

Impacto de los Programas de Promoción y Prevención en la población afiliada a Coosalud EPS



Impacto de los Programas de Promoción y Prevención en la población afiliada a Coosalud EPS

Director
Jairo Núñez

Asesor
Antonio Trujillo

Asistentes
Andrés Bateman
Carlos Castañeda
Julieth Parra

Fedesarrollo

Junio de 2016

Contenido

Introducción	3
1. Programas evaluados	4
2. Datos	5
1.1. Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)	5
1.2. Facturación.....	5
1.3. Sistema de Identificación, Intervención y Seguimiento Familiar (SIRFAM)	6
1.4. SISBEN	6
3. Metodología	7
4. Resultados	11
4.2. Impactos Programa Más que Corazón	11
4.2. Impactos Programa Mujer Segura (MS).....	12
5. Costo-Beneficio de los Programas de P&P.....	14
6. Análisis Cualitativo	18
6.1. Trabajo de campo y hallazgos cualitativos.....	19
6.1.1. Inscripción al programa.....	19
6.1.2. Funcionamiento del programa.....	21
6.2. Limitaciones del trabajo de campo	27
7. Recomendaciones	28
7.1. Criterios de elegibilidad y flexibilidad de los programas	28
7.2. Movilidad de pacientes entre EPS.....	29
7.3. Flujo de información entre el personal médico de las IPS y Coosalud.....	31
7.4. Costos de operación.....	32
Anexos.....	33

Introducción

Según la OMS (1998) la prevención en salud abarca todas las acciones, medidas e instrumentos para prevenir la aparición de la enfermedad y/o detener su avance una vez ha aparecido. Esto se consigue a través de una disminución de factores de riesgo tales como las condiciones sociales, económicas, ambientales y las motivaciones culturales, políticas e institucionales. Pero también implica diagnosticar y tratar oportunamente las enfermedades en todas sus etapas. Así, la prevención es fundamental para todo sistema de aseguramiento en salud, toda vez que permite reducir costos en el largo plazo y asignar recursos eficientemente en el corto plazo.

La prevención es probablemente uno de los mecanismos más efectivos para la gestión de los recursos en salud y para obtener resultados positivos de largo plazo para el país: bienestar, esperanza de vida, equidad. Dada su importancia, desde el año 2000 el Ministerio de Salud adoptó un conjunto de normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés de salud pública. Como es de esperarse, la EPS Coosalud del Régimen Subsidiado no ha sido ajena a estas normas técnicas y ha implementado varios programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (P&P).

Dados los esfuerzos realizados por la EPS resulta importante evaluar el impacto de los programas de P&P, particularmente se busca establecer si a partir de la prevención Coosalud ha logrado disminuir los costos de atención en niveles altos de complejidad. Así, con base en registros administrativos de la entidad, a saber, sistema de clasificación de riesgo (SIRFAM), RIPS y Facturación, se estimaron los impactos cuantitativos del programa en la reducción de los costos de atención. Adicionalmente, se realizó un análisis cualitativo de los programas a partir de una serie de entrevistas y grupos focales con los actores involucrados: pacientes, promotores de salud, farmacia, encargados de los programas de P&P en las IPS y funcionario de la EPS.

Así las cosas, este documento presenta los resultados de la evaluación de los programas “Mujer Segura” y “Más que Corazón”, dirigidos a pacientes gestantes y cardiovasculares, respectivamente, y que viene implementando desde tiempo atrás Coosalud ESP. En la primera sección del documento se realiza una breve descripción del funcionamiento de los dos programas evaluados. Posteriormente se describen los datos utilizados a lo largo de la evaluación y la metodología implementada. Más adelante se muestran los impactos encontrados y la evaluación beneficio costo del programa. En la siguiente sección se presenta el análisis cualitativo de los programas y en la última parte del texto se presentan las recomendaciones.

1. Programas evaluados

Los programas de prevención y promoción (P&P) buscan mejorar las condiciones de salud de las personas, orientar mejor los servicios de salud y contener el gasto en niveles de atención más complejos. Coosalud ha implementado varios programas de este tipo, pero son los programas Más que Corazón (MQC) y Mujer Segura (MS) a los que se les ha prestado mayor atención y por lo cual, son objeto de esta evaluación. De acuerdo con los protocolos de atención diseñados por la EPS, el programa MQC está dirigido a personas con riesgo cardiovascular y tiene como objetivo prevenir y disminuir las complicaciones en este tipo de pacientes. Para ello, la EPS ha diseñado lineamientos para la búsqueda activa y el diagnóstico temprano de pacientes hipertensos, diabéticos, dislipidémicos y con otras enfermedades precursoras de la enfermedad renal crónica (ERC); así mismo, se han planteado esquemas para el manejo adecuado de las patologías y para el tratamiento integral y oportuno de las mismas.

La población objetivo del programa son todas las personas que tengan un diagnóstico previo de enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica o que tengan algún factor de riesgo ya sea por los antecedentes personales o familiares. Estas personas se identifican mediante dos estrategias: i) listado actualizado de la EPS de pacientes con dichos diagnósticos o ii) se les aplica a las personas un formulario de tamizaje de riesgo cardiovascular durante las visitas que los promotores del programa realizan al hogar. Una vez se identifica al menos un factor de riesgo, se remite la persona a consulta de atención primaria y se entrega orden para la realización de exámenes diagnósticos.

En la consulta de primera vez con el médico y con base en los exámenes realizados se determina el nivel de riesgo cardiovascular del paciente y, de acuerdo con esta estratificación del riesgo se determina qué esquema de atención debe seguir la persona. El protocolo de atención para los pacientes con diferentes niveles de riesgo cardiovascular incluye visitas domiciliarias con promotor, consultas con médico de atención primaria, médico especialista, enfermera, nutricionista, exámenes de laboratorio, suministro de medicamentos y talleres educativos. A todo ello se suma un conjunto de actividades educativas y lúdicas que buscan que el paciente cumpla adecuadamente con el tratamiento prescrito.

Por su parte, el programa MS busca disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal mediante la atención integral de las mujeres gestantes y la detección oportuna de alteraciones del embarazo y otros riesgos asociados a esta condición, de modo tal que el parto llegue a un adecuado término y que ocurra en condiciones óptimas sin consecuencias negativas para la madre y el menor. Para el programa es fundamental identificar oportunamente a las embarazadas para que se inicie el control prenatal temprano, esto es, antes de la semana 12 de gestación. Adicionalmente, es importante garantizar el acceso a los servicios de salud de manera temprana e identificar a tiempo los factores de riesgo de las gestantes.

Mediante el programa se detectan y captan las mujeres embarazadas, ya sea mediante identificación en consulta médica o a través de los promotores del programa. Las mujeres embarazadas son inscritas a MS una vez se han realizado un conjunto de pruebas de tamizaje y de laboratorio relacionadas con su condición y se ha realizado el primer control prenatal. . La atención integral que incluye el programa abarca exámenes clínicos, vacunación, valoración odontológica, consultas de control con médico general y especialista, consultas con enfermera y educación integral. En cada control prenatal al que asiste la gestante se le realiza una valoración de su riesgo obstétrico, con base en el cual se prescribe el esquema de seguimiento y atención del parto.

2. Datos

Para adelantar la evaluación se emplearon datos del RIPS, facturación, SIRFAM y SISBEN. De las bases de datos del RIPS y facturación para Coosalud se obtuvo la frecuencia de uso y el costo de ciertos tipos de atención relacionados con enfermedades cardiovasculares y obstetricia. De la base de datos de SIRFAM se obtuvo la identificación y caracterización de las personas que reciben atención y visita por parte de los promotores. Por último, del SISBEN se obtuvo información sobre ciertas características socioeconómicas que se utilizaron como variables de control en las estimaciones. A continuación se detallan las fuentes de información empleadas.

1.1. Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)

El RIPS es el “conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de un servicio”. La información contenida en este registro da cuenta de la identificación de los usuarios y los prestadores del servicio, la atención prestada (consultas, procedimientos, servicios de urgencias, medicamentos, hospitalización) y el motivo o diagnóstico asociado al servicio. Dado lo anterior, el RIPS constituye una de las principales fuentes de información del Sistema de Salud y resulta fundamental tener esta información para poder entender la demanda por servicios de salud.

En particular, para esta evaluación se procesó la información de RIPS entregada por COOSALUD en lo concerniente a consultas, hospitalizaciones, procedimientos e identificación de los usuarios, para el período de tiempo comprendido entre 2011 y 2014. De ahí se obtuvo la frecuencia de uso de diferentes tipos de consultas, hospitalizaciones y procedimientos para las personas con problemas cardiovasculares y mujeres embarazadas.

1.2. Facturación

Se utilizaron los archivos de facturación de Coosalud para los años comprendidos entre 2011 y 2014. De ahí puede obtenerse el costo y la frecuencia de uso de todas las atenciones pagadas por evento a los afiliados de la EPS clasificadas en diferentes tipos: nivel II del POS, nivel III del POS,

ambulancias, apoyo diagnóstico, cirugía ambulatoria, cirugía hospitalaria, consulta médica especializada, consulta paramédica, hospitalización, medicina domiciliaria y urgencias.

1.3. Sistema de Identificación, Intervención y Seguimiento Familiar (SIRFAM)

Como parte de su estrategia de identificación del riesgo familiar y la generación de demanda inducida, se realiza un levantamiento de la información del hogar y de los integrantes en las visitas que realizan los promotores. Esta fuente de información es fundamental en la medida en que de ahí se puede obtener un perfil de la población afiliada a COOSALUD y que ha sido objeto de los esfuerzos de la EPS por inducir la demanda. De ahí puede obtenerse información relacionada con el número de visitas recibidas, el tipo de riesgo cardiovascular, información sobre las mujeres embarazadas y ciertas condiciones asociadas.

1.4. SISBEN

Fue necesario complementar los registros de SIRFAM, Facturación y RIPS con datos del SISBEN, el cual constituye casi un censo de población pobre del país, que es justo donde debería encontrarse gran parte de los afiliados a Coosalud. Con la información del SISBEN fue posible contar con variables que dan cuenta del nivel educativo de los miembros del hogar, la actividad económica de ellos y puntaje de SISBEN que constituye un índice sintético de las condiciones de los hogares en Colombia. Desafortunadamente, no se tuvo acceso a la información del SISBEN para todo el país, sino para 18 municipios (ver Tabla 1). Afortunadamente, un alto porcentaje de la población afiliada a COOSALUD se encuentra concentrada en estos municipios (con excepción de Cali para el cual no se cuenta con la información).

Tabla 1. Ciudades para la Cual se Tuvo Acceso a la Información del SISBEN

Departamento	Municipio
Antioquia	Apartadó
Quindío	Armenia
Santander	Barrancabermeja
Atlántico	Barranquilla
Valle del Cauca	Buenaventura
Bolívar	Cartagena
Caquetá	Florencia
Cundinamarca	Girardot
Tolima	Ibagué
Amazonas	Leticia
Córdoba	Montería
Huila	Neiva
Nariño	Pasto
Chocó	Quibdó

La Guajira	Riohacha
Magdalena	Santa Marta
Sucre	Sincelejo
Cesar	Valledupar

Los hogares para los cuales no se cuenta con esta información se dejaron por fuera del análisis. No obstante, se realizaron ejercicios de diferencias de medias entre los hogares que cruzaron con SISBEN y los que no, de modo tal que se pudieran identificar posibles sesgos. Las variables empleadas en este análisis son las relacionadas con consultas, hospitalización, facturación y procedimientos. En general, se encontraron diferencias significativas entre las personas para las que se cuenta con la información socioeconómica y las que no. Los resultados de las pruebas de medias se presentan en el Anexo 1. En cuanto a consultas (Tablas A1.1-A1.4) se encuentra que con excepción de la consulta por urgencias en los años 2011 y 2013, el valor neto a pagar en el año 2014, y las consultas de control y de P&P por enfermería, en las demás variables siempre se encuentran diferencias significativas entre los individuos que cruzan y aquellos que no. En cuanto a la información relacionada con facturación y procedimientos (Tablas A1.5-A1.12). Se encontró que, al igual que sucede con las variables de consultas, en muchas de las variables de análisis se encuentran diferencias significativas entre los grupos.

3. Metodología

El objetivo de la evaluación de impacto es determinar cómo cambia el costo y la frecuencia de uso de los servicios entre las personas que pertenecen a los programas (grupo de tratamiento), y las que no (grupo de control). Dado que en la información no puede especificarse la fecha en la cual la persona ingresó al programa, se asumirá que el año 2011 (el primer año para el cual se cuenta con información) será el año de línea de base, y el año 2014 será el seguimiento. El ejercicio consiste en comparar aquellas personas que ingresaron a alguno de los programas en el año de línea de base (2011), con aquellas personas que no se encuentran participando de estos.

