

# Informe de GESTIÓN 2015

**Equipo Nivel Nacional, Dirección de Sede  
y Jefaturas de División**

**Rector**

Ignacio Mantilla Prada

**Gerente Nacional**

María Antonieta Solórzano Palacios

**Directora Sede Bogotá**

Silvia Cristina Peña Cuellar

**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 (E)**

Luz Mireya Cruz Blanco

**Jefe Nacional Administrativo y Financiero (C)**

Julio Cesar Camacho Esguerra

**Profesional de Comunicaciones**

Silvio López Medina

**Diseñador Gráfico**

William Medina

**Profesional de Calidad**

Helena Ospina Cabrera



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD - UNISALUD



“Este informe hace parte de proceso permanente de Rendición Pública de Cuentas de la Universidad Nacional de Colombia.”

<b>1</b>	<b>PRESENTACIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN 2015</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1</b>	<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO DIRECCIONAMIENTO</b> .....	<b>7</b>
2.1.1	POLITICAS INSTITUCIONALES .....	7
2.1.2	SISTEMAS DE INFORMACIÓN .....	7
2.1.3	MARCO NORMATIVO .....	9
2.1.4	COMUNICACIONES.....	10
<b>2.2</b>	<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO DE MEJORA CONTINUA</b> .....	<b>14</b>
2.2.1	CUMPLIMIENTO DEL PAMEC INSTITUCIONAL.....	14
2.2.2	ACTUALIZACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS .....	16
2.2.3	BALANCE DE LA MEJORA.....	16
<b>2.3</b>	<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO</b> .....	<b>19</b>
2.3.1	AFILIACIONES.....	19
2.3.2	ATENCIÓN AL USUARIO.....	26
2.3.3	CONSOLIDADO DE MANIFESTACIONES .....	32
2.3.4	MORBILIDAD.....	36
2.3.5	EGRESOS HOSPITALARIOS .....	40
2.3.6	MORTALIDAD .....	45
2.3.7	ALTO COSTO .....	47
2.3.8	COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO –CTC. ....	54
2.3.9	SUFICIENCIA DE LA RED.....	60
2.3.10	DESTINACIÓN DE CAPACIDAD INSTALADA A ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA - PYP .....	63
2.3.11	FRECUENCIA DE USO Y CONCENTRACIÓN DE SERVICIOS AUTORIZADOS .....	65
2.3.12	EVALUACIÓN INTEGRAL DE CAPACIDAD TÉCNICA Y CIENTÍFICA DE LA RED CONTRATADA	66
2.3.13	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO.....	68
<b>2.4</b>	<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN</b> .....	<b>69</b>
2.4.1	CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN.....	70
2.4.2	DESTINACIÓN DE CAPACIDAD INSTALADA AL MODELO DE SALUD .....	71
2.4.3	CUMPLIMIENTO DE METAS SEGÚN RESOLUCIONES 412 DEL 2000 Y 4505 DE 2012 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.....	73
2.4.4	PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA .....	75
2.4.5	EVALUACIÓN DE INDICADORES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD .....	76
2.4.6	PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE POSIBLES EVENTOS ADVERSOS .....	81
2.4.7	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE PRESTACIÓN. ....	82
<b>2.5</b>	<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO GESTIÓN ADMINISTRATIVA</b> .....	<b>83</b>
2.5.1	CAPACITACIÓN .....	83
2.5.2	CONTRATACIÓN .....	84
<b>2.6</b>	<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO GESTIÓN FINANCIERA</b> .....	<b>88</b>
2.6.1	PRESUPUESTO - NACIONAL .....	88
2.6.2	SEDE BOGOTÁ.....	97

2.6.3	SEDE MEDELLÍN .....	103
2.6.4	SEDE MANIZALES.....	108
2.6.5	SEDE PALMIRA.....	112
<b>3</b>	<b>CONCLUSIÓN FINAL .....</b>	<b>118</b>

## INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Semaforización de indicadores.....</i>	<i>6</i>
<i>Tabla 2. Evaluación Comparativa Plan de Acción 2013-2015.....</i>	<i>7</i>
<i>Tabla 3. Cumplimiento de Planes y Mejora de Procesos Institucionales.....</i>	<i>16</i>
<i>Tabla 4. Calificación de las acciones de mejora Año 2014.....</i>	<i>17</i>
<i>Tabla 5. Calificación de las acciones de mejora Año 2015.....</i>	<i>18</i>
<i>Tabla 6. Ingresos y retiros de cotizantes en 2015.....</i>	<i>20</i>
<i>Tabla 7. Ingresos y retiros de beneficiarios en 2015.....</i>	<i>20</i>
<i>Tabla 8. Usuarios atendidos por acuerdos de voluntades .....</i>	<i>25</i>
<i>Tabla 9. Consolidado de encuestas por tipo de usuario 2015.....</i>	<i>26</i>
<i>Tabla 10. Consolidado de encuestas por estado de salud 2015 .....</i>	<i>26</i>
<i>Tabla 11. Consolidado de medios preferidos para solicitar citas 2015.....</i>	<i>27</i>
<i>Tabla 12. Calificación del servicio de consulta Médica General 2015 .....</i>	<i>27</i>
<i>Tabla 13. Calificación de los atributos en servicios prestados en las IPS 2015.....</i>	<i>28</i>
<i>Tabla 14. Consolidado conocimiento de los programas de P y P 2015.....</i>	<i>28</i>
<i>Tabla 15. Consolidado participación en los programas de P y P 2015.....</i>	<i>28</i>
<i>Tabla 16. Consolidado dispensación de medicamentos 2015 .....</i>	<i>29</i>
<i>Tabla 17. Personas encuestadas para satisfacción EAPB 2015.....</i>	<i>29</i>
<i>Tabla 18. Calificación atributos del servicio 2015.....</i>	<i>30</i>
<i>Tabla 19. Calidad de los servicios de la red adscrita 2015.....</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 20. Satisfacción general con los servicios 2015.....</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 21. Manifestaciones 2015.....</i>	<i>32</i>
<i>Tabla 22. Consolidado por tipo de afiliado 2015.....</i>	<i>32</i>
<i>Tabla 23. Consolidado por tipo de manifestación 2015.....</i>	<i>33</i>
<i>Tabla 24. Consolidado de manifestaciones por canales de recepción 2015 .....</i>	<i>33</i>
<i>Tabla 25. Consolidado de manifestaciones por proceso 2015.....</i>	<i>34</i>
<i>Tabla 26. Consolidado de manifestaciones por atributos y características del servicio 2015.....</i>	<i>34</i>
<i>Tabla 27. Tiempo promedio de respuesta a manifestaciones 2015.....</i>	<i>35</i>
<i>Tabla 28. Comparativo tiempo promedio de respuesta a manifestaciones 2014-2015.....</i>	<i>35</i>
<i>Tabla 29. Morbilidad Unisalud 2015.....</i>	<i>37</i>
<i>Tabla 30. Morbilidad Sede Bogotá 2015.....</i>	<i>37</i>
<i>Tabla 31. Morbilidad Sede Medellín 2015 .....</i>	<i>38</i>
<i>Tabla 32. Morbilidad Sede Manizales 2015.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabla 33. Morbilidad Sede Palmira 2015.....</i>	<i>40</i>
<i>Tabla 34. Comparativo de Egresos Hospitalarios 2012 - 2015.....</i>	<i>40</i>
<i>Tabla 35. Mortalidad Unisalud 2012-2015.....</i>	<i>45</i>
<i>Tabla 36. Información Póliza de Alto Costo.....</i>	<i>47</i>
<i>Tabla 37. Distribución de la población de Unisalud por Tipo de Afiliación, Sede y Ciclo Vital .....</i>	<i>48</i>
<i>Tabla 38. Indicadores de estructura demográfica de la población Unisalud.....</i>	<i>49</i>
<i>Tabla 39. Distribución de avisos/preavisos por sede a Nov 2015 .....</i>	<i>50</i>
<i>Tabla 40. Distribución de los amparos presentados en la población afiliada a Unisalud con corte a noviembre de 2015.....</i>	<i>51</i>
<i>Tabla 41. Acumulado de alto costo por sexo a noviembre de 2015.....</i>	<i>51</i>
<i>Tabla 42. Avisos amparo cáncer 2015 con corte a 30/11/2015 .....</i>	<i>52</i>
<i>Tabla 43. Prevalencia de VIH e IRC de Unisalud.....</i>	<i>52</i>

Tabla 44. Reclamaciones Póliza N. 44110000229 Alto Costo.....	53
Tabla 45. Resultado Indicador de oportunidad CTC comparado vigencias anteriores.....	54
Tabla 46. Consolidado facturación año 2011-2015.....	56
Tabla 47. Comparativo organización red nacional de prestadores Unisalud 2012-2015.....	61
Tabla 48. Calificación Índice de suficiencia de la red contratada 2013-2015.....	62
Tabla 49. Destinación de capacidad instalada a actividades de PyP 2013-2014.....	64
Tabla 50. Monitoreo a la administración de los servicios del modelo de salud 2015.....	64
Tabla 51. Servicios habilitados 2015.....	70
Tabla 52. Oportunidades de mejora.....	71
Tabla 53. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud 2015.....	76
Tabla 54. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Bogotá 2015.....	79
Tabla 55. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Medellín 2015....	80
Tabla 56. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Manizales 2015.	80
Tabla 57. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Palmira 2015.....	81
Tabla 58. Relación de contratos Unisalud 2015.....	87
Tabla 59. Relación de contratos Unisalud 2015.....	88
Tabla 60. Gastos consolidados nacional 2015.....	88
Tabla 61. Recaudo consolidado nacional 2015.....	89
Tabla 62. Recaudo consolidado nacional comparativo 2014 - 2015.....	90
Tabla 63. Gastos consolidados nacional 2015.....	91
Tabla 64. Porcentaje de intermediación con Operador Logístico 2015.....	92
Tabla 65. Variación de gastos 2014 - 2015.....	93
Tabla 66. Tendencia de ingresos y gastos 2010-2015.....	94
Tabla 67. Reserva presupuestal consolidada nacional 2015.....	95
Tabla 68. Reserva presupuestal consolidada nacional 2015.....	95
Tabla 69. Recaudo consolidado sede Bogotá 2015.....	98
Tabla 70. Gastos de funcionamiento sede Bogotá 2015.....	98
Tabla 71. Gastos consolidados sede Bogotá 2015.....	99
Tabla 72. Reservas presupuestales sede Bogotá 2015.....	100
Tabla 73. Tendencia de ingresos y gastos sede Bogotá 2010-2015.....	101
Tabla 74. Estado de resultados sede Bogotá 2010-2015.....	102
Tabla 75. Recaudo consolidado sede Medellín 2015.....	103
Tabla 76. Gastos de funcionamiento sede Medellín 2015.....	104
Tabla 77. Gastos consolidados sede Medellín 2015.....	104
Tabla 78. Reservas presupuestales sede Medellín 2015.....	105
Tabla 79. Cuentas por pagar sede Medellín 2015.....	105
Tabla 80. Tendencia de ingresos y gastos sede Medellín 2010-2015.....	106
Tabla 81. Estado de resultados sede Medellín 2010-2015.....	107
Tabla 82. Recaudo consolidado sede Manizales 2015.....	108
Tabla 83. Gastos de funcionamiento sede Manizales 2015.....	109
Tabla 84. Gastos consolidados sede Manizales 2015.....	109
Tabla 85. Reservas presupuestales sede Manizales 2015.....	110
Tabla 86. Tendencia de ingresos y gastos sede Manizales 2010-2015.....	110
Tabla 87. Estado de resultados sede Manizales 2010-2015.....	112
Tabla 88. Recaudo consolidado sede Palmira 2015.....	113
Tabla 89. Gastos de funcionamiento sede Palmira 2015.....	113
Tabla 90. Gastos consolidados sede Palmira 2015.....	114
Tabla 91. Reservas presupuestales sede Palmira 2015.....	114
Tabla 92. Cuentas por pagar sede Palmira 2015.....	115
Tabla 93. Tendencia de ingresos sede Palmira 2010-2015.....	115
Tabla 94. Tendencia de gastos sede Palmira 2010-2015.....	116
Tabla 95. Estado de resultados sede Palmira 2010-2015.....	117

## INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Población de UNISALUD 2006 - 2015.....	21
Gráfica 2. Evolución de la población de UNISALUD 1996 - 2015 por ciclo vital .....	21
Gráfica 3. Pirámides Poblacionales Sedes UNISALUD 2015.....	22
Gráfica 4. Distribución de la Población de UNISALUD por Grupo de Edad 2015.....	23
Gráfica 5. Grupos Etarios de Unisalud por Género.....	24
Gráfica 6. Evolución porcentual de la destinación de capacidad instalada al modelo de salud 2013 - 2015.....	72
Gráfica 7. Porcentaje de usuarios con cifras de tensión arterial controlada por sede 2013 - 2015..	75
Gráfica 8. Comportamiento global indicadores de calidad del Servicio de Enfermería vigencias 2011 a 2015.....	78
Gráfica 9. Tendencia de ingresos y gastos 2010-2015 .....	94
Gráfica 10. Excedentes financieros 2012-2015.....	96
Gráfica 11. Estado de resultados 2010-2015.....	96
Gráfica 12. Tendencia de ingresos y gastos sede Bogotá 2010-2015.....	101
Gráfica 13. Excedentes financieros sede Bogotá 2012-2015.....	102
Gráfica 14. Tendencia de ingresos y gastos sede Medellín 2010-2015.....	106
Gráfica 15. Excedentes financieros sede Medellín 2012-2015.....	107
Gráfica 16. Tendencia de ingresos y gastos sede Manizales 2010-2015 .....	111
Gráfica 17. Excedentes financieros sede Manizales 2012-2015 .....	112
Gráfica 18. Tendencia de ingresos y gastos sede Palmira 2010-2015.....	116
Gráfica 19. Excedentes financieros sede Palmira 2012-2015.....	117

## INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Mapa de Georreferenciación de UNISALUD.....	25
--	----

# 1 PRESENTACIÓN

Acatando lo preceptuado en el artículo 9 del Acuerdo 024 de 2008 del Consejo Superior Universitario, presentamos el informe de gestión de la Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia – UNISALUD; cumpliendo además con el propósito fundamental de informar a la comunidad en general para que conozca de la gestión, decisiones y manejo de los recursos, durante la vigencia 2015. Los resultados obtenidos son producto de la construcción colectiva de quienes laboramos en la Unidad cada día, tras la búsqueda de la **idoneidad asistencial y la planeación administrativa**, las cuales han sido pilares del recorrido de esta administración desde el año 2012, para cumplir y conservar los propósitos misionales.

La evaluación se ha efectuado mediante el Plan de Acción anual en cumplimiento del Plan de Desarrollo planteado para el trienio 2012-2015. Específicamente para el 2015, vigencia que es el objeto de este informe que cierra el trienio, el interés de esta Gerencia se concentró en la consolidación de la cultura de los colaboradores para que perciban a Unisalud como una sola Unidad, con presencia en las sedes de Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira y enfocar los objetivos estratégicos en el mejoramiento de la calidad y la estandarización de los procesos.

En el Direccionamiento, se revisó la plataforma estratégica de la Unidad redactando una nueva visión y ajustando los objetivos de calidad, para que sirvan como hoja de ruta de los próximos años. Se fortalecieron acciones encaminadas a la Seguridad en la Información, se contrató una consultoría para evaluar el sistema informático asistencial y su posibilidad de mejorar, tras la búsqueda de una herramienta más robusta que brinde información en tiempo real para la toma de decisiones, adicionalmente se prestó acompañamiento legal y administrativo a cada una de las sedes en los asuntos tanto jurídicos como de desempeño de la misión de la Unidad.

En la Gestión de la Mejora, continuó la implementación de las estrategias y herramientas tendientes a fortalecer la cultura de la medición, seguimiento y autocontrol en todas las sedes. Así mismo, se evidenció el compromiso de los equipos de trabajo y el liderazgo transformacional desde el equipo de la Gerencia.

En la Gestión del Aseguramiento, para la vigencia disminuyeron los egresos hospitalarios y la mortalidad de usuarios con respecto a años anteriores lo cual da cuenta de acciones positivas que han llevado a mejorar la calidad y años de vida de nuestros afiliados, sin embargo, la morbilidad se mantuvo atendiendo las patologías crónicas en una población en etapa de transición epidemiológica avanzada. La percepción buena o excelente del usuario frente a su estado de salud fue cercana del 93% y hubo un nivel positivo del 87% en la satisfacción general con nuestros servicios de salud.

En la Gestión de la Prestación se evaluaron los diferentes estándares de habilitación, así como la destinación de capacidad instalada al modelo de salud de Gestión del Riesgo propuesto, que se centra en mitigar los riesgos de salud de los afiliados a la Unidad, mediante la prevalencia de actividades de Detección Temprana y Protección Específica.

En la Gestión Administrativa se fortalecieron las acciones de autocontrol en el proceso de contratación de las cuatro sedes de la Unidad, mediante la aplicación de auditorías tomando las medidas correctivas en cumplimiento de la misión de Unisalud.



En la Gestión Financiera, se efectuó un acompañamiento continuo y seguimiento periódico a las sedes frente al cumplimiento del presupuesto programado para la vigencia 2015 y de los lineamientos establecidos por la Gerencia Nacional, por ello, la ejecución presupuestal fue cumplida en su totalidad.

Con este panorama introductorio, presentamos inicialmente la evaluación del Plan de Acción 2015 y luego el cuerpo del informe de gestión, el cual propone desde los hallazgos del mismo, unas metas a lograr en el 2016 para continuar fortaleciendo a Unisalud desde los diferentes enfoques, como un compromiso del servicio en un marco de corresponsabilidad con nuestros usuarios.

Es necesario recalcar la importancia en la continuidad a la evaluación del plan de acción de UNISALUD de las vigencias 2013 y 2014 y la presentación del informe dentro de los componentes cualitativo y cuantitativo. El componente cualitativo identifica el cumplimiento de cada uno de los objetivos generales y los objetivos estratégicos, partiendo de los resultados de las vigencias 2013, 2014 y 2015, mientras que el componente cuantitativo muestra los logros alcanzados de los objetivos específicos a través de indicadores de gestión partiendo de la evaluación trimestral de cada una de las sedes, frente al estándar y la metodología establecida en las hojas de vida de los indicadores

## 2 EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN 2015

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

La evaluación se realizó por objetivo estratégico ponderada de acuerdo al peso porcentual que tiene la población de cada sede frente al total de afiliados de la Unidad a 31 de diciembre de 2015 (17.919), con una participación del 65.31% para la sede Bogotá (11.703), 21.08% para la sede Medellín (3.777), 8.14% para la sede Manizales (1.459) y 5.47% para la sede Palmira (980).

Tabla 2. Evaluación Comparativa Plan de Acción 2013-2015

OBJETIVO ESTRATÉGICO	2013		2014		2015	
	OBJETIVO	PLAN DE ACCIÓN	OBJETIVO	PLAN DE ACCIÓN	OBJETIVO	PLAN DE ACCIÓN
DIRECCIONAMIENTO	86,1%	78,4%	90,5%	87,7%	84,6%	89,2%
GESTION DE LA MEJORA	76,8%		97,5%		99,5%	
GESTION DEL ASEGURAMIENTO	66,0%		82,2%		84,2%	
GESTION DE LA PRESTACION	77,1%		88,6%		90,9%	
GESTION ADMINISTRATIVA	81,0%		67,2%		76,2%	
GESTION FINANCIERA	83,2%		100,4%		100,0%	

Fuente: Planeación y sistemas de información

## 2.1 OBJETIVO ESTRATÉGICO DIRECCIONAMIENTO

Este objetivo vela 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.

### 2.1.1 POLITICAS INSTITUCIONALES

A partir de la evaluación de la plataforma estratégica en el año 2014 se evidenció la necesidad de ajustar la visión de Unisalud, motivo por el cual, durante el primer semestre del año 2015, con la participación de las cuatro sedes mediante una construcción colectiva fue promulgada la nueva visión a 2020, como la nueva hoja de ruta de Unisalud.

En el acta N° 008 del Comité de Calidad del 25 de junio de 2015, se encuentran consignadas las cinco (5) propuestas construidas por las sedes de UNISALUD en Palmira, Manizales, Medellín y Bogotá para ser evaluadas. Con base en esos aportes de las sedes, el Comité de Calidad construyó la visión de UNISALUD así:

*“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.”*

Esta visión fue socializada a todos los colaboradores y de esa manera fija el objetivo de las acciones a desarrollar por UNISALUD hasta el 2.020; proporciona una fuente de inspiración y busca el compromiso de todos en la Unidad para trabajar en la misma dirección teniendo como centro el mantenimiento saludable de nuestros afiliados con la visión integral y participativa de los mismos.

### 2.1.2 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Cumpliendo con las funciones asignadas en el Acuerdo 024 de 2008 del Consejo Superior Universitario, desde la Gerencia Nacional de Unisalud, se emitieron lineamientos a las sedes y se obtuvieron importantes logros que se relacionan a continuación y que fueron objeto de seguimiento a través de los Comités de Gerencia mensuales.

- Se parametrizaron Plantillas de Historias Clínicas para las actividades de Promoción y Prevención, buscando mejorar los registros en las historias clínicas, para que la información suministrada sea clara, concreta y completa.
- Se implementó la plantilla de atención farmacéutica con el fin de conservar los registros de la asesoría farmacológica que se realiza a los pacientes.
- Se implementó una nueva plantilla para la historia Clínica registrada en la Consulta de medicina general.
- Se revisó y se dejó preparada en el sistema la plantilla Pre-concepcional para realizar los respectivos registros.
- Se reactivó el aplicativo PERESOFT para realizar las encuestas a los usuarios de programas de Fomento y Protección, como elemento primordial en la caracterización del riesgo.
- Se realizaron los mantenimientos preventivos de servidores y de UPS.
- Se parametrizaron los nuevos prefijos de medicamentos unificando los códigos y las descripciones en las cuatro sedes
- Se adquirieron las licencias del Acrobat Profesional para el envío de exámenes de laboratorio, historias clínicas y demás documentos encriptados.
- Se inició el desarrollo del aplicativo para control de movimiento de historias clínicas físicas.
- En el aplicativo SISS IPS, EPS y CAJA, se aplicaron diferentes parches con los que se logró corregir varios errores del sistema.
- Se trabajó en la parametrización y cargue de los exámenes de laboratorio al sistema con el laboratorio Echavarría, dicha ejecución se encuentra en un 90%.
- Se realizó actualización de la plataforma tecnológica adquiriendo 33 computadores nuevos, 26 impresoras y 2 escáneres. Adicional a lo anterior se repotenciaron 10 equipo de cómputo.

Adicional a lo anterior, ante la necesidad de optimizar las actividades asistenciales de Unisalud y en cumplimiento de las funciones de la Gerencia Nacional de Unisalud según el Acuerdo en cita, respecto a mantener la integración de las Sedes, asegurar la calidad de los servicios y 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; fue contratada una asesoría para diagnosticar la pertinencia, viabilidad, factibilidad y efectuar recomendaciones técnicas para la adquisición y/o desarrollo de soluciones informáticas para la Unidad.

El resultado de la asesoría planteó diferentes escenarios para desarrollo, compra de licencias o arrendamiento de la solución informática para la Unidad y generó las siguientes recomendaciones:

- Iniciar el mejoramiento de los procesos informáticos con un enfoque de Gerencia de la Información, que integraría todas las áreas asistenciales y administrativas de las sedes de la Unidad, en relación con la población afiliada para la toma de decisiones.
- Tomar un escenario que NO desvíe a UNISALUD de su misión y visión.
- Emplear la infraestructura tecnológica de la Universidad Nacional.
- Pasar a una solución Web.
- Reorganizar los roles de las personas de las áreas de sistemas de cada sede.
- Incluir la implementación de estrategias que mitiguen el impacto en los diferentes actores o partes interesadas, en especial en los usuarios

- Definir una “bolsa de horas” para la realización de interfaces y ajustes de la solución informática del proveedor externo.

De acuerdo a las recomendaciones de la asesoría, esta implementación le permitirá a la Unidad:

- 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.
- Mejorar los sistemas de comunicación organizacionales y la efectividad de los mismos.

Para la vigencia 2016, se solicitará el aval a la Junta Directiva Nacional de Unisalud, junto con el acompañamiento de la Dirección Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones - DNTIC, para tomar la mejor decisión costo-beneficio para la sostenibilidad y optimización de las actividades de nuestra Unidad.

### 2.1.3 MARCO NORMATIVO

Se ha buscado fortalecer el acompañamiento jurídico a cada una de las sedes, dando prioridad a la resolución efectiva y eficiente a los derechos de petición y los requerimientos judiciales que se realizan a nuestra entidad a través de las acciones de tutela.

De igual manera se ha brindado apoyo tanto a las Oficinas Jurídicas de Sede, como a la Dirección Jurídica Nacional en los temas tanto administrativos como judiciales relacionados con Unisalud, proyectando modelos de respuesta para los requerimientos que realizan entes de control como la Superintendencia a través de su función Jurisdiccional, y los Juzgados dentro de los diferentes procesos judiciales, en lo relacionado con nuestra competencia y atendiendo al conocimiento especializado que sobre temas de salud debe tener un abogado para enfocar las respuestas.

Se ha hecho seguimiento a las acciones de tutela con posibilidad de recobro ante el FOSYGA, durante el 2015 se hizo revisión de las posibles tutelas a recobrar y la consecución de los soportes de prestación de servicios por parte de cada una de las sedes, en aras de concretar la primera solicitud de recobro dentro de los primeros seis meses del 2016.

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.

#### 2.1.4 COMUNICACIONES

La Gerencia Nacional de Unisalud efectuó la revisión del Manual de Funciones de los funcionarios de su equipo, evidenciando que el profesional de comunicaciones depende de la Dirección de Sede Bogotá. Por lo anterior, durante el 2015 la Gerencia no desarrolló de forma directa las actividades de comunicaciones, sino a través la sede Bogotá quien las cumplió en su totalidad según los siguientes componentes.

##### 2.1.4.1 COMUNICACIÓN INTERNA Y BIENESTAR ORGANIZACIONAL

- Jornadas de inducción, entrenamiento o presentación del ABC de Unisalud: En el Plan de Comunicaciones de la Unidad se encuentra dentro de los objetivos: "Informar y capacitar a los públicos nuevos de Unisalud, sobre los servicios que se prestan a los usuarios, para facilitar el desempeño en el puesto de trabajo, y prestación de servicios a posibles afiliados", para ello se desarrollaron las siguientes actividades en cada Sede:
  - Sede Bogotá: doce inducciones entre personal administrativo y asistencial y una presentación a posibles afiliados, identificados como potenciales para la prestación de nuestros servicios.
  - Sede Manizales: una inducción a la Unidad donde se presentó el ABC de Unisalud. También se hicieron veintidós inducciones a IPS de la red de prestadores externos.
  - Sede Medellín: Se da continuidad al proceso de inducción del personal interno. Se realizaron doce presentaciones a personas de orden de prestación de servicios.
  - Sede Palmira: Se realizaron tres reuniones, una con personal interno y dos con IPS de la Red externa.
- Encuentros de Grupos Primarios: Como soporte del direccionamiento se generaron espacios de encuentros entre grupos de trabajo en las cuatro sedes de Unisalud para tratar el lineamiento institucional y aportarle eficiencia al desarrollo organizacional, se realizaron los siguientes encuentros de Grupos Primarios:
  - Nivel Nacional: Reunión equipo directivo: 38. Equipo de gerencia: 12. Equipo directivo ampliado: 6. Junta Directiva Nacional: 9
  - Sede Bogotá: Equipo de la División de Servicios de Salud: 29. Enfermería: 12. Odontología: 12. Comunicaciones: 12. Aseguramiento: 8. Autorizaciones: 4. Afiliaciones: 10. Referencia y Contrarreferencia: 2. Dirección de Sede: 8. Comité Administrador de Sede: 8
  - Sede Manizales: Equipo Médico: 12. Odontología 6. Equipo Administrativo: 6. Comité Administrador de Sede: 7
  - Sede Medellín: Grupo primario servicio médico: 12, Grupo primario odontología: 9, Grupo Primario Jefatura de División: 12, Comité Administrador de Sede: 5
  - Sede Palmira: En el 2015 se llevaron a cabo 12 reuniones del equipo de División que se realiza con la parte asistencial y administrativa. Comité Administrador de Sede: 9
- Hablemos de Unisalud: Con el fin de mantener espacios de diálogo y acercamiento entre directivos y colaboradores se realiza a nivel nacional esta actividad y su ejecución fue la siguiente durante el 2015:

- Sede Bogotá: Se realizaron tres jornadas (mayo, agosto y noviembre).
  - Sede Manizales: Se cumplieron cuatro reuniones de Hablemos de Unisalud. Además de tratar los temas propuestos por los miembros del equipo de trabajo, se socializaron temas como tratamiento de riesgos; alertas epidemiológicas; política de seguridad del paciente; tratamiento de las manifestaciones interpuestas por los usuarios y campañas de uso racional de los recursos.
  - Sede Medellín: Se cumplieron tres Hablemos de Unisalud.
  - Sede Palmira: Se realizaron doce reuniones, en las que se les permitió a las personas que laboran en Unisalud presentar sus inquietudes y acciones de mejora para la Unidad, esta actividad se vincula con las reuniones de grupos primarios porque la sede es pequeña.
- Ejercicios de liderazgo, integración, atención y motivación: Por medio de estas actividades, pretendemos conseguir una estabilidad positiva del Clima Organizacional y mantener el reconocimiento, y la participación, como acciones claves para gestionar el talento humano de la Unidad<sup>1</sup>.
- Nivel Nacional: Reconocimiento del día del cumpleaños al personal de Unisalud.
  - Sede Bogotá: Celebración del día de profesiones, conmemoraciones por nacimientos o despedidas entre compañeros, Celebración de Halloween, Amor y Amistad, Novenas de Navidad y fiesta de fin de año como cierre de actividades de bienestar.
  - Sede Manizales: Se facilitaron espacios de integración y celebración de fechas especiales para los miembros del equipo de trabajo. De igual manera, hubo reuniones informativas con los afiliados.
  - Sede Medellín: Se realizaron dos capacitaciones orientadas al mejoramiento del Clima Organizacional.
  - Sede Palmira: Se publicó en cartelera la fecha de cumpleaños de los colaboradores y se hace una celebración simbólica a cada uno, también se realizó la reunión de integración de fin de año, y se trabajó en la organización de la celebración de novenas de navidad y como cierre de año realizamos una actividad de despedida a los funcionarios que se retiraron.
- Ética, Buen Trato y Buen Gobierno: Los Códigos de Ética y Buen Gobierno se socializan en las sedes de Unisalud para fortalecer la cultura institucional. En cumplimiento a esto, durante el 2015 se trabajó constantemente en la publicación de carteleras digitales en los televisores con información de Derechos y Deberes de los Usuarios, atención al Usuario, sistema de manifestaciones y felicitaciones. Se trabajó en el sistema interactivo por Redes Sociales como soporte de la imagen institucional de Unisalud y utilización de nuevos medios para conseguir mayor cobertura en la divulgación de contenido.

Se realizaron Jornadas de Rendición de cuentas, desde el nivel nacional y las sedes en marzo y abril de 2015, respectivamente. Fueron socializados los Derechos y los Deberes de los Usuarios y el Ideario Ético de la Unidad. Se actualizó la Plataforma Estratégica publicando la Visión al 2020 y se efectuó el ajuste de los Objetivos de Calidad, la Misión y la Política de Calidad. Adicionalmente, se entregaron botones con

---

<sup>1</sup> Estas actividades pretenden mejorar el clima laboral y garantizar integración organizacional. Los recursos económicos usados para llevarlas a cabo, provienen de aportes voluntarios del personal que presta servicios a Unisalud.

los valores de Unisalud para reforzar la Ética y el Buen trato entre los trabajadores y con los usuarios.

#### 2.1.4.2 Comunicación Externa, Mercadeo y Medios

- Difusión Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad: Con la estrategia "Más divulgación, mayor participación" conseguimos brindar difusión constante de los Programas de Promoción y Prevención, Afiliaciones, Autorizaciones, Aseguramiento (Red Nacional y Sedes) Modelo de Atención Basado en el Riesgo, entre otros.
  - *Nivel Nacional:* calendario gestantes, calendario de solicitud de citas, portalápiz, juegos de niños, carpetas de crónicos, autoexamen de seno, folletos informativos para pacientes y cuidadores, stickers de odontología para el cuidado de los dientes.
  - *Sede Bogotá:* Campaña de educación sexual con la entrega del Amasutra, detección de alteraciones en fecha de cumpleaños, jornada de salud masculina, salud mental, mamografías, vacunación, prevención del Chikungunya, lactancia materna, ejercicio físico, salud oral, jornadas de tamizaje, difusión de Unisalud como Institución amiga de la inclusión, lavado de manos, recomendaciones saludables por parte de los profesionales de la sede Bogotá, cuidado de los ojos, divulgación de talleres de Caminantes de la Esperanza, nutrición, prevención del Zika.
  - También se realizaron cuñas sobre la devolución de medicamentos no vencidos y sellados, promoción de talleres para adultos mayores, agudeza visual, jornadas de tamizaje, prevención de cáncer y otras enfermedades. Para completar los mecanismos de divulgación se enviaron 13 mailing por el postmaster de la Universidad, para informar a los trabajadores activos, pensionados y asociaciones.
  - *Sede Manizales:* Desde Promoción y Prevención se coordinaron campañas de difusión de actividades de Fomento y Protección.
  - Durante el 2015, se transmitieron videos en el televisor de la sala de espera, con temas como planificación familiar, prevención del mal trato, alimentación sana, entre otros.
  - También fueron desarrolladas actividades de enfermería y Salud Oral en el Campus la Nubia y se dio al servicio el centro de acondicionamiento físico del Campus Palogrande, como complemento en el control de las patologías que se manejan en el programa MÁS VIDA.
  - *Sede Medellín:* Se hicieron publicaciones sobre: Actitud responsable hacia la Diabetes, Vacunación contra el cáncer de cuello uterino, Citas de Higiene Oral en Unisalud, Taller educativo autocuidado en el deporte. Cómo realizar una buena higiene oral, Higiene Postural, Vamos a gozarla, Ese plato que provoca, No me cuidan, me cuido. Amando al corazón, Estoy en programa de riesgo cardiovascular, Higiene Oral a nuestro cuerpo, La dulzura de tu ser, Late que late, Antes del ruido: Hipertensión la enfermedad silenciosa, Un pinchacito no más: las insulinas, Juntos contra el dengue y el Chikungunya, y otros.
  - *Sede Palmira:* Se realizaron 9 publicaciones por el postmaster de la Universidad, para recordarle a los usuarios la importancia de pertenecer a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. También se les informaba sobre las actividades vigentes.

- Actualización de Página Web, Medios Digitales, Radio y Redes Sociales
  - Página Web: Con la actualización constante de este medio se consigue publicar periódicamente información, clara y vigente sobre eventos, procesos, servicios, atención, políticas y otras novedades que se dan en las sedes, para esto desde el nivel nacional se le realizaron dos actualizaciones en forma y contenido del sitio web: [www.unisalud.unal.edu.co](http://www.unisalud.unal.edu.co). durante el 2015 se hicieron 93 publicaciones de contenido tanto en el sitio nacional como en los micrositos de las sedes.
  - Redes Sociales: se incrementaron a 371 seguidores la cuentas de Twitter @UNISALUD\_NAL y en Facebook.com/Unisalud.UNAL tuvimos publicaciones que lograron ver hasta 612 personas, de las cuales 103 interactuaron y reaccionaron frente a la publicación. De la misma forma aumentamos la consulta a nuestro canal en youtube.com. Las publicaciones que hemos hecho han alcanzado hasta 1832 visualizaciones y creció la cobertura en la difusión de información en la comunidad en general, sin embargo, cabe aclarar que para acceder al canal otros medios han servido de vínculos directos como la página web de Unisalud.
  - Radio: Con el espacio de Unisalud en la UNRadio, se participó en alrededor de 15 programas, en los cuales se dieron pautas para la prevención de enfermedades y otras complicaciones, también se divulgaron los programas de P y P y se brindó información adicional a los oyentes de Bogotá y Medellín como Responsabilidad Social Empresarial en estas dos sedes.
  - Otras Publicaciones: Durante el año 2015 se realizaron 37 Cuñas sobre: solicitud y cancelación de citas médicas, simulacros de evacuación, facturación, pago de citas incumplidas, actualización de datos, Promoción y Prevención, salud mental, financiera y administrativa.
  - Cada sede envía la información para la actualización de los micrositos de la página web, como también el contenido de contratación, afiliaciones, autorizaciones y otras consultas.
  - Se publicaron mensualmente, para conocimiento de todos los afiliados, los informes financieros de la Unidad enviados desde la División Nacional Administrativa y Financiera de UNISALUD
  
- Carteleras institucionales: Este medio se actualiza para Informar a los Colaboradores y Afiliados de Unisalud, sobre los procesos desarrollados, novedades administrativas en la prestación del servicio y la atención en salud. Las sedes llevaron a cabo las siguientes actividades durante el año:
  - Sede Bogotá: 111 actualizaciones, entre novedades, comunicados de la Gerencia Nacional y la Dirección de Sede. También sobre Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, Cartelera de Felicitaciones y campañas institucionales.
  - Sede Manizales: Se hicieron publicaciones con los siguientes temas: toma de muestras de laboratorio clínico, edictos, comunicados de la Gerencia Nacional, de la Jefatura de División de la Sede y alertas epidemiológicas, contenido enviado por los pensionados, cronograma mensual de comités etc.
  - Sede Medellín: Se cumplieron 12 publicaciones en Carteleras Físicas.
  - Sede Palmira: En el año se realizaron actualizaciones constantes en las carteleras de la Unidad, con información de la Gerencia Nacional, la sede, y requerimientos de los entes de control.



- Boletín Al Día con su Salud: Durante el año se entregó la edición No. 39 del Boletín en la que se informó a la comunidad en general de la necesidad de actualizar los datos, información sobre la modificación al Plan Complementario, gestión del riesgo, y las implicaciones de presentar una doble afiliación al Sistema de Seguridad Social, en el país.
- Mercadeo: Se realizó una mesa de trabajo con las Oficinas de Afiliaciones de Unisalud, para consolidar la información de la Unidad en todo lo relacionado a Afiliaciones; se identificaron los funcionarios de la Universidad Nacional de Colombia para conseguir potenciales afiliados, se dieron a conocer los beneficios por pertenecer al régimen de salud de la UN y se realizó una campaña de concientización a los afiliados, acerca de la importancia de mantener su afiliación actualizada. De igual manera se hicieron reuniones en las sedes para aumentar las afiliaciones y se trabajó en el contenido y depuración de la base de datos para ofrecer información veraz a los entes de control; como soporte visual se imprimió un brochure institucional y sirve de medio de divulgación de los servicios que ofrece Unisalud a los afiliados y sus familias.
- Adicionalmente, la Gerencia Nacional de UNISALUD, participó activamente en la inducción a nuevos servidores de la Universidad así como en la construcción del módulo de inducción, liderado por la Vicerrectoría General

## 2.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO DE MEJORA CONTINUA

UNISALUD dentro de su plan de desarrollo tiene definido el objetivo de mejora continua, el cual busca contar con procesos sistemáticos de auditoría de la calidad que permitan la realimentación y formulación de acciones de mejora en la estructura operativa de la Unidad, en el marco del desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y el de Calidad de la Universidad Nacional de Colombia.

Para el logro de lo anterior se ha definido la medición de tres indicadores con los que se evalúe la medición de las metas propuestas, son ellos: cumplimiento del PAMEC institucional, actualización de los Mapas de Riesgo y Balance de la Mejora.

La evaluación de estos indicadores fue del 99.46% para la vigencia 2015, lo que representa una mejora frente al 2014, cuando se reportó 97.47%. Este logro es consecuencia de la implementación de las estrategias y herramientas tendientes a fortalecer la cultura de la medición, seguimiento y autocontrol en todas las sedes. Así mismo, habla del compromiso de los equipos de trabajo y el liderazgo de la alta dirección.

### 2.2.1 CUMPLIMIENTO DEL PAMEC INSTITUCIONAL

Es importante recordar que el Programa de Auditorías para el Mejoramiento Continuo PAMEC, más allá de ser un requisito de norma, es el instrumento que permite consolidar y hacer seguimiento de las Auditorías más sensibles tanto para el prestador (Unisalud en sus Sedes propias) como para el asegurador (Entidades prestadoras de salud contratadas), bajo un enfoque de cultura preventiva, buscando oportunidades de mejora antes que se presenten fallas en el cumplimiento de los procesos. Para la vigencia 2015 el resultado de este indicador fue del 97.84%, mejorando al obtenido en el 2014 que fue de 96.29%.

Lo anterior, indica que las auditorías planeadas fueron realizadas en los tiempos estipulados y dentro de los formatos establecidos. De la misma forma, durante la vigencia se observó un avance en el seguimiento de los procedimientos y una mayor rigurosidad tanto en la realización de los ejercicios, como en la presentación de informes de los mismos. Si bien el PAMEC tiene un amplio grupo de auditorías, para el presente informe se debe mencionar los siguientes aspectos:

En el Porcentaje de evaluación de capacidad técnica y científica de la red contratada, medido a través de la aplicación de la matriz de seguimiento a prestadores, con criterios de calidad, se observa un avance importante, dado que todas las sedes lograron porcentaje de cumplimiento entre 99% y 100%, lo que supera los resultados de 2014 cuando fueron: 80%: Bogotá – 96%, Medellín – 81%, Manizales – 96%, Palmira – 100%. Así mismo todas ellas cubrieron la totalidad de su red con por lo menos una visita, y se destaca el énfasis que pusieron todas en el establecimiento de planes de mejora con las instituciones y en especial el seguimiento que realizaron al cumplimiento de los mismos.

El Porcentaje del registro de la información del proceso de atención en salud, que se analiza a través del Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS, aún presenta falencias, pues aunque en dos de las sedes se llegó a un cumplimiento entre el 99 y 100% (Bogotá y Palmira), en las dos restantes aún se siguen encontrando no conformidades que no permiten su validación (Manizales 92% - Medellín 89%). Esto genera una oportunidad de mejora para el 2016 de acuerdo a las nuevas validaciones implementadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Frente a los indicadores de contrarreferencia que evalúan el porcentaje de contrarreferencias ingresadas al sistema y el porcentaje de contrarreferencias recibidas, todavía se tiene un amplio espacio para mejorar pues a pesar de las estrategias implementadas las sedes no logran en su mayoría dar cumplimiento a los estándares establecidos para estos indicadores. La explicación se encuentra, por una parte en las falencias en el sistema y por otra en la falta de cultura en los usuarios de traer sus resultados a la Unidad y también al escaso personal para digitar en comparación con el volumen de información que se debe registrar.

Calidad de los registros clínicos: Se reconoce una mejora en el diligenciamiento de los registros clínicos en todas las sedes, con persistencia de deficiencia en el registro de antecedentes familiares, ocupacionales y remisión a actividades de Promoción y Prevención. Con lo anterior se generó una oportunidad de mejora que fue aprovechada modificando las plantillas de consulta de medicina general.

Se destaca como parte importante de la mejora el seguimiento realizado desde el 2014 y durante toda la presente vigencia a este indicador desde el nivel nacional a través del Comité de Gerencia mensual, en el que todas las sedes deben hacer la presentación de sus avances y se realiza la retroalimentación correspondiente sobre el mismo.

