Unisalud
Unidad de Servicios de Salud

Informe de Gestión 2017

La Universidad Nacional
CUENTA
de Colombia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Equipo Nivel Nacional, Dirección de Sede y Jefaturas de División

Rector
Ignacio Mantilla Prada

Gerente Nacional
Silvia Cristina Peña Cuellar

Directora Sede Bogotá
Olga Aurora Murillo Rojas

Jefe de División Sede Medellín
Isabel Cristina Baena Botero

Jefe de División Sede Manizales (C)
Sergio Hidalgo Gómez

Jefe de División Sede Palmira
Gloria Yasmín Mesías Castillo

Asesor Planeación y Sistemas de Información
Luis Felipe Ramírez Cabanzo

Asesora Jurídica
Natalia Romero Serna

Jefe Nacional División de Servicios de Salud
Luz Mireya Cruz Blanco

Jefe Nacional Administrativo y Financiero (C)
Julio Cesar Camacho Esguerra

Profesional de Comunicaciones
Diana Zamira Romero Criollo

Profesional de Calidad
Helena Ospina Cabrera

Diseñador Gráfico
William Medina

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

La Universidad Nacional
CUENTA
de Colombia

Este informe hace parte del proceso permanente de Rendición Pública de Cuentas de la Universidad Nacional de Colombia

TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE TABLAS **2**
INDICE DE GRAFICAS **3**
VISION GERENCIAL **4**
PLATAFORMA ESTRATÉGICA **4**
Misión **4**
Visión **4**
Modelo de Salud **5**
Objetivos Estratégicos **5**
Valores **6**
EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN **6**
Direccionamiento **7**
Código de Ética y Buen Gobierno 7
Sistemas de Información 8
Marco Normativo 10
Comunicaciones 11
Gestión de la mejora **15**
Cumplimiento del PAMEC institucional: 15
Balance de la mejora: 17
Seguimiento a planes de tratamiento de Riesgo 19
Gestión del Aseguramiento **21**
Afiliaciones 22
Atención al usuario 24
Morbilidad 36
Egresos Hospitalarios 43
Mortalidad 49
Alto Costo 52
Comité Técnico Científico – CTC. 57
Suficiencia de la Red 64
Actividades de Protección Específica y Detección Temprana PE Y DT 66
Frecuencia de Uso y Concentración de Servicios Autorizados 70
Capacidad Técnica y Científica de la Red Contratada 74
Central de Autorizaciones 76
Conclusiones y Recomendaciones para el Proceso de Aseguramiento 79
Gestión de la Prestación **80**
Monitoreo de la Calidad de la Atención Brindada a los Afiliados 81
Cumplimiento de Estándares de Habilitación 85
Cobertura de Actividades de Protección Específica y Detección Temprana 87
Evaluación de Indicadores de Prestación de Servicios de Salud 90
Conclusiones y Recomendaciones Para el Proceso de Prestación 97
Gestión administrativa **99**
Contratación 99
Personal de Planta y Contratistas 102
Planilla Pila 102
Pólizas de Responsabilidad Civil Extracontractual y Póliza para Eventos de Alto Costo 102
Plan de Capacitación 102
Gestión financiera **103**
Presupuesto definitivo (apropiación) 103
Ejecución del presupuesto de la vigencia 2017 104
Reservas Presupuestales 107
Cuentas Por Pagar 107

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Semaforización de Indicadores 6
Tabla 2. Comparativo Evaluación Plan de Acción....7
Tabla 3. Fases ejecutadas arquitectura informática Unisalud....9
Tabla 4. Fases por ejecutar arquitectura informática Unisalud.... 10
Tabla 5. Balance de la mejora 2017.... 17
Tabla 6. Calificación de las acciones de mejora Año 2016.... 18
Tabla 7. Calificación de las acciones de mejora Año 2017.... 18
Tabla 8. Variación Grupos Etarios de UNISALUD 2012 - 2017.... 23
Tabla 9. Ficha Técnica Encuesta de Satisfacción 25
Tabla 10. Tipo de encuestados.... 25
Tabla 11. Tiempo de espera 26
Tabla 12. Satisfacción General Servicios Red Externa 30
Tabla 13. Manifestaciones de los usuarios 32
Tabla 14. Morbilidad UNISALUD vigencia 2017 sin diagnósticos odontológicos 37
Tabla 15. Demanda de servicios por grupo diagnóstico UNISALUD 2017 38
Tabla 16. Morbilidad Unisalud Sede Bogotá 2017.... 39
Tabla 17. Morbilidad Unisalud Sede Medellín 2017.... 39
Tabla 18. Morbilidad Sede Manizales 2017 40
Tabla 19. Morbilidad Sede Palmira 2017 42
Tabla 20. Comparativo de Egresos Hospitalarios 2014 - 2017 43
Tabla 21. Diez primeras causas de internación hospitalaria en la vigencia 2017.... 43
Tabla 22. Mortalidad Unisalud 2014-2017.... 49
Tabla 23. Diez primeras causas de mortalidad Unisalud 2017.... 49
Tabla 24. Condiciones Póliza de Alto Costo No.000706351355 52
Tabla 25. Indicadores de estructura demográfica de la población Unisalud sujeto de cobertura por la póliza de alto costo No.000706351355 a 30 de noviembre de 2017 53
Tabla 26. Distribución preavisos alto costo por sede. Febrero 29 de 2016 a noviembre 30 de 2017 54
Tabla 27. Distribución de los preavisos reportados en la población afiliada a Unisalud. Febrero 29 de 2016 a noviembre 30 de 2017.... 54
Tabla 28. Distribución de los amparos presentados en la población afiliada a Unisalud, febrero 29 de 2016 a 31 de diciembre de 2017.... 55
Tabla 29. Siniestralidad Póliza de Enfermedades de Alto Costo No.000706351355, febrero 29 de 2016 a 31 de diciembre de 2017 55
Tabla 30. Reintegro de cofinanciación de los programas PE y DT Póliza No.000706351355.... 56
Tabla 31. Condiciones Póliza de Alto Costo No. 000706539895 56
Tabla 32. Comparativo Indicador de Oportunidad CTC 2014 – 2017 57
Tabla 33. Consolidado Facturación Operador Logístico año 2017.... 58
Tabla 34. Comparativo organización red nacional de prestadores Unisalud 2014-2017 64
Tabla 35. Índice de suficiencia de la red contratada 2017.... 66
Tabla 36. Destinación de la capacidad instalada al modelo de salud, cuadro comparativo 2015- 2017 67
Tabla 37. 10 primeros servicios autorizados según frecuencia de uso 70
Tabla 38. Primeros servicios autorizados según concentración.... 71
Tabla 39. Cumplimiento de estándares de habilitación 2017.... 85
Tabla 40. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud 2017.... 90
Tabla 41. Servicios asociados a mayor incumplimiento de citas por parte de los usuarios en Unisalud 2017.... 92
Tabla 42. Servicios asociados a mayor número de horas no asignadas de citas 2017.... 92
Tabla 43. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Bogotá 2017 93
Tabla 44. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Medellín 2017 94
Tabla 45. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Manizales 2017 96
Tabla 46. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Palmira 2017 96
Tabla 47. Cumplimiento Objetivo Estratégico 99
Tabla 48. Consolidado de Acuerdos Contractuales Suscritos en las Vigencias 2016 Y 2017.... 99
Tabla 49. Gastos de Funcionamiento 2017.... 103
Tabla 50. Ingresos Unisalud Vigencia 2017.... 105
Tabla 51. Apropiación Gastos de Funcionamiento.... 106
Tabla 52. Comparativo Gastos de Funcionamiento 2016-2017.... 107

Tabla 53. Tendencia del Ingreso 108
Tabla 54. Tendencia del Gasto 108

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Población de UNISALUD 2006 - 2017 23
Gráfica 2. Pirámide Poblacional Unisalud 2017 24
Gráfica 3. Percepción de satisfacción General de Unisalud (aseguramiento y prestación de servicios) 26
Gráfica 4. Satisfacción General - Aseguramiento 26
Gráfica 5. Satisfacción con atributos del servicio en Afiliaciones a nivel nacional 27
Gráfica 6. Satisfacción con atributos del servicio en Autorizaciones a nivel nacional 27
Gráfica 7. Oportunidad - atención sin retrasos - Autorizaciones 28
Gráfica 8. Dificultades con autorizaciones 28
Gráfica 9. Tipo de dificultad en autorizaciones 29
Gráfica 10. Satisfacción General con Red Externa 29
Gráfica 11. Percepción de Satisfacción en Prestación de Servicios de Salud – Unisalud IPS 30
Gráfica 12. Preferencia de medio para solicitar citas médicas 31
Gráfica 13. Medios para interponer manifestaciones 33
Gráfica 14. Tipo de manifestaciones recibidas 33
Gráfica 15. Procesos que recibieron manifestaciones 34
Gráfica 16. Manifestación en aseguramiento 34
Gráfica 17. Manifestaciones en prestación de servicios IPS 35
Gráfica 18. Manifestaciones en administrativo 35
Gráfica 19. Apropiación Presupuestal Unisalud 2017 104
Gráfica 20. Ingresos Unisalud 2017 105
Gráfica 21. Tendencia Ingresos VS Gastos Unisalud 2010-2017 109
Gráfica 22. Excedentes Financieros Unisalud 2003-2017 (precios corrientes) 109
Gráfica 23. Estados de Resultados Unisalud 2010-2017 110

VISION GERENCIAL

Como Gerente Nacional de Unisalud reconozco la importancia de la rendición de cuentas y en las siguientes páginas se brinda información sobre la gestión realizada durante la vigencia 2017. A través de este informe, se presenta a la comunidad universitaria y en especial a nuestros usuarios, los logros alcanzados, relacionados con la gestión asistencial, administrativa y financiera de la Unidad y el cumplimiento de nuestras metas evaluadas mediante diferentes mecanismos.

El informe analiza cada uno de los objetivos estratégicos, desde el enfoque del cumplimiento de los objetivos y metas plasmadas en el **Plan de Desarrollo de Unisalud 2016-2018**, siendo un resumen de nuestro accionar y de los logros más relevantes de la gestión realizada por todos nuestros colaboradores.

Como primer componente, se presenta la gestión realizada por el equipo de la Gerencia Nacional según el objetivo Estratégico de Direccionamiento, para las actividades contempladas en el código de ética y buen gobierno, sistemas de información, marco normativo y todas las estrategias de comunicaciones de la Unidad.

El segundo componente tiene una visión estrictamente de gestión frente a la cultura de la calidad de Unisalud, siendo uno de los aspectos por los cuales sobresalimos en el Sistema de Gestión Académico, Administrativo y Ambiental - SIGA de la UN.

El tercer componente es la columna vertebral de Unisalud, el aseguramiento, reflejado en el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna bajo la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo y la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

El cuarto componente es la entrada de nuestros usuarios a los servicios de primer nivel que ofrecemos directamente mediante el prestador. Su enfoque es iniciar el diagnóstico y direccionar a nuestros usuarios a servicios pertinentes y oportunos contratados por el asegurador, que permitan la gestión del riesgo o un tratamiento acorde a las necesidades.

El quinto y sexto componentes, administrativo y financiero, van siempre relacionados para formular propuestas, gestionar lineamientos, implementar las medidas autorizadas y, en especial, efectuar el respectivo control y seguimiento al recaudo de recursos, uso de los mismos y control del gasto.

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

MISIÓN

Somos la Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia, que administra y gestiona el aseguramiento en salud de sus afiliados, a través de la gestión del riesgo. Con cobertura nacional, con el uso eficiente de los recursos; garantizando la suficiencia de la red de prestadores y con un equipo humano comprometido, que privilegia la condición de persona.

VISIÓN

Unisalud garantizará al 2.020 la calidad en el aseguramiento y prestación de los servicios de salud mediante la efectiva gestión del riesgo, el fortalecimiento de un Modelo de Salud integrado a nuestra

Universidad Saludable y la corresponsabilidad de los afiliados con un equipo de salud humanizado y comprometido.

MODELO DE SALUD

Nuestro modelo de salud está basado en el aseguramiento y prestación de los servicios de salud mediante la efectiva gestión del riesgo, cuyas características se han trabajado desde los siguientes enfoques:

- **Atención centrada en el paciente**: el usuario es el centro y razón de ser de nuestro servicio, por ello, la atención personalizada y humanizada es uno de los objetivos principales en Unisalud.

- **Efectividad**: contratamos profesionales de salud idóneos y reconocidos en el medio, así como prestadores de servicios con alto reconocimiento y estándares en el sector.

- **Eficiencia**: optimizar el uso de los recursos humano, físico y tecnológico, en beneficio de toda la comunidad afiliada.

- **Equidad**: cubrir las necesidades en salud de toda nuestra población afiliada, siendo un gran reto por la dispersión geográfica, que genera poblaciones muy pequeñas a cubrir y no permite garantizar una contratación efectiva en todos los casos.

- **Oportunidad**: garantizar la atención de los afiliados en el menor tiempo posible, tanto en las Instituciones Prestadoras de Servicio IPS propias como con la red externa adscrita.

- **Seguridad**: a través de la participación activa en la creación y conformación del Comité para la Seguridad del paciente de la Universidad Nacional, desde la vigencia 2014.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

El Plan de Desarrollo de Unisalud 2016-2018 enmarca la gestión de la Unidad en seis objetivos estratégicos, que contemplan diferentes enfoques con una evaluación sistemática para garantizar su sostenibilidad y perdurabilidad.

- **Direccionamiento**: Velar por el cumplimiento de los lineamientos para la planeación, operación y evaluación de los procesos institucionales a nivel nacional, dando cumplimiento a la plataforma estratégica de Unisalud, dentro del marco normativo aplicable.

- **Gestión de la Mejora**: Contar con procesos sistemáticos de auditoría de la calidad que permitan la realimentación y formulación de planes de mejora continua en la estructura operativa de Unisalud, en el Marco del desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y Calidad Universidad Nacional.

- **Gestión del Aseguramiento**: Garantizar el funcionamiento de los procesos propios de la Administración del Plan de Beneficios para Unisalud, en forma estandarizada para todas las Sedes de la Unidad, monitoreando sistemáticamente el aseguramiento.

- **Gestión de la Prestación**: Resolver las necesidades de orientación, información, educación y atención de los usuarios de los servicios de salud de Unisalud en el marco de la garantía de sus derechos.

- **Gestión Administrativa**: Efectuar la adquisición y entrega de bienes y servicios requeridos para el cumplimiento de la misión institucional con criterios de calidad.

- **Gestión Financiera**: Operar en condiciones de sostenibilidad financiera, a través del funcionamiento estructurado y articulado de las fases del proceso.

VALORES

RESPETO	TOLERANCIA	COMPROMISO
Reconocemos a los demás como sujetos morales y valoramos su dignidad, individualidad e intimidad.	Entendemos la diferencia del otro, reconociendo que no es ni mejor ni pero que nosotros y que podemos convivir en armonía.	Nos reconocemos voluntariamente como parte de Unisalud y entregamos lo mejor de nosotros para cumplir con las tareas asignadas en el marco del objeto misional de la Unidad.

EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

La evaluación anual del plan de acción nos permitió monitorear aquellas actividades y acciones planeadas en la vigencia, evidenciando posibles desviaciones y ajustando el desempeño para lograr las metas propuestas, y demostrar la trazabilidad en el tiempo de la ejecución de los diferentes planes y programas.

Para hacer lectura de los resultados, los criterios de semaforización definidos desde su construcción son:

Tabla 1. Semaforización de Indicadores

COLOR	VALORES
	Resultado superior al 80%
	Resultado entre 60% y 80%
	Resultado inferior al 60%

Fuente: Planeación y sistemas de información

Al igual que en vigencias anteriores, la evaluación se ha realizado por objetivos estratégicos y se ponderó de acuerdo con el peso porcentual que tenía la población de cada sede frente al total de afiliados de la Unidad a 31 de diciembre de 2017 (17.710), con una participación del 65.4% para la sede Bogotá (11.573), 21.0% para la sede Medellín (3.720), 8.3% para la sede Manizales (1.473) y 5.3% para la sede Palmira (944).

Tabla 2. Comparativo Evaluación Plan de Acción

OBJETIVO ESTRATÉGICO	2014		2015		2016		2017	
	OBJETIVO	PLAN DE ACCIÓN	OBJETIVO	PLAN DE ACCIÓN	OBJETIVO	PLAN DE ACCIÓN	OBJETIVO	PLAN DE ACCIÓN
DIRECCIONAMIENTO	90,5%	87,7%	84,6%	89,2%	93,1%	93,2%	94,4%	92,1%
GESTION DE LA MEJORA	97,5%		99,5%		97,7%		99,5%	
GESTION DEL ASEGURAMIENTO	82,2%		84,2%		87,2%		87,7%	
GESTION DE LA PRESTACION	88,6%		90,9%		85,7%		84,9%	
GESTION ADMINISTRATIVA	67,2%		76,2%		95,5%		86,1%	
GESTION FINANCIERA	100,4%		100,0%		100,0%		100,0%	

Fuente: Planeación y sistemas de Información

Fuente: Planeación y Sistemas de Información

La evaluación del plan de acción de Unisalud se mantiene en rango normal, es decir entre 80% y 100%, con disminución en un punto porcentual frente a la vigencia 2016, afectado principalmente por la evaluación del objetivo estratégico de Gestión Administrativa en los componentes de capacitación y auditoria de las etapas contractuales.

DIRECCIONAMIENTO

Las actividades de este objetivo son realizadas por el equipo de la Gerencia Nacional de Unisalud con la participación de la Dirección de Sede en Unisalud Bogotá y los Jefes de División en las demás Sedes, mediante líneas de acción transversales que impactan el desarrollo operativo y estratégico de la Unidad.

CÓDIGO DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO

Si bien Unisalud viene trabajando en el tema de ética y Buen Gobierno desde el año 2006 y luego con la generación de la norma Circular 045 de 2007 se continuó dicho trabajo con la construcción, divulgación e implementación de los Códigos de Ética y Buen Gobierno, sobre los cuales se ha centrado y fundado todo el trabajo y compromiso ético de nuestra Unidad y de los que además se ha dado reporte oportuno a la Supersalud en las últimas vigencias.

Durante el 2017 se trabajó en el desarrollo del cronograma de actualización de los documentos, construido y reportado en el informe del segundo semestre de 2016, que ha conllevado un trabajo juicioso de revisión y reformulación de todos los contenidos de los mencionados documentos.

Así mismo como apoyo para el desarrollo del trabajo, se continuó con el acompañamiento de la profesora experta en el tema de ética, Beatriz Peña, quien hizo la revisión de los documentos e impartió valiosas sugerencias y dio lineamientos para la reformulación de las políticas con una estructura detallada y sólida para las mismas.

A este trabajo, se le hizo seguimiento a través del Comité de Gestión de la Calidad de Unisalud, en las sesiones mensuales donde se revisaron los avances en el cronograma de trabajo, se analizaron las versiones preliminares de los documentos y se fueron ajustando. De la misma forma es importante mencionar que el trabajo de construcción fue participativo, pues contó con la colaboración, participación y validación de las cuatro sedes de Unisalud en todas sus etapas.

El primero de ellos en generarse fue el Código de Buen Gobierno y dado que el mismo habla del compromiso de la alta dirección de Unisalud, el documento se presentó ante la Junta Directiva Nacional en su sesión 2 del 24 de abril de 2017, en la cual fue aprobado por todos sus integrantes. Por su parte

el Código de Ética se desarrolló en el marco del documento anterior y el mismo fue aprobado por el Comité de Calidad de Unisalud en la sesión 5 del 18 de mayo de 2017.

Todo lo anterior fue comunicado a los equipos de trabajo de las sedes, en los reportes de avance mensuales que se daban en la retroalimentación que se hace por videoconferencia con todas ellas, y la copia de los mismos fue publicada en la página web de Unisalud, además de ser divulgada a través de postmaster a toda la comunidad universitaria.

De la misma forma se ha planteado que en las jornadas de socialización presenciales denominadas "Hablemos de Unisalud" que se llevan a cabo en cada sede con presencia de las respectivas directivas y la totalidad del personal de cada una, se haga socialización y sensibilización sobre este tema, con la presentación de una exposición especialmente preparada para este efecto. Se desarrollaron en la sede Bogotá el día 23 junio, 24 de agosto sede Manizales, 26 de julio sede Medellín y 2 de agosto sede Palmira

También en el marco del tema ética se desarrollaron diferentes acciones a nivel nacional así:

Rendición de cuentas en sedes: se realizaron audiencias públicas en cada una de las sedes con el objetivo de permitir a los usuarios conocer los resultados de la gestión de la unidad en la vigencia inmediatamente anterior.

Derechos y deberes: Se realizó una campaña que tuvo dos enfoques, para el público interno de Unisalud se denominó "Prestamos un excelente servicio", una invitación a prestar un servicio conociendo plenamente los derechos y deberes de nuestros usuarios; y para el público externo se denominó "Usted es nuestro usuario estrella" que invitó a los usuarios a conocer sus derechos y deberes.

Socialización de los nuevos códigos de ética y buen gobierno: Durante el segundo semestre, el trabajo consistió en la socialización y divulgación de los documentos a través de diferentes actividades comunicativas y participativas, encaminadas a que el público interno y externo conociera principalmente los valores y los principios de la Unidad. Se relacionan las acciones realizadas durante el segundo semestre del año, así:

Cuadernillo de valores: Durante el mes de septiembre, como obsequio de amor y amistad, se le entregó a cada uno de los empleados y servidores un cuadernillo con los tres valores de Unisalud y los principios del Buen Gobierno.

Capacitaciones del buen servicio – Humanización del servicio: Se realizaron talleres enfocados en mejorar el servicio a partir del fortalecimiento de habilidades personales para poder trabajar bajo presión y lograr atender satisfactoriamente usuarios retadores.

Hablemos de Unisalud: Se realizaron varias sesiones a nivel nacional con el objetivo de abordar temas estratégicos de la Unidad y poder tener un espacio de expresión de dificultades y propuestas.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Durante la vigencia 2017, Unisalud inició la implementación de la arquitectura tecnológica para los servicios de información y consolidación de sus sistemas de información de alcance Institucional, definida bajo el acompañamiento de la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de la Universidad Nacional en el año 2016, y cumpliendo con las premisas establecidas: Seguridad de la Información, Alta Disponibilidad y Contingencia o Continuidad del Servicio.

Lo anterior en cumplimento de lo estipulado en el **Acuerdo 024 de 2008 del Consejo Superior Universitario**, por el cual se regula el funcionamiento de la Unidad de Servicios de Salud Unisalud, y en su artículo 9 Funciones del Gerente Nacional, menciona que se debe "Garantizar que se efectúe la

consolidación y actualización de los sistemas de información a nivel nacional, junto a la base de datos de afiliados, beneficiarios y prestadores de servicios de Unisalud".

Así mismo, el **Plan de Desarrollo de Unisalud 2016-2018** enmarca los sistemas de información de Unisalud en el objetivo estratégico de Direccionamiento Institucional, en el componente de **Gerencia de la Información**, lo cual posibilita la toma de decisiones a nivel gerencial con relación a los sistemas informáticos en la Unidad para aportar valor y optimizar las actividades propias de los objetivos estratégicos de aseguramiento y prestación.

Dicho componente contempla las siguientes metas:

- Establecer las necesidades en cuanto a tecnología y buscar las soluciones para las mismas.
- Contar con un sistema de información oportuno y veraz que posibilite la toma de decisiones y responda a la normatividad vigente, donde las sedes cuenten con los tableros de gestión de la prestación y el aseguramiento oportunamente.
- Contar con las políticas de administración del sistema de información especialmente de seguridad y confidencialidad, donde todos los colaboradores conozcan y suscriban el protocolo para el acceso, seguridad, custodia de la información. Así mismo, corregir todas las fallas presentadas por el proveedor del software asistencial.

Con la implementación de la arquitectura informática de Unisalud se aseguran las condiciones para mejorar los servicios de información, centralizando geográficamente las bases de datos, lo cual brindará a la Unidad los siguientes beneficios:

- Implementar soluciones de integración y calidad de datos.
- Implementar mecanismos sistemáticos y periódicos para la identificación y respuesta efectiva a las necesidades de información.
- Fortalecer la gestión de los datos y realizar minería de datos.
- Fortalecer la estandarización de la información.
- Realizar el análisis de causas de las brechas observadas frente a lo esperado.
- Fortalecer las actividades relacionadas con el almacenamiento, conservación y depuración de la información, garantizando el uso seguro y confiable de la tecnología
- Adelantar el análisis y evaluación de riesgos de la información.
- Contar con sistemas de comunicación organizacionales efectivos.

El objetivo de la arquitectura es el de establecer una solución tecnológica que proporcione información efectiva y oportuna que soporte la toma de decisiones estructuradas de Unisalud, logrando que Unisalud cuente con mejores capacidades a nivel tecnológico con una plataforma apropiada para la gestión de la Información, y reduciendo los reprocesos de sus sistemas de información.

Las fases definidas en la arquitectura que ya fueron ejecutadas son las siguientes:

Tabla 3. Fases ejecutadas arquitectura informática Unisalud

FASE	ACTIVIDAD	EJECUCIÓN REALIZADA
I	Definición de la arquitectura informática de Unisalud	II Semestre 2016
II	Reposición tecnológica de los servidores de la sede Bogotá	I Semestre 2017
III	Migración de BD y aplicaciones a nuevos servidores	II Semestre 2017

Fuente: Planeación y Sistemas de Información

Para la vigencia 2018, esperamos dar por terminadas las fases con la centralización geográfica o Unificación de la información en la sede Bogotá.

Tabla 4. Fases por ejecutar arquitectura informática Unisalud

FASE	ACTIVIDAD	EJECUCIÓN PROGRAMADA
IV	Compra Servidores de Contingencia	I Semestre 2018
V	Migración de BD y aplicaciones de contingencia	I Semestre 2018
VI	Centralización geográfica o Unificación BD Sedes	II Semestre 2018

Fuente: Planeación y Sistemas de Información

Adicional a la implementación de la arquitectura de la información, se realizaron avances para mejorar los canales de comunicación virtuales que incidan positivamente en la satisfacción de nuestros usuarios, dentro de los cuales están:

- Estandarización de la utilización de la firma digitalizada de nuestros profesionales en la Historia Clínica.
- Desarrollo que permitió estandarizar la formulación deductiva de medicamentos minimizando errores.
- Conectividad y enrutamiento para el proyecto de formulación electrónica con el operador logístico de la sede Bogotá que operará en el 2018 como prueba piloto.
- Contratación para el desarrollo de un portal en la página web para nuestros usuarios que permita gestionar actividades de afiliaciones, autorizaciones, resultados de laboratorios, etc., el cual entrará en operación en febrero de 2018 inicialmente en la sede Bogotá.

Se implementa el Aplicativo Servicios Por Proveedor, el cual permite buscar los servicios por su descripción y además visualiza el prefijo, código, los proveedores que prestan el Servicio y las correspondientes tarifas del servicio por Proveedor.

Se realizó la implementación de los CUPS según la Resolución 1132 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, homologando los servicios anteriores con los nuevos en cada uno de los Convenios y Proveedores.

Se realizó la compra de 29 equipos informáticos para remplazar equipos obsoletos, que apoyan la misión de Unisalud.

MARCO NORMATIVO

La Asesoría Jurídica durante el año 2017 a la Gerencia Nacional de Unisalud, se realizó de manera integral y transversal a cada una de nuestras sedes, teniendo como objetivo garantizar la unidad de materia en el actuar diario administrativo de la Unidad, integrando a través de los lineamientos jurídicos los procesos y la legalidad en el desarrollo de los mismos.

El acompañamiento jurídico fue permanente, dando prioridad a la resolución efectiva y eficiente a los derechos de petición y los requerimientos judiciales que se realizan a nuestra entidad, en cada una de las sedes, a través de las acciones de tutela, obteniendo resultados positivos en pro de la defensa de los intereses de la Unidad.

De igual manera se brindó apoyo tanto a las Oficinas Jurídicas en cada Sede, como a la Dirección Jurídica Nacional en los temas tanto administrativos como judiciales relacionados con Unisalud, se han

proyectado y gestionado recursos de reposición y apelación en contra de actos administrativos proferidos por Colpensiones y modelos de respuesta para los requerimientos que realizan agentes externos y los Juzgados dentro de los diferentes procesos judiciales, en lo relacionado con nuestra competencia y atendiendo al conocimiento especializado desde el área jurídica en temas de seguridad social en salud.

Adicionalmente se ha hecho revisión y propuestas de modificación de normatividad interna expedida en lo relacionado con los asuntos de la Unidad, en aras de garantizar la unidad normativa y la formalización del actuar de la administración en los términos de ley, lo cual de manera conjunta ha permitido socializar y asesorar los respectivos asuntos que se tratan ante la Junta Directiva Nacional de Unisalud.

La participación jurídica activa ha fortalecido la relación institucional con cada una de las sedes, brindando un acompañamiento integral en aras de garantizar el buen funcionamiento de la Unidad y prevenir el daño antijurídico, para lo cual se han diseñado estrategias de capacitación y socialización de contenidos, tanto de las normas internas como externas, así como la absolución de dudas e inquietudes en la aplicación de las mismas.

COMUNICACIONES

La comunicación en Unisalud tiene como objetivo apoyar la gestión de las áreas y fortalecer las relaciones entre los diferentes públicos, por ello se entiende la comunicación como responsabilidad de todos y cada uno de los miembros de la comunidad. De esta manera el equipo de trabajo de Comunicaciones genera canales y medios para que los mensajes fluyan de manera adecuada, además, producen piezas comunicativas de forma permanente, teniendo en cuenta la población de Unisalud y sus características de consumo de información.

La comunicación de la mano con la educación

En el 2017 arrancamos un plan de trabajo enfocado en la educación, conscientes de la importancia de tener usuarios no solo informados sino conocedores. De esta manera la comunicación trascendió de emisión de información a procesos de apropiación y cambio de conductas en los públicos impactados:

Las acciones de comunicación – educación realizada fueron:

1. **Talleres + Digital:** Fue el resultado del trabajo conjunto entre comunicaciones, trabajo social de la sede Bogotá y referentes designados en cada sede. El objetivo de los talleres fue capacitar a pensionados en el uso del internet y la identidad digital que les otorga la universidad para acceder a servicios tales como la plataforma de elecciones de la Universidad.

   Esta iniciativa surgió como una propuesta para invitar a los pensionados a consultar su correo electrónico para que se enteren de las noticias que envía Unisalud y facilitar el proceso de votación electrónica que se llevó a cabo el 31 de marzo de 2017.

   Se capacitaron aproximadamente 300 personas en tres niveles diferentes: 1) Iniciación (cómo usar el computador), 2) Internet (uso y navegadores), 3) identidad digital (uso del correo electrónico, canales de comunicación con Unisalud) y aplicativo de votación, ¿Cómo votar en el aplicativo UN?

   Los talleres se realizaron en salas de cómputo y a cada participante se le entregó un librillo tipo tutorial con el contenido de la clase. Esta actividad se realizó durante los meses de febrero y marzo.

2. **Conexión Salud:** Programa radial dedicado al dialogo y reflexión sobre temas relacionados con la salud de los colombianos. El magazine se emitió en las frecuencias de UN RADIO: 98.5 F.M. en Bogotá, los martes de 9:30 a 10:30 a.m. y 104 F.M. en Medellín, los jueves de 7:30 a 8:30 p.m.

   El contenido del programa va desde la explicación de patologías hasta la explicación del sistema de salud colombiano. Durante el 2017 se produjeron 37 programas de 25 minutos aproximadamente, con la participación de expertos nacionales y de la Universidad Nacional de Colombia.

3. **Campaña Sensibilización del Buen Servicio:** Con el objetivo de empoderar a cada una de las personas que trabajan y prestan servicios en Unisalud se desplegó un trabajo sobre el Buen Servicio y la Humanización de los Servicios de Salud.

   Los objetivos principales de estas acciones fueron:

   - Reconocer la importancia de los diferentes tipos de lenguaje en la prestación de los servicios (Impacto del lenguaje verbal y corporal)
   - Socializar el protocolo de servicio de la Universidad Nacional de Colombia
   - Validar e interiorizar los atributos del servicio de Unisalud – Universidad Nacional de Colombia
   - Incentivar el sentido de pertenencia a Unisalud
   - Promover el desarrollo de habilidades personales para enfrentar situaciones y usuarios retadores

   Las actividades realizadas fueron:

   - Taller sobre el Buen Servicio: Se realizaron 6 sesiones presenciales en Bogotá que fueron llevadas a las sedes a través de videoconferencia. Durante este taller se habló sobre el usuario retador y la importancia de entender que el servicio aplica a todos los momentos de la vida. En equipos de trabajo se realizó la validación e interpretación de los atributos del servicio.
   - Alianza entre Unisalud y el Grupo de Humanización del Servicio en Salud de la Facultad de Medicina para desarrollar las estrategias enfocadas a reconocer la importancia de prestar servicios reconociendo al otro (paciente, usuario, médico, trabajador, etc.) integralmente y dignificando su particularidad e intimidad.
   - Un equipo de 8 personas de Unisalud participó en la Catedra "Humanización de los servicios en salud" realizada durante el segundo semestre del 2017 en la Facultad de Medicina en Bogotá, con el objetivo de aplicar y apoyar el desarrollo de las estrategias diseñadas por la catedra, en Unisalud.
   - Taller "El primer encuentro": se realizaron 3 sesiones, en las que participaron personas de las áreas administrativas, profesionales de la salud y personal asistencial. El objetivo del taller era destacar el valor de la experiencia de servicio que se lleva el usuario en los diferentes momentos de contacto con personas en Unisalud. Se enfatizó en la importancia del lenguaje corporal, del tono del lenguaje verbal y de los actos que parecen insignificantes pero que generan la incomodidad del usuario en el momento de verdad.
   - Desarrollo de actividades de capacitación y divulgación del protocolo del servicio de la Universidad Nacional de Colombia.

4. **Aprendamos con Unisalud:** serie de nueve (9) afiches que explican patologías y la forma de prevenirlas o tratarlas cuando ya están presentes. El objetivo de esta pieza es invitar a los usuarios a modificar los hábitos que puedan ocasionar la enfermedad o agudizarla cuando ya existe.

5. **Divulgación de los nuevos códigos de ética y buen gobierno:** Estos documentos contienen las políticas principales que rigen la cultura organizacional, donde reposa la filosofía institucional. La

divulgación de los códigos se realizó a través de diversas piezas y escenarios de comunicación como: imágenes para enviar por correo electrónico, impresos, reuniones, entre otros.

6. **Seguridad del paciente:** Se utilizaron varias piezas de comunicación que fueron divulgadas por los medios de Unisalud:

   - La Política de seguridad del paciente de la Universidad Nacional de Colombia.
   - La ruta de seguridad del paciente en Unisalud
   - Términos importantes
   - Juego Trivia en "Hablemos de Unisalud"

7. **Uso del protocolo de seguridad de la información:** Con el objetivo de proteger la información de Unisalud, se realizaron mensajes que se emitieron a través de correo electrónico al público interno:

   - Explicación de términos relacionados con la seguridad de la información
   - Medidas para proteger la información
   - Invitación a encriptar información

8. **Derechos y deberes:** En el marco del código de ética y con el objetivo de mantener la sana convivencia se realizaron las campañas "Usted es nuestro usuario estrella" dirigida a usuarios internos y "Prestamos un excelente servicio" dirigida a los servidores de Unisalud. Periódicamente se eligió un derecho y un deber de los usuarios y se realizaron 18 piezas que fueron enviadas al correo electrónico institucionales de los afiliados cotizantes y los servidores de Unisalud.

Plataforma de medios

En el 2017 Unisalud trabajó en fortalecer la comunicación a través de medios digitales, de acuerdo con la política de austeridad de la Universidad, no obstante, se realizó la impresión de piezas que se consideró de importancia tener en físico y para atender a la población adulta mayor que no suele consultar la información que se emite en medios electrónicos.

- **Sitio web - unisalud.unal.edu.co:** En esta plataforma virtual se publica toda la información de interés para afiliados y público en general de manera permanente.

  Cada vez que se requiere informar a los usuarios de alguna novedad, se envía una imagen por correo electrónico qué redirige a los usuarios al sitio web. De esta manera en el 2017 de observa un aumento significativo de visitas al sitio web. Según estadísticas de Google Analytics (24 de abril - 31 de diciembre de 2017) se ha pasado de 2800 visitas al mes a 4742.

- **Correo electrónico institucional:** Durante el 2017, la Universidad a través de la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información y Comunicaciones - DNTIC creo el correo institucional para cada uno los pensionados afiliados a Unisalud, con el objetivo de que las elecciones de los representantes de estos usuarios a los cuerpos colegiados de la Unidad, se pudieran realizar de forma electrónica.

  Esto además de facilitar el proceso de elecciones, sirvió para fortalecer la comunicación con los pensionados a través de sus correos electrónicos.

  De tal manera que según las necesidades de comunicación se envía un correo a todos los afiliados cotizantes, con la información pertinente y con un link que redirige al sitio web.

- **Carteleras digitales:** Se realizaron actualizaciones periódicas de contenido, con información de interés sobre salud, la Universidad y Unisalud.

  Se aprovechan los tiempos en salas de espera para que los usuarios vean imágenes y videos que les permita enterarse de novedades o adquirir información sobre cómo cuidar su salud.

- **Carteleras físicas:** En las diferentes sedes se publicaron temas de interés sobre Unisalud. Estas carteleras se actualizan periódicamente con novedades, invitaciones a eventos o actividades organizadas por la Unidad y con avisos que hacen parte del plan de comunicación – educación.

Protección Específica y Detección Temprana

Desde el área de Comunicaciones se brinda apoyo y soporte a las áreas de Protección Específica y Detección Temprana con el objetivo de realizar piezas de comunicación que inviten a los usuarios a participar en las diversas actividades que programan las sedes.

- **Nacional:** Se realizaron alianzas estratégicas con otras dependencias de la Universidad (UN RADIO, Facultad de Medicina) que permitió la sinergia y desarrollo de proyectos con intereses comunes.

- **Bogotá:** Se implementaron nuevas acciones de comunicación y se inició el fortalecimiento de los medios digitales en aras de continuar con la reducción del consumo de papel. Se generaron diversos espacios con los públicos objetivos para transmitir los mensajes más relevantes. Se trabajó con la población pensionada en la construcción de cultura digital con el objetivo de ayudarlos permanecer informados y conectados con la Universidad.

- **Medellín:** Se dio continuidad a los festivales de la salud en los cuales se abordan temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de una forma educativa, en dichos festivales se utilizaron piezas gráficas como afiches y presentaciones multimedia las cuales han tenido una buena acogida por parte de los usuarios, lo que se puede evidenciar comparando la participación de los usuarios en los festivales con los talleres individuales que se realizaban en años anteriores.

  Por medio de la Red Social Twitter Unisalud Sede Medellín se unió a la campaña #UnaNocheDeSilencio y #AntioquiaSinPólvora, liderada por el Instituto para el Desarrollo de Antioquia. IDEA, en la que se invitó a celebrar la navidad y el año nuevo sin pólvora, ya que Antioquia uno de los departamentos con mayor número de lesionados por pólvora cada año.

- **Palmira:** A través de diversas piezas de comunicación se realizaron convocatorias a los usuarios para las actividades de Protección Específica y Detección Temprana.

  Se emitió el boletín "Conexión Salud" con información de salud y de interés de la sede.

- **Manizales:** En Unisalud Sede Manizales, durante la vigencia 2017, fueron fortalecidos los canales de comunicación con clientes internos y externos. Con el apoyo del área de Comunicaciones de la Gerencia Nacional de Unisalud, fue publicada por medios físicos, digitales y audiovisuales, información de interés sobre temas como: cuotas moderadoras y copagos; decisiones de la Gerencia y de la Junta Directiva Nacional de Unisalud; Red Nacional de prestadores de servicios; Autocuidado de la salud e información sobre características y prevención de las patologías prevalentes en la población afiliada.

  A nivel de Sede, la adecuada planeación de las actividades, permitió informar de manera oportuna y efectiva a los Afiliados, sobre: novedades de la red de servicios de salud contratada; horarios de

atención; campaña de actualización de datos y actividades del programa de Protección Específica y Detección Temprana, "MÁS VIDA". Además, fueron desarrollados talleres para acercar la tecnología a los Pensionados, como estrategia para motivar el voto electrónico.

GESTIÓN DE LA MEJORA

La mejora continua más allá del cumplimiento de metas específicas, fomenta la búsqueda activa de acciones que lleven a los procesos un paso adelante de su diario quehacer. En las últimas vigencias Unisalud ha venido trabajando fuertemente en la consolidación de una cultura de calidad, basada en la medición y seguimiento, y en el desarrollo de procesos sistemáticos y estandarizados que garanticen el óptimo funcionamiento de los mismos y el cumplimiento de las metas establecidas.

Es importante aclarar que, para el desarrollo de este objetivo, la Unidad debe articular los componentes de los sistemas de calidad que le aplican, como son el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud – SOGCS y el Sistema de Gestión Académico, Administrativo y Ambiental – SIGA de la UN, y ha establecido para su medición tres indicadores trazadores, así: cumplimiento del PAMEC institucional, balance de la mejora y seguimiento a planes de tratamiento de riesgos.

Los resultados de estos tres indicadores permiten observar un cumplimiento del 99.5% del objetivo, que es superior al alcanzado en la vigencia 2016, que fue del 97.71%. Si bien, el aumento parece no ser significativo, en términos de calidad es altamente importante pues una vez logrado el estándar o el cumplimiento de una línea base, cada acción implementada busca ir un poco más allá de lo esperado. El resultado se ve impactado en lo positivo por la mejora en el indicador de seguimiento al riesgo, que en la actual vigencia aumentó hasta llegar al 100%, y aun tiene un rango de mejora en el indicador de cumplimiento del PAMEC que, si bien ha mejorado, aún tiene puntos por trabajar.

CUMPLIMIENTO DEL PAMEC INSTITUCIONAL:

El Programa de Auditorías para el Mejoramiento Continuo de la Calidad -PAMEC, si bien es un requisito de norma, más allá de esto, es el instrumento que permite consolidar y hacer seguimiento a través de Auditorias, de los temas sensibles tanto para el prestador como para el asegurador, como parte de la cultura preventiva, y teniendo como objetivo la búsqueda y establecimiento de oportunidades de mejora antes de que se presenten fallas en los procesos.

El instrumento que se analiza para la vigencia 2017, fue construido desde 2016, lo cual permite tener una tendencia sobre su desarrollo, y un punto interesante de análisis pues el mismo incluyó nuevas auditorías como las relacionadas con el manejo de manifestaciones, la difusión de los derechos y deberes, la pertinencia de las autorizaciones y el cumplimiento de citas y agendas, entre otros, todos ellos de gran interés para los procesos internos, pero sobre todo de gran impacto sobre el usuario, quien sabemos es el foco de nuestra misión y más aún de los procesos de mejora.

Durante la vigencia 2017 se observa una mejora en el resultado total de este indicador, llegando a un 97.90% de cumplimiento, cifra superior al 94.01% de 2016. Este resultado positivo da cuenta de la interiorización que se ha hecho del nuevo plan de auditoria en las sedes, así como de la apropiación y entendimiento de las nuevas auditorías incluidas como las mencionadas en el párrafo anterior.

En el mismo sentido, se debe destacar que, si bien el indicador se presenta y consolida a nivel nacional, el resultado individual de las sedes es muy interesante y en todos los casos presenta mejoras frente a los resultados obtenidos en 2016, logrando que todas ellas tengan resultado por encima del 90%, llegando al 100% de cumplimiento en tres casos. Lo cual se puede explicar por la continuidad de los

referentes de calidad, directos responsables de ver por la ejecución de estas actividades, así como el seguimiento y análisis que realizan a la ejecución de estas actividades.

Si bien de manera general se puede resaltar el cumplimiento en todas las sedes del plan auditorias y una mejora en la presentación homogénea de informes de los mismos, dentro del grupo de auditorías que contiene el PAMEC (el detalle puede verse en el seguimiento particular sobre el tema que es soporte para el presente informe), se debe mencionar los siguientes aspectos:

- Las auditorías a la gestión de las manifestaciones muestran un resultado favorable en todas las sedes, evidenciando no solo que el procedimiento se cumple, sino que lo recogido a través de éstas manifestaciones se convierte en fuente de mejora. Se debe fortalecer el seguimiento a la ejecución y reporte de estas acciones
- El contacto con los usuarios se ve impactado y beneficiado a través de las auditorias para garantizar la difusión particularmente de los derechos y deberes, lo que se comprueba en todas las sedes, con el uso de diversos medios de comunicación y despliegue de esta información de forma continua, oportuna y clara.
- Frente a los indicadores que evalúan el tema de referencia y contrarreferencia, el indicador de pertinencia de la referencia (incluido en la nueva vigencia del PAMEC -segundo semestre 2016), muestra un avance positivo, pues en tres de las cuatro sedes supera la meta establecida del 90% y en la sede faltante aumentó su cumplimiento a un 72%. Por otra parte, la medición del indicador de ingreso de la contrarreferencia al SISSNET permite evidenciar que el sistema no es flexible, generando algunas barreras en el ingreso a la Historia Clínica ya que las mismas deben ser cargadas como imagen, lo que demanda un tiempo considerable y no existe recurso humano suficiente para adelantar esta tarea. Con base en los resultados del año 2017, será definida la línea de base y la meta de mejoramiento para las siguientes vigencias.
- Correlacionado con este tema se encuentra el indicador de garantizar el cumplimiento del proceso de autorizaciones que busca medir el porcentaje de autorizaciones que son emitidas erróneamente y en el que se reporta un resultado positivo pues en tres de las cuatro sedes su porcentaje es menor al 10%, como lo solicita la meta establecida.
- En cuanto al prestador se resalta el resultado positivo en la auditorias de la calidad de la historia clínica que se encuentra en porcentajes superiores al 90%, lo que da fe, de la calidad del ejercicio profesional y el cuidado por tener una información completa y clara de los usuarios de Unisalud.
- En contrapeso se encuentra una oportunidad de mejora en el indicador de aumentar resolutividad en el primer nivel de atención mediante la gestión del riesgo, que se mide a través de las evaluaciones de las capacitaciones que se realizan a los profesionales con el fin de cualificarlo y sensibilizarlo frente a la identificación y gestión del riesgo de los usuarios. Si bien todas las sedes reportan un alto número de capacitaciones realizadas, el volumen de evaluaciones pre y post realizadas es bajo, lo cual no permite tener una medición del primer impacto de este ejercicio.

