cardiovascular y respiratorio
- d. Alto Costo (Oncología, autoinmunes y reumatológicas)
- e. Riesgo neurológico y osteomuscular

Esta información se integra al área administrativa de salud para facilitar la oferta e incorporación de los usuarios a los programas de atención en salud y bienestar integral, de acuerdo con la cobertura del plan adquirido.

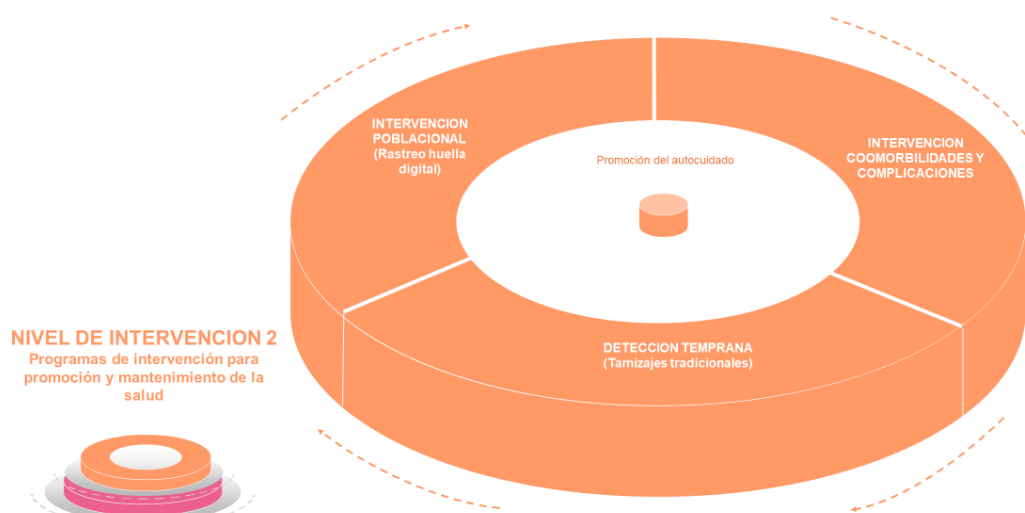
4. Niveles de Priorización

Con la data recopilada y organizada a través de los modelos de analítica, se aplica la metodología Hanlon a través de la cual se priorizan los riesgos de acuerdo con los grupos en mención y en consecuencia se determina la intervención de los mismos de acuerdo con su grado de tolerancia.

Nivel de Intervención 2

Programas de intervención para promoción y mantenimiento de la salud

Figura 3. Programas de intervención para promoción y mantenimiento de la salud



Dentro de las intervenciones de promoción y mantenimiento para la salud por cada curso de vida, se pretende identificar los riesgos oportunamente a través de pruebas de detección temprana y valoración integral de los afiliados, dicha valoración Integral que corresponde a nuestra consulta de bienvenida que será la puerta de entrada para identificar riesgos y derivar oportunamente al especialista o ruta de atención específica a los afiliados en cada curso de vida.

- **Primera Infancia (0 a 5 años)**

La primera Infancia es el momento de curso de vida con mayor probabilidad de potenciar el desarrollo cerebral, por lo anterior es importante identificar situaciones que puedan incidir positivamente o negativamente en la salud y bienestar, dentro de la interacción del niño con red familiar y contexto.

Durante este curso de vida es imprescindible partir de una valoración integral por parte de pediatría que incluya una anamnesis completa que permita identificar tempranamente:

- Alteraciones en su proceso de crecimiento y desarrollo
- Exposición a riesgos en el campo de la salud auditiva y comunicativa y la salud visual, prácticas nutricionales y de salud sexual.
- Exposición a factores de riesgo y dinámicas de riesgo dentro de su ambiente familiar y social, que complementen el abordaje clínico.
- Menores de 5 años con factores de riesgo nutricionales, prenatales y antenatales, deficiencias en crecimiento y desarrollo, alimentación con deficiencias nutricionales, e infecciones recurrentes se les debe ordenar una prueba de hemoglobina/hematocrito como parte de la detección temprana de anemias.
- Esquema de vacunación completo
- Brindar información para la salud según los hallazgos, necesidades identificadas en la consulta y las inquietudes expresadas por el niño, padres o cuidadores, con el fin de promover fortalecimiento de capacidades y estilos de vida saludables.

- **Infancia (6 a 11 años)**

En la infancia aunque ya se tiene un mayor nivel de fortaleza inmunológico, el crecimiento y desarrollo continúan y por tanto las vulnerabilidades asociadas a este curso de vida, también. Por lo anterior la valoración integral del pediatra se orienta a contemplar una anamnesis y examen físico completo multidimensional para:

- Identificación de factores y conductas de riesgo que puedan ser y corregidas antes de que se materialicen riesgos o patologías, principalmente en torno a condiciones en el estilo de vida.
- Identificar el estado de salud y posibles alteraciones en la salud visual, salud mental, salud sexual, salud auditiva, crecimiento y desarrollo, nutrición, redes de apoyo y exposición a factores ambientales y sociales.
- Las niñas entre los 10 y 13 años se les debe ordenar pruebas de hemoglobina y hematocrito en búsqueda de anemia.
- Indagar por la completitud en el esquema de vacunación

- **Adolescencia (12 a 17 años)**

El curso de vida de la adolescencia se caracteriza por cambios rápidos, que se manifiestan en transformaciones a nivel psicosocial, neurocognitivo, físico, sexual y la influencia del contexto social en este desarrollo.