El procedimiento de referencia y contrarreferencia se sigue presentando como uno de los aspectos por fortalecer en la siguiente vigencia, por ello se deberán establecer y desarrollar los planes de mejora necesarios. Como gran reto también se proyecta: El establecimiento de un nuevo PAMEC con un enfoque basado en los aspectos que han mostrado falencias en los últimos ejercicios, a fin de concentrar los esfuerzos en ellos.

## 2.2.2 ACTUALIZACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS

Este indicador busca garantizar la actualización del Mapa de Riesgos de forma periódica. Frente a este tema Unisalud sigue los lineamientos y directrices impartidas desde la Universidad; de esa forma, en noviembre de 2015 recibimos la información de que se iba a realizar un cambio en la metodología para el establecimiento de los mencionados mapas y que los mismos serían actualizados para toda la universidad en el primer semestre de 2016, por ese motivo, desde el comité de calidad de Unisalud se tomó la decisión de esperar dicha actualización a fin de evitar reprocesos.

Sin perjuicio de lo anterior, al inicio de la vigencia se diseñaron los planes de tratamiento para el 2015 y a lo largo del año se les dio cumplimiento y seguimiento permanente a la realización de las actividades planteadas en los mencionados planes.

Se debe resaltar que de acuerdo con la instrucción de la Universidad, en el mes de mayo de 2015, Unisalud agregó a su Mapa de Riesgos el riesgo de corrupción y estableció las respectivas acciones de mejora, los avances y cumplimiento fueron reportados al nivel central de la Universidad en el mes de Diciembre.

Este capítulo da cuenta de la apropiación de la cultura de la calidad y de la prevención y el fortalecimiento del autocontrol y se observa un gran avance en el reporte oportuno y completo. Es relevante recordar que Unisalud enfocado en el logro de la estandarización de sus procesos y actividades, cuenta con un único Mapa de Riesgos, sin embargo, respetando la particularidad de cada sede, se efectúan planes de tratamiento individual, propuestos por cada una.

El reto para la vigencia 2016 será elaborar los nuevos Mapas de Riesgos y sus respectivos planes de tratamiento en el marco de las directrices emitidas por la Universidad Nacional.

## 2.2.3 BALANCE DE LA MEJORA

El indicador de balance de la mejora, busca “Contar con acciones tendientes a la mejora de los procesos y el cierre de los ciclos”. El resultado de la medición para la vigencia fue del 100%. En este aspecto es importante observar el resumen del total de planes de mejora establecidos, y el comportamiento de los mismos.

Tabla 3. Cumplimiento de Planes y Mejora de Procesos Institucionales

TIPO DE PLAN	RANGO EN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	N° DE PLANES 2015			
		MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	BOGOTÁ
Desde Acreditación					
APOYO (Administrativo y Financiero)	41 -50%	2	1		
	51 - 60%		1		
	81 - 90%	2		1	
	100%		2	7	1
ASEGURAMIENTO- EAPB	41 -50%	2			
	51 - 60%		1		
	61 - 70%		1		
	71 - 80%		1		
	100%	7	2	1	2
PRESTADOR	21 -30%		1		
	31- 40%	1	1		
	41 -50%	1			

TIPO DE PLAN	RANGO EN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	N° DE PLANES 2015			
		MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	BOGOTÁ
Desde Acreditación	51 - 60%		1		1
	71 - 80%		1		
	100%	3		1	6
DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	41 -50%			1	2
	61 - 70%		1		
	71 - 80%		2		
	100%	1	1	3	2
MEJORA CONTINUA	51 - 60%		1		
	100%	1		8	1
<b>TOTAL</b>		<b>20</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>15</b>
<b>TOTAL UNISALUD AÑO 2015</b>			<b>75</b>		
<b>TOTAL UNISALUD AÑO 2014</b>			<b>42</b>		

Fuente: Planeación y sistemas de información

En el año 2015 se observa una evolución en este aspecto pues se reportó un total de 75 planes de mejora, lo cual significa un 78% más que los reportados en el 2014. Este dato no solo es interesante sino positivo, porque muestra que las estrategias para el fortalecimiento de la cultura del mejoramiento han funcionado y están siendo cada vez mejor interiorizadas por los equipos de trabajo. La búsqueda activa de acciones de mejora por cualquiera de las fuentes existentes es una de las fortalezas de una institución porque garantiza el enfoque de calidad que pretende estar al día con los procesos y actividades siempre en el marco de la mejora continua

Se destaca que para la vigencia 2015 el 65% de los planes se encuentran cerrados en el 100%, cifra superior a la reportada en el 2014 cuando era solo del 33%, amerita aclarar que lo anterior no quiere decir que haya incumplimiento en el resto de ellos sino que sus actividades se encuentran en desarrollo. Según lo reportado por las sedes, varios de estos planes tienen actividades a realizarse durante el 2016, y tan solo la sede Bogotá manifiesta que actividades relacionadas con el plan de mejora de la Oficina Nacional de Control Interno están pendientes de cumplir por motivos ajenos a la sede, dado que requieren de trámites ante otras dependencias de la Universidad y por ello se ha retrasado su realización.

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 4. Calificación de las acciones de mejora Año 2014

SEDE	CONSISTENCIA DE LOS PLANES (Estándar 100%)	CIERRE DE CICLOS PHVA (Estándar 80%)	TENDENCIA (Estándar 3)	ACCIONES PREVENTIVAS vs ACCIONES CORRECTIVAS (Estándar 60%)
Bogotá	100%	41%	3	En cuanto a la prevalencia de las acciones preventivas vs correctivas se evidencia que son las preventivas con un 66% y el restante 34%, son correctivas.
Manizales	100%	100%	3	Calificación de las acciones de mejora en el año 2014: La sede definió, documentó y gestionó 5 planes de mejoramiento en la vigencia 2014, que fueron ingresados en SoftExpert. 1 de los planes (20%) correspondió a una Acción Preventiva y 4 (80%) a Acciones de mejoramiento.

SEDE	CONSISTENCIA DE LOS PLANES (Estándar 100%)	CIERRE DE CICLOS PHVA (Estándar 80%)	TENDENCIA (Estándar 3)	ACCIONES PREVENTIVAS vs ACCIONES CORRECTIVAS (Estándar 60%)
Palmira	100%	82%	3	Durante el año se identificaron 4 acciones correctivas, 5 preventivas y 13 oportunidades de mejora.
Medellín	100%	50%	3	Correctivas 100%

Fuente: Planeación y sistemas de información

Tabla 5. Calificación de las acciones de mejora Año 2015

SEDE	CONSISTENCIA DE LOS PLANES (Estándar 100%)	CIERRE DE CICLOS PHVA (Estándar 80%)	TENDENCIA (Estándar 3)	ACCIONES PREVENTIVAS / ACCIONES CORRECTIVAS (Estándar 60%)
Bogotá	100%	85%	3	En cuanto a la prevalencia de las acciones preventivas versus correctivas, para ésta vigencia se aumentó ésta prevalencia en un 5% 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%	6	En el año 2015, UNISALUD Manizales ingresó a SoftExpert 16 planes de mejoramiento y realizó gestión sobre dos planes que vienen desde al año 2014. Los 16 planes ingresados en el 2015, corresponden a: 10 para gestionar los riesgos de los procesos y 6 para implementar mejoras, lo que evidencia que el 100% de la gestión correspondió a acciones preventivas y de mejoramiento.
Palmira	90	90%	2,7	83% acciones preventivas
Medellín	100%	90%	3	Hay 72% de correctivas(121 acciones) 28% de mejora (46 acciones) y 0% preventivas

Fuente: Planeación y sistemas de información

El cierre de ciclos mide el cumplimiento de las acciones establecidas. En este aspecto es clara una mejora frente al 2014, pues en la presente vigencia todas las sedes tuvieron resultados satisfactorios entre el 85% y 100%. Lo anterior da cuenta también del trabajo de seguimiento que se ha hecho para garantizar el cumplimiento de las acciones propuestas y poder cerrar los ciclos de mejoramiento. La oportunidad de mejora tendiente es lograr que el 100% de los planes en todas las sedes logren ser cerrados.

La consistencia de los planes se mantiene frente a la vigencia anterior, con una leve disminución en la sede Palmira. Sin embargo, el resultado es positivo y da cuenta de la adherencia de las sedes a las metodologías establecidas. La consistencia de los planes garantiza que al momento de establecer las acciones frente a un hallazgo se hagan los análisis de causa correspondientes y basados en métodos probados, de tal forma que con las acciones establecidas se busque eliminar las causas de ocurrencia de los aspectos negativos que se hayan encontrado. De lo anterior se deduce y entiende la importancia de los buenos resultados frente a este ítem.

Frente a la prevalencia de las acciones preventivas, los resultados siguen siendo heterogéneos entre las sedes; se destaca que la sede Manizales logró tener un 100% de prevalencia de las mismas, lo cual muestra un esfuerzo por estar en la búsqueda permanente de fuentes de mejora y permite decir que durante la vigencia no tuvieron hallazgos que les generara la definición de acciones correctivas. De la misma forma se observa un resultado positivo en las sedes Bogotá y Palmira con prevalencias superiores al 70%. Preocupa lo reportado por la sede Medellín quien manifiesta que a pesar de la

insistencia y necesidad de documentar acciones preventivas, no se logra la meta definida, y el 100% de las acciones son correctivas.

En conclusión el objetivo de mejora continua reporta un resultado satisfactorio para el 2015, que es consistente con los soportes y análisis individuales por indicador. Se refuerza la necesidad de continuar trabajando en el diseño de estrategias que promuevan y mantengan la cultura del seguimiento, control y evaluación.

Es preciso mencionar que los anteriores resultados se producen gracias al esfuerzo conjunto de los equipos de trabajo en las sedes con el direccionamiento del nivel nacional y el apoyo irrestricto de las figuras de los referentes de calidad en cada una de ellas.

Retos para el 2016:

- Actualizar el PAMEC
- Actualizar los Mapas de Riesgo
- Aumentar la prevalencia de las acciones preventivas
- Promover comunicación con el nivel central de la Universidad para garantizar que el aplicativo de soporte a los temas de calidad sea confiable y llegue al 100% de funcionamiento.
- Propiciar la búsqueda activa de acciones de mejora.
- Fortalecer la comunicación entre los equipos de trabajo.

## 2.3 OBJETIVO ESTRATÉGICO GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO

Este objetivo estratégico busca garantizar el funcionamiento de los procesos propios de la Administración de Planes de Beneficios para Unisalud EAPB, en forma estandarizada para todas las Sedes, monitoreando sistemáticamente el aseguramiento. A partir de lo anterior, la Unidad planteó en el Plan de Desarrollo 2013-2015 los siguientes objetivos generales, los cuales serán analizados más adelante teniendo en cuenta que el cumplimiento global del objetivo estratégico fue de 84,2% en el 2015, el cual tiene un incremento de dos puntos porcentuales frente al año 2014 y de aproximadamente 18 puntos frente a la vigencia 2013.

- Generar el vínculo del afiliado a su EAPB para permitir el acceso al Plan de Beneficios de Unisalud
- Conformar y administrar una red de servicios que dé respuesta a las necesidades del usuario con suficiencia e integralidad
- Operar mecanismos que garanticen la continuidad y oportunidad de la atención en salud de los afiliados y el uso racional de los recursos
- Monitorear la Calidad de la atención brindada a los afiliados, Identificando Oportunidades de Mejoramiento en la Planeación de la Atención y el Proceso de contratación de los prestadores que conforman la red.

De la gestión de aseguramiento dependen varios procesos a saber:

### 2.3.1 AFILIACIONES

La afiliación busca garantizar la activación efectiva del derecho a los servicios de Unisalud para todos los usuarios. Por lo anterior, desde el 2013 se ha fortalecido la actividad de seguimiento mensual por parte de la Gerencia Nacional a la depuración de la Base de Datos

Única de Afiliados a Unisalud, lo cual ha permitido el empoderamiento de cada una de las sedes para reducir durante el 2015 más del 90% de las glosas (afiliados que por diferentes razones no debe estar activos en la Unidad) que presentaba la base en la vigencia 2012.

En el marco de lo establecido en la Resolución 2232 de 2015 por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 2629 de 2014, que modificaba las resoluciones 1344 de 2012 y 5512 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, Unisalud cumplió durante el 2015 con el reporte de las novedades que presentaron las afiliaciones de nuestros usuarios. Como respuesta a este reporte, el Ministerio de Salud y Protección Social, evidenció las multifiliaciones con los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y permitió un seguimiento de estas glosas por parte de las sedes, dando trámite a cada una de ellas e informando la situación a los usuarios reportados para determinar de esa forma los casos de multifiliación.

En cuanto al número de nuevas afiliaciones durante el 2015, se registraron 568 ingresos, de los cuales 150 eran cotizantes y 418 beneficiarios, mientras que los retiros fueron 936, siendo 187 para cotizantes y 749 para beneficiarios, tal como lo evidencian los siguientes cuadros donde se relaciona los tipos de vinculación. Es pertinente aclarar que este desequilibrio donde priman los retiros, es debido al seguimiento y la depuración que se realiza en la base de datos garantizando que nuestra población afiliada cumpla con todos los requisitos para permanecer en Unisalud, procediendo previa verificación al retiro del servicio de los afiliados que presentaban estados de multifiliación.

Tabla 6. Ingresos y retiros de cotizantes en 2015

VINCULACION DEL COTIZANTE	INGRESOS	RETIROS
DOCENTE	51	34
MEDIA CATEDRA	1	2
PENSIONADO	16	105
PROVISIONAL	19	8
PUBLICO	63	38
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>187</b>

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

Tabla 7. Ingresos y retiros de beneficiarios en 2015

VINCULACION DEL COTIZANTE	INGRESOS	RETIROS
DOCENTE	127	220
MEDIA CATEDRA	7	0
OFICIAL	9	12
PENSIONADO	50	204
PROVISIONAL	18	14
PUBLICO	207	299
<b>TOTAL</b>	<b>418</b>	<b>749</b>

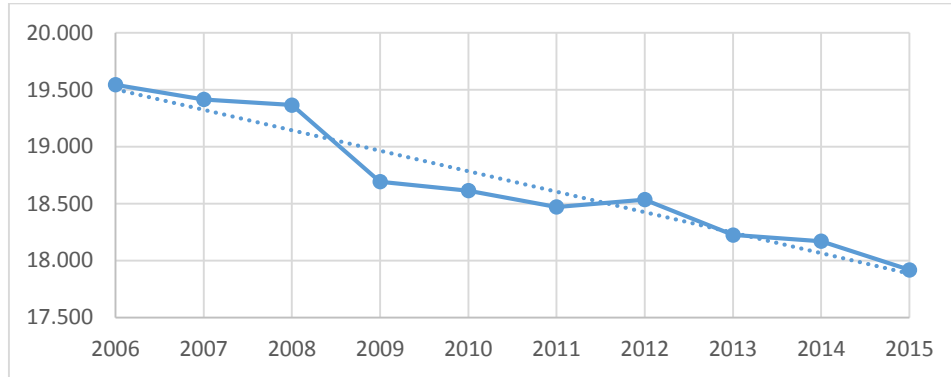
Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

### 2.3.1.1 POBLACION AFILIADA

A 31 de diciembre de 2015, la población de afiliados a Unisalud fue de 17.919 personas, con una participación del 65.31% para la sede Bogotá (11.703), 21.08% para la sede Medellín (3.777), 8.14% para la sede Manizales (1.459) y 5.47% para la sede Palmira (980). Se evidencia que desde el 2006 esta población se ha visto disminuida, como se observa en

la gráfica Población de UNISALUD 2006 - 2015. Esta tendencia está marcada inicialmente 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 tres 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 - 2015

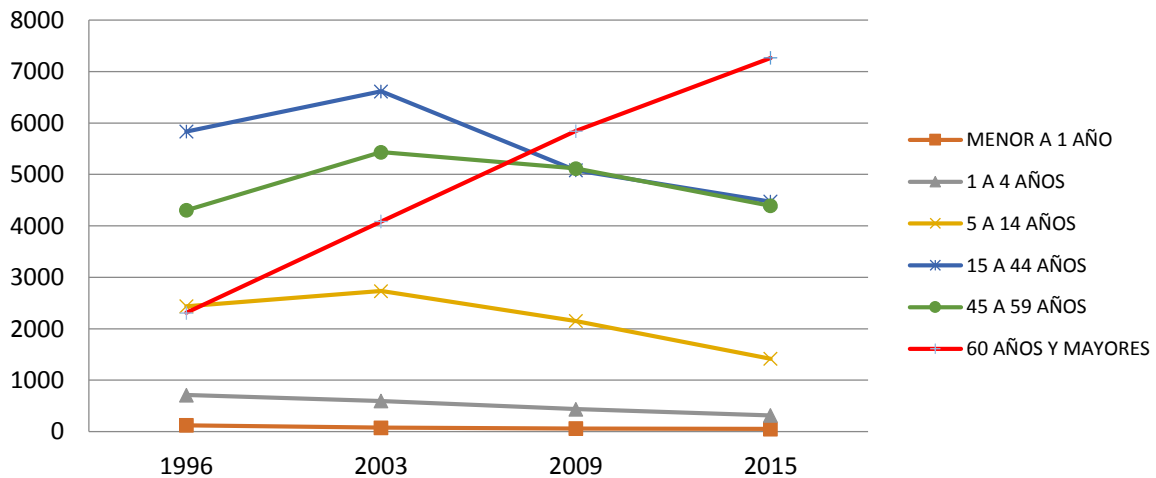


Fuente: Planeación y Sistemas de Información Unisalud

Adicionalmente, es muy importante decir que la tendencia creciente y muy marcada del rango de afiliados de 60 años y mayores, se observa en la gráfica Evolución de la población de UNISALUD 1996 - 2015 por ciclo vital.

El rango de afiliados de 60 años y mayores, tiene un crecimiento sostenido pasando de 2.309 usuarios que representaban el 15% de la población en el año 1996, a 7.265 usuarios que corresponde al 41% de nuestros usuarios en el año 2015, ocupando así el primer lugar dentro de los rangos, contrario a la pirámide poblacional del Régimen Contributivo en el país, que presenta una base más angosta, con mayor representación de población en adultos jóvenes. Esta situación particular se debe tener en cuenta, porque incide 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.

Gráfica 2. Evolución de la población de UNISALUD 1996 - 2015 por ciclo vital

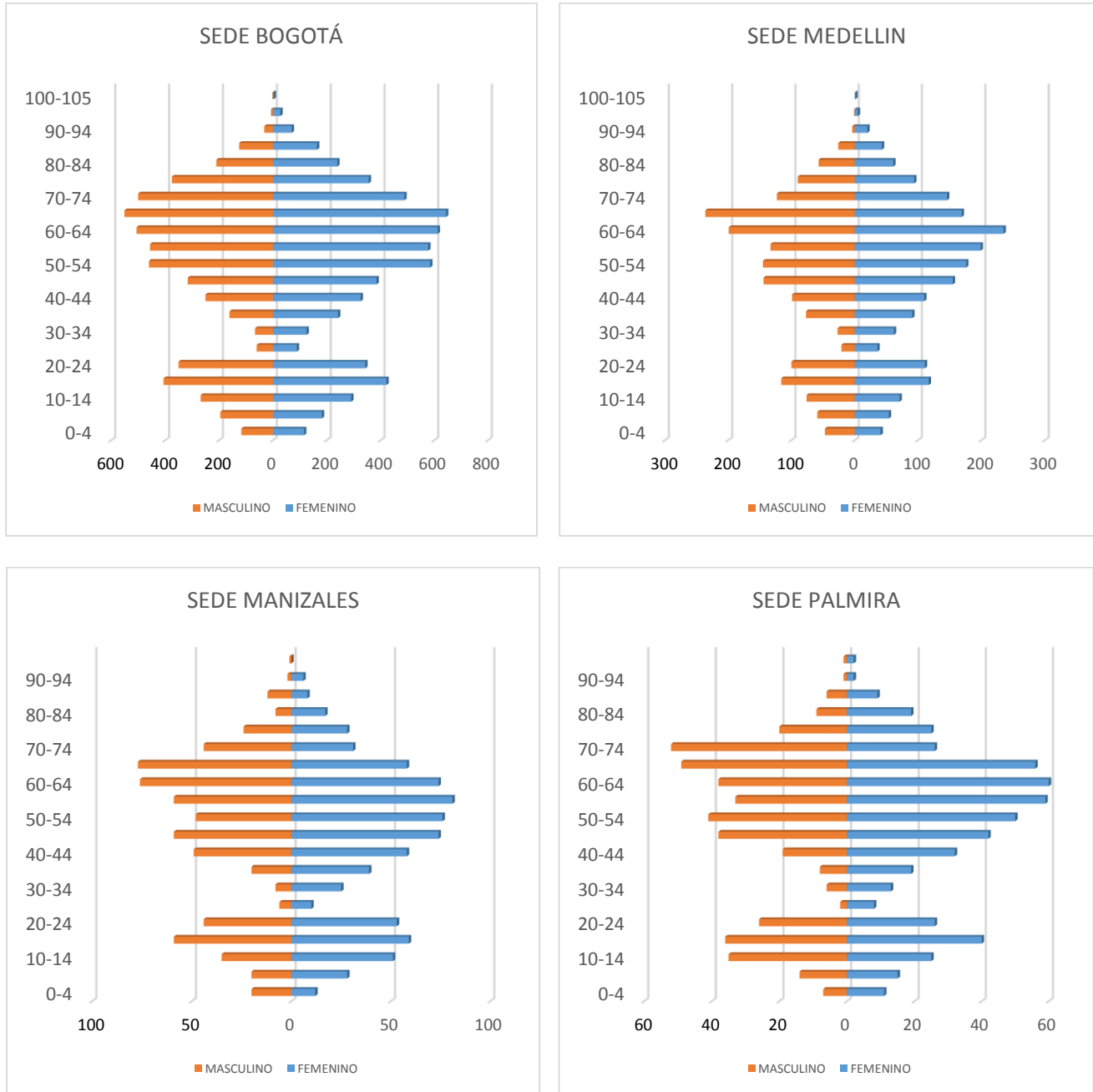


Fuente: Planeación y Sistemas de Información Unisalud



Adicional a lo anterior, se trata de una población que debido al mayor nivel educativo ha sufrido un descenso en la tasa de natalidad reduciéndose el número de hijos por mujer.

Gráfica 3. Pirámides Poblacionales Sedes UNISALUD 2015



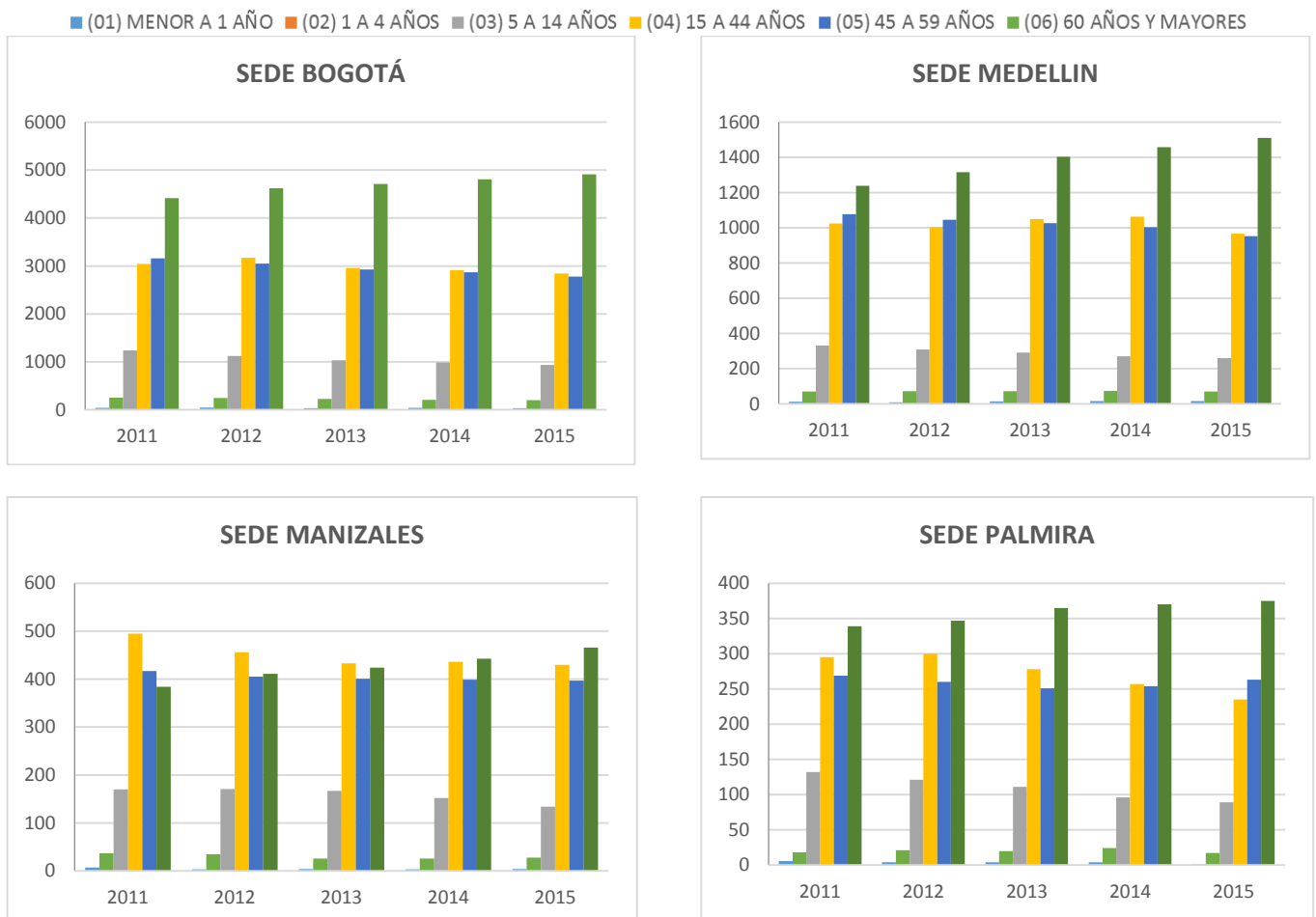
Fuente: Planeación y Sistemas de Información Unisalud

La población afiliada a UNISALUD a diciembre 30 de 2015, presenta la relación de un (1) cotizante por cada 0.9 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 77% en el consolidado nacional (Bogotá 79%, Medellín 74%, Manizales 70% y Palmira 75%).

La longevidad de la población genera cambios a nivel fisiológico (modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, en la absorción, distribución, metabolismo y excreción), los cuales hacen a esta población particularmente difícil en el enfoque diagnóstico y terapéutico, lo cual lleva a una mayor demanda, consumo de servicios y medicamentos, y un aumento del gasto sostenido en salud. Esta condición propia de la población de UNISALUD, se evidencia en las primeras causas de Morbimortalidad de Enfermedades Generales y de Alto Costo reportadas por el asegurador y los registros clínicos de la demanda atendida.

Al analizar las gráficas de las pirámides poblacionales y la distribución poblacional de UNISALUD por grupo de edad, se evidencia que la Unidad tiene un pico de población del 29% relacionado con los usuarios entre los 55 y 69 años. (Bogotá 29%, Medellín 31%, Manizales 29% y Palmira 30%). Este comportamiento indica que se trata en su gran mayoría de cotizantes cercanos a una edad pensional. La población menor de 20 años representa solo el 17% de la población a ser atendida (Bogotá 17%, Medellín 15%, Manizales 19% y Palmira 19%).

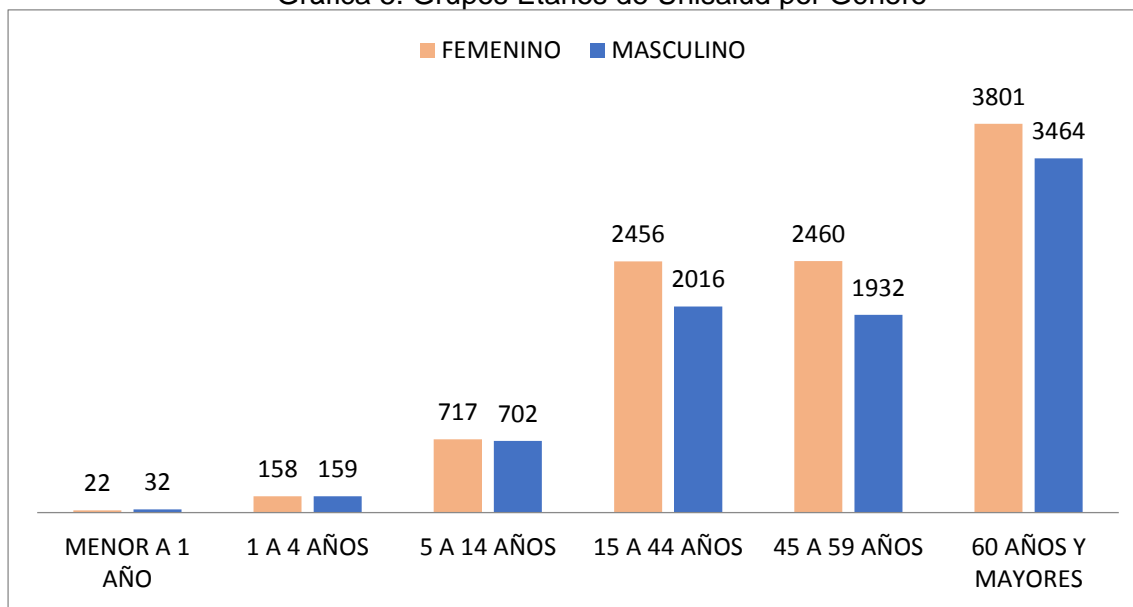
Gráfica 4. Distribución de la Población de UNISALUD por Grupo de Edad 2015



Fuente: Planeación y Sistemas de Información Unisalud

Para el 2015, el promedio de edad de la población fue de 49.55 años, predominando el género femenino con un 54%, donde el mayor número de esta población se encuentra en el rango de 60 años y mayores como se evidencia en la siguiente gráfica.

Gráfica 5. Grupos Etarios de Unisalud por Género



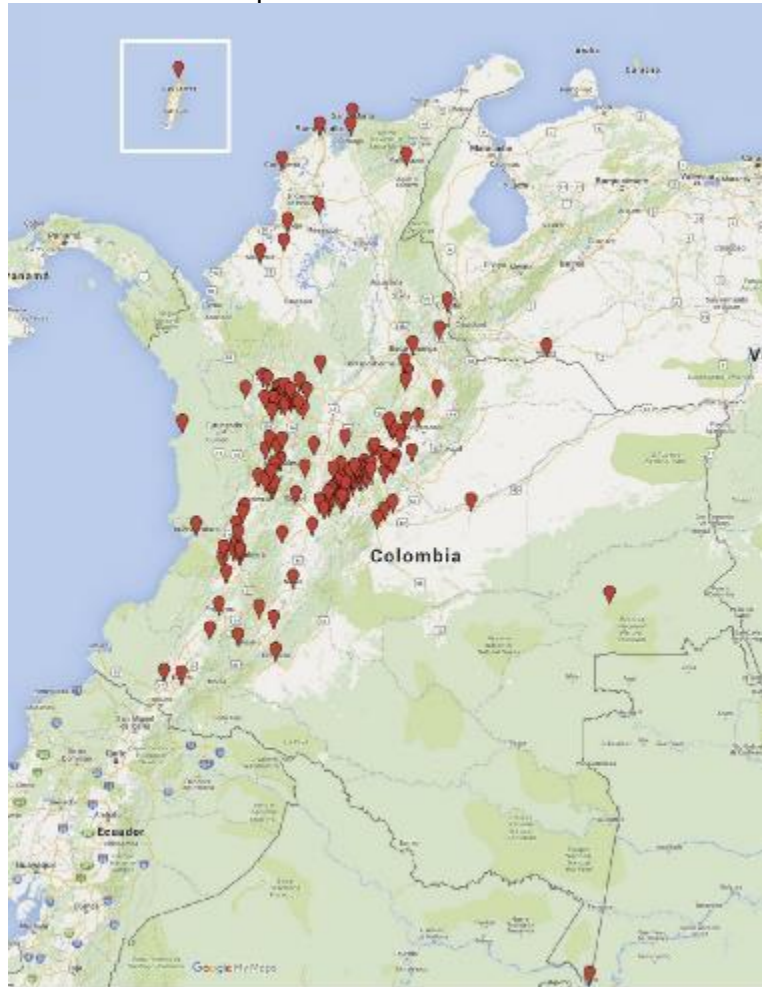
Fuente: Planeación y Sistemas de Información Unisalud

La proporción de la población menor de 15 años es apenas del 10%, y la proporción con edad igual o mayor a 60 años es de 41%, para una razón de envejecimiento de 1:4, lo cual en cifras exactas traduce 7.265 personas de 60 años y mayores por 1.419 menores de 15 años, situación que se presenta en todas las sedes de la Unidad.

### 2.3.1.2 DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS USUARIOS UNISALUD

A 31 de diciembre de 2015 Unisalud tuvo usuarios que residían en 153 municipios de país. Se observa en el mapa de georreferenciación que la concentración de usuarios se presenta en la parte central del país, con mayor cantidad en la zona de Bogotá y Medellín, así como en sus municipios aledaños. Para la sede Bogotá se observa la mayor concentración de población en Bogotá D.C. y los municipios de Chía, Soacha, Fusagasugá, Mosquera y Funza; para la sede Medellín se observa la mayor concentración de población dentro del área metropolitana de Medellín y en Bello, Envigado, Itagüí, Copacabana, Sabaneta y La Estrella. Para la sede Manizales se observa la mayor concentración de población en Manizales y Villamaría; y para la sede Palmira se observa la mayor concentración de población en Palmira, Cali, Candelaria y Jamundí.

Ilustración 1. Mapa de Georreferenciación de UNISALUD



Fuente: Google Maps

Adicionalmente, Unisalud celebra acuerdos de voluntades con otras Universidades públicas del país en cumplimiento de los principios de eficiencia y universalidad para llevar a cabo la prestación del Plan de Beneficios dentro del territorio nacional y atender a sus usuarios afiliados. Es así como en el 2015, la sede Bogotá atendió el 90% de esta población, la sede Medellín el 4%, la sede Manizales el 1% y la sede Palmira el restante 5%.

Tabla 8. Usuarios atendidos por acuerdos de voluntades

<b>RAZON SOCIAL</b>	<b>2015</b>	
CAPRUIS	568	31%
UNISALUD UPTC	519	28%
UNIVERSIDAD DEL CAUCA	351	19%
UNIVERSIDAD DEL VALLE	423	23%
<b>Total general</b>	<b>1861</b>	

Fuente: Planeación y Sistemas de Información Unisalud

## 2.3.2 ATENCIÓN AL USUARIO

### 2.3.2.1 SATISFACCIÓN DEL USUARIO

La monitorización de la satisfacción del usuario es un tema de vital interés para Unisalud, por ser un prestador de servicios de salud y tener el deber de conocer la percepción de sus afiliados y porque con ello cuenta con una fuente de información para trabajar en la mejora continua y efectuar los ajustes necesarios en el desarrollo de sus actividades y procedimientos.

La Unidad cuenta con el instrumento Encuesta de Satisfacción, estandarizado para todas las sedes; en él se miden criterios de valoración de la satisfacción tanto para la Institución Prestadora de Servicios IPS propia en cada Sede como para las IPS contratadas, en su función de Empresa Administradora de Planes de Beneficios EAPB. El presente informe tiene como base la información suministrada por las Sedes.

Durante el 2015 el total de encuestas aplicadas fue de 779 distribuidas así: Bogotá 352, Medellín 218, Manizales 142, Palmira 67. La tipificación de los usuarios que contestaron la encuesta se distribuye según la siguiente tabla:

Tabla 9. Consolidado de encuestas por tipo de usuario 2015

TIPIFICACIÓN USUARIO	BOGOTÁ	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	TOTAL	%
COTIZANTE	234	203	98	33	568	73%
BENEFICIARIO	86	13	44	34	177	23%
CONVENIO	10	0	0	0	10	1%
OTRO	22	2	0	0	24	3%
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>218</b>	<b>142</b>	<b>67</b>	<b>779</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe de satisfacción sedes 2015

Una de las preguntas de la encuesta consulta al usuario, cómo considera que se encuentra su estado de salud, los usuarios respondieron así:

Tabla 10. Consolidado de encuestas por estado de salud 2015

ESTADO DE SALUD	BOGOTÁ	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	TOTAL	PORCENTAJE
EXCELENTE	48	53	50	2	153	20%
BUENO	291	139	83	55	568	73%
REGULAR	11	25	9	10	55	7%
MALO	2	1	0	0	3	0%
NO RESPONDE	0	0	0	0	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>218</b>	<b>142</b>	<b>67</b>	<b>779</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe de satisfacción sedes 2015

A pesar que esta pregunta es solo sobre la percepción del usuario, es interesante observar que cerca del 93% de la población considera que es bueno o excelente, ello puede estar relacionado con un alto porcentaje de satisfacción con el servicio y de los resultados del equipo profesional, sin embargo, también es una base para cotejar la percepción del usuario (morbilidad sentida) con la historia clínica (morbilidad diagnosticada) evidenciada en la consulta médica y de esa manera poder trabajar en el direccionamiento de los afiliados

hacia los diferentes servicios de demanda inducida que puedan incidir en el mantenimiento de un estado de salud óptimo.

#### 2.3.2.1.1 MONITOREO DE SATISFACCIÓN CON LA IPS PROPIA - PROCESO DE PRESTACIÓN

La encuesta indaga por diferentes puntos que llevan a conocer lo que piensan los usuarios sobre el servicio de las IPS propias.

Los afiliados prefieren para solicitar citas de atención en salud, a pesar de contar con líneas de acceso telefónico, en un 54% hacer las solicitudes de manera personal, telefónicamente lo hace un 46%. Mejorar la atención telefónica y sensibilizar al usuario para que priorice el acceso telefónico descongestionaría las centrales de citas y facilitaría el trámite al usuario.

Tabla 11. Consolidado de medios preferidos para solicitar citas 2015

CITAS MÉDICAS	BOGOTÁ	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	TOTAL	%
TELEFÓNICO	47	181	89	39	356	46%
PERSONAL	301	37	51	28	417	54%
PERSONAL Y TELEFÓNICO	0	0	2	0	2	0%
NS/NR	4	0	0	0	4	1%
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>218</b>	<b>142</b>	<b>67</b>	<b>779</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe de satisfacción sedes 2015

Acerca de la oportunidad en la asignación de citas, se les pregunta si han solicitado el servicio en los tres últimos meses, y dentro de los que contestan afirmativamente, se obtienen los siguientes resultados frente a la oportunidad de este servicio:

Tabla 12. Calificación del servicio de consulta Médica General 2015

CALIFICACIÓN	BOGOTÁ	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	TOTAL	%
Excelente	17	52	102	35	206	47%
Muy bueno	29	38	22	29	118	27%
Bueno	8	42	3	2	55	12%
Regular	8	32	0	0	40	9%
Malo	2	16	1	0	19	4%
NS/NR	0	3	0	0	3	1%
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>183</b>	<b>128</b>	<b>66</b>	<b>441</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe de satisfacción sedes 2015

Se observa que un 74% de los encuestados que utilizaron este servicio consideran que la oportunidad en la asignación de citas está en los rangos de excelente y muy bueno, y un 12% adicional como bueno.

Continuando con la encuesta, se consulta por la calificación de los diferentes servicios prestados en las IPS y la evaluación que hace el usuario, de acuerdo con la valoración de algunos atributos del servicio como son: la calidad de la información, el interés manifestado por la persona que lo atendió, la dedicación del tiempo necesario, su presentación personal y la amabilidad.

Dado lo extenso de los servicios examinados el análisis se centrará en consulta médica y odontológica, que son los más representativos por ser transversales a todas las sedes:

Tabla 13. Calificación de los atributos en servicios prestados en las IPS 2015

ATRIBUTO	CONSULTA MÉDICA	ODONTOLOGÍA
Calidad de la Información	4,44	4,19
Interés Manifiesto	4,31	4,04
Dedicación del Tiempo Necesario	4,41	4,27
Presentación Personal	4,59	4,52
Amabilidad	4,44	4,34
<b>CALIFICACION</b>	<b>4,44</b>	<b>4,28</b>

Fuente: Informe de satisfacción sedes 2015

Teniendo en cuenta que las calificaciones van de 1 a 5, siendo 5 la más alta, se observa que la calificación de los usuarios para cada atributo se encuentra por encima de 4, lo cual denota un alto grado de satisfacción frente a los ítems analizados. No obstante los buenos resultados, queda un margen de mejora que propicia y llama la atención para definir acciones que mejoren la satisfacción con todos los servicios de la IPS, en especial, mejorar los tiempos usados en trámites.

#### 2.3.2.1.2 INFORMACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

De acuerdo con su modelo de salud, enfocado en la Gestión del Riesgo, en Unisalud se ha materializado a través de estrategias como el diseño y establecimiento de los programas de Promoción y Prevención (P y P), por ello se indaga acerca del conocimiento e interés de participar en ellos que los usuarios tienen. Los resultados son los siguientes:

Tabla 14. Consolidado conocimiento de los programas de P y P 2015

CONOCIMIENTO PROGRAMAS PYP	BOGOTÁ	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	TOTAL	PORCENTAJE
SI	152	185	120	35	492	63%
NO	200	33	20	32	285	37%
NO RESPONDE	0	0	2	0	2	0%
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>218</b>	<b>142</b>	<b>67</b>	<b>779</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe de satisfacción sedes 2015

Tabla 15. Consolidado participación en los programas de P y P 2015

PARTICIPACIÓN PROGRAMAS PYP	BOGOTÁ	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	TOTAL	PORCENTAJE
SI	32	94	99	24	249	32%
NO	312	124	40	43	519	67%
NO RESPONDE	8	0	3	0	11	1%
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>218</b>	<b>142</b>	<b>67</b>	<b>779</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe de satisfacción sedes 2015

Se observa que la población encuestada muestra una mayoría del 63% que manifiesta conocer los programas de Promoción y Prevención, lo cual se consideraría satisfactorio, sin

embargo, esto contrasta con el bajo resultado que se observa en la participación en estos mismos programas, porque un 67% de las personas indica que no participa de los mismos. Se hace necesario que la Unidad use nuevas estrategias de captación e incentive la participación en los mismos, a través de la sensibilización y corresponsabilidad en el mantenimiento de la salud que debe ser asimilada por cada uno de los afiliados.

### 2.3.2.1.3 DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

Se les preguntó a los usuarios como califican la entrega de los medicamentos, se observa que existe satisfacción con el servicio con un 80% que manifiesta haber tenido una entrega oportuna y completa. No obstante, existe un porcentaje del 20% en que deberá hacerse seguimiento para verificar qué sucede en los casos en los que se manifiesta haber tenido algún tipo de problema, sea con la oportunidad o con la entrega completa de los mismos.

Tabla 16. Consolidado dispensación de medicamentos 2015

DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS	BOGOTÁ	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	TOTAL	%
Inoportuna e Incompleta	37	4	2	5	48	6%
Inoportuna y completa	0	2	1	0	3	0%
No ha utilizado el servicio	3	24	8	0	35	4%
Oportuna e Incompleta	15	9	20	18	62	8%
Oportuna y completa	291	179	110	44	624	80%
No responde	6	0	1	0	7	1%
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>218</b>	<b>142</b>	<b>67</b>	<b>779</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe de satisfacción sedes 2015

### 2.3.2.2 MONITOREO DE SATISFACCIÓN CON LA EMPRESA ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB) - PROCESO DE ASEGURAMIENTO

En relación con la satisfacción de los servicios con la EAPB a Unisalud le interesa conocer cuál es la percepción de sus afiliados, acerca de los procedimientos de afiliaciones y autorizaciones.