Uno de los avances importantes durante el 2017, además de la medición de los nuevos indicadores en los temas más sensibles para la Unidad, se encuentra en el desarrollo de una actualización para todos los involucrados en el desarrollo del PAMEC, con lo cual se actualizaron y homologaron no solo conocimientos sino habilidades necesarias para la ejecución de las actividades y el establecimiento del PAMEC para la nueva vigencia, con un enfoque centralizado en la gestión del riesgo. Así mismo se cumplió el reto propuesto en el informe de gestión de la vigencia anterior, de apropiar y ejecutar oportunamente el nuevo PAMEC

Por otra parte, se debe comentar que, a pesar de los buenos resultados, se debe hacer para la nueva vigencia, un llamado a focalizar el trabajo en aquellos pocos indicadores que no tuvieron buenos resultados, dejándolos en la nueva propuesta del PAMEC.

BALANCE DE LA MEJORA:

El indicador de balance de la mejora, busca "Contar con acciones tendientes a la mejora de los procesos y dar cierre a los ciclos", y es el centro del objetivo de mejora pues con él se garantiza que las acciones de seguimiento no se queden en el punto de la medición, sino que sean la fuente de acciones que redunden en el más eficiente funcionamiento del proceso. El resultado de la medición para la vigencia se mantuvo en el 100%, reiterando lo visto en las últimas vigencias y demostrando que las sedes han logrado apropiarse e interiorizar las estrategias y metodologías.

Una ganancia importante para la vigencia 2017 es que el grado de implementación de esta actividad ha ganado en homogeneidad entre todas las sedes, pues en los resultados se observa que la cantidad de planes de mejora por sedes y total, mejoró frente al 2016.

Tabla 5. Balance de la mejora 2017

TIPO DE PLAN	RANGO EN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDELLÍN No DE PLANES 2017	MANIZALES No DE PLANES 2017	PALMIRA No DE PLANES 2017	BOGOTA No DE PLANES 2017
APOYO (Administrativo y Financiero)	51 - 60%				1
	100%	3	3	2	7
ASEGURAMIENTO-EAPB	41 -50%	1			
	71 - 80%				1
	100%	1	1	4	
PRESTADOR	61 - 70%				1
	100%		3	12	7
DIRECCIONAMIENTO	100%		3		1
MEJORA CONTINUA	0 -10	1			
	100%	13	2		
TOTAL		**19**	**12**	**18**	**18**

TOTAL UNISALUD AÑO 2017	**67**
TOTAL UNISALUD AÑO 2016	**56**

Aunque las cifras y tabla hablan por sí solas, es muy relevante el aumento del 19.6% en el número de planes de mejora reportados por las sedes, pasando de tener 56 en el año 2016 a 67 en la vigencia 2017, lo cual en términos de calidad es muy positivo, pues habla del interés de las sedes y sus equipos, por trabajar en la búsqueda activa de oportunidades de mejora, que por una parte pueden darse por hallazgos que reportan resultados negativos, pero que en esta ocasión en Unisalud significan por el contrario un gran esfuerzo por la aplicación de actividades preventivas, pues al analizar el detalle de los informes de las sedes, en todas ellas el porcentaje de acciones preventivas estuvo por encima del 72% e incluso en dos el mismo llego a ser del 100%.

Dentro de las cifras presentadas, es muy relevante que, al cierre de la vigencia el 92% de los planes reportados tienen un cumplimiento del 100%, resultado muy positivo frente a los datos presentados en 2016, que habla de una mejor planeación de las actividades para ser desarrolladas dentro de la vigencia y un seguimiento a la ejecución de las mismas, garantizando que sean cumplidas oportunamente.

Como en las vigencias anteriores el análisis de la mejora se complementa con la utilización del Modelo del Ciclo Deming que mide: el número de ciclos PHVA cerrados, la consistencia entre las acciones de mejora formuladas, la tendencia en el seguimiento y la prevalencia de acciones preventivas.

Tabla 6. Calificación de las acciones de mejora Año 2016

SEDE	CONSISTENCIA DE LOS PLANES (Estándar 100%)	CIERRE DE CICLOS PHVA (Estándar 80%)	TENDENCIA (Estándar 3)	ACCIONES PREVENTIVAS vs CORRECTIVAS (Estándar 60%)
Bogotá	100%	92%	3	En cuanto a la prevalencia de las acciones preventivas versus correctivas, para ésta vigencia se aumentó ésta prevalencia en un 16% y en el mismo porcentaje se disminuyó para las acciones correctivas. Avance significativo para la Sede, dado que se evidencia la gestión a través de las estrategias y procesos ya estandarizados.
Manizales	100%	100%	3	Durante la vigencia 2016, en Unisalud Sede Manizales se gestionaron 9 planes de acción: Uno ingresado como Oportunidad de Mejora (OM) y los ocho restantes como Acciones Preventivas (AP) para hacer tratamiento de los riesgos por procesos. Por lo tanto el resultado del indicador es del 100% puesto que no hubo ninguna acción correctiva.
Palmira	90%	90%	3	Se establecieron durante el año 4 acciones correctivas, 4 preventivas y 7 oportunidades de mejora, se evaluaron durante cada trimestre, queda solo una acción abierta debido a que las adecuaciones en la parte de red y datos se entregarán terminadas en el mes de enero
Medellín	100%	98%	2	En el año 2016 se plantearon en total 15 planes, de los cuales 8 corresponde a acciones preventivas (53%) y 7 corresponden a acciones correctivas (47%).

Fuente: Informe de Gestión 2016

Tabla 7. Calificación de las acciones de mejora Año 2017

SEDE	CONSISTENCIA DE LOS PLANES (Estándar 100%)	CIERRE DE CICLOS PHVA (Estándar 80%)	TENDENCIA (Estándar 3)	ACCIONES PREVENTIVAS vs CORRECTIVAS (Estándar 60%)
Bogotá	100%	100%	3	En cuanto a la prevalencia de las acciones preventivas versus correctivas, para ésta vigencia se trabajaron 16 planes preventivos y tan solo 2 correctivos. Lo anterior muestra el impacto positivo del PAMEC y la constante autoevaluación de la sede.
Manizales	100%	100%	3	8 de las acciones fueron preventivas y 4 mejoras. No hubo acciones correctivas.
Palmira	100	100%	3	Durante el año 2017 se establecieron 8 acciones preventivas incluyendo las del mapa de riesgos del servicio y 10 oportunidades de mejora. No hubo acciones correctivas, se han incrementado las oportunidades de mejora.
Medellín	100%	85%	3	En el año 2017 se tiene 8 planes de tratamiento en ejecución y se plantearon 11 planes de mejora, para un total de 19. De estos 8 corresponde a acciones preventivas (42%), 5 corresponden a acciones correctivas (26%) y 6 corresponden a oportunidades de mejora (32%)

Fuente: Balance de la Mejora 2017

Adicional a los resultados de las anteriores tablas, se deben destacar algunos aspectos frente a cada uno de estos componentes:

- La consistencia de los planes de mejora presenta resultados positivos y se logró el reto de lograr que todas las sedes estuvieran en el 100%. Este componente de consistencia evidencia el fortalecimiento de la cultura de calidad, dado que evalúa la capacidad del proceso para establecer las acciones de mejora realizando los análisis de causa correspondientes, con lo cual se busca que las acciones definidas realmente ataquen la fuente de ocurrencia de los hallazgos y por tanto se mitigue la posibilidad de que se vuelvan a presentar.
- El cierre de ciclos que mide el cumplimiento de las acciones establecidas de acuerdo a lo planeado, presenta mejoras frente a la vigencia 2016, logrando que tres de ellas se encuentren en el 100% y para la sede restante que se encuentra en el 85%, el resultado se puede explicar porque varias de las acciones establecidas tienen fechas de ejecución para el 2018.
- La prevalencia de las acciones preventivas tiene un resultado muy positivo para el 2017, pues del total de 67 planes de mejora establecidos, 60 de ellos es decir el 89.5%, corresponde a preventivos, y con un comportamiento homogéneo entre las sedes. Lo anterior ratifica el crecimiento en la cultura de calidad y el cumplimiento del objetivo de mejora continua.

Así las cosas, con los datos observados durante la vigencia 2017, se puede ver una mejora en cada uno de los componentes del balance de la mejora, demostrando que el trabajo en calidad debe ser constante y sistemático para lograr su arraigo dentro del proceso y resultados ascendentes, conforme van pasando las vigencias.

Lo anterior no obsta que se continúe trabajando en la búsqueda de oportunidades de mejora a través de diferentes fuentes que permitan mantener la tendencia positiva, la no ocurrencia de hallazgos negativos y fallas en el proceso. Así mismo se deberán diseñar estrategias que mantengan estos resultados y que logren experiencias exitosas por encima del estándar.

SEGUIMIENTO A PLANES DE TRATAMIENTO DE RIESGO

El indicador de seguimiento a planes de tratamiento se incluyó en el plan de acción en la vigencia 2016, cuando se actualizó el mapa de riesgos y se registraron los planes de tratamiento respectivos, cuyo seguimiento se continuó y cerró en 2017. Como siempre se ha dicho, frente a ese tema Unisalud sigue los lineamientos y directrices impartidas desde la Universidad, y en los últimos años se ha logrado tener un mapa de riesgos estandarizado para todas las sedes.

De acuerdo con la valoración del riesgo que genera la metodología establecida en su momento por la Universidad, se llegó a establecer que 8 de los riesgos eran susceptibles de diseñar planes de tratamiento, dentro de ellos el riesgo de corrupción priorizado por la Universidad. Los riesgos establecidos para trabajar son:

1. Insostenibilidad Financiera de Unisalud.
2. El sistema de información no atienda las necesidades misionales
3. No reconocimiento de Unisalud como parte de la Universidad
4. Desarrollo incipiente de la Gestión del Riesgo en salud
5. Incumplir con los compromisos contractuales
6. Desabastecimiento de bienes y servicios básicos para la prestación de servicios de salud
7. Fuga de información reservada
8. Incumplimiento de requisitos legales para el desarrollo de procesos administrativos y académicos favoreciendo intereses particulares

Cada una de las sedes y el equipo de la gerencia establecieron las actividades a desarrollar en 40 planes de tratamiento, a fin de mitigar la ocurrencia de los riesgos, a los cuales se les hizo seguimiento de julio de 2016 a junio de 2017, logrando que todos ellos fueran oportunamente cerrados y de acuerdo con los

reportes de las sedes, y medición de la eficacia, los mismos fueron importantes para la mitigación de los riesgos, evitando que los mismos se materializaran. De tal forma que frente al resultado mismo del indicador la medición es excelente con un total de 100%, cifra superior a la presentada en 2016.

Lo anterior significa no solo que las sedes realizaron el seguimiento oportuno de los planes, sino que todas ellas lograron el cumplimiento de las actividades propuestas, dentro de los tiempos planteados y haciendo el seguimiento pertinente.

Un gran avance durante la vigencia 2017, es que se trabajó en el reto, planteado en 2016, de "*...no solo dar continuidad al seguimiento sino lograr que, al momento de evaluar los controles y la eficacia de las medidas implementadas, las mismas se vean reflejadas en la disminución de la valoración de los riesgos...*". Para ello, una vez cerrados los planes de tratamiento se hizo el ejercicio de medición de la eficacia de los mismos, encontrando en el reporte de todas las sedes, que los mismos fueron efectivos. De la misma forma fuimos objeto de la implementación de la herramienta establecida por la Oficina Nacional de Control Interno – ONCI, para la evaluación de los controles bajo una medición objetiva la cual fue satisfactoria, aunque con algunas recomendaciones en las que deberemos trabajar.

Con este avance se debe constatar a través de la actualización del Mapa de Riesgos en la vigencia 2018, que la valoración de los mismos se disminuya a partir de la implementación de estas medidas, para lo cual estamos al tanto de la implementación de la nueva metodología establecida por la Universidad y sus lineamientos al respecto.

En conclusión, el resultado positivo del indicador puede explicarse en primera medida por el compromiso del talento humano, no solo del responsable del tema de calidad, sino de todos los directamente encargados de realizar los procesos, quienes cada vez más entienden la importancia de estas estrategias. Así mismo se encuentra una gran fortaleza en el compromiso de la alta dirección, y el equipo de la Gerencia Nacional, quienes participan activamente en la definición de lineamientos, la revisión de problemas y el diseño de soluciones.

Durante la vigencia 2017, es importante comentar que se dio continuidad a medidas que han aportado al resultado positivo, como son: el seguimiento de los indicadores a través del Comité de Gerencia, la realización periódica del Comité de Calidad, y la realización de retroalimentaciones del Comité de Calidad a través de videoconferencia con participación de todas las sedes. Así mismo se resalta como siempre el compromiso y apoyo de los referentes de calidad.

Retos para el 2018

- Diseñar e implementar el nuevo PAMEC con enfoque de riesgos y logrando mejorar los resultados de la auditorias con mediciones negativas, y ejecutar un ejercicio de auditoría interna adicional, que ayude a identificar acciones de mejora en cada uno de sus procesos.
- Actualizar el Mapa de Riesgos, logrando una disminución en la valoración de los mismos y realizar los planes de tratamiento respectivos, de acuerdo con la nueva metodología que entregue la Universidad.
- Generar un ejercicio de entrenamiento continuo para fortalecer el conocimiento y la apropiación de la cultura de calidad.
- Fortalecer la comunicación y relaciones con el nivel central de la Universidad y particularmente con el SIGA, para garantizar que los lineamientos, estrategias y metodologías siempre tengan en cuenta a Unisalud y que la nueva versión del aplicativo SOFTEXPERT se implemente sin tropiezos.
- Fortalecimiento de la comunicación entre los equipos de trabajo, y lograr que la información fluya y se difunda en todas las direcciones para garantizar la aplicación de las directrices y decisiones.

GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO

Para la vigencia 2016-2018 el objetivo Estratégico en el Plan de Desarrollo relacionado con el aseguramiento consiste en "Garantizar el funcionamiento de los procesos propios de la Administración de Planes de Beneficios para UNISALUD, en forma estandarizada a Nivel Nacional, monitoreando sistemáticamente el aseguramiento".

Durante el año 2017 el indicador presentó incremento del 0.5%, manteniendo la tendencia ascendente que se presenta desde 2013. Durante la vigencia se mantuvieron las medidas de control relacionadas con fortalecimiento de la red de prestadores privilegiando entidades que ofertan una mayor concentración de servicios, negociación de tarifas y posicionamiento de la estrategia de pago 60/40, depuración continua de bases de datos, control de multiafiliación, reestructuración del plan de beneficios y del plan complementario, estandarización de procesos, entre otros.

En respuesta a las manifestaciones de los equipos de las sedes durante la vigencia se llevó a cabo la evaluación de la herramienta de tamizaje de riesgo Peresoft, comprobando debilidades en la generación de la calificación de los riesgos debido a que se confirió alto peso estadístico a variables que no han demostrado directa relación causa- efecto con las patologías consideradas en la encuesta. Se procedió entonces a la generación de una nueva herramienta que incluye entre otras la evaluación de riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica diabetes, cáncer colo-rectal, enfermedad mental e hipertensión; riesgos con un alto porcentaje de materialización en nuestra población que impacta la calidad de vida de nuestros afiliados y consecuentemente los recursos de la Unidad. En el momento de redacción de este informe la herramienta dirigida a la evaluación del riesgo en afiliados mayores de 18 años, se encuentra en proceso de sistematización, luego del cual se procederá a realizar la prueba piloto y despliegue de acuerdo a los resultados.

Se tiene proyectada la generación de las herramientas para evaluación de riesgo en niños y adolescentes durante 2018.

De la misma forma, con la participación de los referentes de la sede Bogotá se realizó ajuste a los programas y actividades de Protección Específica y Detección Temprana (PE y DT) de la Unidad, de acuerdo a las estrategias establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MIAS, RIAS) con el fin de optimizar los recursos en pro del bienestar de los usuarios. Una vez finalizado el proceso de socialización de los ajustes al modelo se iniciará el despliegue en las cuatro sedes para el 2018.

En el primer semestre y con la participación de representantes de las cuatro sedes se realizó la evaluación del impacto del PAMEC vigente encontrando limitaciones relacionadas con la profundidad de las auditorías y la necesidad de reestructurar el programa con un enfoque en riesgos. Con el fin de lograr compromiso y participación activa de los diferentes equipos, el área de Calidad de la Gerencia Nacional de Unisalud obtuvo el apoyo de la División Nacional de Personal Administrativo de la Universidad para la realización del Taller de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud dictado por el ICONTEC en el mes de octubre, el cual afianzó los fundamentos de los servidores de la Unidad para la construcción colectiva del Programa el cual se encuentra en proceso de implementación.

En cumplimiento con la normatividad vigente durante el año 2017 se dio continuidad al reporte de los informes establecidos a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO- (SISMED, Resolución 4505 de 2012, Resolución 2175 de 2015 ambas del Ministerio de Salud y Protección Social, Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud mensual – RIPS, RIPS extranjeros, informe de Caracterización Poblacional, etc.). Además de los reportes a la Cuenta de Alto Costo (Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial Crónica, Diabetes, Cáncer, Hemofilia y Artritis) de acuerdo a los parámetros y plazos establecidos. Estos informes se han constituido en una herramienta para el seguimiento de cohortes para los afiliados a Unisalud con estas patologías, dado

que dentro de las variables se incluyen los parámetros clínicos y paraclínicos que permiten establecer el control de la enfermedad.

De igual manera, se atendieron las auditorías de los entes de control para evaluar la veracidad de la información entregada en los reportes de Cáncer, Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial Crónica, Diabetes, Hemofilia y otras coagulopatías, Reporte Resolución 4505 de 2012, SIVIGILA, Informe de Priorización y Caracterización Poblacional, entre otras; con resultados positivos que dan origen a detección de oportunidades y planes de mejora secundarios a los hallazgos reportados en los informes finales de auditoría.

Adicional a lo anterior, en el mes de mayo de 2017, Unisalud atendió la auditoría integral realizada por la Superintendencia Nacional de Salud dirigida a los Sistemas Propios de Salud de las universidades públicas, y de la cual al final de la vigencia no recibimos el informe final.

AFILIACIONES

Dentro de las mejoras comprobadas en el objetivo estratégico de aseguramiento en Unisalud, se resalta la gestión realizada por las áreas de Afiliaciones en cada sede respecto a la depuración de la base de datos evidenciada por el bajo número de glosas generadas en los reportes semanales a entes de control, así como la tendencia a disminuir los casos de multiafiliaciones con otros aseguradores que para diciembre de 2017 fue del 0.14% de la población en esta situación con 24 casos. En el 2016 fue del 0.27% (48) y en el 2015 fue del 0.94% (169).

Lo anterior, coincide con la inclusión de campos a la estructura de nuestra base de datos, permitiendo agilizar la verificación y control de la misma de manera periódica, así como la actualización del Maestro de Novedades de Afiliación en el SISSNET, agregando novedades para el seguimiento a los usuarios que se encuentran identificados con Cédula de Extranjería y dando alcance a lo contemplado en la Resolución 0834 de 2013 del Ministerio de Relaciones Exteriores donde se agrega el campo de fecha vigencia de los documentos de identidad.

En la actualidad el procedimiento para la verificación de bases de datos se realiza en sinergia con el área de sistemas de información, quienes generan los reportes para que el área de Afiliaciones a través de Excel y de las herramientas que se dispongan, efectué la verificación y cruce con los archivos dispuestos por la División Salarial y Prestacional, Fondo pensional de la Universidad Nacional de Colombia y Colpensiones.

Se destacan como fortalezas en la gestión de afiliaciones durante el año 2017: Incremento de los controles y seguimiento a la base de datos de afiliados por medio de auditorías; actualización de documentos de identidad y demás datos de los afiliados y mejoras en el módulo de Información SISS EPS para garantizar la veracidad de la información.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

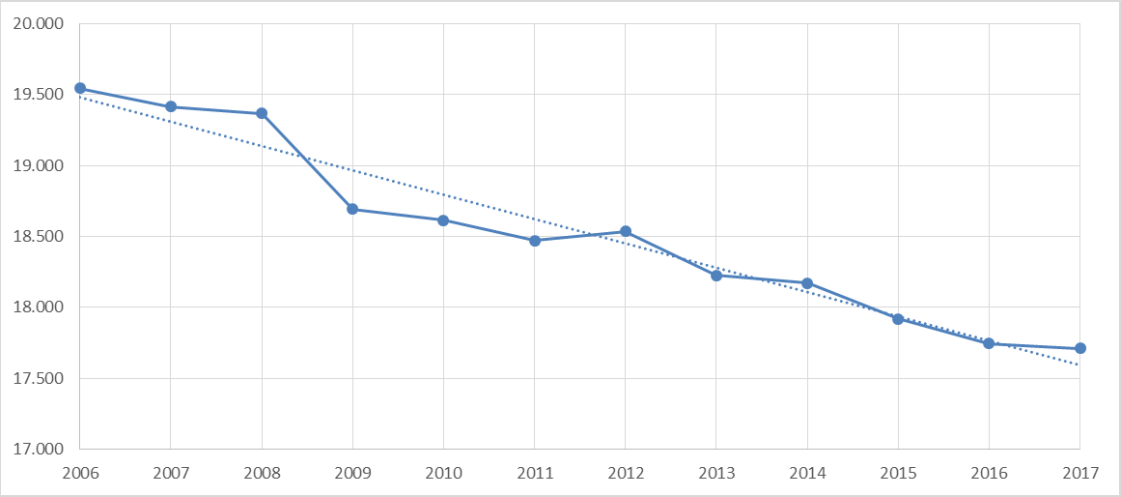
A 31 de diciembre de 2017, la población de afiliados a Unisalud fue de 17.710 personas, con una participación del 65.4% para la sede Bogotá (11.573), 21.0% para la sede Medellín (3.720), 8.3% para la sede Manizales (1.473) y 5.3% para la sede Palmira (944); presentando una relación de un (1) cotizante por cada 0.84 beneficiarios tanto en el consolidado de la Unidad como en cada una de las sedes. Así mismo, en el grupo de afiliados cotizantes predomina la población de 50 años y mayores con un 78% en el consolidado nacional (Bogotá 80%, Medellín 76%, Manizales 71% y Palmira 78%).

Para el 2017, el promedio de edad de la población fue de 50,8 años incrementándose en 0,6 puntos con relación al 2016, predominando el género femenino con un 53.6%, donde el mayor número de esta población se encuentra en el rango de 60 años y mayores. La proporción de la población menor de 15

años es apenas del 9,4%, y la proporción con edad igual o mayor a 60 años es de 43,4%, para una razón de envejecimiento de 1:4, lo cual en cifras exactas traduce 7.681 personas de 60 años y mayores por 1.668 menores de 15 años.

La tendencia en la disminución de la población afiliada a Unisalud siguió marcada para la vigencia 2017 por el congelamiento de la planta de personal de la Universidad, lo cual ha reducido la posibilidad de contar con nuevos afiliados, y en los últimos cinco años por la depuración de la base de datos única de afiliados de UNISALUD, lo que aumentó el número de retiros.

Gráfica 1. Población de UNISALUD 2006 - 2017



Fuente: Planeación y Sistemas de Información Unisalud

En el análisis de nuestra población afiliada por grupos etarios, el rango de afiliados de 60 años y mayores, sigue con un crecimiento sostenido pasando de 2.309 usuarios que representaban el 15% de la población en el año 1996, a 7.681 usuarios que corresponde al 43,4% de nuestros usuarios en el año 2017, incidiendo directamente en los gastos financieros en salud por el alto riesgo de enfermar con patologías crónicas no transmisibles, propio de este tipo de población en etapa de transición epidemiológica y se hace evidente la concentración de patologías con alto costo de tratamiento.

Con respecto a cada uno de los grupos etarios, en la siguiente tabla se relaciona la variación durante los últimos 6 años.

Tabla 8. Variación Grupos Etarios de UNISALUD 2012 - 2017

RANGO EDAD	2012	2013	2014	2015	2016	2017
MENOR A 1 AÑO	-8%	-7%	18%	-18%	19%	-31%
1 A 4 AÑOS	-1%	-6%	-5%	-4%	-9%	7%
5 A 14 AÑOS	-8%	-7%	-6%	-6%	-3%	-4%
15 A 44 AÑOS	1%	-4%	-1%	-4%	-4%	-2%
45 A 59 AÑOS	-3%	-3%	-2%	-3%	-3%	-2%
60 AÑOS Y MAYORES	5%	3%	3%	3%	3%	3%

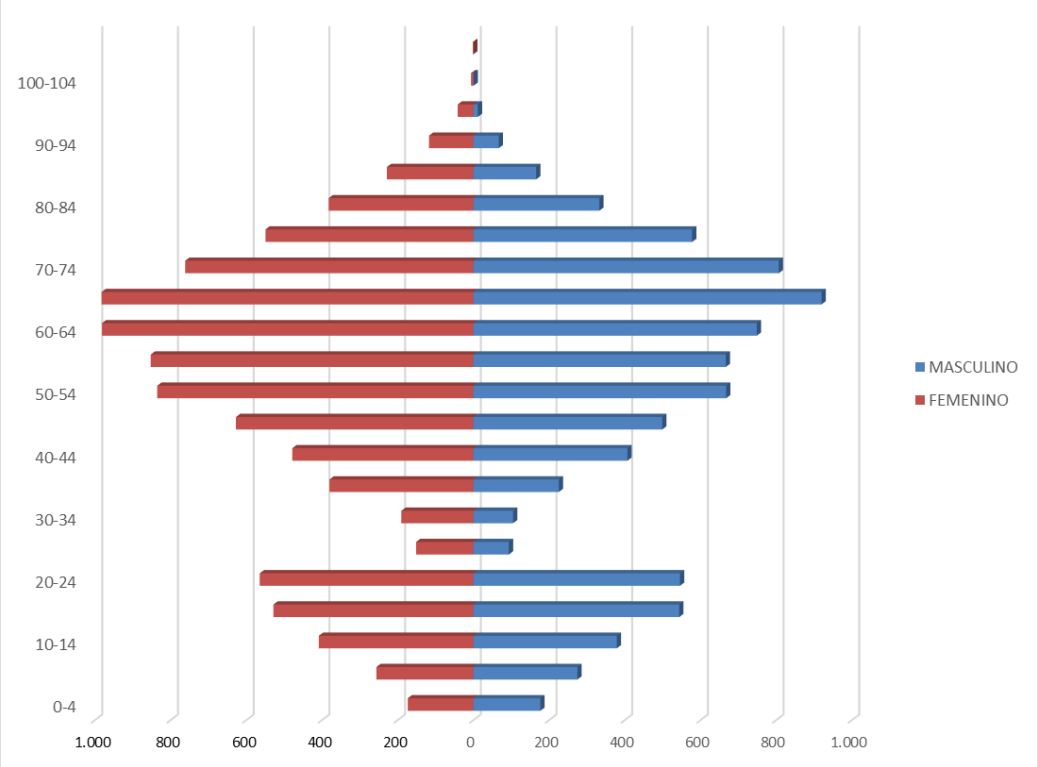
Fuente: Planeación y Sistemas de Información Unisalud

De acuerdo a la tabla anterior, se observa que los rangos de edad entre 1 y 59 años, presentaron variaciones negativas en las vigencias, mientras que la de 60 años y mayores ha sido la única positiva, signo del envejecimiento de la población de Unisalud. Se observa una marcada variación en la población de uno a cuatro la cual había ido en descenso debido a que nuestros afiliados tienen un mayor nivel

educativo con relación al promedio del país, lo que incide en la tasa de natalidad reduciéndose el número de hijos por mujer.

No obstante lo anterior, la pirámide poblacional de Unisalud para la vigencia 2017 continua con predominación de la población mayor a 50 años como se observa a continuación:

Gráfica 2. Pirámide Poblacional Unisalud 2017



Fuente: Planeación y Sistemas de Información

La población afiliada a Unisalud, se encuentra distribuida en cada una de sus cuatro sedes: Bogotá con 11.573 usuarios, Medellín con 3.720, Manizales con 1.473 y Palmira con 944. Las pirámides poblacionales de las mismas guardan la distribución de la estructura nacional, observando una base angosta en los rangos de edad de 0 a 9 años, con un ligero aumento en la población de 15 a 24 años perteneciente a los beneficiarios con dedicación exclusiva a estudios, así mismo, se evidencia un aumento considerable en la cúspide de la misma en los rangos de edad de los 50 y 80 años.

ATENCIÓN AL USUARIO

Para Unisalud es prioritario conocer las expectativas de nuestros afiliados, lo cual permite generar estrategias para optimizar la operación de la Unidad redundado en la calidad de la atención y los servicios. El sistema de Atención al Usuario de Unisalud, contribuye a disminuir la brecha con los usuarios, permitiendo su libre expresión para determinar falencias en los servicios y fortalecerlos.

Este sistema tiene dos componentes: evaluación de la satisfacción de los usuarios y seguimiento a las manifestaciones (PQRS). La información que obtenemos es uno de los insumos principales para la toma de decisiones en nuestra institución.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

La satisfacción de nuestros usuarios es un componente de gran valor para poder determinar las acciones que se requieren para mejorar el servicio, es por ello que Unisalud aplica una encuesta de satisfacción que tiene como objeto evaluar atributos de calidad en cada uno de los servicios.

Satisfacción: se halla mediante la sumatoria de las respuestas de las opciones: Muy Satisfecho, Satisfecho, Un poco satisfecho, Insatisfecho y Muy insatisfecho.

Insatisfacción: se halla mediante la sumatoria de las opciones: insatisfecho y muy insatisfecho.

Tabla 9. Ficha Técnica Encuesta de Satisfacción

Objetivo	Medir el nivel de satisfacción de los usuarios frente a los servicios ofrecidos por UNISALUD
Medio de aplicación	Encuesta física y digital en página web y mediante correo institucional
Población objetivo	17744 a corte de 31 de diciembre de 2016
Muestra de la población proyectada	377
Muestra real aplicada	1123
Criterios de evaluación	Calidad de la información, interés manifiesto (prestar atención) dedicación del tiempo necesario, oportunidad y amabilidad
Escala	Escala de 1 a 5 donde 1 es insatisfecho, 2 un poco insatisfecho, 3 medianamente satisfecho, 4 satisfecho y 5 muy satisfecho.
Frecuencia de análisis de los resultados	Los resultados de analizan semestralmente
Meta	La meta establecida es del 90%

Fuente: Metodología Encuesta de Satisfacción

Tabla 10. Tipo de encuestados

Condición del encuestado	Palmira	Medellín	Manizales	Bogotá	Nacional
Cotizante activo	36	307	108	434	885
Cotizante pensionado	8	49	20	109	186
Beneficiario	2	6	30	8	46
Otro ¿Cuál?	0	4	0	2	6
Total	46	366	158	553	1123

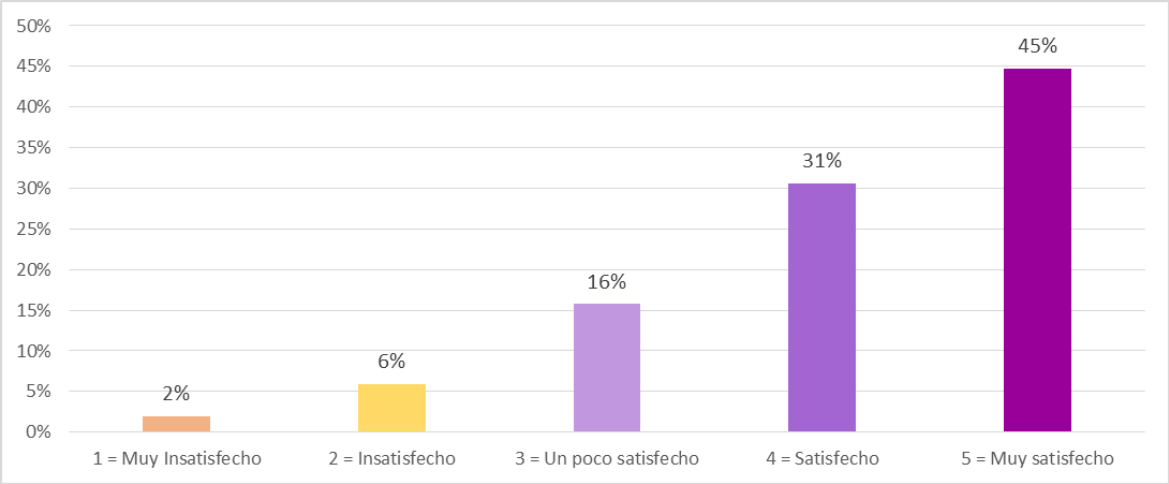
Fuente: Encuesta de Satisfacción 2017

La encuesta de satisfacción evalúa las dos líneas de trabajo principales de Unisalud: aseguramiento y prestación de servicios.

Aseguramiento es el encargado de gestionar todo lo relacionado con la afiliación de usuarios, contratación de red externa de prestadores de servicios de salud y validación de derechos para utilizar dicha red. El Prestador de Servicios se encarga de organizar, coordinar y brindar los servicios de salud que se prestan de forma intramural en las sedes propias de Unisalud.

Percepción General de Satisfacción con la Unidad a Nivel Nacional

Gráfica 3. Percepción de satisfacción General de Unisalud (aseguramiento y prestación de servicios)

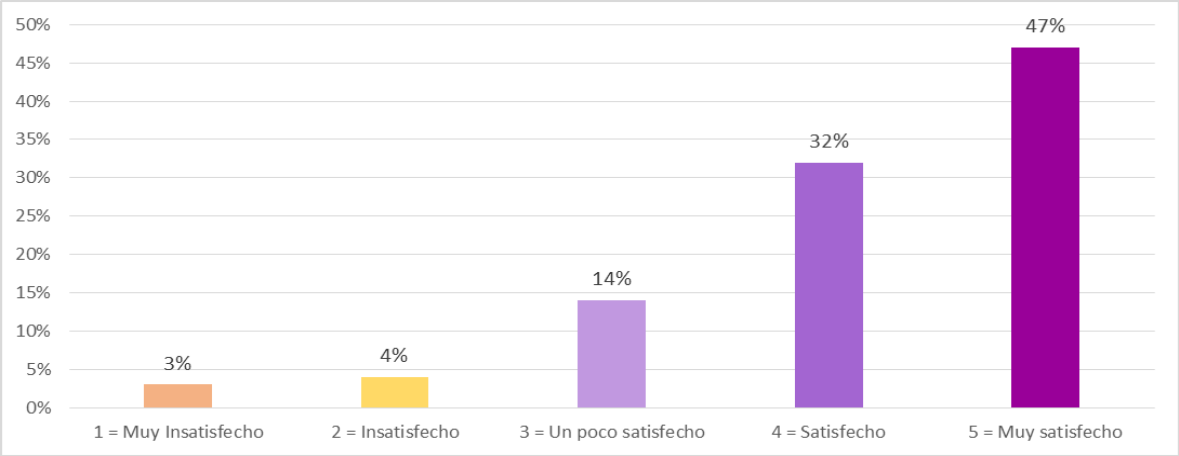


Fuente: Encuesta de Satisfacción 2017

La satisfacción en general de los usuarios que respondieron la encuesta de Unisalud, durante la vigencia de 2017, es positiva ya que indica satisfacción de un 92%.

Percepción de Satisfacción en Aseguramiento

Gráfica 4. Satisfacción General - Aseguramiento



Fuente: Encuesta de Satisfacción 2017

A nivel general los encuestados manifiestan estar satisfechos con los servicios prestados por aseguramiento en un 93% (franjas moradas).

Tabla 11. Tiempo de espera

TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO	AFILIACIONES	AUTORIZACIONES
Menos de 15 min.	72%	31%
Entre 15 y 30 min.	15%	27%
Entre 30 y 45 min.	6,50%	16%
Más de 45 min.	6,50%	26%

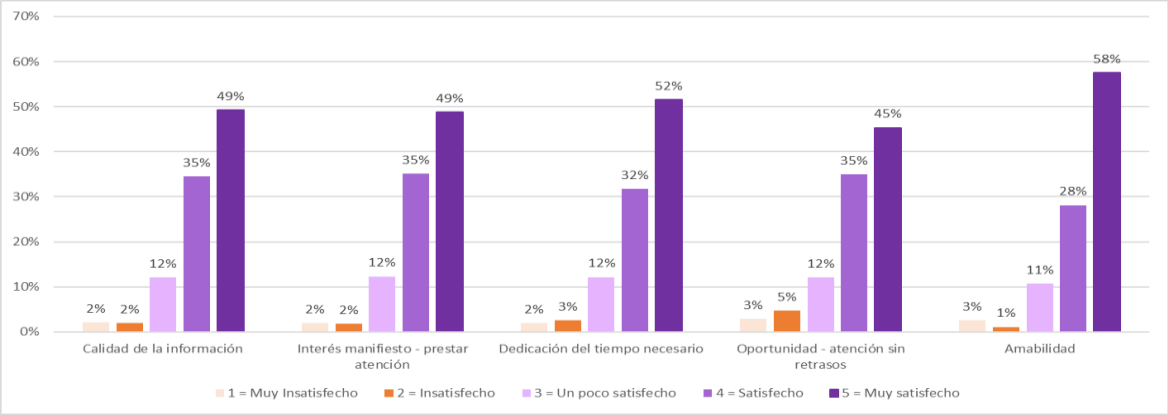
Fuente: Encuesta de Satisfacción

Teniendo en cuenta las necesidades de nuestros usuarios, se realizó la medición de la percepción del tiempo de espera antes de ser atendido en las ventanillas de afiliaciones y autorizaciones, obteniendo como resultado que el 58 % de las personas que contestaron, afirmaron haber sido atendidas en menos de 30 minutos en autorizaciones y un 42% contestó que la espera fue mayor a treinta minutos.

En Afiliaciones la percepción de tiempo de espera indicó que el 88% de las personas encuestadas esperaron menos de 30 minutos para ser atendidos y un 12 % esperó más de 30 minutos.

Atributos calidad en Afiliaciones

Gráfica 5. Satisfacción con atributos del servicio en Afiliaciones a nivel nacional

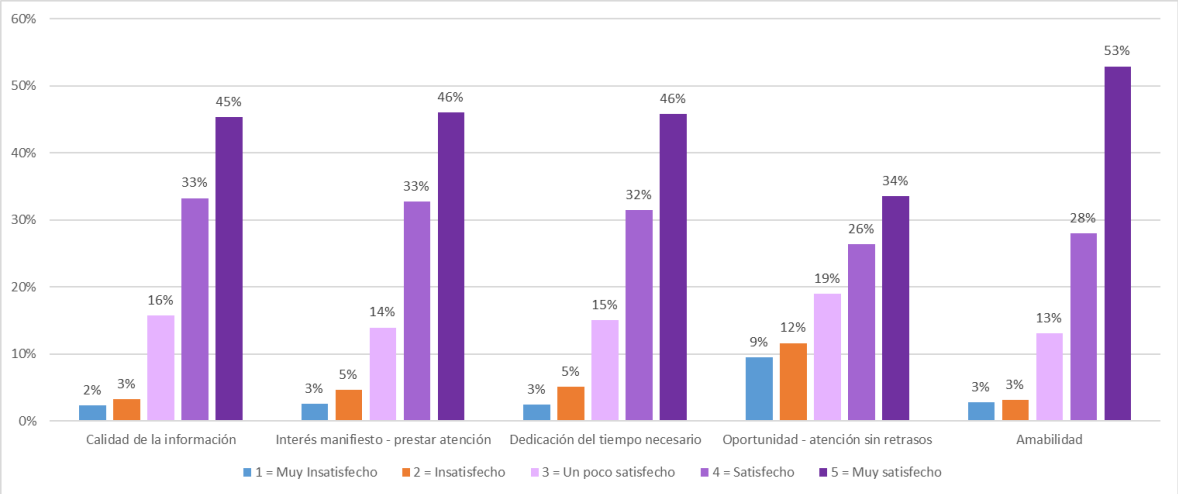


Fuente: Encuesta de Satisfacción

En cuanto a los atributos de calidad en el área de afiliaciones, se puede concluir que existe una percepción de satisfacción positiva (franjas moradas en la gráfica) en tanto que los cinco atributos calificados están por encima del 90%.

Atributos de calidad en Autorizaciones

Gráfica 6. Satisfacción con atributos del servicio en Autorizaciones a nivel nacional



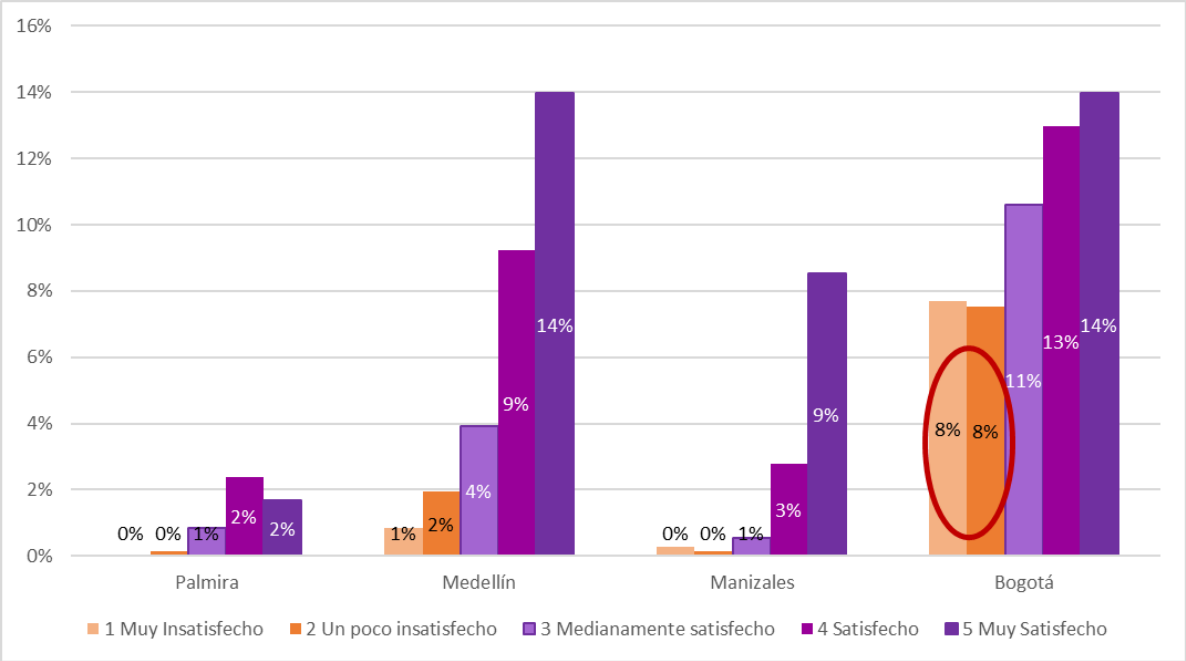
Fuente: Encuesta de Satisfacción

La satisfacción relacionada con los atributos de autorizaciones muestra que hay una percepción positiva en los cinco atributos de calidad evaluados, sin embargo, se observa que el atributo de Oportunidad –

atención sin retrasos tiene una satisfacción del 79% que contrasta con la gráfica de percepción del tiempo de espera en la que el 42% afirma haber esperado más de 30 minutos.

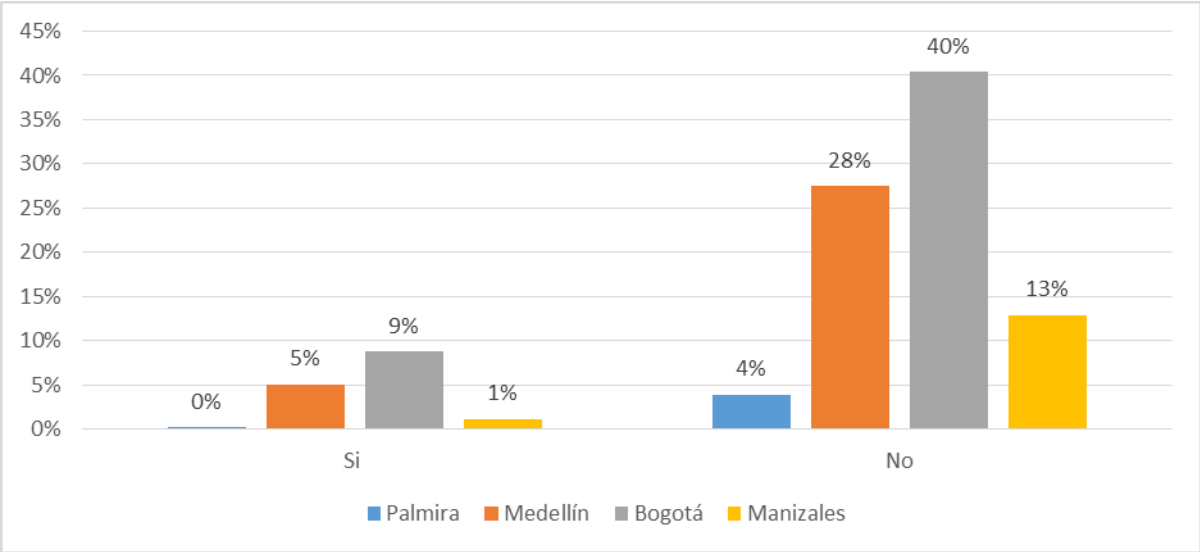
Esta satisfacción está por debajo de la meta del 90% y se le atribuye a los tiempos de espera antes de ser atendido en la ventanilla de autorizaciones específicamente en Bogotá, como se observa en la siguiente gráfica, para lo cual se han emprendidos planes de mejora que incluyen la implementación de un aplicativo en la vigencia de 2018, que permitirá la radicación y gestión de autorizaciones de forma virtual, de tal manera que se optimicen los tiempos y por ende se mejore la oportunidad.