Esta metodología es comúnmente conocida como el método de diferencias en diferencias. La metodología de diferencias en diferencias es una de las metodologías más robustas que existe y debe su nombre a que evalúa la diferencia en el tiempo (la primera diferencia) y entre los grupos de tratamiento y de control (segunda diferencia). Es decir, para realizar esta estimación deben conformarse dos grupos diferentes en dos periodos de tiempo. El primero de estos grupos se denomina grupo de control y se constituye por las que no hayan sido beneficiarios del programa y el segundo grupo, denominado grupo de tratamiento está conformado por aquellas personas que resultaron beneficiados del programa. Adicionalmente, se requiere que los individuos que conforman el grupo de control sean similares a los del grupo de tratamiento para poder acercarse al supuesto de que son la “misma persona” pero en dos momentos diferentes del tiempo, para de este modo poder realizar la diferencia y obtener el efecto del programa

Un aspecto muy importante para tener en cuenta es que dado que no se cuenta con un registro preciso de los beneficiarios y de su asistencia a todas las actividades incluidas en los programas, se intentaron varias definiciones de grupo de tratamiento que dieran alcance a lo que los programas ofrecen y para los que se tuviera la información disponible. Finalmente en conjunto con la EPS se seleccionó la definición más acorde para el grupo de beneficiarios. En el caso del programa Más que Corazón se seleccionó como grupo de tratamiento a las personas que efectivamente recibieron visitas de los promotores de Coosalud. Entre tanto, para Mujer Segura, se tomaron como tratadas a las mujeres que efectivamente asistieron a controles prenatales, según registros de la EPS.

Ahora bien, dado que se dispone de datos tipo panel, el modelo para algún miembro representativo de cualquiera de los dos grupos puede escribirse como:

$$y = \beta_0 + \beta_1 dT + \delta_0 d2 + \delta_1 d2 * dT + \mu$$

Donde y es el outcome de interés, $d2$ es una variable dummy para el segundo período de tiempo. La variable dummy dT captura las posibles diferencias existentes entre el grupo de tratamiento y el grupo de control previas a la intervención. La variable $d2$ captura además los factores agregados que podrían ocasionar cambios en y aún en ausencia de la intervención. El coeficiente de interés es δ_1 , el cual equivale a una variable dummy que identifica el grupo de tratamiento en el segundo periodo. La estimación del coeficiente δ_1 puede realizarse fácilmente mediante mínimos cuadrados ordinarios de la siguiente manera:

$$\hat{\delta}_1 = (\bar{y}_{B,2} - \bar{y}_{B,1}) - (\bar{y}_{A,2} - \bar{y}_{A,1})$$

El gran debate del método de Diferencias en Diferencias consiste en la identificación adecuada del grupo de control, pues debe contener individuos de características similares al grupo de tratamiento, con factores no observables que afectan de igual forma a los dos grupos. Para solucionar este problema, el modelo de diferencias en diferencias suele combinarse con el modelo de Propensity Score Matching (PSM) con el fin de obtener estimadores más robustos. Para la implementación de la metodología de PSM, se han utilizado modelos econométricos que permiten identificar aquellos individuos similares a los que componen el grupo de tratamiento. Estos modelos, conocidos como de variable dependiente binaria, estiman la probabilidad de los individuos de participar en el programa con base en características observables que puedan estar asociadas a la participación en el mismo, por ejemplo características socio-económicas y demográficas de los individuos. El método busca emparejar un beneficiario con aquel control que tenga la probabilidad más cercana de participar en el programa; la metodología es conocida como Propensity Score Matching (PSM), la cual es una de las metodologías más utilizadas en la literatura de evaluaciones de impacto no experimentales.

El PSM permite atenuar el sesgo de selección y tiene como objetivo encontrar un grupo de hogares que no fueron beneficiarios del programa, pero que cumplen con los requerimientos de selección del mismo y que sean similares a los hogares beneficiarios del grupo de tratamiento en

cuanto las características observables que se encuentran asociadas a la participación en el programa. Vale la pena aclarar que las parejas de tratamientos y controles no se establecen con base en estas características individuales, dado esta metodología tiene varios limitantes. La limitación más importante es encontrar suficientes hogares semejantes en los dos grupos. El PSM establece parejas de beneficiarios y controles de manera semi-paramétrica, con base en su propensity score, es decir, con base en la probabilidad predicha de participar en el programa, calculado a través de un modelo binario no lineal, donde la variable dependiente toma el valor de 1 si el hogar elegible resultó beneficiado del programa y 0 en el caso contrario. Las variables explicativas de estos modelos corresponden a las características observables socio-económicas, demográficas, geográficas, etc., que sean influyentes en la probabilidad de participar en el programa.

Una vez que se han establecido las parejas de beneficiarios y controles se podrá estimar el impacto del programa, como el promedio del impacto para cada pareja. Es importante anotar que la estimación debe hacer el mayor esfuerzo por controlar, también, por aspectos que afectaron la selección de los beneficiarios en el programa o política. Es posible realizar el emparejamiento de forma individual o grupal. En la primera alternativa se busca que para cada individuo del grupo de tratamiento exista un individuo en el grupo de control. La segunda alternativa es más flexible, pues requiere que en promedio el grupo de tratamiento y control sean iguales.

La utilización del método de pareo ofrece por lo menos dos ventajas en la estimación de impacto en programas o políticas. Primero, los grupos de tratamiento y control no necesariamente, aunque sería lo ideal, tienen que ser conformados antes de iniciar el programa, lo cual sí debe hacerse en la metodología experimental. En este caso, estos grupos pueden ser establecidos a partir de información acerca de las características de los hogares mediante el uso de modelos econométricos que calculan la probabilidad de participar en el programa. Segundo, el método no exige que se deje por fuera del programa a individuos que hacen parte de la población objetivo¹.

Formalmente, el método del Propensity Score Matching consiste en comparar los outcomes del grupo de tratamiento con los de individuos similares del grupo de control. Sea Y_{i1} el *outcome* para la persona i cuando es beneficiaria del programa, Y_{i0} el *outcome* de la persona no beneficiaria, D la variable que indica si el hogar es beneficiario o no, donde $D_i = 1$ indica que el hogar participa en el programa y $D_i = 0$ indica que no participa. El efecto promedio del tratamiento, conocido en la literatura como *average treatment effect* (ATE), es: $ATE = E(Y_{i1} - Y_{i0})$ y el efecto promedio del tratamiento sobre los tratados, definido como el *average treatment effect on the treated* (ATT), es: $ATT = E(Y_{i1} - Y_{i0} | D_i = 1)$. Sin embargo, Y_{i1} y Y_{i0} no se pueden observar simultáneamente.

Para solucionar este problema se utiliza un vector de características observadas X , con el objeto de comparar hogares cuya probabilidad de participación en el programa sea similar. Dado X , el

¹ Rosenberg y Rubin (1983), Heckman, Ichimura, Smith y Todd (1998) y Ravallion (1999).

$ATT = E(Y_{i1} - Y_{i0} | X, D_i = 1) = E(Y_{i1} | X, D_i = 1) - E(Y_{i0} | X, D_i = 1)$. El primer término de la resta se obtiene fácilmente con la información de los beneficiarios del programa. Para obtener el segundo término mediante PSM, Rosenbaum y Rubin (1983), suponen que todas las diferencias relevantes entre los dos grupos (las que generan el sesgo de selección), son capturadas por las variables observadas X :

$$(Y_{i1}, Y_{i0}) \perp D | X \quad (1)$$

Y que existe un soporte común (*common support*), según el cual en el grupo de control se encuentran hogares que tienen la misma probabilidad de participar en el programa que en el de tratamiento:

$$0 < \Pr(D_i = 1 | X) < 1 \quad (2)$$

Dada la probabilidad de participar en el programa $P = \Pr(D_i = 1 | X)$, por las ecuaciones (1) y (2) se obtiene:

$$E(Y_{i0} | P, D_i = 1) = E(Y_{i0} | P, D_i = 0) \quad (3)$$

Como se mencionó:

$$ATT = E(Y_{i1} - Y_{i0} | X, D_i = 1) = E(Y_{i1} | X, D_i = 1) - E(Y_{i0} | X, D_i = 1) \quad (4)$$

Que es equivalente a:

$$ATT = E(Y_{i1} - Y_{i0} | X, D_i = 1) = E(Y_{i1} | X, D_i = 1) - E(Y_{i0} | P, D_i = 1) \quad (5)$$

Por la ecuación (3):

$$ATT = E(Y_{i1} - Y_{i0} | X, D_i = 1) = E(Y_{i1} | X, D_i = 1) - E(Y_{i0} | P, D_i = 0) \quad (6)$$

Con lo cual se tienen todos los términos para estimar el impacto sobre el hogar i . Al sumar los n hogares tratados y sacar un promedio, se encuentra el impacto del programa. En este punto, es relevante señalar que pueden aplicarse diferentes métodos de emparejamiento entre tratados y controles, con el fin de estimar el impacto a través de PSM. Entre los principales que se utilizarán están los siguientes:

- Vecino más cercano
- N vecinos más cercanos
- N vecinos más cercanos ponderados con una función kernel
- Ancho de banda (caliper matching)

De este modo, la metodología se realiza en dos etapas. En una primera etapa se identifican los hogares que se encuentran en el soporte común, esta etapa se realiza siguiendo la metodología

propuesta por el PSM. Posteriormente, se realiza la estimación de Diferencias en Diferencias sobre la muestra de hogares que permanecen en el soporte común. Con esta metodología se busca corregir dos posibles sesgos de estimación, el primero el que se originaría si el grupo de control no es lo suficientemente parecido al grupo de tratamiento, y el segundo aquel que se presentaría por la existencia de factores no observables que introducen sesgos en la estimación, lo que será corregido con la metodología de Diferencias en Diferencias.

Para la interpretación de los resultados, debe tenerse en cuenta que el único coeficiente de interés es el que corresponde al programa que se esté evaluando. Esto dado que como se presentó anteriormente en la metodología, este coeficiente captura las diferencias que existen entre el grupo de tratamiento y el grupo de control y el tiempo.

4. Resultados

Se estimaron impactos en varios tipos de atención según los grupos de servicios de interés para la EPS, de ahí se estimó cuál fue el impacto del Programa en el costo total del total de atenciones por persona, el costo de las atenciones niveles II y III del POS y en el costo y número de atenciones por persona de los siguientes servicios: ambulancias, apoyo diagnóstico, cirugía ambulatoria, cirugía hospitalaria, consulta médica especializada, consulta paramédica, hospitalización, medicina domiciliaria y urgencias.

4.2. Impactos Programa Más que Corazón

Uno de los objetivos del programa es la disminución de eventos cardiovasculares graves y la contención de los costos asociados a los mismos. En ese sentido, se encuentra una disminución en el costo total de las atenciones, así como en los niveles II y III de atención según el POS; estos últimos contemplan atenciones más especializadas y son a las que son remitidos los pacientes desde los niveles más básicos. Tal como se presenta en la Tabla 2, en el grupo de tratamiento disminuyó el costo total disminuyó \$893.730 más que en el grupo de control. Del mismo modo, los costos de servicios POS nivel II y III disminuyeron en \$195.269 y \$804.526, respectivamente.

Aunque el costo total abarca todo los tipos de atención, es importante destacar otros impactos encontrados en la reducción de costos y atenciones en servicios especializados. Para los pacientes con riesgo cardiovascular que pertenecen al programa se redujeron en 0,244 el número de consultas con médico especializado y el costo total por este servicio disminuyó en \$16.413; cuando se comparan con el grupo de control. A esto se suma la reducción de 0,00978 en el número de cirugías ambulatorias por persona, la disminución de 0,0117 en el número de cirugías hospitalarias por persona y de 0,0182 en el número de atenciones por urgencias. Por último, no se encontraron impactos ni en el número de atenciones ni en el costo de servicios como ambulancias, apoyo diagnóstico, consulta paramédica, hospitalización y medicina domiciliaria.