La consulta de valoración integral por medicina familiar, además de garantizar una anamnesis y examen físico multidimensional y completo, debe profundizar en:

- Habilidades de comunicación efectiva para abordar tópicos relacionados con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos
- Prevención infecciones de transmisión sexual
- Asesoría en anticoncepción en pro de la prevención embarazo en adolescentes
- Identificación de diversas formas de violencia, salud mental, prevención del suicidio, prevención consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas y proyecto de vida.

Los adolescentes con conductas de riesgo en la dimensión sexual se les deben ordenar laboratorios para tamizar la presencia de enfermedades de transmisión sexual y en las mujeres tamizajes de hemoglobina y hematocrito para detectar anemia.

- **Juventud (18 a 28 años)**

Entre los 18 y 28 años es el momento de curso de vida donde se consolida la autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural, aunque los jóvenes en general se enferman menos, se deben identificar riesgos tempranamente para prevenir y derivar con oportunidad.

Que los jóvenes asistan a consultas de atención integral por medicina familiar preventivas es uno de los mayores desafíos en la prestación de servicios, derivado del imaginario cultural de seguridad y poder en este momento de vida, pero es importante que esta valoración como puerta de entrada permita además de tener una valoración completa, iniciar de acuerdo a riesgos identificados pruebas de laboratorio para tamizaje de riesgo cardiovascular y tamizaje para identificación de enfermedades de transmisión sexual.

De igual manera se inicia con la detección temprana de patologías evitables en la mujer con tamizaje para detección de cáncer de cuello uterino con citología y se continúa con las asesorías en anticoncepción. Durante la consulta se debe brindar información para la salud haciendo énfasis en prácticas de alimentación saludable, actividad física regular, higiene del sueño y postural, fotoprotección, cuidados para la salud visual y auditiva, riesgos del consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y otras drogas), pautas para el manejo del estrés y medidas preventivas de enfermedades laborales de acuerdo a la ocupación.

- **Adultez (29 a 59 años)**

A diferencia del imaginario colectivo en el curso de vida de la adultez continua el desarrollo, es la etapa de la vida en la que se establecen metas y el cómo alcanzarlas, de acuerdo al contexto personal y social de cada individuo, es decir esta etapa consolida los aprendizajes previos con una formación cada vez más clara del carácter y la madurez de la persona para posibilitar el crecimiento y el logro de los objetivos planeados por cada individuo.

Nuevamente la identificación y clasificación del riesgo debe partir de la valoración integral multidimensional, donde el profesional de medicina familiar reconoce los efectos acumulativos para la salud a lo largo de la vida, identifica la influencia de los sucesos vitales sobre el estado de salud, la detección temprana de factores de riesgo y desarrollar procesos de educación para la salud que permitan fortalecer las capacidades, habilidades y prácticas para promover el mejor nivel de salud en este momento de la vida.

Se realiza mayor énfasis en la periodicidad y cumplimiento de los tamizajes para detectar riesgo cardiovascular, se continúan tamizajes de salud femenina para detección temprana de cáncer de cérvix con pruebas ADN-VPH y se inician tamizajes para identificar otros tipos de cáncer como examen físico de mama y mamografía para detectar cáncer de mama, sangre oculta en heces para detectar riesgo de cáncer de colon y antígeno prostático para detectar cáncer de próstata.

Los tamizajes de salud sexual continúan a riesgo, al igual que las intervenciones de protección específica en planificación familiar.

- **Adulto Mayor (60 y más años)**

El curso de la vida de la vejez no sólo se debe ver desde el enfoque del proceso de envejecimiento y el riesgo acumulado que deriva en mayores probabilidades de quebrantos de salud en esta etapa, sino también desde el bienestar, en este momento existe una confluencia entre los recursos, las oportunidades, las pérdidas, el género, la clase social, entre otras variables, que pueden ser determinantes en un envejecimiento activo y saludable.

Al igual que en el adulto se debe partir de una anamnesis y valoración integral completa por medicina familiar para pacientes entre 60 y 75 años y mayores de 75 años con geriatría, que permita identificar factores o riesgos ya materializados, con énfasis en enfermedades crónicas prevalentes, manifestaciones de cualquier tipo de

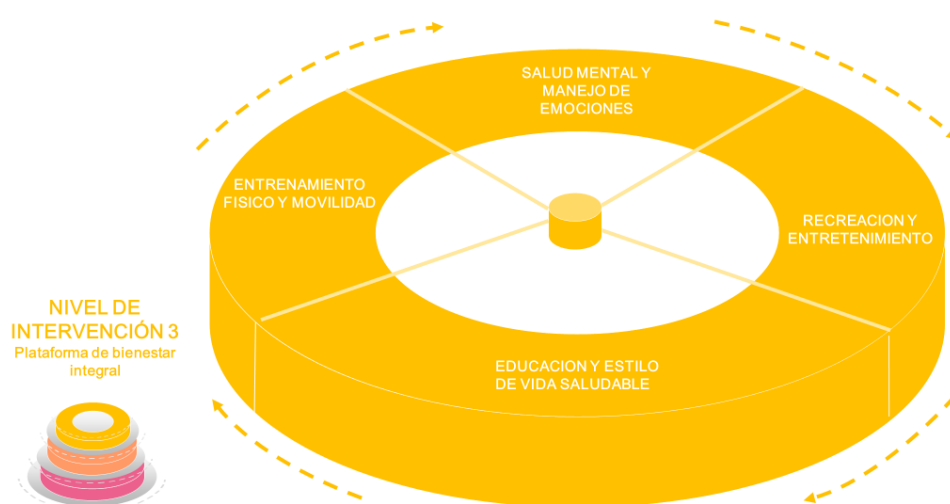
violencia, salud mental asociada a depresión y soledad, uso del tiempo libre y manifestaciones tempranas de alteraciones en la memoria, deterioro neurocognitivo, dependencia y fragilidad.