Gráfica 7. Oportunidad - atención sin retrasos - Autorizaciones



Fuente: Encuesta de Satisfacción

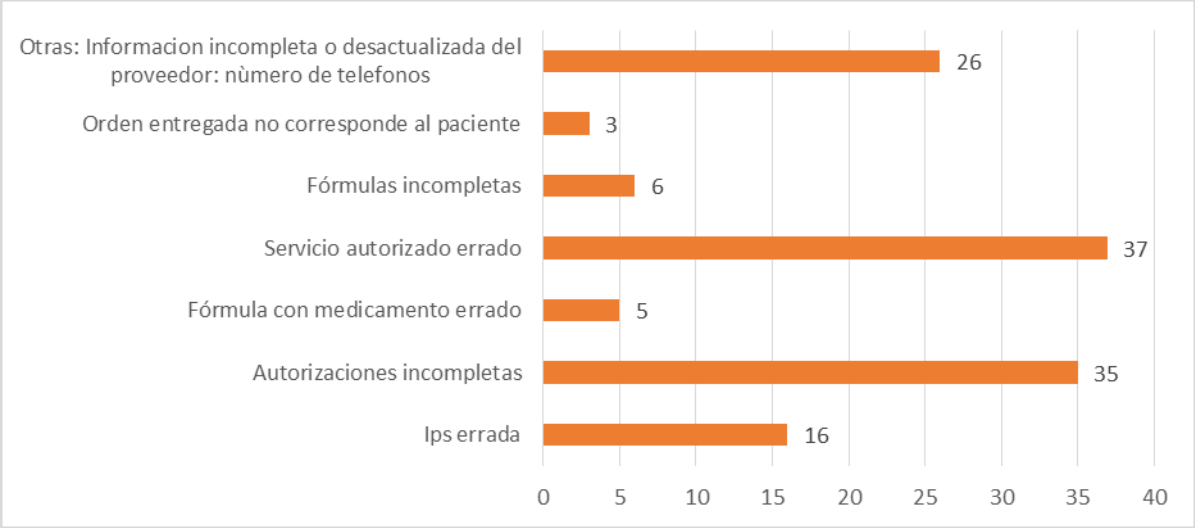
Gráfica 8. Dificultades con autorizaciones



Fuente: Encuesta de Satisfacción

En cuanto a autorizaciones, se obtuvo como resultado que el 85% de las personas encuestadas, manifestaron no haber tenido dificultad con las autorizaciones y un 15% que corresponde a 171 personas afirmó haber tenido inconvenientes, de estas personas, 128 indicaron las razones de la dificultad y se obtuvo como resultado que las más comunes son: servicio autorizado errado y autorizaciones incompletas.

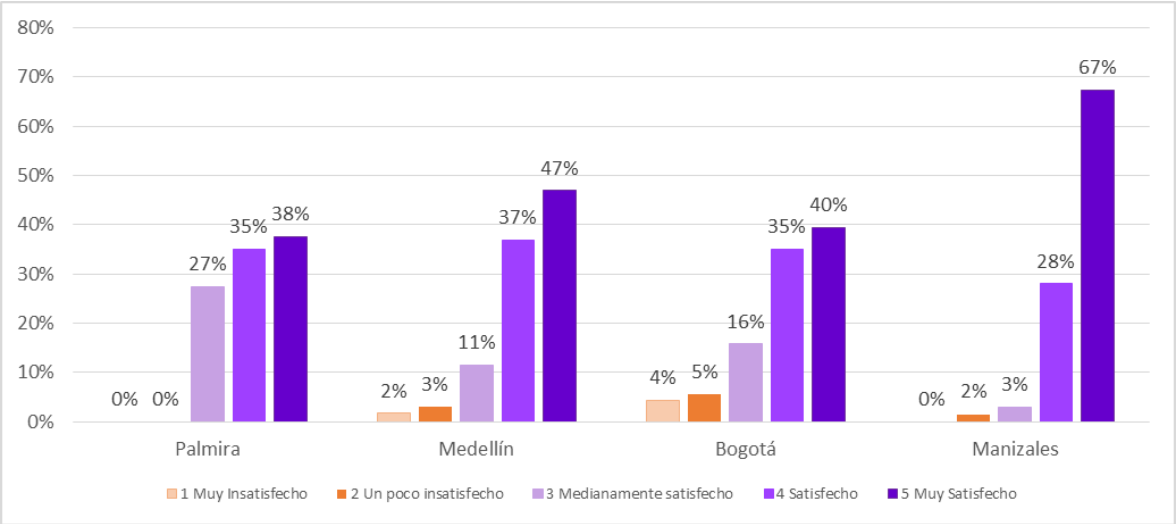
Gráfica 9. Tipo de dificultad en autorizaciones



Fuente: Encuesta de Satisfacción

Atributos de calidad en Red Externa

Gráfica 10. Satisfacción General con Red Externa



Fuente: Encuesta de Satisfacción

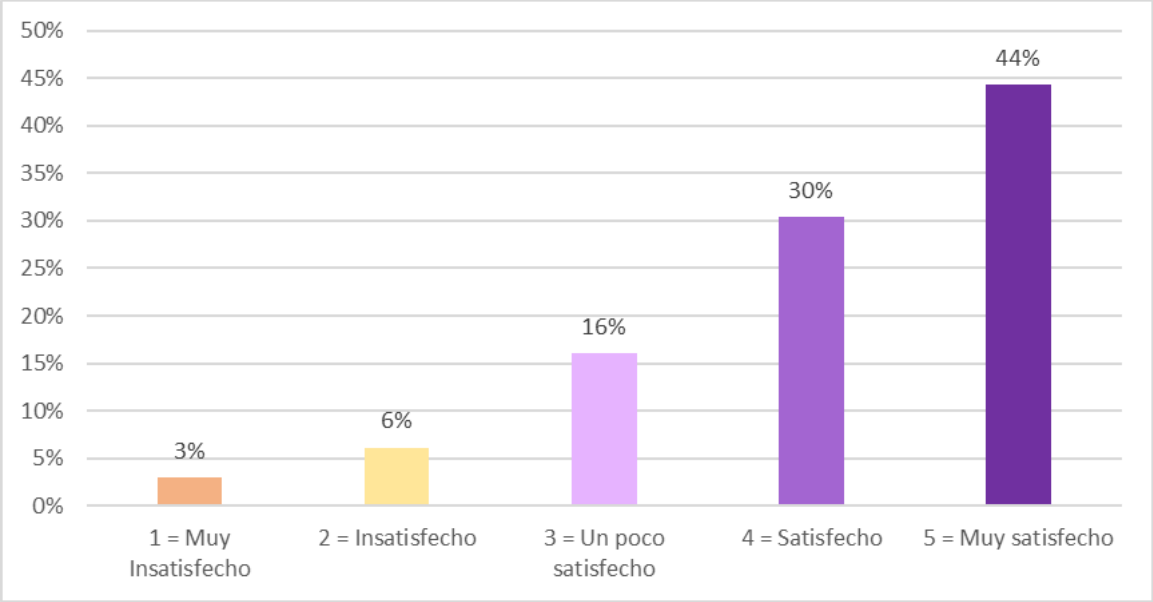
Referente a la red externa se encontró que en Palmira la percepción de satisfacción es del 100%, en Medellín es del 95%, en Bogotá es el 91% y en Manizales es del 98%. La satisfacción general de los usuarios a nivel nacional con la red externa es del 94%

Tabla 12. Satisfacción General Servicios Red Externa

CRITERIOS	TOTAL
1 - Muy Insatisfecho	3%
2 - Insatisfecho	3%
3 - Un poco satisfecho	13%
4 - Satisfecho	35%
5 - Muy Satisfecho	46%

Fuente: Encuesta de Satisfacción

Gráfica 11. Percepción de Satisfacción en Prestación de Servicios de Salud – Unisalud IPS



Fuente: Encuesta de Satisfacción

A nivel nacional la satisfacción de las personas encuestadas fue del 91% con relación a la IPS de Unisalud que se encarga de prestar los servicios de salud de forma intramural.

Aspectos de Atención al usuario: En el caso de Atención el Usuario la satisfacción a nivel nacional es del 93%, todos los aspectos evaluados obtuvieron una satisfacción superior al 90%.

Aspectos de la consulta médica: La percepción de satisfacción relacionada con la consulta médica a nivel nacional se presenta de manera positiva, todos los atributos de calidad evaluados obtuvieron más del 93%. Los atributos evaluados a nivel nacional presentan una satisfacción general del 96%.

Aspectos de la consulta odontológica: Las personas encuestadas califican de forma positiva la satisfacción de los atributos de calidad de odontología, de tal manera que la satisfacción general con este servicio es del 96% y discriminada por atributos, se observa que cada uno obtuvo una calificación de satisfacción superior al 95%.

Aspectos del servicio de enfermería: La calificación para los servicios de enfermería mostró que la percepción de satisfacción general es del 95%. Los atributos de calidad evaluados tuvieron una calificación de satisfacción por encima del 94%.

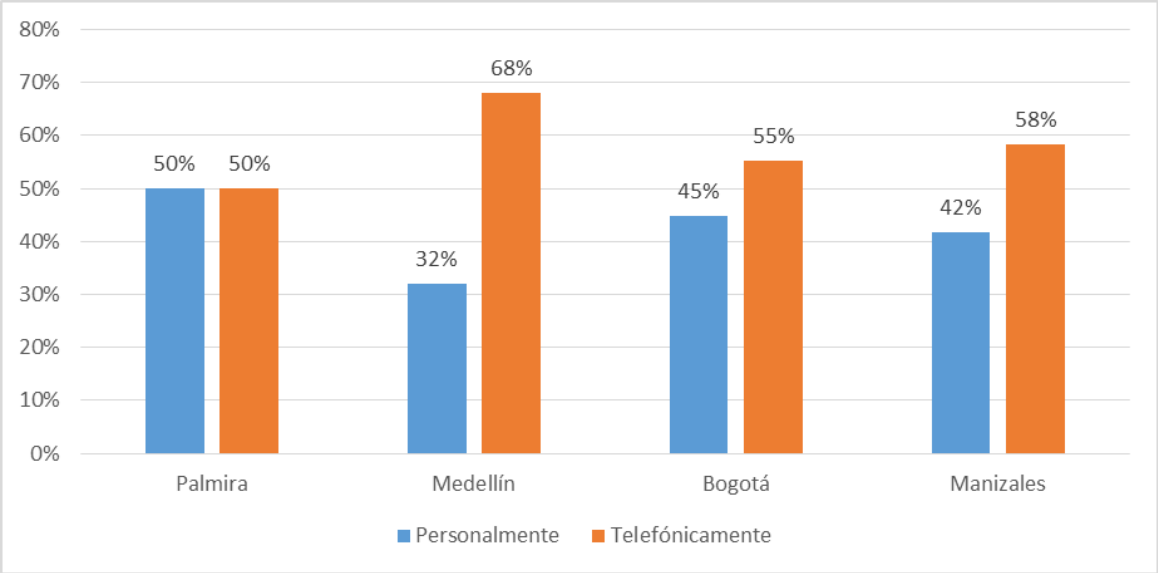
Asignación de citas médicas: La percepción relacionada con la asignación de citas médicas evaluó atributos de calidad, tiempos de espera y medios preferidos.

Referente a los atributos evaluados en la asignación de citas médicas se obtuvo una satisfacción general del 86% a nivel nacional, este resultado está por debajo de la meta que corresponde al 90%. Los atributos evaluados que tuvieron calificaciones inferiores al 90% fueron Oportunidad – atención sin retrasos con un 86%, facilidad para conseguir las citas con un 78%, cercanía para conseguir la cita con un 81%, tiempo de espera para ser atendido en ventanilla 82% y tiempo de espera antes de ser atendido telefónicamente con un 69%.

Con el objetivo de mejorar la satisfacción relacionada con la asignación de citas médicas y teniendo en cuenta que la insatisfacción es del 14%, de la cual el 63% corresponde a Bogotá y el 31% a Medellín, la Unidad viene diseñando un proyecto de call center para atender todo lo referente a citas médicas con el objetivo de eliminar la atención en ventanilla y optimizar los tiempos de espera. El lanzamiento del call center se realizará durante el primer semestre del año 2018, inicialmente en la sede Bogotá.

Los encuestados indicaron que el medio preferido para solicitar las citas médicas a nivel nacional es telefónicamente con un 60% seguido de presencialmente con un 40%, en la gráfica se explica la distribución por sede.

Gráfica 12. Preferencia de medio para solicitar citas médicas



Fuente: Encuesta de Satisfacción

Teniendo en cuenta que los tiempos de espera son fundamentales a la hora de seleccionar los medios preferidos, se evaluó la percepción del tiempo de espera de los usuarios durante la solicitud de cita a través de llamada telefónica y por ventanilla.

Percepción de tiempo de espera durante llamada: del 100% de los resultados a nivel nacional, se encontró que el 44% de la población encuestada percibe que el tiempo de espera antes de ser atendido en la llamada es menor de 15 minutos y el 56% manifiesta que el tiempo es superior, lo que indica que la atención en asignación de citas médica se encuentra por fuera de los indicadores de eficiencia telefónica establecidos internacionalmente, que determinan como umbral de tiempo ideal 20 segundos máximo antes de ser atendido y aunque el umbral (tiempo de espera meta o ideal) puede ser

determinado por cada organización, para la Unidad está clara la necesidad de desarrollar un plan de trabajo que permita optimizar y fortalecer el canal telefónico con el fin de brindar mayor comodidad a los usuarios. En la gráfica se muestran los diversos tiempos de espera por sede.

Referente a los tiempos de espera antes de ser atendido en ventanilla, los resultados indicaron que el 65% a nivel nacional, percibió ser atendido en menos de 30 minutos, lo que se constituye en una oportunidad de mejora para Unisalud. En la gráfica se muestran los diversos tiempos de espera por sede.

Aspectos de dispensación de medicamentos

Con relación a la dispensación de medicamentos se observó que el 85% a nivel nacional contestó que los medicamentos fueron entregados de forma oportuna y completos, el 11% indicó que fueron entregados oportunamente pero incompletos y un 4% manifestó que la entrega fue inoportuna e incompleta.

Una de las razones principales por las que se presenta dificultad en la entrega oportuna de medicamentos es que no existe disponibilidad permanente por parte del fabricante – laboratorio - para la línea institucional, esto se viene trabajando con los operadores con el objetivo de mejorar el servicio para el usuario.

Adicional a lo anterior, la planta física de Unisalud obtuvo una percepción de satisfacción positiva que indica que el 91% del total de encuestados se encuentra satisfecho, para ello se evaluaron los siguientes aspectos: comodidad, ventilación, iluminación, amplitud, aseo, seguridad y señalización en baños, salas de espera y consultorios.

MANIFESTACIONES

Las manifestaciones de nuestros usuarios son la orientación que requerimos para entender las necesidades y expectativas de nuestros afiliados, es por esto que en Unisalud tenemos un sistema de gestión de las manifestaciones que nos permite recepcionar opiniones, quejas, reclamos, denuncias, solicitudes, sugerencias, felicitaciones y cualquier otro tipo de manifestación respetuosa que desee realizar cualquier ciudadano.

Estas opiniones constituyen un importante capital de trabajo porque nos permiten el planteamiento de planes de mejora, además de ser parte del control social que toda organización pública requiere para que sus resultados respondan a lo esperado por la comunidad. Durante la vigencia 2017 se recibieron 755 manifestaciones, siendo proporcional a la cantidad de afiliados en cada sede.

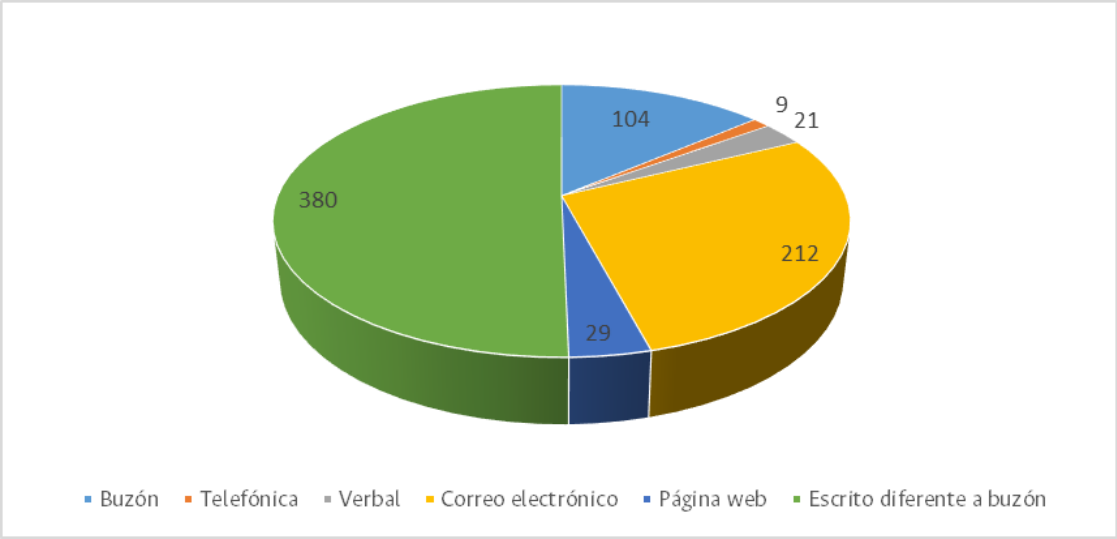
Tabla 13. Manifestaciones de los usuarios

SEDES	USUARIOS A 31 DE DIC DE 2017		MANIFESTACIONES 2017	
Bogotá	11573	65.4%	492	65%
Medellín	3720	21%	163	22%
Manizales	1473	8.3%	66	8%
Palmira	944	5.3%	34	5%
Total	17710	100%	**755**	100%

Fuente: Tabulación manifestaciones

El medio preferido para interponer manifestaciones fue el escrito a través de radicación de oficios.

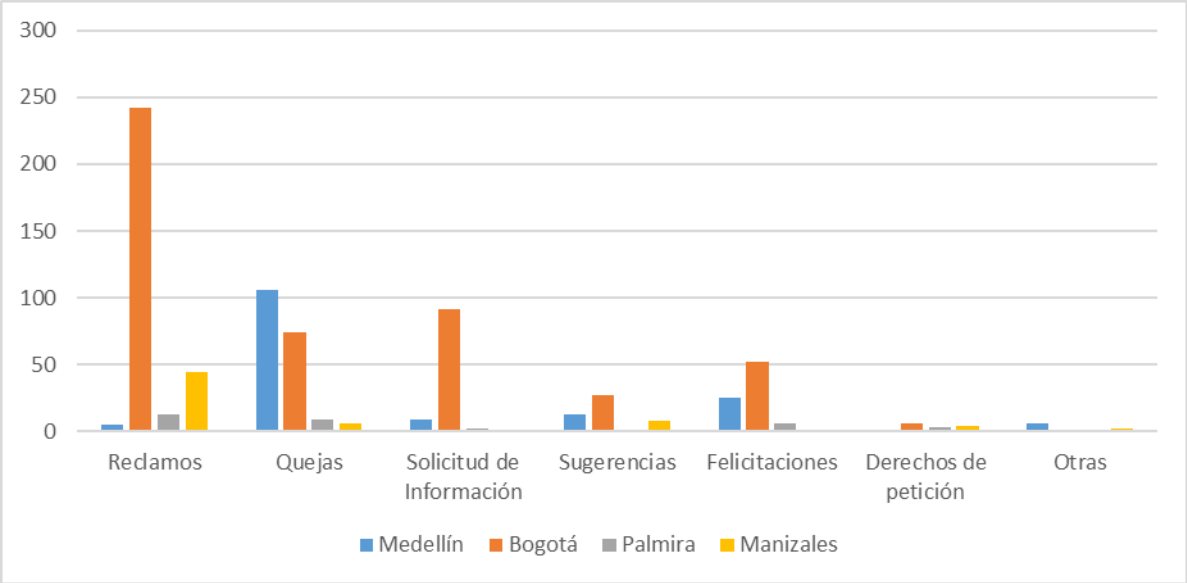
Gráfica 13. Medios para interponer manifestaciones



Fuente: Tabulación manifestaciones

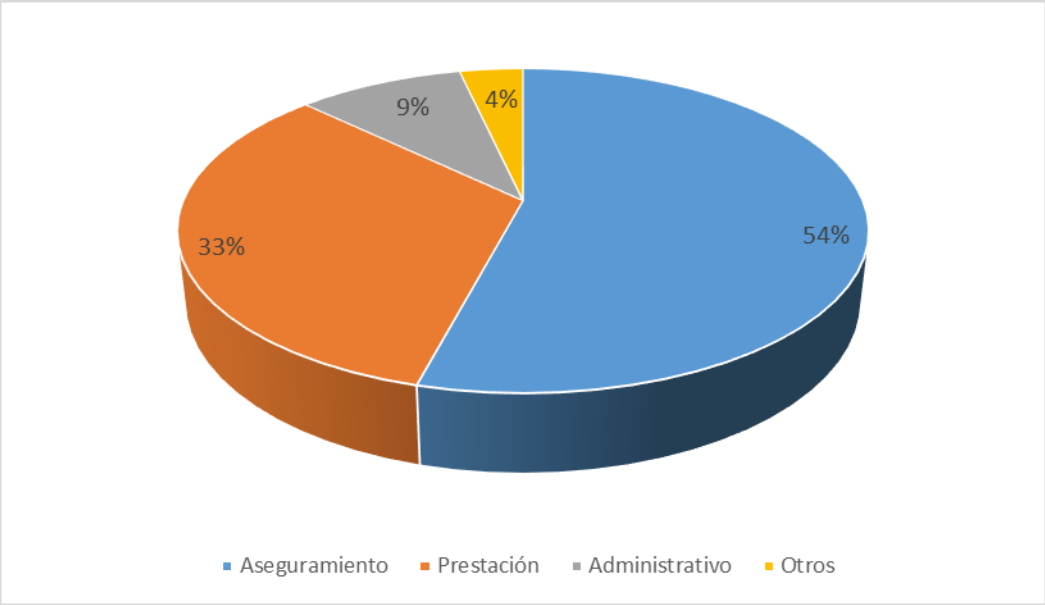
La mayor cantidad de manifestaciones recibidas correspondió a reclamos que representó un (40%) del total de las manifestaciones de la vigencia, seguido de quejas (26%), posteriormente se ubica solicitudes de información (14%), después encontramos felicitaciones (11%), sugerencias (6%), derechos de petición (2%) y otras (1%).

Gráfica 14. Tipo de manifestaciones recibidas



Fuente: Tabulación manifestaciones

Gráfica 15. Procesos que recibieron manifestaciones

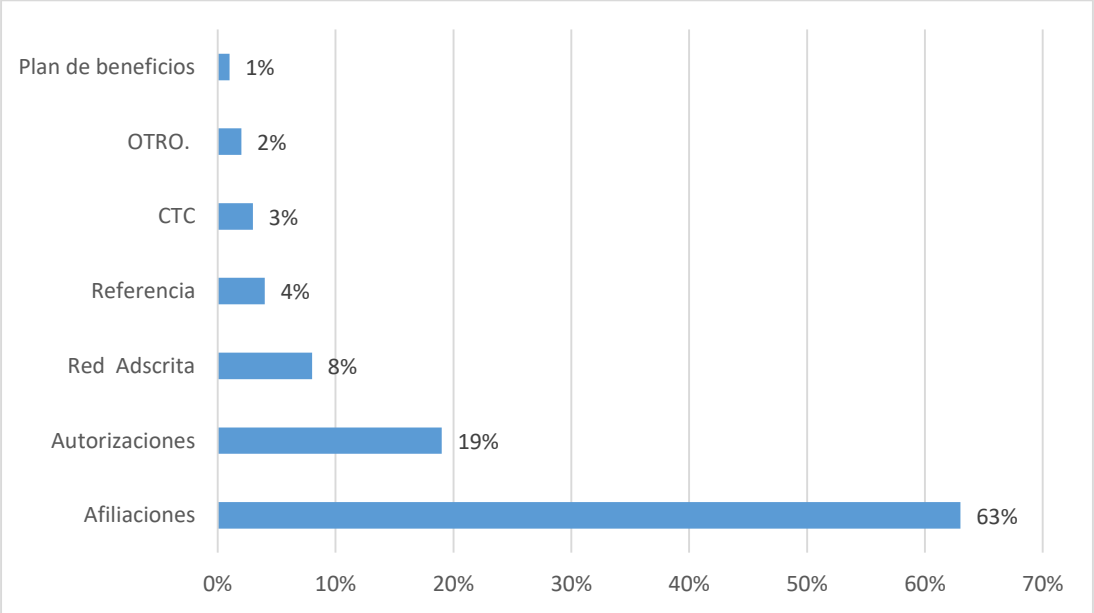


Fuente: Tabulación manifestaciones

El proceso que más recibió manifestaciones fue aseguramiento y estuvo relacionado con la Red Adscrita como se ve en la gráfica. El atributo de calidad que más se afectó fue *oportunidad y acceso a los servicios.*

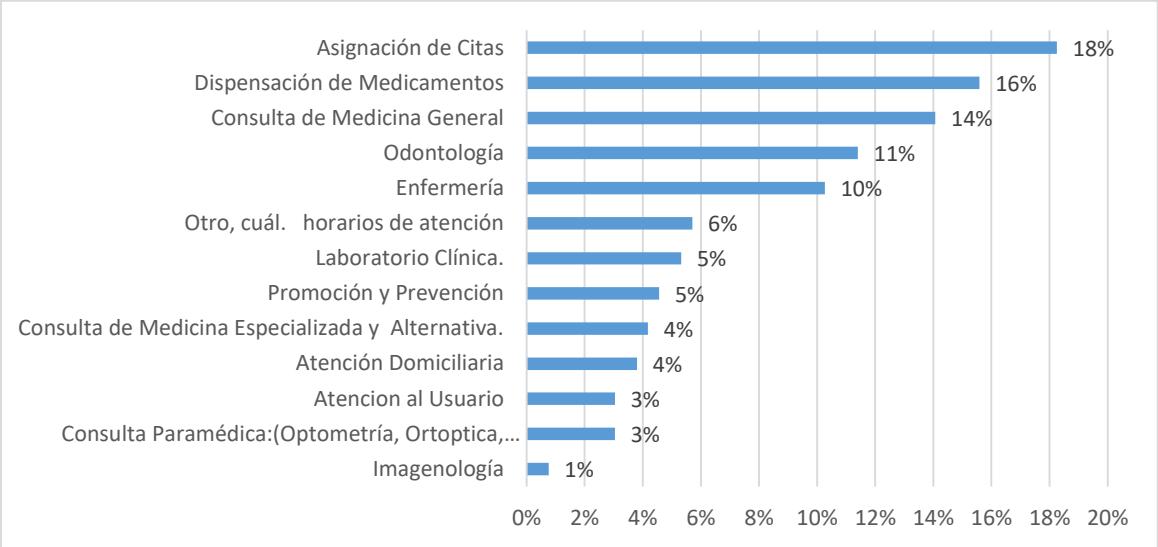
Para seguir mejorando la oportunidad se viene realizando acompañamiento de atención al usuario para la consecución de citas y se han creado canales directos entre las instituciones contratadas y Unisalud para que los procesos fluyan más rápido.

Gráfica 16. Manifestación en aseguramiento



Fuente: Tabulación manifestaciones

Gráfica 17. Manifestaciones en prestación de servicios IPS

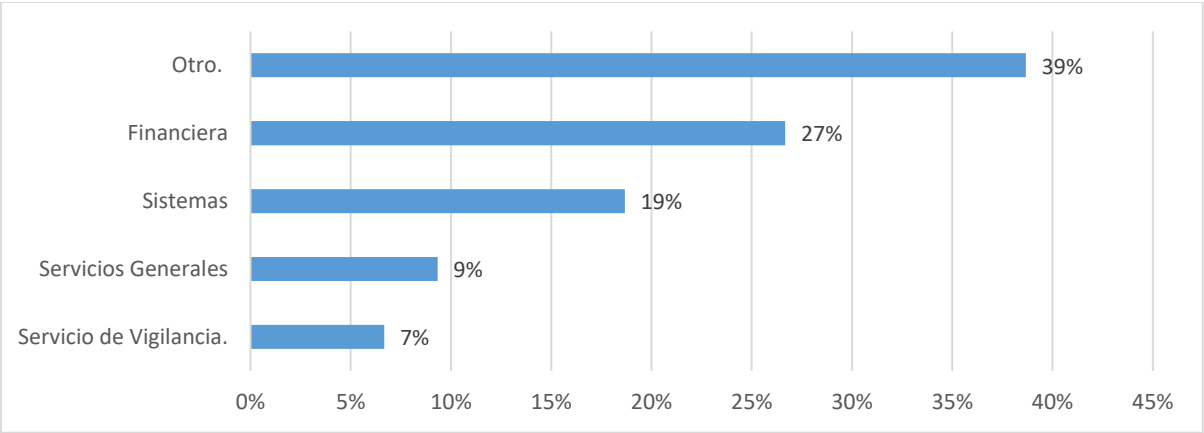


Fuente: Tabulación manifestaciones

En cuanto a la prestación de servicios las manifestaciones más frecuentes estuvieron relacionadas con asignación de citas por la oportunidad en las agendas médicas y tiempo de espera para ser atendidos telefónicamente. Del 100% de las manifestaciones interpuestas, el 79% se interpusieron en Bogotá, el 17% en Medellín y 4% en Palmira.

Desde Bogotá se está trabajando en la modificación metodológica para la asignación de citas de pacientes crónicos con el objetivo de que el usuario que asiste a consulta, se lleve la siguiente cita asignada de forma inmediata y no tenga que realizar el proceso de solicitud de cita posteriormente. Adicionalmente se está realizando fortalecimiento del canal telefónico para que durante el 2018 se disminuyan los tiempos de espera.

Gráfica 18. Manifestaciones en administrativo



Fuente: Tabulación manifestaciones

Las manifestaciones relacionadas con las áreas administrativas que se ubican en la categoría *otro* que representan un 39%, incluyen manifestaciones dirigidas a otras dependencias o instituciones y felicitaciones por una actividad educativa realizada a los pensionados afiliados sobre el uso del computador e internet. Las manifestaciones ubicadas en la categoría *Financiera* (27%) hacen referencia a dificultades específicamente de la Sebe Bogotá; la primera es sobre la atención en caja, para lo cual se

realizaron planes de contingencia en momentos de alto flujo de usuarios, adicionalmente se dispuso de más personal para la atención en ventanilla; la segunda razón fue el estado de los baños, ya que hace varios años se encuentran deteriorados y debido a la programación de un reforzamiento estructural, la Dirección de Ordenamiento y Desarrollo Físico de la Sede Bogotá, había conceptuado en varias ocasiones que no era procedente una remodelación. Durante esta vigencia se realizaron varias gestiones y finalmente la Dirección de Desarrollo Territorial entregó directriz sobre cómo se puede realizar la adecuación de los baños que será realizada durante la vigencia 2018.

Manifestaciones más frecuentes

- Bogotá

  Falta de amabilidad y agilidad en el proceso de autorizaciones: El alto volumen de usuarios que se atiende diariamente en esta sede hace que la atención sea muy compleja, es por esto que para la vigencia 2018 se tiene programada la aplicación de la herramienta Unisalud Virtual, que permitirá la realización de trámites en línea y de esta manera se descongestionará la ventanilla de autorizaciones. La herramienta se utilizará inicialmente en Bogotá y posteriormente será usada en todas las sedes.

  Falta de oportunidad en citas y demora en atención para asignación de citas: Después de analizar las necesidades de la sede se viene diseñando una nueva metodología que permitirá la asignación permanentemente, sin que se dependa de la apertura de agendas. Adicionalmente se está trabajando en la implementación de un call center para fortalecer la atención telefónica y a través de esta canal realizar de forma exclusiva la asignación de citas.

- Medellín

  Falta de amabilidad del personal: Con el objetivo de mejorar la atención del personal se han adelantado diversas capacitaciones y retroalimentaciones sobre cómo debe ser un buen servicio a través de la campaña de Humanización del Servicio.

  Dificultades en la dispensación de medicamentos: Durante la vigencia 2017 se realizó el cambio de operador para la dispensación de medicamentos. Mientras el nuevo operador se adaptaba, se presentaron inconvenientes en las entregas. Para disminuir las dificultades, se realizó seguimiento permanente al operador logrando que al finalizar la vigencia las manifestaciones sobre este tema disminuyeran considerablemente.

- Manizales y Palmira

  En el caso de estas sedes no se presentaron manifestaciones más frecuentes, las diversas manifestaciones presentadas surgieron como casos aislados a los que se les dio solución

MORBILIDAD

MORBILIDAD NACIONAL CONSOLIDADA

Para la vigencia 2017 el perfil de morbilidad en UNISALUD incluyó las atenciones realizadas en las IPS propias y en las entidades de la red adscrita permitiendo realizar un análisis más integral con el fin de permitir a la Unidad dirigir actividades en la prevención, manejo y seguimiento de las enfermedades de

reciente diagnóstico, disminuyendo las complicaciones y el impacto en la calidad de vida de nuestros afiliados. El éxito de las estrategias desplegadas en vigencias anteriores para garantizar la calidad de los RIPS reportados por la red externa, han sido una herramienta clave en este aspecto.

Tabla 14. Morbilidad UNISALUD vigencia 2017 sin diagnósticos odontológicos

CODIGO DX	DESCRIPCION CODIGO DX	PACIENTES	PORCENTAJE
I10X	Hipertensión esencial primaria	3384	19,11%
E039	Hipotiroidismo no especificado	1667	9,41%
E782	Hiperlipidemia mixta	1198	6,76%
E669	Obesidad no especificada	1073	6,06%
H522	Astigmatismo	999	5,64%
E780	Hipercolesterolemia pura	960	5,42%
H524	Presbicia	939	5,30%
E119	Diabetes mellitus no insulinodependiente sin mención de complicación	747	4,22%
N40X	Hiperplasia de la próstata	614	3,47%
M545	Lumbago no especificado	609	3,44%

Fuente: Planeación y sistemas de la información

La tabla anterior permite verificar que ocho (8) de las diez primeras causas de morbilidad en la vigencia 2017 se mantienen sin variación y corresponden en general a patologías crónicas precursoras de enfermedad cardio-cerebro-pulmonar y de enfermedades catalogadas como de alto costo como son: hipertensión esencial primaria, hiperlipidemia, obesidad y diabetes mellitus, lo que guarda relación estrecha con el perfil demográfico de la población afiliada y la frecuencia y concentración de los servicios autorizados en el periodo.

La ocurrencia constante de estas patologías nos lleva a enfrentar situaciones de salud más complejas como lo son la insuficiencia renal crónica, los accidentes cerebro vasculares, entre otras complicaciones con el consecuente impacto en primera instancia en el usuario afectándole su calidad de vida, sus años de vida útil y a la Unidad aumentando los costos en intervenciones de mayor complejidad.

Como medida preventiva, la Unidad viene trabajando en realizar un diagnóstico temprano y el control de estas patologías, a la espera que, en un mediano plazo, se evidencie disminución de las complicaciones de los afiliados. Durante la vigencia 2017 se replanteó la herramienta de tamizaje de riesgo en salud y se inició la reformulación de las actividades y programas de Protección Específica y Detección Temprana (PE y DT), los cuales de acuerdo a lo proyectado serán desplegados en 2018.

Para la vigencia 2017observamos que astigmatismo y presbicia, han ascendido en la tabla de morbilidad probablemente como efecto de las estrategias de tamizaje en salud visual desplegadas en las sedes.
Los trastornos climatéricos y la artrosis permanecen dentro de los veinte (20) primeros lugares.

Dada la constante presencia en las últimas vigencias de la infección de vías urinarias en el perfil de morbilidad y dentro de las diez primeras causas de egreso y con el ánimo de fortalecer las habilidades de los equipos de salud de las sedes en lo referente al manejo de esta patología durante el mes de mayo se realizó capacitación en el uso racional de antibióticos por parte de la Facultad de Medicina de la Universidad.

Tabla 15. Demanda de servicios por grupo diagnóstico UNISALUD 2017

GRUPO DX	DESCRIPCION GRUPO DX	SERVICIOS	PORCENTAJE	% ACUMULADO
Total 53	Total Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	11267	14,17%	14,17%
Total 36	Total Enfermedades hipertensivas	7662	9,63%	23,80%
Total 33	Total Enfermedades del ojo y sus anexos	6119	7,69%	31,50%
Total 31	Total Trastornos mentales y del comportamiento	3822	4,81%	36,30%
Total 63	Total Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	2923	3,68%	39,98%
Total 103	Total Fractura de los dientes	2605	3,28%	43,25%
Total 70	Total Otras dorsopatias	2389	3,00%	46,26%
Total 65	Total Artrosis	2164	2,72%	48,98%
Total 32	Total Enfermedades del sistema nervioso	2112	2,66%	51,63%
Total 30	Total Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias	1993	2,51%	54,14%

Fuente: Planeación y sistemas de la información

La tabla anterior evidencia el número de servicios asociados a grupo diagnóstico, el cual se correlaciona con el perfil demográfico y constituye una herramienta al momento de planear las actividades y la contratación de la red de prestadores para 2018. En ella se aprecia, además, la magnitud de la demanda de los servicios odontológicos por parte de nuestra población, cuyo grupo diagnóstico representa el 14.17% del total de los servicios prestados en 2017.

En ella se evidencia como 6 de los 10 primeros grupos diagnósticos están relacionados con el envejecimiento y con patologías que para su cabal atención le generan a la Unidad un alto costo, como ejemplo se encuentran las patologías de los ojos que obligan en muchos casos al implante de lentes intraoculares o la aplicación de terapias antiangionénicas entre otras intervenciones oftalmológicas.

Resulta importante profundizar sobre la alta frecuencia de uso de los servicios relacionados con los trastornos mentales, los cuales van en incremento a través de los años, situación generada por diferentes razones entre las que se encuentra el uso y abuso de sustancias psicoactivas, los diagnósticos más tempranos relacionados con trastornos de depresión, demencia y ansiedad y el aumento en el diagnóstico producto de las actividades dirigidas a los profesionales.

Con el fin de disminuir la tasa de complicaciones por esta causa en nuestros afiliados, se ha implementado en la herramienta de tamizaje de riesgo una sección dirigida al diagnóstico temprano de patologías y trastornos no diagnosticados.

En respuesta al posicionamiento de los trastornos mentales y del comportamiento en los primeros lugares de la demanda de servicios por grupo diagnóstico evidenciado en las últimas vigencias, durante el año 2017 se replanteó el Programa de Salud Mental; sin embargo, su implementación ha sido pospuesta ante el inminente despliegue de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, de obligatorio cumplimiento en el territorio nacional y que podrán generar cambios en la estrategia propuesta en Unisalud.

SEDE BOGOTÁ

En concordancia con el perfil demográfico de la población afiliada y los datos obtenidos en vigencias anteriores, el perfil de la sede incluye entre las diez patologías más frecuentemente diagnosticadas procesos crónicos y/o degenerativos sin mayor variabilidad frente a la morbilidad nacional en Unisalud.

Estos hallazgos soportan claramente que las acciones desarrolladas desde el programa Vivir y el área de PE y DT son pertinentes para la población afiliada.

Tabla 16. Morbilidad Unisalud Sede Bogotá 2017

CODIGO DX	DESCRIPCION CODIGO DX	PACIENTES	PORCENTAJE
I10X	Hipertensión esencial primaria	2049	4,71%
E039	Hipotiroidismo no especificado	1300	2,99%
H522	Astigmatismo	840	1,93%
E669	Obesidad no especificada	767	1,76%
H524	Presbicia	742	1,71%
E785	Hiperlipidemia no especificada	550	1,27%
E782	Hiperlipidemia mixta	526	1,21%
E119	Diabetes mellitus no insulinodependiente sin mención de complicación	464	1,07%
N40X	Hiperplasia de la próstata	442	1,02%
M545	Lumbago no especificado	436	1,00%

Fuente: Planeación y sistemas de la información

La presencia de astigmatismo y presbicia entre los primeros lugares es atribuida a las actividades en salud visual desplegadas por la sede.

Como oportunidades de mejora tenemos la necesidad de incrementar el número de sesiones educativas dirigidas al equipo de trabajo frente a actividades en Salud Pública, la ampliación de las coberturas en PYD con el fin de impactar en la disminución de las patologías más frecuentes y en sus posibles complicaciones.

Persiste la necesidad de contar con un sistema de información más amigable que permita la integración de la información geográfica y clínica de los afiliados, así como la obtención de datos para generar no solo el informe de Morbilidad, sino los demás informes propios y de los reportes de obligatorio cumplimiento para direccionar de manera precisa las acciones y recursos en beneficio de nuestros afiliados.

SEDE MEDELLÍN

Tabla 17. Morbilidad Unisalud Sede Medellín 2017

CODIGO DX	DESCRIPCION CODIGO DX	PACIENTES	PORCENTAJE
I10X	Hipertensión esencial primaria	963	10%
E782	Hiperlipidemia mixta	613	6%
E780	Hipercolesterolemia pura	468	5%
E119	Diabetes mellitus no insulinodependiente sin mención de complicación	222	2%

CODIGO DX	DESCRIPCION CODIGO DX	PACIENTES	PORCENTAJE
E669	Obesidad no especificada	218	2%
E039	Hipotiroidismo no especificado	206	2%
H578	Otros trastornos especificados del ojo y sus anexos	159	2%
H524	Presbicia	133	1%
I251	Enfermedad aterosclerótica del corazón	123	1%
E109	Diabetes mellitus insulinodependiente sin mención de complicación	113	1%

Fuente: Planeación y sistemas de la información

Para el año 2017 continúan dentro de las 10 primeras causas de morbilidad, la hipertensión arterial primaria, dislipidemia, diabetes mellitus y la enfermedad arterioesclerótica del corazón; aunado a lo anterior, se encuentra que asciende en el perfil de morbilidad otra patología relacionada con incremento en el riesgo cardiovascular como es la obesidad.

Por lo anterior, acorde con las primeras causas de egresos hospitalarios y con el perfil epidemiológico de la población, la sede se ve en la obligación de fortalecer el programa de Riesgo Cardiovascular, realizando seguimiento permanente al cumplimiento de metas y a la adherencia de los afiliados a las diferentes actividades del programa dirigidas a facilitar la apropiación de estilos de vida saludable.

Debemos resaltar que en las dos últimas vigencias se ha evidenciado un incremento de 3% anual en el número de pacientes inscritos en este programa; en el año 2015 contaba con 1508 pacientes inscritos, en el año 2016 1553 pacientes y en el año 2017 1600.

Como parte de las fortalezas percibidas en la sede en este aspecto tenemos los programas de PE y DT posicionados, la consulta de medicina general en la IPS propia, la accesibilidad y oportunidad en las IPS de la red adscrita, personal médico-asistencial capacitado, idóneo y comprometido. Además de conocimiento de las patologías, entorno familiar y social de la población afiliada. Se resalta que en el último trimestre de 2017 se complementó el grupo de profesionales asistenciales con la contratación de un especialista en medicina interna.

Como oportunidades de mejora se encuentra la ampliación de la cobertura geográfica para afiliados que residen fuera de la zona de influencia actual de la red, la captación de afiliados no consultantes, la mejora en la adherencia de los afiliados a los programas, los tratamientos y a estilos de vida saludable.

Se evidencia la necesidad de trabajar en el apoyo a la construcción de redes para población adulta mayor sin soporte familiar, para mejorar la adherencia al tratamiento de las patologías crónicas, en la re implementación de actividades educativas grupales e individuales en pro de la detección de riesgos y apoyo al cuidado y manejo de las patologías ya establecidas, y en el establecimiento de canales efectivos de comunicación con las IPS de la red adscrita que garanticen la accesibilidad y oportunidad en las atenciones requeridas por los usuarios, disminuyendo así las barreras de acceso.

SEDE MANIZALES

Tabla 18. Morbilidad Sede Manizales 2017

CODIGO DX	DESCRIPCION CODIGO DX	PACIENTES	PORCENTAJE
J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	125	3%
I10X	Hipertensión esencial primaria	111	3%

CODIGO DX	DESCRIPCION CODIGO DX	PACIENTES	PORCENTAJE
J304	Rinitis alérgica no especificada	103	2%
E039	Hipotiroidismo no especificado	67	2%
E669	Obesidad no especificada	67	2%
N40X	Hiperplasia de la próstata	65	1%
M199	Artrosis no especificada	63	1%
M545	Lumbago no especificado	61	1%
N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	59	1%
H527	Trastorno de la refracción no especificado	54	1%

Fuente: Planeación y sistemas de la información

Acorde con las características ambientales de la zona de influencia de la sede, durante el año 2017 las afecciones respiratorias virales agudas y las alérgicas ocuparon los primeros lugares como causa de morbilidad en la Sede Manizales, seguido de cerca por enfermedades crónicas y degenerativas.