En este sentido lo primero que llama la atención es que el mayor porcentaje de personas manifiestan no haber utilizado el servicio de afiliaciones, esto se explica porque la población afiliada lo es desde hace mucho tiempo y existen relativos pocos ingresos y solicitud de traslado a EPS; no sucede lo mismo con el tema de autorizaciones que por el contrario es altamente requerido por los usuarios.

Tabla 17. Personas encuestadas para satisfacción EAPB 2015

USO DEL SERVICIO	BOGOTÁ	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	TOTAL
AFILIACIONES	105	24	36	61	242
AUTORIZACIONES	165	122	126	61	430

Fuente: Informe de satisfacción sedes 2015



De los encuestados que manifiestan sí haber utilizado estos servicios la mayor proporción indica que los tiempos de espera fueron en su mayoría en el rango entre 5 y 15 minutos, el resto de ellos se distribuye en los intervalos restantes, sin mostrar una tendencia específica hacia alguno de ellos. En la Sede Bogotá existe inconformidad con el tiempo invertido en la atención de la ventanilla de autorizaciones.

Frente a la pregunta de las dificultades con el servicio de autorizaciones, la tendencia de las respuestas indica que la mayoría (en las Sedes se debe proporcionar el dato numérico de cuánto es esta mayoría) no tuvieron problemas al momento de realizar trámites ante autorizaciones en las Sedes. Sin embargo, es necesario mencionar algunas de las razones reportadas por los usuarios para facilitar los ajustes pertinentes:

- Se debía hacer control con el especialista y no le informaron sino hasta después de cuatro días que pasara por la autorización del medicamento
- La funcionaria de autorizaciones olvidó la expedición de un medicamento de control y tuvo que volver para solicitarlo.
- Las órdenes de medicamentos fueron emitidas con cuota moderadora cuando no aplicaba, han salido órdenes a otras entidades diferentes a la solicitada
- El trámite entre los funcionarios que deben estudiar los medicamentos de CTC
- Direcciones de los laboratorios y especialistas muy retirados de Unisalud
- Realización incorrecta de la orden en relación con la edad del usuario
- Inconvenientes de autorizaciones con la red contratada
- Dificultades de acceso del prestador
- Error en la transcripción de una orden médica
- Inconvenientes de contratación con la red adscrita
- Dificultades de comunicación con el prestador
- Demora en la entrega de fórmula de medicamentos
- No se informa al usuario si el medicamento se encuentra en el POS
- Cuando la fórmula viene de la red adscrita
- Fecha de vencimiento de las ordenes médicas es muy corta en relación con la oportunidad de consulta

Se consulta por la calificación de los diferentes servicios prestados por la EAPB y la evaluación que hace el usuario, de acuerdo con la valoración de algunos atributos del servicio como son: la calidad de la información, el interés manifiesto, la dedicación del tiempo necesario, presentación personal y amabilidad.

Tabla 18. Calificación atributos del servicio 2015

<b>ATRIBUTO</b>	<b>AFILIACIONES</b>	<b>AUTORIZACIONES</b>
Calidad de la Información	4,3	4,1
Interés Manifiesto	4,3	4,1
Dedicación del Tiempo Necesario	4,3	4,1
Presentación Personal	4,2	4,3
Amabilidad	4,4	4,2
<b>CALIFICACION</b>	<b>4,3</b>	<b>4,2</b>

Fuente: Informe de satisfacción sedes 2015

Teniendo en cuenta que las calificaciones van de 1 a 5, siendo 5 la más alta, se observa que la calificación de los usuarios por atributo y en general para los servicios se encuentra por encima de cuatro y son homogéneas tanto para afiliaciones como para el servicio de autorizaciones. Aunque estos resultados se encuentran en el rango de buenos, es necesario analizar más en detalle las calificaciones en cada sede para indagar por las causas de aquellos usuarios que se manifiestan no satisfechos con alguno de los criterios. Este es un reto para realizar en 2016 con la coordinación de las áreas de atención al usuario.

En consonancia con lo anterior es importante analizar la percepción sobre la red adscrita de prestadores de servicios de salud, por ello, se pregunta a los usuarios si han hecho uso de la misma en los últimos meses. Frente a esto en todas las sedes se reporta una mayoría que manifiesta sí haber hecho uso de estos servicios. A estas personas se les consultó por su percepción frente este servicio, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 19. Calidad de los servicios de la red adscrita 2015

CALIFICACION	BOGOTÁ	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	TOTAL	PORCENTAJE
Excelente	29	46	62	23	160	21%
Bueno	223	96	42	31	392	50%
Regular	48	37	9	2	96	12%
Malo	45	7	4	0	56	7%
No responde	7	32	25	11	75	10%
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>218</b>	<b>142</b>	<b>67</b>	<b>779</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe de satisfacción sedes 2015

En general se observa un alto grado de satisfacción con los servicios de la red adscrita dado que el 71% de los encuestados manifiestan que los mismos son excelentes y buenos. Del porcentaje restante deberá trabajarse en buscar y analizar las causas por las cuales el 12% es regular y en especial en ese 7% que los considera deficientes. En este último rango es interesante ver que la mayor proporción de los mismos se encuentran en la sede Bogotá, y se deberá hacerse énfasis en este grupo por parte del referente de atención al usuario de la Sede.

#### 2.3.2.3 SATISFACCIÓN GENERAL CON LOS SERVICIOS DE UNISALUD.

Tabla 20. Satisfacción general con los servicios 2015

CALIFICACION	BOGOTÁ	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	TOTAL	%
Excelente	98	94	116	28	336	43%
Bueno	176	98	26	39	339	44%
Regular	42	22	0	0	64	8%
Malo	25	2	0	0	27	3%
No responde	11	2	0	0	13	2%
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>218</b>	<b>142</b>	<b>67</b>	<b>779</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe de satisfacción sedes 2015

De los datos reportados por las sedes se observa que el 43% de los usuarios encuestados consideran que el servicio de Unisalud es excelente y el 44% que es bueno, logrando un 87% positivo en el nivel de satisfacción.

### 2.3.3 CONSOLIDADO DE MANIFESTACIONES

De forma complementaria al tema de la medición de la satisfacción, otro de los asuntos importantes relacionados con la atención al usuario, es la gestión de las manifestaciones de los mismos.

Es así como Unisalud de tiempo atrás trabaja ese tema como parte de la cultura institucional a través del sistema de gestión de manifestaciones, el cual busca contar con el registro exacto de las expresiones de los usuarios frente a los servicios de la Unidad, pero más allá de esto gestionar estas inquietudes y dar una respuesta oportuna y concreta frente a cada caso. Cada manifestación, queja o inquietud se convierte en una fuente de mejora que nos obliga a tomar las medidas correctivas y preventivas respectivas.

Durante el 2015 se recibieron un total de 552 manifestaciones en todas las sedes de Unisalud, discriminadas así:

Tabla 21. Manifestaciones 2015

SEDE	TOTAL	PORCENTAJE
BOGOTÁ	289	52%
MEDELLÍN	143	26%
MANIZALES	87	16%
PALMIRA	33	6%
<b>TOTAL</b>	<b>552</b>	<b>100%</b>

Fuente: Tablero de gestión de manifestaciones

Dentro de la población que interpuso manifestaciones, el mayor número estuvo representado por los cotizantes con el 75%, seguido por los beneficiarios con el 13%. Lo anterior permite inferir que este grupo de afiliados, se siente más apropiado del servicio y por ello tiene una expectativa más alta frente al mismo.

Tabla 22. Consolidado por tipo de afiliado 2015

TIPO DE AFILIADO	MEDELLÍN	BOGOTÁ	MANIZALES	PALMIRA	TOTALES	%
COTIZANTE	122	194	69	31	416	<b>75%</b>
BENEFICIARIO	7	54	10	0	71	<b>13%</b>
OTROS	4	33	8	0	45	<b>8%</b>
ANONIMO	10	8	0	0	18	<b>3%</b>
NO APLICA	0	0	0	2	2	<b>0%</b>
<b>TOTALES</b>	<b>143</b>	<b>289</b>	<b>87</b>	<b>33</b>	<b>552</b>	<b>100%</b>

Fuente: Tablero de gestión de manifestaciones

En la distribución de las manifestaciones por su tipo, se observa que el mayor porcentaje está representado por los “reclamos” con un 57%, este resultado es homogéneo en todas las sedes y es importante mencionar que las manifestaciones con más peso, son aquellas que tienen una connotación negativa (quejas-reclamos).

Dentro de este análisis se debe tener en cuenta que las manifestaciones en algún grado pueden estar influidas por percepciones negativas frente a decisiones de tipo

administrativo, que no necesariamente hablan de un mal servicio, lo cual se debe tener en cuenta para el informe de la presente vigencia, pues como es conocido por todos, durante el 2015 se debieron adoptar medidas en pro de la sostenibilidad de Unisalud, que no fueron de buen recibo dentro de un grupo de afiliados, y que pueden claramente influir en estas manifestaciones.

Tabla 23. Consolidado por tipo de manifestación 2015

TIPO DE MANIFESTACION	MEDELLÍN	BOGOTÁ	MANIZALES	PALMIRA	TOTALES	%
QUEJAS	36	44	8	19	107	19%
RECLAMOS	89	161	62	1	313	57%
SOLICITUD DE INFORMACION	3	13	0	2	18	3%
SUGERENCIAS	5	24	2	1	32	6%
FELICITACIONES	7	34	4	1	46	8%
DERECHOS DE PETICION	0	12	0	0	12	2%
OTRAS	3	1	11	9	24	4%
<b>TOTALES</b>	<b>143</b>	<b>289</b>	<b>87</b>	<b>33</b>	<b>552</b>	<b>100%</b>

Fuente: Tablero de gestión de manifestaciones

El comportamiento de los canales para interponer manifestaciones en el 2015, muestra que el medio escrito diferente a los buzones se mantiene como el más utilizado con el 62%, seguido del correo electrónico con el 20%. Se espera que para la nueva vigencia se aumente el uso de los medios electrónicos, teniendo en cuenta la modernización hecha del instrumento de recolección diseñado para ser diligenciado en línea.

Tabla 24. Consolidado de manifestaciones por canales de recepción 2015

TIPO DE MANIFESTACION	MEDELLÍN	BOGOTÁ	MANIZALES	PALMIRA	TOTALES	%
ESCRITA DIFERENTE A BUZON	45	234	45	19	343	62%
BUZON	43	17	4	0	64	12%
VERBAL	3	0	25	0	28	5%
CORREO ELECTRONICO	46	38	13	13	110	20%
OTRO	6	0	0	1	7	1%
<b>TOTALES</b>	<b>143</b>	<b>289</b>	<b>87</b>	<b>33</b>	<b>552</b>	<b>100%</b>

Fuente: Tablero de gestión de manifestaciones

Para la vigencia 2015, el proceso que tuvo un mayor número de manifestaciones fue el de aseguramiento con el 54% (los servicios de la Red adscrita) y luego prestación con el 37% (Corresponde a los servicios de la IPS propia de Unisalud). Este resultado es ligeramente diferente al presentado en el 2014 en donde los porcentajes se distribuían de manera casi idéntica entre aseguramiento y prestación (47% y 46% respectivamente). Estas cifras analizadas de forma cruzada con los resultados por tipo de manifestación podrían indicar que durante el 2015 los usuarios presentaron algún tipo de descontento con los servicios del proceso de aseguramiento y una mejora en su percepción de los servicios de prestación. Sin embargo, un análisis detenido, por parte de las áreas de atención al usuario para

identificar las causas de este tipo de manifestaciones y establecer las medidas tendientes a eliminarlas es necesario.

Tabla 25. Consolidado de manifestaciones por proceso 2015

PROCESO OBJETO DE LA MANIFESTACION	MEDELLÍN	BOGOTÁ	MANIZALES	PALMIRA	TOTALES	%
ASEGURAMIENTO	40	167	73	20	300	54%
PRESTACION	91	91	9	11	202	37%
OTROS	4	7	5	2	18	3%
ADMINISTRATIVO	8	24	0	0	32	6%
<b>TOTALES</b>	<b>143</b>	<b>289</b>	<b>87</b>	<b>33</b>	<b>552</b>	<b>94%</b>

Fuente: Tablero de gestión de manifestaciones

En el mismo sentido es importante ver los resultados de la distribución de manifestaciones por atributo del servicio involucrado, donde se evidencia que los cuatros atributos más involucrados en las manifestaciones son los siguientes: accesibilidad con el 23%, oportunidad con el 20%, calidad de la información con el 14%, y amabilidad con el 11%.

Tabla 26. Consolidado de manifestaciones por atributos y características del servicio 2015

ATRIBUTOS Y CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO INVOLUCRADO EN LA MANIFESTACIÓN	MEDELLÍN	BOGOTÁ	MANIZALES	PALMIRA	TOTALES	%
AMABILIDAD	36	13	9	0	58	11%
CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	47	2	26	0	75	14%
PRESENTACIÓN DEL PERSONAL	1	0	0	0	1	0%
DEDICACION DEL TIEMPO NECESARIO	4	11	4	0	19	3%
AGILIDAD	2	0	30	0	32	6%
ACCESIBILIDAD	20	93	6	8	127	23%
OPORTUNIDAD	10	89	0	12	111	20%
CONTINUIDAD	8	0	0	9	17	3%
SEGURIDAD	3	24	2	2	31	6%
PERTINENCIA	0	9	2	2	13	2%
PREMISA DEL SERVICIO	0	42	0	0	42	8%
EQUIPO HUMANO	0	2	0	0	2	0%
OTROS	12	4	8	0	24	4%
<b>TOTALES</b>	<b>143</b>	<b>289</b>	<b>87</b>	<b>33</b>	<b>552</b>	<b>100%</b>

Fuente: Tablero de gestión de manifestaciones

Entendiendo que la mayor proporción de manifestaciones se ubican entre quejas y reclamos, se puede deducir que su relación con los atributos del servicio es negativa en el sentido de que estas inquietudes de los usuarios se dan para comentar falencias frente al tema de accesibilidad, oportunidad y calidad de la información. Estas cifras son homogéneas en las sedes, lo cual indica la necesidad de trabajar en el diseño de planes de mejora frente a estos aspectos, como el análisis de las agendas, la reorganización de la red adscrita, garantizar la contratación de los servicios y por su puesto continuar en el trabajo de sensibilización de los profesionales para que se apropien de la cultura del servicio y su humanización en la entidad. UNISALUD ha venido trabajando en el desarrollo de

estrategias que vayan en pro de mejorar estas características de oportunidad y accesibilidad en la que se han visto logros positivos que aún son susceptibles de mejorar.

Finalmente se debe mencionar que el estándar institucional de UNISALUD para la respuesta a las manifestaciones es de 15 días hábiles, que fue cumplido como se ve en la tabla a continuación.

Tabla 27. Tiempo promedio de respuesta a manifestaciones 2015

TIEMPO DE RESPUESTA	MEDELLÍN	BOGOTÁ	MANIZALES	PALMIRA	TOTALES
UNISALUD 2015	11,3	14,2	9	9,6	11

Fuente: Tablero de gestión de manifestaciones

Más allá de estos resultados, es pertinente analizar que con excepción de la sede Manizales, los mismos presentan una desmejora con respecto al 2014, pues el tiempo promedio de respuesta aumentó.

Tabla 28. Comparativo tiempo promedio de respuesta a manifestaciones 2014-2015

TIEMPO DE RESPUESTA	MEDELLÍN	BOGOTÁ	MANIZALES	PALMIRA	TOTALES
UNISALUD 2014	9,6	9	17,13	5,16	10,2225
UNISALUD 2015	11,3	14,19	9	9,6	11,0225

Fuente: Tablero de gestión de manifestaciones

En relación con estos resultados, las sedes manifiestan las razones por las que se dio este comportamiento. En el caso de la sede Palmira el dato es resultado de la respuesta tardía a una de las manifestaciones que afecta de manera importante el indicador, como plan de mejora se dio reinducción a la persona encargada de la respuesta a los usuarios con el fin de establecer la oportuna y adecuada comunicación con ellos.

En la sede Medellín se presentó un cambio en la coordinación de atención al usuario lo que generó un periodo en el que se retuvieron algunas manifestaciones, situación que coincidió con una campaña generada dentro de los usuarios para manifestarse sobre el servicio de consulta prioritaria durante el mes de junio, esta situación aumentó el promedio de número de quejas en este periodo de transición, ocasionando como resultado que a pesar de que todas estas manifestaciones fueron respondidas, el periodo de respuesta (para este grupo de manifestaciones específico) estuvo en promedio en 24 días. Esta situación repercutió de manera importante en el promedio total de días de respuesta en el año.

Para la sede Bogotá, los tiempos de respuesta se vieron afectados en mayor grado por las manifestaciones direccionadas a la red adscrita que no fueron contestadas por ellos en los tiempos estipulados a pesar de realizar el seguimiento respectivo, por otra parte, también se dio una situación coyuntural en la que durante los primeros meses del año 2015, no se contaba con el profesional de Atención al Usuario.

En conclusión, sobre este tema se resalta como muy positivo, la adherencia de los usuarios al Sistema de Manifestaciones, pues gracias a esto conocemos no solo sus percepciones sino las falencias que puedan existir. El objetivo es seguir trabajando en estrategias para propiciar y facilitar el uso de estos medios de notificación. Así mismo es evidente que a pesar del trabajo realizado para mejorar en los aspectos negativos, aun se siguen

presentando “*momentos de verdad negativos*”, situación en la cual se debe profundizar para identificar sus causas y lograr con el apoyo de las áreas o responsables de atención al usuario en cada sede mejorar en beneficio de nuestra razón de ser, que son los afiliados.

Al igual que en otros años para la nueva vigencia se debe reforzar el trabajo en: fortalecer la cultura del servicio dentro de los profesionales, sensibilizar al personal y los usuarios frente al funcionamiento de los procesos de UNISALUD, mantener el seguimiento a las instituciones de la red y los planes de mejora establecidos con los mismos.

#### 2.3.4 MORBILIDAD

En el informe de la vigencia 2014 resaltó como uno de los principales retos para Unisalud la consolidación de información, la cual se evidencia en este indicador como la necesidad de recopilar los registros clínicos de atenciones extramurales de los usuarios, porque en un alto porcentaje de los mismos no existía conciencia de la importancia de contar con una historia clínica integral y aún hoy parte de la población no atiende la importancia de la misma, lo cual aunado a la falta de cultura y constancia de las entidades y profesionales de la red de efectuar las contrarreferencias de acuerdo a los lineamientos nacionales continúa afectando a la Unidad.

Otro aspecto relacionado radica en la dificultad en la consolidación de datos de las historias clínicas físicas de la vigencia 2002 hacia atrás, debido a que solo a partir de ese año se inició el registro sistematizado de la historia clínica. Esta información es indispensable para la construcción de un perfil de riesgo y morbilidad completo, diligenciamiento de informes requeridos por los entes de control y el seguimiento de nuestros afiliados.

Durante el año 2015, a pesar de los inconvenientes descritos, Unisalud sostuvo su esfuerzo y participación en la construcción y consolidación del Perfil Nacional de Morbilidad, mediante el desarrollo del segundo ejercicio de análisis de la situación de salud a partir de la “Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB”, en concordancia, con el Plan Decenal de Salud Pública - PDNSP y el primer ejercicio de Priorización de actividades a intervenir a través de la plataforma PISIS, de acuerdo a lo consignado en el Anexo Técnico de Caracterización Poblacional. Uno de los objetivos de estas estrategias es garantizar el trabajo intersectorial en la identificación temprana y el manejo efectivo del riesgo con el fin disminuir el impacto de éste en la calidad de vida y estado de salud de sus usuarios con el manejo temprano de factores modificables; como es conocido, en este aspecto trabaja la Unidad desde hace casi una década mediante su Modelo de salud bajo la perspectiva de Gestión del Riesgo.

En concordancia con lo anterior, continuamos el 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, Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, etc.) y el reporte a la Cuenta de Alto Costo (Reportes de Cáncer, Hemofilia, Artritis) de acuerdo a los parámetros y plazos establecidos.

Durante el año 2015, se recibieron auditorias de los entes de control relacionadas con Reporte Enfermedades Huérfanas, Reporte Resolución 4505 de 2012, Estrategia ERA, SIVIGILA, entre otras; los resultados fueron positivos y dieron pauta para el establecimiento de oportunidades y planes de mejora secundarios a los hallazgos.

#### 2.3.4.1 Morbilidad Nacional Consolidada

Tabla 29. Morbilidad Unisalud 2015

<b>CODIGO DX</b>	<b>DESCRIPCION CODIGO DX</b>	<b>PACIENTES</b>
I10X	Hipertensión esencial primaria	3773
E782	Hiperlipidemia mixta	1709
E039	Hipotiroidismo no especificado	1453
E669	Obesidad no especificada	964
H531	Alteraciones visuales subjetivas	944
E780	Hipercolesterolemia pura	827
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	706
M545	Lumbago no especificado	678
N40X	Hiperplasia de la próstata	612
N951	Estados menopáusicos y climáticos femeninos	586

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

Se puede apreciar a partir del análisis de la tabla anterior que a nivel nacional la Hipertensión Esencial Primaria, ocupa el primer lugar y corrobora la incidencia de esta patología crónica relacionada con los grupos de población mayores de 50 años.

Se presenta una marcada incidencia de otros diagnósticos precursores de enfermedades cardiovasculares como son la hiperlipidemia mixta, la diabetes mellitus y la obesidad y de las patologías degenerativas relacionadas con la edad. Destacan entre las 10 primeras causas de morbilidad las alteraciones visuales, los estados menopáusicos y climáticos femeninos y la hiperplasia prostática, las cuales se encuentran asociadas a alta demanda de servicios y un alto número de solicitudes ante el CTC.

Dado lo anterior, se fortalecieron los programas de atención a pacientes con diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensión en las diferentes sedes; así mismo, durante el seguimiento a los mismos se identificaron oportunidades de mejora y se encuentran en construcción nuevas propuestas para iniciar manejo y efectuar el seguimiento a pacientes con riesgo aumentado de padecer estas patologías.

A continuación se describirá la morbilidad atendida por UNISALUD y en particular por cada una de las sedes durante la vigencia 2015.

#### 2.3.4.2 SEDE BOGOTÁ

Tabla 30. Morbilidad Sede Bogotá 2015

<b>CODIGO DX</b>	<b>DESCRIPCION CODIGO DX</b>	<b>PACIENTES</b>
I10X	Hipertensión esencial primaria	2437
E039	Hipotiroidismo no especificado	1111
H531	Alteraciones visuales subjetivas	944
E782	Hiperlipidemia mixta	709
E669	Obesidad no especificada	626
M545	Lumbago no especificado	541



<b>CODIGO DX</b>	<b>DESCRIPCION CODIGO DX</b>	<b>PACIENTES</b>
N951	Estados menopaúsicos y climatéricos femeninos	541
H522	Astigmatismo	441
M255	Dolor en articulación	437
N40X	Hiperplasia de la próstata	433

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

El perfil de morbilidad de la sede muestra las diez patologías más frecuentemente diagnosticadas y que están relacionadas con procesos crónicos, lo cual es coherente con el perfil demográfico de la población, encontrándose como en años anteriores en primer lugar la hipertensión esencial primaria, que como es conocido no es una patología aislada, más bien se trata de una patología sindrómica.

De tal manera, el posicionamiento en el perfil de morbilidad de otras enfermedades asociadas a aumento en el riesgo cardiovascular como diabetes mellitus, hiperlipidemia mixta, hipotiroidismo y obesidad, generan la necesidad de fortalecer aún más las actividades de los programas propios de Unisalud y de las actividades de Protección específica y detección temprana.

Así mismo, se evidencian otras condiciones clínicas degenerativas asociadas al perfil poblacional, como son: alteraciones visuales, dolores articulares, estados menopaúsicos y climatéricos hiperplasia prostática e hipotiroidismo, que afectan la calidad de vida y el estado de salud de los usuarios.

#### 2.3.4.3 SEDE MEDELLÍN

Tabla 31. Morbilidad Sede Medellín 2015

<b>CODIGO DX</b>	<b>DESCRIPCION CODIGO DX</b>	<b>PACIENTES</b>
I10X	Hipertensión esencial primaria	865
E782	Hiperlipidemia mixta	864
E780	Hipercolesterolemia pura	447
E669	Obesidad no especificada	237
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	194
E039	Hipotiroidismo no especificado	170
E038	Otros hipotiroidismos especificados	115
R730	Anormalidades en la prueba de tolerancia a la glucosa	110
E109	Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación	101
H578	Otros trastornos especificados del ojo y sus anexos	88

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

Para el año 2015, las tres primeras causas de morbilidad continúan siendo Hipertensión esencial primaria, Hiperlipidemia mixta e Hipercolesterolemia pura, acorde al perfil

epidemiológico de la población afiliada y a que aproximadamente el 35% de los afiliados se encuentran inscritos en el programa de riesgo cardiovascular.

Los pacientes inscritos en el programa de riesgo cardiovascular se incrementaron en un 5% respecto a la vigencia anterior, como resultado de la captación y direccionamiento desde la consulta de los programas de fomento y protección y la consulta médica resolutive en planta.

Se aprecia además que, de las primeras diez causas de morbilidad en la sede, siete están directamente relacionadas con aumento en el riesgo cardiovascular, por lo cual es de vital importancia la continuidad y ampliación de los programas de manejo de patología cardiovascular.

#### 2.3.4.4 SEDE MANIZALES

Tabla 32. Morbilidad Sede Manizales 2015

<b>CODIGO DX</b>	<b>DESCRIPCION CODIGO DX</b>	<b>PACIENTES</b>
I10X	Hipertensión esencial primaria	153
E782	Hiperlipidemia mixta	126
J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	126
J304	Rinitis alérgica no especificada	124
E039	Hipotiroidismo no especificado	90
K297	Gastritis no especificada	82
E780	Hipercolesterolemia pura	74
M545	Lumbago no especificado	69
H527	Trastorno de la refracción no especificado	67
M199	Artrosis no especificada	66

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

Para el año 2015, al igual que para el 2013 y el 2014, se encuentra la hipertensión arterial como primera causa de morbilidad; se hallan, además, alteraciones en el metabolismo de lípidos e hipercolesterolemia, que igual que la hipertensión incrementan el riesgo cardiovascular; hacen presencia entre las primeras causas otras patologías crónicas degenerativas, consecuentemente con la constitución de la pirámide poblacional de nuestra población.

Se evidencia ascenso dentro del perfil de los siguientes diagnósticos: Rinofaringitis aguda (cuarto lugar en 2014), hipotiroidismo (tercer lugar en 2014) y se observa descenso en el diagnóstico artrosis no especificada (quinto lugar en 2014) y lumbago (décimo lugar en 2014).

Aparecen dentro de las primeras diez causas: rinitis alérgica, gastritis no especificada y trastornos de refracción, que no figuraban en el año 2014.

Para el año 2015, la infección de vías urinarias que ocupa el onceavo lugar dentro de las causas de morbilidad, es la causa más frecuente de hospitalización, lo cual se explica por los cambios anatómicos asociados a la edad que facilitan la aparición de infección (celes, hipertrofia prostática benigna, etc), pacientes con comorbilidades importantes, pacientes

con resistencia bacteriana secundaria a auto formulación, resistencia asociada a tratamiento recurrente e inadecuado de bacteriuria asintomática, sin descartar posible sobre diagnóstico. Dada la incertidumbre en este tema, se realizará análisis de los casos para aclarar la etiología de este hallazgo.

#### 2.3.4.5 SEDE PALMIRA

Tabla 33. Morbilidad Sede Palmira 2015

CODIGO DX	DESCRIPCION CODIGO DX	PACIENTES
I10X	Hipertensión esencial primaria	320
H579	Trastorno del ojo y sus anexos no especificado	153
E039	Hipotiroidismo no especificado	83
M255	Dolor en articulación	64
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	62
E784	Otra hiperlipidemia	56
N40X	Hiperplasia de la próstata	51
E660	Obesidad debida a exceso de calorías	46
A920	Enfermedad por virus Chikungunya	46
J209	Bronquitis aguda no especificada	45

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

Para el año 2,015, dentro de las primeras causas de morbilidad se encuentran: Hipertensión esencial primaria que representa el 47% de las atenciones para estas 10 patologías, trastornos del ojo con el 17% de las atenciones, diabetes mellitus con el 10% de las atenciones, Chikungunya, hipotiroidismo, dolores articulares, bronquitis, hiperplasia de la próstata e IVU por debajo del 10%.

#### 2.3.5 EGRESOS HOSPITALARIOS

Tabla 34. Comparativo de Egresos Hospitalarios 2012 - 2015

SEDE	2012		2013		2014		2015	
	NUMERO EGRESOS	NUMERO IPS	NUMERO EGRESOS	NUMERO IPS	NUMERO EGRESOS	NUMERO IPS	NUMERO EGRESOS	NUMERO IPS
BOGOTÁ	2214	19	1918	22	1763	21	1342	24
MEDELLÍN	336	12	348	10	357	12	352	19
MANIZALES	236	6	211	7	227	7	237	7
PALMIRA	82	6	94	6	108	9	72	8
<b>TOTAL</b>	<b>2868</b>	<b>43</b>	<b>2571</b>	<b>45</b>	<b>2455</b>	<b>49</b>	<b>2003</b>	<b>58</b>

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

De acuerdo a la tabla de Egresos Hospitalarios<sup>2</sup> para el año 2015, se reportan 2003 egresos, correspondiente a 1395 pacientes; se evidencia disminución de 452 egresos frente al año inmediatamente anterior, lo que equivale a un 18.4%; resultado que continúa la tendencia evidenciada desde el año 2012.

Durante esta vigencia el tablero de Gestión de Egresos Hospitalarios estandarizado a nivel nacional permitió a las sedes continuar con el análisis y control mensual de 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 el área 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.

La proporción de pacientes que requirieron más de una hospitalización en el año sobre el total de egresos de UNISALUD es del 25.23% (352 usuarios) con las siguientes proporciones para cada sede: Bogotá 78.4% (276 usuarios), Medellín 15.3% (54 usuarios), Manizales 2.0% (7 usuarios) y Palmira 4.3% (15 usuarios). Es relevante anotar que el número de hospitalizaciones es directamente proporcional al alto número de comorbilidades y la complejidad de manejo de los pacientes que las requirieron.

#### 2.3.5.1 SEDE BOGOTÁ

De acuerdo a lo relatado anteriormente la tabla de Egresos Hospitalarios para el año 2015, evidencia una disminución en el número de egresos en 23.88% frente al año inmediatamente anterior; esta tendencia viene ocurriendo desde el año 2010, exceptuando el año 2012 en que presentó un incremento. Este resultado es atribuible al impacto de los programas para el control de enfermedades crónicas, al programa de atención domiciliaria y al programa adulto mayor, enfocados en la intervención para el mejoramiento de hábitos y estilos de vida; de igual manera influyen en este resultado, la detección de enfermedades no transmisibles en etapa temprana durante las actividades de Promoción y Prevención.

Sin embargo, es pertinente relatar que el número de días de estancia del año 2015 (8.518) con relación al año 2014 (6.949) se incrementó en un 22.6%, lo que podría estar reflejando un mayor estado de complejidad en las causas que requirió hospitalizaciones más prolongadas; esta situación conserva la tendencia del año 2014 en la cual el incremento fue solamente de 1.3%.

De la información consolidada se encontró que, los grupos diagnóstico que requirieron estancias hospitalarias más prolongadas son los siguientes: Grupo enfermedades del sistema circulatorio: 1643 días; Grupo trastornos mentales y del comportamiento: 1302 días; Grupo enfermedades del sistema respiratorio 989 días; Grupo enfermedades del sistema genitourinario 763 días, Grupo enfermedades del sistema digestivo 741 días y Grupo tumores 630 días. (Total 1333 días)

---

<sup>2</sup> Egreso Hospitalario: Es el retiro de los servicios de hospitalización de un paciente que ha ocupado una cama del hospital. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, fallecimiento, retiro voluntario del paciente u otro.

En cuanto a egresos se encuentra que los grupos diagnósticos que generaron mayor número de hospitalizaciones son: Grupo enfermedades del sistema circulatorio 220 egresos, Grupo enfermedades del sistema digestivo 182 egresos, Grupo enfermedades del sistema genitourinario 177 egresos, Grupo enfermedades del sistema respiratorio 135 egresos y Signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. Por otra parte 122 hospitalizaciones se asocian con aquellas impresiones diagnósticas que no son actualizadas durante la hospitalización.

Los diagnósticos asociados a mayor número de egresos, correspondientes al 25.5% del total de la sede son en su orden: N40X (Hiperplasia de la próstata), N390 (Infección de vías urinarias, sitio no especificado), K808 (Otras coleditiasis), J441 (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada), K359 (Apendicitis aguda, no especificada), M199 (Artrosis, no especificada), I219 (Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación), I500 (Insuficiencia cardíaca congestiva), J159 (Neumonía bacteriana, no especificada) y I679 (Enfermedad cerebrovascular, no especificada).

Estos hallazgos concuerdan con lo esperado de acuerdo a la pirámide poblacional de los usuarios de la sede, predominando condiciones crónicas, degenerativas y cardiovasculares. En este periodo se encuentra, nuevamente, entre las primeras causas de hospitalización la infección de vías urinarias, lo que podría corresponder a un alto número de usuarios con patología de base facilitadora de esta condición, a excesiva utilización de este código de diagnóstico por parte de profesionales de la red o a omisión en la evolución de los diagnósticos en la IPS de la red, porque se evidenció que los diagnósticos de egreso en algunas de las IPS no se actualizan y reportan el de ingreso que en la mayoría de los casos es presuntivo, por lo tanto no es el real y definitivo ni el que genera la ampliación en el número de días de estancia.

#### 2.3.5.2 SEDE MEDELLÍN

La sede presenta un leve descenso en el número de egresos hospitalarios equivalentes a 1.4% en el año 2015 (5 egresos), por primera vez en el periodo revisado 2012 a 2015.

Los grupos diagnósticos que se asocian a mayor número de días de estancia hospitalaria, son en su orden: Signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte con 304 días, Grupo enfermedades del sistema respiratorio con 280 días, Grupo tumores con 256 días, Grupo enfermedades del sistema circulatorio con 215 días y Grupo traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa con 149 días.

Los grupos asociados a mayor número de egresos hospitalarios son en su orden: Grupo Signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte con 68 hospitalizaciones, Grupo enfermedades del sistema respiratorio con 41 hospitalizaciones, Grupo enfermedades del sistema circulatorio con 37 hospitalizaciones, Grupo enfermedades del sistema genito-urinario con 33 hospitalizaciones y Grupo enfermedades del sistema digestivo.

Esta información permite evidenciar una relación directa entre los grupos diagnóstico y el número de ingresos y días de estancia. Los diagnósticos pertenecientes al Grupo Signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte, corresponden igual que en la sede Bogotá a aquellas impresiones diagnósticas que no son evolucionadas

durante la hospitalización; las más frecuentes para la sede Medellín son: cefalea, dolor en el pecho no especificado, dolor no especificado, diarrea funcional, mareo y desvanecimiento y dolor abdominal localizado en la parte superior. Se requiere seguimiento específico para este hallazgo, por parte del auditor concurrente de la sede, retroalimentación a las IPS de la red, generación de un plan de mejora por parte de ellos y verificación a la implementación del mismo por parte del supervisor del contrato.

Los diagnósticos asociados a las primeras causas de egresos hospitalarios y que corresponden al 5.95% del total de estancias, son en su orden: C845 (Otros linfomas de células T y los no especificados), C349 (Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada), J441 (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada), J441 (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada), D437 (Tumor de comportamiento incierto o desconocido de otras partes especificadas del sistema nervioso central), E802 (Otras porfirias), C859 (Linfoma no Hodgkin, no especificado), M511 (Trastornos de disco lumbar y otros, con radiculopatía), L500 (Urticaria alérgica) y C229 (Tumor maligno del hígado, no especificado). Estas patologías son en general enfermedades no transmisibles de difícil manejo.

#### 2.3.5.3 SEDE MANIZALES

Se encuentra un aumento en el número de egresos hospitalarios del 4.4% (10 egresos) comparado con el 2014, siendo la única sede con esta tendencia.

Los diagnósticos asociados a mayor número de días de estancia hospitalaria, 385 días correspondiente a (38.2%) son: N390 (Infección de vías urinarias de sitio no especificado), asociada a patologías que facilitan la presencia de la infección como: cáncer de próstata y Diabetes Mellitus. Siguen en orden de frecuencia: I219 (Infarto agudo de miocardio sin otra especificación), C162 (Tumor maligno del cuerpo del estómago), J159 (Neumonía bacteriana no especificada), T846 (Infección y reacción inflamatoria debidas a dispositivo de fijación interna), K350 (Apendicitis aguda con peritonitis generalizada), A419 (Septicemia no especificada), I472 (Taquicardia ventricular), S720 (Fractura del cuello de fémur) y A09X (Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso).

Se registraron algunos casos con días de estancia superiores a 20 días, a los cuales se les realizó seguimiento, encontrando se trataba de: paciente mayor de 90 años con fractura de cadera e infección en sitio operatorio secundaria, paciente con peritonitis secundaria a apendicitis, paciente con sepsis de origen urinaria posterior a biopsia transrectal de próstata y paciente con arritmia ventricular de difícil manejo. A los tres primeros casos les fue realizado análisis de eventos adversos por parte de la IPS, con participación de la sede.

Los diagnósticos asociados a mayor frecuencia de egresos son en su orden: N390 (Infección de vías urinarias de sitio no especificado), A09X (Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso), J159 (Neumonía bacteriana no especificada), I48X (Fibrilación y aleteo auricular), J209 (Bronquitis aguda no especificada), J441 (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada), C61X (Tumor maligno de la próstata), G441 (Cefalea vascular NCOP), I10X (Hipertensión esencial) y I209 (Angina de pecho no especificada). Corresponden al 28.8% (69) de los egresos de la vigencia.

Tal como se evidenció anteriormente y de acuerdo con la tendencia obtenida en 2014, la infección de vías urinaria continúa siendo la primera causa de estancia hospitalaria con 23

egresos en 21 pacientes (10 casos más que los registrados en el año 2014), con un promedio de estancia de 5,1 días. Respecto a la frecuencia de la Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, se debe recordar que dada la infraestructura de la sede Manizales, no se cuenta con habilitación para un servicio de observación, ni atención de urgencias y la ciudad no tiene IPS de segundo nivel, con la que se pueda contratar la atención de pacientes con estas patologías, las cuales requieren hidratación y una corta observación.

#### 2.3.5.4 SEDE PALMIRA

En el año 2015, la sede presenta la mayor disminución porcentual en el número de egresos, 33.3% (36 egresos) respecto a la vigencia 2014. Además de disminución del 20% de los días de estancia con respecto al año anterior, correspondiente a un total de 429 días frente a 538 días en el año 2014 y 12% de disminución en los días de estancia frente al año 2013 donde se registraron 488 días.

En cuanto a número de pacientes hospitalizados, también se observa disminución del 11% con respecto al año anterior (72 pacientes frente a 81 del año 2014).

Estos resultados se correlacionan con las capacitaciones realizadas en el año 2015, sobre manejo de las patologías generadoras del mayor número de remisiones y el fortalecimiento del programa para pacientes con riesgo cardiovascular aumentado mediante la contratación de una entidad que maneja de manera integral estos usuarios, con buenos resultados en cuanto a control de las patologías y diagnósticos oportunos.

Los diagnósticos relacionados con el mayor número de estancias hospitalarias son en su orden: C211 (Tumor maligno del conducto anal), J209 (Bronquitis aguda no especificada), N390 (Infección de vías urinarias no especificado), K449 (Hernia diafragmática sin obstrucción ni gangrena), R001 (Bradicardia no especificada), A419 (Septicemia no especificada), R104 (Otros dolores abdominales y los no especificados), N390 (Infección de vías urinarias sitio no especificado), O234 (Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo).

Los diagnósticos relacionados con el mayor número de egresos son en su orden: N390 (Infección de vías urinarias no especificado), J209 (Bronquitis aguda no especificada), R001 (Bradicardia no especificada), C323 (Tumor maligno del cartílago laríngeo); J159 (Neumonía bacteriana no especificada), C211 (Tumor maligno del conducto anal) y K449 (Hernia diafragmática sin obstrucción ni gangrena).

Se realizó la revisión de hospitalizaciones consideradas evitables, para lo cual se adoptó el estudio realizado en la Universidad ICESI, en el cual establecen los principales diagnósticos CIE 10 relacionados con estancia hospitalaria evitable; teniendo en cuenta estos códigos, se estableció que de los 72 egresos hospitalarios del 2015 en la sede, 4 se relacionan con causas evitables, siendo el 5,5% de los egresos hospitalarios; los diagnósticos presentados se relacionan con hipertensión arterial y EPOC, patologías que hacen parte de los programas preventivos; el 50% de los pacientes hospitalizados en esta categoría son hombres y el 50% son cotizantes; por otra parte se logra evidenciar que asistían a los programas, por lo tanto, se revisarán los puntos sobre los cuales hacer énfasis en cuanto al cuidado y el control de la patología de base.

### 2.3.6 MORTALIDAD

Tabla 35. Mortalidad Unisalud 2012-2015

SEDE	2012			2013			2014			2015		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
BOGOTÁ	60	43	103	46	65	111	54	78	132	48	56	104
MEDELLÍN	10	13	23	8	8	16	18	12	30	13	19	32
MANIZALES	2	4	6	10	4	14	6	6	12	4	5	9
PALMIRA	3	3	6	3	5	8	6	5	11	2	6	8
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>63</b>	<b>138</b>	<b>67</b>	<b>82</b>	<b>149</b>	<b>85</b>	<b>101</b>	<b>185</b>	<b>67</b>	<b>86</b>	<b>153</b>

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

Durante el 2015 se registró disminución del 16.75% en la mortalidad con respecto a la anterior vigencia, el año 2014 presentó un comportamiento notorio por el aumento considerable en la mortalidad.

La distribución de los pacientes fallecidos en la vigencia 2015 de acuerdo al género es de 42.85% para el femenino y 57.15% para el masculino. El promedio global de edad para este indicador en 2015 fue de 79 años, 79.45 años para mujeres y 78.55 años para hombres.

El promedio de edad de los fallecidos supera el indicador de esperanza de vida en Colombia en dos Sedes, según el DANE<sup>3</sup> 73.57 años y para la OMS<sup>4</sup> para Colombia 75 años. Las edades fueron las siguientes: la sede Bogotá 81 años, Medellín 77.7 años, Manizales 68.44 años y Palmira 72.6 años. Es relevante anotar que la carga predominante es en enfermedades de alto costo.

Persiste la dificultad de vigencias anteriores en cuanto a las causas de muerte, debido a que queda registrada en el segmento del certificado de defunción que el profesional que lo expide debe retornar al ente territorial o a la IPS correspondiente y el registro y actualización de las causas de muerte en la base de datos del DANE, a cargo de los entes territoriales respectivos y es publicada de manera inoportuna. Frente a este inconveniente, se está gestionando ante el DANE y el Ministerio de Salud, el acceso para la EAPB a los registros de causa de mortalidad reportado en los certificados de defunción de los afiliados a Unisalud.

De 153 fallecidos en 40 casos (26.6%) no hay registro de causa de muerte. De las causas de muerte registradas, se encuentra en orden de frecuencia: J960 (Insuficiencia respiratoria aguda) 5 reportes, N390 (Infección de vías urinarias sitio no especificado) 4 Reportes, R99X (Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad) 4 reportes, I679(Enfermedad cerebrovascular no especificada) 3 reportes, J441 (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada) 3 reportes, I500 (Insuficiencia cardiaca congestiva) 3 reportes, J189 (Neumonía no especificada) 3 reportes, R104 (Otros dolores abdominales y los no especificados) 3 reportes y R092 (Paro respiratorio) 3 reportes.