Se continua con los tamizajes periódicos para identificar riesgo cardiovascular, riesgo de presencia de cáncer (mama, cérvix, próstata y colon) y riesgo de infecciones de transmisión sexual. La información para la salud debe hacer énfasis en promover un envejecimiento activo como proceso que optimiza recursos y oportunidades de las personas adultas mayores, así como el mantenimiento de la funcionalidad y la calidad de vida como principales indicadores de salud y bienestar.

Nivel de Intervención 3

Plataforma de Bienestar

Figura 4. Plataforma de Bienestar



Una vez identificados los riesgos de salud de la población afiliada a nuestros planes, hemos creado de acuerdo con la caracterización poblacional citada programas que se basan en las necesidades de los usuarios, considerando patologías, condiciones de salud actuales, apoyo al tratamiento médico, objetivos del equipo médico y del usuario, y de gran importancia para nuestro modelo de medicina prepagada los gustos e intereses del usuario que contribuyan a construir un plan de trabajo en conjunto y generar hábitos de vida saludable con un mayor control de riesgos.

El nivel de intervención de plataforma de bienestar es la evolución del modelo que busca articular soluciones de bienestar integral entre diferentes actores a partir de las necesidades de los afiliados tanto de forma individual, familiar como en su entorno para contribuir a la transformación de la sociedad, así mismo, este esquema busca por medio de una solución digital unificar para el usuario en su experiencia, el recorrido de la ruta que está

compuesta por servicios de salud y bienestar en pro de la ampliación de la oferta integral para contribuir al mejoramiento de su autopercepción de salud y bienestar.

Ofrecemos programas que se enfocan no solo en la enfermedad, sino en el apoyo al paciente y la familia en la etapa de la vida por la cual estén atravesando, brindando herramientas que permitan generar y fortalecer habilidades para enfrentar los desafíos que se van presentando a lo largo del ciclo vital. Cabe resaltar que el acceso a los programas integrales de Compensar Medicina Prepagada depende de sus coberturas y beneficios, exclusiones, periodos de carencia, preexistencias y no coberturas, lo cual se le informa al usuario desde el inicio del contrato.

Nuestra intervención mediante los programas que ofertan actividades de bienestar integral, están orientados a 3 grupos poblacionales así:

1. Pacientes sanos o sin riesgos identificados
2. Pacientes con riesgos mitigables
3. Pacientes con riesgos materializados

- **Acceso y captación de usuarios**

Para lograr una adecuada intervención de los grupos que hemos señalado y que nuestros afiliados puedan acceder a este beneficio del modelo de gestión de riesgo en salud, se han determinado 3 niveles de acceso para la identificación de estos grupos, que contempla:

- Primer nivel de acceso: Consulta de bienvenida y otras consultas

La consulta médica de bienvenida se realiza con el portafolio de médicos familiares disponibles en nuestro directorio médico. El propósito de esta consulta es recopilar datos clave sobre su estado de salud física, emocional, mental y familiar, permitiendo una visión integral de su bienestar. A partir de esta evaluación inicial, se realiza un proceso de estratificación y categorización del riesgo en salud, lo que nos permite ofrecer una orientación personalizada sobre los programas y servicios disponibles.

En caso de que el paciente no desee la consulta de bienvenida con medicina familiar, y considere su acceso con otra especialidad tal como Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, o Pediatría, podrá hacerlo para efectos de esta evaluación y categorización.

- Segundo nivel de acceso: Plataforma de Autogestión

Para los usuarios que decidan no asistir a la consulta médica de bienvenida, Compensar Medicina Prepagada ofrece una plataforma de autogestión en línea. A través de una encuesta virtual, se pueden identificar posibles riesgos en salud, así como preferencias e intereses del usuario. Con base en esta información, el sistema proporciona una categorización personalizada que facilita el acceso a programas y servicios específicos, alineados

con sus necesidades, esta alternativa permite a los usuarios tomar decisiones informadas sobre su bienestar y acceder a recursos de promoción, prevención y cuidado de la salud de manera ágil y autónoma.

- Tercer nivel de acceso: Declaración de salud

Si los usuarios optan por no asistir a la consulta de bienvenida ni completar los formularios virtuales, se tomará como referencia la declaración de salud diligenciada al inicio del contrato. Garantizando la confidencialidad de la información, Compensar Medicina Prepagada utilizará estos datos para contactar al usuario y ofrecerle los programas y servicios más adecuados según lo declarado, asegurando así una atención personalizada y alineada con sus necesidades de salud.