Figura dentro del listado de morbilidad como nuevo diagnostico la infección de vías urinarias en concordancia con lo observado como principales causas de hospitalización como complicación de otras patologías, como la hiperplasia prostática benigna y diabetes mellitus.

La aparición de la Infección de Vías Urinarias - IVU dentro de las causas de morbilidad y como la primera causa de hospitalización en la sede, obliga a fortalecer estrategias como la continuidad del programa de capacitaciones que incluya las causas de morbilidad más frecuentes, el diseño de un plan de acción que permita incidir en la ocurrencia de hospitalizaciones asociadas a este diagnóstico que incluya acciones como:

- Seguimiento a los pacientes con diagnostico ambulatorio y hospitalario de IVU para evitar la recurrencia de esta patología por inadecuado control del tratamiento
- Realizar campañas educativas que adviertan el peligro de la automedicación en caso de síntomas urinarios
- Revisión de las guías de práctica clínica relacionadas con el tratamiento de la IVU en conjunto con los médicos intramurales.
- Realizar capacitación a los médicos intramurales en la interpretación de los urocultivos
- Reporte inmediato de urocultivos positivos a los médicos tratantes por parte del laboratorio clínico.
- Desplegar actividades educativas hacia los afiliados relacionados con los factores de riesgo (estreñimiento, menopausia, hiperplasia prostática benigna entre otros)."

En beneficio de los afiliados que presentan severo compromiso de su estado de salud la sede cuenta con una entidad que presta el servicio de cuidado paliativo, comprometida con atención humanizada y con el uso racional de los recursos invertidos en el manejo de los pacientes. Por otra parte, al interior de la sede se promovió la estrategia de hospitalización en casa, mejorando las condiciones de calidad de vida y de atención de los afiliados que requieren este servicio, el fortalecimiento del Programa de riesgo cardiovascular con indicadores que evidencian buena gestión.

Durante el año 2017 se realizó una capacitación al equipo de médicos en abordaje de paciente geriátrico, como estrategia para optimizar el manejo de pacientes de este grupo etario y las patologías crónicas y degenerativas que predominan en nuestra Unidad.

Frente al reto que representan las patologías respiratorias se realizó articulación con Bienestar Universitario de la sede para implementar en Unisalud el programa Mi Vida Sin Humo.

Existen factores que limitan de manera importante la modificación del perfil de morbilidad como son: la pirámide poblacional propia y el perfil epidemiológico del departamento de Caldas que favorecen la persistencia de patología cardiovascular, específicamente la cardiopatía isquémica. Los hábitos alimenticios propios de la región que favorecen la aparición de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular tales como la Dislipidemia.

Para el 2018 se propone el diseño de una estrategia que permita fortalecer los conocimientos de los cuidadores, el diseño de estrategias educativas efectivas que impacten positivamente en los factores de riesgo asociados a hábitos alimenticios inadecuados.

SEDE PALMIRA

Tabla 19. Morbilidad Sede Palmira 2017

CODIGO DX	DESCRIPCION CODIGO DX	PACIENTES	PORCENTAJE
I10X	Hipertensión esencial primaria	261	6%
H579	Trastorno del ojo y sus anexos no especificado	142	3%
E039	Hipotiroidismo no especificado	94	2%
N189	Insuficiencia renal crónica no especificada	65	1%
J209	Bronquitis aguda no especificada	64	1%
N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	55	1%
E784	Otra hiperlipidemia	52	1%
H578	Otros trastornos especificados del ojo y sus anexos	49	1%
E119	Diabetes mellitus no insulinodependiente sin mención de complicación	48	1%
N40X	Hiperplasia de la próstata	48	1%

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

En el perfil de morbilidad continuaron en los primeros lugares los diagnósticos relacionados con riesgo cardiovascular, el 40% de la población afiliada a la Unidad tiene diagnósticos como hipertensión, diabetes o dislipidemia.

Por otra parte, los diagnósticos relacionados con problemas de salud mental siguen en aumento encontrándose dentro de las primeras 20 causas de morbilidad, por otra parte, se evidencia hospitalizaciones por estas causas.

Para atender esta problemática, se implementaron nuevas estrategias de promoción de la salud como el club de salud mental "Sembrando Salud" con el acompañamiento de psicología, enfermería y medicina general. El objetivo principal del programa consiste en generar y fortalecer una red de apoyo entre los usuarios de la sede.

Al realizar un análisis con respecto a los pacientes policonsultantes se puede observar una disminución de los pacientes con 6 o más consultas no relacionadas con programas preventivos pasando de 181 consultas en 2015, 172 en 2016 a 132 en el 2017, lo que significa una disminución en el número de consultas del 24%.

Se continúa trabajando en el diagnóstico temprano de patologías como cáncer de cérvix, mama, próstata, se dio inicio a actividades en pro del diagnóstico y manejo oportuno del cáncer de origen gastrointestinal.

Como oportunidades de mejora se identificaron en la vigencia hallazgos como: diligenciamiento inadecuado de la historia clínica, que dificulta la obtención de estadísticas sobre la situación de salud de la población; manejo médico no acorde a los protocolos y guías de atención establecidos; baja resolutividad en el nivel I de atención que genera mayor remisión a especialistas y por tanto mayor costos en ayudas diagnósticas y controles por especialistas.

EGRESOS HOSPITALARIOS[1]

Tabla 20. Comparativo de Egresos Hospitalarios 2014 - 2017

SEDE	2014	2015	2016	2017
BOGOTÁ	1763	1342	1291	1076
MEDELLÍN	357	352	351	399
MANIZALES	227	237	196	209
PALMIRA	108	72	95	66
TOTAL	2455	2003	1933	1750

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

De acuerdo con los datos reportados por las sedes para el año 2017 se produjeron 1.750 egresos hospitalarios correspondientes a 1.311 pacientes, frente a los 1.933 egresos y 1.371 pacientes reportados en la vigencia anterior, cifras que indican continuidad en la tendencia al decremento en los egresos hospitalarios, presentando para este periodo una disminución del 9.4% respecto al año anterior.

De igual forma, el número de afiliados que requirió más de una hospitalización disminuyó pasando de 361 pacientes hospitalizados en 2016 a 250 en 2017, siendo relevante anotar que el número de hospitalizaciones fue directamente proporcional al alto número de comorbilidades[2] y la complejidad de manejo de los pacientes que las requirieron.

La distribución de pacientes por número de hospitalizaciones es el siguiente: 1061 pacientes con una hospitalización en el año, 177 pacientes con dos hospitalizaciones, 60 pacientes con tres hospitalizaciones, 7 pacientes con cuatro hospitalizaciones, 3 pacientes con cinco hospitalizaciones, dos pacientes con seis hospitalizaciones y un paciente con siete hospitalizaciones.

Tabla 21. Diez primeras causas de internación hospitalaria en la vigencia 2017

DESCRIPCION CODIGO DX	# EGRESOS	DIAS ESTANCIA
Infección de vías urinarias sitio no especificado	118	767
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada	45	291
Insuficiencia cardíaca congestiva	39	252
Hiperplasia de la próstata	34	106

[1] Número de pacientes hospitalizados y dados de alta
[2] Patologías concomitantes en un mismo paciente

DESCRIPCION CODIGO DX	# EGRESOS	DIAS ESTANCIA
Neumonía bacteriana no especificada	32	305
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	31	130
Bronquitis aguda no especificada	26	183
Otros dolores abdominales y los no especificados	25	143
Hemorragia gastrointestinal no especificada	24	137
Neumonía no especificada	24	159

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

En la tabla anterior se evidencia que dentro de los diagnósticos que ocasionaron mayor frecuencia de hospitalización en el año 2017 se encuentran patologías de carácter crónico que cursaron con descompensación, enfermedades degenerativas, infecciones urinarias, respiratorias y gastrointestinales y síntomas gastrointestinales no especificados de acuerdo a nuestro perfil epidemiológico y de morbilidad. La presencia de estas infecciones asociadas a las primeras causas de hospitalización a nivel nacional, constituye una oportunidad de mejora que debe ser enfocada a estrategias informativas y educativas relacionadas con signos de alarma y de alerta temprana para los afiliados.

Los diagnósticos que con mayor frecuencia se relacionaron con más de una hospitalización en el año fueron en su orden: Infección de vías urinarias sitio no especificado, Insuficiencia cardíaca congestiva, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada, Neumonía no especificada, Infarto agudo de miocardio sin otra especificación, Bronquitis aguda no especificada, Hiperplasia de la próstata, Otros dolores abdominales y los no especificados, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada, Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

La disminución en el número de hospitalizaciones y en el número de pacientes se correlaciona con las estrategias de detección temprana, seguimiento y control de afiliados con diagnósticos de enfermedades crónicas establecidos en Unisalud en el último quinquenio.

Durante la vigencia 2017, el tablero de gestión de Egresos Hospitalarios estandarizado a nivel nacional continuó siendo una herramienta que permite a las sedes realizar el análisis y seguimiento a variables tales como: ingresos y egresos hospitalarios, promedio de estancias hospitalarias, posibles reingresos y estancias prolongadas; estas dos últimas se constituyen en alarmas preventivas de eventos adversos que son monitoreadas en forma permanente por las áreas de Aseguramiento y los auditores concurrentes de las sedes y sirven como insumo a la labor del Comité para la Seguridad del Paciente de la Universidad Nacional, del cual Unisalud forma parte activa ejerciendo la Secretaría Técnica del mismo.

SEDE BOGOTÁ

Se presentó disminución del 8% en el número de días estancia hospitalaria correspondiente a 7.097 días en 2017 frente a 7.639 para el año 2016, asociado a disminución en el número de egresos que para 2016 correspondieron a 1.291, frente a 1.076 egresos en 2017; es decir que se presentó una disminución en estos dos indicadores, que se atribuye a un mayor control en la evolución de las patologías crónicas de los afiliados como consecuencia de los programas y actividades dirigidas a esta población.

Sin embargo, comparado el costo asociado a hospitalizaciones, se evidenció un aumento del 33.5% en este rubro, pasando de $2.005.334.682 en 2016 a $2.676.991.013 en 2017, lo cual se debe básicamente al incremento tarifario y a la mayor complejidad de las patologías atendidas que obliga a

la utilización de tecnología de punta y al uso de nuevas moléculas cuyos costos afectan de manera importante los estados financieros.

Las diez primeras causas de egreso de 2017 frente a las de 2016 guardan similitud desde el punto de vista sistémico, ocupando el primer lugar las afecciones del sistema urinario, dentro de ellas: infección de vías urinarias e hiperplasia prostática, correspondiendo al 40% en el 2017 y al 36% en el 2016. Lo anterior obedece a que son diagnósticos de egreso y no de ingreso, corroborando los estudios sobre resistencia bacteriana nosocomial que está conllevando a una mayor incidencia de infecciones de vías urinarias al momento de la salida del paciente.

El segundo lugar lo ocupan las patologías del sistema respiratorio bajo como son enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía no especificada y bronquitis con un 33% en el 2017 y 27% en el 2016.

El tercer lugar presenta variación frente a la vigencia anterior, para 2017 lo ocupan las patologías del sistema cardiovascular como son insuficiencia cardiaca congestiva e infarto agudo de miocardio, a diferencia del 2016 en el cual se encontraban patologías del sistema osteoarticular como son la coxartrosis y gonartrosis.

Como fortalezas la sede cuenta con:

- La herramienta de semaforización de la red de prestadores y la canalización efectiva a las IPS con mejores tarifas y ubicación geográfica.
- Oportunidad en la prestación del servicio extramural debido a que se cuenta con una red amplia y suficiente.
- Presencia del auditor concurrente en las IPS que permite conocimiento oportuno del censo hospitalario y su respectivo seguimiento por parte de la sede, disminuyendo así las estancias hospitalarias no justificadas y racionalizando el gasto.

En el 2017 comparativamente con el 2016 se observó que la clínica de Marly, la clínica Nueva y la clínica Shaio siguen siendo las tres IPS con mayor número de atenciones y estancias hospitalarias. Durante esta vigencia se observó que la Corporación Salud UN, desplazó a la Fundación Cardio Infantil.

La presencia de la Corporación Salud UN en el cuarto puesto no sorprende toda vez que se generaron estrategias para el direccionamiento preferencial a esta IPS en todos los servicios por ella habilitados, en correspondencia a una política institucional de la Universidad. El desplazamiento de la Fundación Cardio Infantil al sexto puesto corresponde a que el abanico de servicios que oferta es muy similar al de la Corporación.

La Fundación Santa Fe de Bogotá conservó el quinto lugar ya que los servicios oncológicos durante el 2017 no eran ofertados por la Corporación Salud UN.

Los principales retos para 2018 los constituyen el fortalecimiento de actividades enfocadas en la prevención secundaria y terciaria debido a que está claramente identificado que aquellos pacientes que son hospitalizados por eventos cardio-cerebro-vasculares son aquellos que tienen como base síndrome metabólico e hipertensión arterial. Adicionalmente se requiere gestionar espacios físicos para la ampliación de cobertura de actividades de protección específica y la ampliación de la oferta de campañas dirigidas a la detección temprana de otras patologías.

SEDE MEDELLÍN

El año 2017 presentó un incremento significativo del 13.6% en el número de egresos hospitalarios con relación a la vigencia 2016. Los datos cuantitativos de años anteriores, corresponden a 2013 con 348

egresos, 2014 con 357, 2015 con 352; 2016 con 351 y 2017con 399 egresos. Este comportamiento se atribuye a que se evidenció mayor número de pacientes con patologías oncológicas, con patología crónica descompensada, patologías cardiovasculares que han requerido intervención, requerimiento de mayores estancias en unidades especiales y/o intensivas y pacientes que debutan con enfermedad avanzada de patología oncológica.

En relación a los días estancia en el 2017 se reportaron 2.077 días con un incremento del 29,8% con respecto al 2016 en el que se informaron 1.600 días, esta tendencia creciente se equipara con el aumento en el número de egresos causados para la vigencia.

Entre las primeras causas de egreso encontramos enfermedades del sistema digestivo (apendicitis, vólvulos, gastroenteritis, litiasis renal), porfiria intermitente aguda, la cual se presenta con crisis dolorosas abdominales que conlleva a múltiples hospitalizaciones y la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) descompensada, seguida de procesos infecciosos como Neumonía e Infecciones de vías urinarias.

Se evidenció para ésta vigencia el ingreso de pacientes con patología de próstata que no era predominante en el 2016, debido al aumento de intervenciones quirúrgicas y complicaciones secundarias.

Para la vigencia 2017, el 85% de los egresos hospitalarios registrados se presentaron en cuatro de los prestadores de servicios de hospitalización de alta complejidad. Este hallazgo se deriva por ser instituciones que prestan los servicios integrales, además de contar con las especialidades requeridas para el manejo de las patologías que presentan los pacientes de Unisalud, de acuerdo con la pirámide poblacional. Igualmente, son instituciones de varios años de trayectoria como prestadores de la red adscrita de Unisalud produciendo mayor adherencia en los afiliados.

Se presentaron 17 reingresos hospitalarios de un total de 399 egresos, frente a los 12 reingresos del total de 351 egresos hospitalarios en la vigencia 2016. Las causas relacionadas fueron las siguientes: paciente manejo de dolor intratable con antecedentes de bacteremia y disfunción de catéter dialítico, paciente con porfiria en crisis aguda con dolor intratable, paciente con infección del sitio operatorio, paciente con colelitiasis y paciente con reingreso de insuficiencia cardiaca descompensada.

A pesar del aumento en los indicadores señalados anteriormente, el Programa para manejo de patologías crónicas no transmisibles que cuenta con profesionales capacitados e idóneos y con pacientes adherentes a los controles y tratamientos impidió un mayor número de egresos y reingresos al captar y manejar tempranamente un buen número de pacientes con complicaciones que no llegaron a la internación

Otras fortalezas en la sede las constituye una red que cuenta con IPS de alta complejidad, servicios integrales y resolutivos, el servicio de medicina domiciliaria adscrito que apoya las altas tempranas y el manejo domiciliario de patologías de baja complejidad reduciendo el porcentaje de hospitalizaciones no pertinentes en IPS de alta complejidad.

Existen factores de riesgo no modificables que afectan negativamente los indicadores relacionados con el egreso hospitalario, como la edad, la asociación de comorbilidades, la presencia de adultos mayores que no cuentan con soporte familiar o red de apoyo que mejore la adherencia a los tratamientos y controles de sus patologías crónicas, la alta incidencia de patologías de alto costo y complicaciones de enfermedades prevalentes.

Para compensar los factores de riesgo asociados al incremento en el número y duración de las hospitalizaciones, la sede continuará reforzando las actividades para promover la gestión del riesgo (Consulta de adulto y joven sano, detección temprana de patologías tales como cáncer de mama, de

cérvix, de próstata, entre otras), fortaleciendo las actividades educativas grupales (festival de la salud) e individuales (retomar el programa de educación multidisciplinaria de pacientes diabéticos) y fortaleciendo estilos de vida saludable en paciente sano.

Para el año 2018, se realizó la gestión para la contratación de un auditor médico permanente para garantizar la auditoría concurrente con la cual se busca impactar en la pertinencia de las hospitalizaciones, gestionar altas tempranas y consolidar la información de ingresos y egresos hospitalarios.

SEDE MANIZALES

Durante el año 2017 se registraron 209 egresos hospitalarios, 6.6% más que en el año 2016 en el cual se presentaron196 egresos; el promedio de días de estancia para 2017 fue de 3,8 días que evidencia un descenso con respecto al año 2016 con 4.2 días.

El 20% de los egresos registraron estancia de un día mostrando una importante disminución de este indicador con respecto al año 2016 en el cual las hospitalizaciones de un día correspondieron al 29%.

De forma similar a los tres años anteriores, en el 2017 la infección de vías urinarias ocupo el primer lugar como causa de egreso hospitalario, esta vez con 11 casos (7 menos que el año 2016 y 12 casos menos que en el 2015) con un promedio de 3.8 días de estancia.

La segunda causa de hospitalización fue el diagnóstico de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso; en tercer lugar, la patología de vesícula biliar, en cuarto lugar, se encuentra la patología mental (depresión). Y en el quinto y sexto lugar se registran los diagnósticos de neumotórax espontaneo y neumotórax a presión con 6 ingresos correspondiente a 3 pacientes, uno de ellos con diagnóstico final de tuberculosis en paciente con artritis reumatoide en tratamiento con medicamento biológico y el otro con antecedente de distrofia muscular.

Durante el 2017 la sede fortaleció las competencias en el manejo del paciente geriátrico mediante la programación y ejecución del curso de atención al paciente geriátrico, dictado por la Universidad de Caldas con la participación del equipo de médicos y enfermeras de la IPS propia. Esta capacitación permitió fortalecer conocimientos para abordar las patologías de nuestros usuarios mayores de 75 años.

Se entablaron nuevos canales de comunicación con IPS de la red de prestadores receptivas a las sugerencias realizadas por auditoria concurrente y por las directivas de Unisalud encaminadas a hacer un uso racional de los recursos y con ánimo de convertirse en aliadas de la Unidad.

A partir del análisis de las causas de egresos hospitalarios se proyectaron para 2018 las siguientes acciones con el fin de controlar el impacto negativo de estas patologías en los afiliados:

- Implementar estrategias educativas que promuevan el reforzamiento de competencias de los médicos de la IPS propia para el abordaje integral de patologías como la infección de vías urinarias, patología gastrointestinal, entre otras.
- Fortalecer el programa de detección temprana de cáncer próstata y aumentar la cobertura de los programas para la detección temprana de otros tipos de cáncer.
- Garantizar la pertinencia en las hospitalizaciones mediante gestión de la auditora concurrente que optimice el uso de los recursos.
- Continuar el fortalecimiento de la estrategia de hospitalización en casa, la cual en la vigencia 2017 mostró disminución en los riesgos para la seguridad del paciente derivados de la atención intrahospitalaria y los costos de la Unidad.

- Diseñar un plan de acción que permita incidir en la ocurrencia de hospitalización asociadas al diagnóstico de Infección de Vías Urinarias que incluya las acciones enunciadas en el capítulo Morbilidad.
- Implementar el programa de Salud Mental.

Como factores que afectan negativamente los indicadores relacionados con egresos hospitalarios tenemos entre otros: la pirámide poblacional de afiliados en la sede constituida en un 52% por afiliados mayores de 50 años, lo que determina una tendencia creciente del riesgo de enfermar y de requerir servicios médicos de alta complejidad; el perfil epidemiológico de la región que determina que la patología cardiovascular predomine como causa de morbilidad y mortalidad conllevando a atenciones de alto costo; la oferta reducida de prestadores de servicios de salud hospitalarios en la región.

SEDE PALMIRA

Con relación a los egresos hospitalarios en el año 2017 se registraron 66 egresos frente al año 2016 en que se presentaron 95 egresos, correspondiente a una disminución del 31%, sin embargo, la sede debe aclarar que para esta vigencia se depuró el procedimiento de registro de egresos, evitando la inclusión de prórrogas en la fuente del dato.

Frente al indicador días de estancia se registraron para 2017, 397 días de estancia frente a 533 días en 2016, lo que equivale a una disminución del 25%, en cuanto al número de pacientes para el 2017 se hospitalizaron 56 afiliados y en el año 2016 68 afiliados, correspondiente a disminución del 18% en el indicador.

Para el periodo estudiado se presentó descenso evidente en el número de hospitalizaciones en Unidad de Cuidados Intensivos - UCI, relacionadas con eventos de riesgo cardiovascular; es así como en el 2016 de las 6 hospitalizaciones de pacientes que requirieron manejo en UCI, se pasó a 0 hospitalizaciones en UCI en el año 2017 relacionadas con el mismo riesgo.

Con respecto al impacto asociado al programa de riesgo cardiovascular se puede establecer que, en pacientes activos, se disminuyó en un 27% los casos de hospitalización relacionados con estos eventos y disminuyeron en un 100% las hospitalizaciones en UCI.

En la vigencia se encontró que, de los 5 pacientes de mayor costo hospitalario, 2 corresponden a afiliados a la sede Bogotá y 3 a la sede Palmira; de estos últimos, uno se relaciona con riesgo cardiovascular cuyo diagnóstico se hizo de manera temprana en consulta externa y fue llevado a procedimiento quirúrgico de manera ambulatoria, sin requerir hospitalización en UCI.

Para esta vigencia aun cuando se tuvo un menor número de pacientes hospitalizados correspondiente al 27% menos que en el 2016, el costo no presentó mayor variabilidad debido a la complejidad de las patologías y manejos que requirieron los afiliados.

Para la vigencia 2018 se han planteado estrategias para minimizar el riesgo que representa el costo elevado de las estancias hospitalarias, entre ellas:

- Continuar con el fortalecimiento de los programas de riesgo cardiovascular y cáncer para impactar de manera positiva en la salud de los usuarios y por tanto disminuir el número de egresos hospitalarios.
- Incrementar en un 30% los pacientes inscritos en el programa de riesgo cardiovascular, y en un 50% en los pacientes con diagnóstico de cáncer.

MORTALIDAD

Tabla 22. Mortalidad Unisalud 2014-2017

SEDE	2014			2015			2016			2017		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
BOGOTÁ	54	78	132	48	56	104	59	61	120	58	47	105
MEDELLÍN	18	12	30	13	19	32	12	20	32	17	20	37
MANIZALES	6	6	12	4	5	9	4	7	11	8	1	9
PALMIRA	6	5	11	2	6	8	3	2	5	3	1	4
TOTAL	84	101	185	67	86	153	78	90	168	85	69	155

Fuente: Planeación y Sistemas de Información

Durante el 2017 se registró disminución del 8.3% en la mortalidad frente a la vigencia anterior en la cual se había encontrado a su vez aumento de la mortalidad del 9.8% con respecto a la vigencia 2015.

La distribución de los pacientes fallecidos en la vigencia 2017 de acuerdo al género presentó inversión en la relación frente al comportamiento de la vigencia anterior, con predominio fallecidos del sexo masculino con el 55.4% y 44.5 para el femenino, cifras que se asimilan al comportamiento nacional de 2016 según las cifras presentadas por el Departamento Administrativos Nacional de Estadística - DANE.

El promedio de edad para este indicador en 2017 fue de 80.7 años para mujeres y 75.4 años para hombres, el cual al ser comparado evidencia que el promedio de edad supera el indicador de esperanza de vida en Colombia del DANE para 2015, el cual corresponde a 77.1 años en mujeres y 70,95 años en hombres.

A la fecha de construcción del presente informe y a pesar de las gestiones realizadas ante el DANE y el Ministerio de Salud y Protección Social, no se obtuvo acceso a los datos de los certificados de defunción de los afiliados a Unisalud, por ello, en el 2017 Unisalud implementó estrategias para aumentar la recolección de datos relacionados con la mortalidad de sus afiliados y con el análisis estandarizado de la mortalidad en la institución. Como resultado de esta estrategia, se mejoró el registro de causa de muerte pasando de un 40.5% a un 20.1% en el registro de causa no disponible aumentando la confianza de los datos publicados a continuación.

Tabla 23. Diez primeras causas de mortalidad Unisalud 2017

CIE10	DESCRIPCION CODIGO DX	F	M	Total
I219	Infarto agudo de miocardio sin otra especificación	6	10	16
J159	Neumonía bacteriana no especificada	3	4	7
J441	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada	4	2	6
J960	Insuficiencia respiratoria aguda	2	2	4
I509	Insuficiencia cardiaca no especificada	1	2	3
N180	Insuficiencia renal terminal	3		3
J969	Insuficiencia respiratoria no especificada	1	2	3
J189	Neumonía no especificada	2	1	3
C349	Tumor maligno de los bronquios o del pulmón parte no especificada	1	2	3
I442	Bloqueo aurículo ventricular completo	1	1	2

Fuente: Planeación y Sistemas de Información

Para esta vigencia se encuentra que de los 155 fallecidos, 131 presentan registro de causa de muerte (79.9%), sin embargo, debido a que un mismo diagnóstico puede ser registrado con diferentes códigos según la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10, se observa dispersión al momento de realizar la consolidación de la información.

En la tabla anterior se presentan las causas más frecuentes de acuerdo al CIE 10, corroborando el peso de las patologías crónicas y oncológicas en la mortalidad de los afiliados a Unisalud. Llama la atención el diagnóstico de neumonía que ocupa el segundo y el octavo lugar con un total de 10 reportes en la vigencia, tema que amerita un análisis a estos fallecimientos con el fin de tomar las conductas pertinentes.

Del total de las muertes con causa conocida, la patología cardio-cerebro-vascular 44 reportes (28.5%) de los cuales el infarto agudo de miocardio corresponde a 19 reportes (12.3%), la patología oncológica presenta 29 de los reportes (18.8%); la enfermedad pulmonar crónica 9 reportes (5.8%), en consonancia con el perfil de morbilidad de los afiliados.

Respecto al tipo de afiliación, se encuentra que de los 155 fallecidos, 44 corresponden a beneficiarios (28.6%) y 111 a afiliados cotizantes (71.4%), conservando la tendencia de años anteriores.

El comportamiento por sedes es el siguiente:

SEDE BOGOTÁ

El número de fallecimientos en el 2017 (105) aumento en un caso con relación al año 2015 y disminuyó en 15 casos con relación al 2016 (120), lo cual corresponde a un 12.5% menos.

Con relación a la proporción de fallecimiento por género se observa que en el 2017 predominaron los fallecimientos en el género masculino con un 55% frente a un 45% género femenino; relación inversa a la encontrada en el 2016 (fallecido género femenino 51% y 49% género masculino).

De los 31 diagnósticos reportados encontramos que los relacionados con patologías pulmonares ocupan el primer lugar (8) con un 26%; el segundo lugar lo comparte patologías del sistema cardiovascular y vascular periférico con 6 casos cada uno, correspondiendo a un 19% para cada grupo. Y el tercer lugar lo ocupa patologías oncológicas con 5 casos. Lo anterior muestra que las principales causas de muerte en Unisalud están relacionadas con patologías propias del envejecimiento de la población.

Se presentó mejoría en la captura del dato respecto a la vigencia anterior como resultado de la gestión realizada por las áreas de referencia y contrarreferencia, afiliaciones y epidemiología, que conjuntamente trabajaron para obtener la información del diagnóstico.

Sin embargo, debido a que los usuarios que no fallecen en instituciones hospitalarias se dificultó la captura del diagnóstico de muerte teniendo en cuenta que tanto el certificado de defunción como el registro civil de defunción no cuentan con esa información. Se realizó contacto con los familiares de los afiliados fallecidos encontrando en algunos casos desconocimiento de la causa de muerte.

Para la vigencia 2018 se emprenderán nuevas acciones que permitan registrar el diagnóstico de muerte de la fuente del dato, estableciendo comunicación con las entidades o profesionales generadores del Certificado de defunción para su registro en la historia clínica.

SEDE MEDELLÍN

El número de fallecidos durante el 2017 fue de 37 pacientes, en comparación con 28 fallecidos el año anterior, presentándose un incremento del 32,1 %.

La primera causa de mortalidad corresponde a tumores malignos y neoplasias con un 32,4%, causa de muerte que disminuyó en un 3% comparativamente al año 2016. La segunda causa de mortalidad corresponde a enfermedades del sistema respiratorio y del sistema cardiovascular con un 19,4% para cada una, y en el tercer lugar se registran las enfermedades del sistema renal con un 8%.

Las causas de mortalidad por patologías del sistema cardiovascular, se incrementaron para el año 2017 debido a patologías no prevenibles tales como ruptura de aneurisma y enfermedades cerebrovasculares en pacientes adultos mayores, con comorbilidades múltiples que disminuyen la tasa de sobrevida y con factores de riesgo no prevenibles (edad, sexo, raza, factores hereditarios, antecedentes familiares y personales) que pueden incidir en la mortalidad por dichas causas.

Aunque para el año 2017 hay una leve disminución en el número de defunciones por tumores malignos, se observa que, de las 12 defunciones por este tipo de patologías, el 75% de los fallecidos por esta causa presentó un promedio de edad de 78 años, similar a la presentada para el año 2016, lo que permite suponer que el manejo integral de los pacientes con enfermedad oncológica mejora la sobrevida.

Durante la vigencia 2017 la edad promedio de fallecimiento de los pacientes de la sede fue de 78,45 años, mientras para el año 2016 fue de 81 años, manteniéndose por encima de la esperanza de vida en Colombia según el DANE en 2015, producto del impacto positivo de los programas ofrecidos en la sede por personal médico asistencial capacitado, idóneo y comprometido con la salud de los usuarios. Igualmente, se atribuye a la contratación de una red externa suficiente y de alto nivel de complejidad que permite el manejo integral de los afiliados a la Unidad.

Analizando los pacientes fallecidos por patología oncológica se encuentran usuarios entre 50 y 55 años y en dos de ellos se encontró como posible causa de defunción, la demora en la solicitud de consulta y la negación a continuar la terapia establecida. Se evidencia el riesgo que revisten los pacientes no consultantes y los no adherentes a los tratamientos ordenados por el médico tratante.

Para el año 2018 se buscará intervenir oportunamente los factores de riesgo modificables mediante la educación continua grupal e individual (consulta médica), el fortalecimiento del diagnóstico temprano de patologías no transmisibles, la búsqueda activa de pacientes no consultantes y el seguimiento al cumplimiento de planes de tratamiento en pacientes con diagnóstico de una patología que puede llegar a ser mortal.

SEDE MANIZALES

Durante el año 2017 se registraron 9 fallecimientos, 22% menos que en el 2016, año en el cual se registraron 11 defunciones e igual número que en el 2015 cuando se registraron 9 casos. El número de usuarios fallecidos se encuentra dentro del promedio observado desde el año 2012.

El promedio de edad de muerte fue de 83 años, es decir 10 años más que el observado en el año 2016 (73 años), registrando un incremento gradual de la edad promedio de muerte, acorde con el incremento de la expectativa de vida. No se registraron fallecimientos de personas jóvenes.

En cuanto a la distribución por sexo el 88% corresponde al sexo masculino y el 13% al femenino mientras que en 2016 el 63% correspondió a mujeres y el 36% a hombres.

Analizando las causas de muerte se registra que, el 44% falleció por patologías como infarto agudo de miocardio y enfermedad cerebrovascular y el 12% a cáncer, comportamiento similar al observado en el año 2016 (45% y 18% respectivamente).

SEDE PALMIRA

Para el año 2017 se reportaron cuatro fallecimientos que generan disminución en la mortalidad con respecto al año 2016 donde fueron 5 muertes.

Respecto al tipo de afiliación, los fallecidos corresponden a 2 cotizantes y 2 beneficiarios; se presentó la muerte de una mujer y 3 hombres, con edades comprendidas entre los 65 y los 89 años.

Las causas de defunción corresponden a:

1. Heridas múltiples de la cabeza por arma de fuego
2. Linfoma No Hodgkin de Células Grandes (Difuso)
3. Insuficiencia respiratoria
4. Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación

En el análisis se pudo establecer que no hubo casos de muertes evitables por patologías sujeto de programa; la muerte por infarto en la paciente de 89 años se produjo posterior a intervención quirúrgica.

ALTO COSTO

Unisalud mediante oficio No. 0471 del 23 de febrero de 2016 efectuó la adjudicación del Contrato 03-2016 para la adquisición de la Póliza de Enfermedades de Alto Costo No.000706351355, a QBE Seguros S.A., la cual fue objeto de prórroga con una vigencia de nueve (9) meses a partir del 01 de marzo de 2017, hasta el 30 de noviembre de 2017 a las 24:00 horas, con restablecimiento de términos, cuyas condiciones fueron:

Tabla 24. Condiciones Póliza de Alto Costo No.000706351355

Compañía de Seguros	QBE Seguros S.A.	QBE Seguros S.A.
Póliza de E.A.C.	706351355	706351355 -1
Vigencia de la Póliza	29/02/16 a 28/02/2017	01/03/17 a 30/11/2017
Meses	12	9
Límite de Cobertura	$ 180.000.001	$ 180.000.001
Deducible	$ 55.999.500	$ 55.999.500
Prima por afiliado mes	$ 7.465	$ 7.465
Total Primas pagadas	$ 1.602.414.505	$ 1.197.027.680*
Programas de P y P		$ 45.351.517

Fuente: Carátula de la póliza - actas de seguimiento de la supervisora del contrato

Los amparos contemplados fueron:

- Insuficiencia renal aguda o crónica
- Gran quemado
- Manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central

- Manejo quirúrgico de enfermedades cardiacas
- Reemplazos articulares y sus complicaciones
- Cáncer
- Cuidados intensivos
- Infección por VIH Sida
- Manejo quirúrgico para enfermedades congénitas
- Manejo de trauma mayor
- Trasplante renal, corazón, hígado, córnea y medula ósea y sus complicaciones
- Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.

A continuación, presentamos los indicadores demográficos de la población sujeto de cobertura por la póliza de alto costo No.000706351355. Estos nos permiten evidenciar distintos aspectos, tales como características de la población, su crecimiento, dependencia económica y su proceso de envejecimiento, indicadores que son relevantes toda vez que nos permiten elaborar un juicio sobre el comportamiento de la población objeto de estudio.

Tabla 25. Indicadores de estructura demográfica de la población Unisalud sujeto de cobertura por la póliza de alto costo No.000706351355 a 30 de noviembre de 2017

Índice Demográfico población sujeto de cobertura	**Resultado**
Población total	17.801
Población Masculina	8.250
Población Femenina	9.551
Relación Hombres: mujer	Para el periodo analizado, por cada 100 mujeres hay 83
Razón niños: mujer	Por cada 100 mujeres en edad fértil (15-49 años) hay 12 niños y niñas entre 0 y 4 años
Índice de infancia	Por cada 100 personas hay 11 que corresponden a menores entre 0 y 14 años
Índice de juventud	Por cada 100 personas hay 14 personas entre 15 y 29 años
Índice de vejez	Refleja que por cada 100 personas hay 31 personas mayores de 65 años
Índice de envejecimiento	Por cada 100 personas menores de 15 años, hay 30 personas mayores de 65 años
Índice demográfico de dependencia	Refleja que por cada 100 personas entre los 15 a 64 años, hay 71 personas menores de 15 años y mayores de 66 años (dependientes).
Índice de dependencia infantil	Muestra que 17 personas menores de 15 años son dependientes de cada 100 personas entre los 15 a 64 años.
Índice de dependencia mayores	Por cada 100 personas entre los 15 a 64 años dependen 55 personas mayores de 65 años.
Índice de Friz	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Refleja un índice de 94 es decir que es una población con tendencia al envejecimiento.

Fuente: Base de Datos Jargu Corredores de Seguros Unisalud

Tabla 26. Distribución preavisos alto costo por sede. Febrero 29 de 2016 a noviembre 30 de 2017

SEDE	PREAVISOS	%
BOGOTA	951	60%
MEDELLIN	462	29%
MANIZALES	86	5%
PALMIRA	75	5%
Total	1574	100%

Fuente: Base datos Corredor de Seguros JARGU – ERP

Los preavisos corresponden a una patología o evento que está incluida en la cobertura de la póliza y que, en caso de alcanzar el valor del deducible pactado se convierte en un siniestro objeto de recobro por parte de Unisalud ante la compañía de seguros.

De acuerdo al número de afiliados se evidencia que la sede Bogotá identifica el 60% de los preavisos, seguido de la sede Medellín con el 29%. El comportamiento de preavisos discriminados por amparo reportado durante la vigencia de la póliza de enfermedades de alto costo evidencia que el mayor peso porcentual afecta el amparo de cáncer, con un 60.1%, seguido de manejo quirúrgico de enfermedades cardiacas con el 21.5%, mientras el 18.4% restante es atribuido a otras causas, guardando estrecha relación con el perfil poblacional en la entidad y con la afectación de las pólizas en las últimas vigencias.

Tabla 27. Distribución de los preavisos reportados en la población afiliada a Unisalud. Febrero 29 de 2016 a noviembre 30 de 2017

AMPARO	PRE- AVISOS	%
Cáncer	946	60,1
Manejo quirúrgico de enfermedades cardiacas	339	21,5
Reemplazos articulares	103	6,5
Insuficiencia renal aguda o crónica	56	3,6
Infección por VIH SIDA	49	3,1
Manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central	36	2,3
Cuidados intensivos	20	1,3
Trasplante renal, corazón, hígado, cornea y médula ósea	18	1,1
Manejo quirúrgico para enfermedades congénitas	6	0,4
Gran quemado	1	0,1
Manejo de trauma mayor	0	0,0
Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran	0	0,0
TOTAL	1574	100

Fuente: Base datos Corredor de Seguros JARGU – ERP

Durante la vigencia de la póliza se encontró que el comportamiento de los siniestros presentados afectó en orden de frecuencia los siguientes amparos: Cáncer con un 83.3%, seguido por Manejo Quirúrgico de Enfermedades Cardiacas con el 12.5% y Manejo Quirúrgico de Afecciones del Sistema Nervioso Central 4.2%, acorde con nuestro perfil de morbi-mortalidad. Los demás amparos no se han visto afectados en la vigencia de la póliza.

Tabla 28. Distribución de los amparos presentados en la población afiliada a Unisalud, febrero 29 de 2016 a 31 de diciembre de 2017

AMPARO	BOGOTÁ	MANIZALES	MEDELLIN	PALMIRA	SUBTOTAL
Cáncer	7	0	29	4	**40**
Manejo Quirúrgico de Enfermedades Cardiacas	2	0	4	0	**6**
Manejo Quirúrgico para Afecciones del Sistema Nervioso Central	0	0	1	1	**2**
SUBTOTAL	**9**	**0**	**34**	**5**	48
%	**18,8%**	**0,0%**	**70,8%**	**10,4%**	

Fuente: Base datos Corredor de Seguros JARGU – ERP

En lo relacionado con la participación de las sedes en la afectación de amparos se encuentra que la sede Medellín presentó el 70% de los siniestros, hallazgo que se correlaciona con el mayor valor de los servicios reportados por la sede y explicados por el comportamiento del mercado en la ciudad.

Tabla 29. Siniestralidad Póliza de Enfermedades de Alto Costo No.000706351355, febrero 29 de 2016 a 31 de diciembre de 2017

CONSOLIDADO POR SEDES CON FECHA DE CORTE 31/12/2017 POLIZA No. 000706351355 Y 000706351355-1- QBE SEGUROS S.A. VIGENCIA DEL 29 DE FEBRERO DE 2016 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2017									
SEDES UNISALUD	No. RECLAMOS	VALOR GLOBAL FACTURAS	VALOR DEDUCIBLE	VALOR EXCEDENTE LIMITE ASEGURADO	VALOR RECLAMADO	VALOR PAGADO	VALOR EN TRAMITE	TOTAL GLOSA FINAL	TOTAL VALOR OBJETADO
BOGOTÁ	16	$ 1.489.844.099	$ 839.992.500	$ 0	$ 649.851.599	$ 467.943.311	$ 166.947.006	$ 14.961.282	$ 0
MEDELLIN	42	$ 2.452.734.785	$ 1.343.988.000	$ 67.904.009	$ 1.040.842.776	$ 554.873.547	$ 411.638.953	$ 14.521.392	$ 59.808.884
PALMIRA	5	$ 625.468.926	$ 279.997.500	$ 0	$ 345.471.426	$ 310.259.030	$ 35.212.396	$ 0	$ 0
TOTAL GENERAL	**63**	**$ 4.568.047.810**	**$ 2.463.978.000**	**$ 67.904.009**	**$ 2.036.165.801**	**$ 1.333.075.888**	**$ 613.798.355**	**$ 29.482.674**	**$ 59.808.884**

Fuente: Base datos Corredor de Seguros JARGU – ERP

En la tabla anterior se evidencia que Unisalud continúa con su comportamiento previo caracterizado con una alta siniestralidad, a pesar de la cual se encuentra que la mayoría de los preavisos no superan el valor del deducible (3%).

Teniendo en cuenta que por concepto de primas durante la vigencia de la póliza No.000706351355 Unisalud canceló $2.799.442.185, a la fecha tenemos que la siniestralidad bruta corresponde a 72.7%, lo cual hace de Unisalud una entidad poco atractiva para el negocio del sector asegurador.

Teniendo en mente que pueden existir siniestros no identificados por las sedes, los cuales son sujeto de recobro hasta dos años después de la fecha de ocurrencia de los mismos tenemos que a la fecha los valores reconocidos corresponden al 47.6% del valor de las primas pagadas por Unisalud

En cuanto a las glosas asociadas tenemos que en su mayoría son causadas por carencia soportes administrativos, manejo de condiciones de salud no cubiertas por la póliza durante la prestación del servicio y a valores recobrados que han sido glosados por Unisalud a las entidades de la red externa. Para la vigencia de la póliza No.000706351355 las glosas correspondieron al 1.4% del valor reclamado. Dentro de la oferta presentada por la aseguradora y lo requerido en el pliego de condiciones para la contratación de la póliza de enfermedades de alto costo, se estableció el compromiso de ofrecer participación en la cofinanciación de los programas de PE y DT de la Unidad, para lo cual reinvirtieron el 2 % de las primas pagadas por Unisalud dentro de la vigencia del contrato, cuyos valores son los siguientes:

Tabla 30. Reintegro de cofinanciación de los programas PE y DT Póliza No.000706351355

PERIODO DE LIQUIDACIÓN	VALOR PRIMAS RECAUDADAS	VALOR DEVOLUCIÓN PE Y DT
Marzo a Septiembre de 2016	$ 931.281.145	$ 18.625.623
Octubre 2016 a Febrero de 2017	$ 666.258.715	$ 13.325.174
Marzo a Julio 2017	$ 665.161.360	$ 13.303.227
Agosto a Noviembre 2017	$ 531.866.320	$ 10.637.326
		$ 55.891.351

Fuente: Base datos JARGU – ERP

La inversión de estos valores hace parte de los recursos direccionados para la sistematización de la herramienta de tamizaje de riesgo de Unisalud, el sistema de información de PE y DT, y en la realización de actividades de tamizaje para las patologías de alto costo de mayor y EPOC de alta prevalencia en nuestra población.

Como parte de su gestión, el equipo de la Gerencia Nacional de Unisalud revisó los resultados de las pólizas de alto costo a partir de 2009 concluyendo que la Unidad además de cubrir integralmente el costo de los servicios de salud de sus afiliados, emplea recursos financieros en el pago de primas, y de valores asociados al recurso humano dedicado a esta tarea, aumentando entre un 25% y un 42% el costo total asociado a estos eventos. Con el fin de buscar opciones costo efectivas para la Unidad se solicitó a la supervisora del actual contrato presentar una relación de los siniestros cuyo valor reclamado superó los 200 millones de pesos según los registros disponibles de diciembre 2009 a 28 de febrero de 2017. Según los registros, en este periodo se presentaron 8 siniestros que superaron este valor, de los cuales 6 afectaron el amparo de cáncer y los restantes afectaron los amparos de Patologías sistema nervioso central y unidad de cuidados intensivos.

De esta manera, de manera conjunta se buscó una alternativa que protegiera a financieramente a Unisalud en caso de que los eventos asociados a los amparos cubiertos impacten la sostenibilidad financiera de la Unidad.

Así las cosas, para el proceso de contratación adelantado en el tercer trimestre fueron modificadas las condiciones económicas de la póliza; como resultado de este proceso mediante oficio No. 06894 del 29 de noviembre de 2017 se efectuó la adjudicación del Contrato 12-2017 para la adquisición de la Póliza de Enfermedades de Alto Costo No.000706539895, a QBE Seguros S.A., con una vigencia de doce (12) meses a partir del 01 de diciembre de 2017, hasta el 30 de noviembre de 2018 a las 24:00 horas, con restablecimiento de términos.