<sup>3</sup> DANE: Proyecciones de la población para el año 2011.

<sup>4</sup> OMS: informe estadístico sobre la salud en el mundo, Mayo de 2013



Respecto al tipo de afiliación, se encuentra que de los 153 fallecidos, 47 corresponden a beneficiarios (30.7%) y 106 a afiliados cotizantes (69.3%).

Particularmente el comportamiento por sedes es el siguiente:

#### *2.3.6.1 SEDE BOGOTÁ*

En el 2015 se presentó una disminución del número de defunciones de 22% (de 133 en el 2014 a 104 en el 2015). La proporción respecto al género corresponde al 54% a expensas del género femenino y el 46% restante al masculino, tendencia constante respecto a vigencias anteriores.

El 79% del total de las defunciones, corresponde a mayores de 70 años en el 2015, con relación al 2014 esta proporción aumentó en un 21%, igual que en las dos vigencias anteriores. Es de resaltar que la edad menor fue de 56 años género femenino. Las causas más frecuentemente informadas, fueron las oncológicas y las cardíacas, cada una con un 15%, seguida por las pulmonares 13%.

Respecto la vigencia anterior se encuentra incremento del 33% al 77% en el registro de la causa de muerte, lo que demuestra una mejora evidente en el procedimiento de búsqueda del dato, sin embargo, como se dijo anteriormente, se gestiona actualmente el acceso a los registros de causa de muerte de los afiliados a Unisalud.

#### *2.3.6.2 SEDE MEDELLÍN*

El total de fallecidos durante el 2015 es de 32 pacientes se observa que se mantiene el incremento presentado para la vigencia anterior, lo cual se puede explicar por la alta incidencia de patologías de alto costo en una población cada vez más envejecida; es de resaltar que para esta vigencia disminuyeron las causas de mortalidad prevenible, lo que se atribuye al posicionamiento de los programas de promoción y prevención.

La primera causa de mortalidad para el año 2015, corresponde a tumores malignos y neoplasias con un 35%, la cual se mantiene comparativamente al año 2014; la segunda causa corresponde a las enfermedades respiratorias crónicas con un 23% y en el tercer lugar se registran las enfermedades del cardiovasculares con 16%.

#### *2.3.6.3 SEDE MANIZALES*

La Sede registra para el año 2015 el fallecimiento de 9 pacientes, 25% menos que los registrados en el año 2014, en el cual se registraron 12 casos y uno menos que los registrados en el año 2013. Las causas de muerte obedecen en su mayoría a patología tumoral y ninguna se presentó como consecuencia de casos prevenibles o a edades tempranas.

El 77% de las muertes ocurridas en el 2015, se asociaron a diagnóstico de cáncer (2 casos de cáncer de colon, 2 de cáncer gástrico uno de los cuales cursaba también con VIH/SIDA, un caso con ameloblastoma en piso de boca, un caso con cáncer de mama y un caso con cáncer cerebral); a diferencia del año 2014 en el cual solo el 33% de los fallecimientos se

asociaron a cáncer, esto refleja una tendencia cada vez mayor de la patología tumoral en nuestra población. Los otros dos casos de fallecimientos reportados en el 2015 correspondieron a dos mujeres de 96 y 78 años con diagnóstico de neumonía y falla cardiaca terminal.

Siete de los nueve pacientes fallecidos en el 2015, es decir un 77%, murieron a una edad promedio de 73 años y solo 2 pacientes murieron a los 50 años en promedio. En el año 2014 el 66% de los usuarios fallecidos registraban una edad mayor de 66 años, lo anterior nos muestra una tendencia a que nuestros usuarios tengan una expectativa de vida cada vez mayor.

#### 2.3.6.4 SEDE PALMIRA

En el año 2015 se presentó una disminución en la mortalidad con respecto al año anterior, pasando de 11 casos en el 2014 a 8 casos en el 2015, equivalente a una disminución del 27.3% y presentándose el mismo número de fallecidos del año 2013.

En cuanto a tipo de afiliación, fallecieron 5 cotizantes y 3 beneficiarios, por género: 6 mujeres y 2 hombres. La edad promedio de muerte es 72,6 años.

Las causas de muerte registradas son las siguientes: 3 por paro cardíaco, 2 por Insuficiencia renal, uno por neumonía, uno por angina inestable y uno por mieloma múltiple.

La sede trabaja de manera permanente en la implementación del modelo de gestión de riesgo con redes integradas de servicios de salud, que permita la intervención de muertes tempranas o evitables, se debe mencionar que dentro de la mortalidad presentada se encuentran algunas relacionadas con cáncer.

#### 2.3.7 ALTO COSTO

UNISALUD mediante oficio No. 0544-14 realiza la adjudicación del contrato 01-2014 de la Póliza de Enfermedades de Alto Costo No.4411111229, a QBE Seguros S.A., el cual fue prorrogado y adicionado el día 30 de enero de 2015, Sin modificación de las coberturas iniciales, y con restitución del deducible. A continuación se presentan las condiciones de la póliza:

Tabla 36. Información Póliza de Alto Costo

Prima por paciente	\$7.010
Deducible	\$57.000.000
Límite asegurado	\$150.000.000
Cofinanciación Programas de Promoción y Prevención	2%
Vigencia total de la Póliza, incluida la prórroga	24 meses (1/03/2014 a 28/02/2015)
Intermediario	JLT corredor de seguros S.A.

Fuente: División Nacional de Servicios de Salud

Coberturas:

**COBERTURA PÓLIZA ALTO COSTO – LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD (UNISALUD) DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA.**

1. Casos de pacientes con Enfermedad Cardiovascular.
2. Casos de pacientes con afecciones del Sistema Nervioso Central.
3. Casos de pacientes en cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica.
4. Manejo médico-quirúrgico del paciente Gran Quemado.
5. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.
6. Casos de pacientes con Cáncer
7. Reemplazos Articulares
8. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
9. Trasplante renal, de corazón, de hígado, de médula ósea, córnea e implante coclear.
10. Manejo del Trauma Mayor.
11. Manejo Quirúrgico de Enfermedades Congénitas.

Para la realización del presente informe, se tiene en cuenta la información de la última base procesada de datos de alto costo, la cual tiene como fecha de corte el 30 de noviembre de 2015. Adicionalmente, se debe tener presente que debido a que las reclamaciones son objeto de auditoría por parte de la Aseguradora, las cifras son dinámicas en la medida que los periodos de reclamación estén abiertos para las pólizas; en otras palabras en un nuevo corte, para el mismo reporte, los valores pueden ser modificados.

A continuación se presenta un análisis de los eventos de alto costo de la población afiliada a UNISALUD, el cual contempla elementos de caracterización del perfil de estas patologías. Adicionalmente, se tienen en cuenta las circunstancias que inciden directamente sobre el comportamiento del Alto Costo en nuestra Unidad, como son el aumento de la población adulta mayor más proclive a presentar Patologías Crónicas, el acceso al uso de tecnología de punta que permite diagnosticar en fases tempranas las Patologías de Alto Costo, el efecto del costo de la atención por las tarifas negociadas con las IPS y el grado de implementación de los programas de Promoción y Prevención.

Tabla 37. Distribución de la población de Unisalud por Tipo de Afiliación, Sede y Ciclo

<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>BOGOTÁ</b>	<b>%</b>	<b>MANIZALES</b>	<b>%</b>	<b>MEDELLÍN</b>	<b>%</b>	<b>PALMIRA</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
Menores de 1 año	27	0.2	4	0.3	17	0.5	2	0.2	50
1 a 4 años	199	1.7	29	2.0	69	1.8	18	1.8	315
5 a 14 años	936	8.0	133	9.1	258	6.8	90	9.1	1417
15 a 24 años	1523	13.0	216	14.8	446	11.8	130	13.2	2315
25 a 44 años	1313	11.2	216	14.8	519	13.8	107	10.9	2155
45 a 59 años	2781	<b>23.7</b>	397	<b>27.2</b>	952	<b>25.2</b>	263	<b>26.7</b>	4393
60 a 79 años	4058	<b>34.6</b>	413	<b>28.2</b>	1293	<b>34.3</b>	327	<b>33.2</b>	6091
Mayor de 80 años	884	7.5	54	3.7	217	5.8	48	4.9	1203
<b>Total</b>	<b>11721</b>	<b>100.0</b>	<b>1462</b>	<b>100.0</b>	<b>3771</b>	<b>100.0</b>	<b>985</b>	<b>100.0</b>	<b>17939</b>

Fuente: Base de datos Noviembre 2015 - Última base procesada para alto costo.

De acuerdo a distribución por grupo de edad y sede, podemos observar que la mayor concentración de la población para las cuatro sedes, se presentan en las edades de 60 a 79 años, seguido de la población de 45 a 59 años de edad. Esta distribución nos permite determinar el direccionamiento de las acciones preventivas, porque del total de la población el 58.4% se encuentra entre los 45 y los 79 años de edad.

La estructura poblacional que presenta UNISALUD con información en el último trimestre procesado sobre sus características respecto de su crecimiento, dependencia económica y el proceso de envejecimiento permite calcular los siguientes indicadores.

Tabla 38. Indicadores de estructura demográfica de la población Unisalud

Indicadores demográficos	Septiembre a Noviembre 2015
Población total	17.939
Población masculina	8.320
Población femenina	9.619
Relación de hombre: mujer	86
Razón de niños: mujer	12
Índice de infancia	10
Índice de Juventud	14
Índice de vejez	31
Índice de envejecimiento	33
Índice demográfico de dependencia	68
Índice de dependencia infantil	17
Índice de dependencia de mayores	51
Índice de Friz	98

Fuente: Base de datos de reaseguro Noviembre 2015

La interpretación de estos indicadores para Unisalud, en el periodo contemplado, es la siguiente:

- Relación hombre-mujer: por cada 100 mujeres hay 86 hombres.
- Razón de niños-mujer: por cada 100 mujeres en edad fértil (16 a 49 años) hay 12 niños y niñas (0-4 años).
- Índice de infancia: de 100 personas, 10 corresponden a población hasta los 14 años.
- Índice de juventud: de 100 personas, 14 corresponden a población de 15 a 29 años.
- Índice de vejez: por cada 100 personas hay 31 personas mayores de 65 años.
- Índice de envejecimiento, por cada 100 personas menores de 15 años, hay 33 personas mayores de 65 años.
- El índice demográfico de dependencia refleja que por cada 100 personas entre los 15 a 64 años, hay 68 personas dependientes menores de 15 años y mayores de 65 años y más.
- 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 de mayores, evidencia que por cada 100 personas entre los 15 a 64 años, 51 personas de 65 años y más son dependientes.
- El Índice de Friz<sup>5</sup> para la población afiliada a UNISALUD durante el último trimestre es de 98, es decir, es una población madura en donde la cantidad de jóvenes

<sup>5</sup> El índice de Friz, permite establecer si la población está envejeciendo o no, de tal manera que si este índice es mayor de 160, la población se considera joven, si se halla entre 60 y 160, madura, y si es menor de 60, vieja. Minsalud - Análisis de Situación de Salud – 2013.

disminuye y la población va envejeciendo. Este indicador representa el porcentaje de población menor de 20 años, con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años, lo que permite identificar tempranamente los factores de riesgo para la presencia de enfermedades en este grupo de edad.

### 2.3.7.1 DISTRIBUCIÓN DE AVISOS Y PREAVISOS DE ALTO COSTO

Tabla 39. Distribución de avisos/preavisos por sede a Nov 2015

SEDE	TOTAL AVISOS 2015	PORCENTAJE
BOGOTÁ	222	52.2%
MEDELLÍN	136	32.0%
MANIZALES	59	13.9%
PALMIRA	8	1.9%
<b>Total general</b>	<b>425</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de reaseguro Noviembre 2015

Para la vigencia 2014 se contaba con un acumulado de 803 usuarios que presentaron eventos de alto costo cubiertos por la póliza; en la vigencia 2015 con corte a 30 de noviembre de 2015 se reportaron 425 usuarios nuevos, lo que aporta un 52.92% más respecto a la vigencia anterior.

La distribución por sede evidencia concentración de reporte de eventos en la sede Bogotá con un 52.23%, en segundo lugar se encuentra la sede Medellín con un 32%, la sede Manizales representa el 13.88% y en último lugar la sede Palmira con un 1.8% del total de los siniestros reportados. Este comportamiento atiende no solo un crecimiento en el número de reportes para la sede Bogotá, respecto a los avisos/preavisos realizados por las demás sedes, sino la diferencia en la cantidad de usuarios afiliados por sede.

La fuente de esta información, la constituye el software del corredor de seguros, en el cual, las sedes reportan los siniestros identificados. Es importante recordar que teniendo en cuenta el periodo de reclamación<sup>6</sup> de las pólizas, algunos siniestros de la vigencia pueden ser reportados posteriormente.

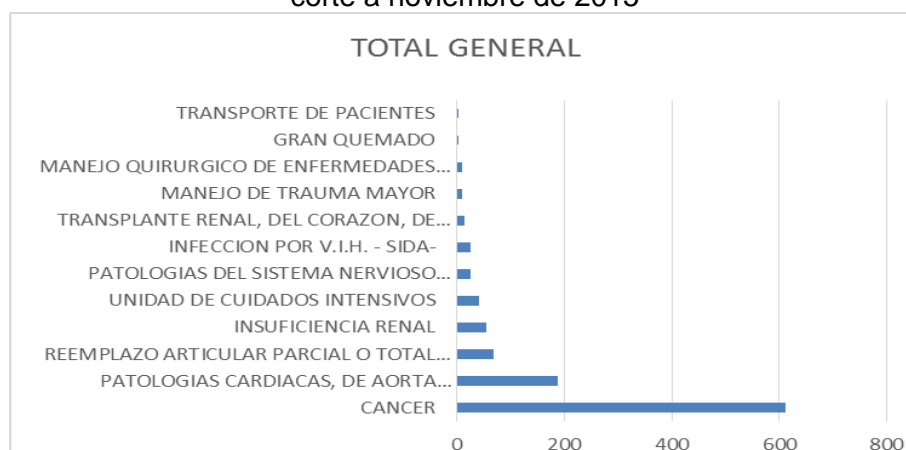
### 2.3.7.2 PREVALENCIA E INCIDENCIA DE AVISOS POR SEDE

Los amparos identificados se agrupan en 11 categorías que han permanecido durante el histórico de los informes trimestrales realizados desde el inicio de la póliza.

---

<sup>6</sup>Periodo de reclamación. 2 años en periodo ordinario contado a partir de la finalización de la vigencia de las pólizas y 5 años en periodo extraordinario.

Tabla 40. Distribución de los amparos presentados en la población afiliada a Unisalud con corte a noviembre de 2015



Fuente: Base de datos avisos corte noviembre 2015

La gráfica permite evidenciar que la carga de enfermedad la tiene la patología cáncer con el 57.9 % en la población reportada por Unisalud al aplicativo de alto costo, seguido de Patologías cardiacas, de aorta torácica y/o abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales con un 17.7%, Reemplazo articular (total/parcial, cadera/rodilla) con un 6.5%, Insuficiencia Renal con el 5.1%, Unidad de Cuidado Intensivo con el 3.9%, Patologías del Sistema Nervioso Central con el 2.5%, Infección por VIH con el 2.4% y el 4 % restante está distribuido entre Manejo de Trauma Mayor, Manejo Quirúrgico de Enfermedades Congénitas, Gran Quemado y Transporte De Pacientes. Para este periodo se encuentra estabilidad en la proporción de los amparos.

Tabla 41. Acumulado de alto costo por sexo a noviembre de 2015

AMPARO	BOGOTA		MANIZALES		MEDELLIN		PALMIRA		Total general
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
CANCER	164	111	52	40	101	71	30	43	612
PATOLOGIAS CARDIACAS, DE AORTA TORAXICA Y ABDOMINAL, VENA CAVA, VASOS PULMONARES Y RENALES	27	100	7	7	11	22	4	9	187
REEMPLAZO ARTICULAR PARCIAL O TOTAL DE CADERA O RODILLA	34	14	4	2	4	2	4	5	69
INSUFICIENCIA RENAL	16	14	1	8	3	7	4	1	54
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	12	13	3	1	5	4	2	1	41
PATOLOGIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	9	3	2	1	2	2	2	5	26
INFECCION POR V.I.H. - SIDA-	3	9	0	1	0	10	0	2	25
TRANPLANTE RENAL, DEL CORAZON, DE HIGADO, DE MEDULA OSEA E IMPLANTE COCLEAR	6	5	0	1	2	1	0	0	15
MANEJO DE TRAUMA MAYOR	1	1	1	0	3	3	2	0	11
MANEJO QUIRURGICO DE ENFERMEDADES CONGENITAS	3	3	1	2	0	0	0	0	9
GRAN QUEMADO	1	1	2	0	0	0	0	0	4
TRANSPORTE DE PACIENTES	1	2	1	0	0	0	0	0	4
<b>Total general</b>	<b>277</b>	<b>276</b>	<b>74</b>	<b>63</b>	<b>131</b>	<b>122</b>	<b>48</b>	<b>66</b>	<b>1.057</b>

Fuente: Base de datos avisos corte noviembre 2015

Los avisos se distribuyen en un 50% para cada género (530 casos en mujeres y 527 en hombres), a diferencia de la vigencia anterior, durante la cual los avisos se distribuyeron: 53% género masculino y un 47% para el género femenino; esto lleva a proyectar el trabajo de los programas de promoción y prevención hacia ambos sexos con el fin de lograr

detectar patologías de alto costo en etapas tempranas y obtener un mejor resultado en el tratamiento de las mismas, contrario al énfasis en hombres que se había planteado en la vigencia anterior.

Para el género Masculino el mayor número de avisos se observó en la sede Bogotá con 276 avisos, seguido de la sede Medellín con 122 avisos, en tercer lugar se encuentra la sede Palmira con 66 avisos y con la menor cantidad la sede Manizales con 63 avisos. Para el género Femenino el mayor número de avisos se observó en la sede Bogotá con 277 avisos, seguido de la sede Medellín con 131 avisos, en tercer lugar se encuentra la sede Manizales con 74 avisos y con la menor cantidad la sede Palmira con 48 avisos.

Tabla 42. Avisos amparo cáncer 2015 con corte a 30/11/2015

DIAGNOSTICO	BOGOTA	MANIZALES	MEDELLIN	PALMIRA	Total general
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>87</b>	<b>33</b>	<b>101</b>	<b>2</b>	<b>223</b>
VALOR PORCENTUAL	39,01	14,80	45,29	0,90	100

Fuente: Base de datos avisos corte noviembre 2015

En la vigencia 2015, con corte a 30 de noviembre de 2015, se reportaron 223 casos nuevos de cáncer, muy por encima de lo proyectado en la tasa de incidencia del seguimiento a los usuarios con cáncer durante las vigencias 2012, 2013 y 2014, que correspondía a 119 diagnósticos de cáncer al año. De acuerdo a los datos encontrados la incidencia para la vigencia 2015 es de 8,09 casos nuevos por cada 1.000 afiliados.

Este hallazgo se puede atribuir a un mayor número de los reportes asociados al establecimiento de la cultura del reporte, a las actividades de Promoción y Prevención específicas para Unisalud (ejemplo: actividades de detección temprana de cáncer gástrico, de colon, de mama, etc.) y a un aumento real en el número de casos; durante el año 2016, se deberá realizar un seguimiento a las causas principales. De igual manera, se deberá continuar con las estrategias de detección temprana de esta patología y una evaluación técnica a los resultados de las mismas; porque de acuerdo a la evidencia, el diagnóstico temprano del cáncer contribuye a una mejor calidad de vida y mayor éxito en el tratamiento.

Tabla 43. Prevalencia de VIH e IRC de Unisalud

NOMBRE INDICADOR	FORMULA	RESULTADO
Prevalencia de VIH entre personas de 15-49 años	No. Total de usuarios de 15 a 49 años con diagnostico VIH / No total de población de 15 a 49 años durante el periodo evaluado	0,123
Prevalencia de IRC	No. Total de usuarios con diagnostico de IRC / No total de población mayor de 18 años durante el periodo evaluado	0,41

Fuente: Base de datos avisos corte noviembre 2015

Realizando un análisis comparativo entre la prevalencia de la Insuficiencia Renal Crónica y el VIH para Unisalud frente a la información disponible a nivel país, tenemos que la

prevalencia de VIH en UNISALUD entre los afiliados entre 15 y 49 años se encuentra dentro del rango establecido por debajo del 1%, aunque para Insuficiencia Renal Crónica la prevalencia en Unisalud en mayores de 18 años, continúa siendo comparable con la del régimen subsidiado y superando las proyecciones nacionales.

Evaluada esta información y relacionada con la pirámide poblacional, la información de egresos hospitalarios y el perfil de morbilidad para UNISALUD en el año 2015, en el cual seis de las primeras diez causas son reconocidas patologías precursoras de insuficiencia renal (hipertensión, dislipidemia, obesidad y diabetes), resalta la importancia de fortalecer las actividades de Detección Temprana y Protección Específica y en los Programas propios para el manejo de pacientes con patologías crónicas, con el objetivo de detectar pacientes con alto riesgo y factores modificables, realizar diagnósticos tempranos, optimizar el manejo de los pacientes con diagnóstico de novo y realizar estricto seguimiento de las metas en pacientes con patología ya establecida. De no ser tomada en cuenta esta información para la planeación de actividades, la actualización de los programas propios y la adopción de los nacionales, se estaría permitiendo que las enfermedades continúen su curso, generando que en pocos años el manejo de los pacientes sea económicamente insostenible.

Al evaluar el costo de las patologías contempladas en los amparos de la póliza, se encuentra que representan un importante impacto económico para la Unidad; debemos resaltar el trabajo permanente de los integrantes de la misma, que permite recobrar de manera efectiva los recursos invertidos en la salud de nuestros usuarios. Parte de estos recursos son reembolsados con el fin de ser utilizados en las actividades de Detección Temprana y Protección Específica.

Tabla 44. Reclamaciones Póliza N. 44110000229 Alto Costo

VIGENCIA INICIAL Y PRORROGA DEL 1 DE MARZO DE 2014 AL 29 DE FEBRERO DE 2016							
SEDES UNISALUD	No. RECLAMOS	VALOR RECLAMADO	VALOR DEDUCIBLE Y/O EXCEDENTE LIMITE ASEGURADO	VALOR LIQUIDACION REAL	VALOR PAGADO	VALOR EN TRAMITE	TOTAL GLOSA FINAL CON CORTE AL 31/12/2015
BOGOTÁ	12	\$1.237.821.269	\$702.323.394	\$535.497.875	\$257.816.823	\$222.111.463	\$55.569.589
MANIZALES	1	\$68.873.412	\$57.000.000	\$11.873.412	\$0	\$11.873.412	\$0
MEDELLIN	13	\$1.875.446.230	\$1.018.433.155	\$857.013.075	\$602.572.979	\$87.839.246	\$166.600.850
PALMIRA	1	\$128.242.493	\$57.000.000	\$71.242.493	\$0	\$71.242.493	\$0
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>27</b>	<b>\$3.310.383.404</b>	<b>\$1.834.756.549</b>	<b>\$1.475.626.855</b>	<b>\$860.389.802</b>	<b>\$393.066.614</b>	<b>\$222.170.439</b>

Fuente: Certificación por sede, Corredor de Seguros con corte al 31 de Diciembre de 2015<sup>7 8</sup>

<sup>7</sup> El VALOR RECLAMADO, relacionado en la columna del cuadro anterior se refiere a los montos brutos recobrados (sin descontar deducible y montos que sobrepasan el límite asegurado) por cada una de las sedes a la póliza de alto costo.

<sup>8</sup> EL VALOR GLOSA FINAL, relacionado en la columna del cuadro anterior se refiere a las reclamaciones que la aseguradora glosa u objeta cuando se presentan inconsistencias en lo que respecta a su presentación, consolidación, aplicación de tarifas, cobertura de servicios, entre otros, con la salvedad de que algunos siniestros se pueden reconsiderar y dar respuesta a las mismas dentro de un plazo establecido



Se aprecia en la tabla que de un total de \$3.310.383.404 pagados por UNISALUD a las IPS de su red por concepto de la atención de los 27 pacientes que han sido objeto de trámite ante la Aseguradora, se han recobrado el 26% del total y se encuentra en proceso cobros un valor aproximado del 11,8%. El valor asumido por la Unidad por concepto de valor no recobrable, a la fecha representa el 55.4% del valor inicial.

Es importante recordar que los siniestros a cargo de esta póliza tienen un plazo de recobro hasta marzo de 2018, hasta el momento la mayoría de recobros han sido realizados con cargo a la primera vigencia de la misma.

Estas cifras permiten evidenciar el impacto económico que tiene para UNISALUD la atención de tan solo 27 siniestros y conlleva a fortalecer las acciones para la identificación del riesgo, el manejo permanente de los factores modificables, el diagnóstico temprano de las enfermedades no transmisibles y el seguimiento a los pacientes ya diagnosticados, para el cumplimiento de metas de manejo y prevención de complicaciones.

### 2.3.8 COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO –CTC.

Continúa vigente la Resolución 5395 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, con las disposiciones para el CTC en lo referente a la integración, postulación y elección de miembros, funciones del comité, reuniones y actas, entre otros; estableciendo un nuevo estándar para la respuesta de solicitudes a los usuarios de dos (2) días hábiles contados a partir del día siguiente a la radicación ante el comité. En Unisalud la Junta Directiva Nacional reglamentó y ajustó los requisitos de los integrantes del Comité en cada Sede, mediante el Acuerdo 3 de 2014.

A pesar de la gran expectativa generada con la llamada Ley Estatutaria de Salud, Ley 1751 del 16 de febrero de 2015, esta carece aún de los decretos reglamentarios; sin embargo, entre la comunidad médica y los pacientes se produjo inquietud y algunos asumieron que los CTC se encontraban obsoletos.

A continuación, se describirá el comportamiento del CTC de Unisalud durante la vigencia 2015, comparado con el resultado de las últimas vigencias

Tabla 45. Resultado Indicador de oportunidad CTC comparado vigencias anteriores

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.					
						(En Días).					
						2010*	2011*	2012**	2013**	2014***	2015***
BOGOTA	51	5.778	5207	110	461	6,8	11,8	7,3	7,2	7,0	6,5
MEDELLIN	51	4.522	4312	21	189	8,8	9,2	5,5	6,1	6,2	6,1
MANIZALES	51	753	674	57	17	4,5	3,9	3,8	4,5	3,5	3,9
PALMIRA	58	307	295	5	7	6,3	5,3	6,6	6,0	4,0	3,0
<b>TOTAL UNISALUD 2015</b>	<b>211</b>	<b>11.360</b>	<b>10.488</b>	<b>193</b>	<b>674</b>	<b>6,3</b>	<b>7,5</b>	<b>5,8</b>	<b>5,9</b>	<b>5,1</b>	<b>4,9</b>
<b>TOTAL UNISALUD 2014</b>	<b>212</b>	<b>10.448</b>	<b>9.760</b>	<b>198</b>	<b>490</b>						
<b>TOTAL UNISALUD 2013</b>	<b>204</b>	<b>8.220</b>	<b>7.389</b>	<b>234</b>	<b>485</b>						

Estándar: días hábiles frente a la entrega de la respuesta al usuario a solicitudes de procedimientos o medicamentos NO incluidos en el Plan de Beneficios, contados desde la radicación de la solicitud que realiza el usuario, hasta la respuesta al requerimiento que da UNISALUD al mismo.

\* Estándar aplicado para 2010 y 2011: 8 días.

\*\* Estándar aplicado para 2012 y 2013: 5 días.

\*\*\* Estándar aplicado en el 2014 y 2015: 3 días.

Fuente: Reporte Informe de Gestión Sedes 2015

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.

La tabla anterior permite evidenciar la disminución progresiva en el número de días de respuesta a las solicitudes desde el año 2011 al 2015 en todas las sedes, aunque solo en la sede Palmira se ha logrado alcanzar el estándar de tres días y la sede Manizales permanece en un rango muy cercano; a nivel nacional la oportunidad se encuentra en 4,9 días. Esta situación se puede atribuir al aumento progresivo en el número de solicitudes presentadas ante el CTC, que para esta vigencia, comparada con la anterior representa el 8,8% más que en la anterior.

Se encuentra además, un aumento del 7,5% en el número de aprobaciones y un aumento de 37,55% en el número de casos no aplazados. El número de sesiones del comité y de casos aplazados se mantiene estable respecto a la vigencia anterior, por tanto, para la vigencia 2016 este reto se mantiene vigente y se buscará implementar otro tipo de estrategias

Particularmente, la sede que presentó el mayor aumento de solicitudes fue Bogotá con 636 casos más en el periodo, seguida por Medellín con 308 casos, Palmira con 22 casos más y finalmente Manizales quien disminuyó 54 casos frente a los presentados en la vigencia anterior.

Durante esta vigencia y con el fin de mantener el nivel científico del CTC de cada una de las sedes, continúan vigentes estrategias tales como solicitud de segundos conceptos a especialistas, el apoyo con el CTC de Bogotá a las demás sedes, el apoyo científico de docentes de la Facultad de Medicina a casos de particular interés y la asesoría del Departamento de Farmacia de la Universidad Nacional de Colombia.

En términos económicos, llevado el valor a precios constantes, se encuentra que los costos del CTC aumentaron un 30% respecto a la vigencia anterior (\$994.977.967,34). En términos de crecimiento el gasto autorizado en medicamentos por el CTC comparado con el total de gasto expresado en la facturación del operador logístico durante 2015, representó para Unisalud un aumento de 1.8 puntos porcentuales con respecto al 2014, retornando a la tendencia encontrada en 2013.

Porcentualmente, la sede que registró disminución del gasto por medicamentos no POS, fue la sede Manizales pasando de 36% en el 2014 a 30.9% en 2015, continuando con la tendencia mostrada desde 2013. Las sedes Palmira y Bogotá muestran un comportamiento estable con una variación mínima en el gasto porcentual; la sede Palmira presentó una disminución de 0,2% y la sede Bogotá un incremento de 0.1%.

Tabla 46. Consolidado facturación año 2011-2015

SEDE:	VALOR FACTURADO CTC	VALOR TOTAL FACTURACION MEDICAMENTOS	CTC / FACTURACION 2015	CTC / FACTURACION 2014	CTC / FACTURACION 2013
MEDELLÍN	\$1.696.371.230	\$3.396.015.664	50,0%	45,1%	45,0%
MANIZALES	\$414.333.703	\$1.341.975.345	30,9%	36,0%	46,0%
PALMIRA	\$307.094.510	\$550.476.533	55,8%	56,0%	59,0%
BOGOTÁ	\$1.882.191.511	\$5.178.387.749	36,3%	36,2%	37,0%
TOTAL AÑO 2015 UNISALUD	\$4.299.990.954	\$10.466.855.291	41,1%		
TOTAL AÑO 2014 UNISALUD	\$3.138.663.805	\$7.988.415.495	39,3%		
TOTAL AÑO 2013 UNISALUD	\$4.314.548.374	\$10.408.773.740	41,5%		
TOTAL AÑO 2012 UNISALUD	\$4.603.933.312	\$10.859.770.835	42,0%		
TOTAL AÑO 2011 UNISALUD	\$5.121.434.583	\$10.791.054.747	46,7%		

Nota: No se incluye el dato del 2010, esta medición se realiza a partir del 2011.

Fuente: Factura operador logístico, e informe medicamentos trimestral sedes 2015

La sede Medellín, por otra parte muestra un incremento en el valor facturado por CTC frente al total de facturación de medicamentos del 4,9%, cifra que es atribuida a un aumento en la población atendida en la sede del 13%, aumento en el porcentaje de medicamentos aprobados por CTC de 21%. Adicionalmente, para el año 2015 se presentaron en la sede Medellín 21 nuevos pacientes con patologías de alto costo, lo cual afecta directamente el resultado del consolidado para la vigencia 2015, y se evidencia que las IPS de tercer nivel solicitan medicamentos innovadores y tecnologías de punta para el manejo de éstas patologías.

Durante la vigencia 2016, se evaluará el impacto de la Resolución 5592 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social (Nuevo Plan Obligatorio de Salud), en las características de las solicitudes y resultados del CTC, además de su impacto financiero. Esta Resolución, corresponde a la actualización integral y conceptualización del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, con la cual se amplía la cobertura de medicamentos y procedimientos y se incluyen 334 medicamentos más a las lista de medicamentos regulados que a la fecha del presente informe cuenta con 546 medicamentos.

Este último aspecto, el de la regulación de precios de los medicamentos, ha producido un impacto positivo en términos de sostenibilidad financiera, no así las inclusiones de medicamentos en las anteriores actualizaciones del POS, pues el resultado evidenciaba la migración de las formulaciones de los profesionales a los medicamentos de reciente lanzamiento. Esto es de particular interés, teniendo en cuenta que Unisalud de acuerdo al nivel de complejidad de sus IPS propias, cuenta con el grueso de especialidades a través de su red externa.

A continuación se describe el análisis individual de la gestión de cada comité en cada Sede y se observan las necesidades para cada una de ellas:

#### 2.3.8.1 SEDE BOGOTÁ

Durante el Año 2015, el CTC de la sede Bogotá realizó 51 sesiones en las que evaluó 5778 solicitudes, con un aumento de casos de 636, con respecto al año anterior, cuando se analizaron 5142, lo que corresponde al 11%, con respecto al 2014. Esta tendencia se mantiene desde el año 2010, con el aumento progresivo en el número de solicitudes presentadas al Comité Técnico Científico, con un aumento aproximado del 10% anual.

El promedio de tiempo de respuesta fue de 7 días calendario, teniendo en cuenta la fecha de recepción. Entre los Retos planteados para la vigencia 2015, figuraba la disminución en tiempo de respuesta al usuario, la cual se mantuvo estable a pesar de las medidas implementadas debido al aumento en el número de solicitudes. El número de solicitudes, relacionadas con enfermedades de Alto Costo, fue de 420, correspondiente al 7,3%. Porcentaje que se disminuyó ligeramente con respecto al año anterior (9%).

En 2015 en promedio se analizaron 113 casos por sesión, en contraste con la vigencia 2014, cuando se analizaron 101 casos en promedio por sesión. El porcentaje de casos APROBADOS fue de 90%, similar al 2014 (91%). El porcentaje de casos No Aprobados fue de 8%, similar al año anterior (8,7%) y el porcentaje de casos Aplazados es de 2 %, en concordancia con los hallazgos de años anteriores.

A partir del 2015 se envían Actas individuales a los médicos solicitantes tanto extramurales, como de consultorios particulares adscritos a Unisalud informando el concepto generado por los integrantes del CTC.

En cuanto a medicamentos, Tamsulosina continúa en el primer lugar de formulación ambulatoria y demuestra la alta prevalencia de hiperplasia prostática, Opatadina en el segundo lugar como tratamiento de alergias oculares en las cuales seguramente tiene que ver el alto grado de polución en la ciudad y la Pregabalina, medicamento formulado principalmente para manejo de dolor neuropático, en tercer lugar.

El grupo de medicamentos oftalmológicos siguen siendo los más solicitados y formulados, principalmente los hidratantes y lubricantes oculares, así como los anti glaucomatosos. La formulación de medicamentos para el dolor, entre ellos las combinaciones de acetaminofén con hidrocodona, con codeína y con tramadol, se encuentra en ascenso. Continúa en auge la formulación de hipoglucemiantes orales, tales como los inhibidores de DPP4.

El 33% de las solicitudes son hospitalarias y de ellas el 90% corresponden a solicitudes de medicamentos. Es decir el 29% de todas las solicitudes corresponden a medicamentos hospitalarios, los cuales en su mayoría son de uso quirúrgico o de urgencias.

De la totalidad de los casos evaluados el 19% corresponde a procedimientos o elementos (1133 solicitudes), relación porcentual similar al 2014 (22,2%).

Dentro de los 10 procedimientos más solicitados, nuevamente los procedimientos oculares ocupan los primeros lugares y aportan el 23 % de todos los procedimientos solicitados, al igual que durante el 2014.

Las solicitudes de Valoración Neuropsicológica, nuevamente ocupan el segundo lugar dentro de los procedimientos más formulados, atribuido a que es más integral que las evaluaciones incluidas en el POS para la valoración de trastornos mentales tanto en niños como en adultos mayores. Teniendo en cuenta el alto número de adultos mayores que forman parte de nuestra población, y las diferentes patologías degenerativas, tanto a nivel ocular como neurológico que se asocian a la edad geriátrica, es de esperar que este tipo de exámenes sean cada vez más frecuentes.

En orden de frecuencia continúan: las solicitudes de Anticuerpos Anticitrulinas, procedimientos de quimio y radioterapia asociados a la aparición de nuevas sustancias anti cancerosas y nuevos procedimientos de radioterapia de alta tecnología; procedimientos cardiovasculares, gástricos e inmunoterapia se mantienen en porcentajes similares al año 2014.

Respecto a la vigencia anterior, disminuyeron las solicitudes de procedimientos de imagenología y cirugía, debido a que la Resolución 5521 determina que procedimientos que están cubiertos por el POS de manera individual, también lo están cuando se solicitan de manera conjunta, por lo que los procedimientos de Cirugía endoscópica y arteriografías por RNM, no requieren aprobación por CTC.

Fueron evaluadas solicitudes para procedimientos quirúrgicos asistidos por robot, cirugías de colocación o Implante de Neuroestimulador cerebral y/o vertebral y algunos exámenes de genética tales como Exoma Completo, y Panel NGS para desordenes del tejido conectivo.

Se logró establecer convenio con el Instituto de Genética de la UN, para valoración y realización de exámenes a los usuarios de Unisalud, así como solicitudes de segundo concepto.

Las especialidades que más solicitan medicamentos o procedimientos no incluidos en el POS son: oftalmología, neurología, cardiología y urología y se ha mejorado la comunicación directa con los especialistas, a fin de que las solicitudes presentadas cumplan criterios para su análisis y sean evaluadas a tiempo.

Se desarrolló herramienta en Excel que permite establecer con exactitud el número de casos evaluados, aprobados, parciales, no aprobados y aplazados en cada sesión de CTC; así como determinar el número de casos ambulatorios, hospitalarios, de medicamentos y de procedimientos, solicitudes de medicamentos de primera vez, el número de prorrogas que se aprueban en cada sesión y el número de reconsideraciones que se tramitan cuando la respuesta inicial del CTC es No Aprobado. Este instrumento permite evaluar de manera cuantitativa la actividad del CTC y establecer estrategias de mejora.

#### *2.3.8.2 SEDE MEDELLÍN*

Durante el año 2015 fueron realizadas 51 sesiones de CTC, siendo analizados 4522 casos, de los cuales fueron Aprobados 4312 casos (95,35%), No Autorizados 189 casos (4,17%) y Aplazados 21 casos (0,46%), los cuales fueron analizados posteriormente al recibir las ampliaciones y soportes basados en la evidencia. Por su complejidad se remitieron 3 casos al CTC de la sede Bogotá para su análisis y segundo concepto, dos casos de ellos fueron negados y uno aprobado.

Durante el año 2015, se mantuvo la oportunidad de respuesta respecto la vigencia anterior, sin lograr alcanzar el estándar (<3 días): 6,14 días.

En lo relacionado con medicamentos de los 3911 medicamentos solicitados, fueron aprobados en orden de frecuencia: Vitamina D/Magnesio (6,2%, 241 aprobaciones), Pregabalina (3,8%,147 aprobaciones) y Carboximetilcelulosa (2,8 %, 108 aprobaciones). Las indicaciones de estos medicamentos son las siguientes: a. Pregabalina como inmunomodulador del dolor de difícil manejo y neuropático. b. La Vitamina D/Magnesio como complemento en usuarios con deficiencia de Vitamina D, ambos sin homólogo en el POS. c. Carboximetilcelulosa por su efecto de lubricante ocular más duradero y sin homólogo el POS, de frecuente solicitud por el diagnóstico de ojo seco de alta incidencia en los adultos mayores y mujeres posmenopáusicas.

Del total de solicitudes de procedimientos (623), los 3 de mayor frecuencia de aprobación fueron: Tomografía óptica coherente que corresponde al 31,6% (197 procedimientos), Rehabilitación Vestibular que corresponde al 4,2% (26 procedimientos) y Valoración Neuropsicológica correspondiendo al 2,9 % (18 procedimientos). Respecto a estos procedimientos se relacionan con patologías de alta incidencia en adultos mayores (glaucoma, degeneración macular, Alzheimer, demencia senil, entre otros) y manejo de síndrome vertiginoso de difícil control farmacológico que ocupa el tercer lugar.

#### 2.3.8.3 SEDE MANIZALES

Durante la vigencia 2015, la sede Manizales realizó 51 sesiones del Comité Técnico Científico, analizando 753 casos, de los cuales fueron Aprobados 674 (90%), se han Aplazado 57 solicitudes (8%) y No Autorizadas 17 solicitudes (2%).

Las causas más comunes de aplazamiento son: no justificación de la superioridad del medicamento o procedimiento solicitado frente a las moléculas o intervenciones incluidas en el plan de beneficios, falta de un completo diligenciamiento del formato de solicitud de medicamentos NO POS, solicitudes incluidas dentro de las exclusiones de la Resolución 5521 de 2013 entre otras. La mayoría de los casos aplazado fueron estudiados nuevamente en las sesiones siguientes luego de haberse subsanado la causa del aplazamiento.

Respecto a los medicamentos aprobados, los relacionados con el manejo de dolor continúan ocupando los dos primeros lugares: Pregabalina y acetaminofén hidrocodona, manteniendo el comportamiento observado en el año 2013 y 2014. Seguidos por medicamentos para manejo de artrosis, Tamsulosina para el manejo de la hiperplasia prostática, Fenofibrato y Ciprofibrato para el tratamiento de dislipidemia, Vitamina D como coadyuvante en el manejo de la osteoporosis y Pregabalina 150mg para el manejo crónico del dolor.

Frente a los servicios aprobados, estos se correlacionan directamente con el perfil de morbilidad y la estructura poblacional de la Unidad. En orden de frecuencia encontramos: en primer lugar, la Valoración Neuropsicológica, procedimiento de apoyo para diagnóstico de demencia o para caracterizar de manera más precisa el déficit cognitivo, la tomografía óptica coherente de macula y de nervio óptico cuya indicación es diagnóstico y seguimiento de patologías como el glaucoma; la terapia antiangiogénica con Aflibercept, para el tratamiento de las patologías oculares; la inmunoterapia para el tratamiento de pacientes alérgicos y asmáticos, diagnósticos de alta frecuencia en esta zona del país; pruebas

enfocadas al neurodesarrollo; y la radioterapia conformacional cuyo aumento en el número de solicitudes se correlaciona con el aumento en el número de casos de cáncer en la sede.

En general, se aprecia una gran diferencia en el comportamiento en la solicitud de procedimientos durante el 2015 frente a los años anteriores, debido a que las necesidades de los usuarios, van cambiando de acuerdo a la exacerbación de sus patologías y su grupo etario.

Las especialidades que mayor número de solicitudes realizan ante el CTC, son: reumatología, medicina interna, oftalmología, urología y oncología.

#### 2.3.8.4 SEDE PALMIRA

En el año 2015, se realizaron 58 sesiones de CTC, analizando 307 solicitudes, 22 más que en el 2014. El 96% de los casos fueron Aprobados.

El tiempo de respuesta promedio fue de 3 días, indicador que refleja mejora respecto al año 2014 (4 días).