Programa para autocuidado y mantenimiento de la salud de paciente sano de acuerdo al ciclo de vida en el que se encuentre así:

- **Ruta de integración de servicios de salud y bienestar**
 - Captación y Evaluación: Cuando los pacientes aceptan la consulta médica de bienvenida con el profesional de medicina familiar que escojan de acuerdo con el portafolio, se prevé que en dicha consulta dicho profesional logre:
 - Evaluación del ciclo vital familiar e individual
 - Determinar los riesgos que requieren tamizaje de acuerdo con la edad
 - Evaluar los riesgos individuales y genera la respectiva marcación de riesgo
 - Generar un diagnóstico clínico
 - Aplicar las escalas que correspondan con lo detectado
 - Categorización: determinar el tipo de riesgo y generar la correspondiente marcación en los sistemas de información dispuestos para ello
 - Plan de intervención personalizado: de acuerdo con la categorización se tiene lo siguiente:
 - Si el paciente esta presumiblemente sano o no se identifica ningún tipo de riesgo, en la consulta
- **Programas integrales de salud y bienestar**
 - Mujer y familia

Compensar Medicina Prepagada ofrece un programa integral diseñado para acompañar a las mujeres en su proceso de gestación, desde la planificación hasta el nacimiento y la adaptación a la nueva vida familiar. Este programa no solo se enfoca en la salud materno-fetal, sino que también promueve el bienestar emocional, familiar y mental de la madre, su pareja y su entorno.

Este programa está compuesto por 3 ejes así:

Bienestar emocional y mental: que busca incorporar talleres de gestión emocional para reducir el estrés y la ansiedad durante el embarazo, sesiones para fortalecer la conexión con el bebé y acompañamiento psicológico

para la adaptación a la maternidad y prevención de la depresión perinatal, entre otras que puedan incorporarse de acuerdo con la oferta de servicios.

Bienestar familiar: cuyo objetivo es promover espacios educativos para fortalecer el vínculo de la pareja y la familia en el proceso de gestación, lactancia, crianza respetuosa y roles familiares, así como la posibilidad de compartir experiencias en grupos de apoyo y recibir orientación de expertos.

Salud y Cuidado Materno-Fetal: que corresponde a la oferta de control prenatal con un equipo especializado, nutrición personalizada para garantizar una gestación saludable y asesoría en actividad física segura para el embarazo y recuperación postparto.

- Niños y adolescentes

Se ofrecen programas especializados para este curso de vida, enfocados en los cambios a los que se enfrentan conforme al dinamismo del mundo y la sociedad, buscando fortalecer las habilidades motrices, psicosociales, de control emocional, y generación de hábitos de vida saludable desde temprana edad, que permitan mejorar la calidad de vida y disminuir el riesgo de diferentes enfermedades a futuro.

A su vez las actividades de bienestar apoyan la construcción de habilidades como disciplina, continuidad, perseverancia y aprovechamiento del tiempo libre por medio del deporte, capacitación y desarrollo de habilidades sociales para un futuro más exitoso.

Este programa está compuesto por 2 ejes así:

Bienestar Físico y Salud Preventiva: incorpora la oferta de actividades deportivas y recreativas para fortalecer habilidades motrices y promover un estilo de vida activo, educación mediante talleres de nutrición saludable adaptados a cada etapa de la vida y las evaluaciones médicas y estrategias personalizadas para la prevención de enfermedades crónicas por medicina familiar y pediatría.

Bienestar Emocional y Psicosocial: Sesiones de control emocional a través de diferentes disciplinas de acuerdo con la oferta de servicios y manejo del estrés para niños y adolescentes, con espacios de acompañamiento psicológico para fortalecer la inteligencia emocional y regulación afectiva.

- Persona mayor

Se pone a disposición de todos los afiliados mayores de 60 años, una oferta de servicios centrados en fortalecer habilidades que generen o mantengan la independencia y la disminución de riesgos y complicaciones que pueden surgir con el paso del tiempo.

Este programa está compuesto por 3 ejes así:

Bienestar Corporal: busca adaptar actividades físicas para mejorar movilidad, equilibrio y fuerza con enfoque para la prevención de caídas, estrategias de autocuidado y ergonomía para la vida diaria.

Bienestar físico: incluye las valoraciones periódicas de estado de salud, condición física y nivel de independencia, se ofrece la asesoría nutricional para una alimentación saludable y balanceada combinando actividades educativas para hábitos saludables en la prevención de enfermedades crónicas.

Bienestar Cognitivo y Emocional: se incorporan estrategias de estimulación cognitiva para fortalecer la memoria y la atención con espacios de socialización y actividades recreativas para fomentar la creatividad y la expresión así como acompañamiento psicosocial para el manejo del estrés y adaptación a cambios en el ciclo de vida.

- Programas integrales especializados

Estos programas están dirigidos a afiliados con condiciones crónicas o específicas que requieren seguimiento y acompañamiento permanente. Buscan mejorar la funcionalidad, reducir complicaciones, integrar a la familia y mejorar la calidad de vida mediante acciones de salud y bienestar. La prestación de estos servicios cuenta con profesionales especializados que mantienen comunicación constante y roles específicos en el tratamiento, además, nuestra infraestructura accesible, cómoda, con tecnología avanzada y un talento humano dedicado a brindar servicios con calidad y humanización en un solo lugar optimiza el tiempo de los afiliados.

Programa cardiovascular: enfocado a usuarios con patologías cardíacas, hipertensión arterial y pulmonar, diabetes, enfermedad renal crónica.

Programa respiratorio: enfocado a usuarios con patologías respiratorias agudas o crónicas en cualquier grupo etario.

Programa osteomuscular: enfocado a usuarios con patologías como artritis reumatoide, osteoartritis y demás patologías que afectan el sistema musculoesquelético-articular.

Programa oncológico: aborda temas preventivos, de detección temprana, tratamiento, rehabilitación y control de pacientes con patología oncológica.