Tabla 31. Condiciones Póliza de Alto Costo No. 000706539895

Compañía de Seguros	**QBE Seguros S.A.**
Póliza de E.A.C.	706539895
Vigencia de la Póliza	01/12/2017 a 30/11/2018
Meses	12
Límite de Cobertura	$150.000.000
Deducible	$350.000.000
Prima por afiliado mes	$1.000
Programas de P y P	1%

Fuente: Carátula de la póliza

COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO – CTC.

El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1328 de 2016 que reglamentó la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, en lo referente a Servicios NO POS, la cual no incluyó a los regímenes especiales (donde se contempla a Unisalud) dentro de su ámbito de aplicación; por lo cual se realizaron gestiones y solicitudes ante diferentes dependencias del mismo por parte de la Gerencia Nacional de Unisalud entre los años 2015 y 2017, para que, el Ministerio aprobara el acceso al aplicativo de reporte de prescripción en línea de los servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios a cargo de la unidad de pago por capitación (UPC), a los profesionales de las IPS propias y los de la red contratada, siendo rechazadas las solicitudes por considerar que el plan ampliado de los afiliados a los Sistemas Especiales, en nuestro caso a Unisalud, podría generar conflicto en el mismo y que este aplicativo sólo funcionará para las EPS que manejan el POS.

Por lo anterior, Unisalud continúa aplicando lo relacionado en la Resolución 5395 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, frente a las disposiciones para el CTC en lo referente a la integración, postulación y elección de miembros, funciones del comité, reuniones y actas, entre otros. A su vez, continúa vigente también el Acuerdo 3 de 2014 de la Junta Directiva Nacional que reglamentó y ajustó los requisitos de los integrantes del Comité en cada Sede.

A continuación, se describirá el comportamiento del CTC de UNISALUD durante la vigencia 2017, comparado con el resultado de las últimas vigencias:

Tabla 32. Comparativo Indicador de Oportunidad CTC 2014 – 2017

SEDE	N° DE CTC REALIZADOS	N° DE CASOS ANALIZADOS	N° DE CASOS APROBADOS	N° DE CASOS APLAZADOS	N° DE CASOS NO AUTORIZADOS	OPORTUNIDAD DE RESPUESTA (Días hábiles)			
						2014	2015	2016	2017
MEDELLIN	52	5005	4795	17	193	6,2	6,5	6,2	7,0
MANIZALES	50	1317	1264	38	15	3,5	6,1	3,5	4,0
PALMIRA	62	292	282	4	6	4,0	3,9	3,5	3,0
BOGOTA	51	5963	5539	81	343	7,0	3,0	6,5	7,0
TOTAL UNISALUD	**215**	**12577**	**11880**	**140**	**557**	**5,1**	**4,9**	**4,9**	**5,2**

Fuente: Reporte Informe de Gestión Sedes 2017

Es importante precisar que el indicador del tiempo de respuesta a las solicitudes, se cuenta a partir del día en que el usuario radica la solicitud y la fecha de entrega de la respuesta por parte del comité al usuario en días calendario.

Para el año 2017 debemos resaltar que la oportunidad de respuesta presentó incremento en 0.3 días frente a las dos vigencias anteriores, la sede Palmira logró alcanzar el estándar de tres días. El deterioro en el indicador se atribuye al incremento progresivo en el número de solicitudes presentadas ante el CTC, para esta vigencia se presentaron 12.577 solicitudes frente a 12.187 en 2016, lo cual representa 3.2% más de solicitudes.

Esta tendencia al incremento en el número de solicitudes persiste a pesar de que el Ministerio de Salud ha actualizado regularmente el POS en las últimas vigencias y a que la Junta Directiva Nacional de Unisalud aprobó en el año 2016 la inclusión de veintisiete (27) medicamentos de alto uso y tres

procedimientos en el Plan de Beneficios. Como en la vigencia 2016, el incremento en el número de solicitudes se atribuye al incremento de las necesidades en salud de los afiliados, a la inclusión de nuevas moléculas y presentaciones de las ya existentes en el mercado nacional y a la tendencia de algunos especialistas de acoger en su formulación productos de reciente lanzamiento que no siempre constituyen la primera opción para el manejo de las patologías, aspecto de difícil control.

Con la aprobación de 11.880 solicitudes, equivalentes a 94.5% del total, se registró un incremento del 3.3% en este indicador frente al 2016. Nuevamente se encuentra disminución de casos no aprobados que corresponde al 3.8% frente a la vigencia anterior. Los casos aplazados se incrementaron en un 23.9% debido en su mayoría al envío de información clínica incompleta que fue solicitada a los médicos tratantes, una vez complementada la información, los casos aplazados fueron evaluados por parte del CTC.

Los canales de comunicación con los profesionales de la red frente a los requerimientos para el análisis de los casos por parte del CTC mostraron efectividad durante el periodo.

A nivel nacional las causas más comunes de no aprobación de solicitudes continúan sin variación y corresponden a:

1. En cuanto a medicamentos tenemos: medicamentos con Alertas Sanitarias frente a su seguridad, medicamentos formulados sin justificación (no se encuentra indicación en la historia clínica), medicamentos prescritos sin que se hayan utilizado alternativas más costo efectivas incluidas en el Plan de Beneficios, medicamentos que aún se encuentran en estudio clínico, en fase de experimentación y aún no tienen registro INVIMA, medicamentos que no tienen estudios de medicina basada en la evidencia que demuestren su eficacia, para el uso solicitado. Prescripciones en los cuales una vez analizado el caso, el Comité considera que el balance Riesgo – Beneficio no es favorable para el usuario, por diferentes circunstancias, tales como comorbilidades presentes, interacciones medicamentosas y posibles reacciones adversas, y productos con registro INVIMA de cosmético, con indicación estética.
2. En lo relacionado con conceptos negativos para elementos, se encuentran dentro de las exclusiones específicas del Plan de Beneficios los elementos de higiene personal, elementos de uso estético, elementos o instrumentos que no se consideran dentro del ámbito de salud.
3. En lo relacionado con conceptos negativos para procedimientos: no hay indicación o justificación para el procedimiento, el procedimiento es de tipo cosmético, son procedimientos que no corresponden al ámbito de salud, y por ser de tipo educativo o de otra índole, no se consideran dentro del ámbito de salud.

Tabla 33. Consolidado Facturación Operador Logístico año 2017

SEDE	VALOR FACTURADO CTC 2017	VALOR TOTAL FACTURACION MEDICAMENTOS	PORCENTAJE CTC /TOTAL FACTURACION PERIODO	PORCENTAJE CTC 2016
MEDELLIN	$ 1.898.009.505	$ 3.780.522.450	50%	53,96%
MANIZALES	$ 546.612.246	$ 1.169.918.046	47%	47,40%
PALMIRA	$ 474.772.958	$ 792.364.831	60%	62,11%
BOGOTA	$ 3.671.967.242	$ 7.690.330.135	48%	48,56%
TOTAL AÑO 2017 UNISALUD	$ 6.591.361.951	$ 13.433.135.462	49,07%	
TOTAL AÑO 2016 UNISALUD	$ 5.796.915.368	$ 11.417.275.660	50,77%	
TOTAL AÑO 2015 UNISALUD	$ 4.299.990.954	$ 10.466.855.291	41,08%	
TOTAL AÑO 2014 UNISALUD	$ 3.138.663.805	$ 7.988.415.495	39,29%	

Fuente: Facturación operadores logísticos 2017

En términos económicos, la diferencia en el valor total bruto de facturación 2017 respecto al 2016 de medicamentos autorizados por CTC, fue de $794.446.583 correspondiente a un incremento en el 13.7% de los costos; en contraste se encuentra un decremento del 1% en la participación porcentual del costo de los medicamentos aprobados por el CTC frente al valor total de facturación de 2017.

Realizando un comparativo de las moléculas de uso ambulatorio de mayor costo que han sido negociadas en las tres últimas vigencias, se encuentra que la negociación de precios de medicamentos realizada a través de un distribuidor de medicamentos e insumos, ha sido efectiva observando una baja variación en los costos unitarios de un periodo a otro. Se encuentra por tanto que el incremento en la facturación total entre un año y otro es producto del aumento en la frecuencia de uso de algunas moléculas en razón al aumento de patologías que las involucran y a la aprobación de medicamentos no negociados por el CTC que afectaron de manera directa los costos anuales en insumos y medicamentos.

A continuación, se describe el análisis individual de la gestión del comité en cada sede:

SEDE BOGOTÁ

Durante el Año 2017 el CTC de la sede Bogotá realizó 51 sesiones y evaluó 5.963 solicitudes, con un aumento de 381 casos con respecto al año anterior, en el cual se analizaron 5.582 casos, representando un incremento equivalente al 6,3%, a pesar de las diferentes estrategias implementadas por Unisalud y mencionadas anteriormente.

En promedio se analizaron 117 casos por sesión, que representan un aumento de 7% con respecto del 2016 cuando se analizaron en promedio 109 casos por sesión. El tiempo promedio de respuesta fue de 7 días calendario, indicador que se ha mantenido a lo largo del tiempo.

El porcentaje de casos aprobados fue de 88,5% (n= 5345) y el porcentaje de casos aprobados parcialmente fue de 3,5% (n= 204), valores que al igual que en la vigencia anterior constituyen el 92% de casos aprobados.

El porcentaje de casos no aprobados fue de 5,8% (n= 343 casos) presentando reducción frente al año anterior en el cual correspondió al 6,8% (n= 385). El porcentaje de casos aplazados fue nuevamente de 1,3% (81 casos). Menor a la tendencia de los años anteriores que se encontraba en el 2 %. Los casos aplazados se resolvieron en un término no superior a un mes de la fecha inicial de solicitud.

De la totalidad de los casos evaluados (5963) el 77,2% correspondieron a medicamentos (4611 solicitudes) y el 22,8% a procedimientos (1362 solicitudes), relación similar a la presentada en 2016. De igual manera, el 76,3% correspondieron a tratamientos ambulatorios (4560 solicitudes) y el 23,7% a tratamientos hospitalarios (1413 solicitudes). Tanto la relación entre tratamiento ambulatorios y hospitalarios, como la relación entre medicamentos y procedimientos se ha mantenido históricamente alrededor de 70/30.

En cuanto a los casos no aprobados, (343 casos), correspondientes al 6% de todos los casos recibidos, tenemos que, el 76% de los casos (261), corresponden a medicamentos que no cumplen criterios de aprobación y el 34% de solicitudes a procedimientos (82).

Dentro de los 10 procedimientos más solicitados, nuevamente tomografía óptica coherente de estructuras oculares, vuelve a ocupar el primer lugar dentro de los procedimientos solicitados al CTC, aportando el 23% de todos ellos. Seguido de valoración neuro psicológica, que aporta el 10,6%. En general los procedimientos oculares: tomografías ópticas coherentes, Pentacam, inyección de sustancias terapéuticas en vítreo, entre otros, ocupan el 28% de todas las solicitudes.

Es de anotar que los procedimientos de quimio y radioterapia se mantienen dentro de los 10 primeros lugares. Lo que se explica dado el alto número de patologías de Alto Costo, principalmente de origen oncológico. Ésta tendencia se mantiene desde el año 2015. Los procedimientos de Gastroenterología siguen cobrando relevancia, ya que han demostrado su utilidad, en las patologías para las cuales se realizan.

En lo relacionado con frecuencia por especialidad solicitante, Oftalmología sigue siendo la especialidad que más solicitudes presenta al CTC, actualmente comprende el 9% del total, tendencia sostenida desde antes del año 2012. Gastroenterología muestra aumento progresivo desde el año 2015. Así mismo Medicina General gana relevancia, ya que el 23% de las solicitudes (n= 1380) corresponde a solicitudes de prórroga de medicamentos de uso crónico, solicitudes que se realizan en su mayoría a través de Medicina General.

El número de solicitudes relacionadas con enfermedades de Alto Costo fue de 599, correspondiente al 10% de todas las solicitudes, porcentaje que se mantiene desde el año anterior. Los procedimientos y medicamentos solicitados por eventos de Alto Costo en su mayoría corresponden a tratamientos oncológicos, los cuales tienen unos costos muy elevados.

En el análisis de grupos terapéuticos debemos señalar que, los analgésicos, incluidos los antineuríticos, como pregabalina, siguen ocupando el primer lugar de formulación y las fórmulas nutricionales el segundo, al igual que el año anterior. Esto corrobora que el manejo del dolor es uno de los problemas más importantes en el tratamiento de nuestros pacientes, así como los trastornos nutricionales, secundarios a patologías crónicas.

La formulación de hipoglicemiantes aumentó de 4,1% en el 2016 a 7,9%, cifra que alerta sobre el manejo que se está dando a los afiliados con diagnóstico de diabetes.

Los medicamentos para manejo de trastornos neurológicos, gastrointestinales y respiratorios mantienen su lugar, aportando alrededor del 7% cada uno. Los medicamentos de Cardiología siguen siendo de alta formulación, entre ellos los Nuevos Anticoagulantes Orales (N.A.C.O), cuya formulación es cada vez mayor, teniendo en cuenta las ventajas que representan sobre Warfarina, único anticoagulante oral incluido en el Plan de Beneficios.

En lo relacionado a solicitudes relacionadas con moléculas específicas tenemos que, dada la asociación reciente entre insuficiencia de Vitamina D con otras patologías, en el 2017 aumentó exponencialmente la formulación de Vitamina D, llegando a ocupar el primer lugar de formulación solicitada al CTC, desplazando a pregabalina al segundo lugar de formulación el cual, a pesar de ser anticonvulsivante, es solicitado para el manejo de dolor neuropático. Encontramos también, acetaminofén + hidrocodona y acetaminofén + codeína.

En el análisis global se observa que gran parte de la actividad del Comité Técnico Científico está dirigida a la revisión de casos de manejo de dolor y casos relacionados con el alto costo. La mayoría de procedimientos y medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios y solicitados al Comité van dirigidos al diagnóstico y manejo de patologías crónicas del adulto mayor. Lo que concuerda con nuestra pirámide poblacional.

El perfil epidemiológico muestra el impacto de las enfermedades crónicas y degenerativas que requieren cada vez intervenciones más complejas y medicamentos no contenidos en el Plan de Beneficios.

Uno de los retos planteados en la sede para el 2017 fue el de disminuir el número de casos que se evalúan semanalmente en CTC. Pero ésta situación se sale de nuestro gobierno, ya que la prescripción responde al criterio del médico tratante y debe ser respetado por la institución. Por el contrario, a pesar

de las estrategias implementadas, el número de solicitudes radicadas en el CTC, ha seguido en aumento, aproximándose a 120 casos semanales.

Las solicitudes de prórrogas de medicamentos de uso crónico constituyen el 40,6% de la formulación de medicamentos ambulatorios, por lo que se propone establecer protocolos para la renovación de fórmulas previamente aprobadas por CTC, para los medicamentos de mayor prescripción, de tal manera que la renovación de fórmulas pueda realizarse de manera automática.

En cuanto a las solicitudes de medicamentos de uso intrahospitalario, se propone establecer protocolos que permitan definir la pertinencia de los más utilizados en procedimientos quirúrgicos, contemplando criterios de edad, género, tipo de cirugía, entre otros.

El incremento del gasto de medicamentos entre el año 2017 y el 2016 fue del 20% evidenciándose que éste incremento se dio a costa de los medicamentos aprobados por el CTC, tendencia que se viene presentando en los últimos años como consecuencia del uso de medicamentos de última generación por el incremento de patologías de alta complejidad en las cuales las opciones del POS no son suficientes, sin subestimar que en alguna proporción los profesionales prefieran de entrada moléculas NO POS, situación que se busca mitigar por el comité solicitando siempre el escalonamiento de los tratamientos.

SEDE MEDELLÍN

Durante el año 2017 se realizaron en la sede 52 sesiones del Comité, dos más que en el año 2016, y se analizaron 5.005 casos que representan una reducción del 1.9% en el número de solicitudes. La proporción de casos APROBADOS corresponde a 96,62% (4.795 casos) y de casos NO APROBADOS corresponde a 3,85% (193 casos), proporción que se mantiene frente a la vigencia anterior. Los casos APLAZADOS corresponden a 17 solicitudes (0,33%), las cuales se definieron en la sede Medellín luego de analizar la información y los soportes basados en la evidencia remitidos por los profesionales.

Para el periodo 2017 se encuentra que, de los 4.052 medicamentos solicitados, los de mayor frecuencia fueron: Vitamina D/Magnesio que corresponde al 6,5 % (263 solicitudes), Carboximetilcelulosa que corresponde al 2,7 % (109) y Pregabalina que corresponde al 2,7 % (108).

En cuanto a los 1.109 procedimientos solicitados se encuentran en su orden: Tomografía óptica coherente que corresponde al 24,3% (270), Aspiración diagnóstica del vítreo con inyección de medicamento intravítreo que corresponde al 5,0% (56) y Rehabilitación Neuro psicológica que corresponde al 4,0% (44)

Las especialidades que realizaron el mayor número de solicitudes fueron: Medicina General con el 28,1% (1.408), Oftalmología con el 16,1% (807) y Reumatología con el 6,9 % (344). Las dos primeras especialidades se mantienen respecto a la vigencia anterior. La de mayor frecuencia continúa siendo medicina general teniendo encuentra que muchos de los medicamentos solicitados ante el comité técnico científico son de uso crónico y permanente, por lo cual el médico general de UNISALUD, previa evaluación del paciente y revisión de la historia clínica del especialista, solicita la renovación ante el CTC.

En segundo lugar, la especialidad de oftalmología, acorde a las pruebas diagnósticas y terapéuticas que encabezan las solicitudes ante el CTC, debido igualmente a las patologías de alta incidencia en adultos mayores (glaucoma, degeneración macular, ojo seco). En tercer lugar, se ubica para esta vigencia Reumatología, con solicitudes asociadas a patologías crónicas tales como Artritis Reumatoidea, Polimialgia reumática, artrosis degenerativa, Síndrome de Sjogren, acorde a la pirámide poblacional y perfil epidemiológico de la sede.

En coherencia con los datos anteriores tenemos que del total de medicamentos solicitados al CTC (4.052), los 3 grupos de medicamentos más frecuentes corresponden a lubricantes oculares 7,6% (306), vitaminas en combinaciones 7,5% (304) y suplementos nutricionales 7,5% (304)

Es relevante el incremento de solicitud de los suplementos nutricionales, acorde al incremento de pacientes con patologías crónicas degenerativas neurológicas en fase terminal (Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Alzheimer, Demencia Senil) que cursan con disfagia requiriendo nutrición por sonda nasogástrica o gastrostomía. Los lubricantes oculares siguen a la cabeza de los grupos de medicamentos más solicitados, debido a patologías crónicas prevalentes en la población afiliada (ojo seco debido a Síndrome de Sjogren, glaucoma, degeneración macular, y otras patologías del tejido conectivo).

Para la vigencia 2017 se evidencia que el 53,9% de la facturación total de medicamentos corresponde a medicamentos aprobados por el Comité, hallazgo que se relaciona con el incremento en el número de egresos hospitalarios de afiliados con patologías crónicas agudizadas, patologías oncológicas descompensadas por enfermedades crónicas de base que incidieron en el incremento de medicamentos innovadores de alto costo.

SEDE MANIZALES

Durante el año 2017 la sede Manizales realizó 50 sesiones del Comité Técnico Científico con periodicidad semanal, en ellas se analizaron 1.317 solicitudes, 14% más que las analizadas en el 2016. Fueron aprobadas 1.264 solicitudes que representan un 96% del total, no se aprobaron 15 solicitudes que representan un 1,1% y se aplazaron 38 casos que corresponden a un 2,9% del total.

Las causas de no aprobación y aplazamiento continúan sin variación, la mayoría de los casos aplazados fueron estudiados nuevamente en las sesiones siguientes luego de haberse subsanado la causa del aplazamiento.

En cuanto a las moléculas de más frecuente solicitud, 7 de las 10 no presentaron variación respecto al año anterior. Descendieron en frecuencia: Lidocaína 5%, Fenofibrato 200mg y Pregabalina 150mg y ascendieron a los primeros diez lugares por frecuencia de solicitud Montelukast 10mg, Metformina+ Vildagliptina 1000/50mg y Fexofenadina 120mg, en coherencia con la alta incidencia de solicitudes de alergología y Neumología sobre las típicas de dolor crónico o artrosis.

Sin embargo, continúan figurando entre los conceptos relacionados con medicamentos solicitados al CTC, los medicamentos para control y tratamiento de patologías como artrosis y dolor crónico, seguidos de cerca por los medicamentos para manejo de asma, alergias y rinitis. El ingreso en el listado de la Metformina+Vildagliptina demuestra el aumento y prevalencia de la Diabetes como una patología de diagnóstico y manejo frecuente en la sede.

Sin variación respecto al 2016, predominan los procedimientos oftalmológicos como los más solicitados, en general corresponden a tratamiento de glaucoma, cataratas y detección temprana de complicaciones en caso de pacientes diabéticos, procedimientos que regularmente se solicitan y aprueban en la sede ya que la población longeva y con predominio de Diabetes es más vulnerable a estas complicaciones.

En cuanto a solicitudes por especialidad, incrementaron la demanda especialidades como Psiquiatría, Psicología y Neuropsiquiatría, solitudes que se traducen en pruebas de funcionalidad cognoscitiva para tratamiento y control de patologías también propias de la edad como demencia senil, alzhéimer, etc.

Permanecen en los primeros lugares: reumatología, fisiatría y ortopedia como las disciplinas que frecuentemente hacen solicitudes al CTC para el manejo de la artrosis y osteoporosis; neurología y

anestesiología (Clínica del dolor) por formulación de medicamentos para el manejo del dolor crónico y dolor neurópatico asociado a canal lumbar estrecho. Medicina interna por el uso de moléculas como el Ciprofibrato y el Metformina+Vildagliptina para el tratamiento de la dislipidemia y Diabetes al igual que endocrinología. Las solicitudes derivadas de la consulta oftalmológica representan un número importante de órdenes de ayudas diagnosticas para el glaucoma y de lubricantes oculares. Finalmente, oncología figura dentro de las 10 primeras especialidades que hacen solicitudes de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios.

Este año Alergología ingresó al listado entre los cinco primeros puestos, con uno de los procedimientos más autorizados, la Inmunoterapia y los medicamentos más solicitados como Antihistamínicos, Broncodilatadores, etc.

Los medicamentos antiepilépticos catalogados como el grupo farmacológico más formulado, corresponde a medicamentos que se solicitan para tratamiento de dolores crónicos, dolores neuropáticos y para el manejo del dolor secundario a otras patologías, entre estos se encuentran la Pregabalina, Gabapentina, etc. El siguiente grupo de medicamentos son los analgésicos, entre los que encontramos el acetaminofén y todas sus combinaciones, siendo un resultado esperado por lo mencionado anteriormente, teniendo en cuenta los diez medicamentos más formulados y la pirámide poblacional con las patologías que los aquejan.

En este año se pierde posicionamiento en el listado el grupo de los medicamentos de uso Urológico, ya que, aunque las patologías a nivel de la próstata son una constante debido a la pirámide poblacional, en esta ocasión fue superado por medicamentos para el dolor crónico y para manejo de alergias.

Para el 2017 el porcentaje facturado por concepto de medicamentos aprobados por CTC con respecto al total facturado en el año permanece estable con respecto al 2016 en un 47% a pesar de las alzas de precios que han sufrido los medicamentos por el IPC.

Debemos resaltar el buen trabajo realizado por los miembros del Comité Técnico Científico, consistente en el análisis y estudio concienzudo de cada caso, que deriva en que el valor facturado no se exceda, ya que las solicitudes continuas que incluyen un amplio abanico de medicamentos solicitados por los especialistas muchas veces sin adecuada justificación harían que la facturación fuera exorbitante.

SEDE PALMIRA

En el año 2017 se analizaron 292 solicitudes en 62 sesiones del comité, frente a 352 solicitudes y 65 sesiones del comité en 2016, lo que evidencia disminución tanto en el número de solicitudes como en el número de reuniones. La oportunidad en la respuesta fue de 3 días, con una leve disminución frente al año anterior.

Las solicitudes estuvieron distribuidas así: 217 de medicamentos, 18 de procedimientos, 51 de ayudas diagnósticas y 6 referentes a traslado en ambulancia e insumos.

Las no aprobaciones se realizaron en su mayoría por considerar no pertinentes los ordenamientos de acuerdo a evolución del paciente, una de ellas por formulación de marca comercial en una paciente que ya recibía la molécula medicamento con adecuada respuesta.

A diferencia del año 2016 en el cual el lubricante ocular fue uno de los medicamentos más aprobados en CTC, durante el año 2017 se incrementaron las solicitudes por concepto de nutrición enteral que además genera altos costos para la Unidad. Esta solicitud se relaciona con el aumento de pacientes de cuidado crítico y crónico tanto institucional como domiciliario. Seguidamente se observan medicamentos para tratamiento de desórdenes vasculares, antibióticos, medicamentos para tratamiento de osteoporosis, antihistamínicos y lubricante articular.

A diferencia del año anterior donde la solicitud de procedimiento más frecuente correspondió a tomografías oculares, para este año el mayor número de procedimientos autorizados en CTC fue la inmunoterapia para ácaros con 6 casos representando el 33.3% del total de los 18 procedimientos autorizados.

De igual forma, a diferencia del año anterior donde la especialidad con mayor número de solicitudes fue oftalmología, la especialidad que con mayor frecuencia elevó solicitudes ante el CTC fue medicina familiar, hallazgo relacionado directamente con que los pacientes de mayor complejidad son atendidos por médico familiar.

Las solicitudes de medicamentos realizadas por médico general se originan por inicio o cambios en la dosificación de tratamientos para manejo principalmente de problemas vasculares. Otras especialidades relacionadas con mayor frecuencia de solicitudes ante el CTC tienen que ver con el manejo de las primeras causas de enfermedad como alergología, oncología y nutrición.

Los mayores porcentajes por grupo de medicamentos corresponden a: nutriciones enterales debido al aumento de pacientes con cuidado crítico y crónico tanto institucional como domiciliario; seguido de medicamentos para el control de diabetes que es una de las patologías de mayor prevalencia en la sede y por medicamentos para manejo de cáncer, diagnóstico que se ha incrementado en nuestra población. Los demás medicamentos se relacionan con problemas vasculares o alérgicos, que para este año tuvieron un peso significativo.

Durante el año 2017 hubo una disminución del 2.1% con respecto al año anterior en la participación de los medicamentos autorizados por CTC en la facturación total por medicamentos, 60% del total facturado.

Comparado con el año anterior el incremento del valor facturado por CTC fue del 36% ($474.772.958 frente a $ 348.201.550), debido a que a pesar de la disminución en el número de solicitudes en el periodo el tipo de medicamentos autorizados fue más costoso.

SUFICIENCIA DE LA RED

En cumplimiento de sus obligaciones, Unisalud garantiza a sus afiliados la cobertura de sus necesidades en salud en el territorio colombiano a través de diferentes estrategias; durante la vigencia 2017 se continuaron los esfuerzos para la ampliación de la red de servicios con criterios de integralidad y continuidad.

Tabla 34. Comparativo organización red nacional de prestadores Unisalud 2014-2017

SEDE	2015			2016			2017		
	TOTAL DE USUARIOS	TOTAL DE RED PRESTADORES	MUNICIPIOS CON COBERTURA	TOTAL DE USUARIOS	TOTAL DE RED PRESTADORES	MUNICIPIOS CON COBERTURA	TOTAL DE USUARIOS	TOTAL DE RED PRESTADORES	MUNICIPIOS CON COBERTURA
NACIONAL	966	21	40	1017	26	44	1083	25	37
MANIZALES	1459	35	14	1446	37	19	1473	33	21
MEDELLÍN	3777	37	31	3736	39	30	3720	39	30
PALMIRA	980	45	22	958	43	20	944	41	20
BOGOTÁ	10737	84	11	10587	85	11	10490	82	13
TOTAL	**17919**	**222**	**118**	**17744**	**230**	**124**	**17710**	**220**	**121**
TOTALES COBERTURA NACIONAL			**77%**			**76%**			**73%**
TOTAL NACIONAL MUNICIPIOS A CUBRIR			**153**			**164**			**166**

Fuente: Reporte Informe de Gestión Sedes 2017

De acuerdo con la base de datos de afiliados a Unisalud con corte a 31 de diciembre de se encontraron los siguientes resultados: afiliados presentes en 166 municipios de 27 de los 32 departamentos del país. Unisalud cuenta con entidades contratadas en 121 municipios, reflejando una cobertura del 73% de los municipios.

Respecto a la red de prestadores de servicios de salud, en 2017 Unisalud manejó una red de 220 IPS, presentándose una disminución en la contratación de 10 entidades frente al periodo anterior; Este decremento en el número de entidades contratadas se debió entre otros a, movilidad de los afiliados a otros municipios que dio fin a la necesidad de continuar con el contrato, negativa de algunas instituciones a surtir el proceso de contratación en municipios de baja concentración de afiliados, entre otros: Acandí, Cachipay, Cómbita, Espinal, Guatavita, Mariquita, Piendamó, Sogamoso, Tibaná y Titiribí

Dados los resultados positivos en lo relacionado a oportunidad, continuidad y calidad de la atención, se dio continuidad a la estrategia de concentración de la población en un menor número de prestadores en aquellas ciudades con mayor concentración de afiliados, direccionada a permanecer con aquellos con mayor calidad e integralidad en la prestación del servicio con el fin de evitar al usuario múltiples desplazamientos.

Por otra parte, de acuerdo con el perfil poblacional, el número creciente de adultos mayores y población pensionada continúa la tendencia en la dispersión de la población en territorios con limitada o ausente oferta de servicios que afectan negativamente el indicador de cobertura. La red que presta servicios a afiliados en regiones del territorio no contemplada por las otras tres sedes es regulada por la sede Bogotá, que incluye la red nacional.

Con el fin de prever las necesidades en contratación para esta población se continúan realizando diferentes estrategias que faciliten la identificación oportuna de su ubicación geográfica en el territorio nacional, sin embargo, para el cumplimiento de este objetivo es necesaria la información de movilidad por parte del afiliado en tiempo real, la cual permitiría generar búsqueda de entidades en la región antes de que las condiciones de salud de los usuarios hagan imperativa la prestación del servicio.

Dentro de las estrategias se encuentra: depuración de las bases de datos de afiliados, solicitud y registro de actualización de datos, trabajo conjunto de las áreas de aseguramiento y contratación para ampliar y/o mantener la contratación en algunas sedes de frontera, conservar las redes aliadas a través de convenios con otras Universidades Públicas, para apoyar la cobertura de la prestación de servicios en territorios sin cobertura.

Adicionalmente, se realiza ajuste y actualización permanente de la información de la red de prestadores, servicios prestados y tarifas pactadas, según reglamentación, en las bases de datos, aplicativos y maestras de información que soportan las actividades de autorización incluyendo portafolios y tarifas de IPS; la revisión y actualización de los procedimientos de auditoría concurrente y de cuentas médicas y la maestra de novedades entre otros.

En la vigencia 2017 se priorizó el seguimiento y optimización del proceso de referencia y contrarreferencia con el fin de minimizar el impacto de estas actividades en el afiliado, dando origen al

desarrollo de un aplicativo que disminuya la carga operativa de las oficinas de autorizaciones y cuya implementación se llevará a cabo en el 2018, en la sede Bogotá como prueba piloto.

SUFICIENCIA DE LA RED CONTRATADA

Como hallazgo se encuentra la disminución en el porcentaje de cobertura geográfica, asociado a las dificultades en la contratación en municipios con un escaso número de afiliados y a la movilidad de usuarios a diecinueve (19) nuevos municipios en la vigencia; la cobertura por nivel de atención continua dentro de metas garantizando la atención al 98% de los usuarios en IPS que cubren sus necesidades de salud.

Tabla 35. Índice de suficiencia de la red contratada 2017

INDICE DE SUFICIENCIA DE LA RED CONTRATADA	2015	2016	2017
COBERTURA GEOGRÁFICA: Número de municipios sin cobertura.	77%	76%	60%
COBERTURA POR NIVEL: Número de afiliados con cobertura de acuerdo a la oferta del territorio de domicilio	98%	99%	98%
CALIDAD: Número de IPS que cumplen con el reporte de los indicadores de alerta temprana definidos por Supersalud a Unisalud.	66%	49%	94%

Fuente: Reporte Informe de Gestión Sedes 2017

A pesar de la disminución evidente en el indicador de cobertura geográfica, debemos resaltar que Unisalud cuenta con entidades contratadas en ciudades y municipios en los cuales reside el 98% de sus afiliados.

En los municipios con presencia de afiliados y sin red contratada, se realiza la atención a través de IPS no contratadas que, aunque no pertenecen a la red, prestan el servicio de salud y su valor es reembolsado posteriormente al afiliado, salvo en el caso de servicios de urgencia que son autorizados en forma directa en la línea de referencia (1)316-5000, extensiones 18909 y 18911.

Adicionalmente, se tienen otras estrategias como el traslado de afiliados a municipios con cobertura para garantizar la prestación del servicio y el envío de medicamentos a pacientes con patología crónica controlada.

Se encuentra para la vigencia 2017 cumplimiento del 100% de los estándares de calidad en el 94% de las IPS de la red adscrita de acuerdo a los seguimientos realizados y como producto de los acuerdos establecidos con las entidades que presentaban incumplimiento.

ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA PE Y DT

El objetivo de este indicador consiste en monitorear el uso de los recursos destinados a la atención de servicios de salud en pro de privilegiar el modelo de salud desde la perspectiva de la gestión del riesgo.

La información relacionada con los Códigos Únicos de Procedimientos en Salud CUPS asociados a actividades de alto riesgo fue obtenida a partir del informe de la sede frente a la Resolución 4505 de

2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, por lo tanto, corresponde a las actividades efectivamente realizadas.

Tabla 36. Destinación de la capacidad instalada al modelo de salud, cuadro comparativo 2015- 2017

SEDE	2015			2016			2017		
	CUPS P Y D	TOTAL CUPS	%	CUPS P Y D	TOTAL CUPS	%	CUPS P Y D	TOTAL CUPS	%
BOGOTÁ	42.305	461.242	9,2%	92.181	453.931	20,3%	82.697	337.872	24,5%
MANIZALES	11.864	47.124	25.17%	13.611	51.163	26.60%	15.717	54.837	28,7%
MEDELLÍN	26.363	129.716	20,5%	22.307	127.865	17,4%	18.505	88.773	20,8%
PALMIRA	14.364	35.492	40,5%	10.226	36.044	28,4%	5.774	9.707	59,5%
TOTAL	**104.159**	**682.979**	**15,3%**	**141.507**	**686.615**	**20,6%**	**141.507**	**491.189**	**28,8%**

Fuente: Reporte IV Trimestre 2017 según Resolución 4505 de 2012

En la tabla anterior se evidencia crecimiento en la destinación de la capacidad instalada en todas las sedes atribuible a la sensibilización y capacitación constante de los equipos de la Unidad. Como se describirá posteriormente, cada una de las sedes emprendió diversas estrategias para la captación de afiliados no consultantes y/o no adherentes a las actividades de PE y DT y a los programas propios de Unisalud.

El despliegue de otras estrategias se ve restringido por la alta demanda de servicios resolutivos, la baja adherencia a programas y actividades por un porcentaje importante de afiliados y a limitaciones en la ampliación de la infraestructura de las sedes.

Desde la Jefatura de División Nacional de Servicios de Salud se promovió entre los equipos la socialización y adopción de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) emitidas por el Ministerio de Salud como una estrategia para optimizar los manejos y contar con un referente de las actividades mínimas a desarrollar en nuestros afiliados de acuerdo a su estado de salud.

Se continuó el seguimiento a los reportes de RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud) evidenciando que, si bien se ha mejorado en su diligenciamiento, aún se encuentran registros inadecuados de las actividades de PE y DT y su correlación con la causa externa y finalidad de la consulta, por parte de algunos profesionales.

De igual forma se realizó seguimiento al informe trimestral correspondiente a la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual por el momento es la fuente del dato para este indicador, debido a que el Ministerio no ha publicado la información correspondiente a regímenes especiales en los cubos de información dispuestos para este fin y la cual según el ente rector es la única reconocida de manera oficial.

SEDE BOGOTÁ

La información relacionada con los Códigos Únicos de Procedimientos en Salud (CUPS) asociados a actividades de alto riesgo fue obtenida a partir del informe de la sede frente a la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, por lo tanto, corresponde a las actividades efectivamente realizadas. El total de CUPS para la sede en el periodo es de 337.872 y las actividades relacionadas en el informe de la resolución citada son 82.697, reportando una dedicación del 24.4%. Para esta vigencia se encuentra un crecimiento del 4.1% en el porcentaje de servicios asociados a actividades y programas de PE y DT.

Se viene manejando un procedimiento para establecer comunicación con los afiliados no consultantes por diferentes vías (telefónica, correo electrónico, entre otras), el cual además de constituirse en una estrategia de demanda inducida, busca la captación de datos clínicos de servicios prestados en la red externa con el propósito de aumentar el registro de las actividades relacionadas con PE y DT que pueden ser soportadas en la historia clínica con la copia de la generada por dicha entidad.

La sede realizó análisis de capacidad instalada, del porcentaje de ocupación de los profesionales y de los diferentes tipos de citas, del cual se realizaron los siguientes hallazgos:

- Se encontró desviación de la consulta de enfermería de su objeto principal, relacionado con actividades en Planificación Familiar, Crecimiento y Desarrollo y consulta de pacientes del programa Vivir; reemplazados por transcripción de medicamentos, con pérdida de la oportunidad para realizar educación debido al sobreuso por parte de los usuarios y pérdida de alrededor del 50% de la capacidad de la agenda de estas profesionales en una actividad que nada tiene que ver con la promoción de la salud.
- Se reportó abuso de la consulta por muchos de los pacientes poli consultantes con solicitudes injustificadas, con el reto para Unisalud de trabajar en su educación.
- Mal uso de las inscripciones al Programa VIVIR por parte de algunos pacientes cuyo objetivo al inscribirse es la exoneración del pago de Cuotas Moderadoras, sin tener en cuenta que el requisito para este beneficio va más allá de la inscripción.

Para la vigencia 2018, la sede continuará trabajando en los principales retos: depuración de la base de inscritos al Programa VIVIR con el objeto de mejorar la adherencia a las consultas y actividades programadas, el cumplimiento de los ciclos para obtener un verdadero impacto en su estado general y calidad de vida, modificación de periodos de formulación a pacientes con patologías crónicas que permita al personal de enfermería cumplir con el objetivo de su consulta, mejorar la herramienta de riesgo.

SEDE MEDELLÍN

Para esta vigencia se encuentra un crecimiento del 3.4% en el porcentaje de servicios asociados a actividades y programas de PE y DT en la sede, lo cual se correlaciona con la consolidación de un equipo comprometido y capacitado en la IPS propia, la realización de cuatro Festivales de la Salud en la vigencia y el mejoramiento en la calidad del dato reportado.

Con el propósito de aumentar la cobertura de las actividades relacionadas con PE y DT se desplegaron las siguientes estrategias:

- Seguimiento periódico a indicadores sensibles del programa de Riesgo Cardiovascular.
- Seguimiento a las coberturas anuales de los programas de Detección temprana de Cáncer de mama, cuello uterino y alteraciones del adulto.
- Seguimiento mensual a los esquemas de vacunación adecuados para la edad de la población menor de 6 años.
- Capacitación permanente al personal médico en temas relacionados con PE y DT.

Se ha evidenciado que los mecanismos establecidos para generar demanda inducida efectiva son insuficientes, por lo cual, para 2018 se ha establecido como objetivo implementar estrategias para la optimización de la demanda inducida de la población objeto, con base en la edad, el sexo y las condiciones prevalentes de los afiliados y fortalecer la estrategia de los Festivales de la salud, mediante intervenciones en grupos focalizados.

SEDE MANIZALES

Se encuentra un crecimiento de 2% en el indicador para el año 2017, asociado a la destinación de mayor número de consultas de medicina general dirigidas a PE y DT, realización de paraclínicos ordenados como parte de los programas y aumento en el número de consultas de oftalmología relacionada con seguimiento a quinquenios.

Para este periodo se fortalecieron en el equipo humano de la Unidad, competencias relacionadas con geriatría, evaluación del pie diabético y detección temprana de defectos visuales, entre otros.

Sin embargo, la poca receptividad de los usuarios a las actividades de PE y DT ocasiona que los resultados no sean los esperados, por ello para 2018 se buscarán herramientas para la construcción de conciencia de autocuidado que redunde en participación en las actividades de PE y DT programadas por Unisalud.

SEDE PALMIRA

En el año 2017 se encuentra un crecimiento del 4.91% frente a la vigencia anterior, producto del fortalecimiento de los Programas de Detección Temprana y Protección Específica mediante el despliegue de diferentes estrategias, entre las cuales tenemos:

- Diseño y ejecución de procedimiento de demanda inducida garantizando el direccionamiento de los pacientes desde todas las áreas.
- Asignación de una auxiliar de enfermería para la realización de llamadas telefónicas y direccionamiento a programas.
- Implementación del Club de Salud mental "Sembrando salud" con el acompañamiento de psicología, enfermería y medicina general; el objetivo principal del club consiste en generar y fortalecer una red de apoyo entre los usuarios de la sede.
- Articulación del programa de salud mental en todas las áreas de la Unidad, partiendo de la socialización de las guías MHGAP del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Implementación de la estrategia: “SOY GENERACION MÁS SONRIENTE” como una herramienta operativa para incrementar las acciones de educación en cuidado bucal y aplicación de barniz de flúor en población menor de 18 años. Para el cumplimiento de esta estrategia, se dispuso agendas específicas para la atención de los niños y niñas menores de 18 años en el servicio de Odontología, realizando demanda inducida uno a uno.

En el programa Gestión de Riesgo Cardiovascular a través del modelo de gestión de riesgo con Gesencro se logró mantener un número de 100 Pacientes durante todo el año 2017.

Se contó con el equipo humano para la realización de las actividades de PE y DT, dando continuidad en la programación del tiempo de 30 minutos para la consulta de PE y DT, con la asignación de profesionales y días específicos para esta atención, además que se continúa con la atención y consulta de enfermería.

Se logró la identificación de 295 afiliados que no asistieron a actividades de PE y DT pese a los múltiples esfuerzos y estrategias ejecutadas durante el año 2017, lo que obliga en 2018 a continuar con las estrategias de demanda inducida que permita incrementar la asistencia de los pacientes a los programas y actividades de PE y DT.

FRECUENCIA DE USO Y CONCENTRACIÓN DE SERVICIOS AUTORIZADOS

El objetivo de este indicador es el de determinar los servicios que representan las mayores frecuencias y concentraciones, y su comportamiento con respecto al 2016, estrategias de gran utilidad para realizar una adecuada planeación de la contratación de la red de servicios y de la oferta de servicios de las IPS propias.

Tabla 37. 10 primeros servicios autorizados según frecuencia de uso

CODIGO CUPS	DESCRIPCION CODIGO CUPS	DESCRIPCION PREFIJO	PACIENTES	ORDENES AUTORIZADAS	VALOR	F USO	CONCENTRACION
931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS DE DESEMPEÐO FUNCIONAL Y REHABILITACION	2.344	42.930	$ 610.520.932	2,4	18,3
890301	MEDICINA GENERAL CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO	CONSULTA MED. GENERAL	9.743	25.088	$ 433.726.400	1,4	2,6
997300	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	PROCEDIMIENTOS DE PROMOCIËN Y PREVENCION	4.317	18.430	$ 352.621.000	1,0	4,3
890201	CONSULTA PRIORITARIA POR MEDICINA GENERAL	CONSULTA MED. GENERAL	8.372	17.714	$ 304.357.763	1,0	2,1
890111	ATENCION VISITA DOMICILIARIA POR FISIOTERAPIA	VISITA DOMICILIARIA	447	17.378	$ 460.720.633	1,0	38,9
890201-1	MEDICINA GENERAL NO PROGRAMADA O CITA DOBLE	CONSULTA MED. GENERAL	5.127	11.714	$ 202.895.700	0,7	2,3
931000-1	TERAPIA FISICA SESION	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS DE DESEMPEÐO FUNCIONAL Y REHABILITACION	1.053	11.538	$ 166.118.600	0,7	11,0
903825	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS	LABORATORIOS	6.814	10.167	$ 59.421.166	0,6	1,5
907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	LABORATORIOS	6.986	10.020	$ 149.571.977	0,6	1,4
902210	HEMOGRAMA IV	LABORATORIOS	6.681	9.757	$ 202.939.209	0,6	1,5

Fuente Tableros de Gestión 2017

Los hallazgos de este periodo guardan estrecha relación con los de vigencias anteriores y con el modelo de salud de la Unidad.

El servicio de terapia física ocupó el primer lugar por frecuencia de uso en la población afiliada de Unisalud con un 2,4 que corresponde a que, si cada uno de los afiliados hubiese usado el servicio, se hubiesen emitido 2.4 órdenes por afiliado al año, con un incremento de 0.18 órdenes por persona. Con relación a la concentración, en el año 2017 se emitieron 42.930 órdenes de terapia física (2.231 órdenes más que en la vigencia anterior) a 2.344 afiliados, equivalente al 13.2% de la población, resultando 18.3 órdenes a cada uno de ellos, con un costo total de $ $610.520.932 en el año 2017, correspondiente a un incremento en el 12.6% del costo por este servicio. La correlación de estos hallazgos con la prevalencia de enfermedades articulares degenerativas y osteomusculares presente en adultos mayores y en personas con poca adherencia al ejercicio, es evidente y debe redundar en la implementación de estrategias para disminuir el impacto de las mismas en la calidad de vida de los afiliados.