El perfil de los medicamentos con mayor frecuencia de autorización por el comité, se mantiene con respecto a las autorizaciones del 2014. En orden de frecuencia encontramos: lubricantes oftalmológicos, antibióticos, antihistamínicos y medicamentos para tratar dolor neuropático, medicamentos para el manejo de Hiperplasia prostática, medicamentos para manejo de patologías cardiovasculares y oncológicas. El uso de este tipo de medicamentos está relacionado con las causas de morbilidad de la población afiliada a Unisalud.

Durante el 2015 se solicitaron los siguientes procedimientos que fueron autorizados: biopsia por aspiración percutánea de tiroides Trucut Sod, técnica de Rose, angioplastia más aterectomía de vasos de miembros inferiores con balón y colocación de prótesis (stent), resección de tumor por congelación y mapeo microficomas, reconstrucción en PQ y retiro de estimulador central.

En cuanto a las especialidades que mayor número de solicitudes presenta ante el CTC, tenemos: oftalmología, gastroenterología, neurología y urología, las cuales también ocuparon los primeros lugares en el 2014.

#### 2.3.9 SUFICIENCIA DE LA RED

En cumplimiento de sus obligaciones, Unisalud garantiza a sus afiliados la cobertura de sus necesidades en salud a lo largo del territorio colombiano a través de diferentes estrategias; es así como durante la vigencia 2015 se realizaron esfuerzos para la ampliación de su red de servicios con criterios de integralidad y continuidad<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Continuidad: característica de calidad a través de la cual se asegura la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales mientras dure el proceso de diagnóstico y atención del paciente, independientemente del lugar y el tiempo en el cual sea atendido.

Integralidad: consiste en realizar un conjunto articulado y continuo de acciones preventivas curativas, individuales y colectivas, en los diferentes niveles de complejidad del sistema, donde los servicios deben estar organizados para realizar una atención ampliada de las necesidades de la población a la que atienden.

Tabla 47. Comparativo organización red nacional de prestadores Unisalud 2012-2015

SEDE	2012			2013			2014			2015		
	TOTAL DE USUARIOS	TOTAL RED PRESTADORES	MUNICIPIOS CON COBERTURA	TOTAL DE USUARIOS	TOTAL RED PRESTADORES	MUNICIPIOS CON COBERTURA	TOTAL DE USUARIOS	TOTAL RED PRESTADORES	MUNICIPIOS CON COBERTURA	TOTAL DE USUARIOS	TOTAL RED PRESTADORES	MUNICIPIOS CON COBERTURA
NACIONAL	596	22	27	631	30	28	850	20	25	966	21	40
MANIZALES	1481	39	14	1455	31	17	1459	32	17	1459	35	14
MEDELLÍN	3754	63	28	3858	57	18	3887	37	23	3777	37	31
PALMIRA	1053	56	18	1029	43	21	1005	45	20	980	45	22
BOGOTÁ	11652	102	11	11253	87	11	10969	89	11	10737	84	11
<b>TOTALES NACIONALES</b>	18536	282	99	18226	248	95	18170	223	96	17919	222	118
<b>TOTALES COBERTURA NACIONAL</b>			74%			67%			58%			77%
<b>TOTAL NACIONAL MUNICIPIOS A CUBRIR</b>			134			142			166			153

Fuente: Reporte Informe de Gestión Sedes 2015

En cumplimiento de la Resolución 1536 de 2015, se llevó a cabo el proceso de Caracterización de la Población afiliada a Unisalud, encontrando los siguientes resultados: afiliados presentes en 153 municipios de 23 de los 32 departamentos del país. Como paso siguiente y de acuerdo al Plan de Desarrollo 2012- 2015, se plantearon intervenciones por municipio, de acuerdo al perfil epidemiológico de Unisalud y a la tendencia de la región. Para el año 2016, nos encontramos en espera del resultado del análisis de las Secretarías de Salud de los municipios acerca de la pertinencia de las intervenciones propuestas y de encontrar objeciones, asistir a las reuniones de conciliación para acordar modificaciones en lo proyectado.

Respecto a la red de prestadores de servicios de salud, Unisalud manejó una red de 222 IPS, una menos que en el 2014, manteniendo la estrategia de concentración de la población en un menor número de prestadores, aquellos con mayor integralidad en la prestación del servicio con el fin de evitar al usuario múltiples desplazamientos y buscando de la misma manera brindar continuidad en la atención; sin embargo, de acuerdo con el perfil poblacional, el número creciente de adultos mayores y población pensionada persiste la tendencia en la dispersión de la población en territorios con limitada o ausente oferta de servicios. Esta red cubre 118 de los 153 municipios con presencia de afiliados a la Unidad, obteniendo un 77% de cobertura.

En concordancia con la vigencia anterior, la red más grande y dispersa es la regulada por la sede Bogotá, que incluye la red nacional, conformada con población que no está dentro de las áreas de referencia de ninguna de las otras sedes; la mayor dificultad, señalada en anteriores informes, radica en que un prestador acepte realizar un trámite contractual como el definido por la Universidad, que le representa escasos ingresos y cubrir un número muy limitado de usuarios.

Para optimizar el cubrimiento e identificación de nuestros usuarios, se continúa con diferentes estrategias, entre las cuales figuran: depuración a las bases de datos de los afiliados y la solicitud y registro de actualización de datos, con el fin de lograr para las sedes una mejor caracterización de los afiliados, en especial en el componente geográfico; trabajo



conjunto de las áreas de aseguramiento y contratación, para ampliar y/o mantener la contratación en algunas sedes de frontera; conservar con 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 persiste en el ajuste y actualización de la información de la red de prestadores, servicios prestados y tarifas pactadas, según reglamentación, en las bases de datos y maestros 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.

Se continúa trabajando en el perfeccionamiento de un proceso de referencia y contrarreferencia, que garantice la integralidad, oportunidad, acceso y continuidad en la atención a través de la gestión para lograr saber en tiempo real la movilidad de los usuarios. El mayor reto para el cumplimiento de este propósito es el originado en el proceso de transferencia e integración de la información a la historia clínica sistematizada y el logro de la sensibilización para incidir en la casi inexistente cultura del reporte entre los profesionales de la red.

#### 2.3.9.1 ÍNDICE DE SUFICIENCIA DE LA RED CONTRATADA

El resultado que se describe a continuación destaca avances con respecto a la vigencia anterior, con mejoría observable especialmente en lo relacionado con cobertura geográfica, como se había detallado anteriormente; la cobertura por nivel de atención, continua dentro de metas garantizando la atención de los usuarios en IPS que cubren sus necesidades de salud y se mantiene en el rango desde 2013.

A pesar de una mejora del 5%, continúa representando un problema la monitorización de los indicadores de alerta temprana entre la red de prestadores, debido a la resistencia de las IPS al reporte adecuado y oportuno de los mismos a la EAPB y un vacío legal que obliga a las últimas a la monitorización de su red, pero no a las IPS al reporte a las mismas. De otra parte influye en el resultado instituciones con indicadores de alerta temprana por fuera del rango esperado, siendo el indicador más significativo el de inoportunidad en la atención en consulta de medicina especializada. Todas estas instituciones cuentan con planes de mejora, algunas desde la vigencia anterior, sin lograr superar el indicador, hecho que corrobora problemas estructurales de capacidad instalada y/o insuficiencia de oferta de este servicio ante una demanda aumentada.

Tabla 48. Calificación Índice de suficiencia de la red contratada 2013-2015

ÍNDICE DE SUFICIENCIA DE LA RED CONTRATADA	2013	2014	2015
COBERTURA GEOGRÁFICA: Número municipios con cobertura	67%	58%	77%
COBERTURA POR NIVEL: Número de afiliados con cobertura de acuerdo a la oferta del territorio de domicilio	100%	97%	98%
CALIDAD: N° de IPS que cumplen con el reporte de los indicadores de alerta temprana definidos por Supersalud a UNISALUD	45%	61%	66%

Fuente: Reporte Informe de Gestión Sedes 2015

El resultado de los dos primeros indicadores está directamente relacionado con lo descrito anteriormente. Unisalud mantuvo las estrategias desplegadas en la vigencia 2014 con el objeto de minimizar los efectos de los riesgos de la alta dispersión de su población e insuficiencia de oferta en los municipios alejados de las capitales principales, a través de tres herramientas principalmente.

La primera, es el trabajo de actualización permanente de la red dentro de una matriz estandarizada a un nivel de detalle que involucra 95 variables, matriz que se actualizó en periodos permanentes y tuvo seguimiento trimestral a través de los tableros de gestión del asegurador. A partir de estos tableros se obtiene el panorama de consumos priorizados por frecuencia y valor y se identifican las necesidades de salud más demandadas en la población usuaria, posteriormente con esta información se realiza la actualización de los estudios de planeación de la red, estudios de mercado y negociación de servicios de salud.

La segunda, es la utilización de los canales de comunicación disponibles con los usuarios, incluidos los virtuales, pudiendo afirmar que la limitante geográfica de infraestructura en salud, se minimiza para dos atributos de calidad: continuidad y accesibilidad.

La tercera, es la atención a través de IPS no contratadas en el municipio de residencia que, aunque no perteneciendo 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 3165000, extensiones 18909 y 18911.

Existe una adicional que es el envío de medicamentos a pacientes con patología crónica controlada.

En términos cuantitativos contamos con una base de datos en una estructura estandarizada, a la cual le es realizado seguimiento mensual y que a partir del año 2014 permite evidenciar detalladamente la gestión realizada con cada uno de los usuarios que residen en municipios de baja cobertura y que han requerido gestión del asegurador. Las respuestas más gestionadas por parte de las sedes, han implicado la articulación principalmente de las áreas financiera, CTC, mensajería de medicamentos, gestión de agendas con los prestadores propios y contratados y traslado aéreo de usuarios para su efectiva atención.

### 2.3.10 DESTINACIÓN DE CAPACIDAD INSTALADA A ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA - PYP

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<sup>10</sup>.

Su seguimiento inició en la vigencia 2013 y se mantuvo hasta el 2014, cuyo comportamiento se observa a continuación, según los servicios nucleares priorizados:

---

10 Fórmula del indicador: número total de Códigos Únicos de Procedimientos en Salud - CUPS de P y P realizados en los servicios nucleares/ sumatoria total de CUPS ordenados tanto resolutivos como preventivos para servicios nucleares.

Tabla 49. Destinación de capacidad instalada a actividades de PyP 2013-2014

VIGENCIA	CUPS PyP (SERVICIOS NUCLEARES)	TOTAL CUPS (SERVICIOS NUCLEARES)	%
2014	66.678	193.306	34,49%
2013	55.552	172.449	32,21%

Fuente: Reporte Informe de Gestión Sedes 2015

Para la vigencia 2015, se hizo una revisión de este indicador donde fueron tenidas en cuenta las actividades de promoción y prevención ordenadas en cada sede, frente a la totalidad de actividades, siendo más estrictos en la medición lo que conllevó a que el indicador tuviera un cumplimiento inferior frente a las vigencias 2013 y 2014.

Tabla 50. Monitoreo a la administración de los servicios del modelo de salud 2015

SEDE	CUPS PyP	TOTAL CUPS	% 2015
Bogotá	42.305	461.242	9,17%
Manizales	21.127	56.529	37,37%
Medellín	26.636	129.716	20,53%
Palmira	14.364	35.492	40,47%
<b>TOTAL 2015</b>	<b>104.432</b>	<b>682.979</b>	<b>15,29%</b>

Fuente: Reporte Informe de Gestión Sedes 2015

Para el año 2015, el crecimiento de Códigos Únicos de Procedimientos (CUPS) de PyP es de 37.754 órdenes; se debe señalar que debido a la modificación en el indicador, al tomar en cuenta no solo los CUPS de servicios nucleares, sino todos los CUPS, los datos no son comparables con las vigencias anteriores.

Las sedes Manizales, Medellín y Palmira presentan crecimiento significativo para el periodo analizado, mientras la sede Bogotá presenta disminución de 1247 órdenes para PyP; este hallazgo se puede explicar en el trabajo continuo de la sede por depurar los CUPS designados como PyP, a través de la socialización constante entre sus profesionales, ello ha minimizado la marcación de procedimientos como de P y P sin serlo y de esta manera se genera mayor confianza en las cifras reportadas.

Para la presente vigencia, el reto es el incremento en el número actividades realmente destinadas a PyP, mediante el direccionamiento pertinente de usuarios, seguimiento a la participación efectiva de los afiliados en los programas propios, y el trabajo permanente de reinducción y resocialización del equipo asistencial acerca del contenido y adecuado registro de las actividades obligatorias definidas en la resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y la gestión ante las IPS contratadas aumentando la oportunidad y consistencia de la información de actividades de promoción y prevención.

La relación entre CUPS resolutivos (de atención de enfermedades) del total de servicios y CUPS PyP (de promoción y prevención) es de 11 a 1 para Bogotá, 3 a 1 para Manizales. 5 a 1 para Medellín y de 2 a 1 para Palmira

Durante la consolidación de los RIPS del cuarto trimestre del 2015, se evidenció que persiste falta de sensibilización en el registro adecuado de actividades de PyP y su correlación con la causa externa y finalidad de la consulta, para lo cual se está implementando un programa de capacitaciones y herramientas para facilitar las actividades de los profesionales asistenciales.

### 2.3.11 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 2014, 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.

Durante este periodo se trabajó insistentemente en la necesidad de un adecuado registro de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), manejo y análisis de los tableros de gestión y el seguimiento a los indicadores como herramientas para la toma de decisiones. Queda pendiente afianzar durante esta vigencia la oportunidad que brinda el análisis en conjunto con las áreas de auditoría del asegurador, permitiendo detectar causas gestionables en el uso racional de los servicios, tanto en la red externa como interna

Los diez CUPS asociados a mayor costo identificados en los tableros de gestión para la vigencia 2015, son, en su orden: Internación en servicio de complejidad alta, Internación en unidad de cuidados intensivos adulto, Trasplante autólogo de células madres hematopoyéticas sod, Terapia física integral sod, Consulta de control o de seguimiento por medicina general, Detartraje supragingival sod, Atención [visita] domiciliaria, Hormona estimulante del tiroides [TSH] ultrasensible, Implantación de neuroestimulador espinal sod, los cuales representan el 20,15% del total de CUPS registrados para el periodo. Se evidencia entonces, que los servicios de internación de alta complejidad y UCI, terapia física, consulta por medicina general, atención domiciliaria permanecen en los primeros lugares en cuanto a costo, algunos por el valor mismo del servicio y otros por la frecuencia en su utilización. El costo del trasplante de células madre, a pesar de registrar solamente nueve órdenes autorizadas para seis pacientes, es decir, baja frecuencia de uso, ocasiona suficiente peso económico para ubicarlo dentro de los diez procedimientos más costosos. Se resalta la presencia del detartraje supragingival, actividad de los programas de P y P en esta ubicación y está relacionada con la adecuada canalización de los usuarios a la misma

En cuanto a los servicios con mayor frecuencia de uso<sup>11</sup> identificados en los tableros de gestión de las sedes, se encuentran en su orden: Terapia física integral sod, Consulta de control o de seguimiento por medicina general, Detartraje supragingival sod, Consulta de primera vez por medicina general, Medicina general no programada o cita doble consulta, Terapia física sesión, Atención [visita] domiciliaria, Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria, Creatinina en suero, Procedimientos odontológicos. Se encuentra coincidencia en el servicio terapia física, valoraciones por medicina general, visitas domiciliarias y detartraje supragingival en concordancia con el nivel de atención de las IPS propias.

En relación a las órdenes de mayor concentración<sup>12</sup> se observan en los primeros lugares, Auxiliar de enfermería 24 horas, Auxiliar de enfermería 6 horas – diurno, Hemodiálisis

---

<sup>11</sup> Frecuencia de uso: calcula el número de órdenes promedio generadas por especialidad o servicio a una población y tiempo determinado. En este caso población total de cada sede.

<sup>12</sup> Concentración: Calcula el número de órdenes generadas por especialidad o servicio a una persona en un tiempo determinado

estándar bicarbonato, Trimetazidina tableta 35 mg, Internación en unidad de salud mental, Auxiliar de enfermería 12 horas nocturno, Auxiliar de enfermería 12 horas diurno, Atención [visita] domiciliaria, Atención [visita] domiciliaria, Fotoferesis terapéutica [fotoquimioterapia] psoriasis. En concordancia con los dos aspectos descritos anteriormente, se registran en los primeros lugares atenciones relacionadas con atención domiciliaria.

Los hallazgos de este indicador relacionados con:

- Atención por medicina general: plantean la necesidad de determinar el grado de resolutivez de los profesionales de las IPS propias, así como la importancia de un adecuado programa de capacitaciones y actualizaciones dirigido a ellos y en una estrategia para evaluar y optimizar la oferta de servicios en las mismas.
- Atención domiciliaria: de manera recurrente, las actividades asociadas a este servicio están presentes entre los primeros lugares de frecuencia de uso y concentración de servicios, sin que se encuentre relación directa con el número de pacientes que presentan criterios de inclusión en programas de atención domiciliaria, esto puede hacer pensar que los servicios corresponden a usuarios con alta temprana hospitalaria.
- Ayudas diagnósticas: la presencia de TSH ultrasensible entre los diez primeros CUPS es un hallazgo que llama la atención por su relación con hipotiroidismo en el perfil epidemiológico 2015 de los usuarios de Unisalud. Es pertinente determinar si se trata de un uso racional de esta herramienta diagnóstica o por el contrario, se trata del sobreuso de la misma.

La evaluación de la información de los RIPS, ha permitido identificar que en algunas entidades hospitalarias, los diagnósticos sindromáticos de ingreso no son evolucionados, generando internaciones prolongadas no asociadas a una patología que las justifique.

### 2.3.12 EVALUACIÓN INTEGRAL DE 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 2015 se logró aumentar la cobertura de IPS visitadas con relación a vigencias anteriores; se visitaron un total de 171 IPS, sobre un universo de 172 que se programaron. El cumplimiento global de indicador fue de 99.4%. El desarrollo frente al objetivo del indicador en cada sede es diferente y se analiza a continuación.

#### 2.3.12.1 SEDE BOGOTÁ

Durante el año 2015 se programaron 73 visitas a las IPS de la Red Contratada, de las cuales se realizaron 72, es decir se cumplió con un 99% de ejecución de este indicador, sin embargo, es necesario aclarar que la IPS no visitada, no permitió este seguimiento, por considerar debe ser realizado por los entes de control. Para este periodo se buscará

acercamiento a través del Ministerio de Salud y la Secretaría Distrital de Salud, para el cumplimiento del 100% de la programación. De las 72 visitas realizadas, se encontraron 5 IPS con un cumplimiento parcial, las cuales se encuentran al momento ejecutando su plan de mejora. Las restantes presentan un cumplimiento pleno de los requisitos de capacidad técnica y científica.

#### *2.3.12.2 SEDE MEDELLÍN*

Se cumplió al 100% con el indicador de acuerdo al cronograma establecido, para un total de 37 visitas. Se observó que: la relación entre la red de prestadores y Unisalud es adecuada; además del enfoque en calidad, estos acercamientos permiten ampliar información sobre los servicios ofertados y no ofertados; todas las instituciones visitadas cuentan con todos los servicios ofertados con habilitación vigente y todas brindan servicios con oportunidad a los usuarios de Unisalud. El acceso a los servicios de salud es ágil y oportuno, inferior a 8 días para consulta especializada y menor a 72 horas para ayudas diagnósticas y de laboratorio y de 10 a 15 días para cirugía programada. Las instituciones visitadas que presentan servicio de urgencias cumplen con lo establecido en la resolución 3047 del 2008 con los respectivos anexos técnicos. Es de conocimiento de las IPS que Unisalud cuenta con el servicio de medicina domiciliaria para el alta temprana. Durante las visitas se encontraron evidencias de eventos adversos, los más comunes están relacionados a caídas sin complicaciones y flebitis.

#### *2.3.12.3 SEDE PALMIRA*

Durante el año se realizaron 38 visitas de acuerdo al cronograma establecido, logrando verificar cumplimiento de capacidad técnica, rutas de atención de usuarios, se socializó ABC de Unisalud y se reforzaron temas como acceso a bases de datos, Protocolos de seguridad de la información. De acuerdo a la pertinencia, se establecieron planes de mejora con algunas entidades, realizando seguimiento a los resultados de las acciones implementadas como mejoramiento de oportunidad en citas con especialistas, acceso a los servicios ofertados, vías de comunicación y responsables tanto de Unisalud como del prestador. Se amplió el seguimiento a prestadores de otros municipios como Buga y Tuluá donde se tiene contrato con prestadores para la atención de usuarios residentes en esta área.

#### *2.3.12.4 SEDE MANIZALES*

Para el año 2015 fueron programadas y ejecutadas 22 visitas a la red externa de prestadores de servicios de salud. Las visitas se programaron a partir del mes de Abril, considerando que en dicho mes ya estaban legalizadas las contrataciones. En cada visita se dedicó un espacio para hacer la presentación del ABC de Unisalud adaptado para proveedores. Esta actividad permitió dar claridad a las personas de las IPS de la red sobre la naturaleza de la Unidad, su población afiliada y sus procesos de Aseguramiento y prestación.

Se evidenció receptividad de las IPS tanto al momento de programar la visita, como durante la ejecución.

En la mayoría de las visitas (19 de las 22 realizadas), las IPS consolidaron las mejoras implementadas a partir de los acuerdos de desempeño suscritos con Unisalud en el año

2014 y que incluso implementaron mejoras importantes en temas como Seguridad del paciente, tecnologías biomédicas y de sistemas de información y PAMEC, entre otras.

### 2.3.13 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO.

Continúa siendo un reto la actualización oportuna de datos de identificación, ubicación y contacto de los usuarios, a pesar de las acciones realizadas, generando inconvenientes para la comunicación fluida entre la EAPB y sus afiliados.

El desconocimiento y varias veces la falta de interés por los deberes y derechos, por parte de los usuarios, dificultan la interrelación entre los actores de este proceso.

Respecto a la caracterización del estado de salud de nuestros usuarios, las estrategias desplegadas por Unisalud y ahora reforzadas por los requerimientos de los entes de control, constituyen herramientas para priorizar las necesidades, así como la planeación de la atención de usuarios tanto de zonas dispersas, como de residentes en municipios con alta concentración y favorecer el uso racional de los recursos. Para la presente vigencia, se espera el despliegue de las estrategias propuestas en el primer ejercicio de priorización de intervenciones, así como la interacción con otras áreas de la economía con influencia directa en la salud de los colombianos.

La estrategia de gestión del riesgo desplegada por Unisalud en su actual modelo de salud, ha tomado fuerza a nivel nacional dado el reconocimiento de las ventajas que ofrece intervenir el riesgo antes de que se produzcan complicaciones o de modificar la historia natural de la enfermedad, minimizando su impacto negativo y la disminución subsecuente en la calidad de vida de los afiliados. Por tanto, a pesar de contar con un buen porcentaje de detractores entre los profesionales de la salud, la encuesta para la valoración del riesgo, Peresoft, continúa vigente y su contenido debe ser revisado para ampliar su alcance y lograr de esa manera mejorar la caracterización en salud de nuestros afiliados.

Los análisis generados a partir del perfil poblacional, perfil de morbimortalidad, bases de alto costo, entre otras fuentes; evidencian la necesidad de fortalecer desde el aseguramiento la cultura y las actividades relacionadas con Protección Específica y Detección Temprana, así como los programas propios e incluso, ampliar este tipo de actividades para el manejo de afiliados con riesgo aumentado de padecer enfermedades no transmisibles, con el fin de garantizar el aseguramiento de los usuarios y la sostenibilidad financiera de Unisalud.

Teniendo en cuenta el papel fundamental de la atención en el primer nivel de complejidad, es imperativo fortalecer la resolutivez del equipo de salud, a través de un programa de capacitación acorde a las necesidades en salud de los afiliados; otro aspecto a considerar es el fortalecimiento de métodos para detección y manejo del riesgo en forma temprana.

Las estrategias de contratación, que aseguran una concentración de servicios en las IPS con mayor aceptación entre los afiliados, con amplia oferta de servicios, oportunidad, continuidad y tarifas razonables, han producido impacto económico positivo para Unisalud, generando además, un mayor control de la red de prestadores y apoyo a las estrategias de direccionamiento de pacientes a los servicios preventivos. Para ello es necesaria la socialización de manera continua de las mejores opciones de servicios con criterios de costo beneficio, para apoyar la efectividad de los controles en los procesos de autorización.

Continúa siendo un reto para la nueva vigencia, la gestión de la información que incluye en general: registro adecuado de atenciones en la historia clínica, generación de RIPS, registro de autorizaciones, ingreso de contrarreferencias de la red externa a la historia clínica, seguimiento a órdenes autorizadas, seguimiento a la red, actualización de bases de datos, etc. De igual manera, la respuesta a los requerimientos de información que los entes de control ha determinado pertinentes, con los atributos de calidad requeridos.

Otro aspecto de importancia lo constituye la correcta identificación desde la fuente primaria, de eventos de alto costo, accidentes de tránsito, accidentes de trabajo y enfermedad profesional, que además de enriquecer el perfil epidemiológico, son objeto de recobro de cifras importantes para la sostenibilidad de Unisalud y su reinversión en actividades de Promoción y Prevención.

Las sedes tienen aún un espacio de mejora para asimilar que los indicadores, los tableros e informes de gestión, son una herramienta fundamental para realizar un diagnóstico real de la EAPB y la IPS, así como para fortalecer la toma de decisiones y la depuración de procesos y procedimientos, entre otros beneficios.

## 2.4 OBJETIVO ESTRATÉGICO GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN

Dando continuidad al Plan de Desarrollo 2013 – 2015, cuyas metas estuvieron orientadas por un objetivo estratégico y tres objetivos generales, para la vigencia 2015 se definieron para la Gestión de la Prestación, seis indicadores que monitorearon el cumplimiento del enfoque del proceso de atención brindado a los afiliados con eficiencia y calidad; desde la gestión en la prevención del riesgo, privilegiando el desarrollo de acciones individuales y grupales, organizadas gradualmente en programas de salud hasta la mitigación de la carga de enfermedades prevalentes, así:

Objetivo Estratégico: 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.

Objetivos Generales:

- 1- Planear la oferta de servicios acorde a los recursos disponibles que garanticen la eficiencia del modelo de atención basado en el riesgo.
- 2- Desarrollar acciones individuales y grupales que conduzcan a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública (promoción y prevención) con eficiencia y calidad para la mitigación del riesgo de enfermar, morir o aumentar el grado de discapacidad.
- 3- Realizar el seguimiento efectivo al cumplimiento de las acciones de mejora

El cumplimiento global para la vigencia 2015 de este objetivo estratégico es del 92.77%, con una mejora significativa frente a la vigencia 2014 (88,57%) y 2013 (77%). Manteniéndose en el rango de normalidad de acuerdo a la escala de calificación definida para el plan de desarrollo. A continuación detallaremos la gestión realizada durante la vigencia 2015.



### 2.4.1 CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN

El cumplimiento de los estándares contemplados en la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y el continuo monitoreo del mismo a través de la autoevaluación, constituyen un requisito indispensable para la prestación de servicios de salud en las IPS propias. Con el fin de garantizar el cumplimiento continuo en todas las sedes de la Unidad, se definió el seguimiento de manera trimestral.

Para el primer semestre de la vigencia 2016, se espera la realización de las visitas de verificación por parte de los entes auditores, a las cuatro sedes de Unisalud.

El resultado del cumplimiento de los estándares de habilitación para esta vigencia fue del 90,89%. Las sedes Medellín, Manizales y Palmira, presentan al cuarto trimestre de 2015 el 100% de cumplimiento, teniendo en cuenta el desempeño de los planes de mejora ejecutados durante el año.

La sede Bogotá reporta un cumplimiento del 87%, debido a que se encuentra pendiente la documentación de las necesidades en talento humano, la certificación de la formación en toma de muestras de los auxiliares de laboratorio y el perfeccionamiento de los requerimientos técnicos de los documentos de tecno-vigilancia y reactivo-vigilancia.

De acuerdo con lo registrado, durante esta vigencia, se avanzó en el cumplimiento en cuanto a documentación de procesos y procedimientos, dotación-mantenimiento, procesos prioritarios y adecuación de infraestructura; fueron adoptadas las Guías de manejo del Ministerio de Salud mediante Resolución 021 de 2015 de la Gerencia Nacional de Unisalud y se inició su socialización e implementación en todas las sedes, adicionalmente, se dictaron los lineamientos para el reúso de dispositivos médicos y odontológicos mediante la Circular 005 de 2015 de la Gerencia Nacional de Unisalud.

En cuanto al estándar Procesos prioritarios, a partir de la gestión del Comité para la Seguridad del Paciente, creado mediante la Resolución N° 839 de 2014 de rectoría, fue gestionada la adopción de la política de seguridad del paciente de la Universidad Nacional de Colombia, según la Resolución de rectoría 449 del 19 de mayo de 2015. Se adoptó el sistema de reporte, análisis y gestión de incidentes asociados relacionados con la seguridad del paciente, a través de la aprobación y socialización de la Guía de reporte primario y la Guía de gestión de incidentes relacionados con la seguridad al paciente. La Gerencia Nacional de Unisalud, mediante Resolución 014 de 2015 asignó las funciones relacionadas con la seguridad del paciente al Comité de Infecciones Intrahospitalarias y Vigilancia Epidemiológica- COVE en cada una de las Sedes.

La siguiente tabla consolida los servicios autoevaluados y declarados por la Unidad, según la mencionada resolución 2003, a diciembre de 2015.

Tabla 51. Servicios habilitados 2015

<b>BOGOTÁ</b>	<b>MEDELLÍN</b>	<b>MANIZALES</b>	<b>PALMIRA</b>	<b>UNISALUD</b>
31	15	12	11	69

Fuente: Formato de Autoevaluación de estándares sedes 2015

Acorde con las normas de habilitación, se describen a continuación los resultados de priorización de procesos y oportunidades de mejora, obtenidos durante la construcción del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) para el 2016:

Tabla 52. Oportunidades de mejora

<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>
Fortalecimiento del modelo de salud de Unisalud: Gestión del riesgo
Establecimiento de un proceso de gestión del recurso humano: Planeación, selección, contratación, capacitación, evaluación y generación de estímulos
Implementar la estrategia Gerencia de la información para mitigar el impacto de las no conformidades del sistema de información actual
Estandarización de un Procedimiento para la planeación red de servicios a nivel nacional
Estandarización del procedimiento para la contratación red de servicios con posibilidad de adaptación a la situación particular de las sedes.
Optimización del seguimiento, control técnico, administrativo y financiero de la contratación de la red de prestadores
Evaluación integral y continua a la red de prestadores
Seguimiento a frecuencia de uso y concentración de servicios autorizados
Fortalecimiento de los procesos de Referencia y Contrareferencia en todas las sedes
Fortalecimiento del proceso de auditoría de cuentas médicas
Control de aportes, plan complementario y pago de beneficiarios adicionales
Cumplir con el seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios definidos por la sede para cada uno de los servicios ofertados y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Paciente, dentro de los comités asistenciales de acuerdo a los servicios habilitados.

Fuente: Formato de Autoevaluación de estándares sedes 2015

#### 2.4.2 DESTINACIÓN DE CAPACIDAD INSTALADA AL MODELO DE SALUD<sup>13</sup>

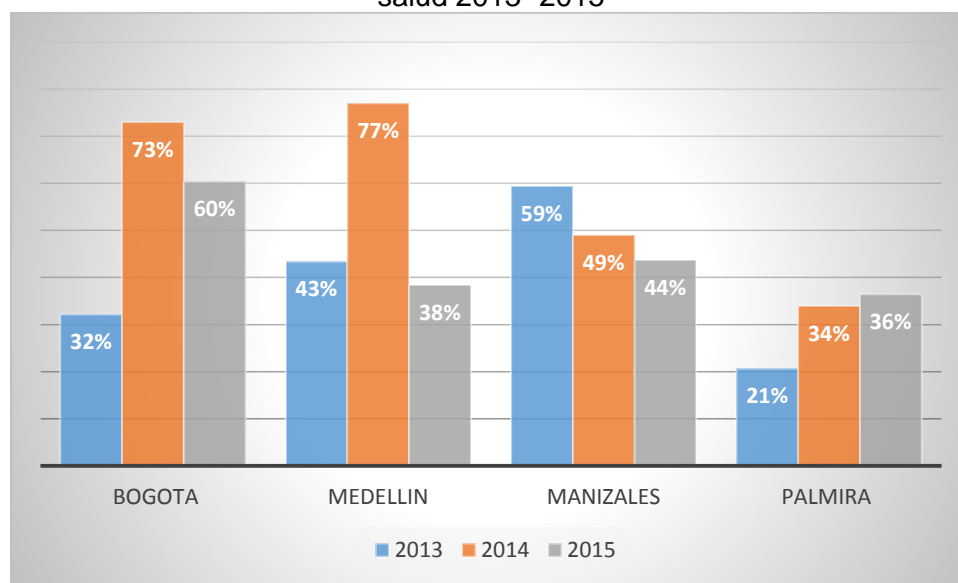
El seguimiento de este indicador pretende evaluar el fortalecimiento del modelo de salud Gestión del Riesgo, mediante la priorización de recursos hacia la detección y manejo temprano del riesgo, respondiendo a los retos planteados en la misión y visión (2010-2015).

Para el sistema de salud colombiano y particularmente para una institución con una población con características tan particulares como la de los afiliados a Unisalud, es imprescindible que el primer nivel sea el abanderado de las actividades de Detección Temprana DT y Protección Específica PE y la detección y manejo temprano del riesgo, con el fin de evitar progresión de enfermedades, complicaciones, deterioro de la calidad de vida de sus afiliados y por ende el crecimiento exponencial del gasto, en un escenario de recursos económicos limitados.

<sup>13</sup> Indicador de capacidad instalada al modelo de salud: Mide la relación existente entre el número de horas invertidas en actividades de P y D, y el número total de horas contratadas para los perfiles involucrados en ejecutar actividades preventivas y resolutivas en cada una las sedes

Para el 2015, Unisalud contó con un total de 62.911 horas contratadas en los servicios objeto de monitoreo, de las cuales se utilizaron en la realización de servicios preventivos 32.275 horas, correspondientes al 51% del total de las horas contratadas. Estas cifras evidencian disminución en 10.053 horas en la dedicación al Modelo de Salud, que corresponden realmente al proceso permanente de depuración en el registro de las actividades realmente relacionadas con P y P.

Gráfica 6. Evolución porcentual de la destinación de capacidad instalada al modelo de salud 2013 -2015



Fuente: Evaluación Plan de acción sedes 2013 - 2015

Se deben tener en cuenta factores propios de la Unidad, tales como: el 100% de la capacidad instalada no puede ser direccionada al Modelo de Salud, debido a las características propias de la población afiliada a Unisalud (pirámide poblacional, perfil de morbilidad y mortalidad, etc.); en algunas de las sedes fue ajustada la medición del indicador al detectar horas dedicadas a consulta resolutive dentro del numerador; y que la disponibilidad y continuidad del recurso humano fue variable en las sedes afectando el resultado del indicador.

Se encuentra que la sede Palmira presentó un leve incremento del 2% respecto a la vigencia anterior, mientras las demás sedes, a consecuencias de la depuración ya mencionada presentaron disminución en el porcentaje.

A partir de los resultados de indicadores como productividad y rendimiento, se detectaron horas determinadas para consulta resolutive no asignadas, que fueron trasladadas a cubrir actividades de fomento y protección.

De igual manera al realizar un seguimiento más estricto a las actividades de P y P, se detectaron usuarios que consultan al programa de manejo de pacientes con patologías crónicas con motivos de consulta no asociados a este, por lo cual se continuará sensibilizando a los usuarios y a los profesionales acerca de la importancia de emplear adecuadamente este recurso por ahora limitado, permitiendo que un mayor número de usuarios afectados por estas patologías accedan a sus beneficios y la búsqueda de un

sistema de control más objetivo para la asignación de este tipo de consultas y el acceso a actividades por P y D.

Se dio continuidad a estrategias implementadas en el 2014 como: contacto telefónico a afiliados con actividades pendientes, recordatorio de citas médicas mediante llamada telefónica, recordatorios de citas médicas a través de la web, socialización de temas relacionados con Protección temprana y Detección específica (P y D) en las salas de espera. De igual manera, continúan realizándose resocializaciones permanentes al personal de salud acerca de las actividades de P y D, su frecuencia y adecuado registro, auditoría a la calidad de la historia clínica; participación semanal y quincenal para Unisalud Bogotá en los espacios radiales de UN radio, los cuales sirvieron como una plataforma para que los afiliados conozcan sobre los servicios de Unisalud y las actividades de P y D.

En cuanto a los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, como consecuencia de la validación de contenido realizada desde el cuarto trimestre de 2015 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, se evidenció conocimiento que requiere ser revisado, por parte de los profesionales y personal administrativo en la relación entre causa externa, finalidad de la consulta y diagnóstico principal, lo cual constituye una oportunidad de mejora para el año 2016, y se encuentra en el momento del presente informe en implementación. Para visualizar de manera real el estado de Unisalud respecto a las actividades de P y D, es prioritario corregir esta situación, dado que la verificación oficial del estado de cumplimiento de actividades según la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, se realizará mediante la información reportada y validada por él.

Otro de los retos para 2016, será buscar nuevas formas para fomentar la cultura de la prevención y el manejo temprano del riesgo en un alto número de afiliados que continúan presentando resistencia a estas actividades por considerarlas innecesarias.

#### 2.4.3 CUMPLIMIENTO DE METAS SEGÚN RESOLUCIONES 412 DEL 2000 Y 4505 DE 2012 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

De acuerdo a las determinaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, acerca de que las mediciones oficiales al cumplimiento de metas relacionadas con actividades de P y D se realizaran con base en los datos oficiales publicados por él a través de sus sistemas de información, los cuales se encuentran en consolidación al momento de la realización de este informe; se decidió realizar una medición cualitativa referente a los avances obtenidos en las sedes frente a este indicador. Se debe resaltar adicionalmente que, el anexo técnico fue actualizado por parte del Ministerio, incrementando las edades de cobertura de ciertas actividades, modificando de esa manera sobre la marcha, la medición de cumplimiento y afectando por lo tanto dicha medición.

A pesar de lo anterior, mediante una herramienta de Excel en Unisalud Bogotá, la cual cuenta con el 65.31% de la población afiliada a la Unidad, se continuó la medición de este indicador, encontrando un incremento en 5 puntos porcentuales frente al año 2014 (42,5%), comparada con la cobertura del año 2015 (47,6%). Este crecimiento fue atribuido en la sede, entre otros factores a:

- a) La capacitación permanente en el tiempo a los profesionales de la salud y a la estandarización de planillas para actividades de promoción y prevención;

- b) La labor permanente de un técnico de apoyo para las actividades de P y D, quien contacta telefónicamente a los afiliados y agenda citas de actividades de P y D de manera inmediata, realiza contactos personales con charlas en salas de espera, informando a las personas las actividades pertinentes de acuerdo a su ciclo vital, aclarando inquietudes y educando frente a temas como: lavado de manos, enfermedades emergentes, hábitos de vida saludable, entre otros.

Adicionalmente, el resultado del indicador destinación de capacidad instalada al modelo de salud respecto a 2014, permite inferir de manera indirecta que la necesidad de destinar mayores recursos al modelo de salud, corresponde a un mayor cubrimiento en la realización de actividades de P y D. La medición de las órdenes emitidas para este tipo de actividades tanto para las IPS propias como para red externa es de 320.688, de un total de órdenes autorizadas de 682.979 (46.95%), ello da muestra del crecimiento de la destinación de recursos para este tipo de actividades.

Como estrategia adicional, se instauraron jornadas permanentes de detección de cáncer de próstata, cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, cáncer gástrico y de colon y la detección de alteraciones de la agudeza visual.

Dado el objetivo de este indicador, que se encuentra ligado directamente con los objetivos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, y consiste en validar los resultados obtenidos en los procesos misionales de Aseguramiento y Prestación que incentivan el desarrollo del Modelo de Salud institucional, para poder atribuir los cambios en los riesgos de la población, al enfoque que privilegia la atención preventiva y no a la atención resolutiva per-se, se requiere la participación activa de los afiliados, objetivo directo de estas actividades, para lograr el cumplimiento deseado.

Es por ello que uno de los principales retos para el año 2016, es el de sensibilizar a los usuarios frente a la importancia del manejo del riesgo, de la realización de las actividades P y D y de su responsabilidad primaria en el proceso de salud y enfermedad, para ello se proyectarán estrategias publicitarias educativas e informativas.

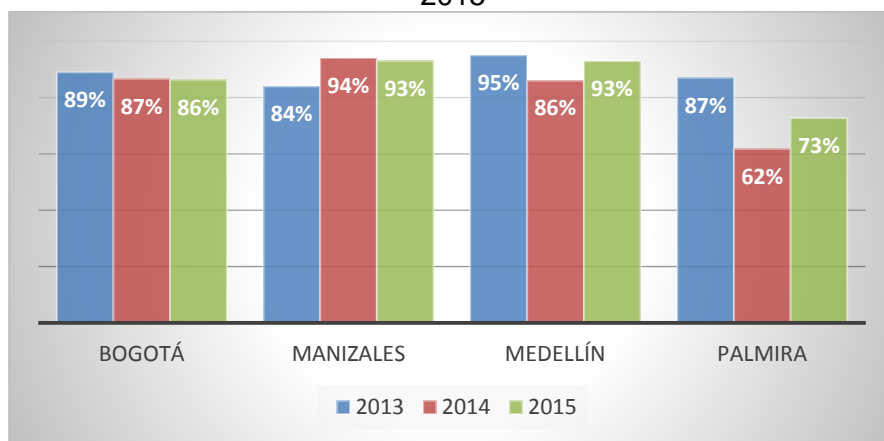
Otros retos para el 2016 son:

- Fortalecer las estrategias implementadas en el año 2015, puesto que mostraron un impacto importante (contacto telefónico a afiliados, jornadas, charlas en salas de espera, entre otras).
- Sistematizar las bases de datos de los afiliados a los programas que permita en tiempo real consultar estados de coberturas e integralidad de atención por persona (software P y D) de los 11 componentes que se monitorean según la Resolución: gestantes, post parto, menores de 10 años, adolescentes de 10 a 13 años, adolescentes de 14 a 16 años, jóvenes 17 a 20 años, jóvenes 21 a 24 años, jóvenes 25 a 29 años, adultos 30 a 45, adultos 46 a 69 años, adultos mayores de 70 años.
- Diseñar estrategias prácticas y llamativas para que los profesionales continúen brindando una atención integral a los afiliados, en los espacios de socialización de información y capacitación.
- Realizar capacitación específica en validación del contenido de RIPS.
- Realizar seguimiento a la validación de los datos e inconsistencias en los reportes, permitiendo eliminar reprocesos ante el Ministerio de Salud y Protección Social y retroalimentando a las sedes, para disminuir progresivamente el número de hallazgos.

#### 2.4.4 PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA

Durante 2015 se mantuvo la tendencia de crecimiento en el indicador con un resultado de 87.51% en 2015, frente al 86.3% obtenido en 2014 y al 83.12% del 2013.

Gráfica 7. Porcentaje de usuarios con cifras de tensión arterial controlada por sede 2013 - 2015



Fuente: Tableros de Gestión por sede 2015

La anterior grafica muestra los avances obtenidos en el control de hipertensión en las diferentes sedes, siendo la sede Medellín y Manizales las que presentan resultados óptimos. De otra parte, se evidencia que la sede Palmira muestra un incremento porcentual del 11% en el control de hipertensión.