Tabla 2. Impactos del Programa MQC

Variable	Impacto	Error Estándar	Observaciones
Costo ambulancias	-2.205	(2.320)	42.306
Costo apoyo diagnóstico	1.820	(8.324)	42.306
Costo cirugía ambulatoria	-13.374	(16.053)	42.306
Costo cirugía hospitalaria	-81.791	(55.805)	42.306
Costo consulta médica especializada	-16.413***	(4.964)	42.306
Costo consulta paramédica	1.095	(8.293)	42.306
Costo hospitalización	-399.431	(234.179)	42.306
Costo medicina domiciliaria	916,6	(26.629)	42.306
Costo urgencias	-4.238	(2.753)	42.306
Costo Total	-893.730**	(357.666)	25.620
Costo POS nivel II	-195.269**	(76.404)	23.592
Costo POS nivel III	-804.526**	(313.384)	5.026
Número Atenciones ambulancias	0,0066	(0,00939)	42.306
Número Atenciones apoyo diagnóstico	-0,0413	(0,0765)	42.306
Número Atenciones cirugía ambulatoria	-0,00978**	(0,00453)	42.306
Número Atenciones cirugía hospitalaria	-0,0117**	(0,00436)	42.306
Número Atenciones consulta médica especializada	-0,244*	(0,124)	42.306
Número Atenciones consulta paramédica	-0,00944	(0,00581)	42.306
Número Atenciones hospitalización	-0,0356	(0,0298)	42.306
Número Atenciones medicina domiciliaria	-0,00667	(0,00820)	42.306
Número Atenciones urgencias	-0,0182***	(0,00534)	42.306

*** p<0,01. ** p<0,05. * p<0,1

4.2. Impactos Programa Mujer Segura (MS)

Los impactos del programa MS se presentan en la Tabla 3. Tal como se esperaba el programa reduce los costos totales de la atención de las mujeres beneficiarias en comparación con aquéllas que fueron tenidas en cuenta como grupo de control; el impacto fue de \$195.404. Si bien los programas de P&P buscan contener costos en niveles complejos de atención, en el caso de MS no se encontraron impactos en costos en los niveles II y III según el POS. Esto puede deberse a que hubo una mezcla de resultados tanto positivos como negativos para diferentes tipos de servicios incluidos en estos niveles atención, lo que no oculta la disminución en los costos totales estimada como consecuencia de la implementación del programa.

Específicamente, en el grupo de tratamiento se encontró que aumentó tanto el costo como el número de veces que una mujer embarazada utiliza los servicios de apoyo diagnóstico o asiste a consultas médicas especializadas. El costo total de las ayudas diagnósticas se incrementó en \$9.760 en el grupo de tratamiento comparado con el grupo de control y la frecuencia de uso del servicio aumentó en 0,213. Así mismo, el costo total de medicina especializada se incrementó \$1.654 y la frecuencia de uso de este tipo de atención lo hizo en 0,064 veces. Una explicación a este hallazgo podría ser que el mismo programa promueva un mayor uso de este tipo de

atenciones, bien sea porque así está determinada la guía de atención o porque se está atendiendo una mayor cantidad de embarazadas con alto riesgo obstétrico que requieren mayor atención de médico especialista y mayor número de exámenes de apoyo diagnóstico. Por tanto, estos incrementos encontrados no necesariamente constituyen una consecuencia negativa del programa.

En contraste, se presentaron impactos positivos en la disminución de costos y frecuencia de uso de varios servicios. En primer lugar, se presentó una importante reducción en el costo de hospitalización de las gestantes beneficiarias en comparación con el grupo de control, el impacto estimado fue de \$64.109; sumado a esto, disminuyó en 0,0239 la frecuencia de hospitalización por obstetricia como consecuencia de la implementación del programa. Adicionalmente, se redujo el costo de cirugía hospitalaria en \$49.761 en el grupo de tratamiento comparado con sus controles y disminuyó en 0,0292 la frecuencia de uso de este servicio. Por último, como consecuencia del programa disminuyó en 0,00344 la frecuencia de uso de ambulancias, se redujeron en 0,0105 las consultas paramédicas por persona y el número de atenciones por urgencias disminuyó en 0,0299.

Tabla 3. Impactos del Programa MS

Variable	Impacto	Error Estándar	Observaciones
Costo ambulancias	-693,0	(857,0)	48.250
Costo apoyo diagnóstico	9.760***	(1.185)	48.250
Costo cirugía ambulatoria	-4.450	(2.943)	48.250
Costo cirugía hospitalaria	-49.761***	(9.582)	48.250
Costo consulta médica especializada	1.654**	(789,4)	48.250
Costo consulta paramédica	19,97	(171,3)	48.250
Costo hospitalización	-64.109***	(13.410)	48.250
Costo medicina domiciliaria	-87,43	(285,3)	48.250
Costo urgencias	-1.289	(1.246)	48.250
Costo Total	-195.404**	(83.769)	25.593
Costo POS nivel II	-8.443	(27.943)	23.278
Costo POS nivel III	-133.453	(424.368)	2.809
Número Atenciones ambulancias	-0,00344***	(0,00115)	48.250
Número Atenciones apoyo diagnóstico	0,213***	(0,0140)	48.250
Número Atenciones cirugía ambulatoria	-0,00221	(0,00378)	48.250
Número Atenciones cirugía hospitalaria	-0,0292***	(0,00638)	48.250
Número Atenciones consulta médica especializada	0,0640***	(0,0125)	48.250
Número Atenciones consulta paramédica	-0,0105***	(0,00395)	48.250
Número Atenciones hospitalización	-0,0239***	(0,00467)	48.250
Número Atenciones medicina domiciliaria	-5,88e-05	(0,000360)	48.250
Número Atenciones urgencias	-0,0299***	(0,00655)	48.250

*** p<0,01. ** p<0,05. * p<0,1

5. Costo-Beneficio de los Programas de P&P

El análisis costo-beneficio es una herramienta que permite medir la eficiencia o rentabilidad de un programa o proyecto mediante la comparación entre sus beneficios y costos medidos en unidades monetarias. El objetivo del análisis es responder si el programa genera los suficientes beneficios como para compensar los costos privados y sociales en que se incurren para llevarlo a cabo. En ese sentido, es fundamental monetizar los flujos de beneficios y de costos asociados al programa; sin embargo, muchos de ellos son imposibles de monetizar.

Por el lado de los costos, se deben identificar los costos directos de la intervención realizada por la EPS, así como otros costos indirectos derivados del programa y que afectan a personas y a sociedad en general. En cuanto a los beneficios, deben tenerse en cuenta tanto los beneficios privados percibidos por la EPS y los beneficiarios como los beneficios indirectos cuantificables y las externalidades que se generan sobre la sociedad como consecuencia del programa. Una vez calculados los beneficios y los costos se puede evaluar la rentabilidad del proyecto de tres formas: i) la diferencia entre beneficios y costos, la cual define un proyecto rentable si los primeros son mayores que los segundos; ii) la relación beneficio-costos, que equivale al cociente entre beneficios y costos y que es mayor que uno si el proyecto es rentable; y iii) la tasa interna de retorno que representa a rentabilidad media del dinero invertido en el programa.

En el marco de esta evaluación, se tuvo en cuenta como costo el valor invertido por la EPS Coosalud para la implementación de los programas. De acuerdo a la información suministrada por la EPS, el programa funciona en los departamentos de Atlántico, Antioquia, Bolívar, Cesar, Córdoba, Magdalena, Sucre y Valle y los costos totales están dados en la Tabla 4; en ella se presenta para cada uno de los departamentos, las IPS en las que se implementan los programas y el costo para cada una de ellas. Así, el costo total del programa MS en un año equivale a \$12.554.680.524 y el de MQC es de \$11.527.624.846.

Tabla 4. Costos anuales de la implementación de MS y MQC

Departamento	IPS	Costo MS	Costo MQC
Antioquia	Theraclinic	\$ 43,432,488	\$ -
	Theraclinic	\$ 740,056,800	\$ 1,049,794,200
Atlantico	Promocosta	\$ 773,175,481	\$ 773,175,481
	Salud Social	\$ 1,400,855,473	\$ 1,400,855,473
Bolívar	Somedyth	\$ 429,000,000	\$ 429,000,000
	Somedyth	\$ 1,075,378,844	\$ 1,075,378,844
Cesar	Calidad Médica	\$ 490,017,210	\$ 490,017,210
	Calidad Médica	\$ 433,320,000	\$ 433,320,000
Cordoba	Bienestar Activa	\$ 171,022,320	\$ 470,090,400
Magdalena	S.I.S.M.	\$ 671,553,804	\$ 671,553,804
	S.I.S.M.	\$ 640,168,426	\$ 640,168,426
Norte de Santander	Imsalud	\$ 1,368,529,936	\$ 1,368,529,936
Sucre	Punto Vital	\$ 1,040,844,168	\$ 620,591,706
Valle	Centro de Excelencia	\$ -	\$ 2,105,149,368
	ESE	\$ 3,277,325,576	\$ -
Total		\$ 12,554,680,524	\$ 11,527,624,846

Es importante aclarar que se está suponiendo que sólo la EPS asume costos para el funcionamiento de los programas. Los hogares también incurren en ciertos costos para acudir a las actividades diseñadas en el marco del programa, esto en términos de tiempo y horas que dejan de trabajar, gastos de transporte, tiempo dedicado por los acompañantes, entre otros. Sin embargo, es difícil monetizar el tiempo dedicado y la frecuencia de cada una de las visitas de los beneficiarios a los centros de salud, bien sea para una actividad lúdica, educativa o para control con el personal de la salud. A esto hay que sumarle que muchas de las actividades son realizadas en las visitas de los promotores al hogar, con las cuales los programas están garantizando un menor gasto por parte de los hogares en aras de lograr una mayor adherencia a los tratamientos. Hay otros costos intangibles para los pacientes y tienen que ver con las molestias, dolores e incomodidades que son imposibles de monetizar.

Ahora bien, para el cálculo de los beneficios se tuvieron en cuenta los impactos estimados según lo presentado en las tablas Tabla 2 Tabla 3. Vale la pena mencionar que para el análisis costo-beneficio es importante no duplicar costos o beneficio; por tanto, para los cálculos de los beneficios directos para la EPS sólo se tuvo en cuenta el impacto en costo total, pues con ello se abarcan todas las atenciones y se evita contabilizar dos veces los beneficios. Así las cosas, el costo total ahorrado por paciente como consecuencia de la implementación del programa MQC fue de \$893.730 y el costo evitado dado el funcionamiento de MS fue de \$195.404 por persona.

De acuerdo con información de la base de datos de inscritos al programa, el acumulado de usuarios activos en el programa entre 2011 y 2014 es de 28.242; y, el número de mujeres que se inscribieron durante 2014 a Mujer Segura fue de 25.760. En consecuencia, los costos totales anuales evitados por la implementación de MQC fueron de \$ 25.240.722.660 y los correspondientes a MS fueron de \$ 5.033.607.040; estos constituyen el beneficio directo para la EPS (ver Tabla 5).

Tabla 5. Beneficios directos estimados para Coosalud-EPS

Programa	Impacto	Beneficiarios	Costo total evitado (impacto*No. beneficiarios)
Costo total - MS	\$ 195.404	25.760	\$ 5.033.607.040
Costo total - MQC	\$ 893.730	28.242	\$ 25.240.722.660
Total beneficio directo para Coosalud- EPS			\$ 30.274.329.700

Las personas también se benefician de los resultados positivos de los programas de promoción y prevención, pues no sólo mejora su estado de salud en el largo plazo sino que también pueden volverse más productivos y/o tener mayor disponibilidad de tiempo para trabajar. En el marco de esta evaluación no se analizaron impactos en salud, por lo que no es posible establecer cuál es la ganancia para las personas que presentan menor carga de enfermedad. Tampoco es sencillo identificar las ganancias en productividad y tiempo para las personas pues no se conoce la cantidad de tiempo destinado a la atención en salud, sobre todo cuando se trata de consultas médicas, realización de exámenes diagnósticos y actividades similares. Se realizó un ejercicio para valorar la ganancia de las personas cuando se reduce la frecuencia de actividades cirugías y hospitalizaciones, para las cuáles se puede conocer el tiempo exacto destinado, pues como es bien sabido, este tipo de servicios requieren una larga estancia en los hospitales.

En el caso de los pacientes cardiovasculares, se redujo en 0.0117 la frecuencia de las cirugías hospitalarias y en 0.00978 la frecuencia de las cirugías ambulatorias. Dado que los días de estancia promedio para cada una de estas atenciones en 2014 fueron de 7,49 y 2,09, respectivamente; los beneficiarios ganaron 0.088 días laborales por la reducción en cirugías hospitalarias y 0.02 días dada la reducción en cirugías ambulatorias. Teniendo en cuenta que el 72,62% de los afiliados a Coosalud mayores de 40 años tienen hasta 65 años, que se supone es la edad laboral máxima, se estima que 20.508 beneficiarios estarían en edad laboral. Adicionalmente, según la GEIH 2014 el salario diario de una persona entre 40 y 65 años afiliada al Régimen Subsidiado es de \$8.945. Todo lo anterior arroja un beneficio monetario para las personas afiliadas a MQC de \$19.816.659 (ver Tabla 6).