En los siguientes lugares, tal como se espera se encuentran atenciones del nivel I tales como:

El control por medicina general ocupó el segundo lugar por frecuencia de uso en Unisalud para el 2017 con 1.4, lo que corresponde a que, si cada uno de los afiliados hubiese usado el servicio, se hubiesen programado 1.4 consultas por afiliado al año. En el año 2017 se programaron 25.088 controles por medicina general a 9.743 afiliados, correspondientes al 55% de la población, resultando una concentración de 2.6 controles a cada uno de ellos. Estos datos equivalen a reducción en el número de controles programados (4.184 controles menos) y en el número de afiliados que solicitaron el servicio (395 afiliados). De estos hallazgos se deduce que el 45% de los afiliados no solicitó controles en la Unidad, un 2% menos que en la vigencia 2016.

En tercer lugar, se encuentra el detartraje supragingival, servicio odontológico asociado a actividades de PE y DT, seguido de servicios de terapia domiciliaria, consultas no programadas por medicina general y paraclínicos de uso frecuente, entre otros.

Estos hallazgos generan la necesidad de implementar programas de capacitación que aumenten la resolutividad de los equipos primarios de las sedes, que brinden nuevas herramientas para la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia disponible, pertinencia y racionalidad en pro bienestar de nuestros afiliados.

Tabla 38. Primeros servicios autorizados según concentración

CODIGO CUPS	DESCRIPCION CODIGO CUPS	DESCRIPCION PREFIJO	PACIENTES	ORDENES AUTORIZADAS	VALOR	F USO	CONCENTRACION
C40111	HEMODIALISIS STARDART BICARBONATO	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS SISTEMA CIRCULATORIO	8	998	$ 255.000.976	0,1	124,8
890105-5	PLAN E INTEGRA 24 HORAS PACIENTE CRONICO SIN VENTILADOR	VISITA DOMICILIARIA	6	479	$ 82.216.792	0,0	79,8
890105-2	AUXILIAR DE ENFERMERIA 6 HORAS - DIURNO - BOGOTA	VISITA DOMICILIARIA	1	75	$ 3.207.000	0,0	75,0
S12710	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD MEDIANA - UNIPERSONAL	ESTANCIAS	23	1520	$ 201.205.775	0,1	66,1
890105-	AUXILIAR DE ENFERMERIA 12 HORAS DIURNO	VISITA DOMICILIARIA	23	1314	$ 87.700.608	0,1	57,1
938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA SESION	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS DE DESEMPEÐO FUNCIONAL Y REHABILITACION	1	48	$ 1.899.744	0,0	48,0
890105-	AUXILIAR DE ENFERMERIA 12 HORAS NOCTURNO	VISITA DOMICILIARIA	7	335	$ 20.695.400	0,0	47,9
930107	PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DE LA COMUNICACION FUNCIONAL (HABLA)	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE DESEMPEÐO FUNCIONAL Y REHABILITACION	1	47	$ 2.726.000	0,0	47,0
965902	LAVADO IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL	OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS	3	123	$ 5.268.884	0,0	41,0
890110	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y FONOAUDIO-LOGIA	VISITA DOMICILIARIA	104	4205	$ 113.707.336	0,2	40,4

Fuente Tableros de Gestión 2017

Frente a la concentración de servicios a nivel nacional encontramos servicios que por su especificidad son requeridos por un escaso número de afiliados con condiciones de salud muy particulares, pero que en general se asocian a costos elevados. En general la solicitud de los mismos se encuentra en manos de especialistas y subespecialistas de la red adscrita.

En la tabla anterior se relacionan los principales servicios autorizados según concentración, en primer lugar, continúa la hemodiálisis estándar con bicarbonato, con la expedición de 998 órdenes para 8 pacientes (78 órdenes más que en el periodo anterior emitidas a dos afiliados menos), para 124.8 órdenes al año por paciente y quienes reciben equivalen al 0.045% de nuestra población, el costo de este servicio relacionado con insuficiencia renal y susceptible de recobro a través de la póliza de alto costo, en 2017 fue de $255.000.976.

En segundo lugar, encontramos las órdenes por plan de enfermería integral 24 horas paciente crónico sin ventilador, con una concentración de 79,8, correspondiente a 479 órdenes autorizadas a un total de 6 pacientes (0.033% de los afiliados).

En la tabla anterior se evidencia que los demás servicios en orden de frecuencia de uso corresponden a atenciones domiciliarias, hospitalización por salud mental y servicios relacionados con rehabilitación, requeridos por un número reducido de afiliados.

A continuación, se relacionan los hallazgos más relevantes en las sedes.

SEDE BOGOTÁ

Los diez servicios que representan el mayor costo en la sede no presentaron variación con relación a la vigencia anterior, aunque se presentaron cambios en el ordenamiento debido a que la estancia desplazó

los laboratorios al segundo lugar, en el capítulo egresos se indicó que a pesar de que en 2017 disminuyó el número de egresos y el número de días de estancia los costos fueron mayores con relación a la vigencia inmediatamente anterior.

El servicio de mayor frecuencia de uso fue el de terapia física, situación ligada a la ocurrencia de reemplazos articulares de cadera y rodilla, discopatías y artrosis entre otras patologías de ésta índole, propias de la edad avanzada de la población afiliada.

Para el 2017 se evidencia que la concentración del servicio internación en complejidad mediana, ocupa el primer puesto lo cual seguramente tiene que ver con la cobertura nacional de la Red de Servicios en concordancia con la pirámide poblacional de Unisalud. Se posiciona rehabilitación funcional en el décimo lugar como novedad para la presente vigencia, correspondiendo a una patología crónica de pulmón que requirió rehabilitación y únicamente fue ofertada por la Fundación Santafé de Bogotá.

SEDE MEDELLÍN

Los datos obtenidos señalan cómo las especialidades con mayor frecuencia de uso se relacionan con aquellas que brindan atención a las patologías de mayor incidencia y prevalencia en la población afiliada a Unisalud sede Medellín, tales como enfermedades degenerativas visuales (Oftalmología), trastornos degenerativos articulares (Ortopedia, Fisiatría y Reumatología), trastornos de piel, principalmente cáncer de piel, (Dermatología), trastornos de vías urinarias y control de patología renal en pacientes con Hipertensión arterial y diabetes (Nefrología y Urología), adicionalmente Psiquiatría, toda vez que en la sede se presenta alta incidencia de trastornos mentales (trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de ansiedad).

Los servicios de Hemodiálisis, terapias de rehabilitación (física, lenguaje, respiratorias, fototerapia, linfática, vestibulares), aplicación de medicamentos (medicamentos inmunológicos y/o quimioterapia), son las de mayor concentración toda vez que éstas son requeridas por los usuarios con patologías muy específicas y generadas en paquetes de diez o más terapias por ordenamiento del profesional tratante.

Para la vigencia 2017 como en las dos vigencias anteriores, se encuentra que los 10 prefijos asociados a mayor costo se han mantenido sin modificación y corresponden a estancias hospitalarias, procedimientos CTC, apoyo imagenológico de III nivel y atención domiciliaria.

Las internaciones en las IPS hospitalarias adscritas a la red de prestadores de servicios de salud de la sede Medellín (instituciones de alto nivel de complejidad) corresponden a afiliados con importantes comorbilidades, de manejo difícil y evolución impredecible que originan estancias prolongadas y por ende mayor costo. Asimismo, los pacientes hospitalizados requieren evaluación intrahospitalaria multidisciplinaria y posterior al egreso, controles y seguimientos por las diferentes especialidades.

Por otra parte, dado que el 42 % (1.585) de la población afiliada (3.720) corresponde a personas mayores de 60 años con alta incidencia y prevalencia de patología ocular crónica degenerativa, se incrementan los costos en terapias del sistema visual.

SEDE MANIZALES

En la sede Manizales la terapia ocupacional es el servicio que corresponde al de mayor concentración en el año 2017 con 73.7, dado que en la sede se encuentra en manejo una paciente con parálisis cerebral quien requiere para su rehabilitación y el mantenimiento de su calidad de vida el concurso permanente de este servicio.

La frecuencia de uso y concentración de servicios asociados a mayor costo durante el año 2017, se encuentra asociada a aquellos servicios aprobados por el CTC correspondientes a intervenciones, procedimientos, insumos y medicamentos no incluidas en el POS, los cuales generalmente son costosos, de ahí que sea concordante que se ubique como primer prefijo según valor.

De igual manera se encuentra coherencia en que el prefijo correspondiente a estancias hospitalarias (S50) se ubique en segundo lugar, dado el costo que implica este servicio. Las ayudas diagnósticas de radiología de alta complejidad (D71) y de laboratorio clínico (L50), dado su volumen se ubican en tercer y cuarto lugar. Se destacan que, a raíz de la mayor oferta del mercado, estas pruebas diagnósticas han disminuido en costo respecto al año 2016. La ubicación en quinto lugar de los prefijos de mayor valor relacionados con PE y DT (Y01), se explica por la directriz de implementar el modelo de atención orientado a la gestión del riesgo. Los reemplazos articulares y otros procedimientos de ortopedia - Q62, son requeridos por las patologías asociadas a la edad de la población, razón por la cual se ubican en el sexto lugar respeto al valor.

Respecto a la frecuencia de uso y concentración de CUPS con mayor valor, el código CUPS 890202 agrupa las consultas especializadas, servicios requeridos por la población y dada la oferta limitada para algunas de ellas, pueden ser de elevados costos en la Sede. Es coherente que las internaciones en niveles de alta complejidad se ubiquen en segundo lugar puesto que incluyen las hospitalizaciones en las IPS de la red contratada, clasificadas como de alta complejidad. Las consultas de medicina general en planta, dado su volumen se ubican en el tercer lugar y las de medicina general en planta para programas de PE y DT en quinto, lo que es concordante con las directrices de resolutividad en el primer nivel y con la implementación del modelo de atención enfocado a la gestión del riesgo. Las terapias físicas (cuarto lugar) al igual que las endoscopias (séptimo lugar) y las consultas de anestesiología (octavo lugar) se explican por el volumen generado. El reemplazo protésico (sexto lugar), la internación en cuidado intermedio (noveno lugar) y la inserción de marcapasos (décimo lugar), se explican por el alto costo de los procedimientos.

Finalmente, respecto a los CUPS con mayor concentración, se encuentra que el servicio de terapia ocupacional es el de mayor concentración en el año 2017 con 73.7, mientras que en el año 2016 era la segunda con 66.647.

La sede cuenta con médicos capacitados y sensibilizados acerca de la utilidad de los criterios de pertinencia y racionalidad en el uso de actividades en salud como la terapia física y terapia ocupacional.

SEDE PALMIRA

Con respecto a la consulta especializada se puede establecer que la concentración más alta correspondiente a oncología con el 2.6%, seguida por psiquiatría, homeopatía, hematología, endocrinología, y cardiología con el 2.2%; al respecto se debe mencionar que cardiología disminuyó en concentración de uso toda vez que el programa con Gesencro incluye la atención por esta especialidad para los pacientes inscritos, además de Nefrología, Medicina Interna, Medicina del Deporte, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y Nutrición.

Entre los servicios de mayor costo se encuentra hemodiálisis o diálisis peritoneal tratamiento realizado a dos afiliados con enfermedad renal, situación que apoya el actual trabajo en la sede para retardar lo máximo posible el daño renal en nuevos pacientes.

Frente a la internación en cuidados intensivos se puede establecer que se presentaron menor número de casos, pero estancia más prolongada por paciente; se evidenció que ningún paciente del programa de gestión de riesgo cardiovascular fue internado en UCI.

Las terapias físicas continúan siendo uno de los servicios de mayor frecuencia y por tanto de mayor gasto, esto se relaciona directamente con las cirugías de reemplazo articular, dolores osteomusculares que se encuentran entre las primeras causas de consulta.

Por otra parte, se evidencia que el aumento continuo de la demanda de consulta por enfermería relacionada con los programas de promoción y prevención, asociado al cumplimiento de metas en los pacientes inscritos en el programa de gestión de riesgo cardiovascular logrando disminuir la hospitalización por estas causas y disminuyendo en un 100% el ingreso a UCI de pacientes inscritos en el mismo.

Para la vigencia 2017 se continuó trabajando en la capacitación médica continuada con el fin de entregar herramientas a los profesionales y fortalecer la resolutividad del primer nivel de atención; sin embargo, la rotación de los médicos en la Unidad genera dificultades para el seguimiento y control de los pacientes.

Teniendo en cuenta que oncología es una de las especialidades de mayor frecuencia de uso y que el 50% de la mortalidad en la sede en el 2017 obedece a casos relacionados con cáncer, se plantea como meta llevar a cabo el programa de riesgo oncológico que permitan el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de los nuevos pacientes, así como lograr el control y cumplimiento de metas de los pacientes diagnosticados.

Por otra parte, los servicios de consulta e internación asociados a enfermedades y trastornos mentales, revisten importancia lo cual ratifica la necesidad de continuar fortaleciendo el programa de salud mental, el cual es atendido con equipo interdisciplinario, se espera mayor adherencia de los pacientes al grupo.

CAPACIDAD TÉCNICA Y CIENTÍFICA DE LA RED CONTRATADA

El objetivo de este indicador es determinar el nivel de cumplimiento de las condiciones de calidad de los prestadores de la red de servicios y monitorear la suficiencia técnica y científica de los mismos, es la forma de garantizar y mantener la calidad en la prestación de servicios ofertados y contratados para los usuarios.

Durante el 2017 se aumentó la cobertura de IPS visitadas con relación a la vigencia anterior; se visitaron un total de 178 IPS, de un total de 182 que se programaron. El cumplimiento global de indicador fue de 97.84%. A nivel nacional no se logró concertar cita para programación de visita en tres entidades y una entidad de la red no acepta visita por parte de las EAPB.

Las visitas evidenciaron cumplimiento de las condiciones de calidad en la mayoría de las IPS de la red de prestadores contratada; de las diecisiete (17) instituciones a las que se les realizaron hallazgos fueron objeto de generación de planes de mejora en los casos en los que se consideró pertinente. Estos planes de mejora correspondieron en general a documentación actualizada de PAMEC institucional, procedimientos actualizados y actas de los comités de obligatorio cumplimiento, así como del sistema de PQRS, adopción de guías de práctica clínica y temas relacionados con seguridad del paciente. Posteriormente se realizó seguimiento encontrando que once (11) de estas entidades implementaron planes de mejora, las demás deberán ser objeto de seguimiento en el 2018.

Unisalud ha fortalecido los lazos de comunicación efectiva con su red prestadora lo cual facilita el seguimiento a las condiciones de calidad de las mismas, mejorando la oportunidad en la entrega de la información requerida por los entes de control, la oportunidad en el servicio y la información en casos en que esta se sale de las metas permitiendo el redireccionamiento de los pacientes cuando es necesario.

Por otra parte, estas visitas permitieron a las IPS obtener información relacionada con asuntos de facturación, procedimientos establecidos en Unisalud, cuotas moderadoras y copagos e incluso una profesional de la red, refirió la necesidad de disminución en el número de pacientes remitidos debido a que vio sobrepasada su capacidad de ofertar servicios.

El desarrollo frente al objetivo del indicador en cada sede es diferente y se analiza a continuación:

SEDE BOGOTÁ

Durante el año 2017 se programaron 100 visitas a las IPS de la Red Contratada, de las cuales se realizaron 97, es decir se cumplió con un 97% de ejecución de este indicador.

De las 97 visitas realizadas se encontraron 2 IPS con un cumplimiento parcial de los indicadores de calidad, estas IPS se encuentran al momento ejecutando su plan de mejora. Las restantes 95 IPS presentan un cumplimiento pleno de los requisitos de capacidad técnica y científica correspondiente al 98%, manteniendo el indicador dentro del estándar esperado, lo cual hace que haya confiabilidad en la contratación de los servicios ofertados.

Como en vigencias anteriores la Fundación Santa Fe de Bogotá no permitió la visita de seguimiento por parte de Unisalud. Por otra parte, debemos señalar que el acuerdo celebrado con el Laboratorio de Neurofisiología de la Facultad de Medicina de la Sede Bogotá fue anulado a solicitud de su coordinador, dado que a los servicios de dicho laboratorio son prestados por la IPS CORPORACION SALUD UN.

SEDE MEDELLÍN

En el año 2017 Unisalud Medellín programó visitas a 37 de las 38 IPS contratadas (cobertura de 97,4%), no se incluyó el Hospital San Juan de Dios ubicado en Santafé de Antioquia dado que manifestaron no tener disponibilidad para recibir la visita. La cobertura de visitas realizadas presentó mejora en 39,4% con relación al año 2016 (58%), debido a la continuidad del auditor que realiza dichas visitas y a la programación oportuna de las mismas.

El indicador de evaluación de capacidad técnica y científica de la red contratada presentó mejora de 0,67% con respecto al año 2016 (99,33%), ya que durante el año 2017 se evidenció cumplimiento de la meta de dicho indicador (100%). De las visitas realizadas se concluyó que:

- La red contratada cumple con los requerimientos a nivel técnico y científico para realizar atención de calidad a los usuarios de Unisalud. En aquellas situaciones en que se realizaron observaciones se generaron compromisos de mejora con el seguimiento respectivo por parte de Unisalud.
- La relación de las diferentes IPS visitadas y Unisalud se fortaleció con las visitas realizadas, se mejoraron los canales de comunicación por medio de actualización de datos de contacto y se solucionaron inquietudes de parte y parte, generando excelentes relaciones contractuales.
- Las instituciones resaltan el cumplimiento de las obligaciones por parte de Unisalud, con los pagos a tiempo según la facturación radicada.
- Las instituciones de la red dan trato preferencial a los usuarios afiliados a Unisalud.
- Las IPS de la red contratada programaron y dispusieron del personal necesario para la recepción de la visita de auditoría por parte de Unisalud, con el fin de dar cumplimiento al objetivo de dichas visitas.
- Se encontró receptividad ante las sugerencias y compromiso de mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de salud por parte de los prestadores.

SEDE MANIZALES

En el año 2017 fueron ejecutadas las 31 visitas planificadas a la red externa de prestadores de servicios de salud, para un 100% de cumplimiento.

Fueron establecidos planes de mejora con 17 de los prestadores visitados, los cuales fueron objeto de seguimiento por parte de Unisalud que evidenciaron el cumplimiento de los planes de mejora en el 100% de los casos. Los principales motivos de ajuste se relacionaron con documentación y firma de actas de comités, seguimiento al PAMEC, información a usuarios y respuesta a solicitud de análisis de indicios de atención insegura.

En ningún caso se identificaron situaciones que implicaran incumplimientos de requisitos de habilitación ni incumplimiento a las condiciones contractuales pactadas con Unisalud, y se encontró receptividad de las IPS a las visitas informadas por Unisalud.

SEDE PALMIRA

Durante el año 2,017 se programaron y realizaron 13 visitas de seguimiento a la red contratada, dando prioridad a aquellas entidades que por su demanda y requerimientos en el proceso de atención deben ser objeto de seguimiento constante. Se establecieron acciones en cuanto a: rutas de atención, direccionamiento de los usuarios, negociación de tarifas y capacitación en el ABC de Unisalud.

Se cuenta con buena comunicación con los proveedores lo que facilita y optimiza de la atención de los usuarios, garantizando el cumplimiento de los compromisos contractuales mediante los seguimientos a la red y se ha logrado con el contacto directo la liquidación oportuna de los contratos anteriores.

A pesar de ello no se obtuvo un cumplimiento del 100% de las acciones requeridas a ciertas entidades, lo que genera desgastes administrativos y mayores costos, como el caso de una entidad que atiende usuarios y genera formulaciones de medicamentos en marca comercial.

Como debilidad se encuentra que no se registraron de manera adecuada las visitas realizadas a la red, por lo que no se cuenta con la trazabilidad de esta actividad. Como plan de mejora se fortalecerá el diligenciamiento de los hallazgos y compromisos a fin de contar con la trazabilidad de las visitas realizadas a la red.

Para la vigencia 2018 se espera programar y realizar visitas a un 80% las entidades contratadas.

De otra parte, debemos señalar que la sede sigue trabajando en el fortalecimiento de la conformación de la red integrada de servicios de salud para el manejo de pacientes con patología cardiovascular con énfasis en la gestión de riesgo en salud, ampliando además sus objetivos hacia un programa de detección y prevención de cáncer con apoyo de hematología.

CENTRAL DE AUTORIZACIONES

Este indicador busca verificar el cumplimiento de la Resolución 4331 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, frente a los procedimientos de referencia, contrarreferencia y auditoría concurrente.

Unisalud tiene conformada el área de referencia y contarreferencia la cual desde la ciudad de Bogotá brinda asistencia las 24 horas del día, los siete días de la semana tanto a las entidades de la red adscrita como a los afiliados que solicitan sus servicios a través de dos extensiones telefónicas y correo electrónico.

En los casos en que el usuario manifiesta inconvenientes en la comunicación con entidades de la red o cuando existen problemas relacionados con la oportunidad en la programación de las citas, los referentes de Atención al Usuario o el área de Referencia y Contrarreferencia se comunican con la entidad prestadora para darle solución, de manera ágil e inmediata a las necesidades de los afiliados.

La base de datos de afiliados actualizada es enviada a las entidades de la red adscrita con periodicidad mensual. De igual manera, las autorizaciones solicitadas por los usuarios cumplen los estándares de oportunidad y la normatividad vigente.

La citada resolución, plantea que el asegurador debe remitir las ordenes de autorización al prestador, y comunicarse con el usuario para coordinar la fecha y hora de la cita, actividades que no han sido adoptadas teniendo en cuenta el recurso humano y la infraestructura requerida para tal fin, pero en especial, a que los usuarios en general buscan acudir a la Unidad por sus órdenes así hayan sido enviadas a los prestadores.

Con el fin de mejorar el cumplimiento de lo dispuesto en la norma, durante el año 2017 en cabeza de la Gerente Nacional de Unisalud se inició la implementación de un aplicativo web que permitirá a los usuarios obtener las autorizaciones de los servicios ambulatorios ordenados por su médico tratante desde cualquier dispositivo (móvil, computador, Tablet, etc.), generando estadísticas por tipos de autorización, por afiliado y por usuario del área de autorizaciones.

SEDE BOGOTÁ

Para el 2017 se fortaleció el área de Autorizaciones con apoyos técnicos y de personal en días de afluencia de público para gestionar oportunamente las órdenes en el marco del procedimiento de referencia y contrarreferencia.

A través del área de referencia y contrarreferencia se mantuvo la gestión de órdenes hospitalarias vía web, generando adherencia de las IPS al procedimiento. Se consolidaron los equipos de las dos áreas logrando conocimiento y ejecución del procedimiento por parte del personal que labora en el área.

Sin embargo, a pesar de haber extendido la vigencia de las autorizaciones a un periodo de tres meses a partir de la fecha de expedición, se encuentra una inadecuada corresponsabilidad del usuario con su estado de salud generando innumerables reprocesos derivados de vencimiento de órdenes e insatisfacción por parte de los usuarios dada la alta demanda de solicitudes que congestiona el servicio.

SEDE MEDELLÍN

Las autorizaciones de la red adscrita para las atenciones de urgencias y hospitalización son solicitadas por las IPS mediante el envío de los anexos 2 y 3 respectivamente. Unisalud remite autorización a través del correo electrónico: autoriza_med@unal.edu.co en horario hábil.

Las autorizaciones ambulatorias provenientes de la red externa, son evaluadas por el médico autorizador en cuanto a pertinencia médica y procede a direccionar a las instituciones de red adscrita o a evaluación por el médico general en planta, cuando no se considera pertinente la solicitud, principalmente ordenamientos y remisiones a especialistas y subespecialista, provenientes de los servicios de urgencias de la red adscrita, el médico autorizador procede a redireccionar la autorización al servicio de autorizaciones para que el paciente sea informado del porque no se realiza la autorización y se le oriente acerca de que debe solicitar cita con el médico general en la IPS propia de Unisalud.

Para el año 2017, se logró incrementar el número de IPS de la red adscrita con las que se estableció el mecanismo de referencia y contrarreferencia para actividades ambulatorias a través del correo de autorizaciones. Igualmente, con este mecanismo, se involucró a las instituciones en el recobro de

copagos y/ o cuotas moderadoras cuando el servicio así lo requiera, garantizándose accesibilidad y oportunidad en las citas de especialistas y /o apoyo diagnóstico e impactando en la disminución de la tramitología a favor del usuario.

Además, se incrementó el número de las IPS adheridas al procedimiento del envío de los anexos a través del correo electrónico de autorizaciones.

Dado que la capacidad técnica y del recurso humano de la sede no es suficiente para el cumplimiento de la Resolución 4331 de 2012, el trámite de las órdenes de atención de urgencias y hospitalización solicitadas por las IPS de la red adscrita son aprobadas por correo electrónico en horario hábil, por lo cual las IPS de la red realizan las atenciones que consideran necesarias para el manejo del paciente en atención a las condiciones de contratación y las buenas relaciones establecidas con las entidades de la red.

Para 2018 la sede evaluará la posibilidad de apoyarse en el área de Referencia y Contrarreferencia ubicada en la sede Bogotá y que brinda atención 24 horas, 7 días a la semana. Además, se continuará fortaleciendo el área de autorizaciones en la sede con la participación un médico auditor, quien desde la concurrencia puede impactar sobre solicitudes no pertinentes tales como apoyos diagnósticos o interconsultas solicitadas en los servicios de urgencias y hospitalización, que pueden ser realizados ambulatoriamente.

Para la vigencia 2018 se buscará acordar con un mayor número de IPS de la red adscrita, la posibilidad de tramitar entre las instituciones las autorizaciones requeridas por los afiliados luego de las atenciones ambulatorias, impactando en la tramitología y el tiempo de espera para el acceso a los servicios, además de garantizar mejor oportunidad.

SEDE MANIZALES

En la Sede Manizales el equipo humano que gestiona las autorizaciones está conformado por el Jefe de Servicios de Salud, un médico de tiempo completo y una auxiliar administrativa de tiempo completo. El horario de atención es de lunes a viernes de 7:30 am a 12:30 pm y de 2:00 pm a 5:00 pm.

La gestión de las autorizaciones cumple con los tiempos de respuesta establecidos según el procedimiento estandarizado. Por medio de las mediciones de satisfacción, se evidencia que los usuarios del servicio están altamente satisfechos.

Con el fin de cumplir con el procedimiento, se fortaleció el contacto con las entidades que emiten órdenes, de tal manera que sean claras y explícitas, y que la autorización emitida en Unisalud sea correcta.

SEDE PALMIRA

Con el envío de la base de datos a las instituciones de la red se garantiza la validación de derechos del paciente y de esta manera proceden con la atención evitando demoras por esta causa.

Cuando el paciente es hospitalizado las instituciones remiten vía correo electrónico los anexos establecidos. Realizada la evaluación al proceso la sede realizó gestión con dos de las clínicas adscritas para el mejoramiento en oportunidad del reporte.

Las autorizaciones son emitidas en la sede en horario de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 m, previa evaluación del coordinador médico, toda vez que este profesional es de cuatro (4) horas. En fines de semana o festivos las entidades de la red se comunican con la línea nacional de autorizaciones en Bogotá.

Se tienen implementados los formatos reglamentados en la Resolución 4331 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social: autorizaciones, (referencia, contrarreferencia, trazabilidad de las facturas y codificación de glosas), negación de servicios, etc.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO

Diversos factores externos incrementan el riesgo de sostenibilidad económica para Unisalud, en lo relacionado con el aseguramiento la demanda de recursos económicos para el manejo de las patologías crónicas se incrementa progresivamente, debido entre otros al comportamiento del mercado de medicamentos e insumos médicos y al incremento de las tarifas de los servicios de salud a costa de la incorporación de tecnologías de punta, al posicionamiento de las IPS contratadas por la Unidad y al incremento de las necesidades de los usuarios.

Si bien las estrategias para la contención del gasto desplegadas en vigencias anteriores, entre las que se encuentran: el fortalecimiento de los programas propios para el manejo y seguimiento de pacientes con patologías crónicas, la adherencia a las actividades de PE y DT desplegadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, el tamizaje de riesgo para afiliados mayores de 30 años, la negociación de precios de medicamentos e insumos médicos con un distribuidor nacional, la estrategia de contratación, basada en la concentración de servicios en IPS que además de tener aceptación entre los afiliados, brindan amplia oferta de servicios, oportunidad, continuidad y tarifas razonables, han producido resultados positivos, estas no son suficientes para afrontar las amenazas que enfrenta la Unidad.

Por tanto y de acuerdo a lo encontrado en vigencias anteriores, durante el 2017 se privilegió la gestión de riesgo como un instrumento que además de generar mejores condiciones de salud en los afiliados constituye una estrategia para la sostenibilidad de nuestra Unidad.

Durante la vigencia 2017 se realizó la implementación de una herramienta de riesgo que permite generar resultados más confiables en afiliados mayores de 18 años, con el objeto de realizar un manejo temprano del riesgo y de las patologías de mayor prevalencia en la Unidad. Para el 2018 se sistematizará el instrumento y su despliegue se tiene programado a partir del segundo trimestre. Paralelamente se proyectaron los contenidos de herramientas para la población adolescente y otra para niños, las cuales se generarán en el segundo semestre de 2018 y se implementarán en 2019.

Con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente en Colombia, la Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015), el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 y subsecuentemente con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), desde el año 2017 Unisalud inició el ajuste a sus actividades y programas propios cuya implementación se tiene prevista para el segundo trimestre de 2018 una vez se haya realizado socialización con los equipos de las sedes.

Por otra parte, se continuarán desarrollando actividades desplegadas en vigencias anteriores que aún no han alcanzado la meta establecida como: estrategias que contribuyan a la actualización oportuna de datos de contacto y ubicación geográfica de los usuarios, estrategias comunicativas para sensibilizar a los afiliados sobre la importancia del autocuidado y la gestión de la salud propia y su familia, la socialización de deberes y derechos como afiliados, la difusión de los programas y actividades obligatorias de PE y DT, los programas propios de Unisalud, entre otros.

La continuidad en las capacitaciones a los profesionales de las IPS propias en Gestión del Riesgo, el manejo de patologías prevalentes y las actividades de PE y DT es de vital importancia para aumentar la resolutividad del primer nivel de atención de la Unidad y la adherencia y confianza de los afiliados.

GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN

El Plan de Desarrollo 2016 – 2018 centra los esfuerzos relacionados con la Gestión de la Prestación en la búsqueda del mejoramiento del estado de salud de los afiliados a través de una Medicina Preventiva, combinando el uso racional de los recursos. El objetivo es resolver las necesidades de orientación, información, educación y atención de los usuarios de los servicios de salud de Unisalud, en el marco de la garantía de sus derechos.

La Gestión de la Prestación se divide en dos elementos: la GESTIÓN CLÍNICA que contempla la labor asistencial de carácter curativo, buscando mejorar el estado de salud de afiliados en condiciones clínicas deterioradas; de igual forma garantizar la accesibilidad, oportunidad y continuidad en la prestación de servicios de salud; y la GESTIÓN DE LA SALUD que busca contribuir con la formulación de estrategias que permitan al interior de la Universidad impactar positivamente el ambiente físico, cultural y ambiental que de manera directa o indirecta colaboran en el deterioro de la salud de las personas que laboran en ella.

El resultado del objetivo estratégico Gestión de la Prestación del plan de acción para la vigencia 2017 correspondió al 84.9% frente al 85.7% de la vigencia anterior, debemos aclarar que para esta vigencia se incluyó el indicador proporción de pacientes con diabetes mellitus tipo II controlada (eliminando el indicador cumplimiento de ciclos de PE y DT) y se modificó la fuente del indicador proporción global de pacientes con hipertensión arterial controlada.

El resultado del objetivo se ve afectado por el cumplimiento de los indicadores: Proporción global de pacientes con hipertensión arterial controlada que se encuentra en 84,29% frente a un 84.06% del año 2016; Proporción de pacientes con diabetes mellitus tipo II controlada correspondiente al 70.63% que corresponde a la línea base se estableció en 2017 y al indicador Incremento de la cobertura de actividades PE y DT con un 82.25%.

La adherencia de los afiliados a las actividades de PE y DT y al programa de riesgo cardiovascular se encuentra por debajo de lo esperado, debido que persiste en buena parte de los pacientes la convicción de que los medicamentos pueden por si solos controlar la enfermedad y prevenir las complicaciones. Persiste entonces una mirada asistencialista que pretende obtener resultados sin que medie para ello la adquisición de hábitos de vida saludable y de tal manera las actividades preventivas son vistas como una pérdida de tiempo y sus contenidos rechazados sistemáticamente.

Por ello se ha emprendido la tarea de reformular los programas propios de la Unidad, adoptando las recomendaciones del Ministerio de Salud y sus políticas de atención y seguimiento, con el fin de obtener los resultados deseados para la salud de los usuarios. De esta forma, para la vigencia 2018, se realizará seguimiento al control de hipertensión arterial y diabetes de los afiliados a través de la información generada para el reporte de la Cuenta de Alto Costo, la cual contiene parámetros clínicos adicionales que dan una visión más integral del estado de los pacientes y se constituye en una herramienta para toma informada de conductas.

En el mismo sentido, las estrategias relacionadas con la socialización de los resultados, contenidos de los programas y oferta de actividades de PE y DT deberán intensificarse en todas las sedes bajo la dirección de la Jefatura de la División Nacional de Servicios de Salud.

En cuanto al indicador Proporción de vigilancia de posibles efectos adversos podemos decir que en todas las sedes se ha logrado en buena medida la sensibilización que contribuye a la adopción de la cultura de seguridad del paciente, obteniendo un resultado del 99.5%; a pesar de ello se encuentra dificultad en el reporte voluntario de incidentes relacionados. Tal y como ocurre con las actividades de PE y DT, debemos tener en cuenta que la adopción de una cultura, como la adquisición de hábitos de vida

saludable requieren de tiempo y persistencia, por ello se continuarán los esfuerzos y se emprenderán nuevas acciones que nos permitan alcanzar los objetivos finales.

A continuación, relacionaremos los cinco indicadores definidos para el seguimiento, evaluación y análisis de la Gestión Clínica y la Gestión de la Salud.

MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN BRINDADA A LOS AFILIADOS

El monitoreo de la calidad en la atención brindada en las IPS propias se realiza teniendo en cuenta diferentes parámetros, entre los cuales se encuentran: la calidad en el registro de la historia clínica de medicina general y odontología general; adherencia a las guías de manejo de obligatorio cumplimiento de PE y DT e institucionales; gestión de la mejora en el porcentaje de calidad de diligenciamiento de la historia clínica y el cumplimiento de los planes de acción de los comités (Historias Clínicas, Farmacia, Infecciones y Vigilancia Epidemiológica).

El fin de este monitoreo, consiste en garantizar que se ofrezca a los usuarios, atención de calidad basada en la mejor evidencia disponible, ofrecer las atenciones de PE y DT pertinentes de acuerdo a su ciclo vital y garantizar el adecuado registro de las mismas en la historia clínica.

En la vigencia 2017 se continuó el monitoreo continuo a la calidad de la historia clínica, señalando su importancia en el cumplimiento de diferentes propósitos, entre los que se destacan: el adecuado seguimiento y análisis a la evolución del estado de salud de nuestros afiliados, análisis de riesgos, generación de informes propios, planeación de la contratación, implementación de programas, actividades y estrategias en salud, presentación oportuna de informes que cumplan con las características de calidad requeridas por entes de control, etc.

Como resultado de las estrategias desplegadas por las sedes desde vigencias anteriores el indicador a nivel nacional registra un cumplimiento del 89.7% de los estándares de calidad en el registro de la historia clínica. Tres de las sedes presentan su indicador por encima del 90% y la sede Medellín registra un resultado inferior al esperado; este último se explica por la falta de continuidad en el ejercicio de la auditoría y su consecuente retroalimentación ocasionado por las dificultades para la contratación de auditores como efecto de la oferta de estos especialistas en la ciudad. De esta manera se demuestra el efecto del seguimiento continuo de los parámetros de calidad de la historia clínica en las sedes, pues las actividades asistenciales del día a día diluyen la importancia del adecuado registro y por ende el compromiso de los profesionales en este aspecto.

Frente al seguimiento a la adherencia a Guías de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de diabetes, dislipidemia e hipertensión, se encuentra un cumplimiento del 86.9%, que representa un incremento de 3.9% frente a la vigencia anterior, este resultado da cuenta del compromiso del equipo asistencial en cada una de las sedes y el efecto de las estrategias establecidas.

Para el año 2018 se proyecta la implementación de herramientas estandarizadas que permitan ampliar a otras GPC la evaluación de la adherencia por parte de los profesionales asistenciales, con el fin de monitorear el cumplimiento a las recomendaciones de manejo basadas en la evidencia cuyo propósito es el de optimizar la relación costo beneficio de las atenciones en salud.

En cuanto al cumplimiento de objetivos por parte de los diferentes comités de obligatorio cumplimiento, debemos señalar que, como resultado de su gestión las sedes realizaron seguimiento a relevantes asuntos, como por ejemplo: seguimiento a la oportunidad de entrega de medicamentos, eventos de salud pública, pacientes polimedicados, policonsultantes, etc.; evidenciaron oportunidades de mejora e implementaron los respectivos planes y en aquellos casos en que la causa se encontraba fuera de su gobernanza elevaron solicitudes a la Gerencia Nacional.

Como consecuencia de la expedición de la Resolución 3202 del 25 de julio de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social relacionada con la implementación del Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, cuyo objetivo es garantizar la integralidad de la atención de la salud de la población, a partir del mes de marzo de 2017 se requirió iniciar la socialización de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en cada una de las sedes. Habiendo dado cumplimiento a esta primera fase, durante el año 2018 se procederá a la adopción, adaptación e implementación de las RIAS de acuerdo a lo definido por el ente de control. Debemos anticipar que la atención a los afiliados a Unisalud cumple con lo relacionado a la atención integral en salud en los parámetros sujetos a su gobernabilidad, aunque se debe trabajar en la complementariedad de la gestión de actores sectoriales e intersectoriales.

SEDE BOGOTÁ

La medición de la calidad de la historia clínica de medicina general obtuvo en la vigencia 2017 un resultado de 94% correspondiente a cumplimiento en 817 de 870 historias auditadas. La auditoría evidenció el impacto generado por la reciente contratación de profesionales, quienes presentan menor resultado que aquellos que tienen un mayor tiempo de permanencia en la Unidad, lo que generó un descenso del 1% frente al año 2016.

La medición de la calidad de la historia clínica de odontología obtuvo una calificación del 90.7% durante el año 2017, correspondiente a 215 historias que cumplieron los criterios de calidad frente a 237 historias auditadas. El resultado del año anterior fue del 89%.

La no conformidad más frecuente continúa siendo falta de coherencia entre la remisión a actividades de PE y DT, y el ciclo vital del afiliado. Con el fin de disminuir este hallazgo se realiza retroalimentación de resultados de la evaluación de manera individual y grupal, y se resalta la importancia del direccionamiento hacia dichas actividades.

Durante la vigencia 2018 se realizará reinducción en los diferentes programas y actividades de PE y DT mediante estrategias que hagan el tema más asequible a los profesionales.

Frente a los hallazgos reincidentes en el adecuado diligenciamiento de la historia clínica, el indicador se incrementó en un 30% frente a la vigencia 2016, para el 2017 el cumplimiento corresponde a un 70% debido a falta de coherencia entre el motivo de consulta, el diagnóstico y el plan de tratamiento registrado; en segundo lugar se encuentra subregistro en la remisión a las actividades de PE y DT, en tercer lugar subregistro de antecedentes familiares y en cuarto lugar subregistro de antecedentes personales.

En cuanto a la adherencia a guías de práctica clínica para el manejo de Dislipidemia, Diabetes e Hipertensión se encuentra un cumplimiento del 81%, frente al 80% registrado en el año anterior.

Los hallazgos más relevantes en este tema obedecen a que:

1. No se evidencia manejo de la dislipidemia con base en riesgo absoluto de eventos cardiovasculares o cerebrovasculares a 10 años, no se registra el resultado del test de Framingham, aunque algunas plantillas de historia que ya registran el campo y un pequeño número de profesionales realizan su diligenciamiento.
2. En cuanto al manejo de pacientes diabéticos, no se evidencian recomendaciones de ejercicio aeróbico moderado, dieta mediterránea o ejercicios de resistencia como parte de la educación al paciente.
3. En cuanto a manejo de hipertensión, se registran seguimientos sin diligenciamiento de actividades como educación, motivación y soporte por un equipo multidisciplinario entrenado.

Entre las acciones de mejora proyectadas se encuentran: dar continuidad con el proceso de capacitación en Guías de Práctica Clínica para todo el personal asistencial, establecer un formato unificado de reporte del test de Framingham para todas las sedes, intensificar la educación y difusión de los diferentes programas y actividades de la Sede relacionados con Protección Específica de la salud entre los profesionales asistenciales, verificar continuamente las condiciones de calidad de las historias clínicas para lograr y mantener el estándar esperado.

En lo relacionado con el desarrollo de los comités de obligatorio cumplimiento tenemos que:

En el periodo se realizaron 6 sesiones del Comité de Vigilancia Epidemiológica en las cuales se estableció el plan de contingencia para la enfermedad respiratoria aguda, se realizó seguimiento y análisis de los indicadores de las RIAS, a los resultados del PAMEC, del programa Vivir, de riesgos por servicio, a los reportes y resultados de la notificación de eventos en salud pública, a los indicadores de los programas de Farmacovigilancia, Reactivovigilancia y Tecnovigilancia, y a los indicadores de alerta temprana. Además, se realizó revisión y actualización del plan de salud pública, seguimiento al control de desinfección en áreas de Unisalud y se efectuó la gestión y análisis de eventos adversos relacionados con la Seguridad del Paciente.

Se llevaron a cabo 7 sesiones del Comité de Farmacia y Terapéutica, durante los cuales se realizó seguimiento técnico administrativo a la auditoría al operador logístico, a la asesoría al usuario, a la gestión pendientes, a los indicadores del programa de donaciones de medicamentos y dispositivos médicos, a los indicadores relacionados con la oportunidad en la entrega de medicamentos, tiempos de espera y fórmulas entregadas completas. Además de realizar asesoría a la sede Palmira debido a que esta sede no contó con un químico farmacéutico de manera continua.

Además, el Comité hizo seguimiento al área científico asistencial en lo relacionado a los Programas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, y al servicio de Atención Farmacéutica. Se realizó análisis de casos de eventos adversos. Se presentaron resultados de estudios relacionados con el uso adecuado de medicamentos.

El Comité de Historia Clínica tuvo 4 sesiones en el año durante las cuales se efectuó análisis de: registros clínicos y de las plantillas de historia clínica en respuesta a las necesidades manifestadas por los servicios, de los resultados de las auditorías a las historias clínicas del prestador de Unisalud y a sus planes de mejora, a la revisión del cumplimiento estándares de habilitación, al cumplimiento al protocolo de seguridad de la información y al seguimiento al archivo y custodia de las historias Clínicas del prestador de servicios Unisalud.

El indicador de cumplimiento de actividades es del 92,3% correspondiente a 60 actividades realizadas frente a 65 actividades programadas.

SEDE MEDELLÍN

En el año 2017 se obtuvo un porcentaje de calidad en el diligenciamiento de la historia clínica de medicina general del 74%. Se evaluaron 1310 historias clínicas, de las cuales cumplieron con criterios de excelente y bueno 970. Debemos resaltar que durante el primer semestre de 2017 se tiene una calificación de 58,7%, que presentó mejoría en el segundo semestre alcanzando el 95,9%. Los hallazgos reincidentes corresponden al registro del motivo de consulta y el diligenciamiento de antecedentes.

En el año 2017 se obtuvo un porcentaje de calidad en el diligenciamiento de la historia clínica odontológica del 99.6%, correspondiente a un incremento del 2.2% frente al año anterior. Se realizó

auditoría a 240 historias clínicas, encontrando cumplimiento con criterios de excelente y buena en 239 historias.

En el primer trimestre se presentaron hallazgos reincidentes en el diligenciamiento de antecedentes médicos personales y en la descripción del examen estomatognático; este último hallazgo se evidenció en el cuarto trimestre. Como acción de mejora se retroalimentó a los profesionales que presentaron este hallazgo y se revisó de manera conjunta el informe de auditoría con el fin de disminuir de mejorar el registro. Por otra parte, en las reuniones de grupos primarios se resaltó el cumplimiento de los profesionales que cumplieron la meta.

Durante el año 2017 se obtuvo un porcentaje de adherencia a las Guías de Práctica Clínica de odontología del 77,6% asociado a la carga operativa que representa el diligenciamiento completo de las plantillas de la sede, igualmente se evaluará la pertinencia de adherirse a las plantillas de Programa de Riesgo Cardiovascular propuestas por la Jefatura Nacional de Servicios de Salud, implementadas en las demás sedes.

Durante el año 2017 se inició la implementación de los formatos aprobados por el comité de calidad para realizar verificación de actividades realizadas de acuerdo con las guías aprobadas por el Ministerio de Salud y la Protección Social en los Programas de Protección Específica y Detección temprana. Se obtuvieron los siguientes resultados de adherencia frente a criterios de obligatorio cumplimiento:

- Detección temprana de alteraciones del adulto sano 100%,
- Detección temprana de alteraciones del joven 95,5%
- Detección temprana de alteraciones del embarazo 100%

Para el año 2017 se programaron 6 sesiones del Comité de Historias Clínicas de las cuales se llevaron a cabo 5, para un cumplimiento del 83 %. Durante la vigencia se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 92% en la ejecución de acciones de mejora, así: 22 actividades de mejora cumplidas de un total de 24 planteadas. Las dos (2) actividades no cumplidas corresponden a la socialización de la plantilla de enfermería para procedimientos a los médicos que ejecutan la actividad, y establecer cronograma para disposición final del expediente de historia clínica de acuerdo a la resolución 839 de 2017, las cuales serán objeto de reprogramación en 2018.