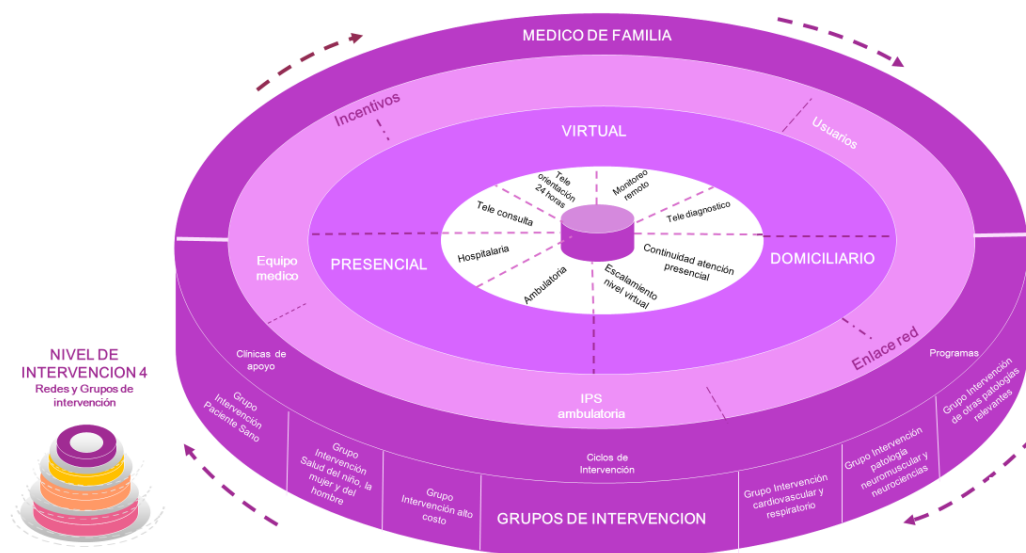
Programa neurología: enfocado en pacientes con afectaciones en el sistema nervioso central como epilepsia, esclerosis múltiple, patologías neuroquirúrgicas y las que afectan directamente la salud mental de los afiliados.

Programas de acompañamiento: se basa en el acompañamiento clínico y físico de nuestros afiliados, en su esfera psicosocial y emocional requerida en algunos momentos de la vida. También se ofrece un programa de acompañamiento al final de la vida, para usuarios adultos y pediátricos, en donde se brinda apoyo médico, psicológico, y espiritual al paciente, familia y cuidador. Uno de nuestros pilares es la humanización y empatía, porque cada proceso es diferente y debe dar respuestas únicas en pro del respeto de cada usuario y su familia.

Nivel de Intervención 4

Redes y grupos de intervención

Figura 5. Redes y grupos de intervención



Compensar Medicina Prepagada ha definido en su cuarto nivel de intervención 3 subniveles a fin de organizar la atención médica y gestionar los riesgos de la población para seleccionar las intervenciones regulares y prioritarias.

- **Subnivel 1: Médico de familia para la gestión del riesgo**

El modelo de atención en salud de Compensar Medicina Prepagada establece que cualquier especialidad cubierta por el plan puede servir como puerta de entrada al nivel ambulatorio. Para garantizar una adecuada gestión del riesgo en salud, la población afiliada será asignada a un grupo de médicos de familia en nuestras sedes propias. Estos profesionales se encargarán de coordinar la atención de sus pacientes, asegurando el control de quienes padecen alguna enfermedad y promoviendo el bienestar de quienes se encuentran sanos.

Toda la población asignada a los médicos de familia se realizará de forma equitativa, de acuerdo con el número de horas contratadas y al número de profesionales con el que cuente la unidad y será apoyado por una auxiliar de enfermería, una enfermera jefe y un auxiliar de servicio al cliente. El médico de familia, como gestor de la atención y líder de este equipo de acuerdo al riesgo identificado en la población, se encargará de:

- Promover el autocuidado y el bienestar integral, direccionando a los afiliados a programas de prevención y promoción de la salud.
- Realizar seguimiento posterior al egreso de servicios como urgencias, hospitalización, cirugías y consultas con especialistas.
- Interpretar paraclínicos de manera virtual, asegurando la oportuna identificación de hallazgos relevantes.

- Solicitar asistencia presencial en caso de alteraciones en exámenes de diagnóstico que requieran atención inmediata.
- Coordinar el tratamiento interdisciplinario, remitiendo a otros especialistas y gestionando la asignación de citas según necesidad.
- Realizar intervenciones oportunas en pacientes de alto riesgo, ajustando tratamientos y asegurando adherencia a las recomendaciones médicas.
- Brindar orientación y teleconsulta, resolviendo inquietudes de los pacientes y facilitando el acceso a la atención médica.
- Identificar y gestionar determinantes sociales en salud, como hábitos de vida, barreras de acceso y condiciones que puedan afectar el bienestar del paciente.
- Coordinar con el equipo multidisciplinario para garantizar un enfoque integral y personalizado en el cuidado de la salud.

- **Subnivel 2: Grupos de intervención para la gestión del riesgo**

Compensar Medicina Prepagada, mediante la metodología de priorización de riesgos en salud define criterios de para la selección de intervenciones prioritarias, a continuación, se describen los riesgos priorizados en la organización:

- Paciente sin riesgo identificado
- Riesgo Cardio-Cerebro vascular
- Riesgo Respiratorio
- Riesgo Materno Infantil
- Riesgo Oncológico
- Riesgo Osteomuscular y patología autoinmune
- Riesgo Neurociencias y salud menta
- Riesgo Alto costo y baja frecuencia

La gestión del riesgo se realiza a través de estos Grupos de Intervención, conformados por un equipo de profesionales en salud que interactúan dentro de un esquema de agrupación expandible por grupos de morbilidad, impartiendo los lineamientos para la identificación del riesgo, su marcación, la gestión individual y colectiva, la formación de competencias, el seguimiento a las rutas de intervención dentro de la red, la monitorización a través de indicadores poblacionales y de desenlace en salud y su evaluación.