Tabla 6. Ganancia monetaria para los beneficiarios de Más que Corazón

Tipo de atención	Cirugía hospitalaria	Cirugía ambulatoria
(1) Reducción en frecuencia de uso (Impacto)	0,012	0,010
(2) Días de estancia por evento	7,489	2,087
(3) Días laborales ganados (1)*(2)	0,088	0,020
(4) Beneficiarios MQ	28.242	28.242

(5) Porcentaje de personas mayores de 40 años en edad laboral	73	73
(6) Beneficiarios en edad laboral (4)*(5)	20.508	20.508
(7) salario diario (GEIH 2014)	\$ 8,945	\$ 8,945
Beneficio monetario para beneficiarios (3)*(6)*(7)	\$ 16,072,825	\$ 3.743.834
Beneficio total	\$ 19.816.659	

Siguiendo un razonamiento similar, como resultado de la implementación del programa MS se reduce en 0.0292 la frecuencia de las cirugías hospitalarias y en 0.0239 la frecuencia de las hospitalizaciones y, dado que los días de estancia promedio por atención son de 1,8 y 3,13 respectivamente; las gestantes ganan 0.054 y 0.075 días laborales como consecuencia de la reducción en estos servicios. Según la GEIH 2014 el salario diario de una mujer entre 15 y 40 años perteneciente al Régimen Subsidiado es de \$3.576 y, asumiendo que este es el costo diario para una gestante de estar hospitalizada, el beneficio monetario total para las mujeres embarazadas sería de \$11.852.552 (ver Tabla 7).

Tabla 7. Ganancia monetaria para las beneficiarias de Mujer Segura

Tipo de atención	Cirugía hospitalaria	Hospitalización
(1) Reducción en frecuencia de uso (Impacto)	0,029	0,024
(2) Días de estancia por evento	1,841	3,134
(3) Días laborales ganados (1)*(2)	0,054	0,075
(4) Beneficiarios MS	25.760	25.760
(5) salario diario (GEIH 204)	\$ 3.576	\$ 3.576
Beneficio monetario para beneficiarios (3)*(4)*(5)	\$ 4.952.005	\$ 6.900.548
Beneficio total	\$ 11.852.552	

Adicional a los beneficios privados tanto para la EPS como para los beneficiarios, en este tipo de programas es usual que se presenten externalidades tanto en el presente como en el futuro. Por ejemplo, mejores condiciones de salud durante la maternidad y el parto traen consigo el nacimiento de menores más sanos y dos consecuencias positivas asociadas: i) menor gasto para la EPS porque disminuye la carga de enfermedad de los bebés y, ii) mayores posibilidades para los niños que al ser más sanos tendrán mayor asistencia escolar, mejor rendimiento académico y mayores ingresos en el futuro. De la misma manera, un mayor control de los adultos con riesgo cardiovascular que no desarrollarán enfermedades más graves traerá consigo un incremento en la productividad, en los días laborados y en los ingresos; así como una disminución en costos futuros de atención para la EPS. Sin embargo, este tipo de impactos superan el alcance de la evaluación en la medida en que no se evaluaron resultados en salud para los pacientes sino variables como costos y número de atenciones.

En suma, los costos anuales para la EPS de la implementación de los dos programas ascienden a \$24.082.305.370. Por su parte, los beneficios para EPS y beneficiarios suma \$30.305.998.912, donde las mayores ganancias corresponden a Coosalud dada la magnitud de los costos que logra reducir. Así las cosas, la relación costo-beneficio de los programas es de 1,26; 2,19 si sólo se

considera el programa MQC y 0,40 en el caso de MS. La tasa interna de retorno (TIR) asociada al programa MQC es de 119%, mientras que la de MS es negativa y equivalente a -60%; cuando se tiene en cuenta la inversión y los beneficios de ambos programas en conjunto la tasa interna de retorno es de 26% (ver Tabla 8).

Tabla 8. Costo-Beneficio de los Programas de Promoción y Prevención

		Más que Corazón	Mujer Segura	Total Programas
Costos		\$ 11,527,624,846	\$ 12,554,680,524	\$ 24,082,305,370
Beneficios	Reducción de costos	\$ 25,240,722,660	\$ 5,033,607,040	\$ 30,274,329,700
	Ganancias para las personas	\$ 19,816,659	\$ 11,852,552	\$ 31,669,212
	Total	\$ 25,260,539,319	\$ 5,045,459,592	\$ 30,305,998,912
Beneficio-Costo		\$ 13,732,914,473	\$ (7,509,220,932)	\$ 6,223,693,542
Razón Beneficio/Costo		2.19	0.40	1.26
TIR		119%	-60%	26%

Lo anterior sugiere que la inversión para la atención de pacientes cardiovasculares es altamente costo-efectiva. En ese sentido, es más fácil controlar a un relativo bajo costo a los pacientes cardiovasculares. Lo mismo no puede concluirse del programa Mujer Segura, donde si bien se encontraron impactos positivos e importantes en la disminución de los costos totales de atención, no quedó completamente claro que estos costos justificaran su inversión. En ese sentido, es importante tener en cuenta que el control y seguimiento de las gestantes pueden llevar a una mayor utilización de ciertos servicios especializados que impiden una mayor reducción de costos. Así mismo, si bien los programas pueden ayudar a la prevención de ciertas patologías en las madres y sus hijos, en el caso de las mujeres embarazadas pueden existir muchos factores fortuitos que generen complicaciones en las gestantes, esto a pesar de que hayan sido juiciosas con sus controles. Adicionalmente, es preciso tener en consideración que muchos beneficios importantes de este programa no se están teniendo en cuenta, por ejemplo, las ganancias a largo plazo para los menores que nacen bajo condiciones adecuadas.

6. Análisis Cualitativo

La evaluación de impacto presentada sobre los programas Más que Corazón (MQC) y Mujer Segura (MS) sugiere que estas iniciativas, conocidas como “Value-in-Health” le reducen los costos a la empresa en la provisión de servicios médicos. Al mismo tiempo, los cálculos iniciales sugieren que los beneficios individuales en reducción de servicios médicos compensan los costos de implementar cada una de estas iniciativas: una mejor atención preventiva crea retornos en salud para la población afiliada; una mejor prevención y salud de la población afiliada se traducirá en nuevas reducciones de costos para la empresa y para el sistema de salud en Colombia. A continuación se describen los hallazgos del trabajo de campo cualitativo y se delinean acciones para sostener y ampliar los programas de prevención.

Los programas de prevención de este tipo se caracterizan por tener 4 fases previas a la afiliación: i) definición de elegibilidad; (ii) conocimiento de la población sobre los programas; (iii) aceptación por parte del usuario y (iv) nivel de adherencia. Tener mayor información del programa en cada una de estas fases, por separado, permite saber la eficiencia de la operación del programa y los lugares donde existen fallas y coordinación con otras fases. Claramente, en cada fase hay elecciones hechas por los consumidores y acciones que llevan a cabo las personas encargadas de la implementación del programa. Usar datos para entender los incentivos y los costos de los individuos y los proveedores, para actuar en cada una de estas etapas permitirá a Coosalud diseñar mejor sus acciones con el objeto de maximizar el retorno de la inversión.

6.1. Trabajo de campo y hallazgos cualitativos

El trabajo de campo se realizó en la ciudad de Cartagena entre los días 26 y 27 de Mayo de 2016 y consistió en la realización de tres grupos focales con 14 afiliados inscritos en el programa Más que Corazón, con 14 afiliadas inscritos en el programa Mujer Segura y con los promotores funcionarios de Coosalud. Asimismo, se realizaron cuatro entrevistas en profundidad con actores que hacen parte del funcionamiento del programa. Las entidades con las que se trabajó fueron: las Farmacias con las que tiene convenios Coosalud, el Jefe del Departamento de Riesgos de Coosalud, la Jefa del programa Mujer Segura y la Jefa del programa Más que Corazón.

6.1.1. Inscripción al programa

Tal como se plantea en los Grupos Focales y en las entrevistas con los jefes de los dos programas que se analizaron, el proceso de inscripción varía según el tipo de programa, pues la naturaleza, duración y propósito de cada uno de ellos cambia.

Para el caso de Más que Corazón, el proceso de inscripción se da de dos formas particularmente. Por un lado a través de los promotores, quienes tras realizar sus visitas de rutina en los hogares, identifican a pacientes con posibles riesgos cardiovasculares. Una vez se les informa a los miembros del hogar sobre la posible condición de salud del afiliado, éste debe recurrir al médico para recibir un diagnóstico e inscribirse al programa. La otra estrategia con que cuenta Coosalud para la inscripción de los afiliados al programa de Más que Corazón, consiste en que tras la visita de un afiliado a su médico, éste último encuentre algún tipo de riesgo cardiovascular en el paciente y lo invite a inscribirse al programa.

Para el caso del programa Mujer Segura el proceso de inscripción suele realizarse de una forma específica. Tras la primera visita que realiza la mujer como parte de los controles propios de la situación de mujeres gestantes, los funcionarios de Coosalud la invitan a inscribirse y se recibe una charla introductoria sobre las características del programa y los beneficios que le puede traer a la mujer y al nonato. Otra estrategia es a partir de los promotores, quienes durante sus visitas pueden identificar a alguna gestante que no haya empezado a acudir a los controles.

Por lo general, en los grupos focales con afiliados inscritos en los dos programas y con los promotores, se hizo manifiesta la facilidad para la inscripción y la puesta en marcha de las actividades inmediatamente después de que el paciente pasa a hacer parte del programa. Una vez inscritos, los pacientes de Más que Corazón hacen parte de una charla informativa sobre la forma en que opera el programa y sobre los cuidados básicos que deben tener las personas con algún tipo de riesgo cardiovascular en cuanto a la toma de medicamentos, alimentación y ejercicio físico. Para el caso de Mujer Segura, una vez la mujer se realiza su primer control, la persona queda inscrita en el programa y recibe una charla informativa sobre los cuidados que se deben tener durante el período del embarazo, los medicamentos que se deben tomar y la importancia de los controles.

A pesar de lo dicho previamente, el grupo focal con los promotores puso en evidencia una serie de inconvenientes que en ocasiones se les presenta a los funcionarios de Coolsalud en cuanto a la inscripción del programa. Estos inconvenientes están relacionados con la falta de voluntad de algunos de los afiliados que deciden no inscribirse al programa y hacer caso omiso de las recomendaciones de la entidad. Esta situación se presenta en los dos programas y depende del nivel de voluntad y compromiso de los afiliados para manejar su condición de salud o estado de embarazo. Ante esta situación, a los promotores y demás funcionarios no les queda otra opción que insistir en las visitas que realizan a los hogares. Si bien la falta de voluntad de los afiliados no es una constante, es importante tenerla en cuenta para poder ampliar la cobertura de los programas de prevención y promoción con el fin de mejorar el estado de salud de los afiliados y reducir los costos de la entidad.

A modo de cierre de la sección, es importante tener en cuenta que si bien las estrategias existentes para la identificación e inscripción de los pacientes a cualquier de los dos programas ha tenido éxito según los promotores con los que se trabajó, vale la pena flexibilizar los productos y las formas de aproximación a la población. Tal como se analizará más adelante, dentro de las funciones de los promotores está la identificación de los pacientes con riesgos cardiovasculares y mujeres gestantes que no han sido captados por el sistema e incluirlos dentro de las iniciativas. Dentro de estas funciones puede que algunos de los afiliados con riesgo no sean identificados por el promotor y pierdan la oportunidad de hacer parte de los programas. Esta situación puede estar relacionada con dos factores particularmente. Por un lado con el tipo de información e incentivos con que cuentan los afiliados sobre los programas y por el otro, con la flexibilidad del programa y sus criterios de elegibilidad.

Para abordar esta problemática, se puede hacer referencia a la sección 7.1 de las recomendaciones llamado *Criterios de elegibilidad y flexibilidad de los programas*. Esta recomendación plantea que la focalización de los programas, la inscripción y funcionamientos de estos deben ser lo suficientemente flexibles para que la población afiliada pueda inscribirse, frecuentar los controles y mantener las prácticas de autocuidado que le son recomendadas.

6.1.2. Funcionamiento del programa

Si bien los procesos de inscripción son similares, la forma en que se desarrollan los dos programas varía de manera sustancial debido al tipo de pacientes con los que trabajan y a la duración de los tratamientos a los que están expuestos de acuerdo con los programas. Para el caso de MS, el tiempo es limitado y específico; durante la gestación y hasta un año de vida del menor. Para el caso de MQC, las personas con riesgo cardiovascular pueden controlar su condición de salud, pero nunca se va a eliminar riesgo, y por tanto van a mantenerse en el programa de forma indefinida.

Tal como se plantea en los manuales operativos de los dos programas, el objetivo de las intervenciones está basado en la promoción y prevención de posibles riesgos mediante la atención integral y el acceso a información por parte de la población afiliada. Para tal fin, los programas varían en su funcionamiento, pues aunque el rol de los promotores en los dos casos es de concientización y acompañamiento al proceso, la frecuencia de los controles, el nivel de adherencia a los programas, el acceso a los medicamentos y el tipo de educación que se recibe es diferente.

En aras de resaltar y visibilizar cada uno de los factores que inciden, y pueden determinar el nivel de adherencia de la población a los programas, vale la pena analizarlos por separado para encontrar los puntos clave en cada uno de ellos con el fin de contar con más insumos para el planteamiento de las recomendaciones.

Promotores

Debido al diseño de los programas, el rol de los promotores es central no sólo en la inscripción, sino en el nivel de adherencia de los pacientes a los tratamientos y controles. A parte de sus funciones de identificación de los pacientes, son los promotores quienes se encargan de dar la información a la personas y de realizar un seguimiento de las visitas médicas de los pacientes.

Tal como se plantea en los grupos focales con afiliados y con promotores, las funciones de éstos van mucho más allá de lo estrictamente descrito en los protocolos de los programas. Aunque no siempre se puede llevar a la práctica, los promotores plantean que suelen ser habitantes de las zonas que tienen bajo su responsabilidad y que esto permite una mayor cercanía y confianza por parte de los afiliados y posibles beneficiarios de los programas. Debido a esta cercanía que se crea entre los afiliados y los promotores, las labores propias de la entidad se facilitan, pues las historias familiares son conocidas y permiten la identificación y vinculación de otros miembros del hogar a los programas ofrecidos por la entidad. Asimismo, el acceso a la información con respecto a los hábitos alimenticios de las personas es más fácil y el control sobre el nivel de adherencia a los tratamientos.

Por su parte, también se expresó en los tres grupos focales que se realizaron, que parte de la estrategia es que los promotores tengan continuidad en las zonas en las que son asignados, pues permite la construcción de confianza entre los posibles afiliados y los funcionarios. Tal como se mencionó anteriormente, la confianza que se construye entre los promotores y los afiliados, no

sólo facilita las labores propias de prevención y promoción de los programas, sino que aumenta la adherencia de las personas a los tratamientos.

Esta situación se expresó de forma clara en los grupos focales con pacientes de MQS y MS. Los participantes sugirieron que el hecho de tener a una persona conocida y que con frecuencia visita la casa les genera cierto tipo de presión para realizar los controles y visitas médicas en los tiempos señalados por el cuerpo médico. A modo de ejemplo, uno de los participantes del grupo focal de MQC plantea que en los casos en que no ha sido juicioso con los controles y el promotor pasa por su casa, siente vergüenza y se obliga a ir. Esta estrategia de autocuidado y adherencia al tratamiento resulta muy efectiva, pues las personas encuentran un incentivo diferente a su salud para mantener el tratamiento de forma adecuada.

Por su parte, en el grupo focal de MS se hace evidente la cercanía de los promotores con las familias. En más de una ocasión, especialmente en las participantes de menor edad, se planteó que las funcionarias de Coosalud inspiran confianza, pues han sido las mismas personas quienes han realizado las visitas a las familias desde que las mujeres gestantes eran unas niñas. En los casos en que las pacientes se fueron de la casa de sus padres y ahora residen cerca, es el mismo promotor quien les hace las visitas. En este sentido, la confianza de los pacientes con los promotores reside en dos factores fundamentales. Por un lado, el hecho que muchos de los promotores residan en los barrios que tienen asignados. Por el otro, la continuidad en los barrios y casas que tienen asignados.

Vale la pena resaltar la labor que realizan los promotores en el marco de los programas en estudio y como agentes centrales de la comunidad. Si bien este último punto no tiene efectos directos sobre Coosalud, de manera indirecta representa la presencia de la entidad en las comunidades, que se puede traducir en más afiliados, un mayor nivel de adherencia y una mayor eficiencia de los programas de prevención y promoción. Este sentido, en los grupos focales que se realizaron con las dos poblaciones, se hace evidente el rol determinante de los promotores como agentes que propician el autocuidado, las buenas prácticas de salud de las familias afiliadas y generan conciencia sobre la importancia de acudir a los controles médicos dictados por los especialistas.

Seguimiento y controles

El seguimiento y control al que se debe someter cada paciente varía según el tipo de programa y el tipo de riesgo en que se encuentre. Para el caso del programa MS, las madres gestantes deben visitar a los especialistas una vez al mes en caso de que el embarazo se esté desarrollando de manera normal. Para el caso de las mujeres que presentan algún tipo de riesgo, las visitas médicas se realizan con mayor frecuencia. En este sentido, las únicas dos mujeres que participaron en los grupos focales que presentaban un riesgo alto, plantearon que los promotores hacían visitas a sus casas una vez a la semana y que las visitas al control médico se realizaba con mayor frecuencia; una vez a la semana o cada dos semanas. Para el caso del programa MQC, la frecuencia de los controles médicos sí varía según el nivel de riesgo de los pacientes. Según plantean los participantes de los grupos focales de afiliados y promotores, según el tipo de diagnóstico con que

cuenta el afiliado, el número de visitas a los médicos y las visitas de los promotores a las casas se hace más frecuente.

Con respecto a las visitas de los promotores, la población con la que se trabajó expresa completa satisfacción frente a las labores de desempeña el funcionario en las casas. Tal como se planteó previamente, la cercanía y confianza de los promotores con las personas asignadas, no sólo permite una mayor adherencia al programa, sino que hace manifiesta la calidad humana y técnica de las visitas que se realizan en los hogares. Por su parte, la satisfacción frente a la atención médica no difiere de la de los promotores, pues en todos los casos se planteó que la calidad humana y técnica del personal médico ha sido de primera calidad.

Además de la calidad en la atención, se plantea que en ocasiones los tiempos de espera para ser atendidos pueden ser muy largos. Dentro de los grupos focales se trata de encontrar una explicación a las demoras en la atención y se llega a la conclusión de que los tiempos de espera se deben al sistema de asignación de citas. Particularmente en el caso de las mujeres embarazadas se plantea que las citas se asignan a varias mujeres a la misma hora y que se van atendiendo según la hora de llegada. Esto implica que, según sugieren, cuatro o cinco mujeres son citadas a la misma hora, y que se van atendiendo en la medida en que van llegando. Teniendo en cuenta que las citas puedan duran de entre 20 y 30 minutos, en ocasiones las esperas pueden ser muy largas.

En lo referente a la asignación de citas, se plantea que existen dos modalidades. Por un lado, las citas se pueden pedir por teléfono, pero tal como se sugiere, las esperas son largas y en ocasiones no hay personal que conteste el teléfono. Por esta razón, la población con la que se trabajó prefiere desplazarse hasta las instalaciones del prestador de servicios de salud para pedir la cita. Esta segunda estrategia, se plantea, sí es eficiente y les permite a las personas acceder a las citas de forma rápida. Sin embargo, la problemática asociada a este sistema de asignación de citas es que la población no siempre está en condiciones para desplazarse hasta las oficinas para pedir una cita. En esta medida, el acceso a los servicios de salud y el nivel de adherencia de los programas se ve obstaculizado por las dificultades que se presentan para conseguir una cita médica.

Las personas con las que se trabajó en los grupos focales no expresan dificultades a la hora de acceder a los controles médicos por factores externos a la institución tales como el tiempo, la falta de acompañantes o los gastos que puede implicar el desplazamiento. Sin embargo, según se expresó en las sesiones de grupo, con excepción de una mujer inscrita en el programa MQC, todos los participantes de los grupos focales vivían cerca de alguno de los centros de salud. Si bien esto puede ser una coincidencia o un problema en la convocatoria, es importante tener en cuenta que muy difícilmente todas las personas inscritas en los programas tienen acceso fácil a las instalaciones y que pueden existir problemas de desplazamiento que no fueron registrados en el trabajo de campo.

Como parte de los servicios que ofrece Coosalud a las personas que por su condición de salud no pueden desplazarse a las instalaciones de los prestadores de servicios como parte de sus controles, el programa de MQC les ofrece servicios médicos domiciliarios. Esta estrategia, si bien

puede representar un alza en los costos de la operación, tiene unos importantes efectos en el nivel de adherencia al programa por parte de los pacientes y su correspondiente efecto en la salud de los afiliados. Tal como se manifestó en los grupos focales de este programa, algunos de los participantes realizan los controles en sus casas y expresan que de no existir este servicio, no tendrían posibilidades de seguir con el tratamiento de forma estable.

Ahora bien, con excepción de la problemática previamente presentada en cuanto a la asignación de citas, el acceso a los controles médicos y la atención son satisfactorias, cumplen con los objetivos de los programas y, efectivamente, ayudan a la prevención y promoción de la salud. Sin embargo, el hecho de que todos los participantes estuvieran afiliados a la IPS Somedyt, que los grupos focales se hubieran realizado en las instalaciones de Coosalud, la presencia de funcionarios de la entidad y la entrega de recordatorios con los logos de la EPS, puede que hayan limitado o sesgado las opiniones de los participantes y que existan otro tipo de limitaciones para acceder a los servicios.

Por último, vale la pena mencionar que para el momento de realizar el trabajo de campo, Coosalud estaba dando inicio a una estrategia para incentivar a los pacientes a realizar sus controles con el fin de aumentar el nivel de adherencia a los programas. Esta estrategia consiste en la entrega de unos puntos en los casos en que los pacientes asistan a los controles de forma regular y muestren mejorías en su estado de salud. Es probable que la creación de incentivos como el recientemente diseñado por Coosalud, aumente la adherencia a los programas, pues ya no se convierte sólo en un tema de salud, sino en la posibilidad de adquirir premios por el cumplimiento de los controles.

Medicamentos

Uno de los principales cuellos de botella que reconocieron los participantes de los grupos focales inscritos en los dos programas fue el acceso a los medicamentos en las farmacias. La problemática tiene dos características fundamentales (problemáticas que en la entrevista con la administradora de la cadena de farmacias con que tiene alianza Coosalud se hicieron evidentes y reconocieron como elementos a mejorar).

Como primera medida, las horas de espera a la que se ven sometidos los pacientes para acceder a los medicamentos. Tal como se sugiere en el trabajo de campo, en ocasiones el tiempo de espera puede llegar hasta cuatro horas. Esta situación se explica por la falta de ventanillas y personal disponible para suministrar los medicamentos. Según expresan los pacientes inscritos en los dos programas, una vez se toma el turno para ser atendido, se ven en la necesidad de esperar durante horas para acceder a los medicamentos y mantener la adherencia al tratamiento. En ocasiones esta espera se debe realizar de pie, pues las farmacias no cuentan con el mobiliario adecuado para recibir a las personas que atienden.

A esta situación se le suma que no existen filas o ventanillas que prioricen a las personas de tercera edad o a las mujeres embarazadas. Si bien se plantea que en ciertas ocasiones se abre una

ventanilla o una fila que priorice a las personas que lo necesitan, ésta no es una práctica estandarizada en las farmacias y las personas en condiciones de salud complicadas deben esperar largas horas para adquirir sus medicamentos. Tal como se plantea en los grupos focales de los dos grupos, y como se reconoce en la entrevista con la administradora de las farmacias, las personas con frágiles condiciones de salud se ven en la necesidad de acudir a la solidaridad y apoyo de algún otro cliente que ceda el turno.

Tal como se planteó en la entrevista con la funcionaria de las farmacias, la entidad está trabajando en la construcción de una nueva sede, con espacios adecuados, sillas suficientes y ventanillas prioritarias para hacer más eficiente el servicio. Si bien la nueva sede aún está en construcción, se espera que tras la finalización de la obra, el acceso a los medicamentos cambie y le permita a los pacientes seguir con su tratamiento de forma adecuada sin tener que someterse a las condiciones de espera en que lo están haciendo ahora. Es importante que este servicio se automatice desde la solicitud (que pueda ser realizada por teléfono) y se suministre una fecha de entrega para que la situación no se convierta en una barrera de acceso para los tratamientos. Es en la entrega de medicamentos donde se observan mayores problemas para que los programas funcionen correctamente; para que las personas puedan adherir a sus tratamientos; para que los beneficios-costos tengan un mayor retorno; para alcanzar los objetivos.

Como segunda medida, se planteó que con cierta frecuencia los medicamentos no los entregan completos y los pacientes se ven en la necesidad de regresar a las farmacias por los medicamentos o interrumpir sus tratamientos. En las sesiones de grupo se plantea que, de ser posible, los pacientes regresan a las farmacias por los medicamentos que hacen falta para poder continuar con su tratamiento, pero surgieron casos en que los participantes expresaron que no regresan a las farmacias y esperan al siguiente control médico para acceder a los medicamentos. En las ocasiones en que las personas por una razón u otra deciden no regresar a las farmacias por sus medicamentos puede estar asociado a las largas horas de espera y a la precariedad de las instalaciones. Esto implica que los pacientes suspenden o aplazan sus tratamientos.

No sobra resaltar los efectos que tiene lo anteriormente mencionado en el nivel de adherencia de los pacientes a los programas. Todos los esfuerzos que realice Coosalud en el marco de MQC y MS se pueden ver entorpecidos por la ineficiencia en la entrega de los medicamentos, pues las condiciones en que los medicamentos son suministrados dificultan la continuidad de los procesos y perjudican la salud de los pacientes.

Educación y charlas informativas

Como parte central de los programas de MQC y MS, las capacitaciones, charlas informativas y procesos educativos sobre el autocuidado, la toma de medicamentos y la importancia de darle continuidad al tratamiento se desarrollan de forma diversa según el programa. Estos procesos educativos se llevan a cabo de diferentes formas, pues se involucra a los promotores, al cuerpo médico y de enfermería y estrategias audiovisuales como televisores, folletos y cuñas en las instalaciones de Coosalud y sus IPS aliadas.

Iniciando con MQC, los pacientes, una vez inscritos, reciben una charla informativa sobre cómo llevar una alimentación saludable, la importancia del ejercicio físico, la adecuada toma de medicamentos y la necesidad de adherirse al tratamiento. Seguidamente, y según el tipo de riesgo, los pacientes reciben capacitaciones cada vez que acuden a un control y cada vez que reciben la visita de los promotores. En este punto vale la pena resaltar, una vez más, el rol de los promotores dentro de los programas, pues son ellos quienes controlan de forma directa que lo aprendido en los procesos educativos efectivamente se lleve a la práctica.

Tal como se planteó en los grupos focales, hay una serie de impedimentos para que las personas puedan seguir las indicaciones del personal en cuanto a los hábitos alimenticios. En primer lugar, existen factores culturales y las costumbres alimenticias de la población que no facilitan el autocuidado, pues gran parte de la gastronomía de la ciudad presenta unas características perjudiciales para una persona con algún tipo de riesgo cardiovascular. Se sugiere que aunque se conocen los riesgos de ingerir alimentos altos en grasa, productos fritos como la arepa de huevo y la yuca o el plátano frito, si bien se han reducido en la dieta familiar, aún están presentes.

En segundo lugar, los altos costos de algunos de los alimentos beneficiosos impiden su incorporación en la dieta diaria. Las condiciones socioeconómicas de las familias no siempre les permiten adquirir los productos que dentro de las charlas informativas se les sugiere ingerir, factor que puede entorpecer el proceso al que están sometidos. Si bien este no es un tema en el que Coosalud pueda tener injerencia, si vale la pena tenerlo en cuenta como un determinante de los efectos que el programa MQC pueda tener en los pacientes. La relación entre las formas culturales de alimentación y las condiciones socioeconómicas de las son determinantes, pues aunque se realicen las charlas y las capacitaciones, estos dos elementos definen, entre otras cosas, la posibilidad de éxito del programa.

En lo referente a los procesos educativos del programa MS, la frecuencia de las charlas es menor, pues en los grupos focales se plantea que la única capacitación que reciben es en el momento de la inscripción. En los casos en que las mujeres tienen un riesgo alto durante su período de gestación, la información que se recibe es mucho más completa, pero en los casos en que el embarazo se está desarrollando de manera normal sólo se es parte de una charla.

Tal como se sugirió en las sesiones de grupo, la mayoría de la información que reciben las primerizas es a través de sus redes sociales; especialmente de sus madres. Se plantea que el conocimiento sobre los hábitos alimenticios y las prácticas de autocuidado que se deben tener durante el período de gestación se han recibido, en gran parte, por mujeres que ya han pasado por ese proceso. Como es de esperarse, esta fuente de información, si bien es muy valiosa y debe ser aprovechada por Coosalud, en ocasiones puede ser desacertada y generar prácticas dañinas para las mujeres y sus hijos nonatos.

A modo de cierre, de forma generalizada se reconoce el valor de las capacitaciones y charlas que reciben los pacientes por parte de Coosalud o sus IPS afiliadas, pero en el caso de MS se plantea que deben realizarse con mayor frecuencia y mayor rigurosidad. Para el caso de MQC el proceso

educativo al que están sometidos los pacientes sí cumple con las expectativas de los inscritos y, a pesar de las limitaciones previamente descritas, sí han generado algunos cambios en los hábitos de las personas.

En este sentido es importante tener en cuenta la recomendación *Criterios de elegibilidad y flexibilidad de los programas* señalada en la sección 7.1 pues los programas deben contar con la capacidad de adaptarse a las particularidades socioeconómicas de los pacientes y a las formas culturales de las zonas en donde se está trabajando. En este orden de ideas, los procesos educativos deben partir del reconocimiento de la identificación y reconocimiento de los hábitos de las poblaciones con el fin de identificar elementos mediante los cuales puedan incidir en prácticas de autocuidado.

6.2. Limitaciones del trabajo de campo

Si bien las entrevistas a funcionarios y los grupos focales con personas inscritas a los dos programas y con promotores llegaron a feliz término y las sesiones de grupos se llevaron a cabo de forma adecuada, vale la pena tener en cuenta tres factores que pudieron haber incidido en las opiniones de los participantes. En primer lugar, el hecho de que los grupos focales se hubieran realizado en las instalaciones de Coosalud puede incidir en las posturas críticas de la población frente a la entidad, pues pueden sentirse evaluadas o vigiladas y sentir que en caso de decir algo negativo sobre Coosalud, se pierdan los beneficios que se reciben.

Como segundo punto, asociado a lo anterior, el hecho de que funcionarios de Coosalud estuvieran uniformados y en ocasiones interviniendo en las sesiones, pudo haber reducido las posiciones críticas de los participantes. Sumado a esto, al inicio de cada uno de los dos grupos focales con afiliados se hizo entrega de una camiseta, una cachucha, un lapicero y una libreta a cada uno de los participantes de los grupos focales de MQC y MS. Aunque la entrega de incentivos es una práctica común en este tipo de actividades, por lo general la entrega se realiza al final de las sesiones y no tienen los logos de quienes están siendo evaluados, pues puede afectar la espontaneidad y la actitud crítica de los participantes.

Por último, vale la pena tener en cuenta que todos los participantes de los grupos focales estaban afiliados a la IPS Somedyt y no a la ESE. Esta selección de los pacientes probablemente interfirió en la perspectiva que se tiene de los programas, pues la calidad de la prestación del servicio de las ESE por lo general presenta problemas. En este sentido, el hecho de que la convocatoria sólo hubiera tenido en cuenta la participación de afiliados a Somedyt no permite tener un panorama generalizado de la perspectiva de los pacientes frente al programa, sino únicamente de los pacientes de la IPS Somedyt.

7. Recomendaciones

A continuación se presentan las recomendaciones del estudio, las cuales se elaboraron con base en los resultados cuantitativos, en el trabajo cualitativo realizado en Cartagena y en experiencias similares de otros países. Particularmente, de acuerdo a lo evidenciado en las sesiones de grupo, se hacen recomendaciones relacionadas con la importancia de flexibilizar el programa según el tipo de población y las necesidades particulares de algunos pacientes. Así mismo, dados los resultados del análisis beneficio costo donde se encontró una alta tasa de retorno del programa MQC, se sugiere que hay un amplio margen para incrementar los afiliados al programa y para lo cual deberían considerarse las siguientes acciones:

7.1. Criterios de elegibilidad y flexibilidad de los programas

Se recomienda definir criterios de elegibilidad tomando en cuenta las preferencias de los individuos en los mercados donde se quiere crecer. Aunque el Sistema de Salud establece criterios y guías que homogenizan los criterios de elegibilidad de las EPS, es claro que las diferencias geográficas en afiliación abren oportunidades de mercados para que Coosalud atraiga y diferencie su población. Otro aspecto es que los criterios de elegibilidad sugeridos por el sistema de salud son generales. Con más información, como por ejemplo tamaño de la familia, estado civil, edad de la mujer mayor en el hogar (indicadores que indican preferencias por inversión en salud) se podría depurar y afinar el diseño de los programas. Así, se sugiere:

- a. **Preparar un plan de mercadeo que busque individualizar el producto de acuerdo a preferencias individuales para los programas MQC y MS.** Individualizar el producto creará mayores incentivos a que los consumidores se interesen por el programa y lo conozcan. Ello aumentará el pool de aplicantes (demandantes). Mas afiliados tendrían ganancias en economía de escala y conocimientos sobre cómo implementarlos. Hasta ahora el mercadeo es muy global y solo basado en los servicios que se ofrece.
- b. **El conocimiento del programa también se aumentaría con la provisión de información más simplificada.** En programas similares de otros países se ha reportado que muchas personas no conocen que son elegibles. Dar incentivos para participar en sesiones informativas sobre los programas puede ser una manera de aumentar la afiliación. En general, el deseo de buscar y conocer sobre los programas no solo está relacionado con la educación y el alfabetismo de los individuos, sino con la edad y el tamaño de la familia. Personalizar la información suministrada por grupos de edad sería una manera de reducir estas barreras.
- c. **Buscar la correlación entre diferentes programas preventivos ofrecidos, con el fin de atraer a más personas.** Por ejemplo, los servicios de enfermedades crónicas como problemas cardiacos, diabetes, hipertensión podrían tener alta correlación. Las evidencias empíricas sugieren que la población con enfermedades crónicas no tiene un solo padecimiento sino múltiples enfermedades crónicas. Otros ejemplos podrían ser ofrecer otros programas que mejoren la salud de la mujer y los niños.

- d. **Buscar que los proveedores y los promotores incentiven la inclusión de más miembros de la familia y del círculo social del afiliado.** Si bien los promotores realizan esta labor es importante generar incentivos para que más miembros de la familia se vinculen a los programas de prevención y promoción que ofrece Coosalud.
- e. **Un elemento muy importante en aceptar y afiliarse en estos programas está relacionado con experiencias de miembros familiares y conocidos con enfermedades similares.** Usar la información reciente sobre eventos de salud relacionados y la afiliación del programa puede ser efectivo.
- f. **Coosalud debe reducir al mínimo el tiempo entre “aceptar” y “tener” afiliación en los programas de prevención.** Esto permitirá que mayores personas se beneficien del programa. Para aumentar el conocimiento de estar afiliados se sugiere que Coosalud realice una llamada automática de bienvenida al programa. Y una llamada anual de agradecimiento por estar en el programa. Existe tecnología disponible para implementar estas acciones a muy bajo costo.

7.2. Movilidad de pacientes entre EPS.

Un problema general que disminuye los incentivos de las compañías de seguro (EPS) a proveer inversión en salud (programas como MC y MS), es que los miembros donde se está invirtiendo se pueden cambiar de empresa. Si esto ocurre el retorno a la inversión no sería para la empresa (Coosalud) sino a otra EPS o al sistema en general. Coosalud puede establecer mecanismos para disminuir este efecto no deseado; en la medida de lo posible:

- a) Establecer contratos de participación en estos programas que involucren la afiliación voluntaria por periodos de más de dos años.
- b) Crear un sistema de premiación y reconocimiento para aquellos afiliados que pertenecen a los programas y que permanecen afiliados por periodos más largos. Esto podría ser un bono anual e incluir la oferta de participar en una rifa (existen muchos mecanismos).
- c) Establecer un mecanismo de información que permita y recuerde con frecuencia a los afiliados que ellos son parte del programa. Usar un lenguaje que los haga sentir parte de un grupo ha sido demostrado que es muy efectivo para motivar al afiliado.

De este análisis nosotros no podemos saber si la reducción que se observa en servicios médicos son producto de cambios de comportamiento de los médicos proveedores de servicios (IPS en general) o de los consumidores que ahora están más sanos y necesitan menos servicios (dicho de otra forma, no sabemos si los impactos vienen del lado de la oferta, la demanda o una combinación de éstas). De experiencias similares se sugiere que muchos de los cambios en estos programas de “*value in health*” vienen del cambio de comportamiento de los doctores que sirven a los pacientes. Las siguientes acciones podrían crear incentivos para motivar el cambio de los prestadores y médicos que ofrecen servicios a los afiliados:

- a) Crear sistemas de información para alertar a los médicos sobre un paciente afiliado que representa alto riesgo y costo. La simple llamada por parte de Coosalud puede ser un

mecanismo de activación para el médico (IPS) para mejor el monitoreo del paciente. Esta llamada sería de bajo costo y eficiente para alertar al proveedor sobre pacientes de alto costo.