Durante el año se efectuaron 9 sesiones del Comité de Farmacia de 12 programadas, correspondientes a un porcentaje de cumplimiento del 75%. El porcentaje de cumplimiento de los planes de acción fue del 100%, 11 planes de acción cumplidos de 11 planes de acción programados.

En la vigencia 2017 se llevaron a cabo 5 sesiones del Comité de Vigilancia Epidemiológica, que generan un cumplimiento del 83% de la programación. Durante este año se obtuvo un porcentaje de cumplimiento de compromisos o planes de acción del 95%, 19 planes de acción realizados de 20 planes programados.

SEDE MANIZALES

El resultado de la evaluación de la calidad de las historias clínicas en el periodo fue del 97%, con un incremento en el 1% frente a la vigencia anterior; si bien el resultado se encuentra en un nivel óptimo, dada la importancia de esta actividad la sede continuará realizando actividades de capacitación y sensibilización que favorezcan el mejoramiento en la calidad de los registros clínicos. Los hallazgos reincidentes continúan siendo la falta de actualización de los antecedentes personales y familiares.

En cuanto a la calidad de historias clínicas odontológicas el promedio de las evaluaciones del año 2017 es del 99%.

La evaluación de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica demostró excelente aplicación de las mismas en el manejo de los afiliados con diabetes, dislipidemia e hipertensión arterial alcanzando el 88.8% en la medición. Durante el año se evidenció mejoría progresiva en la adherencia, asociada a la retroalimentación ejecutada desde la Jefatura de Servicios de Salud de la sede.

La ejecución del cronograma de los comités de obligatorio cumplimiento fue del 100%.

SEDE PALMIRA

Durante el año 2017 fueron realizadas auditorías a 290 historias clínicas que reportaron cumplimiento de los criterios de calidad de los registros del 94,13% presentando una mejora frente al año anterior en el cual el porcentaje de cumplimiento fue del 80,97%; el incumplimiento de los criterios de calidad correspondió a la falta de actualización de antecedentes familiares y personales en las dos vigencias. En cuanto a adherencia a guías de PE y DT el reporte del año fue del 100%, frente a un 88,25% del periodo 2016.

Se llevaron a cabo los comités de historia clínica programados para el año durante los cuales se presentaron los resultados de las auditorias con el fin de realizar retroalimentación a cada profesional. En las reuniones con los profesionales se socializaron las actualizaciones y cambios en el software de historia clínica con el apoyo del ingeniero de sistemas de la sede.

Como fortalezas del equipo de profesionales relacionadas con este aspecto se encuentran: receptividad por parte de los profesionales ante las observaciones generadas en la auditoria que redundó en el mejoramiento de los resultados, conocimiento de la normatividad relacionada con el diligenciamiento de la historia clínica, conocimiento de las guías de atención en PE y DT. La principal amenaza para el mantenimiento y mejora de la calidad en los registros consiste en la rotación del personal asistencial.

CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN

Dado que el cumplimiento de los estándares de habilitación contemplados en la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social constituyen un requisito indispensable para la prestación de servicios de salud en las IPS propias, se definió el continuo monitoreo a través de la autoevaluación y de simulacros de auditoría en cada una de las sedes.

A continuación, se presentan los resultados de la autoevaluación ejecutada durante el cuarto trimestre de 2017 en cada una de las sedes.

Tabla 39. Cumplimiento de estándares de habilitación 2017

SEDES	BOGOTÁ	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	TOTAL UNISALUD
SERVICIOS HABILITADOS	33	15	12	11	71
% DE CUMPLIMIENTO ESTANDARES DE HABILITACIÓN	94%	81%	100%	100%	93,8%

Fuente: Autoevaluación Estándares de Habilitación

Debemos señalar que el cumplimiento de estándares se registra para cada una de las sedes de manera individual, sin embargo, con el fin de evaluar el cumplimiento general se totalizaron el número de servicios habilitados y el porcentaje de cumplimiento de estándares de habilitación obteniendo un

resultado de 93.8%, que representa mejoría evidente frente al reportado en la vigencia 2016 (85.2%); frente a este indicador debemos considerar que las autoevaluaciones realizadas en la sede Medellín presentan rigurosidad extrema en atención a los parámetros establecidos por su ente de control territorial, a pesar de ello la sede registra mejora al pasar del 51% en 2016 al 81% en 2017.

El seguimiento a los resultados de autoevaluación, al porcentaje de cumplimiento de estándares y al cumplimiento de los planes de mejora se lleva a cabo de manera independiente en cada una de las sedes durante las reuniones de los equipos de las Jefaturas de División o de la Dirección de las sedes, y de manera trimestral en el Comité de Gerencia.

En todas y cada una de las sedes la mayor dificultad la representan las adecuaciones en la infraestructura dado que en su mayoría las edificaciones son antiguas y se ven desadaptadas ante los nuevos requerimientos. Por otra parte, cualquier modificación de las mismas requiere de autorización de la Dirección de Ordenamiento y Desarrollo Físico de la Universidad, además de requerir de grandes inversiones frente a un presupuesto muy ajustado.

SEDE BOGOTÁ

La sede Bogotá cuenta actualmente con 33 servicios habilitados ya que de acuerdo a sus necesidades durante el año 2017 habilitó dos nuevos servicios: Diagnóstico cardiovascular no invasivo - Electrocardiografía y Esterilización.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ejecutó la visita de verificación de condiciones de habilitación a la IPS propia durante el mes de marzo de 2017, certificando los servicios habilitados previa implementación de las correcciones requeridas, a saber: adaptación de los lavamanos al sistema manos libres, actualización de los protocolos para manejo de residuos, contingencia ante el corte de fluido eléctrico, Fisioterapia, Sala ERA, medidas antropométricas y el Manual de gases medicinales; además de la remodelación del depósito de almacén de la IPS el cual requirió no solo adecuación de la estructura física, sino también del mobiliario, ventilación e iluminación para cumplir a cabalidad con lo requerido.

SEDE MANIZALES

La sede Manizales cuenta con 12 servicios, todos ellos con pleno cumplimiento de los estándares de habilitación; con el fin de garantizar la continuidad de esta condición se implementaron las siguientes mejoras a la infraestructura: remodelación del baño para personas en condición de discapacidad, ejecución del plan de mantenimiento de la planta eléctrica y del tanque de almacenamiento de agua, y ampliación del archivo de historias clínicas, que permitió aumentar su capacidad y las condiciones de seguridad.

Adicionalmente y con el mismo objetivo, se ejecutaron las siguientes actividades: modificaciones al aplicativo de historias clínicas para optimizar el ingreso de registros y aumentar las medidas de seguridad para la custodia de los registros asistenciales, depuración del archivo de historias clínicas y socialización y reinducción del protocolo de seguridad de la información.

SEDE MEDELLÍN

Durante el cuarto trimestre de 2017 la sede Medellín realizó el ejercicio de autoevaluación, continuando con la metodología de simulacro de visita, con el fin de empoderar al recurso humano de la sede para el momento de una auditoria por el ente territorial. El ejercicio generó un cumplimiento global del 81% de los estándares de habilitación

Con respecto a la autoevaluación llevada a cabo en el año 2016 se evidencia un avance en el cumplimiento del 30%, siendo los servicios de Protección Específica y Detección Temprana y toma e interpretación de radiografías odontológicas, los de mayor avance.

Como fortalezas se resalta el compromiso del equipo humano de la sede con la realización de los ejercicios de autoevaluación para la habilitación de servicios de salud y con la implementación los respectivos planes de mejora, logrando el cumplimiento del total de los mismos al final de la vigencia.

Durante el año 2017 se realizaron dos novedades de habilitación de servicios de salud:

1. El día 24 de julio de 2017 se realizó apertura del servicio de consulta externa de medicina interna.
2. El día 16 de agosto de 2017 se realizó cierre definitivo del servicio de protección específica y detección temprana de Atención del recién nacido, teniendo en cuenta la solicitud realizada por la Seccional de Salud de Antioquia.

SEDE PALMIRA

En el año 2017 la sede Palmira ejecutó los planes de mejora requeridos para el cumplimiento de los estándares de habilitación, de acuerdo al presupuesto proyectado. Para el final de la vigencia 2017, la sede no ha recibido visita del ente de control.

En lo relacionado con el talento humano, se reubicó una servidora de la sede en el área de citas y fue gestionada la contratación de dos auxiliares de odontología que garantizan la prestación del servicio de odontología de manera permanente.

En cuanto a Infraestructura, se realizaron las adecuaciones a las redes eléctricas de voz y datos de acuerdo al RETIE, obteniendo la certificación en el mes de abril. Además, se realizaron las adecuaciones y mantenimientos preventivo y correctivo, a toda el área física de Unisalud.

COBERTURA DE ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

El análisis y comparación de los perfiles de morbilidad, mortalidad, egresos hospitalarios y de alto costo de la población afiliada a la Unidad, son la principal razón para que las actividades de PE y DT y los programas propios de Unisalud, se perfilen como estrategias que favorecen la viabilidad de la entidad, dado que una población que se mantiene sana o que es diagnosticada y tratada de manera oportuna, en el largo plazo implica optimización de recursos y direccionamiento de los mismos al mantenimiento de sus condiciones de salud.

En razón de ello, Unisalud continuó durante 2017 trabajando para que las IPS propias consolidaran equipos comprometidos con la salud del usuario, con un enfoque que favorece la apropiación de estilos de vida saludable y prioriza la referencia a actividades de PE y DT y programas propios, robusteciendo el modelo de gestión del riesgo de la Unidad. Para ello, de manera permanente se efectuó reinducción a los equipos de las sedes con el objetivo de incrementar la difusión y la cobertura a través de la referencia por parte de los servidores vinculados a la Unidad.

En el mismo sentido, la Gerencia Nacional promueve permanentemente la generación de estrategias que incrementen la demanda y adherencia a las actividades de PE y DT de los afiliados a Unisalud, para lo cual se han desplegado actividades comunicativas a través de los diferentes medios establecidos para el contacto con los usuarios y a través de los contenidos del programa radial Conexión Salud; por otra parte, en cada una de las sedes se ha fortalecido la demanda inducida a este tipo de actividades,

facilitando a los afiliados la participación en las actividades al ofertar durante el contacto las citas que para su ciclo vital y condición sean pertinentes.

Al finalizar la vigencia 2017, Unisalud no disponía de cifras oficiales de cobertura para actividades de PE y DT debido a que no todas las entidades pertenecientes a los regímenes especiales y de excepción han dado autorización para la publicación de datos a través del SISPRO, por ello, revisada la página del Ministerio de Salud y Protección Social, los reportes incluso de vigencias anteriores permanecen sin información. Así las cosas, las fuentes de los datos presentados a continuación son entre otros, el aplicativo de historias clínicas, RIPS, matrices de seguimiento a programas y reporte de la vigencia de la información contemplada por la Resolución 4505 de 2012.

SEDE BOGOTÁ

Para el año 2017, la cobertura de las actividades de PE y DT presentó incremento del 2% respecto a la vigencia anterior (año 2017 64%, año 2016 62%). Debemos resaltar el compromiso de la Dirección de Sede que facilitó la articulación con entidades adscritas para el desarrollo de jornadas dirigidas específicamente a la población afiliada a Unisalud y garantizando el envío oportuno de los informes pertinentes. Se aclara que durante la vigencia 2017 el anexo técnico fue actualizado por parte del Ministerio, incrementando las edades de cobertura de ciertas actividades por lo cual se afectó el resultado de cobertura.

El seguimiento realizado por el equipo permitió contactar telefónicamente a los usuarios no consultantes o con actividades pendientes y asignar citas de actividades de PE y DT cuando ellos estuvieron en disposición. Se fortaleció la demanda de servicios con estrategias de difusión por diferentes canales, entre ellos: mensajes a través de las carteleras y por el sistema de sonido de la Unidad. Adicionalmente, la IPS designó un segundo profesional médico para atenciones de PE y DT permitió mejorar la oportunidad.

Como debilidades persisten la desactualización de los datos de contacto de algunos afiliados que impiden poner a su disposición no solo las actividades de PE y DT, sino las demás atenciones ofrecidas por la Unidad; un sistema de información que no es amigable para el seguimiento de las atenciones de forma individual, ni grupal, ni para generar informes, por lo cual estas actividades son ejecutadas de forma manual y con margen de error no deseable.

SEDE MANIZALES

En el año 2017, el 67,85% de las horas contratadas en la IPS propia se destinaron a actividades de PE y DT, y en el 2016 fue del 60%. Se destaca el incremento de tiempo destinado a la consulta relacionada con Detección Temprana de Alteraciones por parte de medicina general, que pasó de 1.383 a 1.884 horas.

De la misma forma, se conservaron las proporciones en horas destinadas a higiene oral y consulta farmacoterapéutica. Frente a esta última, debemos resaltar que se ha consolidado como una actividad que hace parte del ciclo de atención de los pacientes del programa MAS VIDA, pues aporta elementos valiosos para el manejo farmacológico, tanto al médico como al paciente.

El tiempo destinado a la consulta de enfermería disminuyó por redistribución de la agenda. En relación a número de atenciones en la vigencia se logró un incremento del 27% en las actividades de PE y DT.

El análisis de cumplimiento de los ciclos de PE y DT incluyó la cohorte de usuarios reportada en el informe según Resolución 4505 de 2012 en el I trimestre del año 2017. Para el denominador se tomó la edad con corte a 31 de marzo 2017 y para el numerador las actividades reportadas a 31 de diciembre de 2017. El resultado en cumplimiento de ciclos en el 2017 evidencia un incremento del 7.96% respecto

al año 2016. Es de aclarar que no se tuvieron en cuenta actividades que no están contenidas en la Resolución 4505.

Como medidas para aumentar la cobertura con periodicidad trimestral se genera el listado de los afiliados que aplican para actividades de PE y DT y que no se han reportado en los informes de la sede, posteriormente se efectúa revisión de la historia clínica, actualización de los tableros de seguimiento, y de ser pertinente se implementan actividades de demanda inducida a los programas. Cuando se identifican usuarios que viven fuera de la ciudad con actividades pendientes, se realiza contacto con la sede más cercana a la residencia del usuario para verificar si están siendo atendidos allí y realizar la respectiva demanda inducida.

En relación a la aplicación de la herramienta de riesgo de PERESOFT en el año 2017 se logró la cobertura del 71.42 % de afiliados a Unisalud sede Manizales.

SEDE MEDELLÍN

En lo corrido de 2017 se contó con 7.648 horas contratadas de las cuales el 46% fueron destinadas a la realización de actividades de PE y DT, notificando 15.548 actividades.

Durante el periodo se llevó a cabo capacitación y evaluación permanente al personal médico y paramédico sobre: patologías de riesgo cardiovascular, detección temprana de cáncer de mama y cuello uterino, detección temprana de alteraciones del joven y del adulto, vacunación, crecimiento y desarrollo, recién nacido y planificación familiar. Como resultado la sede cuenta con personal asistencial capacitado e idóneo para la atención de los diferentes programas de PE y DT.

Frente al reporte de actividades de PE y DT se encontró dificultad, debido a que algunas IPS generaron inoportunamente la información a pesar de los requerimientos hechos por Unisalud.

SEDE PALMIRA

En la evaluación de la destinación de capacidad instalada al modelo de salud en la IPS propia el resultado es de 80% para el año 2017 que comparado con el año 2016 (81%) muestra una disminución no significativa (2.889 horas PE y DT frente a 2.829 total de horas).

Durante el año 2017, se contó con la asignación de 4 médicos de consulta externa los cuales tienen asignados días específicos para desarrollar actividades de PE y DT, pese a ello se observó durante las horas asignadas a estas actividades, atención a pacientes por consulta resolutiva.

Con el fin de obtener el cumplimiento de metas la sede diseñó un formato de demanda inducida para actividades de PE y DT en el que se enumeran las diferentes actividades, con el objetivo que se remitan a los usuarios desde todas las áreas; en la evaluación de eficacia se encontró que las actividades con mayor direccionamiento son: Consulta de detección temprana de alteraciones del Joven (22), salud Oral (17), tamizaje de próstata (17), detección de alteraciones del adulto mayor (16) y programa de salud mental (14).

En cuanto a la cobertura de las actividades y programas es importante mencionar que en general se mantienen por encima del 85%, a excepción de la cobertura en: citologías vaginales en la que los servicios ordenados corresponden al 87%, de las cuales se reportaron como realizadas el 58% y frente a la detección de cáncer de seno para el cual se ordenaron mamografías correspondientes al 75%, de las cuales se reportan como realizadas el 35%.

Se diseñó la implementación de nuevas estrategias de promoción de la salud, entre estas tenemos:

a. El club de salud mental "Sembrando salud" con el acompañamiento de psicología, enfermería y medicina general. El objetivo principal del programa consiste en generar y fortalecer una red de apoyo entre los usuarios de la sede.
b. La herramienta operativa "Soy generación más sonriente" para incrementar acciones de educación en cuidado bucal y aplicación de barniz de flúor en población menor de 18 años. Para el cumplimiento de esta estrategia, se dispusieron agendas específicas para la atención de los niños y niñas menores de 18 años en el servicio de odontología, efectuando demanda inducida uno a uno.

Para el periodo analizado se contó con una auxiliar de enfermería encargada de la demanda inducida a los programas preventivos, así como al seguimiento del uso de las órdenes entregadas para programas como diagnóstico temprano de cáncer de cérvix, mama y próstata.

Algunas entidades de la red contratada no envían la información de las actividades realizadas de protección específica y detección temprana.

Debemos resaltar que adicionalmente, las horas contratadas con la red externa para las actividades de programa de riesgo cardiovascular aumentaron en 2017 lo que mejora los resultados de las atenciones de programas preventivos.

Por otra parte, debemos destacar que los 16 nuevos usuarios afiliados a Unisalud durante el año 2017, diligenciaron el formulario de declaratoria de salud y fueron sujetos de demanda inducida a programas preventivos por parte de la enfermera de fomento y protección. De 12 Usuarios mayores de 30 años afiliados en el año 2017, diez realizaron la encuesta de riesgo y los dos restantes alegaron motivos laborales ante su inasistencia a la cita de valoración del riesgo.

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Tabla 40. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud 2017

SERVICIOS	OPORTUNIDAD	ESTÁNDAR	CUMPLIMIENTO	RENDIMIENTO/ CONTINUIDAD	ESTÁNDAR RENDIMIENTO	CUMPLIMIENTO	PRODUCTIVIDAD / CAPACIDAD DE RETENCION	ESTÁNDAR PRODUCTIVIDAD	CUMPLIMIENTO	% CUMPLIMIENTO PROGRAMACIÓN ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO
Medicina General	4,2	5,0	**1,0**	2,8	2,9	**0,9**	2,0	2,3	**100,0%**	**92,2%**	**96,7%**
Medicina Especializada	N.A.	N.A.	N.A.	2,9	3,0	**1,0**	1,9	2,4	**100,0%**	**97,8%**	**97,0%**
Odontología General y Especializada (se toma la medición de continuidad en la variable rendimiento y el indicador de capacidad de retención para productividad)	3,0	5,0	**1,0**	0,9	1,0	**1,0**	0,7	0,5	**100,0%**	**88,0%**	**97,0%**
Enfermería	2,2	5,0	**1,0**	1,8	2,0	**0,9**	1,1	1,6	**69,4%**	**89,1%**	**86,9%**
CUMPLIMIENTO GLOBAL SEDE			**1,0**			**1,0**			**92,3%**	**91,8%**	**94,9%**

Fuente: Tableros de gestión – Planeación y sistemas de información

En la tabla anterior se observa que el cumplimiento global de los servicios de Unisalud para consultas de primera vez en su calidad de prestador de servicios con un resultado del 94.89%; debemos aclarar que el presente tablero no es comparable con el de vigencias anteriores, ya que en él no se presentan los resultados de medicina especializada, ni apoyo terapéutico por motivos que se presentarán más adelante.

A continuación, describiremos el cumplimiento global de Unisalud:

a) Oportunidad[3]: el cual se cumple en todos los servicios de acuerdo a los indicadores vigentes.
b) Rendimiento[4]: se ve afectado por los resultados del servicio de enfermería de la sede Palmira debido a que los profesionales contratados tienen entre sus obligaciones no solo la realización de consulta, sino además actividades grupales y administrativas, por tanto al dividir el número de horas de consulta por las contratadas el indicador se castiga. El servicio de enfermería en la sede Medellín afectó negativamente el indicador debido a la inasistencia por parte de los usuarios, por lo que se generaron estrategias como asignar cita para esta profesional en los días en que el usuario se acerca a la sede para realizar otros trámites o consultas.
c) Productividad[5]: se ve afectado por las mismas razones descritas en el anterior indicador
d) Capacidad de Retención[6]: en la sede Medellín la capacidad de retención se vio afectada por dificultades en la contratación de un profesional durante el primer trimestre, para suplir una prolongada incapacidad entre los meses de mayo a julio, y por la terminación anticipada del contrato con un prestador como producto de las visitas de verificación de la red.

Los servicios de apoyo terapéutico y medicina especializada fueron omitidos para este periodo debido a que se identificó una gran variabilidad en la duración de las consultas, especialmente en la sede Bogotá, el cual había sido generado mediante el cálculo del promedio de las citas asociadas al servicio respectivo.

Así las cosas, a continuación, nos permitimos realizar el análisis de los servicios que fueron objeto de hallazgos, incluyendo las consultas de primera vez y control:

En cuanto a la oportunidad de las citas de medicina general tenemos que para toda la Unidad se encuentra en 4.16 días, con un cumplimiento del 100% de acuerdo a los estándares internos[7]. Las citas del programa de crónicos presentaron una oportunidad de 13.37 días, debido a la alta demanda del servicio con gran adherencia de los profesionales que realizan la atención en cada una de las sedes, y un alto número de inasistencia por parte de los afiliados.

Para el servicio de odontología general la oportunidad para todas consultas de primera vez y controles se encuentra en 2.99 días, que corresponden a un cumplimiento del 100%. En las sedes Medellín y Palmira se presentaron inconvenientes en la contratación e incapacidades de los profesionales que serán descritas en los acápites de las sedes, además de un alto número de citas no asignadas e inasistencias por parte de los usuarios.

Los servicios con menor oportunidad general en 2017 son los siguientes: nutrición con una oportunidad de 17.58 días que se atribuye al efecto de la demanda inducida por parte del programa de riesgo cardiovascular especialmente en las sedes Medellín y Bogotá; en segundo lugar, se encuentra el servicio de terapia física prestado en la sede Bogotá con 10.75 días, servicio que además corresponde al tercero en incumplimiento de citas. En tercer lugar, el servicio de Endodoncia (odontología especializada) presenta una oportunidad de 10.37 días dado que corresponde a citas de 60 minutos para realización de procedimientos odontológicos especializados ofertados en planta en la sede Bogotá.

[3] Oportunidad: posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o salud. Medida: número de días.

[4] Rendimiento: número de atenciones o actividades realizadas en relación al recurso utilizado, por unidad de tiempo. Medida: pacientes/ hora

[5] Productividad: relación entre la cantidad de atenciones realizadas y la cantidad de horas contratadas.

[6] Capacidad que tiene un profesional para iniciar y terminar un tratamiento odontológico.

[7] El estándar de oportunidad de Unisalud para todas las consultas se equipara con el estándar de norma para consulta de primera vez.

Los indicadores de cumplimiento de agenda, rendimiento y productividad se encuentran en términos generales dentro de las metas establecidas en Unisalud, los casos especiales serán tratados en los apartados de las sedes.

Por otra parte, continúa llamando la atención el reporte de inasistencias[8] a las citas por parte de los usuarios que para la vigencia 2017 equivalió a 5.843,78 horas, aunque el dato corresponde a una disminución del 40% frente a la vigencia anterior, pero que a pesar de ello corresponde a 2.7 profesionales de 8 horas al año.

Tabla 41. Servicios asociados a mayor incumplimiento de citas por parte de los usuarios en Unisalud 2017

TIPO DE CITA	INASISTENCIA (HORAS)	%
ODONTOLOGIA GENERAL	1240	21%
MEDICINA GENERAL	921	16%
TERAPIA FISICA	572	10%
PROGRAMA DE ATENCION A PACIENTES CON PATOLOGIAS CRONICAS	536	9%
HIGIENE ORAL	413	7%
TOTAL GENERAL	**5843**	**100%**

Fuente: Tableros de gestión – Planeación y sistemas de información

Apreciamos que el 63% de las inasistencias de los afiliados corresponden a 5 servicios ofertados en la Unidad, todos ellos de alta demanda y en dos casos sujetos de sanción pedagógica. Al comparar el indicador de oportunidad general encontramos que todos ellos tienen el resultado por encima de las metas trazadas al interior de Unisalud. De esta manera se ilustra claramente que el efecto de las inasistencias a las atenciones programadas no es meramente económico, sino que afecta también la posibilidad de los demás afiliados a obtener un servicio más ágil.

De igual forma, encontramos que los servicios reportados con mayor número de horas no asignadas corresponden a servicios de alta demanda, cuyo indicador de oportunidad está por debajo del estándar y con alto número de inasistencias.

Tabla 42. Servicios asociados a mayor número de horas no asignadas de citas 2017

TIPO DE CITA	INASISTENCIA (HORAS)	%
ATENCION PRIORITARIA	822	11,6%
MEDICINA GENERAL	717	10,2%
ENFERMERIA	647	9,2%
TERAPIA FISICA	593	8,4%
ODONTOLOGIA GENERAL	592	8,4%
TOTAL GENERAL	**7058**	**100%**

Fuente: Tableros de gestión – Planeación y sistemas de información

Las horas no asignadas corresponden a 7.058 horas al año que equivalen a 3.34 profesionales de 8 horas al año. Las causas asociadas a este hallazgo corresponden entre otras a la alta adherencia a los

[8] Inasistencias: citas asignadas a un usuario que no asistió a la misma.

profesionales de mayor trayectoria en las sedes, apertura de servicios o ingreso de profesionales luego de un periodo de vacancia.

Las horas bloqueadas para esta vigencia representaron para Unisalud 13.795 horas, frente a 16.518 horas de la vigencia anterior, que equivalen a 6.53 profesionales de 8 horas al año (dedicación 44 horas semanales), encontrando una disminución del 16.5% en horas bloqueadas. Para la vigencia 2017 las causas de bloqueo más frecuentes corresponden a disposición de la Universidad 13%, reunión de los equipos de programas 10.8%, reuniones de capacitación y actualización normativa 10,5, cambio de agenda 9.9% y transcripción de medicamentos 10.33%.

La evaluación de estos indicadores da muestra del resultado positivo de las acciones desplegadas en cada una de las sedes para el ajuste de la capacidad instalada; sin embargo, el mismo debe constituirse en una herramienta para el replanteamiento de las estrategias y para la toma de decisiones que conlleve a la optimización de la oferta en cada una de las sedes.

SEDE BOGOTÁ

Tabla 43. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Bogotá 2017

TIPO CITA	CITAS AGENDADAS	DIAS OPORTUNIDAD	OPORTUNIDAD FINAL
Consulta Detección del Riesgo	217	2.830	13,04
Medicina Geriátrica	741	1.765	2,38
Consulta Pediatría Primera Vez	542	4.158	7,67
Psiquiatría	782	1.533	1,96
Medicina General	23.438	41.045	1,75
Ginecología	3.723	9.780	2,63
Consulta Obstetricia	209	156	0,75
Consulta Médica General	5.689	14.145	2,49
Prioritaria Medicina	11.838	12	0
Consulta Nutrición Primera Vez	852	358	0,42
Consulta Nutrición Control	3.642	45.478	12,49
Odontología Esp Cirugía	833	1.693	2,03
Odontología General	9.748	24.901	2,55
Prioritaria Odontología	983	11	0,01
Odontología Esp Endodoncia	164	1.347	8,21
Odontología Esp Endodoncia	46	470	10,22
Odontología Esp Endodoncia	2.010	21.784	10,84
Odontología Esp Pediatría	1.302	9.099	6,99
Odontología Esp Periodoncia	1.876	10.924	5,82
Odontología Esp Rehabilitación Oral	2.529	652	0,26
Valoración o Control Cirugía	970	5.611	5,78
Consulta Enfermería	3.639	10.455	2,87
Optometría	5.570	32.099	5,76
Psicología	876	1.445	1,65
Consulta Valoración Física	5.788	39.696	6,86
TOTAL GENERAL	**88.007**	**281.447**	**3,2**

Fuente: Tableros de gestión - Planeación y Sistemas de Información

En cuanto al cumplimiento de agenda el resultado promedio fue del 90% para todos los tipos de cita ofertados en la Sede Bogotá, como efecto del equilibrio entre recurso humano, capacidad instalada,

adherencia de los afiliados a los profesionales de la IPS de Unisalud y a la implementación de activación de citas y el recaudo por concepto de citas incumplidas.

La oportunidad de las citas de primera vez se encuentra dentro de estándares normativos, excepción hecha de las citas de primera vez por nutrición y de las citas de endodoncia para realización de procedimientos (duración de 40 y 60 minutos), debido a que para esta especialidad el paciente es remitido directamente al procedimiento lo cual conlleva a que la oportunidad sea más lejana.

En cuanto a horas bloqueadas se reportan para el año 2017 un total de 10.770 horas bloqueadas en todos los servicios, que con respecto al periodo 2016 (10.527 horas) corresponden a un incremento del 2,3%. Entre las principales causas de bloqueo se encuentran las reuniones preparatorias a la visita de habilitación, reuniones de los equipos de los programas propios, de PE y DT y las horas dedicadas a capacitación de los profesionales.

En el año 2017 se registraron un total de 4.389 horas no asignadas en todos los servicios, lo que representa una disminución del 33% frente al periodo anterior (5.847 horas).

Los indicadores de continuidad y retención aplican exclusivamente para odontólogos generales, y odontopediatría, ya que son estos quienes realizan una valoración inicial, citas consecutivas y remisiones a especialidades que conducen a un tratamiento finalizado. Se debe precisar que, en un alto porcentaje de los tratamientos iniciados, son los especialistas quienes finalizan el mismo disminuyendo de esta forma la capacidad de retención de los odontólogos generales. Estos se encuentran en 0.88 muy cercanos al estándar.

En el servicio de odontología la recaudación de cuotas moderadoras para citas prioritarias iniciado desde el mes de noviembre de 2016 generó racionalización en la demanda de estas citas, ya que comúnmente se solicitaban sin justificación para evadir el pago de la cuota moderadora y los copagos que se generan durante la consulta programada.

Para la vigencia 2018 se tiene proyectada la implementación de un call center para la sede, apropiadamente organizado y acorde a las necesidades de la Unidad, mejorando los tiempos de respuesta con el fin de disminuir las inconformidades generadas por esta causa.

Adicionalmente se ha programado la generación de citas a 4 meses para afiliados con patologías crónicas controladas con el fin de realizar seguimiento a la adherencia de los pacientes a los profesionales, generar la formulación en el ámbito de la consulta, aumentar la oportunidad en la misma, minimizar los riesgos de errores en la asignación de las citas evitando los reprocesos asociados a estos, entre otros.

Por otra parte, se tiene planeada la realización de reuniones dirigidas al equipo de la sede para resocialización de los procesos y procedimientos de la unidad referentes a solicitud de citas, activación, controles, atención no programada, derechos y deberes de los usuarios y la importancia de los registros adecuados en la historia clínica.

SEDE MEDELLÍN

Tabla 44. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Medellín 2017

TIPO CITA	CITAS AGENDADAS	DIAS OPORTUNIDAD	OPORTUNIDAD FINAL
MBI	586	1842	3,14
MDP	592	3176	5,36
MGR	8978	18733	2,09
MPP	2748	1115	0,41

TIPO CITA	CITAS AGENDADAS	DIAS OPORTUNIDAD	OPORTUNIDAD FINAL
ODG	5932	18904	3,19
PEN	1569	152	0,10
PNU	906	2175	2,40
Total general	**21311**	**46097**	**2,16**

Fuente: Tableros de gestión - Planeación y sistemas de información

Todos los tipos de cita durante el 2017 tuvieron un destacado cumplimiento de agenda, asociado a estrategias que impactaron todos los indicadores de prestación de servicios, dentro de los cuales se encuentran: asignación de citas de control para el programa de Riesgo Cardiovascular inmediatamente finaliza la atención del paciente, implementación de citas al día en la IPS propia, recordatorio de citas de algunos servicios vía correo electrónico y telefónicamente.

La principal estrategia utilizada para el cumplimiento de agenda en el servicio de Odontología, estuvo centrada en el recordatorio de citas, y reasignando las citas que son canceladas por los usuarios.

El indicador de oportunidad para las citas de primera vez de los servicios habilitados tuvo un destacado cumplimiento según los estándares normativos. Las estrategias puntuales consistieron en la contratación de una profesional para consulta médica general garantizando la oportunidad requerida y la designación de jornadas completas de odontología para atención de citas de primera vez.

En el servicio de odontología la oportunidad se vio afectada a partir del mes de mayo, ya que, como producto de la visita a una IPS de la red por parte de Unisalud, se encontraron falencias en la infraestructura que no fueron solucionadas por lo cual se realizó la terminación anticipada del contrato lo que ocasionó aumento en la demanda del servicio en la IPS propia; adicionalmente, durante los meses de mayo a julio se produjo la incapacidad de un profesional en la IPS y en el mes de julio se presentaron periodos de vacaciones del personal de planta por una semana, lo cual disminuyó la capacidad instalada en 9 días. Teniendo en cuenta estos inconvenientes fueron reorganizadas las agendas de primera vez y de tratamiento de odontología desde el mes de octubre, con el fin de abrir más espacios para consultas de primera vez, obteniendo mejoramiento del indicador.

Por otra parte, se asignaron las citas de control de los programas, específicamente del programa de Riesgo Cardio Vascular (RCV) al momento de finalizar la consulta, garantizando oportunidad en el seguimiento y formulación de medicamentos de los afiliados inscritos.

En cuanto a los hallazgos relacionados con el servicio apoyo terapéutico, debemos aclarar que la oportunidad para citas de primera vez (23% de las consultas de nutrición programadas) corresponde a 2,4 días y la oportunidad para todas las consultas (citas de control y de primera vez) fue de 17,5 días. En general, la demanda de este servicio corresponde a pacientes del programa de RCV y gestantes, por tanto, la asignación de cita se produce en el momento en que termina la consulta del respectivo programa, es decir, se programa la cita con un mes de anticipación.

La misma situación se presenta con el servicio de enfermería cuya oportunidad para 2017 fue de 23,7 días dado que la asignación de citas para el programa de RCV se realiza inmediatamente el paciente sale de cita o en el momento de renovar medicamentos, por lo que la asignación de cita para esta profesional se realiza a 2 o 3 meses.

Se reportan para el año 2017 un total de 1.028 horas no asignadas en todos los servicios, reflejando una disminución del 47% con respecto al 2016, resultado atribuible entre otras causas al incremento en el redireccionamiento a la IPS propia de pacientes con triage 4 y 5 por parte de las IPS de la red adscrita que prestan servicios de urgencias, a la búsqueda activa de pacientes para programas de PE y DT, implementación de citas al día y conversión de citas de PE y DT a ordinarias cuando no se han asignado.

Debemos señalar que las horas bloqueadas obedecen en alto porcentaje a reuniones de capacitación y a reuniones programadas para la verificación y cumplimiento de requisitos de habilitación, y actividades administrativas para dar cumplimiento a informes solicitados por los entes de control, cumplimiento de comités, transcripción de medicamentos, seguimiento a programa de Riesgo Cardiovascular, entre otras.

SEDE MANIZALES

Tabla 45. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Manizales 2017

TIPO CITA	CITAS AGENDADAS	DIAS OPORTUNIDAD	OPORTUNIDAD FINAL
MGR	4435	10361	2,34
ODG	1990	2623	1,32
TOTAL GENERAL	6425	12984	2,02

Fuente: Tableros de gestión - Planeación y sistemas de información

El resultado de los indicadores de oportunidad, rendimiento, productividad y cumplimiento de agenda es satisfactorio para los diferentes tipos de consulta en la sede.

Toda cita disponible (no agendada) de los profesionales médicos es identificada por el equipo de enfermería y se gestiona su asignación para dar consultas al día, mejorando así la oportunidad en la atención y además el rendimiento y la productividad de los profesionales.

Dos estrategias que han resultado exitosas son la recordación de las citas de PE y DT desde el área de Enfermería y la oportuna gestión de cobro o sanción pedagógica por citas incumplidas. La estrategia de recordación de citas también fue utilizada en el servicio de Higiene oral con excelentes resultados.

Frente a la consulta por Odontología General podemos decir el resultado del indicador continuidad para la vigencia fue de 0,85, es decir que fueron terminados la mayoría e tratamientos iniciados y en cuanto a capacidad de retención, el resultado fue de 0,82 lo que indica que no hay abandono de tratamientos.

En comparación con el año anterior se encuentra que se han mantenido buenos resultados en los indicadores de gestión de las agendas, incluso en lo relacionado con rendimiento y productividad, resultado que se asocia a la revisión mensual de comportamiento de las agendas para definir ajustes.

Fueron identificadas 723 horas bloqueadas en el año 2017 frente a 803 horas en el año 2016 correspondiente a disminución del 10%, resultado obtenido a partir de una mejor identificación y racionalidad de los eventos que requieren presencia de los profesionales asistenciales (capacitaciones, asistencia a comités y reunión de programas, etc.).

Debemos resaltar que durante el periodo se encontró un buen comportamiento de los afiliados respecto al cumplimiento de las citas programadas.

SEDE PALMIRA

Tabla 46. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Palmira 2017

TIPO CITA	CITAS AGENDADAS	DIAS OPORTUNIDAD	OPORTUNIDAD FINAL
MEF	504	367	0,73
MGR	2141	122	0,06
ODG	2982	4283	1,44
PEN	1052	119	0,11

TIPO CITA	CITAS AGENDADAS	DIAS OPORTUNIDAD	OPORTUNIDAD FINAL
PPS	371	7	0,02
TOTAL GENERAL	7050	4898	0,69

Fuente: Tableros de gestión - Planeación y sistemas de información

El cumplimiento de la agenda estuvo por encima del 80% para todos los tipos de cita, a pesar de que en los meses de abril, mayo y agosto se vio afectado el cumplimiento en odontología por incapacidad de una auxiliar, una profesional y corte de agua en la ciudad.

Se gestionó el apoyo de una auxiliar de enfermería para la asignación de citas por demanda inducida y se optimizaron espacios en las agendas logrando un mejor cumplimiento de estas. En el área de psicología se logró mejorar el cumplimiento para el año en esta especialidad.

En cuanto a bloqueo de agenda programada, se encuentra que en general se atribuyen a causas no susceptibles de programación debido a incapacidades, dado que se ha logrado coordinar con los profesionales para informar oportunamente aquellas situaciones que permiten ser proyectadas antes de la apertura de las agendas evitando los bloqueos.

Se reportan para un total de 776 horas no asignadas en todos los servicios, incrementado en 41% con respecto al 2016 donde fueron 552 horas, por ello se establecerá un plan de mejora fortaleciendo la demanda inducida a los programas con el fin de mejorar el cumplimiento de este indicador. Por otra parte, se trabajará con el personal de citas para evitar espacios no asignados en las agendas.

La oportunidad y el rendimiento para todos los profesionales y tipos de cita se encuentran dentro de las metas establecidas. La asignación de citas de primera vez tuvo un destacado cumplimiento según los estándares normativos.

La continuidad de los tratamientos odontológicos tuvo un destacado cumplimiento, mientras que la capacidad de retención tuvo un cumplimiento del 0,36, debido a la preparación para la visita de habilitación, aumentando una jornada administrativa de la profesional que coordina el área odontológica, asignando tres días a la semana a labores administrativas y dos a tareas asistenciales, lo que se vio reflejado reduciendo la oportunidad de atención a un mismo usuario durante el mes. Como estrategia para corregir esta desviación se decidió no se asignar pacientes nuevos a la profesional para poder dar cierre y continuidad a los tratamientos y mejor oportunidad y retención de pacientes.

La contratación de dos auxiliares de medio tiempo en el área de odontología permitió el cumplimiento de las agendas en el área, esta acción permite que el servicio no quede bloqueado por la ausencia de alguna de las auxiliares.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE PRESTACIÓN

En las IPS propias de Unisalud se ha realizado un trabajo continuo con relación al mejoramiento de la calidad del servicio y la humanización de la atención en salud que se ve reflejado en los resultados de la actual vigencia en los cuales se encuentra acercamiento a las metas en los indicadores del proceso de prestación.

Entre las medidas implementadas se encuentran capacitaciones en temas de interés, resocialización de procedimientos, programas y actividades a los equipos de las sedes, gestión de las agendas con base en la capacidad instalada que garantiza la oportunidad de la atención y optimiza la utilización de los diferentes recursos, reestructuración de los programas propios, revisión de procedimientos y procesos

internos para mejorar la percepción del usuario, ejecución de estrategias de demanda inducida, actualización tecnológica y modificaciones a la infraestructura.

Con estas estrategias se han logrado mantener los estándares de habilitación que garantizan la autorización para la prestación de servicios a los afiliados y el mejoramiento de la cobertura de actividades de PE y DT y programas propios.

Sin embargo, diferentes factores continúan afectando el logro de los objetivos trazados por la Unidad, entre los que se encuentran, alta demanda de informes y tareas por parte de los entes de control, carga asistencial asociada al perfil demográfico de los afiliados, restricciones de tiempo para implementación de programas continuos de capacitación a los equipos de las sedes, rotación del recurso humano asociada a los esquemas de contratación, sobrecarga ocasionada por un sistema de información que no cumple con las necesidades actuales.

Adicionalmente, la baja adherencia de un importante porcentaje de afiliados a las actividades de detección temprana del riesgo y a los programas propios a pesar de los esfuerzos realizados con la demanda inducida y la creencia de algunos afiliados de que estos son meramente una vía para la exención de pago de cuotas moderadoras desde el momento mismo de la inscripción, hacen que los efectos proyectados se vean disminuidos por el incumplimiento del ciclo de actividades establecido para el fortalecimiento de la adquisición de hábitos de vida saludable, el seguimiento y manejo enfocados al mejoramiento de sus condiciones de salud.

Recomendaciones:

- Emprender un programa coordinado de capacitaciones que brinde al equipo humano herramientas para lograr el control y seguimiento adecuado de las patologías cardiovasculares, pulmonares y oncológicas que afectan en medida importante a nuestros afiliados.
- Implementar el nuevo instrumento de tamizaje del riesgo para mayores de 30 años con el fin de mejorar las condiciones de salud de los usuarios, realizar diagnósticos oportunos e iniciar manejos tempranos que eviten complicaciones y deterioro de la calidad de vida de los mismos.
- Involucrar al equipo de salud en las guías de práctica clínica adoptadas por Unisalud a través de socialización y/o resocialización de las mismas.
- Evaluar el impacto de los programas las estrategias de Gestión del Riesgo, actividades de PE y DT y seguridad del paciente con el fin de lograr su adherencia a estas.
- Favorecer la implementación de las modificaciones en los programas propios para favorecer las condiciones de salud de los usuarios.
- Verificar la adherencia a los contenidos de los programas por parte de los afiliados y desarrollar nuevas estrategias cuando sea pertinente.
- Socializar a los equipos los resultados de los reportes realizados a los entes de control con el fin de realizar un seguimiento más estricto a las condiciones de salud de nuestros usuarios.
- Fortalecer las estrategias comunicativas y las actividades operativas para la generación de demanda inducida a los programas propios de las sedes y actividades de PE y DT.
- Continuar con las auditorías de autoevaluación de estándares de habilitación y el cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo que garanticen el cumplimiento permanente de los mismos.
- Reestructurar las estrategias de análisis de la capacidad instalada en cada una de las sedes con el fin de mantener y mejorar la oferta en cada una de acuerdo a las necesidades propias disminuyendo el número de citas no asignadas.
- Fortalecer la cultura de la Seguridad del Paciente entre los afiliados y el personal de Unisalud.
- Realizar de manera continua las auditorías de calidad contenidas en el Programa de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC.

CONTRATACIÓN

Iniciada la vigencia 2017, la administración de Unisalud definió la necesidad de seguir fortaleciendo la cultura de planificación del proceso de adquisición de bienes y servicios, bajo el convencimiento de que este proceso de soporte aporta al cumplimiento de la misión de la Unidad y a la puesta en realidad de los postulados que rigen la función pública.

Adicionalmente se planteó la necesidad de fortalecer la cultura del autocontrol, con el fin de poder avanzar en la liquidación de los acuerdos contractuales, actividad que se encontraba rezagada desde vigencias anteriores.

Con estos derroteros, se realizaron varias actividades dirigidas a planificar las actividades preparatorias del proceso de contratación de la Red de Servicios de salud en todas las sedes de la Unidad, tales como celebrar reuniones con los líderes de las áreas y los enlaces de contratación, para definir las acciones, el cronograma y los responsables de llevarlas a cabo.

Adicionalmente, el área de Contratación durante los meses de septiembre y octubre de 2017 programó reuniones para revisar los servicios requeridos y redefinir las obligaciones contractuales asociadas a éstos, con el objeto de atender las necesidades reales de la Unidad, además de mitigar el posible riesgo de demandas por contrato realidad.

Durante los meses de junio a septiembre de 2017 se depuró la información registrada por los contratistas en el Sistema de información y gestión del empleo público para el Estado (SIGEP).

Así se pudo apreciar que el desarrollo de los procesos contractuales a partir de actuaciones trasparentes, estuvo enmarcado por los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad; principios que están interiorizados en las personas que participan en estos procesos, en cada una de las sedes de la Unidad evidenciado en la evaluación del indicador.

Tabla 47. Cumplimiento Objetivo Estratégico

2013	2014	2015	2016	2017
80,97%	67,23%	76,20%	95,50%	93.81%

Fuente: Planeación y sistemas de información

Por parte del equipo de la Gerencia Nacional, se redefinió el indicador de este objetivo estratégico para la vigencia 2018, con el fin de efectuar un mayor y mejor control respecto de la liquidación de acuerdos contractuales.

Como resultado de las actividades desarrolladas, descritas en los párrafos anteriores, en la siguiente tabla se presenta el número de acuerdos contractuales surtidos en cada una de las sedes:

Tabla 48. Consolidado de Acuerdos Contractuales Suscritos en las Vigencias 2016 Y 2017

VIGENCIA	BOGOTÁ			MEDELLÍN			MANIZALES			PALMIRA		
	CON	ODS	ODC	CON	ODS	ODC	CON	ODS	ODC	CON	ODS	ODC
2016	6	421	47	1	156	46	0	93	13	0	110	12
2017	13	308	47	4	119	45	2	73	14	1	96	15

Fuente: Planeación y sistemas de información

Seguimiento a las Liquidaciones de Acuerdos Contractuales Suscritos por Unisalud

En primer lugar, cabe precisar que la necesidad de finalizar en debida forma los acuerdos contractuales suscritos por Unisalud obedece a aspectos preponderantes: el primero cumplir una de las obligaciones a cargo de los supervisores definidas en el Manual de Convenios y Contratos la Universidad, de liquidar los acuerdos. En segundo lugar, atender el hallazgo encontrado por la Contraloría General de la República según auditoría del 2012, referido a la no liquidación de los contratos; y en tercer lugar, depurar la información presupuestal y contable referida a los valores glosados del universo de la facturación radicada por los prestadores, con ocasión de los acuerdos contractuales suscritos en anteriores vigencias.

Durante el año 2017 tuvieron continuidad tres acciones prácticas: i) En las reuniones del Comité de Gerencia las sedes presentaron trimestralmente el estado de las liquidaciones de los acuerdos contractuales suscritos en la vigencia 2016. ii) El área de Contratación de Unisalud, remitió mensualmente a los supervisores la relación de acuerdos pendientes de liquidar, como mecanismo de autocontrol. iii) En conjunto con la Gerencia se trabajó en concientizar a los supervisores de los acuerdos contractuales sobre la importancia de finalizar los acuerdos contractuales, pues con ello se coadyuvaba en las siguientes actividades:

- Depuración de cuentas con los prestadores, generando una cultura de radicación oportuna de las mismas y cumplimiento del proceso de auditoría de cuentas, particularmente en lo que respecta a la respuesta oportuna a las glosas.
- Depuración del presupuesto de las sedes de UNISALUD, a través del saneamiento de cartera con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS y personas naturales, contratadas para la conformación de la Red de Servicios de Salud.
- Generación de la cultura de cumplimiento de las funciones legales a cargo de los supervisores en UNISALUD para cerrar en debida forma los procesos contractuales.

Para esta última acción práctica, se estableció un plan de trabajo para mitigar la ocurrencia y pérdida de procesos judiciales por contrato realidad. En desarrollo del plan se realizó una conferencia con un profesional de derecho dirigida a todos los supervisores cuyo objeto fue estudiar las funciones propias de los supervisores y las acciones a ejecutar para dar cumplimiento a las mismas. Así mismo se desarrolló un taller práctico de coaching titulado “Ponerse en los zapatos del otro”, con el objeto de establecer una comunicación fluida entre supervisores y contratistas.

En reunión del Comité de Gerencia del 08 de noviembre de 2017, se expuso el estado de los procesos a liquidar de la vigencia 2016 en todas las sedes de Unisalud. A la fecha de este informe los resultados son los siguientes:

- SEDE BOGOTÁ: Se liquidaron 103 acuerdos contractuales de 191 procesos susceptibles de liquidar, encontrándose pendiente de liquidar 90 órdenes contractuales y dos contratos.
- SEDE MEDELLÍN: Se liquidaron 156 acuerdos contractuales de 157 procesos susceptibles de liquidar. Está pendiente de liquidar el Contrato No. 1 de 2016 suscrito con la Caja Colombiana de Subsidio Familiar COLSUBSIDIO, para el suministro de medicamentos, terminado el 30 de noviembre de 2017, estando dentro del término para su liquidación.
- SEDE MANIZALES: Se liquidaron 54 acuerdos contractuales de 54 procesos susceptibles de liquidar.
- SEDE PALMIRA: Se liquidaron 107 acuerdos contractuales de 107 procesos susceptibles de liquidar.

Logros conseguidos en la vigencia 2017

- ✓ Conformación de una Red de Servicios que cumple con los atributos de la calidad en la atención: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y satisfacción del usuario.
- ✓ Durante el período las actividades propias del proceso de "Adquisición de Bienes y Servicios" se desarrollaron satisfactoriamente en la Unidad.
- ✓ El Comité de Contratación Nacional de Unisalud se perfiló como un equipo asesor para la toma de decisiones de alta dirección, para los procesos de valores representativos para la Unidad.
- ✓ El conocimiento, la experiencia y el compromiso de las personas que desarrollan los procesos contractuales, para lograr una gestión efectiva y eficiente.
- ✓ Las actividades de autocontrol propuestas y sostenidas desde el año 2016, hicieron que empezara a surgir una cultura de seguimiento y control en la ejecución de los acuerdos celebrados.
- ✓ La consolidación de la información generada en las áreas de contratación en las sedes, permite contar con información veraz, confiable y útil para los líderes de las áreas y la alta dirección, permitiendo atender, de manera oportuna, los requerimientos efectuados por los entes de control internos y externos.
- ✓ A pesar de no contar con los espacios necesarios para disponer en forma adecuada de la documentación que se genera en el área, se realizaron actividades para organizar y depurar el archivo documental, con el fin de acceder a él en forma oportuna, incentivando el uso racional del papel por parte de los colaboradores de la Unidad y de los contratistas.
- ✓ El oportuno desarrollo de los procesos contractuales no solo conlleva a apoyar el cumplimiento de la misión de la Unidad, sino que aporta al bienestar de los contratistas y sus familias, quienes al percibir sus honorarios, en contraprestación a las actividades ejecutadas, no solo satisfacen sus necesidades básicas, sino que aportan en la construcción de sus familias, en el fortalecimiento de la Unidad y la consolidación del objetivo de bienestar trazado por la Universidad Nacional de Colombia para toda la comunidad.

Recomendaciones

Hecho el balance de la gestión de la vigencia 2017, el cumplimiento del objetivo estratégico de la gestión administrativa se encuentra en el 93.81%, contando con una Red de Servicios caracterizada por la integralidad y oportunidad, que permite atender con calidad y excelencia a los usuarios.

Al engranar la gestión financiera con la administrativa el balance es alentador, si se tiene en cuenta el manejo racional y trasparente de los recursos de la Unidad, evidenciado en los servicios prestados directamente en la Unidad, así como en la Red Externa, con altos estándares de calidad, de acuerdo con las necesidades particulares de cada uno de los actores que conforman la Unidad.

Como principales recomendaciones tenemos las siguientes:

- Continuar con la adherencia y cumplimiento de las actividades propuestas por la Gerencia Nacional Financiera y Administrativa en el marco del proceso de Adquisición de Bienes y Servicios, para el cabal cumplimiento del Manual de Convenios y Contratos de la Universidad.
- Fortalecer las actividades de planeación, seguimiento y control en cada una de las etapas del proceso.
- Capacitar a los supervisores para el ejercicio y cumplimiento de sus funciones, como estrategia para mitigar el riesgo de demandas por contrato realidad.
- Continuar con el seguimiento permanente a la actividad de liquidación de los acuerdos contractuales, especialmente en la Sede Bogotá.
- Analizar los beneficios y dificultades de suscribir contratos con vigencias futuras, considerando que la liquidación de éstos es una tarea dispendiosa en la parte administrativa, financiera y de

auditoría de cuentas médicas. Por ello se sugiere evaluar los logros e inconvenientes surgidos durante la ejecución de estos procesos, con el fin de determinar continuar o no con esta posibilidad.

- Continuar con la gestión para la consecución de espacios adecuados para la disposición del archivo documental de las áreas de contratación en todas las sedes de la Unidad.

PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATISTAS

Unisalud contó con 117 personas de personal de planta de la Universidad en la vigencia 2017, de los cuales 68 son de la sede en Bogotá la cual incluye a la Gerencia Nacional de Unisalud, 29 de la sede en Medellín, 11 de la sede en Manizales y 9 en la sede Palmira.

Así mismo el número de órdenes de prestación de servicios que se celebraron con el fin de apoyar a la Unidad fueron 230 de las cuales 144 fueron de la sede en Bogotá, 51 de la sede en Medellín, 18 de la sede en Manizales y 17 de la sede en Palmira.

Es importante precisar que el personal de planta y las órdenes de prestación de servicio incluyen el personal administrativo como el personal médico asistencial el cual da soporte directo a la misión de Unisalud, así mismo se optimizaron las contrataciones, teniendo en cuenta los lineamientos impartidos por la Universidad, la sentencia C-614 de 2009 y la Directiva Presidencial 01 del 10 de febrero de 2016.

PLANILLA PILA

En la vigencia 2017, se celebraron los convenios correspondientes al Operador de Información y al Operador financiero que garantizaron el recaudo de aportes de pensionados de otros fondos diferentes al Fondo Pensional de la Universidad Nacional de Colombia por medio de la Planilla Pila, los cuales, debido a la gestión administrativa, fueron celebrados a cero pesos de costo para Unisalud. Colpensiones, que es uno de los principales Fondos Pensionales que efectúa aportes a salud, comenzó a efectuar aportes a través de la PILA, sin embargo, sigue presentando inconvenientes en los aportes a salud, consignando recursos que no corresponden a esta Unidad y no enviando los aportes retroactivos de algunos pensionados. Es importante precisar que la PILA está habilitada para Unisalud, únicamente para recibir los aportes a salud antes mencionados y no para efectuar pagos ni recaudar otro tipo de aportes.

PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL Y PÓLIZA PARA EVENTOS DE ALTO COSTO

Unisalud requirió, para su debido funcionamiento, de la adquisición de las pólizas de responsabilidad civil extracontractual y la póliza para eventos de alto costo. La póliza de responsabilidad civil extracontractual no ha tenido un incremento superior al IPC debido a que no se han presentado siniestros que la afecten, de otra parte, a diferencia de la Póliza de responsabilidad civil extracontractual, la Póliza para eventos de alto costo ha tenido una siniestralidad en las pólizas de los últimos años que supera el valor pagado en primas, incluyendo la vigencia 2017, lo cual, no es financieramente viable para el asegurador, pero tampoco para Unisalud, razón por la cual, se analizaron diferentes opciones lo cual, actualmente permitió asegurar aquellos eventos que tenderán a desfinanciar la Unidad y no la frecuencia de aquellos eventos que de por sí ya viene cancelando de manera directa Unisalud.

PLAN DE CAPACITACIÓN

Las capacitaciones programadas para la vigencia 2017 se cumplieron en 78.49% afectado por la evaluación del primer semestre de la sede Bogotá donde no logró cumplir el cronograma de las

actividades planteadas. Se resalta que, en un esfuerzo para el segundo semestre, logró cumplir con todas las actividades propuestas.

Las capacitaciones de los funcionarios administrativos estaban supeditadas a la programación de las mismas por parte de la Universidad Nacional de Colombia, por tal razón se tuvieron en cuenta las que fueron programadas y hubo asistencia por parte del personal de Unisalud. Las capacitaciones programadas para el personal administrativo estuvieron relacionadas con temas de manejo de Excel, redacción y ortografía, Manejo de Ambiente Laboral, Atención al Usuario, adicionalmente la participación en seminarios que también fueron dictados por la Universidad Nacional en temas de Ingresos y Contratos y en temas de archivo

En cuanto a las capacitaciones del Área Asistencial, vale la pena resaltar la colaboración de los profesionales del área que apoyaron con charlas, y talleres y que no genero costo para Unisalud. En la mayoría de ellas se trataron temas como el diligenciamiento de la historia clínica electrónica, gestión ambiental, temas de epidemiologia, alertas sanitarias, y adicionalmente temas de salud ocupacional.

Las capacitaciones fueron dirigidas a mejorar las capacidades y habilidades laborales y a la aplicación en el desarrollo de funciones y actividades. Se realizó plan de capacitación y se ejecutaron las capacitaciones planeadas para la vigencia 2017 sin incurrir en ningún gasto para UNISALUD.

Uno de los mayores retos para la vigencia 2018 es lograr que las capacitaciones sean evaluadas para saber su utilidad y aplicación, y finalmente medir resultados de acuerdo a la ejecución de labores y actividades realizadas.

Es de resaltar que durante el año 2017 se incrementó la cantidad de capacitaciones realizadas en un 24% con respecto al año 2016, pasando de 115 a 143 capacitaciones realizadas en todas las sedes.

GESTIÓN FINANCIERA

PRESUPUESTO DEFINITIVO (APROPIACIÓN)

La Unidad de Servicios de Salud – UNISALUD, requirió para su funcionamiento en la vigencia fiscal 2017 un presupuesto definitivo $74.502 millones de pesos, distribuidos en el gasto, como se observa en el siguiente cuadro:

Tabla 49. Gastos de Funcionamiento 2017

(Cifras en millones de pesos)

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	UNISALUD RECURSOS PROPIOS	% PARTICIPACIÓN
Gastos de Personal	9.801	13,2%
Gastos Generales	64.327	86,3%
Transferencias	289	0,4%
Vigencias Expiradas	85	0,1%
TOTAL	**74.502**	**100%**

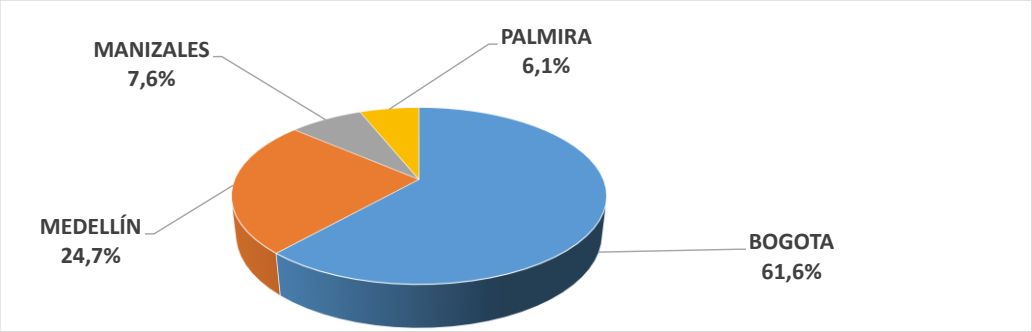
Fuente: Sistema Financiero SGF-Quipu

Es importante precisar que el 86.3% del presupuesto está destinado a los gastos generales los cuales cubren la contratación de clínicas y prestadores de servicios de salud, así como el suministro de

medicamentos para atender a los usuarios afiliados a UNISALUD. Así mismo, en los gastos de personal, se incluye el personal médico asistencial de planta de la Universidad.

Para la vigencia 2017, el presupuesto se distribuyó entre las sedes de UNISALUD, así: Bogotá el 61,6%, Medellín el 24.7%, Manizales el 7.6% y Palmira el 6.1%, contrastado con la población de cada sede frente al total nacional.

Gráfica 19. Apropiación Presupuestal Unisalud 2017



Fuente: Sistema Financiera SGF-Quipu

El presupuesto se encuentra financiado principalmente por los aportes a salud de los afiliados de acuerdo con lo preceptuado legalmente para las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y dentro del marco asignado por la Ley 647 de 2001, así como por los rendimientos financieros obtenidos por el manejo del portafolio de inversiones y en la vigencia 2017 con el nuevo enfoque de manejo de recursos a través de los Fondos de Inversión Colectiva autorizados por la Gerencia Nacional Financiera y Administrativa de la Universidad Nacional, efectuado con base en los recursos disponibles que no van a ser utilizados para amparar obligaciones de manera inmediata en un 95% y el restante 5% con excedentes financieros producto del ejercicio contable de vigencias anteriores, lo cual evidencia una mejora con relación a la incorporación de los excedentes financieros de la vigencia 2016.

La programación presupuestal de la vigencia 2017, se efectuó para cada una de las sedes de UNISALUD teniendo en cuenta los ingresos corrientes (aportes en salud referidos anteriormente) y los rendimientos financieros que se proyectaba obtener, sin embargo, éste presupuesto resultó insuficiente para apalancar las necesidades misionales de las sedes Medellín, Manizales y Palmira, motivo por el cual, se efectuó una adición con excedentes financieros, teniendo como principal objetivo, que los excedentes a incorporar en éstas sedes, deberían ser los generados por cada una de las mismas, minimizando el traslado presupuestal desde Bogotá y buscando optimizar la centralización de recursos unificando un solo portafolio de inversiones.

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE LA VIGENCIA 2017

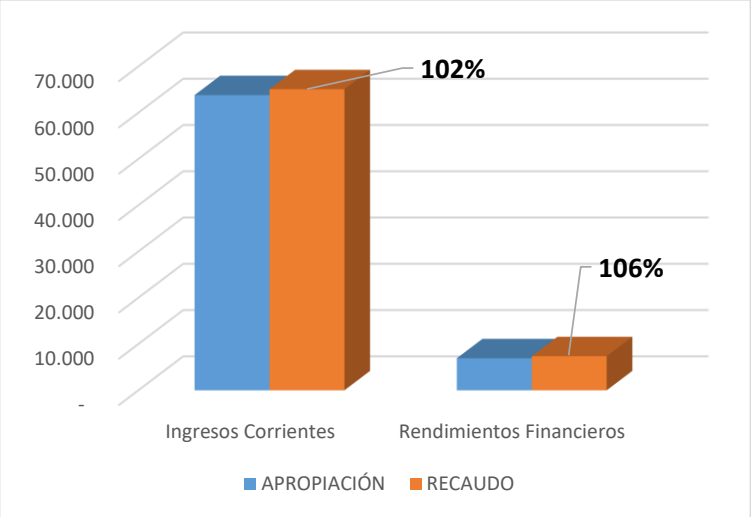
INGRESOS

Los ingresos programados para la vigencia fiscal 2017 fueron recaudados en un 102.31%, observándose un recaudo por encima de lo programado en todos los niveles rentísticos a excepción de los aportes patronales, los cuales, no fueron girados por el nivel central de la Universidad, debido a insuficiencia presupuestal. Los demás niveles rentísticos presentaron un recaudo superior a lo presupuestado en un 2.31% debido al estricto seguimiento en el control de aportes efectuado por cada una de las sedes, incluyendo en dicho seguimiento el debido recaudo y registro de cuotas moderadoras, copagos, recobro de póliza de eventos de alto costo, mejora de rendimientos financieros optimizando el portafolio de inversiones y las FICS entre otros aspectos.

Del total de ingresos aforados, $3.774 millones corresponden a excedentes financieros que fueron necesarios incorporar para apalancar el gasto misional en las sedes de UNISALUD Medellín, Manizales y Palmira lo cual indicaría que el recaudo real de recursos de UNISALUD para la presente vigencia fue de $76.219 millones de pesos.

De acuerdo con lo anterior, se observa una mejora representativa en el recaudo de los ingresos de la vigencia 2017 comparada con el recaudo presentado en la vigencia 2016, con un crecimiento del 11% en ingresos corrientes, del 96% en rendimientos financieros y una disminución del 37% en inclusión de excedentes financieros.

Gráfica 20. Ingresos Unisalud 2017



Fuente: Sistema Financiera SGF-Quipu

Si comparamos el recaudo del presupuesto de ingresos de la vigencia 2017 con la vigencia 2016, observamos que la variación relativa (porcentaje de variación 2016-2017) es del 11%, a pesar del no giro de recursos de los aportes patronales del mes de diciembre por parte del nivel central de la Universidad. De acuerdo con lo anterior, la variación es la siguiente:

Tabla 50. Ingresos Unisalud Vigencia 2017

(Cifras en millones de pesos)

CONCEPTO	RECAUDO VIGENCIA 2017	RECAUDO VIGENCIA 2016	VARIACIÓN ABSOLUTA	VARIACIÓN RELATIVA
INGRESOS CORRIENTES	**65.077**	**58.713**	**6.364**	**11%**
Plan Complementario, cuotas moderadoras y copagos	3.921	3.857	64	2%
Aportes a salud patronales, afiliados activos y pensionados	58.579	52.410	6.169	12%
Recobro Póliza de Alto Costo, Devolución IVA y otros ingresos no relacionados directamente con la actividad misional	2.577	2.447	130	5%
RECURSOS DE CAPITAL	**11.142**	**9.793**	**1.349**	**14%**
Rendimientos Financieros	7.367	3.753	3.614	96%
Recursos del balance	3.775	6.039	-2.264	-37%
TOTAL RECURSOS PROPIOS	**76.219**	**68.506**	**7.713**	**11%**

Fuente: Informes de ejecución SGF-Quipu

Es importante precisar que el nivel rentístico del Plan Complementario, cuotas moderadoras y otros ingresos se reduce debido a que incluyen el ingreso por concepto de recobro de servicios prestados a otras Universidades Públicas en desarrollo de convenios contraídos con Unisalud, los cuales, por conveniencia institucional para la presente vigencia, han sido mermados en su prestación.

GASTOS

Se puede observar que el mayor nivel de presupuesto se ejecuta por concepto de la adquisición de servicios médicos asistenciales: contratación de clínicas, personas naturales profesionales de la salud, adquisición de equipos médico asistenciales, insumos para laboratorio, seguros en salud y contratación del operador logístico para el suministro de medicamentos, lo que equivale a un porcentaje del 90%, si se tiene en cuenta que dentro de los gastos del personal de planta de UNISALUD (gastos de nómina) se encuentra vinculado personal médico asistencial.

Las modificaciones presupuestales obedecieron a que, la variación e imprevisibilidad de morbilidades presentadas, urgencias y alto costo, conllevan a revaluar durante el seguimiento a la ejecución contractual en el transcurso de la vigencia, las contrataciones realizadas y adecuarlas a las necesidades que se van presentando con el fin de soportar la debida atención en salud, es por ello, que la planeación en salud es un proceso difícil y varias veces impredecible. Otro factor importante que lleva a realizar modificaciones presupuestales en el transcurso de la vigencia, son los servicios y medicamentos no negociados que autoriza el Comité Técnico Científico y que por lo tanto, no se encuentran programados dentro del presupuesto por ser casos que no son de suministro ni atención regular.

Se ha realizado un ejercicio metódico liberando partidas pequeñas no utilizadas para trasladarlas presupuestalmente a aquellos rubros que las iban necesitando en el transcurso de la vigencia, dando como resultado una ejecución presupuestal total del 99.7% tal como se observa a continuación:

Tabla 51. Apropiación Gastos de Funcionamiento

(Cifras en millones de pesos)

CONCEPTO UNISALUD	APROPIACIÓN	EJECUCIÓN	% EJECUCIÓN
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	74.502	74.262	99,7%
GASTOS DE PERSONAL	9.800	9.701	99,0%
GASTOS GENERALES	64.327	64.187	99,8%
TRANSFERENCIAS	289	288	99,7%
VIGENCIAS EXPIRADAS	86	86	100,0%

Fuente: Sistema Financiera SGF-Quipu

Comparativamente con la vigencia 2016, se observó un crecimiento en el nivel de los compromisos asumidos en un porcentaje superior al IPC y principalmente corresponden a los gastos por adquisición de servicios de salud que presentaron un crecimiento del 9.8% por las tarifas de los prestadores con los que difícilmente se pudo llegar a acuerdos de negociación y a la frecuencia de uso de servicios de salud por parte de los afiliados a la Unidad así como la morbilidad aumentada relacionada con el aumento de edad de la población. Cabe resaltar que con los prestadores de servicios de salud se han logrado beneficios, teniendo como factores de negociación el pronto pago, contratos a largo tiempo cubiertos presupuestalmente con vigencias futuras y direccionamiento de servicios.

El nivel de ejecución del gasto con respecto a la adquisición y suministro de medicamentos se incrementó en la vigencia 2017 debido a la morbilidad y necesidad de aprobación de medicamentos que han surtido trámite ante los Comités Técnico Científicos de UNISALUD. Sin embargo, se contó con la negociación global de precios de medicamentos que se ha efectuado de manera eficiente con el distribuidor actual para todas las Sedes y con la mejora en los porcentajes de intermediación con el Operador Logístico para la entrega de los mismos. Así mismo se presentó un crecimiento en gastos de medicamentos debido al desabastecimiento en la vigencia 2017 de un alto porcentaje de moléculas en el mercado farmacéutico.

Las vigencias expiradas en gastos generales que se presentaron durante el 2017 obedecen a la campaña impulsada desde la Gerencia para que los supervisores con su equipo de apoyo logren depurar glosas, aclarar cuentas y proceder de esa forma a la liquidación de contratos de salud que se encontraban pendientes. Una vez establecida su situación, se procedió a pagar aquellos pertinentes y por haber expirado la vigencia, fueron cargados contra el respectivo rubro. Se precisa que todos estos casos tienen el respectivo acto administrativo que soporta, justifica y da claridad a cada una de las situaciones específicas que permitieron efectuar el pago y que puedan soportar ante cualquier ente de control el procedimiento realizado, presentándose una reducción de las mismas en un 37.2%.

En el Gasto de Personal, se observa un incremento del 9.8% el cual obedece principalmente al incremento salarial de la vigencia, posesión de cargos vacantes y a la liquidación prestacional por retiros de personal.

Tabla 52. Comparativo Gastos de Funcionamiento 2016-2017

CONCEPTO UNISALUD	EJECUCIÓN		
	2.016	2.017	% VAR.
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	**67.624**	74.262	**9,8%**
GASTOS DE PERSONAL	8.835	9.701	9,8%
GASTOS GENERALES	58.479	64.187	9,8%
TRANSFERENCIAS	174	288	65,9%
VIGENCIAS EXPIRADAS	137	86	-37,2%

Fuente: Sistema Financiera SGF-Quipu

RESERVAS PRESUPUESTALES

La reserva presupuestal para la presente vigencia fiscal suma un total de $13.447 millones de pesos lo cual corresponde al 18.1% del valor comprometido, correspondiendo principalmente a los contratos de servicio médico asistencial que cubren la atención hasta mediados del mes de febrero de 2018. Esta situación se presenta debido a que no se debe desproteger la atención del servicio ni el suministro de medicamentos durante el periodo de cierre de vigencia 2017 y apertura de vigencia 2018, así mismo se establecen compromisos hasta el mes de febrero porque los tiempos para los trámites precontractuales duran un mes aproximadamente para contrataciones de órdenes de prestación de servicio.

Se ha recalcado, la importancia de que el presupuesto de Unisalud se encuentra financiado con recursos parafiscales en salud percibidos con base en los aportes a salud de los afiliados de enero a diciembre de cada una de las vigencias fiscales y que no se deben proyectar compromisos con cargo a los presupuestos anuales que superen más allá del mes de enero, Ya se ha comenzado a manejar el concepto de que en caso de requerirse un compromiso con mayor duración, se deberá tramitar la respectiva vigencia futura.

Estas reservas soportan además la atención de servicios prestados desde finales del mes de noviembre y el mes de diciembre que no se han facturado o que se encuentran en proceso de auditoría de cuentas médicas o glosadas.

CUENTAS POR PAGAR

Las cuentas por pagar constituidas en UNISALUD para la presente vigencia suman un total de $485 millones de pesos que en especial corresponden a servicios médicos asistenciales que se facturaron en el mes de diciembre y que a finales del mismo mes se definió por auditoría de cuentas médicas que se debía proceder a su pago. Al encontrarse cerrados los portales bancarios, se constituye la cuenta por

pagar debido a que es un bien y /o servicio recibido a satisfacción, por lo tanto, no procede como reserva presupuestal.

CONCLUSIÓN SOBRE LA GESTIÓN REALIZADA

De acuerdo con lo anterior se observa que la actual administración ha enfocado sus esfuerzos en reforzar el control de aportes a salud, así como mejorar el manejo del portafolio de inversiones en aras de obtener mejores rendimientos financieros, obteniendo los siguientes resultados.

Tabla 53. Tendencia del Ingreso

TENDENCIA DEL INGRESO			
VIGENCIA	INGRESOS CORRIENTES	RENDIMIENTOS FINANCIEROS Y RECUPERACIÓN DE CARTERA	TOTAL CAUSADO
2010	42.153.983.655	3.453.559.170	45.607.542.825
2011	45.025.436.962	2.979.359.077	48.004.796.039
2012	49.041.655.615	3.019.832.809	52.061.488.424
2013	50.742.479.821	5.001.490.912	55.743.970.733
2014	55.491.459.846	3.560.389.037	59.051.848.883
2015	55.669.819.828	3.475.606.622	59.145.426.450
2016	58.713.082.934	3.754.146.175	62.467.229.109
2017	65.077.724.007	7.368.263.670	72.445.987.677

Fuente: Sistema Financiera SGF-Quipu

Es importante precisar que para la vigencia 2017, se incluye el valor de los ingresos que no fueron girados por el nivel central de la Universidad correspondientes a los aportes patronales y afiliados del mes de diciembre de 2016.

Como se observa a continuación, se tiene un crecimiento del gasto en la vigencia 2017, que corresponde al 7%, un porcentaje que, aunque es superior al IPC y al porcentaje del incremento salarial, es subsanado por el mejoramiento del ingreso mencionado anteriormente.

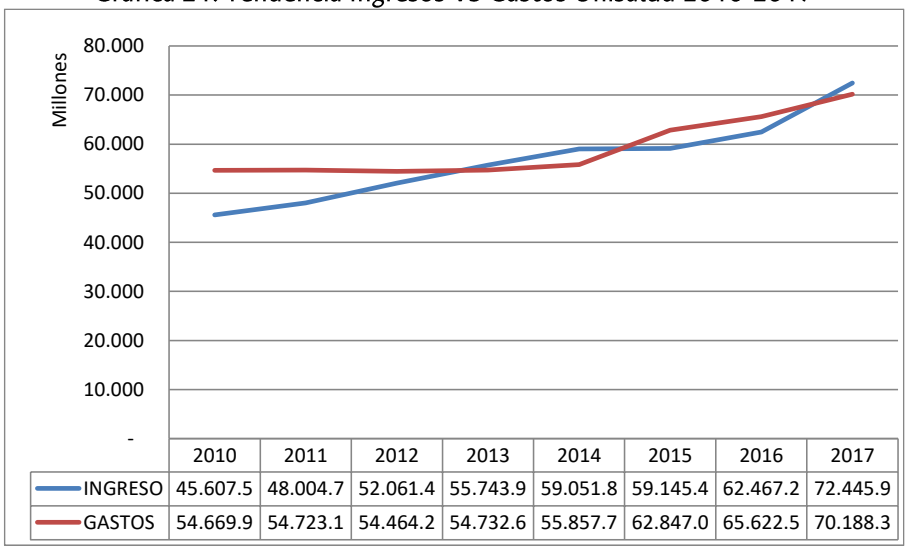
Tabla 54. Tendencia del Gasto

TENDENCIA DEL GASTO			
VIGENCIA	OBLIGACIONES	RESERVAS EJECUTADAS	TOTAL CAUSADO
2010	43.678.933.300	10.991.028.887	54.669.962.187
2011	43.642.441.831	11.080.744.791	54.723.186.622
2012	42.133.760.128	12.330.445.835	54.464.205.963
2013	40.875.417.665	13.857.242.485	54.732.660.150
2014	41.916.878.156	13.940.822.065	55.857.700.221
2015	49.538.224.169	13.308.811.067	62.847.035.236
2016	56.343.438.764	9.279.101.123	65.622.539.887
2017	60.815.590.723	9.372.783.829	70.188.374.552

Fuente: Sistema Financiera SGF-Quipu

Se debe hacer entonces un análisis del comportamiento del ingreso con relación al gasto, para lo cual se debe tener claro si el nivel de los ingresos recaudados está respaldando el total de gastos y obligaciones de la vigencia, así:

Gráfica 21. Tendencia Ingresos VS Gastos Unisalud 2010-2017



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
INGRESO	45.607.5	48.004.7	52.061.4	55.743.9	59.051.8	59.145.4	62.467.2	72.445.9
GASTOS	54.669.9	54.723.1	54.464.2	54.732.6	55.857.7	62.847.0	65.622.5	70.188.3

Fuente: Sistema Financiera SGF-Quipu

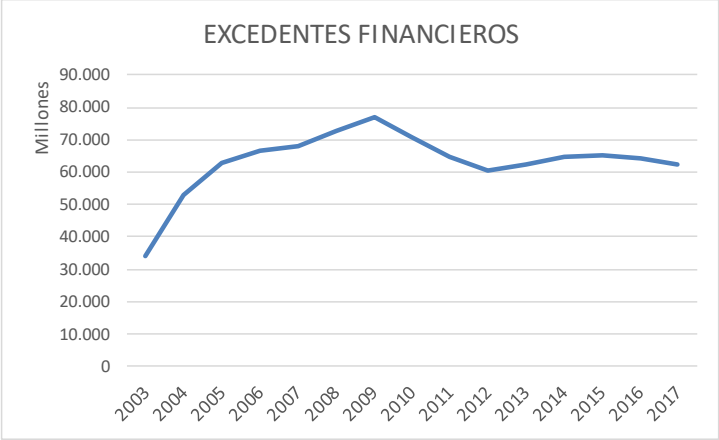
Unisalud sigue trabajando con el fin de cerrar la brecha existente entre los ingresos y los gastos, logrando que para la vigencia 2017, los ingresos corrientes, rendimientos financieros y recuperación de cartera, fueran suficientes para apalancar las obligaciones contraídas. Es importante precisar que, sin los rendimientos financieros y recuperación de cartera, esto no hubiese sido posible.

Según las medidas actuales, basadas en lo evidenciado como información en el SGF-Quipu y los estados financieros, permiten reflejar que la gestión de la actual administración ha sido efectiva para garantizar y fortalecer la sostenibilidad financiera de la Unidad. No obstante, es importante precisar que, debido a la edad avanzada de la población, lo cual implica una mayor incidencia de enfermedades degenerativas y al constante crecimiento y variación de las morbilidades de alto costo, éste trabajo financiero debe ser permanente con un seguimiento constante y cercano para optimizar y controlar el recaudo y contener gasto innecesario, por ejemplo, con los controles de auditoría a los prestadores externos a Unisalud.

Con respecto a los excedentes financieros que se proyectaba, no iban a alcanzar si no máximo hasta el 2015, se han logrado mantener, e incluso han crecido con relación a la vigencia 2012, tal como se observa a continuación:

Gráfica 22. Excedentes Financieros Unisalud 2003-2017 (precios corrientes)

VIGENCIA	EXCEDENTES FINANCIEROS
2003	33.893.159.099
2004	53.129.071.727
2005	63.009.274.700
2006	66.437.221.869
2007	67.931.495.008
2008	72.701.786.256
2009	76.969.926.849
2010	70.895.121.940
2011	64.625.252.248
2012	60.661.226.998
2013	62.223.986.859
2014	64.557.412.116
2015	65.075.883.546
2016	64.468.806.603
2017	62.447.632.222



Fuente: Sistema Financiera SGF-Quipu

No ha sido un crecimiento lineal porque se requiere respaldar los gastos misionales de la Unidad y con lo que hemos dicho, en una población como la de Unisalud que por su edad maneja una alta carga de enfermedad, mantener o mejorar los excedentes, implica una sobrevida mayor de la Unidad en beneficio de la atención en salud de quienes son su fin último: los afiliados.

La baja de los excedentes financieros al cierre de la vigencia 2017, obedece principalmente al crecimiento de las reservas presupuestales que la sede de UNISALUD en Bogotá constituyó, las cuales tuvieron un incremento, con relación a la vigencia anterior de $2.000 millones de pesos, razón por la cual se hará un riguroso seguimiento a la ejecución de las mismas en la vigencia 2018.

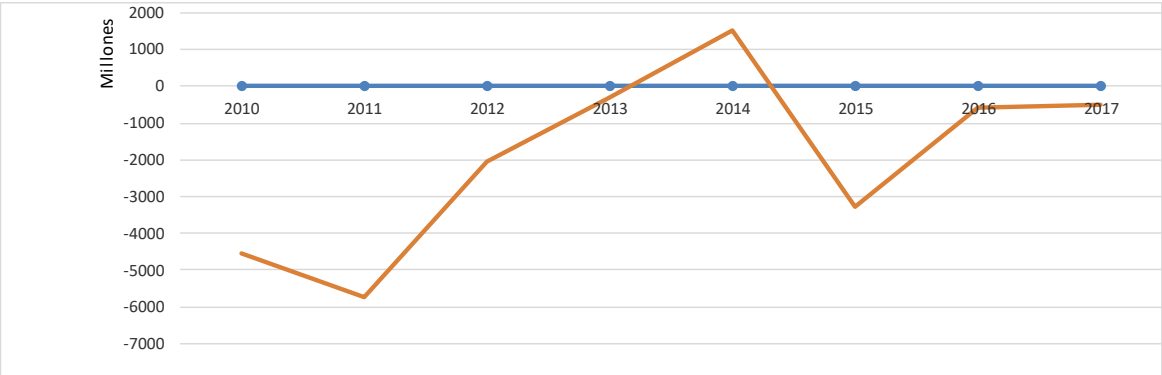
Analizando los estados de resultados de la vigencia 2017, se refleja un comportamiento con tendencia negativa, sin embargo, con relación a la vigencia inmediatamente anterior se presentó una reducción del déficit en un 13%, así mismo si se tiene en cuenta que se tuvieron gastos relacionados con la adquisición de nuevos servidores y migración de información para garantizar la seguridad de la información por un valor aproximado de $120 millones de pesos, esto significaría que el déficit real, relacionado con la actividad misional tuvo una reducción comparativa con la vigencia 2016 del 21%.

Resulta entonces pertinente, revisar los estados de resultados en los últimos años para evidenciar la gestión realizada por administración:

Gráfica 23. Estados de Resultados Unisalud 2010-2017

Cifras en millones de pesos

CONCEPTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
EXCEDENTE O DÉFICIT	(4.561)	(5.718)	(2.041)	(301)	1.510	(3.268)	(575)	(500)



Fuente: Sistema Financiera SGF-Quipu

En la gráfica anterior se puede observar que a partir de la vigencia 2012, se evidencia la gestión realizada en el sentido de contener unos estados de resultados que para la vigencia 2011 venía en una baja representativa, es decir, una pérdida consecutiva en crecimiento. Para la vigencia 2012 se nota una disminución en la pérdida y para la vigencia 2017 una tendencia a minimizar la misma debido a la gestión financiera y administrativa realizada por la actual Gerencia Nacional de Unisalud.

SUGERENCIAS FINANCIERAS A SER TENIDAS EN CUENTA PARA LAS SIGUIENTES VIGENCIAS

El trabajo antes mencionado, ha requerido formular propuestas, gestionar lineamientos, implementar las medidas autorizadas y, en especial, efectuar el respectivo control y seguimiento financiero al recaudo de recursos, uso de los mismos y control del gasto no necesario que sugerimos renovar y mantener. No pretenden generar líneas de gestión futuras, sino bases de trabajo para la actual y futuras administraciones.

NUEVAS FUENTES DE INGRESO

Cuotas Moderadoras: se efectuó un estudio con el fin de evidenciar el impacto de equiparar las cuotas moderadoras de la Unidad a las del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Producto del análisis, se encontró que los rangos de mayor impacto serían de dos (2) a tres (3) salarios mínimos legales vigentes y de cinco (5) a ocho (8) salarios mínimos legales vigentes. En general el incremento sería de un 38% aproximado, dependiendo lo anterior de la frecuencia de uso de los servicios.

Copagos: dentro de este mismo ejercicio, se analizaron los copagos de la Unidad frente a los del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuya diferencia es del 15% menos en general, en Unisalud. El mayor impacto en caso de un ajuste de este tipo de pagos sería para los rangos mayores a cinco (5) salarios mínimos.

Portafolio de Inversiones: La Jefe de División Nacional de Tesorería de la Universidad, informó que existen alternativas diferentes para el manejo de los recursos, por medio de las entidades financieras autorizadas, que permiten optimizar los portafolios, obteniendo mejores rendimientos financieros. Se identificó que se puede indagar en el mercado, dentro de las entidades financieras calificadas con AAA o AA+, los portafolios que cumplen las seguridades del mercado financiero enmarcadas para el sector público y que se encuentra reglamentado en el Decreto 1525 de 2008.

Hay dos opciones importantes, adicional al portafolio de inversiones actual y son:

1. APT: Inversiones financieras que se efectúan por medio de administradores de portafolio de terceros que se encargan de manejar y administrar los portafolios mejorando representativamente los rendimientos financieros de la Unidad. Se hace un contrato con todos los requisitos pre y contractuales y estas administradoras se obligan a optimizar los recursos invertidos. Las administradoras deben ser filiales de un banco reconocido que preferiblemente preste los servicios para la Universidad Nacional de Colombia.
2. FIC: Son fondos de inversión colectiva que se pueden negociar y que permiten el manejo diario de recursos, por medio de los cuales se optimizan los intereses de las cuentas de ahorro debido a que son Fondos de Inversión Colectiva. (Son constituidos con recursos de diferentes entidades públicas, siempre enmarcadas dentro de lo reglamentado en el Decreto 1525 de 2008).

De acuerdo con lo anterior, se optó por invertir recursos en los FIC, lo cual conllevó de manera eficiente a obtener mejores resultados en los rendimientos financieros, por lo que se sugiere que, de manera periódica y conjunta con las personas encargadas de las áreas financieras de las sedes de Unisalud, se analice el manejo del portafolio de inversiones, los CDT'S constituidos y el manejo de los FICS conforme al comportamiento del mercado financiero y al cumplimiento de las obligaciones de la Unidad.

Donaciones: Se sugiere tener en cuenta el procedimiento y actividades que serían necesarias en caso de donaciones que puedan realizar tanto los usuarios como cualquier persona jurídica o natural que así lo deseare.

Venta de servicios de salud: debido a la escasa infraestructura humana y de espacio físico de la Unidad, se debe evaluar con precaución, la posibilidad de generar algunos recursos adicionales por este mecanismo, teniendo siempre en cuenta la normatividad vigente:

1. Servicio ambulatorio de medicina general: Examen médico general de chequeo que se pueda ofrecer a particulares, de acuerdo con la agenda disponible y privilegiando antes la prestación del servicio para los afiliados directos.
2. Servicio ambulatorio de consulta al día: Consulta al día de medicina general (no urgencias), ofrecida a particulares.

3. Servicio odontológico diagnóstico: Consulta de odontología diagnóstica para particulares.
4. Servicio odontológico con procedimientos
5. Servicio de laboratorio
6. Servicio de imágenes diagnósticas

Es necesario evaluar la relación costo- beneficio de las actividades anteriormente relacionadas y verificar, en caso de presentarse eventos adversos, la cobertura de la póliza de responsabilidad civil profesional para instituciones médicas y tener en cuenta que este punto es viable, si se cuenta con un concepto jurídico favorable de la procedencia de vender servicios en Unisalud.

Los valores a cobrar corresponderían a los establecidos en la política tarifaria a valor presente, más un 25%.

Nuevos Planes Complementarios: En aras de buscar nuevas alternativas financieras y de beneficios a los afiliados de la Unidad, se están proponiendo nuevos planes complementarios alternativos que ofrezcan servicios más oportunos y cómodos de acceso, así como lograr mejorar los recursos financieros de la Unidad con el fin de contar con nuevas fuentes que permitan apalancar los gastos misionales de la misma.

MINIMIZACIÓN DE GASTOS

Beneficiarios Cotizantes: En la presente vigencia 2018, se trabajará en la concientización de los afiliados frente a la decisión tomada por la Junta Directiva Nacional de Unisalud, la cual pretende la sostenibilidad financiera de la Unidad en aras de brindar su atención a aquellas personas que son objeto de la Ley 647 de 2001, en el entendido de que las personas que cotizan al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene su derecho en el mismo.

Nóminas de personal administrativo y médico asistencial de planta: El servicio de salud de la Universidad Nacional de Colombia fue asumido por la Universidad mediante la opción que le ofreció la Ley 647 de 2001. Dentro de la administración de este Sistema Propio, se sugiere evaluar la posibilidad de que la Universidad financie los gastos de nómina y las respectivas contribuciones parafiscales. Liberar a Unisalud de estos gastos administrativos, optimizaría el uso de los recursos parafiscales de las cotizaciones en salud, en la contratación directa de los servicios médico asistenciales, de apoyo diagnóstico y terapéutico y de programas de protección específica y detección temprana, así como intervenir en acciones que coadyuven en el logro de una Universidad Saludable, mediante un trabajo de equipo con la Dirección Nacional de Bienestar y la División de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Contratación de Clínicas y Hospitales en las Sedes: Para la presente vigencia, la Gerencia Nacional de Unisalud ha acompañado y acompañará las gestiones de las sedes relacionadas con la negociación de tarifas de servicios de salud con las IPS de mayor costo y severidad que afectan estructuralmente las finanzas de la Unidad, para lo cual, adicionalmente, se efectuará un seguimiento sobre el impacto de las tarifas obtenidas y a la auditoría de cuentas en el sentido de verificar que se esté dando cumplimiento a los pactado y que se pague efectivamente lo pertinente.

Unisalud.UN

Unisalud_UNAL

www.unisalud.unal.edu.co