El resultado en la sede Palmira se atribuye a diversos factores, entre los cuales sobresalen: la implementación de una base de datos sistematizada de los 333 pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, que ha permitido caracterizar a la población y establecer un seguimiento más objetivo del manejo; implementación del programa de gestión del riesgo cardiovascular con la Institución GESENCRO desde el mes de Julio con un grupo de 35 pacientes priorizados por riesgo, por ello y teniendo en cuenta el papel de la diabetes mellitus como factor determinante de riesgo cardiovascular, se priorizaron usuarios con niveles de hemoglobina glicosilada mayor a 7 y/o con creatinina mayor a 1, en los que se realiza monitoreo para lograr metas cardiovasculares y adherencia al programa; realización de la evaluación del modelo de gestión de riesgo cardiovascular, con énfasis en cinco componentes: socio económico, factores relacionados con el equipo de salud, relacionados con la terapia, relacionados con el paciente y relacionados con el programa. Para 2016 se buscará extender esta modalidad para las demás sedes.

Las sedes Manizales y Medellín atribuyen sus resultados al logro de una mayor adherencia por parte de los usuarios al programa de control de factores de riesgo cardiovascular, la mayor integración del equipo del programa, asignación de citas como resultado de su condición, nivel del riesgo y logros alcanzados y a la búsqueda activa de pacientes hipertensos no diagnosticados o no consultadores al servicio de Unisalud.

La sede Bogotá por su parte, alega a su favor el alto número de usuarios que no han podido ser captados por el Programa Vivir o por el programa de Lípidos y Diabetes, bien sea por

la restricción para ampliar la capacidad física instalada o por la negación de los afiliados de asistir a la IPS propia, por llevar años de tratamiento con alguna especialidad.

De acuerdo con lo anterior se concluye que para el año 2016, se deberá:

- Desplegar estrategias educativas e informativas entre los usuarios con el fin de sensibilizarlos acerca de la necesidad de un manejo integral de sus patologías asociadas con manejo temprano del riesgo y adherencia al tratamiento.
- Promover el registro integral de diagnósticos asociados al diagnóstico principal, para un mejor conocimiento de la situación de salud de los afiliados.
- Evaluar el modelo de gestión de riesgo cardiovascular en las cuatro sedes.
- Mejorar la capacidad resolutoria en el Nivel I de atención, mediante capacitación constante del recurso humano.
- Ampliar el alcance del Programa de crónicos o el desarrollo de un programa que incluya pacientes con riesgo aumentado de sufrir hipertensión y/o diabetes, pacientes con sobrepeso u obesidad, con el fin de reducir los riesgos de presentar patologías evitables a través del manejo de estos riesgos.

#### 2.4.5 EVALUACIÓN DE INDICADORES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Tabla 53. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud 2015

SERVICIOS	RENDIMIENTO/ CONTINUIDAD	ESTÁNDAR RENDIMIENTO	CUMPLIMIENTO	PRODUCTIVIDAD/ CAPACIDAD DE RETENCIÓN	ESTÁNDAR PRODUCTIVIDAD	CUMPLIMIENTO	OPORTUNIDAD	ESTÁNDAR	CUMPLIMIENTO	% CUMPLIMIENTO PROGRAMACIÓN ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO
Medicina General	2,66	2,92	91,11%	2,35	2,336	100,00%	5,90	5	0%	92,31%	70,85%
Medicina Especializada	1,84	2,96	62,22%	2,87	2,37	100,00%	7,87	8,33	100%	94,93%	89,29%
Medicina General no programada	2,96	3	98,66%	2,77	2,4	100,00%	N.A.	N.A.	N.A.	98,56%	99,07%
Odontología General y Especializada (se toma la medición de continuidad en la variable rendimiento y el indicador de capacidad de retención para productividad)	101,29%	100%	100,00%	99,43%	50%	100,00%	8,42	5	0%	99,22%	74,80%
Apoyo Terapéutico	1,80	2,88	62,50%	2,66	2,30	100,00%	9,89	5	0%	91,05%	63,39%
Enfermería	1,63	2,61	62,53%	1,32	2,088	63,13%	10,89	5	0%	85,73%	52,85%
<b>CUMPLIMIENTO GLOBAL SEDE</b>			<b>68,15%</b>			<b>93,86%</b>			<b>20,00%</b>	<b>93,63%</b>	<b>68,91%</b>

Fuente: Tableros de gestión – Planeación y sistemas de información

En la tabla anterior se observa que el cumplimiento global de los servicios de Unisalud en su calidad de prestador de servicios, obtuvo una calificación del 68.91% en 2015, frente al 69.4% para el año 2014, la cual comparativamente con 2013 había presentado disminución de 4%.

El cumplimiento global de Unisalud se ve afectado por los indicadores de:

- a) Oportunidad<sup>14</sup>, el cual solo lo cumple el servicio de medicina especializada que se presta en las sedes Bogotá y Palmira,
- b) Rendimiento<sup>15</sup> el cual reporta incumplimiento en los servicios de medicina especializada y apoyo terapéutico en las sedes Bogotá y Palmira.
- c) Productividad<sup>16</sup> el cual reporta incumplimiento en el servicio de enfermería en Bogotá y Medellín y en todos los servicios excepto odontología general en la sede Palmira.

En cuanto a oportunidad, es importante resaltar que evaluando esta información frente al indicador cita de primera vez, todos los servicios excepto Pediatría se encuentran dentro del rango de acuerdo a la Circular Única de la Supersalud, con un valor promedio de 2.48 días

Las horas bloqueadas para esta vigencia representaron para Unisalud 15.375,95 horas, frente a 10.044 horas de la vigencia anterior. Por bloqueo que equivalen a 6.71 profesionales de 8 horas al año, encontrando un incremento del 50%. Durante esta vigencia se identificaron de manera más precisa las causas de bloqueo en cada una de las sedes; corresponden en su mayoría a incapacidades, licencias, vacaciones suspensión o finalización de contrato.

Adicionalmente, las horas que acumulan las inasistencia<sup>17</sup> de los pacientes correspondientes a 5.687 horas y las consultas no asignadas 10.870 horas que suman a nivel nacional 16.557 equivalen a 7.2 profesionales de 8 horas al año y a un incremento del 52% respecto al año anterior. Los tipos de citas que en su orden presentan mayor inasistencia son en su orden: medicina general, odontología general, citas del programa de crónicos, higiene oral, nutrición primera vez, enfermería, fisioterapia, ejercicio físico, optometría y psicología, para un total de 4638 horas correspondientes al 28% del total de citas incumplidas. Llama la atención como cinco de estas corresponden a citas no objeto de sanción económica para los usuarios.

En cuanto a citas no asignadas<sup>18</sup>, los tipos de citas que ocupan los primeros lugares son: atención prioritaria, medicina general, higiene oral, terapia física, programas de crónicos, urgencias odontológicas, enfermería, odontología general, rehabilitación oral y control por nutrición. Estos dos aspectos, citas incumplidas y citas no asignadas, deberán ser analizados de manera individual en cada sede para realizar una redistribución de la oferta, una vez consideradas las causas.

Para el 2015 el cumplimiento de actividades según agendas fue de 81.3%, observando un retorno al comportamiento del indicador en la vigencia 2013 (80.5%) y un retroceso con respecto al 2014 que fue del 90.8%; por ello y en estrecha relación se encuentra deterioro en el indicador de productividad asociado con los servicios de medicina familiar, apoyo terapéutico y enfermería.

---

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> Rendimiento: número de atenciones o actividades realizadas en relación al recurso utilizado, por unidad de tiempo. Medida: pacientes/ hora

<sup>16</sup> Productividad: relación entre la cantidad de atenciones realizadas y la cantidad de horas contratadas.

<sup>17</sup> Inasistencias: citas asignadas a un usuario que no asistió a la misma.

<sup>18</sup> Citas no asignadas: Espacios de consulta que no fueron demandados por los afiliados.



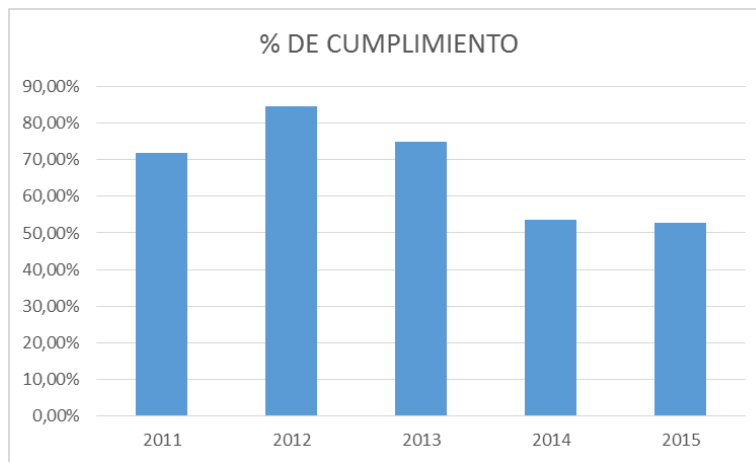
Los servicios de medicina general, al igual que en la vigencia anterior, mantienen los indicadores de eficiencia en verde excepto el de oportunidad, el cual se encuentra por encima de la meta en 0.90 días.

Llama la atención el comportamiento general mostrado por Medicina Bioenergética, en el cual se encuentra incumplimiento en lo referente a rendimiento, productividad y un amplio desfase entre horas contratadas y horas laboradas, lo cual reviste un aspecto que debe ser analizado y ajustado en la sede Medellín.

En cuanto a odontología se encuentra cumplimiento en todos los indicadores a excepción del indicador de oportunidad, el cual se encuentra desfasado en 3.42 días respecto a la meta establecida. Los indicadores de capacidad de retención<sup>19</sup> y continuidad<sup>20</sup> en el servicio alcanzaron para esta vigencia los estándares de cumplimiento y el reto planteado al analizar la vigencia 2014.

Los servicios de apoyo terapéutico nuevamente alcanzaron para el indicador de rendimiento el rango amarillo - a riesgo, que durante la vigencia 2014 se encontraba en rango problema. Sin embargo, el indicador de oportunidad continúa por fuera de la meta, lo que lleva a deducir que persisten problemas con aspectos de agendas de citas, franjas de oferta del servicio, problemas de subregistro.

Gráfica 8. Comportamiento global indicadores de calidad del Servicio de Enfermería vigencias 2011 a 2015



Fuente: Tableros de gestión – Planeación y sistemas de información

De acuerdo a lo registrado en la anterior gráfica, el servicio de enfermería por su parte continúa con comportamiento inestable, con leve estabilización en la tendencia en la última vigencia. Los indicadores de rendimiento y productividad permanecen en el límite inferior de la calificación en amarillo, pero con un cumplimiento de agendas óptimo. Situación que está influenciada en la alta rotación del equipo destinado para esta atención en algunas de las sedes, interrupción de contrato, licencias, etc.

<sup>19</sup> El indicador de Capacidad de Retención evalúa la capacidad que tiene el servicio de resolver a los pacientes las necesidades en salud oral, independiente del número de sesiones o profesionales que deban intervenir para restablecer la condición de paciente controlado.

<sup>20</sup> En el servicio de odontología se mide el indicador de Continuidad a través del cierre de ciclos de tratamientos terminados comparados con los iniciados.

A continuación se presentan los resultados individuales por sede y sus mayores retos:

#### 2.4.5.1 SEDE BOGOTÁ

Tabla 54. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Bogotá 2015

SERVICIOS	CUMPLIMIENTO RENDIMIENTO/ CONTINUIDAD	CUMPLIMIENTO PRODUCTIVIDAD / CAPACIDAD DE RETENCION	CUMPLIMIENTO OPORTUNIDAD	% CUMPLIMIENTO PROGRAMACIÓN ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO
<b>CUMPLIMIENTO GLOBAL SEDE</b>	<b>88,60%</b>	<b>91,62%</b>	<b>20,00%</b>	<b>92,57%</b>	<b>73,20%</b>

Fuente: Tableros de gestión - Planeación y Sistemas de Información

Revisando específicamente los tableros de la sede Bogotá, se encuentra que el indicador de oportunidad medido para todos los tipos de cita excepto en medicina especializada, continúan en rango problema; como se dijo anteriormente, la medición de oportunidad de medicina general para cita de primera vez, se encuentra dentro del estándar. El indicador de rendimiento para las citas de terapia de apoyo y medicina especializada permanecen en el nivel a riesgo, al igual que el indicador cumplimiento para el servicio de enfermería.

Como avances en esta vigencia se logró la optimización de la Planta Física de los consultorios de Medicina General, mediante el análisis de ocupación de los consultorios, la reasignación de profesionales de Medicina General para la consulta de Programa de Crónicos para aumentar la cobertura del Programa VIVIR y mejorar el control de los pacientes con Riesgo de sufrir Enfermedades Crónicas. Se dio continuidad al proceso de activación de las citas lo cual genera el registro de todos los procedimientos y consultas en el SISSIPS y por ende la generación de RIPS más acordes a la realidad. Se optimizó la ocupación de capacidad instalada en odontología y se aumentaron los cupos de urgencias odontológicas diarios, dando mayor oportunidad de atención.

Retos 2016:

- Mejorar la Oportunidad para las citas de Crónicos MPP, Optometría, MOP, Enfermería PEN, con estrategias tales como reasignación de tipo de consulta en los Médicos Generales que realizan consulta resolutive MPR y asignarles consulta del programa de Crónicos MPP a quienes presentan la más baja oportunidad. Para el caso de Optometría se buscará la ampliación de las jornadas de los optómetras para optimizar el uso del único consultorio en Unisalud; para el caso de las citas de Enfermería con Enfermeras Jefes que realizan consultas de Crecimiento y desarrollo, Planificación Familiar, de Autocuidado y Asesoría en Lactancia Materna; se debe revisar la consulta de Transcripción de Formulación de Medicamentos, porque la gran demanda de las citas de reformulación ha desencadenado en pérdida de oportunidad para las citas de P y D.
- Se buscará la optimización del tiempo de la consulta mediante la retroalimentación con los profesionales mejorando su resolutive mediante un programa de capacitación que minimice las consultas repetitivas por el mismo motivo.
- Para mejorar la Oportunidad en odontología se revisará la estrategia planteada el año anterior y se revisará la ocupación de consultorios, privilegiando la atención por odontología general.

- Nuevamente se deberán buscar estrategias para minimizar la cantidad de horas bloqueadas, minimizando su impacto en la atención de los afiliados.

#### 2.4.5.2 SEDE MEDELLÍN

Tabla 55. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Medellín 2015

SERVICIOS	CUMPLIMIENTO RENDIMIENTO/ CONTINUIDAD	CUMPLIMIENTO PRODUCTIVIDAD / CAPACIDAD DE RETENCION	CUMPLIMIENTO OPORTUNIDAD	% CUMPLIMIENTO PROGRAMACIÓN ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO
<b>CUMPLIMIENTO GLOBAL MEDELLIN</b>	<b>99,78%</b>	<b>77,98%</b>	<b>25,00%</b>	<b>89,18%</b>	<b>72,99%</b>

Fuente: Tableros de gestión - Planeación y Sistemas de Información

Los indicadores que se mantienen en rango problema son: el indicador de oportunidad, el cual presenta cumplimiento solamente para medicina general y el indicador de rendimiento para enfermería. Este último corresponde a alta rotación de profesionales con pobre oferta en el medio.

Las horas bloqueadas disminuyeron en un 6,3% lo cual indica una mejor planeación de las agendas.

Retos 2016:

- Optimizar la ocupación del recurso humano, disminuyendo gradualmente la necesidad de realizar bloqueos al personal asistencial para llevar a cabo actividades administrativas.
- Realizar un análisis de la oferta y de la capacidad instalada, que sea el eje en la toma de decisiones para la reorganización del servicio.

#### 2.4.5.3 SEDE MANIZALES

Se mantiene en el rango óptimo de calificación el cumplimiento global de la sede.

Tabla 56. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Manizales 2015

SERVICIOS	CUMPLIMIENTO RENDIMIENTO/ CONTINUIDAD	CUMPLIMIENTO PRODUCTIVIDAD / CAPACIDAD DE RETENCION	CUMPLIMIENTO OPORTUNIDAD	% CUMPLIMIENTO PROGRAMACIÓN ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO
<b>CUMPLIMIENTO GLOBAL MANIZALES</b>	<b>98,64%</b>	<b>98,94%</b>	<b>100,00%</b>	<b>95,93%</b>	<b>98,38%</b>

Fuente: Tableros de gestión - Planeación y Sistemas de Información

Retos 2016:

- Mantener el resultado de la actual vigencia.
- Continuar realizando la programación de las agendas mensualmente luego de revisar la retroalimentación enviada en los tableros de gestión e intervenir las causas que mejoren el indicador.

#### 2.4.5.4 SEDE PALMIRA

Tabla 57. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Palmira 2015

SERVICIOS	CUMPLIMIENTO RENDIMIENTO/ CONTINUIDAD	CUMPLIMIENTO PRODUCTIVIDAD / CAPACIDAD DE RETENCION	CUMPLIMIENTO OPORTUNIDAD	% CUMPLIMIENTO PROGRAMACIÓN ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO
<b>CUMPLIMIENTO GLOBAL PALMIRA</b>	<b>77,68%</b>	<b>64,31%</b>	<b>60,00%</b>	<b>81,03%</b>	<b>70,75%</b>

Fuente: Tableros de gestión - Planeación y sistemas de información

Durante el año 2.015 se obtuvo cumplimiento de agenda del 87,67%.

En la tabla anterior se aprecia que tres de los cuatro indicadores de calidad se encuentran en el rango a riesgo, al revisar de manera más precisa los tableros de gestión, se evidencian mayores inconvenientes en la consulta especializada, en la cual los indicadores de oportunidad y rendimiento se encuentran en rango problema y en apoyo terapéutico con indicador oportunidad y rendimiento en rango problema.

En cuanto a la cantidad de horas bloqueadas, se aprecia estabilización en el número de horas con 653 horas bloqueadas frente a 656 horas bloqueadas en el 2,014, la mayor afectación se presentó en el área de odontología donde las principales causas fueron: incapacidades de la auxiliar de odontología y necesidad de citas por accidente laboral.

A pesar de lo anterior, se observó mejoramiento en odontología en el resultado de la continuidad 93% frente a 42% el año anterior y capacidad de retención 115% frente a un 96% el año anterior, este porcentaje superior al 100% puede deberse a que durante el año se terminan pacientes que iniciaron en el periodo anterior y por ello se sobreponen las metas. Al realizar un análisis del indicador se realizaron mejoras en la construcción de la información que no estaba siendo el reflejo de la realidad pues no se estaban reportando todos los pacientes controlados.

Retos 2016:

- Lograr estabilidad en los profesionales contratados ajustando y justificando una mejor oferta económica, dentro de los límites de la política tarifaria para UNISALUD, que garantice la continuidad en la prestación del servicio a los afiliados.
- Lograr respuesta por parte de la Dirección de Talento Humano de la Sede y la Dirección de Bienestar, acerca de la necesidad de contar con un apoyo con asignación de recurso humano adicional de auxiliar en odontología.

#### 2.4.6 PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE POSIBLES EVENTOS ADVERSOS

El cumplimiento de este indicador se mantiene en el 100% durante el 2015, a pesar del aumento en el número de casos a ser analizados. Las diferentes sedes analizaron eventos ocurridos en la red externa y otros en las IPS propias.

Durante el año 2015, el Comité para la Seguridad del Paciente de la Universidad Nacional - CSP, creado mediante Resolución 839 del 31 de julio de 2014 y modificado por la

Resolución 971 del 26 de agosto de 2014, avanzó en la construcción y socialización de procedimientos, siendo sus mayores logros:

- Adopción de la política de seguridad del paciente, mediante Resolución de Rectoría 449 del 19 de mayo de 2015.
- Adopción del sistema de reporte, análisis y gestión de incidentes asociados relacionados con la seguridad del paciente, mediante la construcción y socialización de: Guía de reporte primario aprobada por el CSP el 26 de abril de 2015 y la Guía de gestión de incidentes relacionados con la seguridad al paciente aprobada el 26 de mayo de 2015.

En consonancia con estos avances, la Gerencia Nacional de Unisalud, contribuyó al avance de este proceso, mediante:

- Resolución No. 014 de 2015 de la Gerencia Nacional de Unisalud por la cual se asignan funciones relacionadas con la seguridad del paciente al Comité de Infecciones Intrahospitalarias y Vigilancia Epidemiológica.
- Resolución No. 021 de 2015 de la Gerencia Nacional de Unisalud "Por la cual se adoptan la Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social y se definen algunos aspectos frente a su aplicación".

Para la presente vigencia las sedes realizaron seguimiento a los eventos presentados en las IPS de la red e internos, se socializaron los documentos emitidos por el CSP y se fortaleció la cultura del reporte de eventos adversos entre los integrantes del equipo. Importancia en el monitoreo de recomendaciones a las IPS relacionadas con algún incidente o evento.

#### 2.4.7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE PRESTACIÓN.

Teniendo en mente el perfil epidemiológico y el perfil de morbimortalidad presentados en el capítulo Gestión del Asegurador, se evidencia que debido el proceso de envejecimiento de la población afiliada a Unisalud y la carga de enfermedad crónica secundaria, se genera mayor presión sobre el prestador, asociado a un aumento en la demanda de servicios resolutivos del primer nivel y mayor complejidad de las patologías a manejar.

Adicionalmente, la baja adherencia de un importante porcentaje de afiliados a las actividades de detección temprana del riesgo, a las actividades de P y D y a los programas propios, ofrecen un inconveniente a procesos que permiten incidir directamente sobre estos factores.

En respuesta a lo anterior, para la vigencia 2016, se debe fortalecer el Modelo de Gestión basado en la Gestión del Riesgo y la consolidación del recurso humano, al que se le brinde la capacitación adecuada para garantizar la atención integral en el marco de las características del Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).

Por tanto, se debe entender que los programas propios de Unisalud, enfocados en el manejo integral de afiliados con patología instaurada, representan una oportunidad de seguimiento, manejo de patologías y prevención de complicaciones.

## Recomendaciones:

- Propender por la ampliación de la encuesta de valoración del riesgo, tanto en cobertura como en riesgos a evaluar, incluyendo lo relacionado con: consumo de cigarrillo, licor y sustancias psicoactivas, etc.
- Fomentar estrategias entre el equipo de salud para el manejo temprano del riesgo detectado mediante la encuesta y el direccionamiento a las actividades de P y D.
- Realizar análisis de la capacidad instalada en cada una de las sedes con el fin de ajustar la oferta en cada una de acuerdo a las necesidades propias.
- Fortalecer la cultura de la Seguridad del Paciente entre los afiliados y el personal de Unisalud.
- Efectuar resocializaciones acerca del diligenciamiento de RIPS, actividades de P y D y programas propios.
- Fortalecer la implementación de las guías de práctica clínica adoptadas por Unisalud.
- Continuar las auditorías de calidad del diligenciamiento de la historia clínica y adherencia a las Guías de manejo adoptadas por Unisalud.

## 2.5 OBJETIVO ESTRATÉGICO GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Para la vigencia 2015, este objetivo estratégico tuvo un cumplimiento del 76.2% superando la evaluación del 2014 donde obtuvo 67.2%. Este resultado fue producto de una mayor adherencia a las recomendaciones que generaron las auditorías en contratación donde el indicador paso de 83.74% en 2014 a 89.03% en 2015. Así mismo, se resalta el aumento en el cumplimiento de las capacitaciones planteadas cuyo objetivo fue el de contar con talento humano idóneo y necesario para desarrollar el objeto social de la institución. Este indicador tuvo un cumplimiento de 50.73% en 2014 y paso a 62.30% en 2015.

### 2.5.1 CAPACITACIÓN

De acuerdo con el reporte efectuado por la sede de Unisalud en Bogotá, para la vigencia 2015 se llevaron a cabo 39 capacitaciones de las 39 planeadas, se hizo énfasis en las necesidades y planes de mejora proyectados en el 2014. Se logró la coordinación de agendas para el personal asistencial con el fin de tener un 100% de profesionales capacitados y actualizados en temas netamente clínicos. De la misma manera se gestionaron temas administrativos de alta importancia para el funcionamiento de la sede.

En este sentido es importante precisar sobre el cumplimiento de las capacitaciones programadas por la sede para la vigencia, por lo que se sugiere que se mantenga el mismo nivel de cumplimiento revisando adicionalmente qué tipos de capacitación son importantes y urgentes para el debido soporte administrativo, financiero y asistencial en la sede.

La sede de Unisalud en Medellín informa que de once actividades programadas se realizaron las siguientes once actividades: Actualización tributaria, Primeros auxilios, seguridad del paciente, Maltrato y Violencia sexual, Servicio al cliente, Curso Excel, Plan integral de residuos hospitalarios, Gestión ambiental, Clima Laboral, Interventoría de Contratos y Salud Pública.

La sede de Unisalud en Manizales informa que en el año fueron realizadas las seis reuniones planificadas del comité de capacitación. La totalidad de acciones de capacitación planificadas para el año, fueron ejecutadas.

Se destacan las actividades de capacitación realizadas con el equipo de médicos de la sede, que incluyeron formación en Guías de práctica clínica; Manejo de pacientes con Chikungunya; reinducción en SISS IPS; revisión sobre medicamentos inhibidores de bomba de protones; indicaciones ASA en prevención primaria; guía aplicación pacientes con enfermedades mentales; guía clínica detección en CA de mama; Seguridad del paciente; guía diagnóstico ataque cerebro vascular isquémico; guía pacientes con dislipidemia; guía detección alteraciones del embarazo. Respecto a las capacitaciones en el área de odontología, se desarrollaron: actualización sobre nuevos CUPS y nuevo manual tarifario; manejo del nuevo formato de evaluación de HC odontológica; atención integral en salud bucal a la primera infancia; actualización de la ejecución del proceso de esterilización; difusión y estudio de las guías de práctica clínica de higiene oral y asistencia al congreso de Auxiliares de Salud Oral. Las acciones de capacitación fueron desarrolladas con recurso interno y por tal motivo la ejecución de rubro presupuestado fue del 7,33%.

En este sentido se sugiere a la sede, mantener la eficiencia en el proceso de capacitaciones a fin de contar con el personal debidamente capacitado, así mismo revisar los objetivos de las capacitaciones con el fin de que se pueda contar con los recursos requeridos, con el tiempo y la disponibilidad general de los profesionales para el debido cumplimiento y ejecución de las mismas.

La sede de Unisalud en Palmira informa que dando cumplimiento al estándar de habilitación de la resolución 2003 de 2014, en lo referente a procesos prioritarios, se da continuidad al plan de capacitaciones dirigida al personal asistencial y administrativo de la Sede, dentro de este plan están incluidas las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social con sus respectivas evaluaciones, temas de seguridad del paciente: Riesgo Biológico, política de seguridad del paciente, resolución 839 de 2014 creación del comité de seguridad del paciente, resolución 971 de 2014, Guía de gestión de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente, Capacitación en Salud Ocupacional, Resolución 412 de 2000 (Programas de Protección específica y detección temprana).

## 2.5.2 CONTRATACIÓN

Durante la vigencia fiscal 2015 las actividades propias del proceso de “Adquisición de Bienes y Servicios” se desarrollaron satisfactoriamente en la Unidad.

La anterior afirmación encuentra sustento en las acciones de autocontrol desplegadas en cada una de las sedes, en las que se efectuaron auditorías al proceso, evidenciándose ajustes en inconsistencias que se encontraron en la vigencia inmediatamente anterior, tales como la elaboración de informes finales de supervisión en forma más oportuna, en las sedes Manizales y Palmira; en la sede Bogotá se mejoró en la comunicación de asignación de órdenes contractuales y en la comunicación de designación de supervisor, así como en la publicación de los acuerdo contractuales sujetos a ella.

La sede de Unisalud Bogotá en el primer semestre de la vigencia 2015, mostró un cumplimiento total en las etapas contractuales, sin embargo, para el segundo semestre se encontró la falta de liquidación de varios de los acuerdos contractuales debido, según argumenta la Sede, a la dificultad en la presentación de facturación a tiempo por parte de

los prestadores y luego a la conciliación de las glosas a la misma, particularmente en los procesos liderados por el Área de Aseguramiento.

No obstante lo anterior, en la medición global se mantuvo un rango normal de cumplimiento del 89 % en la eficiencia de las etapas contractuales. Importante precisar que se deberá trabajar en la formulación de un plan de mejora para regularizar la actividad de liquidación de los acuerdos contractuales del Área de Aseguramiento durante el año 2016.

Como resultado de las auditorías realizadas en las sedes de Medellín, Manizales y Palmira se encontró mejora en la actividad de liquidación de los acuerdos contractuales que lo requerían. Sin embargo, coinciden las sedes en implementar acciones que conduzcan a efectuar una depuración de la información presupuestal por parte de las IPS, personas naturales y jurídicas, en forma oportuna, con el objeto de liquidar los acuerdos contractuales dentro del término definido en el Manual de Convenios y Contratos.

Con la descripción del anterior panorama, es dable concluir que durante la vigencia 2015 el proceso de “Adquisición de Bienes y Servicios” desarrollado en cada una de las sedes de la Unidad se logró consolidar y regularizar, manteniendo la eficiencia en el mismo. Lo anterior, sin perjuicio de las acciones de mejora que deberán proponerse en la Sede Bogotá en particular, para lograr liquidar los acuerdos contractuales dentro de la oportunidad legamente establecida.

Así mismo, será importante continuar con la ejecución de auditoría al proceso, a partir de la herramienta denominada “Matriz de Auditoría del proceso de Adquisición de Bienes y Servicios” desarrollada por el Área de Calidad de la Gerencia Nacional de Unisalud. Esta acción de autocontrol permitirá a la alta dirección en cada una de las sedes, en primer lugar, tomar decisiones más adecuadas y eficaces para el cumplimiento de la misión de la dependencia; en segundo lugar, advertir las fallas en que se esté incurriendo en el proceso a efectos de tomar las correspondientes medidas correctivas y de mejoramiento. A continuación relacionamos el comportamiento de la contratación en cada una de las sedes.

#### *2.5.2.1 SEDE BOGOTÁ*

La sede de Unisalud Bogotá elaboró 426 órdenes de prestación de servicio con las cuales se dio soporte a la prestación de servicios médico asistenciales, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y soporte administrativo; 46 órdenes de compra con las cuales se atendió el suministro de insumos y materiales médico asistenciales, papelería y compra de equipo médico asistencial y administrativo.

En cuanto a contratos de formalidades plenas se llevaron a cabo nueve (9) que amparan el servicio de grandes clínicas, Operador Logístico para el suministro de medicamentos y mantenimiento del sistema de información asistencial SISSNET que funciona tanto para las actividades que desarrolla Unisalud como prestador del servicio de salud, como para las actividades que desarrolla como asegurador.

La contratación que soporta la prestación de servicios médico asistenciales se cubrió hasta el mes de febrero de 2016 y las grandes clínicas, al igual que el contrato para el suministro de medicamentos cuentan con contratos con cargo a presupuesto de vigencias futuras a fin de garantizar la continuidad, calidad y prestación oportuna, mejorando los costos para la Unidad.



### 2.5.2.2 SEDE MEDELLÍN

La sede de Unisalud Medellín elaboró 155 órdenes de prestación de servicio con las cuales se dio soporte a la prestación de servicios médico asistenciales, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y soporte administrativo; 50 órdenes de compra con las cuales se atendió el suministro de insumos y materiales médico asistenciales, papelería y compra de equipo médico asistencial y administrativo; y un (1) contrato de formalidades plenas que ampara la contratación del Operador Logístico para el suministro de medicamentos.

La contratación que soporta la prestación de servicios médico asistenciales cubre el servicio en algunos casos hasta mediados del mes de enero y en otros hasta el mes de febrero. El contrato del Operador Logístico para el suministro de medicamentos está con cargo a presupuesto de vigencias futuras a fin de garantizar la continuidad, calidad y entrega oportuna de los medicamentos a los afiliados, a costos benéficos para la Unidad.

Es importante precisar que las tarifas y costos de la prestación de servicios de salud en la sede Medellín tuvieron un incremento superior al IPC, y se presentaron problemas con la continuidad de los contratos porque se debe tener en cuenta que el presupuesto asignado a la Sede se hace con base en los ingresos corrientes que se perciben. En esta Sede el comportamiento del mercado hace que la contratación supere las tarifas que sirven como base de negociación para las otras Sedes, por ello, fue necesario adicionar recursos provenientes de Unisalud Bogotá, para cubrir las necesidades misionales y así mismo los compromisos contractuales respectivos, cuyo análisis financiero se verá más adelante.

### 2.5.2.3 SEDE MANIZALES

La sede de Unisalud Manizales elaboró 91 órdenes de prestación de servicio con las cuales se dio soporte a la prestación de servicios médico asistenciales, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y soporte administrativo, 12 órdenes de compra con las cuales se atendió el suministro de insumos y materiales médico asistenciales, papelería y compra de equipo médico asistencial y administrativo, y 2 contratos de formalidades plenas que amparan la contratación del Operador Logístico para el suministro de medicamentos.

La contratación que soporta la prestación de servicios médico asistenciales se encuentra cubierta hasta el mes de febrero y el Operador Logístico para el suministro de medicamentos tiene contrato con cargo a presupuesto de vigencias futuras, para garantizar la continuidad, calidad y entrega oportuna de los medicamentos a los afiliados, a costos benéficos para la Unidad.

Las tarifas y costos de la prestación de servicios de salud en Unisalud sede Manizales están por encima del IPC, lo que conllevó a que los ingresos corrientes que se percibieron no fueran suficientes para apalancar el gasto y por lo tanto hubo que adicionar recursos, provenientes de UNISALUD Bogotá para cubrir las necesidades misionales y así mismo los compromisos contractuales respectivos como se evidenciará en el análisis financiero posterior.

#### 2.5.2.4 SEDE PALMIRA

La sede de Unisalud Palmira elaboró 113 órdenes de prestación de servicio con las cuales se dio soporte a la prestación de servicios médico asistenciales, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y soporte administrativo; 15 órdenes de compra con las cuales se atendió el suministro de insumos y materiales médico asistenciales, papelería y compra de equipo médico asistencial y administrativo; y 1 contrato de formalidades plenas que amparan la contratación del Operador Logístico para el suministro de medicamentos.

La contratación que soporta la prestación de servicios médico asistenciales se encuentra cubierta hasta el mes de febrero y el Operador Logístico para el suministro de medicamentos tiene contrato con cargo a presupuesto de vigencias futuras a fin de garantizar la continuidad, calidad y entrega oportuna de los medicamentos a los afiliados, a costos benéficos para la Unidad.

Es importante precisar que las tarifas y costos de la prestación de servicios de salud en la sede Palmira están por encima del IPC lo que conllevó a que los ingresos corrientes que se percibieron no fueran suficientes para apalancar el gasto y por lo tanto hubo que adicionar recursos provenientes de Unisalud Bogotá para cubrir las necesidades misionales y así mismo los compromisos contractuales respectivos, siendo la Sede que menor necesidad presentó de estos recursos.

#### 2.5.2.5 NACIONAL

La Unidad de Servicios de Salud- Unisalud requirió para su funcionamiento efectuar la siguiente contratación en la vigencia 2015:

Tabla 58. Relación de contratos Unisalud 2015

CONCEPTO	BOGOTA	MEDELLIN	MANIZALES	PALMIRA	TOTAL
Ordenes de Prestacion de Servicios	426	155	91	113	785
Ordenes de Compra	46	50	15	15	126
Contratos de Formalidades Plenas	9	1	2	1	13
<b>TOTAL</b>	<b>481</b>	<b>206</b>	<b>108</b>	<b>129</b>	<b>924</b>

Fuente: Áreas de Contratación Sedes

El mayor nivel de ejecución del gasto se efectuó con cargo a los contratos de formalidades plenas así como a las órdenes de prestación de servicio que respaldaron la prestación del servicio médico asistencial en la Unidad; esta contratación permitió atender las necesidades de las Sedes en la vigencia 2015 e inicios de 2016. Bogotá efectuó el 49% de la contratación de la Unidad, Medellín el 32%, Manizales el 19% y Palmira el 11%.

##### 2.5.2.5.1 PAGOS POR RESOLUCIÓN DEL GASTO

Se puede observar que el mayor nivel en número de compromisos se efectuó en las Sedes mediante Resoluciones de Ordenación del Gasto, implicando esto que el nivel de urgencias e imprevistos representó el 61%.

Tabla 59. Relación de contratos Unisalud 2015

CONCEPTO	BOGOTA	MEDELLIN	MANIZALES	PALMIRA	TOTAL
Resoluciones de Ordenacion del Gasto	515	447	292	100	1.354

Fuente: Áreas de Contratación Sedes

Se evidencia dentro de las Resoluciones en cada sede, que los motivos principales de su emisión fueron: pago de facturaciones glosadas y que una vez definida su situación se cargaron a vigencias expiradas, pago de atención de urgencias prestadas por las diferentes clínicas, eventos de alto costo, sentencias en contra de Unisalud por tutelas y gastos no planeables e imprevistos en temas de salud.

## 2.6 OBJETIVO ESTRATÉGICO GESTIÓN FINANCIERA

### 2.6.1 PRESUPUESTO - NACIONAL

#### 2.6.1.1 PRESUPUESTO DEFINITIVO (APROPIACIÓN)

La Unidad de Servicios de Salud – Unisalud, requirió para su funcionamiento en la vigencia fiscal 2015 un presupuesto definitivo de \$61.014 millones de pesos, distribuidos en el gasto, como se observa a continuación:

Tabla 60. Gastos consolidados nacional 2015

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	UNISALUD	
	RECURSOS PROPIOS	% PARTICIPACIÓN
GASTOS DE PERSONAL	8.207	13%
GASTOS GENERALES	51.564	85%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.243	2%
<b>TOTAL PRESUPUESTO DE GASTOS</b>	<b>61.014</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informes de ejecución SGF-Quipu

Se observa que el 85% del presupuesto está destinado a los gastos generales, los cuales hacen referencia a la contratación de clínicas y prestadores de servicios de salud, así como al suministro de medicamentos para atender las necesidades en salud de los usuarios afiliados a Unisalud. Resulta adecuado resaltar que dentro de los gastos de personal, se incluye el personal médico asistencial de planta de la Universidad, para evidenciar que menos del 10% del presupuesto está destinado al costo del personal administrativo que da soporte a la unidad.

La distribución del presupuesto entre las sedes de Unisalud, se da así: Bogotá el 59%, Medellín el 27%, Manizales el 8% y Palmira el 6%, que relacionando de forma directa el número de afiliados atendidos por cada una, en su orden corresponde a la atención del 65.02% de la población para Bogotá, 21% para Medellín, 8% para Manizales y 5% para Palmira.

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 EAPB y dentro del marco asignado por la Ley 647 de 2001 y la programación presupuestal de la vigencia 2015, 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 Medellín, Manizales y Palmira, motivo por el cual, se debió efectuar una adición y traslados presupuestales desde Unisalud Bogotá para atender las necesidades en salud requeridas por esas Sedes.

## 2.6.1.2 EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE LA VIGENCIA 2015

### 2.6.1.2.1 INGRESOS

Los ingresos programados para la vigencia fiscal 2015 fueron recaudados en un 99%, se resalta el aumento en el recaudo por Plan Complementario debido a los ajustes realizados por la Junta Directiva Nacional de Unisalud al valor y las condiciones del mismo, en la vigencia 2015 como producto del análisis financiero presentado para permitir su sostenibilidad. También el recaudo de las cuotas moderadoras mejoró, debido a un mejor seguimiento y control en cada una de las sedes de la Unidad. Sin embargo, el recaudo total de los aportes a salud programados se afectó debido a la disminución de afiliados pensionados por fallecimiento, especialmente en la sede Bogotá.

El mayor recaudo por concepto de recursos del balance, fue producto de la buena gestión de las sedes, relacionada con el cobro de cartera en mora pendiente.

De los ingresos aforados, \$780.3 millones corresponden a excedentes financieros que fue necesario incorporar para apalancar el gasto en la sede de Unisalud Medellín, ello indicaría que el recaudo real de recursos de Unisalud para la presente vigencia fue de \$59.145.7 millones de pesos.

Tabla 61. Recaudo consolidado nacional 2015

CONCEPTO	AFORO	RECAUDO	% DE RECAUDO	% DE PART.
<b>INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>56.470</b>	<b>55.670</b>	<b>99%</b>	<b>93%</b>
Plan Complementario, cuotas moderadoras y otros ingresos relacionados con la actividad misional	3.616	3.920	108%	7%
Aportes a salud patronales, afiliados activos y pensionados	51.357	50.214	98%	84%
Recobro Póliza de Alto Costo, Devolución IVA y otros ingresos no relacionados directamente con la actividad misional	1.497	1.536	103%	3%
<b>RECURSOS DE CAPITAL</b>	<b>4.544</b>	<b>4.256</b>	<b>94%</b>	<b>7%</b>
Rendimientos Financieros	3.755	3.454	92%	6%
Recursos del balance	789	802	102%	1%
<b>TOTAL RECURSOS PROPIOS</b>	<b>61.014</b>	<b>59.926</b>	<b>98%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Si comparamos el recaudo del presupuesto de ingresos de la vigencia 2015 con la vigencia inmediatamente anterior, observamos que la variación relativa (porcentaje de variación 2014-2015) fue prácticamente nula debido a que en el mes de enero de la vigencia 2014 se recaudaron y registraron adicionalmente los aportes de pensionados, correspondientes al mes de diciembre de 2013. Se dejó claro en el análisis de cada una de las Sedes que en la vigencia 2015 solo se recaudaron y registraron los aportes a salud de los meses de enero a diciembre, por ello, hubo una disminución del recaudo pero mejoró la anualidad, lo cual permite visualizar de forma más real los recursos de la vigencia.

El Recobro a la Póliza de enfermedades de alto costo fue menor, con relación a la vigencia inmediatamente anterior, se evidenció que no se presentaron el mismo nivel de siniestros

a recobrar ante la aseguradora por las pólizas, por no llegar al deducible establecido en la misma.

De acuerdo con lo anterior la variación es la siguiente:

Tabla 62. Recaudo consolidado nacional comparativo 2014 - 2015

(Cifras en millones de pesos)

CONCEPTO	RECAUDO VIGENCIA 2015	RECAUDO VIGENCIA 2014	VARIACIÓN ABSOLUTA	VARIACIÓN RELATIVA
<b>INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>55.670</b>	<b>55.496</b>	<b>174</b>	<b>0%</b>
Plan Complementario, cuotas moderadoras y otros ingresos relacionados con la actividad misional	3.920	3.800	120	3%
Aportes a salud patronales, afiliados activos y pensionados	50.214	50.106	107	0%
Recobro Póliza de Alto Costo, Devolución IVA y otros ingresos no relacionados directamente con la actividad misional	1.536	1.590	-54	-3%
<b>RECURSOS DE CAPITAL</b>	<b>4.256</b>	<b>3.560</b>	<b>696</b>	<b>20%</b>
Rendimientos Financieros	3.454	3.541	-87	-2%
Recursos del balance	802	19	783	4114%
<b>TOTAL RECURSOS PROPIOS</b>	<b>59.926</b>	<b>59.056</b>	<b>869</b>	<b>1%</b>

Fuente: Informes de ejecución SGF-Quipu

#### 2.6.1.2.2 GASTOS

El mayor nivel del 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 y contratación del Operador Logístico para el suministro de medicamentos; equivale a un porcentaje de más 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.

Es necesario aclarar que las modificaciones presupuestales obedecen a la variación e imprevisibilidad de varias morbilidades presentadas, urgencias y alto costo, las cuales llevaron a reevaluar durante el seguimiento a la ejecución contractual, las contrataciones realizadas y ajustarlas a las necesidades reales presentadas, con el fin de soportar la debida atención en salud. Por ello, es que la planeación en salud conlleva un proceso difícil y varias veces impredecible. Adicionalmente, 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.