- b)** Preparar guías sobre atención médica ayuda a reducir variaciones en el tratamiento médico de la población afiliada en estos programas. Es recomendable hacer seguimiento al cumplimiento de protocolos y guías.
- c)** Establecer talleres de trabajo entre Coosalud y los médicos-IPS ayuda a mejorar la información sobre los programas y los beneficios de los mismos. También reduce la fricción entre el accionar del médico (autonomía médica) y el rol de la EPS.
- d)** Establecer programas de incentivos monetarios a los médicos. Estos programas de incentivos no solo deben buscar bajar los costos promedio; sino que también deben buscar bajar los costos de las altas variaciones (1% o 0.001% de la distribución de los gastos médicos). La arquitectura de los incentivos debe incorporar la disminución en el uso de servicios de emergencia y readmisión. También debe premiar la disminución de la probabilidad que un paciente afiliado a los programas de prevención se convierta en alto costo.
- e)** Coosalud debe establecer sistema de información para monitorear la trayectoria de pacientes de alto costo y de alta variabilidad, que exista en afiliados a cada uno de estos programas. Se recomienda crear un grupo especial que maneje y disminuya la trayectoria de crecimiento de los costos de aquellos pacientes afiliados a MQC y otros programas.
- f)** Los médicos pueden también ser premiados con base en mantener por más largo tiempo a un mismo afiliado. Esto permitirá crear continuidad en el cuidado médico iniciado en los programas de prevención.
- g)** El otro aspecto a considerar es como hacer que los afiliados se beneficien de estos programas. Por razones de miopía en el tiempo, inhabilidad de descontar acciones futuras, falta de información, emociones como miedo y sesgos cognitivos son comunes e inducen inconscientemente que los individuos no tomen total provecho de estos programas preventivos. Se recomienda que Coosalud cree programas de premiación a aquellos individuos afiliados que cumplen metas definidas y posibles de monitorear. La inclusión de un esquema de premiación crearía incentivos no solo para ir al médico sino a cambiar comportamientos en el hogar. Se sugiere que los esquemas de premiación incluyan: montos atractivos, sean frecuentes, y de corto plazo, en dinero (más efectivo) o en especie (menos efectivo); y que se incluya un elemento de incertidumbre (un sorteo). También recomendamos que algunos de los esquemas de premiación incluyan reconocimiento comunal y premiación a grupos o comunidades. Conocer como el *network* y los incentivos sociales ayudan a cambiar el comportamiento de los afiliados sería muy útil (esto es un área de investigación complementaria a la de impactos de este documento). Por último, programas de incentivos para mejorar adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas han mostrado que los participantes se motivan a cuidarse cuando se les da un aparato para medirse la tensión. La premiación con un objetivo concreto que mejore la salud podría ser también una alternativa. En general, los incentivos deben ser diseñados cuidadosamente para buscar la formación de hábitos y la motivación interna del afiliado a invertir en salud. En

resumen, la arquitectura de incentivos debe ser diseñada desde los comportamientos culturales de los afiliados (hogares), prestadores (médicos e IPS), pasando por las normas sociales y terminando en el análisis de los incentivos económicos. Por supuesto, la implementación del diseño de incentivos debe ser monitoreado para hacer cambios que correspondan a la desalineación de incentivos que siempre ocurre en la práctica: los incentivos pueden irse desalineando y por tanto deben irse corrigiendo (no son fijos en el tiempo; deben sustituirse periódicamente, pero bajo reglas similares). Puesto que el comportamiento no sólo es racional, sino muchas veces impulsivo, deben tenerse en cuenta no sólo los incentivos económicos, sino también la psicología humana que opera bajo incertidumbre y en personas bajo riesgo.

7.3. Flujo de información entre el personal médico de las IPS y Coosalud.

En estos programas una información que es muy difícil conocer para el consumidor y la EPS es la calidad de los médicos y su atención. Esto reduce el incentivo al afiliado de usar los servicios y reduce la posibilidad de la EPS de premiar a los buenos proveedores y mejorar los servicios. Se debe desarrollar un esquema general para mejorar la información sobre calidad de atención médica en estos programas. Este esquema de información permitirá a la EPS monitorear calidad en estos programas de prevención. En general el esquema de información sobre calidad debe ser sencillo y fácil de implementar. Algunas medidas que han funcionado en programas similares son:

- a) **Crear un sistema de ranking a los médicos que proveen servicios a los afiliados de este programa.** Este sistema puede ser sencillo (incluir utilizando solo ciertas variables del proveedor e ir complejizando en la medida que la información del sistema crece). Básicamente, el objetivo sería crear un ranking compuesto (*composite start-rating*), que combine resultados de atención con opinión de los consumidores. Todo esto es fácilmente posible con tecnología de información de bajo costo.
- b) **Proveer una plataforma de información que permita al consumidor conocer los proveedores cercanos y su ranking en calidad.** Los promotores podrían mostrar esta información visualmente de manera que el consumidor conozca más al médico. Esta información podría incluir además de distancia, información sobre el médico; proveer información sobre tiempo de espera y pago de bolsillo que el consumidor tendría que hacer (incluyendo aquellos de transporte).
- c) **Crear mecanismos de información sobre como los afiliados perciben a los médicos.** Preguntas sencillas como: ¿Qué tan cuidadoso fue el Doctor X? Estos mecanismos ayudan a reducir aún más los costos de prevención.

7.4. Costos de operación

Se recomienda desarrollar mecanismos de información para tener más claro el costo de operación de estos programas y, sobre todo, para entender la estructura de costos marginales de los mismos. La reducción de gastos innecesarios (*waste*) solo se puede hacer si se entiende bien la composición, estructura e incentivos de los programas. Saber cuánto son los costos laborales (médicos y no médicos), y de equipos, medicamentos y otros ítems permitirá reducir ineficiencias en producción (usar mínimo input por el mismo output). Esta información también permitirá conocer cómo maximizar eficiencias dinámicas para diferentes productos (optimizando la combinación de servicios que se ofrece). Por último, esta información permitirá tener mejor sentido de las ineficiencias, producto de los costos de transacción de los programas. En resumen, los datos no permitieron hacer un análisis comprensivo en la eficiencia en la producción de estos programas. La información que se requiere para hacer esto está disponible por lo general con bajo esfuerzo organizativo.

Anexos

Anexo 1. Diferencias de Medias para las personas que cruzan con SISBEN y las que no

Tabla A1.1. Diferencia de Medias en Consultas 2011

Variable	Cruzan	No Cruzan	Diferencia	t
Consulta de primera vez	0.192	0.159	0.0331***	(10.64)
Consulta de control	0.422	0.422	0.0000568	(0.01)
Consulta de urgencias	0.076	0.075	0.00123	(0.71)
Consulta P&P por enfermería	0.000	0.000	-0.0000251	(-0.69)
Consulta de odontología	0.004	0.004	0.000727*	(2.19)
Otras consultas (interconsulta, junta médica, procedimientos, etc.)	0.067	0.020	0.0464***	(21.03)
Obstetricia	0.248	0.244	0.00396	(0.8)
Cardiovascular	0.514	0.436	0.0777***	(11.61)
Consulta con fines de resolución de problemas de salud	0.574	0.449	0.125***	(19.79)
Consultas cuya finalidad fueron promoción de la salud o prevención	0.188	0.232	-0.0440***	(-11.08)
Consultas P&P, detección alteraciones adulto, cardiovascular	0.023	0.044	-0.0203***	(-15.03)
Consultas P&P, detección alteraciones embarazo	0.092	0.080	0.0118***	(4.77)
Consulta electiva de primera vez, alteraciones embarazo	0.033	0.037	-0.00430***	(-3.58)
Consulta electiva de primera vez, alteraciones adulto, cardiovascular	0.014	0.032	-0.0180***	(-19.34)
Valor neto a pagar	12922	10086	2836.5***	(18.15)
Edad	43.577	41.187	2.389***	(21.94)
Hombre	0.256	0.222	0.0345***	(18.1)

Tabla A1.2. Diferencia de Medias en Consultas 2012

Variable	Cruzan	No Cruzan	Diferencia	t
Consulta de primera vez	0.318	0.265	0.0529***	-13.15)
Consulta de control	0.716	0.672	0.0441***	(5.45)
Consulta de urgencias	0.152	0.159	-0.00653*	(-2.52)
Consulta P&P por enfermería	0.000	0.000	0.0000237	(0.69)
Consulta de odontología	0.008	0.006	0.00201***	(4.86)
Otras consultas (interconsulta, junta médica, procedimientos, etc.)	0.066	0.042	0.0243***	(8.63)
Obstetricia	0.388	0.407	-0.0197**	(-2.96)
Cardiovascular	0.874	0.737	0.136***	(14.31)
Consulta con fines de resolución de problemas de salud	0.972	0.739	0.233***	(25.34)
Consultas cuya finalidad fueron promoción de la salud o prevención	0.288	0.404	-0.116***	(-23.30)
Consultas P&P, detección alteraciones adulto, cardiovascular	0.034	0.116	-0.0820***	(-45.58)
Consultas P&P, detección alteraciones embarazo	0.144	0.151	-0.00711*	(-2.18)
Consulta electiva de primera vez, alteraciones embarazo	0.047	0.058	-0.0106***	(-7.96)
Consulta electiva de primera vez, alteraciones adulto, cardiovascular	0.027	0.036	-0.00897***	(-7.84)
Valor neto a pagar	23244	22156	1087.3***	(4.4)
Edad	43.577	41.187	2.389***	(21.94)
Hombre	0.256	0.222	0.0345***	(18.1)

Tabla A1.3. Diferencia de Medias en Consultas 2013

Variable	Cruzan	No Cruzan	Diferencia	t
Consulta de primera vez	0.445	0.276	0.169***	(35.26)
Consulta de control	0.913	0.791	0.122***	(13.23)
Consulta de urgencias	0.162	0.167	-0.00471	(-1.85)
Consulta P&P por enfermería	0.000	0.000	0.0000186	(0.79)
Consulta de odontología	0.010	0.009	0.00179**	(3.27)
Otras consultas (interconsulta, junta médica, procedimientos, etc.)	0.088	0.040	0.0474***	(11.19)
Obstetricia	0.486	0.502	-0.0159*	(-1.98)
Cardiovascular	1.133	0.782	0.352***	(31.17)
Consulta con fines de resolución de problemas de salud	1.237	0.852	0.384***	(35.74)
Consultas cuya finalidad fueron promoción de la salud o prevención	0.376	0.429	-0.0521***	(-8.75)
Consultas P&P, detección alteraciones adulto, cardiovascular	0.049	0.119	-0.0696***	(-32.10)
Consultas P&P, detección alteraciones embarazo	0.186	0.164	0.0221***	(5.96)
Consulta electiva de primera vez, alteraciones embarazo	0.059	0.069	-0.0101***	(-6.83)
Consulta electiva de primera vez, alteraciones adulto, cardiovascular	0.036	0.040	-0.00405**	(-2.73)
Valor neto a pagar	32575	24455	8120.4***	(20.31)
Edad	43.577	41.187	2.389***	(21.94)
Hombre	0.256	0.222	0.0345***	(18.1)

Tabla A1.4. Diferencia de Medias en Consultas 2014

Variable	Cruzan	No Cruzan	Diferencia	t
Consulta de primera vez	0.517	0.600	-0.0826***	(-13.14)
Consulta de control	1.047	0.884	0.163***	(16.18)
Consulta de urgencias	0.144	0.155	-0.0114***	(-4.63)
Consulta P&P por enfermería	0.008	0.000	0.00764**	(2.73)
Consulta de odontología	0.014	0.021	-0.00666***	(-10.03)
Otras consultas (interconsulta, junta médica, procedimientos, etc.)	0.136	0.190	-0.0544***	(-6.45)
Obstetricia	0.523	0.687	-0.164***	(-18.09)
Cardiovascular	1.345	1.165	0.180***	(10.96)
Consulta con fines de resolución de problemas de salud	1.479	1.211	0.268***	(17.04)
Consultas cuya finalidad fueron promoción de la salud o prevención de	0.380	0.625	-0.245***	(-37.82)
Consultas P&P, detección alteraciones adulto, cardiovascular	0.040	0.139	-0.0988***	(-44.41)
Consultas P&P, detección alteraciones embarazo	0.203	0.251	-0.0481***	(-11.39)
Consulta electiva de primera vez, alteraciones embarazo	0.056	0.090	-0.0334***	(-23.07)
Consulta electiva de primera vez, alteraciones adulto, cardiovascular	0.026	0.074	-0.0481***	(-30.23)
Valor neto a pagar	42346	42993	-647.6	(-0.65)
Edad	43.577	41.187	2.389***	(21.94)
Hombre	0.256	0.222	0.0345***	(18.1)

Tabla A1.5. Diferencia de Medias en Facturación 2011

Variable	Cruzan	No Cruzan	Diferencia	t
Número de atenciones	0.379	0.508	-0.129***	(-19.95)
Valor total de las atenciones realizadas	213324	211327	1997.3	(0.18)
Número de atenciones de Alto Costo	0.047	0.065	-0.0184***	(-6.60)
Valor total de las atenciones realizadas de Alto Costo	105420	85109	20310.9*	(2.39)
Número de atenciones No POS justificadas	0.016	0.010	0.00649***	(4.82)
Valor total de las atenciones realizadas No POS justificadas	22249	7206	15043.5***	(3.88)
Número de atenciones No POS injustificadas	0.000	0.000	-0.0000478	(-0.73)
Valor total de las atenciones realizadas No POS injustificadas	57.921	25.332	32.59	(0.84)
Número de atenciones POS primer nivel	0.074	0.071	0.00202	(1.13)
Valor total de las atenciones realizadas POS primer nivel	14744	12786	1958.1*	(2.18)
Número de atenciones POS tercer nivel	0.020	0.014	0.00592***	(7.21)
Valor total de las atenciones realizadas POS tercer nivel	20791	18049	2742.0	(0.79)
Número de atenciones con medicamentos	0.017	0.017	-0.000568	(-0.41)
Valor total de los medicamentos	7694	6443	1251.5	(0.74)
Atención consulta general	0.082	0.114	-0.0322***	(-14.65)
Valor total atenciones consulta general	2763	4731	-1967.6***	(-6.46)
Número de atenciones con hospitalización	0.003	0.001	0.00225***	(8.68)
Valor total atenciones hospitalización	3753	655	3098.0***	(4.22)
Número de atenciones de parto	0.039	0.046	-0.00732***	(-6.83)
Valor total atenciones de parto	18184	21357	-3173.3***	(-5.58)
Número de atenciones de urgencias	0.031	0.055	-0.0239***	(-20.74)
Valor total atenciones de urgencias	5146	5423	-276.6	(-0.53)
Número de atenciones de imagenología	0.042	0.090	-0.0488***	(-35.33)
Valor total atenciones de imagenología	7180	12786	-5606.3***	(-5.13)
Número de atenciones procedimientos sistema circulatorio	0.013	0.016	-0.00307	(-1.90)
Valor total atenciones procedimientos sistema circulatorio	48053	44878	3175.8	(0.58)
Número de atenciones otros procedimientos	0.149	0.166	-0.0163***	(-5.97)
Valor total atenciones otros procedimientos	80039	94043	-14004.0**	(-2.69)
Obstetricia	0.085	0.122	-0.0369***	(-27.17)
Cardiovascular	0.077	0.088	-0.0105***	(-8.31)

Tabla A1.6. Diferencia de Medias en Facturación 2012

Variable	Cruzan	No Cruzan	Diferencia	t
Número de atenciones	0.537	0.588	-0.0506***	(-6.40)
Valor total de las atenciones realizadas	285840	269588	16252.1	(1.32)
Número de atenciones de Alto Costo	0.064	0.084	-0.0194***	(-6.15)
Valor total de las atenciones realizadas de Alto Costo	107887	96850	11036.6	(1.37)
Número de atenciones No POS justificadas	0.019	0.019	0.000582	(0.39)
Valor total de las atenciones realizadas No POS justificadas	47820	11853	35967.1***	(5.80)
Número de atenciones No POS injustificadas	0.000	0.000	-0.0000176	(-0.40)
Valor total de las atenciones realizadas No POS injustificadas	90.358	9.459	80.90	(1.30)
Número de atenciones POS primer nivel	0.109	0.064	0.0454***	(19.72)
Valor total de las atenciones realizadas POS primer nivel	19195	12389	6805.9***	(10.41)
Número de atenciones POS tercer nivel	0.030	0.015	0.0152***	(15.33)
Valor total de las atenciones realizadas POS tercer nivel	37438	30266	7171.6	(1.63)
Número de atenciones con medicamentos	0.044	0.023	0.0204***	(8.90)
Valor total de los medicamentos	10643	9330	1313.7	(0.65)
Atención consulta general	0.124	0.134	-0.00981***	(-3.67)
Valor total atenciones consulta general	4321	4961	-640.2	(-1.82)
Número de atenciones con hospitalización	0.004	0.001	0.00271***	(8.90)
Valor total atenciones hospitalización	7808	1699	6108.8***	(4.85)
Número de atenciones de parto	0.045	0.051	-0.00596***	(-5.23)
Valor total atenciones de parto	22601	25049	-2448.0***	(-3.61)
Número de atenciones de urgencias	0.035	0.064	-0.0288***	(-23.25)
Valor total atenciones de urgencias	5329	5950	-620.4	(-1.82)
Número de atenciones de imagenología	0.057	0.081	-0.0245***	(-17.04)
Valor total atenciones de imagenología	10955	14361	-3405.8***	(-3.45)
Número de atenciones procedimientos sistema circulatorio	0.015	0.020	-0.00427*	(-2.50)
Valor total atenciones procedimientos sistema circulatorio	66366	59371	6995.1	(1.02)
Número de atenciones otros procedimientos	0.211	0.213	-0.00200	(-0.59)
Valor total atenciones otros procedimientos	118874	133309	-14435.5*	(-2.25)
Obstetricia	0.098	0.129	-0.0317***	(-22.18)
Cardiovascular	0.110	0.108	0.00207	(1.42)

Tabla A1.7. Diferencia de Medias en Facturación 2013

Variable	Cruzan	No Cruzan	Diferencia	t
Número de atenciones	0.633	0.716	-0.0838***	(-9.08)
Valor total de las atenciones realizadas	319252	313755	5497.0	(0.36)
Número de atenciones de Alto Costo	0.063	0.081	-0.0172***	(-5.33)
Valor total de las atenciones realizadas de Alto Costo	121298	119779	1519.4	(0.16)
Número de atenciones No POS justificadas	0.025	0.022	0.00335	(1.69)
Valor total de las atenciones realizadas No POS justificadas	66869	28025	38843.3***	(4.54)
Número de atenciones No POS injustificadas	0.000	0.000	-0.0000310	(-1.28)
Valor total de las atenciones realizadas No POS injustificadas	43.350	20.740	22.61	(0.33)
Número de atenciones POS primer nivel	0.102	0.098	0.00426	(1.85)
Valor total de las atenciones realizadas POS primer nivel	13540	13652	-112.3	(-0.19)
Número de atenciones POS tercer nivel	0.035	0.024	0.0112***	(10.11)
Valor total de las atenciones realizadas POS tercer nivel	39176	38797	379.6	(0.09)
Número de atenciones con medicamentos	0.076	0.030	0.0461***	(14.18)
Valor total de los medicamentos	16138	14734	1404.7	(0.32)
Atención consulta general	0.150	0.154	-0.00383	(-1.39)
Valor total atenciones consulta general	6712	9705	-2992.8***	(-3.88)
Número de atenciones con hospitalización	0.001	0.000	0.000428***	(3.55)
Valor total atenciones hospitalización	1718	649	1069.4	(1.77)
Número de atenciones de parto	0.029	0.037	-0.00813***	(-8.40)
Valor total atenciones de parto	14797	17706	-2909.2***	(-5.18)
Número de atenciones de urgencias	0.027	0.050	-0.0228***	(-21.87)
Valor total atenciones de urgencias	4170	5291	-1121.2***	(-4.23)
Número de atenciones de imagenología	0.066	0.069	-0.00260	(-1.79)
Valor total atenciones de imagenología	13225	17309	-4083.4**	(-3.25)
Número de atenciones procedimientos sistema circulatorio	0.017	0.022	-0.00502**	(-3.03)
Valor total atenciones procedimientos sistema circulatorio	69437	67629	1808.0	(0.27)
Número de atenciones otros procedimientos	0.264	0.353	-0.0885***	(-19.60)
Valor total atenciones otros procedimientos	137235	154654	-17419.2*	(-2.50)
Obstetricia	0.090	0.133	-0.0434***	(-31.04)
Cardiovascular	0.140	0.166	-0.0264***	(-16.03)

Tabla A1.8. Diferencia de Medias en Facturación 2014

Variable	Cruzan	No Cruzan	Diferencia	t
Número de atenciones	0.703	0.875	-0.171***	(-19.20)
Valor total de las atenciones realizadas	386829	449279	-62450.0***	(-3.39)
Número de atenciones de Alto Costo	0.053	0.060	-0.00679*	(-2.29)
Valor total de las atenciones realizadas de Alto Costo	132100	159128	-27027.3**	(-2.70)
Número de atenciones No POS justificadas	0.025	0.040	-0.0150***	(-8.97)
Valor total de las atenciones realizadas No POS justificadas	70947	34690	36257.0**	(3.03)
Número de atenciones No POS injustificadas	0.000	0.000	-0.0000331	(-1.09)
Valor total de las atenciones realizadas No POS injustificadas	440.390	25.189	415.2	(0.52)
Número de atenciones POS primer nivel	0.102	0.113	-0.0112***	(-5.05)
Valor total de las atenciones realizadas POS primer nivel	18581	20863	-2281.5*	(-2.21)
Número de atenciones POS tercer nivel	0.034	0.037	-0.00229*	(-2.16)
Valor total de las atenciones realizadas POS tercer nivel	60976	81879	-20902.4***	(-3.71)
Número de atenciones con medicamentos	0.050	0.056	-0.00583*	(-2.50)
Valor total de los medicamentos	21220	23630	-2409.6	(-0.28)
Atención consulta general	0.199	0.210	-0.0106***	(-3.29)
Valor total atenciones consulta general	9753	11534	-1780.9*	(-2.14)
Número de atenciones con hospitalización	0.002	0.001	0.000446*	(2.37)
Valor total atenciones hospitalización	7134	943	6191.5**	(3.11)
Número de atenciones de parto	0.034	0.040	-0.00591***	(-5.75)
Valor total atenciones de parto	17937	23327	-5390.6***	(-8.44)
Número de atenciones de urgencias	0.037	0.071	-0.0335***	(-26.50)
Valor total atenciones de urgencias	6510	8181	-1671.1***	(-4.47)
Número de atenciones de imagenología	0.079	0.087	-0.00803***	(-5.04)
Valor total atenciones de imagenología	17424	29506	-12082.7***	(-6.77)
Número de atenciones procedimientos sistema circulatorio	0.021	0.028	-0.00728***	(-4.15)
Valor total atenciones procedimientos sistema circulatorio	78722	102839	-24116.6***	(-3.32)
Número de atenciones otros procedimientos	0.278	0.378	-0.100***	(-23.94)
Valor total atenciones otros procedimientos	166290	200752	-34461.7***	(-4.10)
Obstetricia	0.099	0.140	-0.0407***	(-28.07)
Cardiovascular	0.167	0.214	-0.0462***	(-25.88)

Tabla A1.9. Diferencia de Medias en Hospitalización 2011

Variable	Cruzan	No Cruzan	Diferencia	t
Días Totales	0.665	0.755	-0.0900	(-1.70)
Cardiovascular	0.044	0.029	0.0149***	(5.71)
Obstetricia	0.134	0.195	-0.0609***	(-14.14)

Tabla A1.10. Diferencia de Medias en Hospitalización 2012

Variable	Cruzan	No Cruzan	Diferencia	t
Días Totales	1.287	0.983	0.304***	(5.36)
Cardiovascular	0.101	0.051	0.0496***	(12.32)
Obstetricia	0.217	0.254	-0.0370***	(-7.36)

Tabla A1.11. Diferencia de Medias en Hospitalización 2013

Variable	Cruzan	No Cruzan	Diferencia	t
Días Totales	1.772	1.224	0.549***	(8.18)
Cardiovascular	0.135	0.074	0.0604***	(12.89)
Obstetricia	0.288	0.315	-0.0270***	(-4.63)

Tabla A1.12. Diferencia de Medias en Hospitalización 2014

Variable	Cruzan	No Cruzan	Diferencia	t
Días Totales	1.644	1.430	0.215**	(3.21)
Cardiovascular	0.131	0.092	0.0390***	(7.92)
Obstetricia	0.281	0.266	0.0145*	(2.50)