La estrategia por Grupos de Intervención involucra un abordaje por ciclos de vida, por población con riesgo priorizado identificado y población con posible riesgo por ciclo de vida sin identificación, conformado como lo indica la siguiente tabla:

Grupo de Intervención	Patologías asociadas
Alto costo	Neoplasias benignas y malignas, autoinmunes y reumatológicas
Cardiovascular y respiratorio	Diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal y vascular periférica, EPOC, asma, patologías de otorrinolaringología y salud visual
Salud de la mujer, del hombre y del niño	Embarazo, puerperio, perinatal, patologías ginecológicas, urológicas y pediátricas
Osteomuscular y neurociencias	Artropatías, reemplazos articulares, rehabilitación, ortopedia, trastornos mentales, cognitivos y epilepsia
Otras patologías	Patologías gastrointestinales y dermatológicas

Mediante el desarrollo de una metodología estandarizada se desarrolla la planificación, validación, verificación y revisión de los programas, ciclos de intervención, clínicas de apoyo y servicios que responden a las necesidades de autocuidado, de gestión del riesgo poblacional (gerenciamiento de la enfermedad) e individual (gestión de casos).

Es así, como la población en general dispone de programas y/o servicios que fomenten su autocuidado y permitan el diagnóstico temprano de las enfermedades, programas de gerenciamiento de la enfermedad para el control de padecimientos específicos y gestión de casos para pacientes con necesidades complejas.

- Alineación técnico-científica

Los grupos de intervención tendrán a su cargo la función de alineación técnico científica, es decir que con base en la información a gestionar deberán promover y velar por realizar a través de revisión y consulta de documentos técnico-científicos, capacitaciones virtuales y presenciales de los temas acordados que resulten de impacto en cada grupo. Deberá realizarse lo anterior mediante un cronograma elaborado de manera conjunta entre estos equipos de gestión y los profesionales de modelo de salud.

El material técnico- científico dispuesto por Compensar Medicina Prepagada se dispondrá a través de la plataforma Alejandría, una herramienta tecnológica que materializa la gestión del conocimiento, articula y pone a disposición de la red de prestadores el material generado en la organización o de origen externo.

Subnivel 3: Red de prestación de servicios de salud

La conformación de la red de prestación de servicios de salud de Compensar Medicina Prepagada se basa en la trayectoria, solidez y confianza de la compañía, garantizando a sus afiliados el acceso a una atención médica de alta calidad. Esta red está integrada por un conjunto de instituciones y profesionales de la salud que, además de prestar servicios, han participado activamente en la construcción de un modelo de atención eficiente, centrado en la seguridad del paciente y la gestión del riesgo.

Nuestro principal objetivo es ofrecer una red articulada de prestadores en los departamentos donde estamos autorizados para operar, que combine unidades primarias de atención con capacidad resolutoria al tener equipos multidisciplinarios de especialistas altamente capacitados y proveedores hospitalarios alineados. Todo ello respaldado por sistemas de información y herramientas tecnológicas que optimizan la coordinación operativa y permiten una gestión eficiente de los recursos en salud.

A través de relaciones interinstitucionales basadas en la confianza y la colaboración, Compensar Medicina Prepagada responde a las necesidades de salud de sus afiliados en todos los niveles de atención, asegurando cobertura virtual, ambulatoria presencial y hospitalaria, y garantizando una respuesta efectiva ante emergencias y contingencias en salud.

- **Componente asistencial:**

Atención virtual: Compensar Medicina Prepagada ha incorporado servicios de atención virtual como parte de su modelo integral de salud, facilitando el acceso oportuno a consultas médicas sin necesidad de desplazamiento. A través de plataformas digitales seguras, los afiliados pueden acceder a teleorientación, teleconsulta con médicos generales y especialistas, seguimiento de condiciones crónicas, asesoría en salud mental y acompañamiento en la adherencia a tratamientos. Este servicio permite una atención rápida y eficiente, optimizando tiempos de respuesta y garantizando continuidad en el cuidado de la salud. Además, la atención virtual se complementa con la red presencial, asegurando la derivación a consultas presenciales o estudios diagnósticos cuando sea necesario.

Unidades de servicios de salud: diseñadas para organizar, gestionar y proporcionar de manera integral todos los servicios básicos ambulatorios, estas unidades son el núcleo de la atención y desempeñan un papel fundamental en la gestión del riesgo en salud. A través del médico de familia y su equipo base, junto con médicos generales, pediatras, especialistas en diversas áreas clínicas y otros profesionales de la salud, garantizan un seguimiento continuo y personalizado de la población asignada, enfocándose en la prevención, detección de riesgos, diagnóstico oportuno y el manejo integral de enfermedades.

Clínicas de apoyo y programas específicos: Integradas por equipos multidisciplinarios, estas clínicas están orientadas a fortalecer el cuidado de la salud mediante actividades individuales y colectivas, incluyendo control clínico periódico para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, cumplimiento de metas terapéuticas, garantizando adherencia a tratamientos y protocolos médicos, educación en salud dirigida tanto al afiliado como a su núcleo familiar, promoviendo el autocuidado y la prevención de enfermedades.

Servicios ambulatorios especializados de alta complejidad: Enfocados en la atención médica integral de personas con patologías de alta complejidad y/o múltiples comorbilidades, estos servicios cuentan con especialistas altamente capacitados y tecnología avanzada para el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas que requieren un manejo especializado y coordinado.

Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico: esta red de servicios apoya y facilita el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de diversas condiciones de salud. Incluye: laboratorio clínico, radiología e imagenología, incluyendo ecografías, tomografías y resonancias y otros servicios especializados, como medicina nuclear, electrodiagnóstico, entre otros.

Servicios de urgencias: Compensar Medicina Prepagada cuenta con una red de prestadores habilitada a nivel nacional, con capacidad de resolución para la atención de urgencias en todos los niveles de complejidad. Estos servicios están disponibles independientemente de la contratación o convenio, garantizando acceso oportuno y eficiente a la atención médica en situaciones críticas.

Hospitalización: Nuestra red hospitalaria abarca todos los niveles de complejidad, ofreciendo atención integral en todas las especialidades médicas y científicas legalmente reconocidas. Los hospitales aliados cuentan con infraestructura moderna, tecnología de punta y equipos médicos multidisciplinarios que aseguran la mejor atención posible para nuestros afiliados.

Traslados: Este servicio está orientado a garantizar el traslado oportuno y seguro de los afiliados que debido a su condición de salud, requieren transporte para acceder a los servicios médicos según la necesidad clínica del paciente y el criterio médico en coordinación con la red de prestadores para garantizar la continuidad de la atención.

Componente de operación y enlace:

Este mecanismo permite la coordinación eficiente entre los diferentes puntos de la red de prestación de servicios de salud de Compensar Medicina Prepagada, los médicos familiares y nuestros afiliados. Facilita la gestión fluida de la atención, asegurando que los afiliados reciban los servicios que necesitan de manera oportuna y sin interrupciones. Su función principal es articular la interacción entre unidades primarias, clínicas de apoyo, servicios especializados, hospitalización y atención de urgencias, optimizando la continuidad del cuidado y garantizando una experiencia de atención segura, eficiente y centrada en el paciente.

Profesionales de enlace y articulación: desempeñan un papel esencial en la coordinación y continuidad de la atención en el modelo de salud de Compensar Medicina Prepagada. Su labor principal consiste en gestionar de manera directa los vínculos entre la red de servicios, los médicos de familia y los usuarios, asegurando que las prescripciones médicas y las necesidades de los pacientes se tramiten de forma eficiente. Analizan y consolidan información de gestión, hacen seguimiento de indicadores, supervisan los servicios presenciales, telefónicos y virtuales para identificar desviaciones, proporcionar retroalimentación y capacitar al personal brindando soporte administrativo en la coordinación de casos con proveedores y realizando el seguimiento correspondiente.

○ Componente tecnológico

El sistema de información para la gestión del riesgo en salud se materializa con el conjunto de herramientas de información demográfica, clínica, paraclínica y administrativa de los afiliados con el propósito de organizarla y ponerla a disposición de los equipos sanitarios apoyando la gestión de los resultados en salud y optimizando el uso de los recursos. Se cuenta con las siguientes herramientas de gestión clínica:

Registro de Información Clínica (COMRIC): repositorio de información clínica y administrativa, mediante el cual posterior a los procesos de interoperabilidad todos los involucrados en la gestión de riesgo en salud participan en la interpretación y análisis de los datos clínicos. De este repositorio se obtiene información para la generación de algoritmos mediante procesos de analítica predictiva, para identificación de riesgo, caracterización poblacional, reporte de indicadores y de gestión.

Sistema de Información Clínica Unificada (SICU): herramienta informática que permite la integración y visualización de la información clínica, los resultados paraclínicos, los medicamentos formulados y las atenciones hospitalarias de la población afiliada, tiene como propósito apoyar la gestión de los resultados clínicos y de salud por parte de los equipos sanitarios en los servicios ambulatorios con acceso también en los hospitales de la red y en los servicios de urgencias.

GEHOS: Herramienta que permite el registro de información relacionada con la atención hospitalaria de la población afiliada que facilita la continuidad de la atención y la identificación de pacientes objeto de gestión o demanda inducida. Adicionalmente la herramienta provee información para monitoreo y gestión individual de los resultados de las IPS hospitalarias, facilitando el proceso de auditoría y seguimiento.

- **Características y atributos de la red de prestadores**

Dentro de nuestra red de prestación de servicios, se han establecido los siguientes parámetros clave para fortalecer la continuidad y eficiencia en la atención en la prestación de servicios, así:

Costos evitados: se prioriza la gestión ambulatoria de patologías sensibles, reduciendo la necesidad de internaciones innecesarias.

Referencia y Contrarreferencia efectiva: garantizamos la entrega oportuna del paciente asegurando la continuidad y seguimiento de su manejo. Implementamos mecanismos ágiles y estructurados para asegurar que los traslados entre instituciones sean eficientes y oportunos

Interoperabilidad de la información clínica: Facilitamos el acceso a datos clínicos, paraclínicos y administrativos por parte de las instituciones hospitalarias, permitiendo una orientación precisa sobre las intervenciones previas y actuales.

Modelos de contratación basados en calidad y eficiencia: Promovemos esquemas contractuales que incentiven la excelencia en la atención y optimicen la gestión de los recursos hospitalarios. Se realiza medición conjunta de indicadores de los resultados en salud y de la eficiencia en la prestación de los servicios hospitalarios.

- **Proceso de Referencia y Contrarreferencia**

El proceso de referencia y contrarreferencia en nuestro modelo de salud de medicina prepagada está diseñado para garantizar la continuidad, oportunidad y eficiencia en la atención de los afiliados. Para ello, se asignan equipos especializados en: i) auditoría médica, ii) profesionales de enlace y iii) gestores de los grupos de intervención, quienes trabajan de manera articulada en la Central de Acompañamiento al Prestador (CAP). Esta unidad funciona como el canal de integración, articulación y resolución entre las distintas IPS de la red, facilitando el acceso adecuado a los servicios requeridos y optimizando la trazabilidad del historial clínico.

Nuestra Red de Prestadores de Servicios de Salud está conformada por IPS que cubren distintos niveles de complejidad, asegurando la prestación de servicios con oportunidad y calidad. Además, contamos con herramientas de gestión clínica que permiten una operación eficiente y una adecuada toma de decisiones.

En cuanto a la integralidad y continuidad de la atención en caso de que el afiliado cuente con EPS Compensar, la IPS continuara brindando los servicios a partir de la fecha de corte bajo la figura contractual establecida con la EPS. Si por el contrario, el usuario tiene afiliación con otra EPS, tanto la IPS responsable de la atención como Compensar Medicina Prepagada informaran a la EPS del usuario para su trámite respectivo de forma institucional sin que medie el usuario o su familiar.

Para los servicios ambulatorios, Compensar Medicina Prepagada dispondrá de una línea de atención al usuario para brindar orientación y apoyo para garantizar la continuidad de la atención y complemento a sus coberturas. En caso que el usuario cuente con EPS Compensar y se trate de servicios ambulatorios podrá acceder a los canales de autorización y agendamiento dispuestos por la EPS sin ningún tipo de restricción o validación médica. Si la EPS del usuario es distinta a Compensar EPS se informará al afiliado y a su respectivo asegurador de Plan de Beneficios.

○ **Gestión de contratación de red de servicios de salud**

Compensar Medicina Prepagada establece un proceso de selección, negociación y contratación de la red de proveedores de salud para cumplir con la promesa de valor y garantizar la adecuada prestación del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y lineamientos de la Organización.

Este proceso incluye 3 etapas: precontractual, contractual y post contractual las cuales propenden por realizar la gestión de selección, contratación, ejecución y liquidación de acuerdos de voluntades necesarios para la atención de los afiliados.

Etapas precontractual se efectúa la preselección de proveedores que envían carta de ofrecimiento de servicios, proveedores inscritos en la base de oferentes o se hace búsqueda de proveedores potenciales para los servicios, realizando una evaluación técnica de los servicios ofertados y una visita de evaluación de habilitación de servicios, según el sistema único de habilitación. A través del comité de contratación de proveedores de Compensar Medicina Prepagada, se aprueba la contratación y se procede a solicitar la documentación necesaria.

Etapas contractual: Corresponde a la formalización de la relación contractual para garantizar la correcta ejecución del acuerdo de voluntades, a través de actividades como inducción, respuesta de solicitudes, expedición de certificaciones, desarrollo y capacitación y reevaluación en calificación técnica y cumplimiento de requisitos de norma. Para el seguimiento a la relación contractual, se establece una interventoría técnica que verifica el cumplimiento de los requisitos contractuales de acuerdo con los estándares definidos en el SOGC y la interventoría administrativa que verifica el cumplimiento de la información documental.

Etapas post contractual: Una vez terminada la relación contractual, las partes procederán a la liquidación del contrato o acuerdo de voluntades garantizando el cierre administrativo del mismo lo que implica la validación del cumplimiento de todas las obligaciones contractuales y legales de cada una de las partes en especial aquellas que garantizan los derechos de los usuarios además de realizar el cierre financiero de todas las obligaciones financieras de las partes contraídas durante la vigencia del contrato.

Evaluación y seguimiento del Modelo

La gestión y evaluación se implementa transversalmente en todo el modelo de atención para la gestión de riesgo en salud, desde los diferentes procesos del aseguramiento hasta el prestador, teniendo en cuenta los riesgos en salud de la población afiliada, la demanda de servicios, la oferta de servicios por parte de la red de prestadores contratada a nivel nacional, los atributos de calidad, el uso de recursos y está directamente relacionado con el Sistema de Administración de Riesgos o SAR y se apoya en las diferentes herramientas tecnológicas que se requieren para el monitoreo, seguimiento y evaluación de resultados.

Compensar Medicina Prepagada hace uso de los resultados de diferentes fuentes de información, actividades y procesos de la organización para realizar el seguimiento a la implementación y el desempeño del modelo de atención para la gestión de riesgo en salud en los siguientes componentes:

- Categorías de diagnóstico, de riesgo en salud o de atención requerida, para cada afiliado con el objetivo de clasificar la población por grupos de intervención, brindando información de base para definir prioridades y protocolos de atención, incluyendo a la población potencialmente sana.
- Cálculo de la demanda real de los servicios según los grupos de clasificación del riesgo en salud de los afiliados; discriminando las acciones de promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento de la enfermedad, rehabilitación y paliación.
- Análisis de información de la demanda real por tipo de contrato o modalidad de acuerdo de servicios. Relación entre las actividades contratadas y la ejecución financiera de los contratos para cada periodo.
- Identificación, organización, monitoreo y evaluación de la prestación efectiva en las etapas de promoción y prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación.
- Actualización de la nota técnica que concluya sobre la gestión del riesgo en salud y financiero.