El ejercicio que se realiza, es de forma metódica liberar partidas pequeñas no utilizadas para trasladarlas presupuestalmente a aquellos rubros que las van necesitando en el transcurso de la vigencia, con ello se ha logrado que el resultado de la ejecución presupuestal total, sea del 99.3%, tal como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 63. Gastos consolidados nacional 2015

(Cifras en millones de pesos)

CONCEPTO UNISALUD	APROPIACIÓN	EJECUCIÓN	% SALDO POR EJECUTAR	SALDO POR EJECUTAR	ANÁLISIS VERTICAL DE LA EJECUCIÓN
<b>GASTOS DE FUNCIONAMIENTO</b>	61.014	60.577	0,7%	436	100,0%
<b>GASTOS DE PERSONAL</b>	8.207	8.059	1,8%	147	13,3%
<b>Servicios Personales Asociados a nomina</b>	4.689	4.618	1,5%	71	7,6%
- Sueldos de Personal de Nomina	3.437	3.423	0,4%	14	5,7%
- Horas Extras y días Festivos	3	3	3,6%	0	0,0%
- Indemnización por Vacaciones	24	24	2,0%	0	0,0%
- Otros	1.225	1.168	4,7%	57	1,9%
<b>Servicios Personales Indirectos</b>	2.090	2.080	0,5%	10	3,4%
- Estímulos al Personal	3	3	0,0%	-	0,0%
- Personal Supernumerario	-	-	-	-	0,0%
- Remuneración por Servicios Técnicos	2.086	2.076	0,5%	10	3,4%
<b>Contribuciones Inherentes a la Nómina Sector Privado</b>	435	407	6,5%	28	0,7%
- Caja de Compensación	182	167	8,3%	15	0,3%
- Cesantías	109	105	3,4%	4	0,2%
- Empresas Promotoras de Salud	56	49	11,7%	7	0,1%
- Fondos Administradores de Pensiones	88	85	3,2%	3	0,1%
<b>Contribuciones Inherentes a la Nómina Sector Público</b>	975	939	3,8%	37	1,5%
- Cesantías	271	266	2,0%	5	0,4%
- Empresas Promotoras de Salud	234	220	6,2%	15	0,4%
- Fondos Administradores de Pensiones	337	328	2,4%	8	0,5%
- ICBF	134	125	6,4%	9	0,2%
- Administradores de Riesgos Profesionales	18	17	6,6%	1	0,0%
<b>Vigencias Expiradas Gastos de Personal</b>	-	-	-	-	0,0%
<b>GASTOS GENERALES</b>	51.564	51.287	0,5%	277	84,7%
<b>Adquisición de Bienes</b>	10.785	10.769	0,1%	16	17,8%
- Compra de Equipo	167	166	0,9%	1	0,3%
- Compra de Equipo Médico Asistencial	116	116	0,6%	1	0,2%
- Materiales y Suministros	158	153	3,2%	5	0,3%
- Medicamentos e insumos Médico Asistenciales	10.344	10.335	0,1%	9	17,1%
<b>Adquisición de Servicios</b>	40.406	40.149	0,6%	257	66,3%
- Adquisición de Servicios de Salud	37.754	37.520	0,6%	234	61,9%
- Adquisición de Servicios Administrativos	2.652	2.629	0,8%	23	4,3%
<b>Impuestos, Tasas y Multas</b>	152	152	0,0%	0	0,3%
<b>Vigencias Expiradas Gastos Generales</b>	221	217	2,0%	4	0,4%
<b>TRANSFERENCIAS</b>	1.243	1.231	1,0%	12	2,0%
<b>Transferencias por Convenios con el Sector Privado</b>	-	-	-	-	0,0%
- Préstamo Social	-	-	-	-	0,0%
<b>Otras Transferencias Corrientes</b>	1.243	1.231	1,0%	12	2,0%
- Sentencias y Conciliaciones	85	85	0,0%	-	0,1%
- Incapacidades	781	773	1,1%	9	1,3%
- Licencias de Maternidad	223	220	1,3%	3	0,4%
- Bienestar Universitario	153	153	0,3%	0	0,3%

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Comparativamente con la vigencia anterior, se puede observar un crecimiento en el nivel de los compromisos asumidos en un porcentaje superior al IPC que principalmente corresponden a los gastos por adquisición de servicios de salud, los cuales presentaron un crecimiento del 9.5% por las tarifas ofertadas por los prestadores y con los que difícilmente se pudo llegar a acuerdos de negociación, adicionalmente al aumento en la frecuencia de

uso de los servicios por parte de los afiliados a la Unidad. Existe una relación directa entre la morbilidad observada y el aumento de edad de la población.

Pese a la restringida capacidad de negociación, cabe resaltar que se ha logrado con los prestadores de servicios de salud, en especial en Unisalud Bogotá (65.31% de la Unidad), mantener las tarifas o elevarlas muy poco, teniendo como estrategias de negociación: el pronto pago, los contratos a mayor tiempo cubiertos presupuestalmente con vigencias futuras y el direccionamiento de servicios.

Con respecto a la adquisición y suministro de medicamentos se ha controlado mejor el gasto, debido a la negociación global de precios de medicamentos que se ha efectuado con el distribuidor actual para todas las Sedes obteniendo porcentajes de intermediación con el Operador Logístico en cada una de las Sedes para la entrega de los mismos, en un dígito a excepción de la sede de Unisalud en Medellín, tal como se observa en el siguiente cuadro:

Tabla 64. Porcentaje de intermediación con Operador Logístico 2015

SEDE	NEGOCIADO	NO NEGOCIADOS	ALTO COSTO	PROMEDIO
Bogotá	8	8	8	8
Medellin	12,5	15	13,5	14
Manizales	7,9	8,5	7,5	8
Palmira	9,5	11,5	7,5	9,5
<b>PROMEDIO GENERAL</b>	<b>9,5</b>	<b>10,8</b>	<b>9,1</b>	<b>9,8</b>

Fuente: Áreas de Contratación Sedes

Debido al porcentaje de intermediación que se evidencia en el cuadro anterior, en Unisalud Medellín, la Gerencia intervino y logró un descuento del 5% sobre ese porcentaje por pago dentro de los 20 días posteriores a la radicación de facturas.

Durante la vigencia se presentó en gastos generales, el uso de vigencias expiradas lo cual obedece 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. Estos casos cuentan con el respectivo acto administrativo que soporta, justifica y da claridad a cada una de las situaciones específicas que permitieron efectuar el pago y que soportarán ante cualquier ente de control el procedimiento realizado.

En el Gasto de Personal, se observa un crecimiento del 6.4% debido a los siguientes factores: incremento salarial para la vigencia 2015, pago de contribuciones inherentes a la nómina tanto público como privado de acuerdo con lo informado por la Oficina Salarial y Prestacional. Sin embargo, se evidencia en la ejecución consolidada del 2015 que son gastos que no corresponden exclusivamente a la anualidad y comparativamente con la vigencia anterior presentan una variación que no responde solo al incremento salarial sino a factores de oportunidad de información y pago.

Tabla 65. Variación de gastos 2014 - 2015

(Cifras en millones de pesos)

CONCEPTO UNISALUD	EJECUCIÓN VIGENCIA 2015	EJECUCIÓN VIGENCIA 2014	VARIACIÓN ABSOLUTA	VARIACIÓN RELATIVA
<b>GASTOS DE FUNCIONAMIENTO</b>	60.577,4	56.911,8	3.665,7	6,4%
<b>GASTOS DE PERSONAL</b>	8.059,5	7.795,7	263,7	3,4%
<b>Servicios Personales Asociados a nomina</b>	4.617,7	4.347,1	270,6	6,2%
- Sueldos de Personal de Nomina	3.423,3	3.228,1	195,2	6,0%
- Horas Extras y días Festivos	2,6	2,7	(0,1)	-5,4%
- Indemnización por Vacaciones	24,0	8,9	15,1	169,2%
- Otros	1.167,9	1.107,4	60,5	5,5%
<b>Servicios Personales Indirectos</b>	2.079,6	2.156,5	(76,9)	-3,6%
- Estímulos al Personal	3,2	3,0	0,2	7,4%
- Personal Supernumerario	-	2,3	(2,3)	-100,0%
- Remuneración por Servicios Técnicos	2.076,4	2.151,2	(74,8)	-3,5%
<b>Contribuciones Inherentes a la Nómina Sector Privado</b>	406,6	351,5	55,1	15,7%
- Caja de Compensación	166,7	158,2	8,5	5,4%
- Cesantías	105,4	74,1	31,3	42,3%
- Empresas Promotoras de Salud	49,1	42,2	6,9	16,3%
- Fondos Administradores de Pensiones	85,4	77,0	8,4	10,9%
<b>Contribuciones Inherentes a la Nómina Sector Publico</b>	938,8	922,6	16,3	1,8%
- Cesantías	265,7	275,6	(9,9)	-3,6%
- Empresas Promotoras de Salud	219,6	212,6	7,0	3,3%
- Fondos Administradores de Pensiones	328,4	315,6	12,8	4,1%
- ICBF	125,0	118,7	6,4	5,4%
- Administradores de Riesgos Profesionales	16,7	15,7	0,9	5,9%
<b>Vigencias Expiradas Gastos de Personal</b>	-	2,4	(2,4)	-100,0%
<b>GASTOS GENERALES</b>	51.287,4	47.985,8	3.301,5	6,9%
<b>Adquisición de Bienes</b>	10.769,4	10.737,6	31,9	0,3%
- Compra de Equipo	165,6	123,2	42,4	34,4%
- Compra de Equipo Médico Asistencial	115,6	50,9	64,7	127,3%
- Materiales y Suministros	153,1	146,4	6,7	4,6%
- Medicamentos e insumos Médico Asistenciales	10.335,2	10.417,1	(81,9)	-0,8%
<b>Adquisición de Servicios</b>	40.149,2	36.925,4	3.223,9	8,7%
- Adquisición de Servicios de Salud	37.520,1	34.272,6	3.247,5	9,5%
- Adquisición de Servicios Administrativos	2.629,1	2.652,8	(23,6)	-0,9%
<b>Impuestos, Tasas y Multas</b>	151,8	182,0	(30,2)	-16,6%
<b>Vigencias Expiradas Gastos Generales</b>	216,9	140,9	76,0	54,0%
<b>TRANSFERENCIAS</b>	1.230,6	1.130,2	100,4	8,9%
<b>Transferencias por Convenios con el Sector Privado</b>	-	4,8	(4,8)	-100,0%
- Préstamo Social	-	4,8	(4,8)	-100,0%
<b>Otras Transferencias Corrientes</b>	1.230,6	1.125,4	105,2	9,3%
- Sentencias y Conciliaciones	85,4	14,1	71,3	506,4%
- Incapacidades	772,5	701,7	70,8	10,1%
- Licencias de Maternidad	219,7	256,6	(37,0)	-14,4%
- Bienestar Universitario	153,0	153,0	0,0	0,0%

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Para el 2015 la contratación de personal de soporte administrativo con cargo al rubro remuneración servicios técnicos, se optimizó, con una reducción del 3.5% en el gasto con relación a la vigencia anterior, de igual manera en el rubro de personal supernumerario se



observa que no se efectuaron requerimientos por este concepto, logrando una disminución en el mismo del 100%, igualmente sucede con las vigencias expiradas de gastos de personal.

Tabla 66. Tendencia de ingresos y gastos 2010-2015

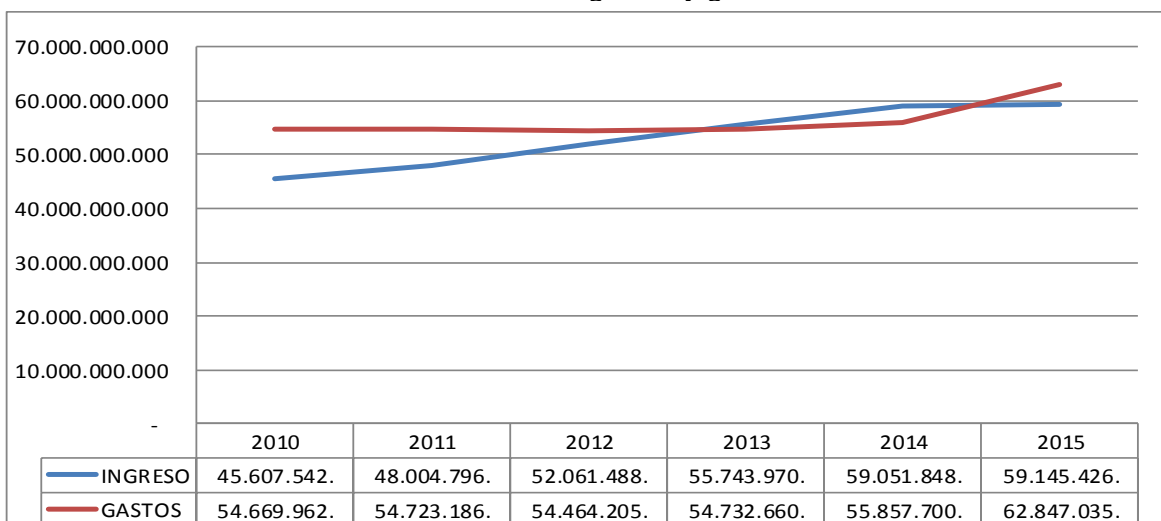
TENDENCIA DEL INGRESO			
VIGENCIA	INGRESOS CORRIENTES	RENDIMIENTOS FINANCIEROS Y RECUPERACIÓN DE CARTERA	TOTAL CAUSADO
2010	42.153.983.655	3.453.559.170	45.607.542.825
2011	45.025.436.962	2.979.359.077	48.004.796.039
2012	49.041.655.615	3.019.832.809	52.061.488.424
2013	50.742.479.821	5.001.490.912	55.743.970.733
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

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

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Se observa un crecimiento en las obligaciones de la vigencia 2015 registradas, frente a la vigencia inmediatamente anterior, correspondiendo principalmente a que se mejoró la oportunidad de pago a los prestadores como consecuencia de la negociación efectuada por Unisalud Bogotá, de igual manera, Medellín y Manizales generaron una mayor causación de cuentas frente al ingreso percibido, no así Palmira que disminuye las causaciones frente a los ingresos manteniendo en promedio la anualidad.

Gráfica 9. Tendencia de ingresos y gastos 2010-2015



Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

### 2.6.1.3 RESERVAS PRESUPUESTALES

La reserva presupuestal para la presente vigencia fiscal corresponde al 18% del valor comprometido, a cual concierne principalmente a los contratos de servicio médico asistencial que cubren la atención hasta el mes de febrero de 2016 para no desproteger la atención del servicio ni el suministro de medicamentos durante el periodo de cierre de vigencia 2015 y apertura de vigencia 2016, así como los tiempos para los trámites precontractuales se prolongan durante un mes aproximadamente y los prestadores de servicios usualmente no están dispuestos a realizarlos en el mes de diciembre.

Se resalta que el porcentaje de las reservas presupuestales ha disminuido por el juicioso trabajo realizado ajustando la oportunidad de pago y concientizando a los ordenadores del gasto acerca de los beneficios de la celebración de compromisos y constitución de reservas que cubran necesidades propias de la vigencia y no sobre- estimadas.

Se ha recalcado, la importancia de que compromisos con cargo a los presupuestos anuales que superen más allá del mes de enero, manejen el concepto de la posibilidad de tramitar la respectiva vigencia futura.

De acuerdo con lo anterior, la reserva presupuestal constituida al cierre de la vigencia fiscal 2015, por grandes conceptos del gasto es:

Tabla 67. Reserva presupuestal consolidada nacional 2015

(Cifras en millones de pesos)

CONCEPTO	BOGOTA	MEDELLIN	MANIZALES	PALMIRA	TOTAL
Gastos de Personal	275	70	7	16	369
Gastos Generales	6.303	2.888	747	595	10.534
Transferencias	109	-	-	28	137
<b>TOTAL</b>	<b>6.687</b>	<b>2.958</b>	<b>755</b>	<b>639</b>	<b>11.039</b>

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Cabe aclarar que las reservas soportan además la atención de servicios prestados desde finales del mes de noviembre y el mes de diciembre, los cuáles es posible que no se hayan facturado o que se encuentran en proceso de auditoría de cuentas médicas o con glosas que son susceptibles de ser levantadas.

### 2.6.1.4 CUENTAS POR PAGAR

Las cuentas por pagar constituidas en Unisalud son las siguientes:

Tabla 68. Reserva presupuestal consolidada nacional 2015

(Cifras en millones de pesos)

CONCEPTO	MEDELLIN	PALMIRA	TOTAL
Gastos de Personal	-	14	14
Gastos Generales	22	15	37
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>52</b>

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

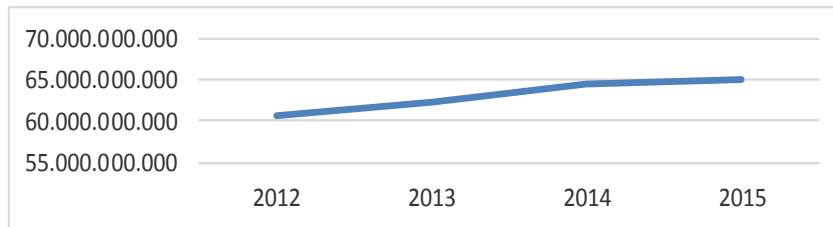
En especial corresponden a servicios médicos asistenciales que se facturaron en el mes de diciembre y que a finales del mismo mes se definió por auditoría de cuentas médicas que se debía proceder a su pago. Al encontrarse cerrados los portales bancarios, se constituye la cuenta por pagar debido a que es un bien y /o servicio recibido a satisfacción que por lo tanto, no procede como reserva presupuestal.

2.6.1.5 CONTABILIDAD

Con relación a los estados financieros, el resultado del ejercicio contable ofrece un incremento en los excedentes financieros frente a la vigencia anterior tal como se observa en el siguiente cuadro:

Gráfica 10. Excedentes financieros 2012-2015

CONCEPTO	TOTAL			
	2012	2013	2014	2015
<b>EXCEDENTES FINANCIEROS</b>	<b>60.661.226.998</b>	<b>62.223.986.859</b>	<b>64.557.412.116</b>	<b>65.078.295.298</b>



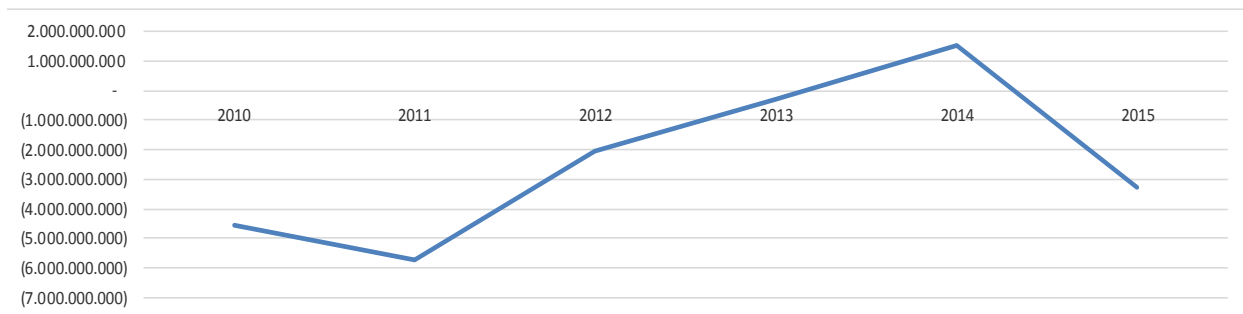
Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Resulta pertinente aclarar que la tendencia de crecimiento disminuye de manera representativa, explicado en que debido a la negociación con pago del 60% a los ocho días en la Sede Bogotá, que es la más grande, se anticipa la asunción de obligaciones y causaciones y por lo tanto disminuye los excedentes, sin embargo, se espera que impacte de manera positiva para el 2016.

De acuerdo con lo anterior, los estados de resultados en la presente vigencia muestran un déficit con base en las facturas recibidas en el mes de diciembre, las cuales por lo general llegaban al iniciar la siguiente vigencia, la gráfica se observa así:

Gráfica 11. Estado de resultados 2010-2015

CONCEPTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>TOTAL</b>	<b>(4.560.813.855)</b>	<b>(5.718.284.281)</b>	<b>(2.040.625.048)</b>	<b>(301.483.167)</b>	<b>1.509.548.239</b>	<b>(3.268.270.582)</b>



Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

### 2.6.1.6 TESORERÍA

Se recaudaron recursos en la vigencia 2015 por valor de \$59.056 millones de pesos con los cuales se atendieron obligaciones por un valor de \$49.537. Así mismo se pagaron obligaciones con cargo a la reserva presupuestal por valor de \$13.308 millones de pesos, efectuando giros totales por valor de \$62.845 millones de pesos en la vigencia 2015.

El manejo de las inversiones las cuales se constituyeron con base en los excedentes financieros y recursos propios que se percibieron en la vigencia, ofrecieron rendimientos financieros por valor total de \$3.454.044.284, siendo esta una fuente financiera importante para apalancar el gasto de la Unidad, razón por la cual se debe seguir buscando mecanismos para optimizar el manejo del portafolio de inversiones de Unisalud.

## 2.6.2 SEDE BOGOTÁ

### 2.6.2.1 PRESUPUESTO

El presupuesto asignado a Unisalud Sede Bogotá con ingresos corrientes se encuentra financiado en más de un 90% por los aportes a salud de los afiliados activos, pensionados y los aportes patronales. Esta sede tiene los mayores ingresos bases de cotización porque en ella se encuentran los afiliados con mayores ingresos base de cotización de la Universidad, sea por los cargos directivos del Nivel Nacional de la Universidad o porque tiene la mayor cantidad del personal docente de la Universidad. Por lo anterior, la Unidad redistribuye este ingreso en el transcurso de la vigencia para apalancar los gastos misionales de las sedes de Unisalud en Medellín, Manizales y Palmira; para el 2015 se transfirieron recursos por un total de \$4.018.509.081, los cuales correspondieron a Aportes a salud de sus afiliados \$3.508.509.081 y a rendimientos financieros \$510.000.000, es relevante aclarar que al igual que en la vigencia anterior, no se usaron excedentes financieros.

Por Plan Complementario, cuotas moderadoras y copagos se recaudó un valor que corresponde al 8.5% de los ingresos corrientes y resulta válido precisar que los recursos del Plan Complementario se utilizaron específicamente para garantizar la prestación de aquellos servicios adicionales que se prestaron a los beneficiarios que lo adquirieron, estos son: habitación individual, medicamentos intrahospitalarios no POS y exención de copagos en un 50% a partir del último trimestre de la vigencia 2015, momento para el cual se modificaron las condiciones del Plan, por parte de la Junta Directiva Nacional de Unisalud por evidenciar su no sostenibilidad financiera.

La póliza de alto costo obtuvo un recaudo superior al proyectado presupuestalmente debido a que se recobraron de manera oportuna siniestros ante la aseguradora. Sin embargo, por concepto de los rendimientos financieros no se cumplió la meta esperada debido a la baja tasa de captación que ofreció el mercado financiero en la vigencia anterior, consecuencia de la situación macroeconómica del país y no de la gestión propia realizada en cada una de las Sedes de la Unidad.

Tabla 69. Recaudo consolidado sede Bogotá 2015

CONCEPTO	BOGOTA	
	AFORO	RECAUDO
<b>INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>33.793.554.189</b>	<b>33.830.869.543</b>
Plan Complementario, cuotas moderadoras y otros ingresos relacionados con la actividad misional	2.763.030.000	2.957.864.207
Aportes a salud patronales, afiliados activos y pensionados	30.379.248.000	30.162.411.528
Recobro Póliza de Alto Costo, Devolución IVA y otros ingresos no relacionados directamente con la actividad misional	651.276.189	710.593.808
<b>RECURSOS DE CAPITAL</b>	<b>2.225.500.811</b>	<b>2.079.152.378</b>
Rendimientos Financieros	2.225.500.811	2.079.152.378
Recursos del balance		
<b>TOTAL RECURSOS PROPIOS</b>	<b>36.019.055.000</b>	<b>35.910.021.921</b>

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Es importante recalcar que el presupuesto se distribuyó en un mayor porcentaje para apalancar los costos por concepto de servicio médico asistencial, apoyo diagnóstico y terapéutico, programas de promoción y prevención, medicamentos para los usuarios, licencias de maternidad, paternidad e incapacidades.

Por grandes cuentas del gasto se distribuyó como se observa en el siguiente cuadro, correspondiendo a gastos generales, los de salud, es decir, aquellos que tienen que ver en forma directa con el cumplimiento de la misión de la Unidad:

Tabla 70. Gastos de funcionamiento sede Bogotá 2015

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	BOGOTA	
	UNISALUD RECURSOS PROPIOS	% PARTICIPACIÓN
GASTOS DE PERSONAL	5.143.788.978	14%
GASTOS GENERALES	30.149.321.749	84%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	725.944.273	2%
<b>TOTAL PRESUPUESTO DE GASTOS</b>	<b>36.019.055.000</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

En gastos de personal se incluye al personal de planta de la Universidad que presta servicios médico asistenciales y el personal de planta de la Universidad que presta el apoyo administrativo y financiero a la Unidad en su sede de Bogotá. Se puede observar que la ejecución presupuestal, entendida esta como la asunción de compromisos, fue del 99,6%.

Tabla 71. Gastos consolidados sede Bogotá 2015

CONCEPTO UNISALUD	BOGOTA		
	APROPIACIÓN	EJECUCIÓN	% EJECUCIÓN
<b>GASTOS DE FUNCIONAMIENTO</b>	36.019.055.000	35.867.156.639	99,6%
<b>GASTOS DE PERSONAL</b>	5.143.788.978	5.027.783.643	97,7%
<b>Servicios Personales Asociados a nomina</b>	2.788.248.000	2.724.590.696	97,7%
<b>Servicios Personales Indirectos</b>	1.502.021.750	1.494.452.978	99,5%
<b>Contribuciones Inherentes a la Nómina Sector Privado</b>	236.084.000	215.359.493	91,2%
<b>Contribuciones Inherentes a la Nómina Sector Publico</b>	606.922.228	583.441.076	96,1%
<b>GASTOS GENERALES</b>	30.149.321.749	30.113.769.441	99,9%
<b>Adquisición de Bienes</b>	6.152.820.250	6.148.654.557	99,9%
- Compra de Equipo	106.500.000	105.513.100	99,1%
- Compra de Equipo Médico Asistencial	96.778.250	96.097.325	99,3%
- Materiales y Suministros	109.707.000	108.170.080	98,6%
- Medicamentos e insumos Médico Asistenciales	5.839.835.000	5.838.874.052	100,0%
<b>Adquisición de Servicios</b>	23.677.190.192	23.650.148.844	99,9%
- Adquisición de Servicios de Salud	21.896.023.164	21.872.460.539	99,9%
- Adquisición de Servicios Administrativos	1.781.167.028	1.777.688.305	99,8%
<b>Impuestos, Tasas y Multas</b>	98.090.301	98.090.301	100,0%
<b>Vigencias Expiradas Gastos Generales</b>	221.221.006	216.875.739	98,0%
<b>TRANSFERENCIAS</b>	725.944.273	725.603.555	100,0%
<b>Otras Transferencias Corrientes</b>	725.944.273	725.603.555	100,0%
- Sentencias y Conciliaciones	85.386.273	85.386.273	100,0%
- Incapacidades	395.108.000	395.108.000	100,0%
- Licencias de Maternidad	135.450.000	135.450.000	100,0%
- Bienestar Universitario	110.000.000	109.659.282	99,7%

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Del total de los compromisos asumidos, quedó en reserva presupuestal el 18,6%, lo que implica que se generaron causaciones y pagos en un 81,4%. Es satisfactorio decir que con relación a vigencias anteriores, el valor de la reserva presupuestal y su porcentaje de constitución, disminuyó representativamente porque entre otras cosas, se mejoró la oportunidad de pago a los prestadores porque se usó la estrategia de negociación 60/40 en la Sede Bogotá que corresponde al 65.31% de la Unidad, pagando el 60% de la factura a los ocho días de recibida con la correcta validación de RIPS y el 40% posterior a la auditoría de cuentas médicas; esta estrategia incidió de manera directa sobre los estados de resultados de la Unidad. En gastos de personal no se presentó una ejecución total de los recursos debido a que los gastos dependen de manera directa de la información que suministra la Oficina Salarial y Prestacional de la Universidad, sobre la cual para la vigencia 2015 hubo solicitud de traslados presupuestales incluso a finales del mes de diciembre, momento para el cual se habían cerrado los portales bancarios, para amparar el pago de cesantías.

La reserva presupuestal constituida a 31 de diciembre de 2015, por grandes cuentas del gasto de funcionamiento en la sede de Unisalud en Bogotá, se observa a continuación:

Tabla 72. Reservas presupuestales sede Bogotá 2015

CONCEPTO	BOGOTA
Gastos de Personal	274.744.222
Gastos Generales	6.303.495.180
Transferencias	108.890.343
<b>TOTAL</b>	<b>6.687.129.745</b>

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Esta reserva presupuestal responde en Gastos de Personal a las Cesantías de Fondos Privados que se cancelarán en la presente vigencia; en gastos generales, a la reserva constituida que ampara la prestación de servicios de salud, medicamentos, materiales e insumos médico asistenciales que garantizan la continuidad y oportunidad de los servicios de salud a los usuarios durante el cambio de vigencia comprendido entre el mes de diciembre de 2015 y los meses de enero y febrero de 2016 mientras se efectúa la contratación de la red de servicios de salud de la presente vigencia. En lo que hace relación a transferencias, comprende el pago por concepto de licencias de maternidad e incapacidades, cuyos recursos se transferirán al nivel central de la Universidad por los eventos que presenten los afiliados activos cuando se encuentren en estas situaciones administrativas durante los meses de enero y febrero de la presente vigencia.

En la tabla Tendencia de ingresos y gastos sede Bogotá 2010-2015, se puede observar el ingreso real percibido por la sede de Unisalud en Bogotá, que incluye el valor que se transfirió a las sedes de Unisalud en Medellín, Manizales y Palmira para apalancar el gasto. Se puede observar que la tendencia de crecimiento, en especial, comparado con la vigencia anterior, no es muy representativo; esto se explica porque en la vigencia 2014 se percibieron los ingresos por aportes a salud de los pensionados de diciembre de 2013 en el mes de enero, y producto de la gestión realizada, se percibieron también los ingresos correspondientes al mes de diciembre de 2014, es decir, se percibió por llamarlo así “*un doble aporte*”. De esa forma, en la vigencia 2015 se perciben los ingresos de los aportes a salud de los pensionados, personal activo y aportes patronales de enero a diciembre de 2015, mejorando la oportunidad de los registros financieros y permitiendo ver de forma real, la anualidad de los ingresos corrientes con que cuenta la Unidad.

No obstante lo anterior, se observa crecimiento en los ingresos corrientes de la sede de Unisalud en Bogotá al cierre de la vigencia 2015. Sin embargo, los rendimientos financieros presentan un recaudo inferior al presentado en la vigencia anterior, por las bajas tasas de captación ofrecidas en el mercado financiero. Se precisa que las inversiones se efectuaron bajo los lineamientos y directrices establecidas por la Gerencia Nacional Financiera y Administrativa de la Universidad – División Nacional de Tesorería.

Se observa un crecimiento del 38% en las obligaciones de la vigencia 2015 registradas, frente a la vigencia inmediatamente anterior, lo cual, como se comentó anteriormente, corresponde principalmente a que se mejoró la oportunidad de pago a los prestadores como consecuencia de la negociación efectuada por la sede de Unisalud en Bogotá, sin embargo, también tiene que ver con aumento en los gastos médico asistenciales bajo el rubro de exámenes diagnósticos y en hospitalizaciones de alto costo y, con el incremento en el valor de los compromisos, debido a que los prestadores incrementan sus tarifas siempre por encima del IPC, negociando solo tarifas indexadas lo cual implica un aumento en los costos para la Unidad.

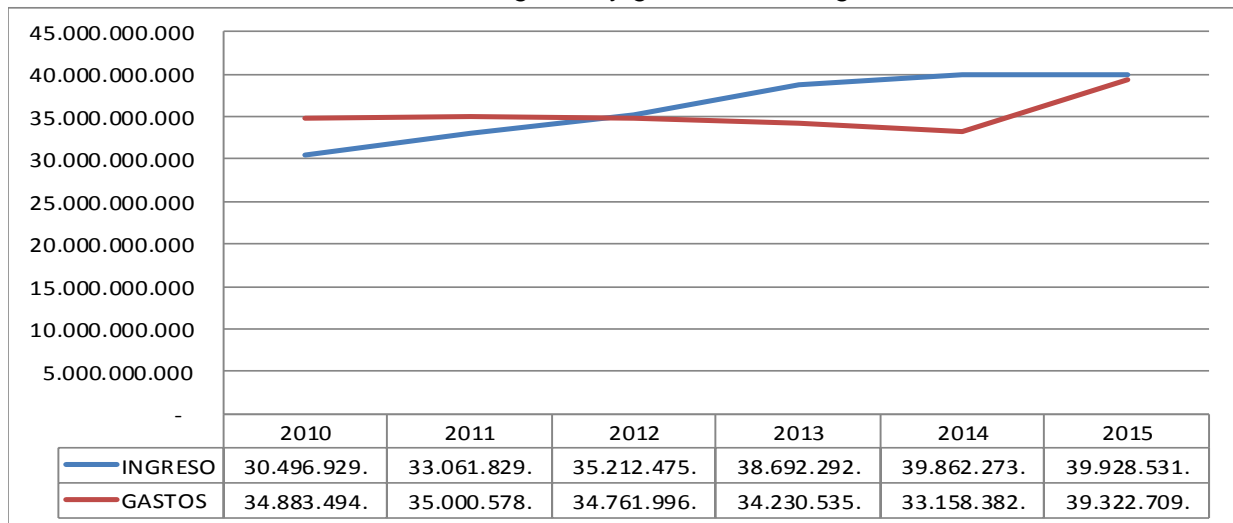
Tabla 73. Tendencia de ingresos y gastos sede Bogotá 2010-2015

TENDENCIA DEL INGRESO			
VIGENCIA	INGRESOS CORRIENTES	RENDIMIENTOS FINANCIEROS Y RECUPERACIÓN DE CARTERA	TOTAL CAUSADO
2010	28.195.617.942	2.301.311.984	30.496.929.926
2011	30.981.591.712	2.080.237.688	33.061.829.400
2012	33.123.082.060	2.089.393.564	35.212.475.624
2013	34.532.440.088	4.159.852.720	38.692.292.808
2014	36.886.103.864	2.976.169.288	39.862.273.152
2015	37.119.007.828	2.809.523.174	39.928.531.002

TENDENCIA DEL GASTO			
VIGENCIA	OBLIGACIONES	RESERVAS EJECUTADAS	TOTAL CAUSADO
2010	26.826.492.072	8.057.002.819	34.883.494.891
2011	26.547.765.950	8.452.812.161	35.000.578.111
2012	25.877.822.131	8.884.174.345	34.761.996.476
2013	23.930.983.403	10.299.551.864	34.230.535.267
2014	21.997.570.016	11.160.812.577	33.158.382.593
2015	29.180.026.894	10.142.682.799	39.322.709.693

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Gráfica 12. Tendencia de ingresos y gastos sede Bogotá 2010-2015



Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Como conclusión se puede precisar que Unisalud Sede Bogotá presenta un buen comportamiento, garantizando con los ingresos corrientes y rendimientos financieros apalancar las necesidades de la sede y adicionalmente transferir recursos para apalancar a las sedes de Unisalud en Medellín, Manizales y Palmira. Es importante decir que a pesar del buen desempeño, el presupuesto de ingresos no pudo ser recaudado en su totalidad por el fallecimiento de cotizantes pensionados, lo cual afecta de manera directa el cumplimiento de las metas de recaudo presupuestal en el transcurso de la vigencia.

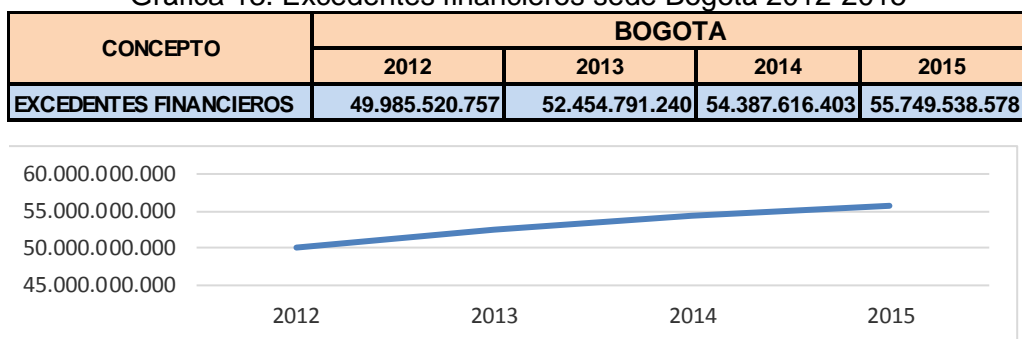


Por lo tanto, si bien se presenta superávit en los estados financieros de la sede con corte a diciembre de 2015, éste es inferior a la tendencia de crecimiento que se venía presentando en las anteriores vigencias.

### 2.6.2.2 CONTABILIDAD

Teniendo en cuenta que en la Universidad se efectúa el manejo contable de causación, se observa que los excedentes financieros en la sede de Unisalud en Bogotá, crecieron en un nivel inferior al de la vigencia inmediatamente anterior, tal como se observa en el siguiente cuadro:

Gráfica 13. Excedentes financieros sede Bogotá 2012-2015



Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

La tendencia en el Estado de Resultados es positiva, sin embargo, el superávit de la sede bajó en un porcentaje del 83% debido a que se mejoró la oportunidad de pago, implicando que en la vigencia 2015 se pagaron los compromisos de un mes más que en las anteriores vigencias, lo que afecta de manera directa los estados de resultados de la Unidad en esta vigencia; estaremos atentos para verificar al cierre de la vigencia 2016 el impacto positivo de esta gestión.

Tabla 74. Estado de resultados sede Bogotá 2010-2015

CONCEPTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bogotá	166.085.362	(1.548.078.888)	1.109.028.537	3.505.266.324	5.346.331.553	858.335.337

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

### 2.6.2.3 TESORERÍA

El área de Tesorería recaudó y concilió partidas por valor de \$39.322.709.693; efectuó el pago de las obligaciones totales de la vigencia por valor de \$29.180.026.894 y de reserva presupuestal por valor de \$10.142.682.799, lo que implicó el debido flujo de caja y constitución de inversiones de las cuales se obtuvieron Rendimientos Financieros por valor de \$2.079.152.378. Así mismo se efectuó el debido giro de recursos a las sedes de Unisalud en Medellín, Manizales y Palmira por valor de \$4.018.509.081.

De igual manera se efectuaron las revisiones y conciliaciones respectivas a fin de evidenciar el debido recaudo de los aportes a salud, manejo de la planilla PILA, manejo de caja, oportuno pago de nóminas y traslado de recursos por descuentos de nómina.

## 2.6.3 SEDE MEDELLÍN

### 2.6.3.1 PRESUPUESTO

El presupuesto asignado a Unisalud Sede Medellín con ingresos corrientes se encuentra financiado en más de un 91.7% por los aportes a salud de los afiliados activos, pensionados y los aportes patronales, incluyendo la transferencia de fondos por valor de \$2.290.000.000 de aportes de afiliados que se realizó desde la sede de Unisalud en Bogotá para brindar soporte a las necesidades misionales de esa Sede.

De igual forma, en los recursos de capital de la sede, se encuentran \$501.422.236 correspondientes a rendimientos financieros que transfirió Unisalud Sede Bogotá con el mismo fin. En este sentido la sede recibió en total recursos adicionales por valor de \$2.791.422.236 de Unisalud Bogotá para la vigencia 2015, sin embargo, también requirió incorporar \$780.322.441 de excedentes financieros para cubrir la totalidad de las necesidades de la vigencia.

Unisalud Medellín tuvo un recaudo de ingreso definitivo por debajo de los compromisos asumidos en un valor de \$672.302.489, que se encuentran en reserva presupuestal. Este valor no se giró teniendo en cuenta que este valor se girará en la presente vigencia como un PAC de reserva presupuestal en caso de ser requerido con el fin de respaldar las obligaciones de la sede, con recursos de Unisalud Bogotá como parte del respaldo de los traslados presupuestales efectuados en la vigencia anterior.

El valor recaudado por Plan Complementario, cuotas moderadoras y copagos corresponde al 3.8% de los ingresos corrientes.

El recobro de la póliza de alto costo obtuvo un recaudo superior al proyectado presupuestalmente en un 65% debido a que se recobraron de manera oportuna siniestros ante la aseguradora. Por concepto de los rendimientos financieros no se cumplió la meta esperada debido a la baja tasa de captación que ofreció el mercado financiero en la vigencia anterior, consecuencia de la situación macroeconómica del país.

Tabla 75. Recaudo consolidado sede Medellín 2015

CONCEPTO	MEDELLIN	
	AFORO	RECAUDO
<b>INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>14.845.406.576</b>	<b>14.242.658.079</b>
Plan Complementario, cuotas moderadoras y otros ingresos relacionados con la actividad misional	522.600.000	545.129.932
Aportes a salud patronales, afiliados activos y pensionados	13.712.767.342	13.065.414.082
Recobro Póliza de Alto Costo, Devolución IVA y otros ingresos no relacionados directamente con la actividad misional	610.039.234	632.114.065
<b>RECURSOS DE CAPITAL</b>	<b>1.895.822.428</b>	<b>1.749.318.514</b>
Rendimientos Financieros	1.107.499.987	947.963.750
Recursos del balance	788.322.441	801.354.764
<b>TOTAL RECURSOS PROPIOS</b>	<b>16.741.229.004</b>	<b>15.991.976.593</b>

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

El presupuesto de la Sede se distribuyó en un mayor porcentaje para apalancar los costos por concepto de servicio médico asistencial, apoyo diagnóstico y terapéutico, programas de

promoción y prevención, medicamentos para los usuarios, licencias de maternidad, paternidad e incapacidades.

La distribución de gastos por grandes cuentas se observa en el siguiente cuadro:

Tabla 76. Gastos de funcionamiento sede Medellín 2015

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	MEDELLIN	
	UNISALUD RECURSOS PROPIOS	% PARTICIPACIÓN
GASTOS DE PERSONAL	1.670.540.000	10%
GASTOS GENERALES	14.768.089.004	88%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	302.600.000	2%
<b>TOTAL PRESUPUESTO DE GASTOS</b>	<b>16.741.229.004</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

En gastos de personal se incluye al personal de planta de la Universidad que presta servicios médico asistenciales y el personal de planta de la Universidad que presta el apoyo administrativo y financiero a la Unidad en la sede de Medellín. Los gastos generales son aquellos que en su mayoría soportan la misión de la Unidad, razón por la cual cuentan con el mayor porcentaje de presupuesto asignado. Se puede observar que la ejecución presupuestal, entendida como la asunción de compromisos, fue del 99,5%, quedando pendiente por comprometer \$76.949.922.

Tabla 77. Gastos consolidados sede Medellín 2015

CONCEPTO UNISALUD	MEDELLIN		
	APROPIACIÓN	EJECUCIÓN	% EJECUCIÓN
<b>GASTOS DE FUNCIONAMIENTO</b>	16.741.229.004	16.664.279.082	99,5%
<b>GASTOS DE PERSONAL</b>	1.670.540.000	1.645.073.868	98,5%
<b>Servicios Personales Asociados a nomina</b>	1.059.196.000	1.051.777.542	99,3%
<b>Servicios Personales Indirectos</b>	294.844.000	294.410.599	99,9%
<b>Contribuciones Inherentes a la Nómina Sector Privado</b>	126.600.000	120.593.587	95,3%
<b>Contribuciones Inherentes a la Nómina Sector Publico</b>	185.700.000	174.681.240	94,1%
<b>GASTOS GENERALES</b>	14.768.089.004	14.725.566.670	99,7%
<b>Adquisición de Bienes</b>	3.303.840.000	3.293.292.156	99,7%
- Compra de Equipo	43.440.000	43.372.590	99,8%
- Compra de Equipo Médico Asistencial	4.400.000	4.332.050	98,5%
- Materiales y Suministros	29.800.000	26.220.396	88,0%
- Medicamentos e insumos Médico Asistenciales	3.226.200.000	3.219.367.120	99,8%
<b>Adquisición de Servicios</b>	11.431.749.004	11.399.795.555	99,7%
- Adquisición de Servicios de Salud	10.965.129.004	10.942.324.191	99,8%
- Adquisición de Servicios Administrativos	466.620.000	457.471.364	98,0%
<b>Impuestos, Tasas y Multas</b>	32.500.000	32.478.959	99,9%
<b>Vigencias Expiradas Gastos Generales</b>			
<b>TRANSFERENCIAS</b>	302.600.000	293.638.544	97,0%
<b>Otras Transferencias Corrientes</b>	302.600.000	293.638.544	97,0%
- Sentencias y Conciliaciones			
- Incapacidades	227.000.000	218.184.526	96,1%
- Licencias de Maternidad	53.100.000	53.011.433	99,8%
- Bienestar Universitario	22.500.000	22.442.585	99,7%

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Se evidencia que del total de los compromisos asumidos para gastos generales, quedó en reserva presupuestal el 19.6%, lo que implica que se generaron causaciones y pagos en un 80,4%. Si comparamos con la vigencia anterior, el valor de la reserva presupuestal y su porcentaje de constitución, presente un incremento del 31.1%. El valor de las causaciones efectuadas con base en las obligaciones y facturas recibidas se incrementó en un 4.6% con relación a la vigencia anterior incrementándose el pago a los prestadores, lo que incidió de manera directa sobre los estados de resultados de la unidad. En cuanto a los gastos de personal no se presentó una ejecución total de los recursos debido a que los mismos dependen de la información que suministra el área salarial y prestacional de la Universidad en Medellín, evidenciando que para la para la vigencia 2015 se solicitaron traslados presupuestales incluso a finales del mes de diciembre para amparar el pago de cesantías.

La reserva presupuestal constituida a 31 de diciembre de 2015, por grandes cuentas del gasto de funcionamiento en Unisalud Medellín, se observa a continuación:

Tabla 78. Reservas presupuestales sede Medellín 2015

CONCEPTO	MEDELLIN
Gastos de Personal	70.445.407
Gastos Generales	2.887.831.755
<b>TOTAL</b>	<b>2.958.277.162</b>

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Las cuentas por pagar constituidas a 31 de diciembre de 2015 por gastos de funcionamiento en Unisalud Medellín se observan a continuación:

Tabla 79. Cuentas por pagar sede Medellín 2015

CONCEPTO	MEDELLIN
Gastos Generales	22.208.821
<b>TOTAL</b>	<b>22.208.821</b>

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

La reserva presupuestal responde en Gastos de Personal a las Cesantías de Fondos Privados que se cancelarán en la presente vigencia, en gastos generales la reserva constituida ampara la prestación de servicios de salud, medicamentos, materiales e insumos médico asistenciales garantizando la continuidad y oportunidad en la atención a los usuarios durante el cambio de vigencia comprendido entre el mes de diciembre de 2015 y los meses de enero y febrero de 2016 mientras se efectúa la contratación de la red de servicios de salud de la presente vigencia.

En el cuadro que se presenta a continuación se puede observar el ingreso real percibido por Unisalud Medellín, sin el valor que se recibió producto de la transferencia efectuada por Unisalud Bogotá para apalancar el gasto. Se puede observar una tendencia a disminuir los ingresos corrientes debido a que en la vigencia 2014 se percibieron los ingresos por aportes a salud de los pensionados, de diciembre de 2013, en el mes de enero de 2014 y producto de la gestión realizada en ese mismo año, se percibieron también los ingresos de aportes a salud de los pensionados en el mes de diciembre del mismo año. Por lo anterior, en la vigencia 2015 solo se perciben los ingresos de los aportes a salud de los pensionados,

personal activo y aportes patronales de enero a diciembre de 2015, mejorando la oportunidad de los registros financieros y permitiendo ver la anualidad de los ingresos corrientes con que cuenta la Unidad.

Se resalta que los rendimientos financieros y la recuperación de cartera presentan un recaudo superior al que se presentó en la vigencia anterior, debido al buen manejo del portafolio y la gestión de cobro de la cartera en mora pendiente. Se precisa que las inversiones se efectuaron bajo los lineamientos y directrices establecidas por la Gerencia Nacional Financiera y Administrativa de la Universidad – División Nacional de Tesorería.

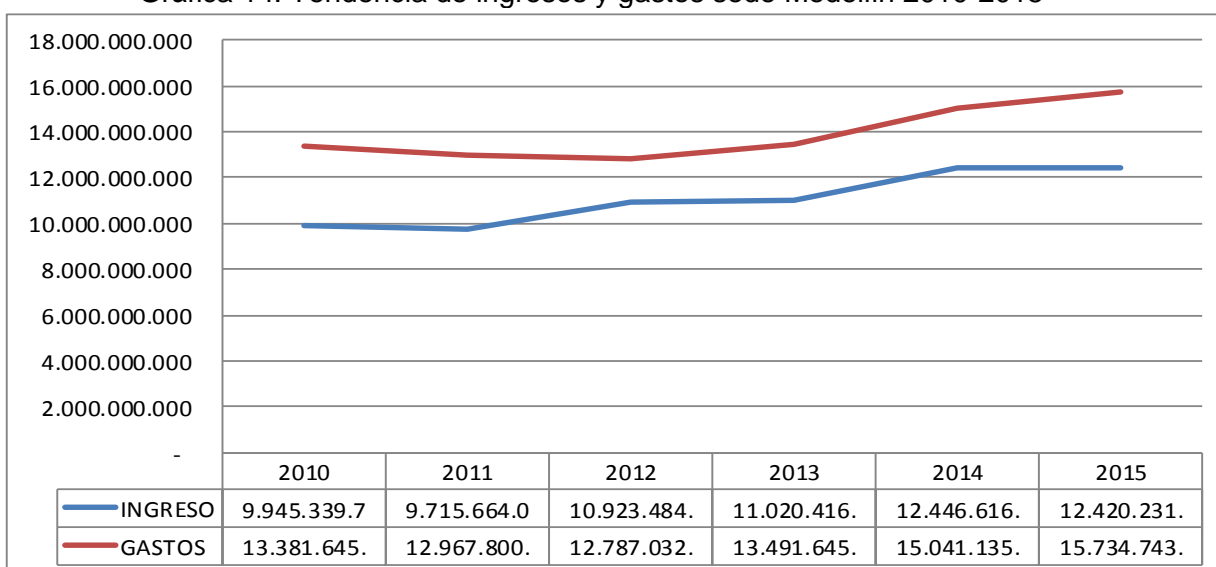
Tabla 80. Tendencia de ingresos y gastos sede Medellín 2010-2015

TENDENCIA DEL INGRESO			
VIGENCIA	INGRESOS CORRIENTES	RENDIMIENTOS FINANCIEROS Y RECUPERACIÓN DE CARTERA	TOTAL CAUSADO
2010	8.967.260.333	978.079.391	9.945.339.724
2011	8.937.579.779	778.084.252	9.715.664.031
2012	10.143.471.094	780.013.124	10.923.484.218
2013	10.406.626.442	613.790.261	11.020.416.703
2014	12.029.013.239	417.603.194	12.446.616.433
2015	11.952.658.079	467.573.837	12.420.231.916

TENDENCIA DEL GASTO			
VIGENCIA	OBLIGACIONES	RESERVAS EJECUTADAS	TOTAL CAUSADO
2010	11.472.661.983	1.908.983.403	13.381.645.386
2011	11.556.836.376	1.410.964.216	12.967.800.592
2012	10.634.666.544	2.152.366.030	12.787.032.574
2013	11.078.280.689	2.413.364.442	13.491.645.131
2014	13.322.749.463	1.718.386.020	15.041.135.483
2015	13.706.001.920	2.028.741.329	15.734.743.249

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Gráfica 14. Tendencia de ingresos y gastos sede Medellín 2010-2015



Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

El crecimiento del gasto es del 4.6% en las obligaciones de la vigencia 2015 registradas, frente a la vigencia inmediatamente anterior, esto como producto principalmente de los costos de la contratación en la sede.

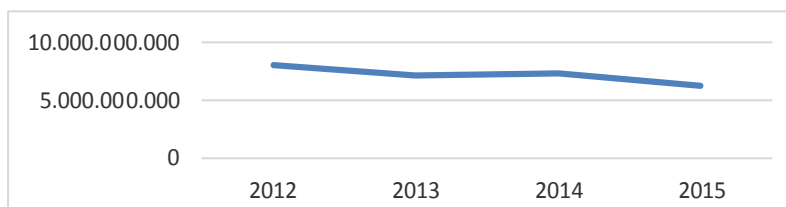
Producto de lo anterior, los ingresos corrientes y rendimientos financieros de la sede fueron insuficientes para apalancar sus necesidades, por ello, se requirió transferir ingresos corrientes y rendimientos financieros de Unisalud Bogotá, así como incorporar excedentes financieros de la Unidad, con el fin de garantizar el normal funcionamiento y la prestación del servicio en la vigencia.

### 2.6.3.2 CONTABILIDAD

Teniendo en cuenta que en la Universidad se efectúa el manejo contable de causación, se observa que los excedentes financieros en Unisalud Medellín, disminuyeron por haber necesitado incorporar la partida de \$780.322.441 con el fin de apalancar el gasto de la vigencia 2015. La tendencia de los excedentes financieros de la sede se observa en el siguiente cuadro:

Gráfica 15. Excedentes financieros sede Medellín 2012-2015

CONCEPTO	MEDELLIN			
	2012	2013	2014	2015
EXCEDENTES FINANCIEROS	8.108.181.295	7.136.993.215	7.289.213.928	6.199.232.007



Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Así mismo la tendencia en el Estado de Resultados es negativa, sin embargo, en la Sede, en la vigencia 2015 no se percibieron ingresos adicionales por los aportes a salud de los pensionados del mes de diciembre de 2014, lo cual permite mejorar la anualidad y planeación de los recursos frente a los costos de la vigencia.

Tabla 81. Estado de resultados sede Medellín 2010-2015

CONCEPTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Medellín	(3.507.299.885)	(2.876.158.562)	(2.232.612.712)	(2.651.011.111)	(2.822.812.971)	(3.159.214.732)

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

### 2.6.3.3 TESORERÍA

El área de Tesorería recaudó y concilió partidas por valor de \$12.420.231.916, más el traslado de fondos de Unisalud Bogotá de \$2.791.422.236 y efectuó el pago de las obligaciones totales en la vigencia por valor de \$15.734.743.249, lo que implicó el debido flujo de caja y constitución de inversiones de las cuales se obtuvieron Rendimientos Financieros por valor de \$947.963.750.

De igual manera se efectuaron las revisiones y conciliaciones respectivas a fin de evidenciar el debido recaudo de los aportes a salud, manejo de la planilla pila, manejo de la caja, oportuno pago de nóminas y traslado de recursos por descuentos de nómina.

## 2.6.4 SEDE MANIZALES

### 2.6.4.1 PRESUPUESTO

El presupuesto asignado a Unisalud Manizales con ingresos corrientes se encuentra financiado en más de un 90.2% por los aportes a salud de los afiliados activos, pensionados y los aportes patronales, incluyendo la transferencia de fondos por valor de \$550.268.801 de aportes de afiliados que se realizó desde Unisalud Bogotá para apalancar sus necesidades misionales. Sin embargo, se debe decir que en los recursos de capital de Unisalud Manizales se encuentran \$87.806.186 correspondiente a rendimientos financieros por la transferencia de Unisalud Bogotá. En este sentido la sede recibió recursos adicionales por valor de \$638.074.987 de Unisalud Bogotá para la vigencia 2015.

Por Plan Complementario, cuotas moderadoras y copagos se recaudó un valor que corresponde al 6.3% de los ingresos corrientes.

El recobro de la póliza de alto costo no se cumplió con la meta presupuestada porque no fue posible recobrar ante la póliza un siniestro que se tenía presupuestado debido a que el concepto del mismo no tenía cobertura dentro de la póliza. En cuanto a los rendimientos financieros se cumplió la meta esperada y se sobre pasó en un 11.41% debido al buen manejo del portafolio de inversiones en la sede.

El recaudo de los ingresos se puede observar en el siguiente cuadro:

Tabla 82. Recaudo consolidado sede Manizales 2015

CONCEPTO	MANIZALES	
	AFORO	RECAUDO
<b>INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>4.679.946.658</b>	<b>4.589.857.259</b>
Plan Complementario, cuotas moderadoras y otros ingresos relacionados con la actividad misional	226.389.000	293.188.675
Aportes a salud patronales, afiliados activos y pensionados	4.301.601.658	4.143.106.291
Recobro Póliza de Alto Costo, Devolución IVA y otros ingresos no relacionados directamente con la actividad misional	151.956.000	153.562.293
<b>RECURSOS DE CAPITAL</b>	<b>180.172.260</b>	<b>200.743.235</b>
Rendimientos Financieros	179.715.260	200.213.220
Recursos del balance	457.000	530.015
<b>TOTAL RECURSOS PROPIOS</b>	<b>4.860.118.918</b>	<b>4.790.600.494</b>

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

El presupuesto se distribuyó en un mayor porcentaje para apalancar los costos por concepto de servicio médico asistencial, apoyo diagnóstico y terapéutico, programas de promoción y prevención, medicamentos para los usuarios, licencias de maternidad, paternidad e incapacidades.

Los gastos por grandes cuentas se observan en el siguiente cuadro:

Tabla 83. Gastos de funcionamiento sede Manizales 2015

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	MANIZALES	
	UNISALUD RECURSOS PROPIOS	% PARTICIPACIÓN
GASTOS DE PERSONAL	797.148.205	16%
GASTOS GENERALES	3.966.947.775	82%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	96.022.938	2%
<b>TOTAL PRESUPUESTO DE GASTOS</b>	<b>4.860.118.918</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informes de ejecución SGF-Quipu

En gastos de personal se incluye al personal de planta de la Universidad que presta servicios médico asistenciales y el personal de planta de la Universidad que presta el apoyo administrativo y financiero a la Unidad en la sede de Manizales. Los gastos generales incluyen la mayoría de los que soportan la misión de la Unidad, razón por la cual tienen el mayor porcentaje de presupuesto asignado, así mismo se puede observar que la ejecución presupuestal, entendida esta como la asunción de compromisos, fue del 98.5%.

Tabla 84. Gastos consolidados sede Manizales 2015

CONCEPTO UNISALUD	MANIZALES		
	APROPIACIÓN	EJECUCIÓN	% EJECUCIÓN
<b>GASTOS DE FUNCIONAMIENTO</b>	4.860.118.918	4.785.325.703	98,5%
<b>GASTOS DE PERSONAL</b>	797.148.205	795.190.233	99,8%
<b>Servicios Personales Asociados a nomina</b>	527.237.886	527.237.886	100,0%
<b>Servicios Personales Indirectos</b>	113.854.934	113.854.934	100,0%
<b>Contribuciones Inherentes a la Nómina Sector Privado</b>	42.594.707	42.594.707	100,0%
<b>Contribuciones Inherentes a la Nómina Sector Publico</b>	111.511.178	109.553.206	98,2%
<b>GASTOS GENERALES</b>	3.966.947.775	3.896.908.876	98,2%
<b>Adquisición de Bienes</b>	781.971.421	781.970.281	100,0%
- Compra de Equipo	10.423.000	10.423.000	100,0%
- Compra de Equipo Médico Asistencial	800.000	800.000	100,0%
- Materiales y Suministros	10.116.041	10.116.041	100,0%
- Medicamentos e insumos Médico Asistenciales	760.632.380	760.631.240	100,0%
<b>Adquisición de Servicios</b>	3.172.830.376	3.102.792.617	97,8%
- Adquisición de Servicios de Salud	2.970.141.023	2.901.944.225	97,7%
- Adquisición de Servicios Administrativos	202.689.353	200.848.392	99,1%
<b>Impuestos, Tasas y Multas</b>	12.145.978	12.145.978	100,0%
<b>Vigencias Expiradas Gastos Generales</b>			
<b>TRANSFERENCIAS</b>	96.022.938	93.226.594	97,1%
<b>Otras Transferencias Corrientes</b>	96.022.938	93.226.594	97,1%
- Sentencias y Conciliaciones			
- Incapacidades	77.617.278	77.617.278	100,0%
- Licencias de Maternidad	7.000.000	4.203.656	60,1%
- Bienestar Universitario	11.405.660	11.405.660	100,0%

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Del total de los compromisos asumidos, quedó en reserva presupuestal el 15.7%, lo que implica que se generaron causaciones y pagos en un 84.3%. El valor de la reserva presupuestal y su porcentaje de constitución, disminuyó representativamente frente a la vigencia anterior.

La sede presentó un saldo presupuestal por ejecutar de \$74.793.215, que principalmente correspondió a Adquisición de Servicios de Salud. La reserva presupuestal constituida a 31 de diciembre de 2015, por grandes cuentas del gasto de funcionamiento en Unisalud Manizales, se observa a continuación:



Tabla 85. Reservas presupuestales sede Manizales 2015

CONCEPTO	MANIZALES
Gastos de Personal	7.461.000
Gastos Generales	747.486.070
<b>TOTAL</b>	<b>754.947.070</b>

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Esta reserva presupuestal responde a los compromisos celebrados en la vigencia 2015 que amparan la prestación de servicios de salud, medicamentos, apoyo administrativo, materiales e insumos médico asistenciales garantizando la continuidad y oportunidad a los usuarios durante el cambio de vigencia comprendido entre el mes de diciembre de 2015 y los meses de enero y febrero de 2016 mientras se efectúa la contratación de la red de servicios de salud de la presente vigencia.

En el cuadro que se presenta a continuación se puede observar el ingreso real percibido por Unisalud Manizales, sin el valor recibido producto de la transferencia efectuada por Unisalud Bogotá para apalancar el gasto. Se observa una tendencia a disminuir los ingresos corrientes porque en la vigencia 2014 se percibieron los ingresos por aportes a salud de los pensionados en el mes de enero y producto de la gestión realizada ya enunciada en las dos sedes anteriores, en ese mismo año, se percibieron también los ingresos de aportes a salud de los pensionados en el mes de diciembre. Por ello, en la vigencia 2015 solo se perciben los ingresos de los aportes a salud de los pensionados, personal activo y aportes patronales de enero a diciembre de 2015, mejorando la oportunidad de los registros financieros y permitiendo ver la anualidad de los ingresos corrientes con que cuenta la unidad. Sin embargo, a pesar de lo anterior, los ingresos corrientes muestran un pequeño crecimiento frente a la vigencia anterior.

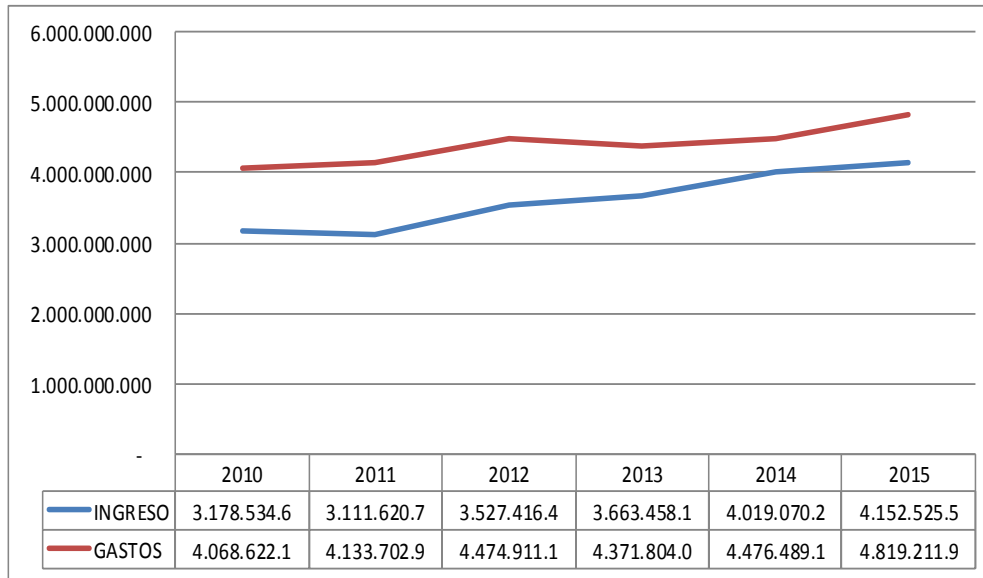
Tabla 86. Tendencia de ingresos y gastos sede Manizales 2010-2015

TENDENCIA DEL INGRESO			
VIGENCIA	INGRESOS CORRIENTES	RENDIMIENTOS FINANCIEROS Y RECUPERACIÓN DE CARTERA	TOTAL CAUSADO
2010	3.026.336.011	152.198.688	3.178.534.699
2011	3.047.554.031	64.066.714	3.111.620.745
2012	3.422.906.712	104.509.754	3.527.416.466
2013	3.554.324.941	109.133.160	3.663.458.101
2014	3.953.777.576	65.292.635	4.019.070.211
2015	4.039.588.458	112.937.049	4.152.525.507

TENDENCIA DEL GASTO			
VIGENCIA	OBLIGACIONES	RESERVAS EJECUTADAS	TOTAL CAUSADO
2010	3.488.397.352	580.224.839	4.068.622.191
2011	3.476.773.983	656.928.956	4.133.702.939
2012	3.781.861.375	693.049.794	4.474.911.169
2013	3.718.127.130	653.676.915	4.371.804.045
2014	3.790.339.210	686.149.932	4.476.489.142
2015	4.030.378.633	788.833.319	4.819.211.952

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Gráfica 16. Tendencia de ingresos y gastos sede Manizales 2010-2015



Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

En cuanto a rendimientos financieros y recuperación de cartera, presentan un recaudo superior al de la vigencia anterior, debido al buen manejo del portafolio y la gestión de cobro de la cartera en mora pendiente.

El gasto muestra un crecimiento del 7.6% por las obligaciones de la vigencia 2015 registradas, frente a la vigencia inmediatamente anterior, relacionado con la mejora en la oportunidad de pago a los prestadores, incidiendo en el resultado de los estados financieros de la vigencia y así mismo en la disminución del valor de la reserva presupuestal constituida a 31 de diciembre.

Como conclusión se puede precisar que Unisalud Manizales en la vigencia 2015 a pesar de que continúa con crecimiento en las obligaciones, ello es producto de ajustar los tiempos en la oportunidad de pago, lo que implicará que en la presente vigencia se cuente con información anualizada más ajustada y la constitución de reservas cubrirá las necesidades específicas del cambio de vigencia y no gastos no facturados de meses anteriores a diciembre.

Es pertinente decir que los ingresos corrientes y rendimientos financieros de la sede fueron insuficientes para apalancar sus necesidades, por lo que se requirió transferir recursos de Unisalud Bogotá para la sede Manizales con el fin de garantizar el normal funcionamiento y la prestación del servicio en la vigencia. Con relación al gasto, el nivel del valor de los compromisos se incrementó en la vigencia 2015 porque los prestadores incrementan siempre por encima del IPC, negociando solo tarifas indexadas a mayores costos para la unidad.

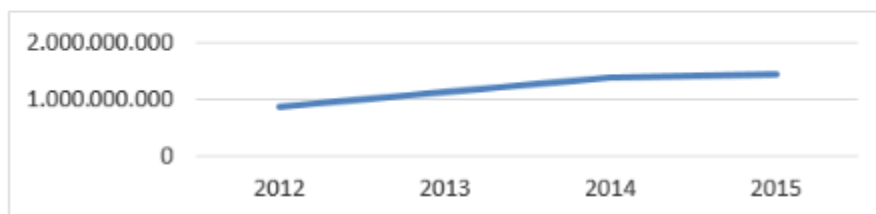
#### 2.6.4.2 CONTABILIDAD

Teniendo en cuenta que en la Universidad se efectúa el manejo contable de causación, se observa que los excedentes financieros en Unisalud Manizales presentan un incremento en la vigencia porque no fueron usados y adicionalmente se obtuvo un saldo de la reserva

presupuestal no ejecutada en la vigencia anterior, tal como se observa en el siguiente cuadro:

Gráfica 17. Excedentes financieros sede Manizales 2012-2015

CONCEPTO	MANIZALES			
	2012	2013	2014	2015
EXCEDENTES FINANCIEROS	884.870.741	1.130.507.531	1.381.220.724	1.446.127.901



Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Así mismo la tendencia en el Estado de Resultados a pesar de ser negativo, se debe tener en cuenta que a diferencia de la vigencia anterior que incorporó doble aporte a salud de los pensionados, en enero y diciembre, el valor del déficit es inferior que en las vigencias del 2010 al 2013. Esto permitió que la Sede presentara una mejoría en sus finanzas, como producto del juicioso trabajo y el seguimiento de los lineamientos y procedimientos, así como de la ejecución de sus recursos, lo cual da un balance positivo que incide en los estados de resultados.

Tabla 87. Estado de resultados sede Manizales 2010-2015

CONCEPTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Manizales	(965.636.192)	(932.683.839)	(945.227.953)	(762.194.167)	(468.489.091)	(700.459.600)

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

### 2.6.4.3 TESORERÍA

El área de Tesorería recaudó y concilió partidas por valor de \$4.152.525.507, más el traslado de fondos de Unisalud Bogotá de \$638.074.987 y efectuó el pago de las obligaciones totales en la vigencia por valor de \$4.819.211.952, lo que implicó el debido flujo de caja y constitución de inversiones de las cuales se obtuvieron Rendimientos Financieros por valor de \$200.213.220

De igual manera se efectuaron las revisiones y conciliaciones respectivas a fin de evidenciar el debido recaudo de los aportes a salud, manejo de la planilla PILA, manejo de la caja, oportuno pago de nóminas y traslado de recursos por descuentos de nómina.

### 2.6.5 SEDE PALMIRA

#### 2.6.5.1 PRESUPUESTO

El presupuesto asignado a Unisalud Palmira con ingresos corrientes se encuentra financiado en más de un 94.5% por los aportes a salud de los afiliados activos, pensionados y los aportes patronales, incluyendo la transferencia de fondos por valor de \$447.869.484 de aportes de afiliados que se realizó desde Unisalud Bogotá para apalancar sus

necesidades misionales. Se encuentra en los recursos de capital de Unisalud Palmira \$141.142.374 correspondientes a rendimientos financieros que hacen parte de la transferencia realizada por Unisalud Bogotá. De esa manera, la sede recibió recursos adicionales por valor de \$589.011.858 de Unisalud Bogotá para la vigencia 2015.

Por Plan Complementario, cuotas moderadoras y copagos se recaudó un valor que corresponde al 4% de los ingresos corrientes.

Con relación al recobro de la póliza de alto costo no se cumplió con la meta presupuestada debido a que no se pudo recobrar ante la póliza el total de los siniestros que se tenía presupuestado. Por concepto de los rendimientos financieros se cumplió la meta esperada en un 93.48% porque como se ha dicho anteriormente, las tasas de interés ofrecidas en el mercado financiero en la vigencia 2015 no fueron las mejores.

El recaudo de los ingresos se puede observar en el siguiente cuadro:

Tabla 88. Recaudo consolidado sede Palmira 2015

CONCEPTO	PALMIRA	
	AFORO	RECAUDO
<b>INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>3.150.626.942</b>	<b>3.006.434.947</b>
Plan Complementario, cuotas moderadoras y otros ingresos relacionados con la actividad misional	103.522.444	123.841.568
Aportes a salud patronales, afiliados activos y pensionados	2.963.286.777	2.842.593.721
Recobro Póliza de Alto Costo, Devolución IVA y otros ingresos no relacionados directamente con la actividad misional	83.817.721	39.999.658
<b>RECURSOS DE CAPITAL</b>	<b>242.520.509</b>	<b>226.714.936</b>
Rendimientos Financieros	242.520.509	226.714.936
Recursos del balance		
<b>TOTAL RECURSOS PROPIOS</b>	<b>3.393.147.451</b>	<b>3.233.149.883</b>

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

El presupuesto se distribuyó en un mayor porcentaje para apalancar los costos por concepto de servicio médico asistencial, apoyo diagnóstico y terapéutico, programas de promoción y prevención, medicamentos para los usuarios, licencias de maternidad, paternidad e incapacidades.

El gasto por grandes cuentas se distribuyó como se observa en el siguiente cuadro:

Tabla 89. Gastos de funcionamiento sede Palmira 2015

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	PALMIRA	
	UNISALUD RECURSOS PROPIOS	% PARTICIPACIÓN
GASTOS DE PERSONAL	595.128.630	18%
GASTOS GENERALES	2.679.906.164	79%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	118.112.657	3%
<b>TOTAL PRESUPUESTO DE GASTOS</b>	<b>3.393.147.451</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informes de ejecución SGF-Quipu

En gastos de personal se incluye al personal de planta de la Universidad que presta servicios médico asistenciales y el personal de planta de la Universidad que presta el apoyo

administrativo y financiero a la Unidad en la sede Palmira. En gastos generales se incluyeron la mayoría de los gastos que soportan la misión de la Unidad, razón por la cual tiene el mayor porcentaje de presupuesto asignado, así mismo se puede observar que la ejecución presupuestal, entendida esta como la asunción de compromisos, fue del 96.1%.

Tabla 90. Gastos consolidados sede Palmira 2015

CONCEPTO UNISALUD	PALMIRA		
	APROPIACIÓN	EJECUCIÓN	% EJECUCIÓN
<b>GASTOS DE FUNCIONAMIENTO</b>	3.393.147.451	3.260.642.491	96,1%
<b>GASTOS DE PERSONAL</b>	595.128.630	591.402.979	99,4%
Servicios Personales Asociados a nomina	314.343.349	314.106.643	99,9%
Servicios Personales Indirectos	178.900.000	176.912.447	98,9%
Contribuciones Inherentes a la Nómina Sector Privado	29.398.795	28.082.123	95,5%
Contribuciones Inherentes a la Nómina Sector Publico	71.325.646	71.145.866	99,7%
<b>GASTOS GENERALES</b>	2.679.906.164	2.551.127.512	95,2%
<b>Adquisición de Bienes</b>	546.713.958	545.520.511	99,8%
- Compra de Equipo	6.629.000	6.247.789	94,2%
- Compra de Equipo Médico Asistencial	14.365.958	14.360.334	100,0%
- Materiales y Suministros	8.615.000	8.614.039	100,0%
- Medicamentos e insumos Médico Asistenciales	517.104.000	516.298.349	99,8%
<b>Adquisición de Servicios</b>	2.124.058.206	1.996.497.518	94,0%
- Adquisición de Servicios de Salud	1.922.855.156	1.803.362.235	93,8%
- Adquisición de Servicios Administrativos	201.203.050	193.135.283	96,0%
<b>Impuestos, Tasas y Multas</b>	9.134.000	9.109.483	99,7%
<b>Vigencias Expiradas Gastos Generales</b>			
<b>TRANSFERENCIAS</b>	118.112.657	118.112.000	100,0%
<b>Otras Transferencias Corrientes</b>	118.112.657	118.112.000	100,0%
- Sentencias y Conciliaciones			
- Incapacidades	81.612.000	81.612.000	100,0%
- Licencias de Maternidad	27.000.000	27.000.000	100,0%
- Bienestar Universitario	9.500.657	9.500.000	100,0%

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Del total de los compromisos asumidos, quedó en reserva presupuestal el 19.5%, lo que implica que se generaron causaciones y pagos en un 80.5%. Del presupuesto total apropiado quedó un saldo pendiente de ejecución por valor de \$132.504.960.

La reserva presupuestal constituida a 31 de diciembre de 2015, por grandes cuentas del gasto de funcionamiento en Unisalud Palmira, se observa a continuación:

Tabla 91. Reservas presupuestales sede Palmira 2015

CONCEPTO	PALMIRA
Gastos de Personal	15.874.735
Gastos Generales	595.228.146
Transferencias	27.722.888
<b>TOTAL</b>	<b>638.825.769</b>

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Las cuentas por pagar constituidas a 31 de diciembre de 2015, por grandes cuentas del gasto de funcionamiento en Unisalud Palmira, se observa a continuación:

Tabla 92. Cuentas por pagar sede Palmira 2015

CONCEPTO	PALMIRA
Gastos de Personal	14.297.900
Gastos Generales	15.020.036
<b>TOTAL</b>	<b>29.317.936</b>

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Esta reserva presupuestal ampara en más de un 97.5% la prestación de servicios de salud, medicamentos, materiales e insumos médico asistenciales garantizando la continuidad y oportunidad a los usuarios durante el cambio de vigencia comprendido entre el mes de diciembre de 2015 y los meses de enero y febrero de 2016 mientras se efectúa la contratación de la red de servicios de salud de la presente vigencia. La reserva presupuestal constituida en transferencias comprende el pago por concepto de licencias de maternidad e incapacidades, cuyos recursos se transferirán al nivel central de la Universidad por los eventos que presenten los afiliados activos cuando se encuentren en estas situaciones administrativas durante los meses de enero y febrero de la presente vigencia.

En el cuadro que se presenta a continuación se puede observar el ingreso real percibido por Unisalud Palmira, sin el valor que se recibió producto de la transferencia efectuada por Unisalud Bogotá para apalancar el gasto. Se observa la misma tendencia que en las otras Sedes a disminuir los ingresos corrientes, producto de que en la vigencia 2014 se percibieron los ingresos por aportes a salud de los pensionados en el mes de enero y por la gestión realizada en ese mismo año, se percibieron también los ingresos de aportes a salud de los ese grupo de afiliados en el mes de diciembre. Por lo tanto, En la vigencia 2015 solo se perciben los ingresos de los aportes a salud de los pensionados, personal activo y aportes patronales de enero a diciembre de 2015, mejorando la oportunidad de los registros financieros y permitiendo ver de una mejor forma, la anualidad de los ingresos corrientes con que cuenta la Unidad.

Los rendimientos financieros y la recuperación de cartera presentan un recaudo inferior al de la vigencia anterior, debido a las menores tasas de interés ofrecidas en el mercado financiero. Es importante precisar que las inversiones en esta Sede, al igual que en las demás, se efectuaron bajo los lineamientos y directrices establecidas por la Gerencia Nacional Financiera y Administrativa de la Universidad – División Nacional de Tesorería.

Tabla 93. Tendencia de ingresos sede Palmira 2010-2015

TENDENCIA DEL INGRESO			
VIGENCIA	INGRESOS CORRIENTES	RENDIMIENTOS FINANCIEROS Y RECUPERACIÓN DE CARTERA	TOTAL CAUSADO
2010	1.964.769.369	21.969.107	1.986.738.476
2011	2.058.711.440	56.970.423	2.115.681.863
2012	2.352.195.749	45.916.367	2.398.112.116
2013	2.249.088.350	118.714.771	2.367.803.121
2014	2.622.565.167	101.323.920	2.723.889.087
2015	2.558.565.463	85.572.562	2.644.138.025

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

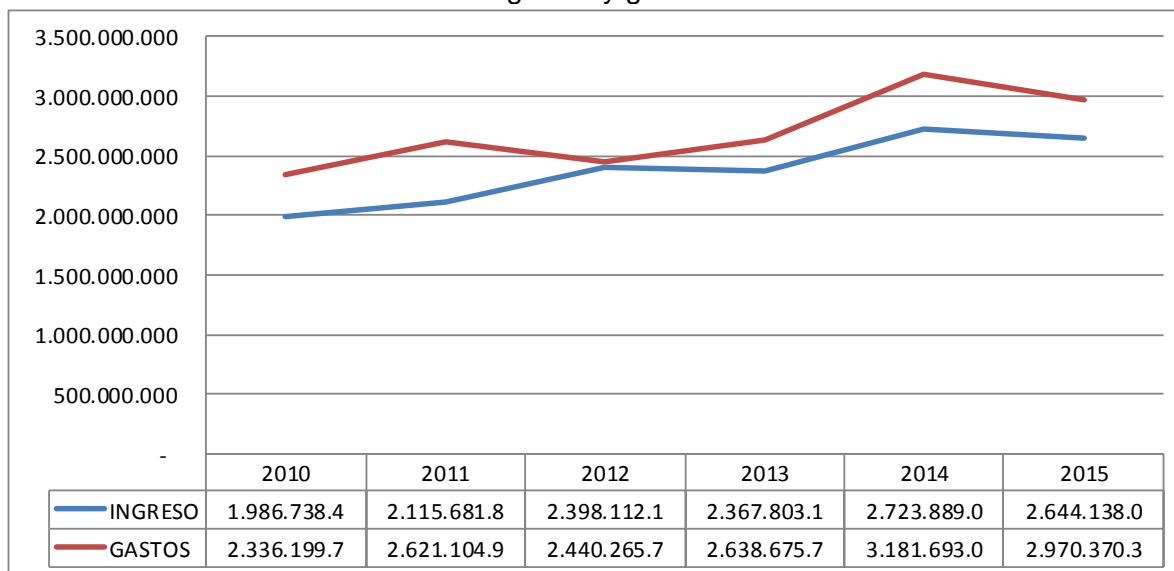
Tabla 94. Tendencia de gastos sede Palmira 2010-2015

TENDENCIA DEL GASTO			
VIGENCIA	OBLIGACIONES	RESERVAS EJECUTADAS	TOTAL CAUSADO
2010	1.891.381.893	444.817.826	2.336.199.719
2011	2.061.065.522	560.039.458	2.621.104.980
2012	1.839.410.078	600.855.666	2.440.265.744
2013	2.148.026.443	490.649.264	2.638.675.707
2014	2.806.219.467	375.473.536	3.181.693.003
2015	2.621.816.722	348.553.620	2.970.370.342

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

En el gasto se observa una disminución del 6.6% en las obligaciones registradas de la vigencia 2015, frente a la vigencia inmediatamente anterior, lo cual responde principalmente a que no se ha presentado el mismo nivel de prestación de servicios de salud que en la vigencia 2014.

Gráfica 18. Tendencia de ingresos y gastos sede Palmira 2010-2015



Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Como conclusión se puede decir que Unisalud Palmira en la vigencia 2015 disminuyó el nivel de las obligaciones y por ello hubo un mayor ajuste a los ingresos corrientes y rendimientos financieros percibidos por la propia sede.

No obstante lo anterior los ingresos corrientes y rendimientos financieros de la sede fueron insuficientes para apalancar sus necesidades, por lo que se requirió transferir recursos de Unisalud Bogotá con el fin de garantizar el normal funcionamiento y la prestación del servicio en la vigencia.

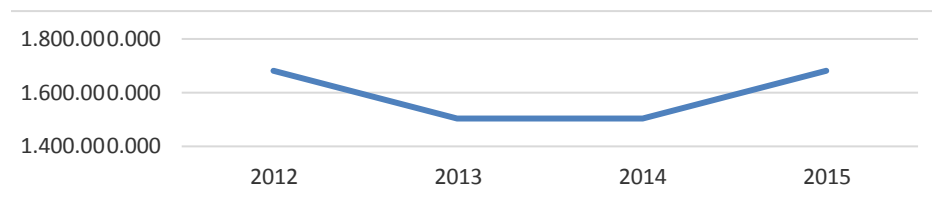
#### 2.6.5.2 CONTABILIDAD

Teniendo en cuenta que en la Universidad se efectúa el manejo contable de causación, se observa que los excedentes financieros en Unisalud Palmira presentan un incremento debido a que no se incorporaron excedentes financieros en la vigencia y adicionalmente se

obtuvo un saldo de la reserva presupuestal no ejecutada en la vigencia anterior, tal como se observa en el siguiente cuadro:

Gráfica 19. Excedentes financieros sede Palmira 2012-2015

CONCEPTO	PALMIRA			
	2012	2013	2014	2015
EXCEDENTES FINANCIEROS	1.682.654.204	1.501.694.873	1.499.361.061	1.683.396.812



Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

Así mismo la tendencia en el Estado de Resultados a pesar de ser negativa, es mejor si se tiene en cuenta que el valor del déficit fue inferior que en las vigencias del 2013 y 2014. Por ello, esta Sede evidencia que el seguimiento a las directrices, lineamientos y procedimientos para la contratación y ejecución de los recursos comienzan a dar resultados positivos que inciden en los estados de resultados.

Tabla 95. Estado de resultados sede Palmira 2010-2015

CONCEPTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Palmira	(253.963.141)	(361.362.992)	28.187.081	(393.544.213)	(545.481.252)	(266.931.588)

Fuente: Informes de Ejecución Sistema de Gestión Financiera-QUIPU

### 2.6.5.3 TESORERÍA

El área de Tesorería recaudó y concilió las partidas por valor de \$2.644.138.025, más el traslado de fondos de la sede de Unisalud Bogotá de \$589.011.858 y efectuó el pago de las obligaciones totales en la vigencia por valor de \$2.970.370.342, lo que implicó el debido flujo de caja y constitución de inversiones de las cuales se obtuvieron Rendimientos Financieros por valor de \$226.714.936.

De igual manera se efectuaron las revisiones y conciliaciones respectivas a fin de evidenciar el debido recaudo de los aportes a salud, manejo de la planilla pila, manejo de la caja, oportuno pago de nóminas y traslado de recursos por descuentos de nómina.



### 3 CONCLUSIÓN FINAL

Terminamos la presentación de éste informe de gestión, correspondiente a la vigencia 2015, expresando que continuaremos trabajando en fortalecer la cultura de la Gestión del Riesgo tanto en los profesionales de la Salud como en los afiliados a la Unidad porque se hace necesario enfrentar conjuntamente el peligro que conlleva el envejecimiento de la población con el riesgo aumentado de mayor incidencia de enfermedades crónicas, generadoras de aumento de los costos de la atención en salud y que la prevalencia de ellas, si no son controladas sus complicaciones de una manera oportuna y efectiva, lleven a la Unidad a la insostenibilidad en un mediano plazo.

Nuestro compromiso para el 2016 es garantizar que la inversión de los recursos de la Unidad se efectúe de forma responsable, con la mejor contratación posible en salud en cada región en donde la Universidad Nacional de Colombia cuenta con servicios de salud, a través de UNISALUD como una extensión de los beneficios que la Ley le otorga de contar con un Sistema Propio de Seguridad Social en Salud o con diferentes estrategias para cubrir los servicios adonde la Unidad no tiene Sedes y haciendo el mejor esfuerzo por ofrecer a nuestros afiliados un trato humanizado, con la calidad que nos caracteriza e incidir en el mejoramiento de su calidad de vida como resultado de la atención integral que le brindemos.

Es así como se constituye en prioridad, buscar realizar un trabajo conjunto con los afiliados para fortalecer su sensibilización y participación activa como elemento primordial del abordaje preventivo que debemos fortalecer, para manejar los riesgos de enfermar relacionados con el envejecimiento de la población expuesto a través del presente informe. De esa manera, lograr el entendimiento por parte de ellos acerca de su corresponsabilidad, será el mayor reto a enfrentar en esta vigencia y de lograrlo, se constituirá en el mayor logro que podamos obtener para el 2016.

[www.unisalud.unal.edu.co](http://www.unisalud.unal.edu.co)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA