

Unisalud
Unidad de Servicios de Salud

UNISALUD

Informe de Gestión 2016



**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

Luz Mireya Cruz Blanco

Jefe Nacional Administrativo y Financiero (C)

Julio Cesar Camacho Esguerra

Profesional de Comunicaciones

Diana Zamira Romero Criollo

Profesional de Calidad

Helena Ospina Cabrera

Diseñador Gráfico

William Medina

TABLA DE CONTENIDO

Índice de Tablas.....	2
Índice de Gráficas.....	3
Visión Gerencial.....	4
Plataforma Estratégica.....	5
Misión	5
Visión	5
Modelo de Salud.....	5
Objetivos Estratégicos	6
Valores	7
Evaluación del Plan de Acción.....	7
Direccionamiento	8
Código de Ética y Buen Gobierno	8
Sistemas de Información.....	9
Marco Normativo.....	10
Comunicaciones.....	10
Gestión de la Mejora	13
Cumplimiento del PAMEC institucional	13
Balance de la mejora	14
Seguimiento a planes de tratamiento de Riesgo.....	16
Gestión del Aseguramiento.....	17
Afiliações	18
Atención al usuario	21
Morbilidad	32
Egresos Hospitalarios	38
Mortalidad.....	42
Alto Costo.....	45
Índice Demográfico.....	45
Comité Técnico Científico – CTC.....	49
Suficiencia de la Red	56
Destinación de Capacidad Instalada a Actividades de Protección Específica y Detección Temprana PE Y DT.....	58
Frecuencia de Uso y Concentración de Servicios Autorizados.....	61
Evaluación Integral de Capacidad Técnica y Científica de la Red Contratada	65
Central de Autorizaciones	66
Conclusiones y Recomendaciones para el Proceso de Aseguramiento	68
Gestión de la Prestación	69
Monitoreo de la Calidad de la Atención Brindada a los Afiliados	70
Cumplimiento de Estándares de Habilitación.....	72
Cumplimiento de Metas según Resoluciones 412 del 2000 y 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.....	74
Evaluación de Indicadores de Prestación de Servicios de Salud	76
Conclusiones y Recomendaciones Para el Proceso de Prestación	82
Gestión Administrativa.....	83
Procesos Contractuales Surtidos en Unisalud Durante las Vigencias 2015 y 2016.....	84
Personal de Planta y contratistas	85

Sistema Financiero Quipu	85
Archivo	86
Sistema SISSNET.....	86
Inventario de Unisalud.....	86
Procesos vigentes en Unisalud	86
Reconocimiento dentro de la Universidad Nacional de Colombia.....	87
Planilla Pila	87
Pólizas de Responsabilidad Civil Extracontractual y Póliza para Eventos de Alto Costo	87
Capacitaciones.....	87
Gestión Financiera	88
Conclusión sobre la Gestión Realizada	91
Sugerencias Financieras Para las Sigüientes Vigencias.....	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Semaforización de Indicadores.....	7
Tabla 2. Comparativo Evaluación Plan de Acción.....	7
Tabla 3. Comparativo planes de mejora 2015-2016.....	14
Tabla 4. Calificación de las acciones de mejora Año 2015	15
Tabla 5. Calificación de las acciones de mejora Año 2016	15
Tabla 6. Encuestas Satisfacción del Usuario 2016	21
Tabla 7. Crecimiento de la Muestra de Encuestas de Satisfacción.....	22
Tabla 8. Tiempo de Espera para Atención.....	22
Tabla 9. Calificación del Servicio de Unisalud.....	25
Tabla 10. Manifestaciones Unisalud 2016	30
Tabla 11. Morbilidad agrupada por grupo diagnóstico Unisalud 2016	33
Tabla 12. Morbilidad Unisalud vigencia 2016 sin diagnósticos odontológicos.....	33
Tabla 13. Morbilidad Unisalud Sede Bogotá 2016.....	34
Tabla 14. Morbilidad Unisalud Sede Medellín 2016.....	35
Tabla 15. Morbilidad Sede Manizales 2016	36
Tabla 16. Morbilidad Sede Palmira 2016	37
Tabla 17. Comparativo de Egresos Hospitalarios 2014 - 2016.....	38
Tabla 18. Mortalidad Unisalud 2014-2016.....	42
Tabla 19. Causas de mortalidad Unisalud 2016.....	43
Tabla 20. Condiciones Póliza de Alto Costo	45
Tabla 21. Indicadores de estructura demográfica de la población Unisalud	46
Tabla 22. Distribución alto costo por sede.....	46
Tabla 23. Distribución de los amparos presentados en la población afiliada a Unisalud, Marzo - noviembre 2016	47
Tabla 24. Siniestralidad marzo- diciembre de 2016 Póliza de Enfermedades de Alto Costo No.000706351355	48
Tabla 25. Siniestralidad Póliza de Enfermedades de Alto Costo No. 441100000229	48
Tabla 26. Cobro de cofinanciación.....	49
Tabla 27. Comparativo Indicador de Oportunidad CTC 2014 - 2016.....	50
Tabla 28. Consolidado Facturación Operador Logístico año 2016	51
Tabla 29. Comparativo organización red nacional de prestadores Unisalud 2014-2016.....	56
Tabla 30. Índice de suficiencia de la red contratada 2016	58
Tabla 31. Destinación de la capacidad instalada al modelo de salud, cuadro comparativo 2015- 2016	58
Tabla 32. 10 primeros servicios autorizados según frecuencia de uso	62

Tabla 33. 10 primeros servicios autorizados según concentración.....	62
Tabla 34. Servicios habilitados 2016	74
Tabla 35. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud 2016.....	76
Tabla 36. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Bogotá 2016.....	78
Tabla 37. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Medellín 2016.....	80
Tabla 38. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Manizales 2016.....	81
Tabla 39. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Palmira 2016.....	81
Tabla 40. Procesos adelantados durante las vigencias 2015 a 2016.....	84
Tabla 41. Tendencia del Ingreso 2016.....	91
Tabla 42. Tendencia del Gasto 2016.....	91
Tabla 43. Comparativo Escenarios de Sostenibilidad Financiera	92

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Población de UNISALUD 2006 - 2016	18
Gráfica 2. Pirámide Poblacional de UNISALUD 2016.....	19
Gráfica 3. Pirámide Poblacional Sedes Unisalud 2016.....	20
Gráfica 4. Atributos de Calidad Afiliaciones.....	23
Gráfica 5. Atributos de Calidad Autorizaciones	23
Gráfica 6. Satisfacción Atributos Red Externa	24
Gráfica 7. Razones de No Acceso a los Servicios.....	24
Gráfica 8. Calificación del Servicio de Unisalud.....	25
Gráfica 9. Percepción de los Usuarios con Citas Médicas.....	26
Gráfica 10. Percepción de los Usuarios con Atención al Usuario	26
Gráfica 11. Percepción de los Usuarios con la Consulta Médica	27
Gráfica 12. Percepción de los Usuarios con la Consulta Odontológica.....	27
Gráfica 13. Percepción de los Usuarios con la Consulta de Enfermería	28
Gráfica 14. Percepción de los Usuarios con la Dispensación de Medicamentos.....	28
Gráfica 15. Calificación de los Atributos de las Instalaciones de Unisalud.....	29
Gráfica 16. Canales de Ingreso Manifestaciones 2016.....	30
Gráfica 17. Distribución alto costo por sede.....	47
Gráfica 18. Presupuesto Consolidado 2016 vs Participación de las Sedes	88
Gráfica 19. Ingresos Corrientes vs Rendimientos Financieros.....	89
Gráfica 20. Relación ingresos vs gastos 2016.....	92
Gráfica 21. Tendencia de Excedentes Financieros	93
Gráfica 22. Tendencia de Estados de Resultados 2005-2016.....	94

VISIÓN GERENCIAL

En el 2016, Unisalud mantuvo la calidad en el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud para sus afiliados, mediante la labor de sensibilización e interiorización en el equipo de salud de un trabajo humanizado y comprometido con el modelo de salud basado en la Gestión del Riesgo, el cual se constituyó en un propósito para las acciones en salud que cada Sede desplegó.

Se buscó impactar en la calidad de vida de los afiliados, con los programas de Protección Específica y Detección Temprana – PE y DT, y la generación de conocimiento de los riesgos de la enfermedad, para lograr promover la participación activa del usuario, como corresponsable del auto-cuidado. Es conocido que, intervenir el riesgo antes de que se produzcan complicaciones o modificar la historia natural de la enfermedad, minimiza su impacto negativo en la calidad de vida de las personas y resulta en una acción positiva para la sostenibilidad financiera de los servicios de salud, en beneficio de todos.

En cada uno de los objetivos estratégicos hubo avances significativos, algunos de los cuales se relacionan a continuación y serán ampliamente expuestos más adelante.

En Direccionamiento, se contó con el acompañamiento de la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de la Universidad - DNTIC, para definir una arquitectura para las cuatro (4) sedes de Unisalud, que permita la unificación de la base de datos, seguridad de la información, alta disponibilidad y contingencia o continuidad del servicio.

En la Gestión de la Mejora, se afianzó aún más la cultura de calidad, con base en el fortalecimiento de acciones de mejora preventivas, sobre las correctivas, propósito planteado en el informe de gestión de la vigencia 2015.

En la Gestión del Aseguramiento, disminuyeron los ingresos hospitalarios prevenibles, sin embargo, por la edad avanzada de la población, las hospitalizaciones que suceden, adquieren cada vez un nivel de mayor complicación.

En la Gestión de la Prestación, es decir, en la atención que se lleva a cabo en las unidades primarias en cada Sede, predominó el modelo de atención de gestión del riesgo a través de estrategias para cumplir con las actividades obligatorias de PE y DT, así como de la participación de los afiliados en los programas propios de Unisalud, los cuales buscan garantizar la estabilización de las enfermedades prevalentes en los afiliados, para evitar o retardar los ingresos hospitalarios.

En la Gestión Administrativa, se cuenta con un rezago en la Sede Bogotá, en el cumplimiento de los lineamientos de la Gerencia Nacional Financiera y Administrativa de la Universidad, para la organización de los expedientes contractuales con la inclusión de las órdenes de pago, los cuales se encuentran actualizados a 2014, las demás Sedes se encuentran al día en este aspecto. El problema fundamental radica en un evidente problema de espacios para archivo dentro de la Unidad en Unisalud Bogotá y se está a la espera de que la Universidad pueda asignar un lugar adecuado para lograr culminar con la depuración y organización final requerida.

En la Gestión Financiera, se privilegió el seguimiento mensual a la ejecución presupuestal de las sedes y la implementación del Comité Operativo Financiero de Unisalud, ordenado mediante Resolución 569 de 2015 de la Gerencia Nacional Financiera y Administrativa de la Universidad Nacional. El seguimiento metódico al recaudo y uso de los recursos ha reforzado en los colaboradores, la cultura del autocontrol.

El equipo de la Gerencia Nacional de Unisalud, efectúa seguimiento semanal interno a las actividades que se llevan a cabo en la Unidad y a través de cada uno de los servidores vinculados a este equipo se despliega el acompañamiento que debe ser realizado a las Sedes; este mecanismo ha permitido

optimizar el cumplimiento del ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) y acompañar las actividades operativas en las Sedes, para dar cumplimiento a cada uno de los objetivos estratégicos.

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

MISIÓN

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

VISIÓN

Unisalud garantizará al 2.020 la calidad en el aseguramiento y prestación de los servicios de salud mediante la efectiva gestión del riesgo, el fortalecimiento de un Modelo de Salud integrado a nuestra Universidad Saludable y la corresponsabilidad de los afiliados con un equipo de salud humanizado y comprometido.

MODELO DE SALUD

Aseguramiento y prestación de los servicios de salud mediante la efectiva gestión del riesgo.

Llevando a cabo un recuento histórico, a partir de la inversión de recursos, por parte de Unisalud en el año 2006, los doctores Guillermo Grosso Sandoval, Alexander Gómez Rivadeneira y Víctor Fernando Betancourt Urrutia, en colaboración con el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, promovieron la primera edición del Modelo de Salud – Administración de Planes de Beneficios desde la Perspectiva de la Gestión del Riesgo.

Sin embargo, el trabajo plasmado en esa primera edición, consideramos que no recibió el despliegue ni la sensibilización que debió tener entre los profesionales asistenciales en salud de las Sedes de esta Unidad. Podemos decir que la teoría, plasmada en forma correcta se encuentra en el texto mencionado, sin embargo, la apropiación de los conceptos y su implementación, aún a la fecha, se está llevando a cabo.

Entonces, nuestro modelo de salud está basado en la Gestión del Riesgo como fundamento principal, sin embargo, la transición demográfica de una población hacia el envejecimiento, propicia una alta carga de enfermedad crónica y esa transición está sucediendo en Unisalud. Por ello, hemos buscado intervenir a nuestros afiliados y propiciar, por ejemplo, la educación en hábitos de vida saludable para evitar el riesgo de enfermar por causas evitables para los más jóvenes o de minimizar las complicaciones que generen deterioro en la calidad de vida y hospitalizaciones prolongadas o reingresos hospitalarios en los de mayor edad, que son una buena parte de la población afiliada. Hemos trabajado según la carga de enfermedad detectada y su incidencia, para llevar a cabo campañas de detección temprana de patologías de alto costo, poder intervenirlas en etapas tempranas, mejorar calidad de vida y minimizar complicaciones.

Las características del modelo de salud propuesto en el documento Modelo de Salud mencionado se han trabajado así:

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

- **Efectividad:** con la contratación de profesionales de salud idóneos y reconocidos en el medio. Está en curso el fortalecimiento de la racionalización de la provisión y uso de los servicios a través del fortalecimiento de la auditoría médica (evaluar las acciones médicas para detectar necesidades de capacitación), auditoría concurrente y de cuentas médicas (evaluar la pertinencia de estancias y acciones médicas hospitalarias, teniendo en cuenta que el modelo de atención es por evento y que su mayor reto es lograr que el prestador de servicios solicite sólo lo indicado para una enfermedad y evite que los prestadores prolonguen las estancias de manera injustificada).
- **Atención centrada en el paciente:** el usuario es el centro y razón de ser del servicio, por ello, la atención personalizada y humanizada es uno de los objetivos principales en Unisalud.
- **Oportunidad:** con el trabajo permanente de las áreas de atención al usuario en cada Sede, para garantizar la atención de los afiliados en el menor tiempo posible, tanto en las Instituciones Prestadoras de Servicio IPS propias como con la red externa adscrita.
- **Eficiencia:** con la búsqueda permanente para optimizar el uso de los recursos humano, físico y tecnológico, en beneficio de toda la comunidad afiliada.
- **Equidad:** con la búsqueda de diferentes formas de cubrir las necesidades de la población afiliada. Continúa siendo uno de los grandes retos de la Unidad, por la existencia de un gran número de afiliados pensionados con sus familias afiliadas y su dispersión geográfica, que genera poblaciones muy pequeñas a cubrir y no permite garantizar una contratación efectiva en todos los casos.

Será necesario que con base en la experiencia obtenida a partir de la labor en actividades de detección temprana y protección específica, el trabajo en la demanda inducida a partir de grupos poblacionales definidos y teniendo en cuenta el perfil demográfico de la población, el Director o Jefe de División en cada Sede con el apoyo fundamental de la Jefatura de División Nacional de Servicios de Salud y los líderes asistenciales en cada una, estudien, socialicen y fortalezcan el conocimiento y apropiación de los preceptos plasmados en el texto Modelo de Salud mencionado.

El informe de gestión correspondiente al 2016, al igual que en vigencias anteriores, se elaboró por objetivos estratégicos y se basa en la evaluación que desde el equipo de la Gerencia Nacional se hace al cumplimiento de los objetivos del plan de acción en la sede de la Unidad en Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira, planteado en el marco del Plan de Desarrollo 2016-2018.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. **Direccionamiento:** Velar por el cumplimiento de los lineamientos para la planeación, operación y evaluación de los procesos institucionales a nivel nacional, dando cumplimiento a la plataforma estratégica de Unisalud, dentro del marco normativo aplicable.
2. **Gestión de la Mejora:** Contar con procesos sistemáticos de auditoría de la calidad que permitan la realimentación y formulación de planes de mejora continua en la estructura operativa de Unisalud, en el Marco del desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y Calidad Universidad Nacional.
3. **Gestión del Aseguramiento:** Garantizar el funcionamiento de los procesos propios de la Administración del Plan de Beneficios para Unisalud, en forma estandarizada para todas las Sedes de la Unidad, monitoreando sistemáticamente el aseguramiento.

4. **Gestión de la Prestación:** Resolver las necesidades de orientación, información, educación y atención de los usuarios de los servicios de salud de Unisalud en el marco de la garantía de sus derechos.
5. **Gestión Administrativa:** Efectuar la adquisición y entrega de bienes y servicios requeridos para el cumplimiento de la misión institucional con criterios de calidad.
6. **Gestión Financiera:** Operar en condiciones de sostenibilidad financiera, a través del funcionamiento estructurado y articulado de las fases del proceso.

VALORES

- Confianza y credibilidad
- Tolerancia
- Comunicación
- Diálogo
- Participación
- Respeto – Reconocimiento
- Servicio
- Trabajo en equipo
- Equidad y justicia

EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

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

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

Tabla 1. Semaforización de Indicadores

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

Fuente: Planeación y sistemas de información

La evaluación se realizó por objetivo estratégico y se ponderó de acuerdo con el peso porcentual que tenía la población de cada sede frente al total de afiliados de la Unidad a 31 de diciembre de 2016 (17.744), con una participación del 65.4% para la sede Bogotá (11.604), 21.1% para la sede Medellín (3.736), 8.1% para la sede Manizales (1.446) y 5.4% para la sede Palmira (958).

Tabla 2. Comparativo Evaluación Plan de Acción

OBJETIVO ESTRATÉGICO	2013		2014		2015		2016	
	OBJETIVO	PLAN DE ACCIÓN						
DIRECCIONAMIENTO	86,1%	78,4%	90,5%	87,7%	84,6%	89,2%	93,1%	93,2%
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

DIRECCIONAMIENTO

Este objetivo estratégico es desplegado desde el nivel directivo de la Unidad que parte del equipo de la Gerencia Nacional de Unisalud y la participación de la Dirección de Sede en Unisalud Bogotá y los Jefes de División en las demás Sedes, mediante líneas de acción transversales que impactan el desarrollo operativo y estratégico de la Unidad.

CÓDIGO DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO

La Unidad de Servicios de Salud Unisalud, es una organización vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud y se rige por principios éticos impostergables los cuales cumple a cabalidad. La Unidad cuenta con los documentos de Código de Buen Gobierno y Código de Ética debidamente formalizados y en el 2016 se inició un proceso de actualización a través de construcción colectiva liderada desde la Gerencia Nacional de Unisalud, con el apoyo operativo del Comité de Calidad Nacional de Unisalud, con la participación y revisión de la profesora Beatriz Peña, experta en ética y profesora pensionada de Enfermería de nuestra Universidad.

El trabajo se inició revisando la definición de la estructura para la nueva versión del código de Buen Gobierno y se determinaron las políticas que debe contener, las cuales fueron trabajadas por las sedes y el equipo de gerencia, con el aporte individual y la validación colectiva, en el último trimestre de 2016. La profesora explicó las diferencias fundamentales entre principios y valores, y recomendó trabajar en máximo dos valores con el fin de lograr su apropiación por parte del equipo de trabajo, cada vez que se realizara actualización, la cual sugiere se efectúe mínimo cada dos (2) años.

Para el 2017, se deberá finalizar el trabajo y contar con las nuevas versiones de los documentos al término del primer semestre.

Es pertinente aclarar que, no obstante, el trabajo de actualización que se está haciendo, se ha continuado con la realización de actividades propias de la ética y la apropiación de valores, trabajo que ha sido continuo en cada Sede, fundamentalmente centrado en dos grupos, así:

1. Los Usuarios de Unisalud: Se promovió el conocimiento de derechos y deberes y se sensibilizó acerca de la importancia de la participación ciudadana.
2. Los servidores de Unisalud: Se reforzaron los conceptos del Código de Ética y Buen Gobierno, y se buscó lograr su participación en la construcción de valores en la vida cotidiana de la Unidad, generando un servicio basado en la humanización y el respeto.

Las acciones realizadas en la vigencia fueron, entre otras:

- Reuniones de usuarios
- Actualización permanente del sitio web
- Reuniones de hablemos de Unisalud
- Piezas impresas como afiches, guía del usuario y comunicados
- Información en pantallas de televisión y computador.
- Capacitaciones en diferentes temas administrativos y asistenciales
- Aplicación de la encuesta de satisfacción
- Rendición de cuentas
- Carteleras

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Para el componente de sistemas de información se realizó un trabajo conjunto entre la Gerencia Nacional de Unisalud y la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de la Universidad Nacional, con el apoyo de los ingenieros de sistemas de Unisalud Sede Bogotá, y con el propósito de definir una arquitectura que cumpliera con las directrices técnicas, que permitan la unificación de la base de datos de las cuatro (4) sedes de Unisalud, velando por cumplir con tres premisas principales: Seguridad de la Información, Alta Disponibilidad y Contingencia o Continuidad del Servicio.

Este trabajo obtuvo resultado en el mes de octubre, generando actividades puntuales que serán llevadas a cabo durante la vigencia 2017, tales como la compra de servidores, contratar personal para implementación y soporte de la arquitectura, disponer los espacios necesarios para alojar los equipos y por último la unificación de la base de datos. Será necesaria una reingeniería con las áreas de sistemas de las sedes para definir claramente el gobierno de los datos de Unisalud.

Complementario a lo anterior, durante la vigencia 2016 se llevaron a cabo diferentes actividades en las sedes que permitieron dar soporte al sistema de información generando 105 solicitudes de mantenimiento, al proveedor de software actual, las cuales fueron solucionadas en su totalidad. Adicionalmente se contrataron los siguientes desarrollos:

- Condicional que consulte la fecha y los detalles de las Órdenes Médicas asignadas a un paciente, que se hayan expedido durante un periodo de tiempo. Permite utilizar el mismo resultado de exámenes para diferentes servicios, evitando duplicidad y gastos adicionales innecesarios.
- Formulación para Pacientes con enfermedad crónica estabilizada, de fórmulas post-fechadas con el fin de que sus Órdenes salgan el mismo día de la consulta con fechas diferentes con lapsos mensuales de tiempo contabilizados a partir de la fecha de la primera emisión y así facilitar la entrega mensualizada de la medicación. De esa manera, se optimizó la agenda de los profesionales y se facilitó el tratamiento de pacientes con patología crónica controlada.
- Creación del tipo de orden por Preautorización Procedimientos Ambulatorios en igualdad de condiciones de la Preautorización Hospitalario, permitiendo que la red externa verifique el porcentaje del valor de copago a cobrar, optimizando el recaudo de recursos.

Se unificaron los códigos de los médicos, odontólogos, enfermeras y personal administrativo que utilizan el software de salud SISSNET, para un mejor orden y facilidad en el manejo de usuarios y claves del sistema.

En las sedes se realizaron diferentes actividades para estandarizar la fuente de información parametrizando las plantillas de historias clínicas para las actividades de PE y DT, buscando mejorar los registros en las historias clínicas, para que la información suministrada fuera completa, además de permitir generar, a partir de fuentes confiables, la información requerida para ser presentada a los diferentes entes de control.

Se parametrizó en el SISS IPS, el módulo Contratos por Convenio, el cual permite realizar el control sobre el valor de las órdenes ligadas a un contrato, para efectuar un seguimiento más cercano a la ejecución de los contratos, controlando posibles sobre ejecuciones al no permitir generar órdenes adicionales según fecha de vencimiento y/o valor total del contrato.

MARCO NORMATIVO

La actuación de acompañamiento y asesoría jurídica de Unisalud, se efectuó a la Gerencia y a todas las Sedes, fortaleciendo de esa manera el apoyo que la Dirección Jurídica Nacional y las oficinas jurídicas de Sede, brindan a Unisalud, ofreciendo la perspectiva desde la óptica de la salud y enriqueciendo de esta forma ese apoyo, por el mejor conocimiento del listado de normas que nos aplican. El apoyo se realizó en los temas tanto administrativos como judiciales relacionados con Unisalud, proyectando recursos de reposición y apelación en contra de actos administrativos proferidos por Colpensiones y 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.

Se priorizó la resolución efectiva y eficiente de los derechos de petición y los requerimientos judiciales que se realizan a nuestra entidad a través de las acciones de tutela. La complejidad de la Unidad y demanda aumentada por servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios ha venido en incremento porque cada usuario considera que su caso es especial y sujeto a excepción; se constituye en un reto primordial que los representantes de usuarios en los Comités Administradores de Sede y la Junta Directiva Nacional, se hagan partícipes para buscar estrategias de educación y alianzas estratégicas usuario - servicio de salud, tras el logro de la sostenibilidad de la Unidad para todos, en las condiciones que conocemos.

Adicionalmente se proyectaron propuestas de modificación de normatividad interna expedida en lo relacionado con los asuntos de la Unidad, en aras de garantizar la unidad normativa y la formalización del actuar de la administración en los términos de ley.

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

COMUNICACIONES

Para alcanzar el objetivo de mantener a los usuarios informados y cercanos a la Unidad, desarrollamos un trabajo de planeación, producción y divulgación enfocado en generar contenidos con un lenguaje claro, sencillo y apropiado para los diversos públicos de interés.

Las acciones fueron focalizadas en:

1. Identificar los temas de interés de los usuarios.
2. Producir información clara y divulgarla de forma oportuna
3. Aumentar el uso de los medios digitales tales como el sitio web y las redes sociales

PLATAFORMA DE MEDIOS

Durante la vigencia 2016 Unisalud contó con una plataforma de medios variada que permitió llegar a los públicos de diversas formas, los mensajes se elaboraron en varios formatos para lograr impactar con mayor fuerza a la población, así:

- **Sitio web de Unisalud:** www.unisalud.unal.edu.co, actualizado periódicamente con información de interés para los usuarios como:
 - Red externa de servicio
 - Tarifarios

- Red de urgencias
- Estados financieros
- Novedades en la prestación del servicio
- Plan de beneficios

Para el proceso de elecciones de Representantes de los Docentes, Empleados Públicos Administrativos y Trabajadores Oficiales ante la Junta Directiva Nacional JDN y Comités Administradores de Sedes CAS de Unisalud, se creó un micrositio web que alojó toda la información del proceso electoral para que tanto candidatos como usuarios tuvieran la facilidad de conocer de cerca los avances.

- **Correos masivos a través de correo electrónico de la Universidad, a los afiliados cotizantes:** A través del correo institucional “*Comunicados de la Gerencia Nacional de Unisalud*”, se enviaron correos electrónicos masivos, dirigidos a los usuarios con información relacionada sobre:
 - Novedades de servicio
 - Información del proceso electoral de JDN y CAS
 - Elecciones de Comité Técnico Científico CTC de las sedes
 - PE y DT en salud
 - Rendición de cuentas
 - Encuesta de satisfacción
 - Mensaje de fin de año

En el transcurso del año se emitieron cerca de 38 mensajes segmentados por tipo de usuario.

- **Carteleras digitales:** Con el objeto de aprovechar los momentos de espera de los usuarios dentro de las instalaciones de Unisalud, se elaboraron contenidos de forma permanente, con información actual sobre servicios, PE y DT en salud, procedimientos y trámites, horarios de atención, entre otros. Las carteleras digitales se encuentran ubicadas en las salas de espera de las cuatro sedes de Unisalud.

En Medellín se implementó el sistema Xibo que permite conectar la cartelera digital con las carteleras de la Universidad

- **Carteleras físicas:** En cada sede de Unisalud, existen instaladas carteleras que permiten la fijación de afiches y avisos. La actualización de esas carteleras se hizo semanalmente, allí se ubicó información sobre reglamentaciones, novedades, PE y DT en salud, tarifas, entre otros.
- **Al día con su salud:** El boletín se distribuyó entre los usuarios en el mes de abril, los temas a tratar fueron el Zika y el VIH SIDA. Este impreso fue ubicado en las ventanillas, carteleras y oficinas de Unisalud que atienden público.

MÁS QUE MEDIOS - ESCENARIOS DE COMUNICACIÓN

En Unisalud entendemos la comunicación como un proceso de relacionamiento que va más allá de la divulgación de información, por eso durante el año 2016 creamos escenarios en los que la comunicación se dio a través de experiencias y por ende de participación.

En la búsqueda de ese relacionamiento más cercano con la comunidad, realizamos actualización de nuestra imagen gráfica e institucional, basados en la guía de identidad visual de la Universidad y realizamos variadas acciones para lograr una comunicación directa con nuestra población de interés:

- **Ética y buen gobierno:** Durante el año se realizó permanentemente divulgación de los derechos y deberes de los Usuarios, a través de una Guía del Usuario que fue impresa y publicada en el

sitio web de Unisalud, adicionalmente se publicaron afiches en las carteleras físicas y hubo rotación de información en las carteleras digitales.

En cuanto a valores y principios, en el primer semestre del año, realizamos procesos de divulgación dirigidos a los colaboradores de la Unidad, en el segundo semestre, enfocamos los esfuerzos en la actualización de valores y principios atendiendo a las dinámicas actuales de Unisalud.

Se realizaron las actividades “Hablemos de Unisalud”, “Reunión de Usuarios” y “Rendición de cuentas”, para responder ante el objetivo de lograr una construcción colectiva de la Unidad, a partir de la participación de los colaboradores y los usuarios.

- **Hablemos de Unisalud:** Reunión que se realizó con los colaboradores de la Unidad, allí los miembros del equipo de trabajo recibieron información de los resultados de la gestión general de Unisalud, de igual manera tuvieron el espacio para expresar observaciones e ideas en busca de mejorar procesos y la prestación de servicio.

Este ejercicio se realizó una vez en Bogotá, dos veces en Medellín y Palmira, y cinco veces en Manizales, para un total de 10 veces en el año en toda la Unidad.

- **Rendición de cuentas:** En el mes de abril 2016, cada Director o Jefe de División, con el acompañamiento de la Gerencia Nacional de Unisalud, realizó la rendición anual de cuentas de la vigencia 2015; actividad que fue cerrada con la Rendición de Cuentas General de la Gerencia Nacional durante la sesión correspondiente de la Universidad, el 16 de mayo de 2016.
- **Reunión de usuarios:** Con el objetivo de que los usuarios conocieran sobre el estado de la Unidad, se realizó una reunión de usuarios en cada sede en el mes de noviembre. La Gerente Nacional de Unisalud se desplazó a cada sede para brindar a los usuarios la oportunidad de dialogar directamente con ella, en este espacio se solucionaron inquietudes y se escucharon sugerencias.
- **Protección Específica y Detección Temprana – PE y DT:** Para la Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia, la gestión del riesgo es el camino por el cual la población afiliada podrá disfrutar de una salud adecuada y duradera, se invitó a los afiliados a través de campañas publicitarias que buscaron involucrarlos activamente en la gestión de su salud. El objetivo fue, lograr cambiar la óptica tradicional de quien trata su enfermedad cuando ésta se presenta, a la de un usuario activo que asume compromisos consigo mismo y reconoce sus riesgos o vulnerabilidades con el apoyo de un equipo de salud que lo informa y guía, para desarrollar planes de acción y así evitar la enfermedad. Para alcanzar dicho objetivo Unisalud implementó diversas acciones dirigidas a grupos poblacionales segmentados.

En trabajo conjunto con el área de PE y DT, se realizaron campañas a través de los diferentes medios para invitar a vacunación, toma de citologías, mamografías, tamizaje de próstata, cuidado de enfermedades respiratorias agudas, tabaquismo, entre otras.

En Bogotá se realizó demanda inducida, entendida como la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control; para ello se utilizó la base de datos de los usuarios, quienes fueron invitados telefónicamente a tomar consultas de PE y DT, relacionadas con la edad. También se participó en la jornada de salud de la Facultad de Ingeniería con una actividad denominada “Un día para ti” que tuvo como objetivo llevar a Unisalud hasta los afiliados y así invitarlos a dedicarse tiempo pensando en el cuidado de su salud. Durante esta

jornada se hicieron valoraciones y se prestaron algunos servicios de salud a las personas de la facultad.

En Medellín se pasó de realizar talleres individuales a llevar a cabo un Festival de la Salud cada tres meses. Se aprovechó el día de pago de las mesadas pensionales, incrementando la participación de los usuarios de aproximadamente 10 personas en cada taller en vigencias anteriores a 100 personas en cada Festival para la vigencia 2016.

En Manizales también se realizó consulta inducida y para motivar a los usuarios a que se inscribieran en los programas, se contó con servicio gratuito en los Centros de Acondicionamiento Físico de los Campus Palogrande y La Nubia

En Palmira se llevaron a cabo talleres sobre modelos de educación sin violencia, mitos y verdades sobre el uso de genéricos, tabaquismo, alimentación saludable, entre otros.

GESTIÓN DE LA MEJORA

El objetivo estratégico de mejora continua busca que a través del desarrollo de procesos sistemáticos y estandarizados se garantice el óptimo funcionamiento de los mismos y el cumplimiento de las metas establecidas, apoyados en el fortalecimiento, apropiación e implementación de la cultura de la medición y seguimiento partiendo del autocontrol. Para ello se articularon los componentes de los sistemas de calidad que le aplican a Unisalud en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud – SOGCS, con el Sistema de Gestión Académico, Administrativo y Ambiental – SIGA de la UN.

Para la vigencia 2016, el seguimiento de este objetivo se hizo a través de tres indicadores trazadores, así: cumplimiento del PAMEC institucional, balance de la mejora y seguimiento a planes de tratamiento de riesgos

De acuerdo con la evaluación de estos indicadores el resultado del objetivo de Gestión de la Mejora Continua fue del 97.71% para la vigencia 2016, lo que representa una leve disminución de 1.75 puntos porcentuales frente al 2015, cuando se logró un resultado de 99.46%. Este resultado se explica en gran parte por la modificación implementada en el PAMEC institucional que incluyó nuevos indicadores y auditorías, los cuales en algunas sedes tomó tiempo implementar. Así mismo, influye en el resultado la modificación del indicador de seguimiento al tratamiento de Riesgo que si bien tuvo un cumplimiento de más del 96% no logró llegar al 100% como estaba previsto.

CUMPLIMIENTO DEL PAMEC INSTITUCIONAL

Como se ha mencionado en anteriores informes de gestión, 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 como para el asegurador, bajo un enfoque de cultura preventiva, buscando oportunidades de mejora antes de que se presenten fallas en el cumplimiento de los procesos.

Para la vigencia 2016 se debe mencionar que el instrumento fue objeto de ajuste y actualización a fin de cambiar su enfoque hacia el cumplimiento de los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, en lo relacionado con generar auditorías a los procesos priorizados por presentar mayor número de oportunidades de mejora, con esto se espera en las siguientes vigencias un mayor impacto en la calidad de los servicios y por tanto en la satisfacción de los usuarios. Por lo anterior, se cumplió con el reto propuesto en el informe de gestión de la vigencia anterior, de hacer un nuevo PAMEC que reforzara los ejercicios de auditoría sobre los aspectos que han mostrado falencias. Se debe hacer especial énfasis

en aquellos indicadores que muestran debilidad, como el ingreso de la contrarreferencia al sistema, y la auditoría a la historia clínica de odontología.

Se constituye en una ganancia, incluir nuevas auditorías como las relacionadas con el manejo de manifestaciones, la difusión de los derechos y deberes, la pertinencia de las autorizaciones y el cumplimiento de citas y agendas, entre otros, todos ellos de gran interés para los procesos internos, pero sobre todo de gran impacto para el usuario.

Debe comentarse que el indicador se vio afectado en gran medida por el resultado particular de la sede Medellín (74.33%), quien a su vez explica esta situación debido a la movilidad de su personal (rotación del referente de calidad y no continuidad del profesional médico de auditoría), aspecto que como en otras oportunidades ya se ha mencionado afecta de forma directa e importante el desarrollo normal de los procesos y afecta la operatividad y productividad de los mismos, en este caso la implementación y desarrollo de los procesos de auditoría.

Se resalta que durante la vigencia se observó un mantenimiento en la rigurosidad con la que se ejecutan y aplican los ejercicios de auditoría, así como en la presentación de informes de los mismos. Dentro del grupo de auditorías que contiene el PAMEC cuyo detalle puede verse en el seguimiento particular sobre el tema que se realiza de manera mensual, mencionan los siguientes aspectos:

- Porcentaje de evaluación de capacidad técnica y científica de la red contratada. Se determinó mantener la herramienta ya apropiada, como parte de los procesos inherentes al trabajo del asegurador para evaluar en cumplimiento y cobertura de las visitas, así como en el establecimiento de planes de mejora en los casos necesarios y dar paso a nuevos indicadores que busquen la mejora en otros puntos de interés.
- Indicadores que evalúan el porcentaje de contrarreferencias recibidas e ingresadas al sistema. No se observa una mejora evidente debido a la manualidad que requiere la tarea y por el alto volumen de recepción de documentos, en especial, en la Sede con mayor número de afiliados, que es Bogotá. Se adiciona a lo anterior, la falta de cultura en los usuarios de traer sus resultados a la Unidad.

Con respecto al ingreso de nuevos indicadores, por haberse dado a partir del segundo semestre de 2016, se requiere permitir que transcurra un semestre más para su análisis, pues si bien ya se tienen resultados de dos trimestres para algunos casos apenas se está conformando la línea base de los mismos.

El equipo de Gerencia, en la búsqueda de estrategias de mejora, incluyó el seguimiento del PAMEC en el Comité de Gerencia que se lleva a cabo de forma mensual, ello representó un mayor compromiso de las sedes y el personal en la ejecución de las actividades, mostrando mejoras en varios de los indicadores.

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, indica el afianzamiento de la cultura de la mejora, y la apropiación de las metodologías. Sin embargo, debe decirse que el grado de implementación no se percibe homogéneo en todas las sedes.

Tabla 3. Comparativo planes de mejora 2015-2016

TOTAL UNISALUD	2015	2016
	75	56

Fuente: Balance de la mejora

Para la vigencia 2016 disminuyó el número de planes de mejora reportados por las sedes en un 25%, pasando de tener 75 en el año 2015 a 56 en el 2016, sin embargo, en los reportes individuales de las sedes y los resultados de la auditorías realizadas, se observa que con la aplicación de los ejercicios de auditoría, hay un número menor de hallazgos que son objeto de realizar planes de mejora, en particular en la sede Manizales que pasó de reportar 18 planes en la vigencia anterior cerrados todos satisfactoriamente a sólo nueve (9) en la presente.

Se debe destacar igualmente que al cierre de la vigencia el 48% de los planes tuvo un cumplimiento mayor al 80%, y el 38% adicional se encontraban en rangos superiores al 50%, para lo cual es importante aclarar que los que se encuentran en este nicho tienen sus actividades ejecutadas de acuerdo con lo planeado, y el porcentaje pendiente de cumplimiento corresponde a actividades programadas para desarrollar durante la vigencia 2017.

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

Tabla 4. Calificación de las acciones de mejora Año 2015

SEDE	CONSISTENCIA PLANES	CIERRE DE CICLOS PHVA	TENDENCIA	ACCIONES PREVENTIVAS vs CORRECTIVAS
	(Estándar 100%)	(Estándar 80%)	(Estándar 3)	(Estándar 60%)
Bogotá	100%	85%	3	En cuanto a la prevalencia de las acciones preventivas versus correctivas, para esta vigencia se aumentó la 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 riegos 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%
Medellín	100%	90%	3	Hay 72% de correctivas(121 acciones) 28% de mejora (46 acciones) y 0% preventivas

Fuente: Informe de Gestión 2015

Tabla 5. Calificación de las acciones de mejora Año 2016

SEDE	CONSISTENCIA PLANES	CIERRE DE CICLOS PHVA	TENDENCIA	ACCIONES PREVENTIVAS vs CORRECTIVAS
	(Estándar 100%)	(Estándar 80%)	(Estándar 3)	(Estándar 60%)
Bogotá	100%	92%	3	En cuanto a la prevalencia de las acciones preventivas versus correctivas, para esta vigencia se aumentó la prevalencia en un 16% y en el mismo porcentaje se disminuyó para las acciones correctivas. Avance significativo para la Sede, dado que se evidencia la gestión a través de las estrategias y procesos ya estandarizados.
Manizales	100%	100%	3	Durante la vigencia 2016, en Unisalud Sede Manizales se gestionaron 9 planes de acción: Uno ingresado como Oportunidad de Mejora (OM) y los ocho restantes como Acciones Preventivas (AP) para hacer tratamiento de los riesgos por procesos. Por lo tanto el resultado del indicador es del 100% puesto que no hubo ninguna acción correctiva.

SEDE	CONSISTENCIA PLANES	CIERRE DE CICLOS PHVA	TENDENCIA	ACCIONES PREVENTIVAS vs CORRECTIVAS
	(Estándar 100%)	(Estándar 80%)	(Estándar 3)	(Estándar 60%)
Palmira	90%	90%	3	Se establecieron durante el año 4 acciones correctivas, 4 preventivas y 7 oportunidades de mejora, se evaluaron durante cada trimestre, queda solo una acción abierta debido a que las adecuaciones en la parte de red y datos se entregarán terminadas en el mes de enero
Medellín	100%	98%	2	En el año 2016 se plantearon en total 15 planes, de los cuales 8 corresponde a acciones preventivas (53%) y 7 corresponden a acciones correctivas (47%).

Fuente: Balance de la Mejora 2016

Se destacan algunos puntos importantes, frente a cada uno de estos componentes:

- La consistencia de los planes de mejora se mantiene frente a la vigencia anterior, con una pequeña oportunidad de mejora al lograr que la sede Palmira llegue al 100% en la siguiente vigencia. La consistencia habla de la solidez al momento de establecer las acciones de mejora realizando los análisis de causa correspondientes y basados en métodos probados y avalados por la Universidad Nacional. El resultado logrado habla muy bien de la gestión en este aspecto.
- El cierre de ciclos que mide el cumplimiento de las acciones establecidas de acuerdo a lo planeado, presenta resultados positivos en todas las sedes e inclusive mejoras importantes en las sedes Bogotá y Medellín, quienes año tras año han aumentado su porcentaje de cumplimiento frente al mismo, lo anterior, permite inferir un esfuerzo en el trabajo de seguimiento que se realiza en las sedes y se verifica en el área de calidad dependiente de la Gerencia, para garantizar el cumplimiento oportuno de las acciones.
- La prevalencia de las acciones preventivas muestra resultados más homogéneos que en oportunidades anteriores dejando ver una tendencia a mayor prevalencia de las acciones preventivas, con una mejora importante que se debe mencionar en la sede Medellín quien paso de tener 100% de acciones correctivas en la vigencia anterior, a un 47% en la vigencia 2016. Así mismo la sede Manizales se mantiene en el 100% de acciones preventivas y las sedes Bogotá y Palmira se encuentran por encima del 70%.

En conclusión, se puede observar un avance en cada uno de los componentes del balance de la mejora. No obstante, se debe continuar en la búsqueda de oportunidades de mejora que permitan fortalecer la prevalencia de acciones preventivas, como herramienta importante para evitar fallas en el desarrollo de los procesos y garantizar la proactividad de las acciones y no la reactividad ante situaciones previsibles.

SEGUIMIENTO A PLANES DE TRATAMIENTO DE RIESGO

Este indicador es nuevo para esta vigencia y forma parte de los retos introducidos para el 2016, dando cumplimiento a lo planteado en el informe de la vigencia anterior. Durante el 2016, se hizo la actualización del Mapa de Riesgos de Unisalud, y la determinación de los planes de tratamiento frente a los mismos. Unisalud sigue los lineamientos y directrices impartidas desde la Universidad y por diferentes contingencias se presentaron algunas demoras en la emisión de los mismos, sin embargo, se logró hacer la actualización del Mapa de Riesgos, el cual fue estandarizado para todas las sedes.

Como resultado de la valoración del riesgo que genera la metodología, se llegó a establecer que ocho (8) de los riesgos eran susceptibles de diseñar planes de tratamiento, dentro de ellos el riesgo de corrupción priorizado por la Universidad. Cada una de las sedes y el equipo de la Gerencia establecieron las actividades a desarrollar, a fin de mitigar la ocurrencia de los riesgos, y si bien los mismos tienen un

periodo de desarrollo de julio de 2016 a junio de 2017, la medición del indicador de seguimiento y avance de los mismos se ha ejecutado de acuerdo con lo planeado dejando un resultado del 96.81%.

Es importante resaltar que todas las sedes lograron el cumplimiento de las actividades propuestas, dentro de los tiempos planteados y haciendo el seguimiento pertinente.

Durante el 2016 se logró un más cercano acompañamiento por parte del Sistema de Calidad de la Universidad SIGA, por ello, el módulo de riesgos y acciones del Softexpert se pudieron retomar y cargar la información en el aplicativo, lo cual permite contar con la garantía de que la información reposa de manera estandarizada y se puede consultar a través del uso de esta herramienta por parte de los referentes de calidad de las Sedes.

En conclusión, el objetivo de mejora continua reportó un resultado satisfactorio para el 2016, con un cumplimiento mayor del 97% que es consistente con las mejoras reportadas en varios de los indicadores individuales.

Como estrategias implementadas durante la vigencia, se resalta el seguimiento de los indicadores a través del comité de gerencia, la realización de retroalimentación del comité de calidad a través de videoconferencia con participación de todas las sedes y la actualización de la norma que respalda el comité de calidad logrando la inclusión de las sedes de manera rotativa en cada sesión.

Retos para el 2017:

- Apropiar y ejecutar oportunamente el nuevo PAMEC
- Cerrar los planes de tratamiento de riesgo y lograr una disminución en la valoración del riesgo gracias a la ejecución de estas acciones
- Aumentar la prevalencia de las acciones preventivas
- Continuar la 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.
- Continuar con el fortalecimiento de la comunicación entre los equipos de trabajo, a través de la ejecución de las acciones implementadas en la presente vigencia y la creación de nuevas estrategias que garanticen que la información fluya y se difunda en todos los niveles.

GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO

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

Durante el año 2016 se mantuvo la tendencia ascendente del indicador aseguramiento, asociado al cumplimiento del objetivo, gracias a las medidas de control mantenidas durante el periodo: depuración de bases de datos, control de multifiliación, reestructuración del plan de beneficios y del plan complementario, estandarización de procesos, entre otros.

La vigencia se caracterizó por la cantidad de nuevos requerimientos normativos que evidencian el desarrollo que el Ministerio lidera para la estandarización de fuentes del sistema de información en salud a nivel país, los cuáles incidieron en la planeación operativa orientada por el plan de desarrollo de Unisalud, requiriendo ajustar, articular e iniciar nuevos desarrollos informáticos consecuentes a los énfasis determinados en las competencias para las EAPB dentro del sistema propio y general de salud. Dado el interés de los entes de control en la condición de Unisalud como Sistema Propio Especial, la

implementación de estos ajustes se ha acompañado de un estricto seguimiento por parte de la División Nacional de Servicios de Salud.

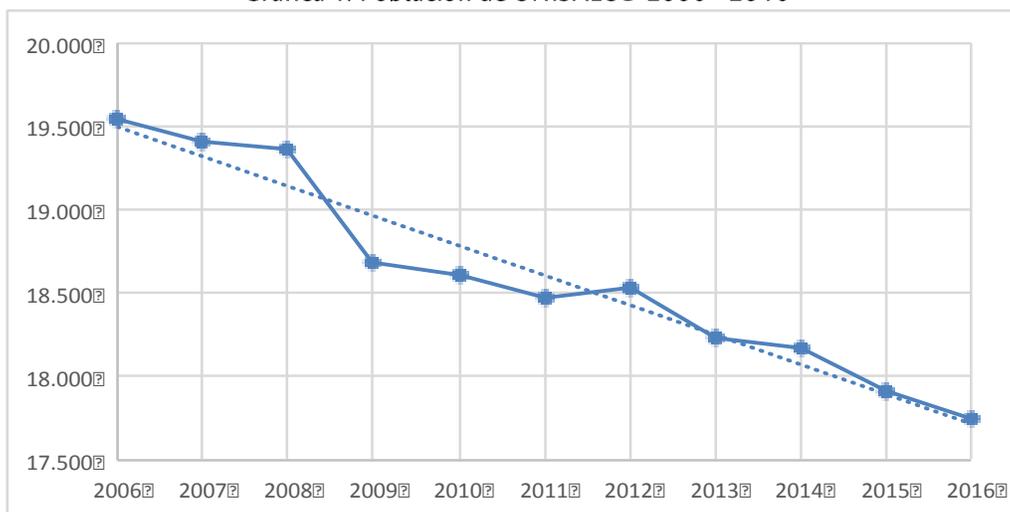
AFILIACIONES

Una de las gestiones más evidentes en Unisalud es la realizada por las personas encargadas de afiliaciones en cada una de las sedes de la Unidad, permitiendo que desde el 2013 se interiorice la importancia del reporte oportuno de las novedades de afiliación al Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo con la normatividad aplicable.

En cuanto al número de nuevas afiliaciones durante el 2016, se registraron 611 ingresos, de los cuales 190 fueron cotizantes y 421 beneficiarios, mientras que los retiros fueron 839, siendo 207 para cotizantes y 632 para beneficiarios.

La tendencia donde los retiros superan los ingresos, se debe entre otros, al seguimiento y depuración de la base de datos de afiliaciones, garantizando dentro de la competencia de Unisalud, que la población afiliada cumpla con todos los requisitos para permanecer en Unisalud.

Gráfica 1. Población de UNISALUD 2006 - 2016



Fuente: Planeación y Sistemas de Información Unisalud

Los beneficiarios disminuyeron por factores como: inicio de vida laboral, cumplieron 25 años de edad, mayores de 18 años sin escolaridad o retiro del empleo de la Universidad. Con respecto a los cotizantes, la disminución se explica por factores adicionales como: fallecimiento del afiliado, retiro de la Universidad y permanencia del grupo familiar en una EPS.

En conclusión, la tendencia en la disminución de la población afiliada a Unisalud sigue marcada para la vigencia 2016 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 cuatro años por la depuración de la base de datos única de afiliados de Unisalud, lo que aumentó el número de retiros.

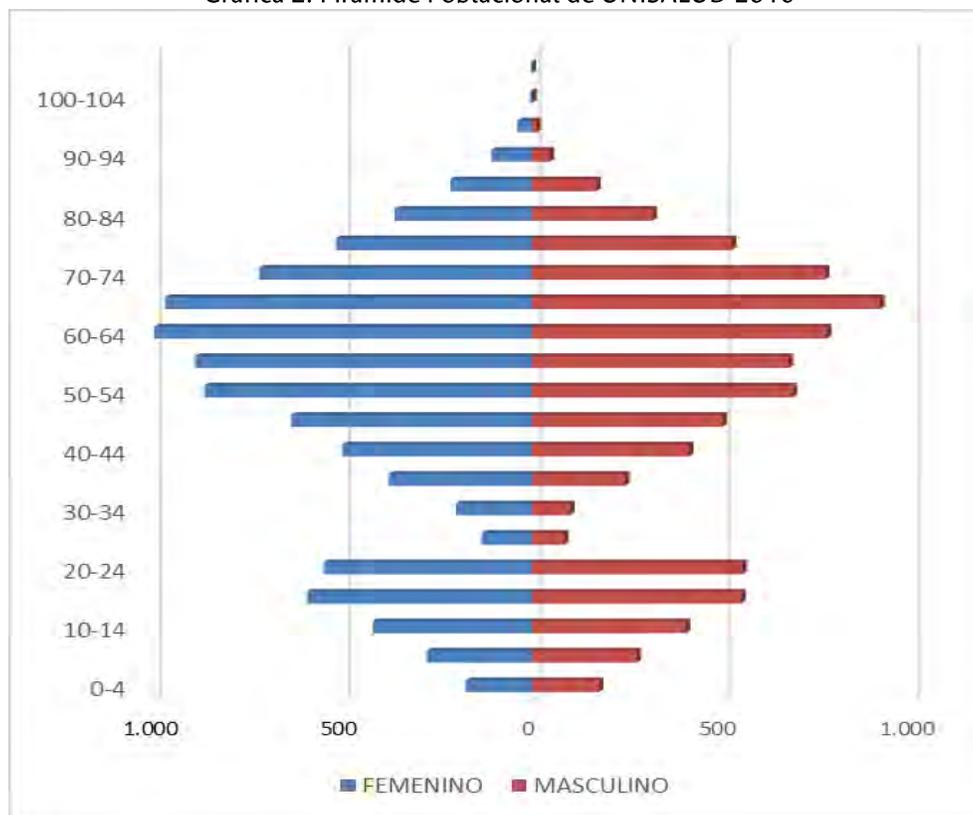
CARACTERIZACIÓN POBLACION AFILIADA

A 31 de diciembre de 2016, la población de afiliados a Unisalud fue de 17.744 personas, con una participación del 65.4% para la sede Bogotá (11.604), 21.1% para la sede Medellín (3.736), 8.1% para la sede Manizales (1.446) y 5.4% para la sede Palmira (958); presentando una 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 78% en el consolidado nacional (Bogotá 80%, Medellín 76%, Manizales 70% y Palmira 77%).

Para el 2016, el promedio de edad de la población fue de 50,2 años, predominando el género femenino con un 54%, en el rango de 60 años y mayores. 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 42%, 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.

Gráfica 2. Pirámide Poblacional de UNISALUD 2016



Fuente: Planeación y Sistemas de Información Unisalud

El crecimiento sostenido de la población mayor de 60 años, pasa de 2.309 usuarios que representaban el 15% de la población en el año 1996, a 7.463 usuarios que corresponde al 42% de nuestros usuarios en el año 2016, esto 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 en donde se hace evidente la concentración de patologías con alto costo de tratamiento.

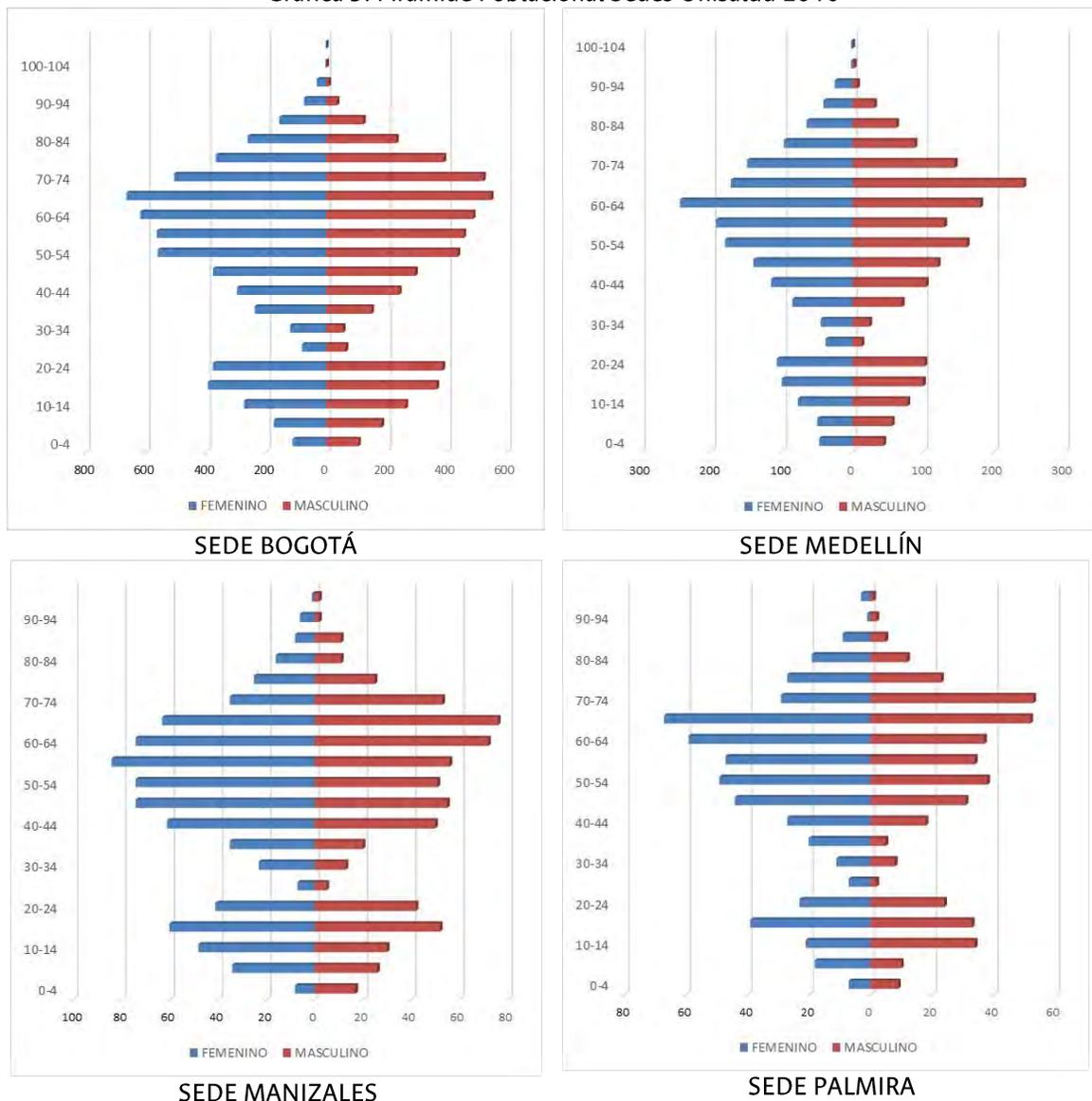
De acuerdo con la base de datos reportada por cada sede con corte a 31 de diciembre de 2016, Unisalud cuenta con una pirámide poblacional de tipo regresivo, más amplia en los grupos de mayor edad, con un declive en la natalidad, el envejecimiento continuo de la población y el aumento en la esperanza de vida. El deterioro gradual de las capacidades mentales y físicas en esta población, aumenta el riesgo de enfermedad e implica un cambio en el enfoque de sus cuidados y el compromiso con un envejecimiento saludable.

La pirámide se hace más angosta en su base hacia los rangos de edad de 0 a 14 años, incrementándose levemente hasta el rango de los 15 a 24 años, donde nuevamente presenta una disminución y luego aumenta progresivamente hasta lograr una cúspide amplia en los rangos de las edades de 50 a 69 años.

Una gran parte de la población se centraliza entre los rangos de edad de los 60 a los 69 años y representa un 20.6 % (3.657) del total de la población, motivo por el cual las acciones de PE y DT se deben enfocar en este grupo objetivo, buscando la reducción de la incidencia en enfermedades de alto costo.

La población afiliada a Unisalud, se encuentra distribuida en cada una de sus cuatro sedes: Bogotá, Manizales, Medellín y Palmira. Las pirámides poblacionales de las mismas guardan la distribución de la estructura nacional asociado al bajo porcentaje de afiliados nuevos en edades entre los 25 y 49 años y la prevalencia de adultos mayores debido a que la población sujeta de afiliación se encuentra muy limitada.

Gráfica 3. Pirámide Poblacional Sedes Unisalud 2016



Fuente: Planeación y Sistemas de Información Unisalud

La sede Bogotá tuvo 11.604 afiliados, de los cuales el 53.8% (6.240) de la población corresponde al género femenino y el 46.2% (5.364) al género masculino. En su pirámide poblacional se observa una base angosta en los rangos de edad de 0 a 9 años, con un ligero aumento en la población de 15 a 24

años, así mismo, se evidencia un aumento considerable en la cúspide de la misma en los rangos de edad de los 50 y 80 o más años.

La sede Medellín tuvo 3.736 afiliados, de los cuales el 52.8% (1.974) de la población corresponde al género femenino y el 47.2% (1.762) al género masculino. En su pirámide poblacional se puede observar una base angosta, con un incremento en la población de 15 a 24 años y un aumento considerable en la población que se encuentra entre los rangos de edad de 60 a 69 años.

La sede Manizales tuvo 1.446 afiliados, de los cuales el 53.7% (777) de la población corresponde al género femenino y el 46.3% (669) al género masculino. Su pirámide poblacional es irregular, toda vez que se observa una base angosta con un leve aumento en el rango de población de los 15 a 24 años, de igual manera existe un aumento considerable entre los rangos de edad de 45 a 69 años.

La sede Palmira tuvo 958 afiliados, de los cuales el 55% (527) de la población corresponde al género femenino y el 45% (431) al género masculino. En su base, la pirámide poblacional muestra un aumento progresivo de la población hasta el rango de los 20 a 24 años de edad, de igual manera su mayor concentración de población está entre los rangos de edad de 55 a 74 años.

ATENCIÓN AL USUARIO

En Unisalud otorgamos prioridad máxima al usuario, sabemos que conocer las inquietudes y preferencias de nuestros afiliados es muy importante para el funcionamiento de la Unidad, porque nos indica el camino a seguir para brindar servicios de calidad, que respondan a las expectativas y necesidades de las personas que atendemos.

Por ello, contamos con un sistema de Atención al Usuario que disminuye la brecha existente entre institución y usuarios y fortalece los procesos de planeación, implementación y evaluación de los servicios ofrecidos.

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

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Nuevas oportunidades de mejoramiento

La satisfacción del usuario es el indicador más importante de cualquier institución, porque determina si el funcionamiento y los servicios cumplen con las necesidades reales de los públicos de interés, es por esto que en Unisalud nos propusimos acercarnos cada vez más a la opinión de nuestros afiliados y por ello, en los últimos años aumentamos de forma significativa, la aplicación de la Encuesta de Satisfacción, una herramienta que nos permite conocer de primera mano qué fallas y por lo tanto, qué oportunidades de mejoramiento tenemos.

En el año 2016 aplicamos 1584 encuestas repartidas entre las sedes de la siguiente manera:

Tabla 6. Encuestas Satisfacción del Usuario 2016

Bogotá	Medellín	Manizales	Palmira
739	589	199	57

Fuente: Encuesta de Satisfacción 2016

Comparativamente con los dos años anteriores hemos aumentado significativamente la muestra, de tal manera que en el 2016 se logró un crecimiento del 68%, con respecto al 2015.

Tabla 7. Crecimiento de la Muestra de Encuestas de Satisfacción



Fuentes: Informes de gestión 2014, 2015 y Encuesta de Satisfacción 2016

Para medir la satisfacción de Unisalud tenemos en cuenta dos categorías porque ejercemos el doble rol, la primera es aseguramiento como Empresa Administradora de Plan de Beneficios EAPB y la segunda es institución prestadora de servicios de salud IPS, esto quiere decir que nuestros afiliados nos califican en dos sentidos, como gestores, aseguradores de su salud y como prestadores de servicios de salud.

En términos generales, las variables “muy insatisfecho”, y “un poco insatisfecho” determinan la insatisfacción de nuestros usuarios, lo que nos permite identificar oportunidades de mejoramiento.

Percepción como Asegurador

En cuanto a la satisfacción como asegurador, nuestros afiliados evaluaron los servicios de Afiliaciones, Autorizaciones y Red Externa, teniendo en cuenta los tiempos de espera y los atributos de calidad.

Nuestros usuarios evaluaron los tiempos de espera de los servicios de Afiliaciones y Autorizaciones que son ofrecidos en nuestras sedes. Los resultados nos indican que el mayor porcentaje de espera para recibir el servicio, se encuentra en “menos de 15 minutos”, seguido de “entre 15 y 30 minutos”. Esto significa que los tiempos de espera en los dos servicios, están dentro de lo deseado, sin embargo, nuestro objetivo es poder aumentar el porcentaje de usuarios que esperen “menos de 15 minutos” en nuestras ventanillas de afiliaciones y autorizaciones para ser atendidos.

Tabla 8. Tiempo de Espera para Atención

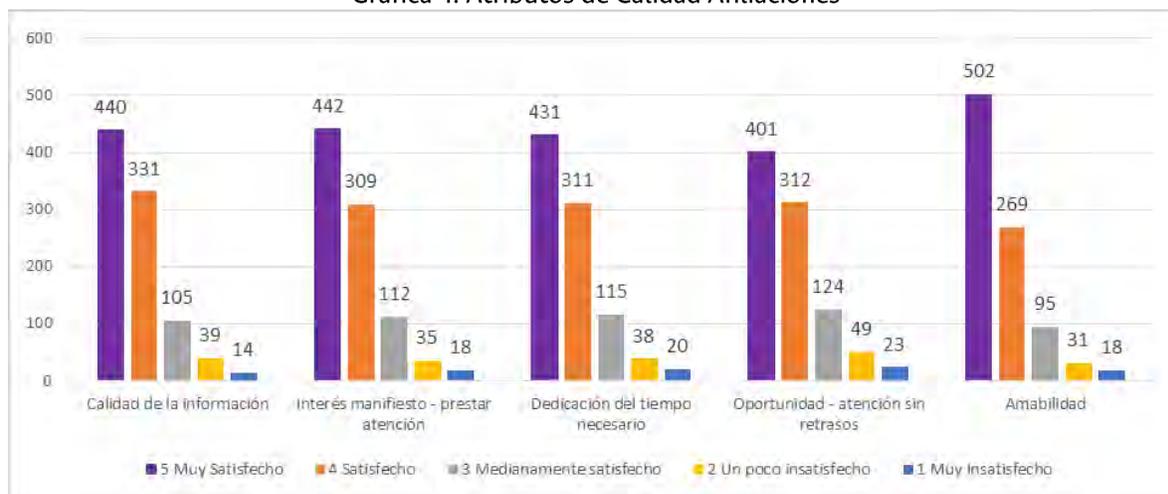
Tiempo esperado para ser atendido	Afiliaciones	Autorizaciones
Menos de 15 min.	334	430
Entre 15 y 30 min	75	287
Entre 30 min y 1 hora	26	209
Más de 1 hora	17	106
No responde	125	16
En blanco	1007	536
Total	1584	1584

Fuente: Encuesta de Satisfacción 2016

En cuanto a los atributos de calidad observamos que la gran parte de nuestros usuarios encuestados se sienten satisfechos con los servicios de afiliaciones y autorizaciones.

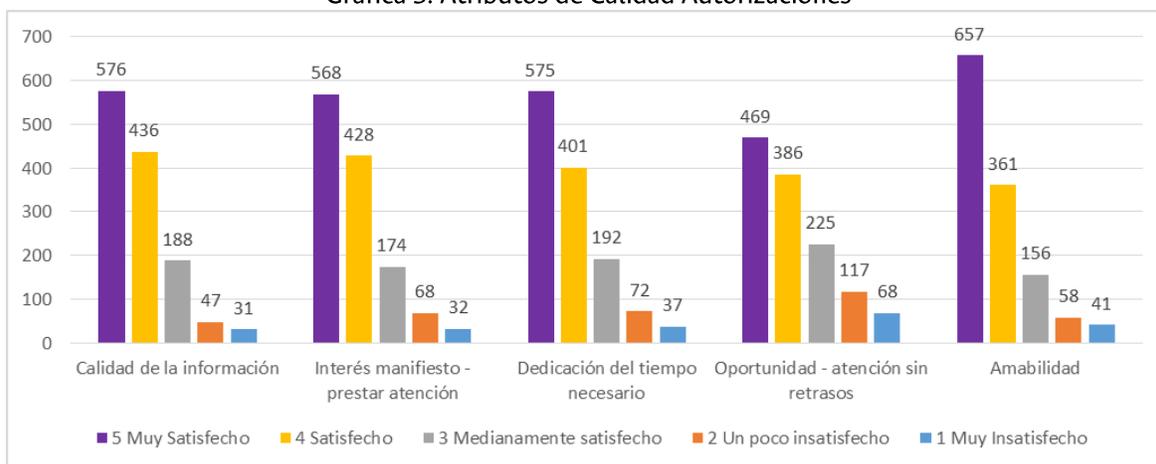
La mayor insatisfacción se presenta por los tiempos de espera cuando se presenta una mayor cantidad de usuarios que acuden al servicio, por ejemplo, en los días de apertura de agendas o el pago de pensionados.

Gráfica 4. Atributos de Calidad Afiliaciones



Fuente: Encuesta de Satisfacción 2016

Gráfica 5. Atributos de Calidad Autorizaciones

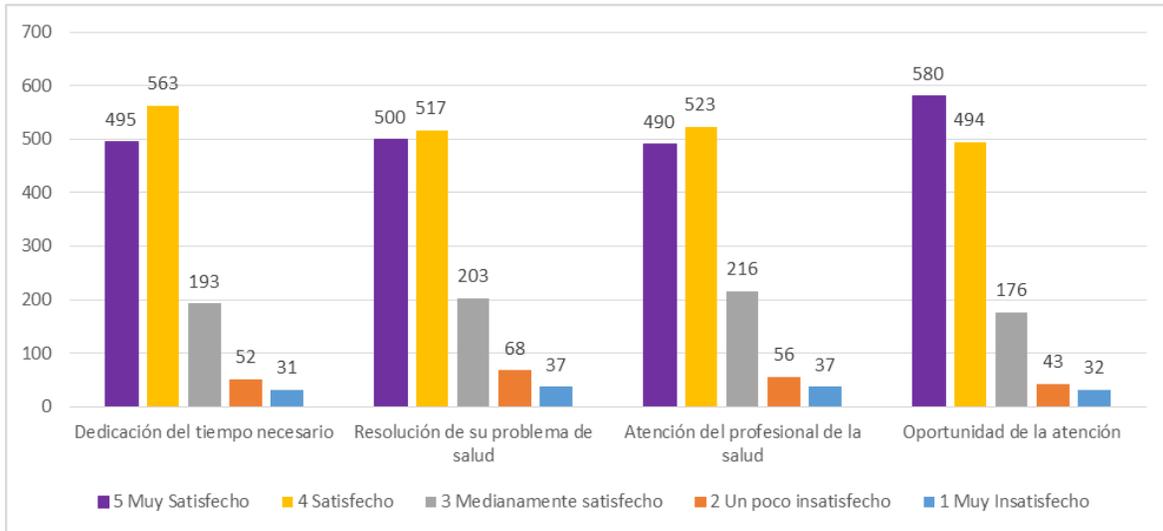


Fuente: Encuesta de Satisfacción 2016

Red Externa - Aliados en el servicio

En Unisalud entendemos que, para poder satisfacer las necesidades de nuestros usuarios, debemos contar con aliados estratégicos que ofrezcan servicios adecuados a nuestros usuarios, por eso nos esforzamos en contratar IPS externas y profesionales externos calificados, con trayectoria, experiencia y altos estándares de calidad. Esto se ve reflejado en la satisfacción de nuestros afiliados encuestados quienes, en su mayoría, manifestaron estar satisfechos con los atributos de calidad de nuestra Red Externa a nivel general.

Gráfica 6. Satisfacción Atributos Red Externa

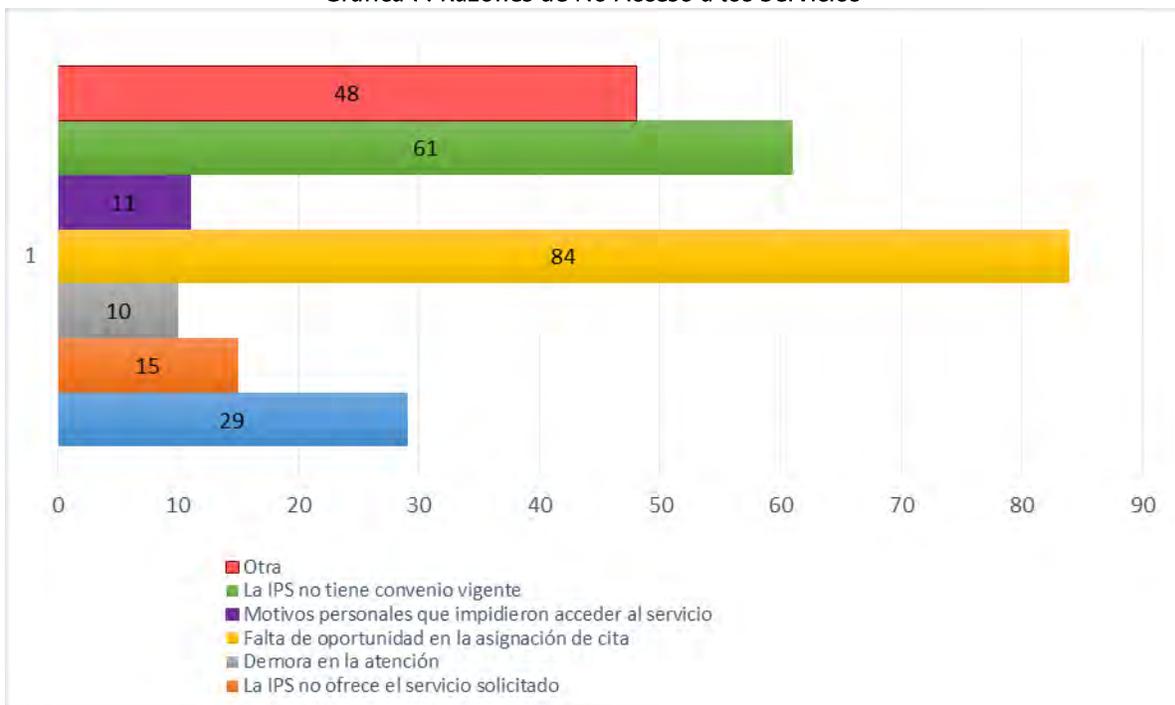


Fuente: Encuesta de Satisfacción 2016

Frente a la Red Externa, los usuarios manifiestan un nivel de satisfacción del 93 % y una insatisfacción del 7% (Manizales 0,4%, Palmira 0,3%, Medellín 2% y Bogotá 4,3%)

Las dificultades que determinan la insatisfacción se relacionan con las barreras para el acceso, las cuales se analizan a continuación y se refleja en la siguiente gráfica.

Gráfica 7. Razones de No Acceso a los Servicios



Fuente: Encuesta de Satisfacción 2016

Debido a que la dificultad en la oportunidad de asignación de citas es una barrera que se presenta en todas las sedes de Unisalud, los líderes han establecido como mecanismo de mejoramiento, la realización de reuniones y auditorías con las IPS con el objetivo de plantear mejoras y así disminuir las demoras. Esto ha permitido establecer rutas preferenciales para poder colaborar a los usuarios.

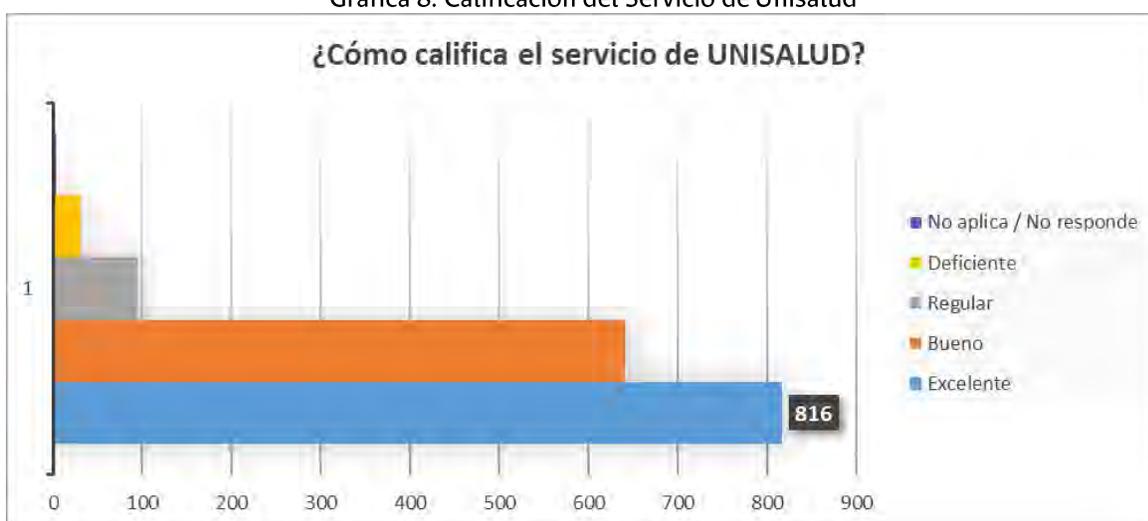
En el caso de la sede Bogotá y Manizales, adicionalmente se ofrece apoyo a los usuarios, desde atención al usuario y autorizaciones, para gestionar la consecución de las citas en el menor tiempo posible.

En Medellín, se han socializado los resultados de las evaluaciones permanentes de las IPS, en reuniones precontractuales y de seguimiento, esto con el fin de superar las dificultades de dedicación de tiempo, resolución de problema de salud, atención del profesional de salud y oportunidad en la atención.

Percepciones como EAPB

Incidir en la preservación de la salud de nuestros afiliados se constituye en el objetivo principal, por esto nos esforzamos en ofrecer servicios humanizados y de alta calidad, lo anterior se refleja en la satisfacción de los usuarios, sin embargo, permanentemente buscamos acciones que mejoren la prestación de los servicios y por ello, es importante tener en cuenta la voz de los afiliados para instaurar las acciones de mejora pertinentes.

Gráfica 8. Calificación del Servicio de Unisalud



Fuente: Encuesta de Satisfacción 2016

Tabla 9. Calificación del Servicio de Unisalud

En términos generales, ¿Cómo califica el servicio de UNISALUD?	Bogotá		Medellín		Manizales		Palmira			
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje		
Excelente	816	52%	300	41%	328	56%	168	84%	20	35%
Bueno	641	40%	361	49%	222	38%	30	15%	28	49%
Regular	94	6%	59	8%	27	5%	1	1%	7	12%
Deficiente	30	2%	17	2%	11	2%	0	0%	2	4%
No aplica / No responde	3	0%	2	0%	1	0%	0	0%	0	0%
Total	1584	100%	739	100%	589	100%	199	100%	57	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción 2016

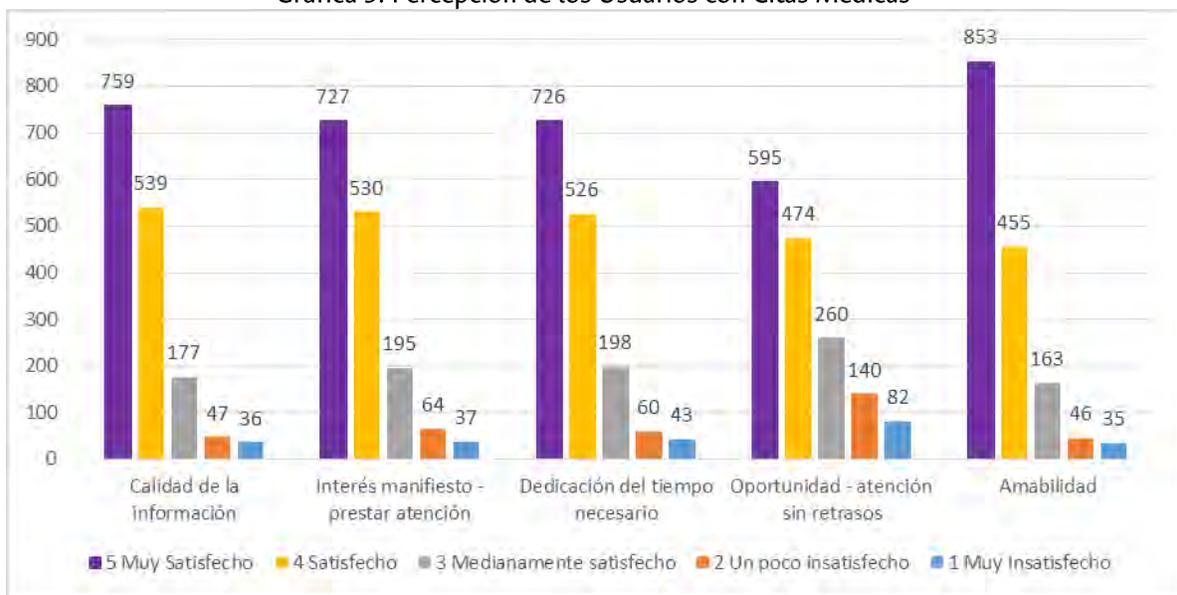
A nivel general se observa que el 92% de los usuarios califican excelentes y buenos los servicios ofrecidos en la Unidad, y el 8% los consideran regulares y deficientes.

Evidenciamos que es pertinente modificar la encuesta de satisfacción para que nos ofrezca elementos objetivos más claros acerca de las causas de insatisfacción para de esa manera poder trabajar de fondo en la mejora. Se medirá en el 2017 la percepción del usuario acerca de los principales puntos de interés a trabajar.

A continuación, se presenta la percepción de los usuarios, en cuanto a los atributos de calidad, presentada por servicios:

Citas médicas

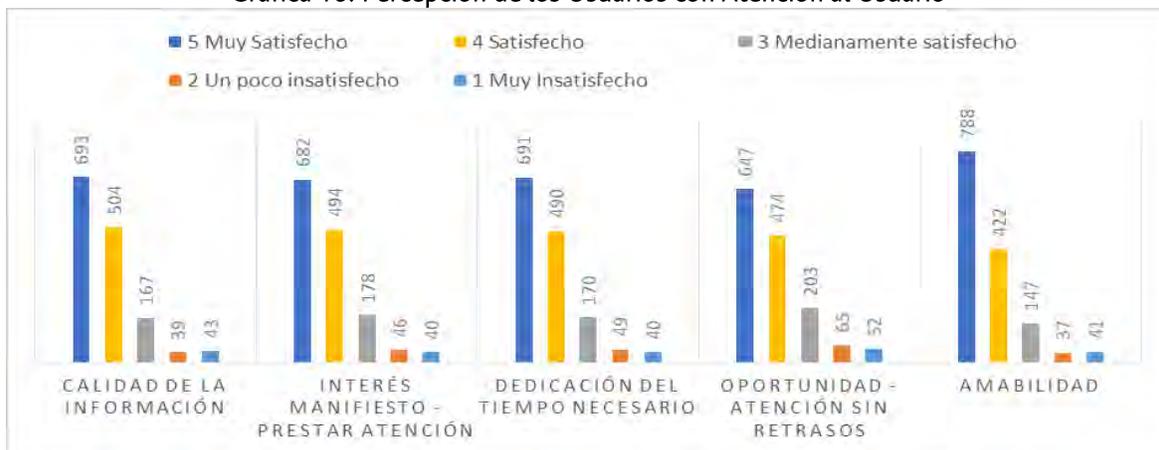
Gráfica 9. Percepción de los Usuarios con Citas Médicas



Fuente: Encuesta de Satisfacción 2016

Atención al Usuario

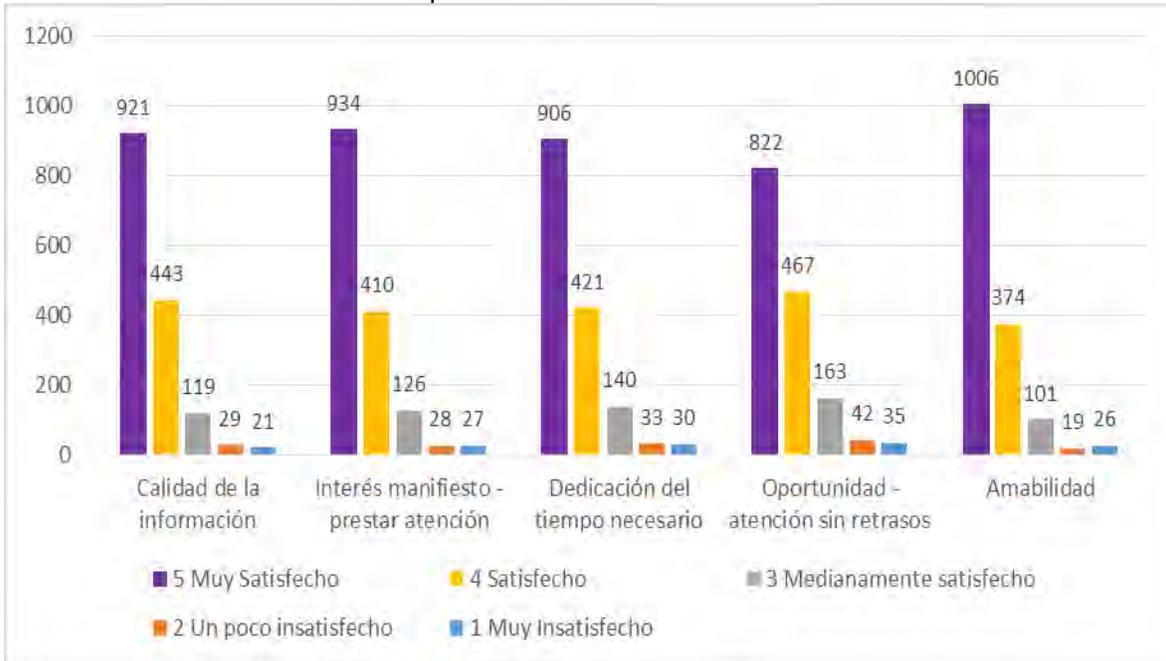
Gráfica 10. Percepción de los Usuarios con Atención al Usuario



Fuente: Encuesta de Satisfacción 2016

Consulta médica

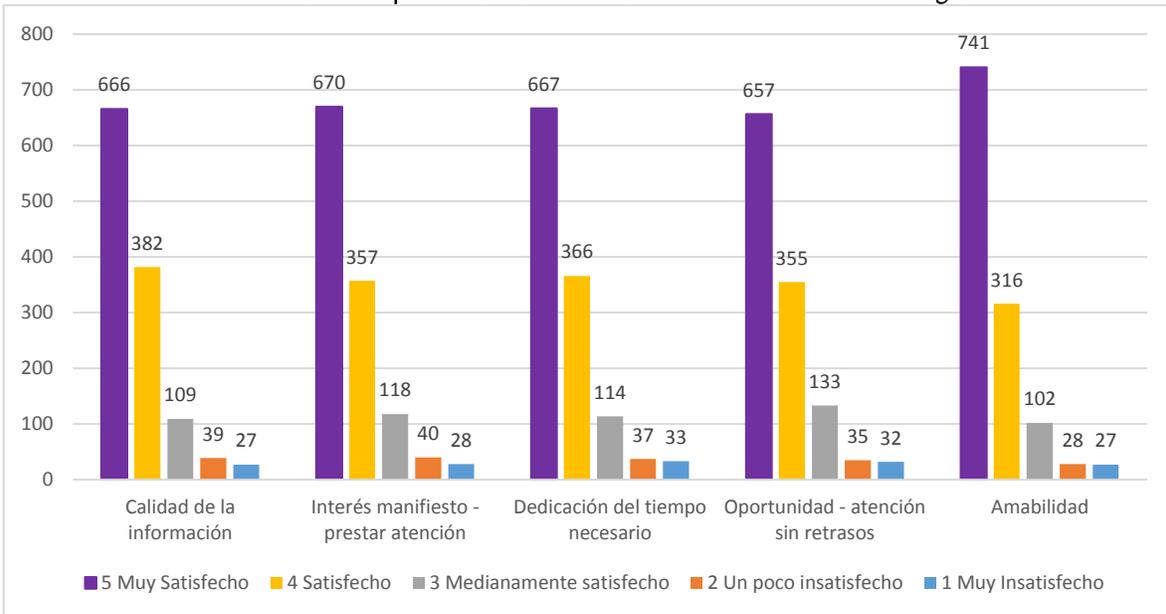
Gráfica 11. Percepción de los Usuarios con la Consulta Médica



Fuente: Encuesta de Satisfacción 2016

Odontología

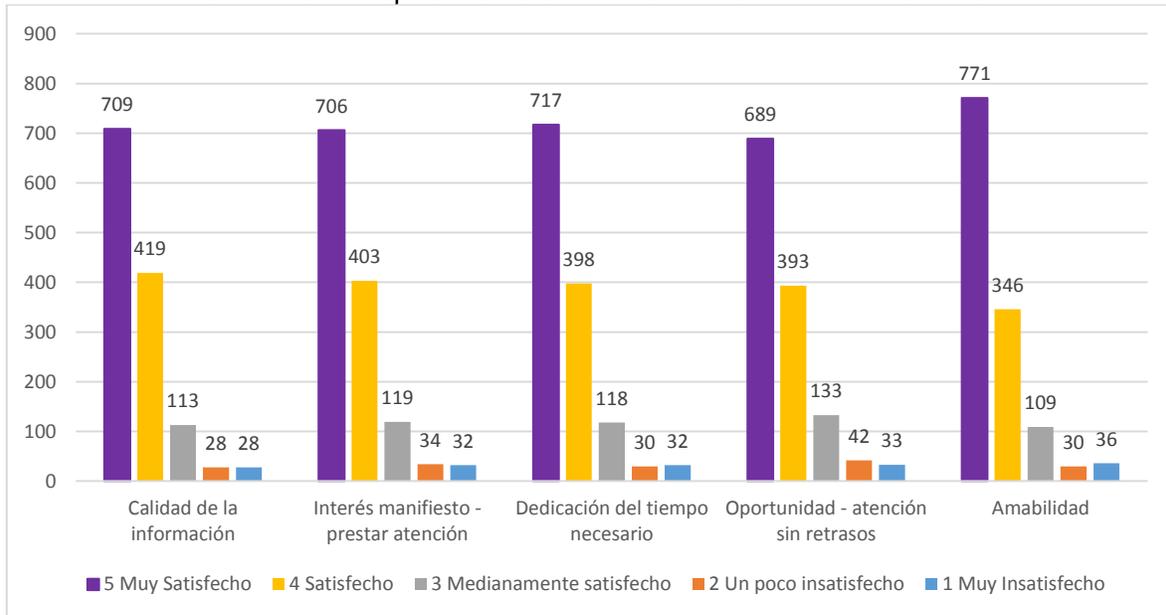
Gráfica 12. Percepción de los Usuarios con la Consulta Odontológica



Fuente: Encuesta de Satisfacción 2016

Enfermería

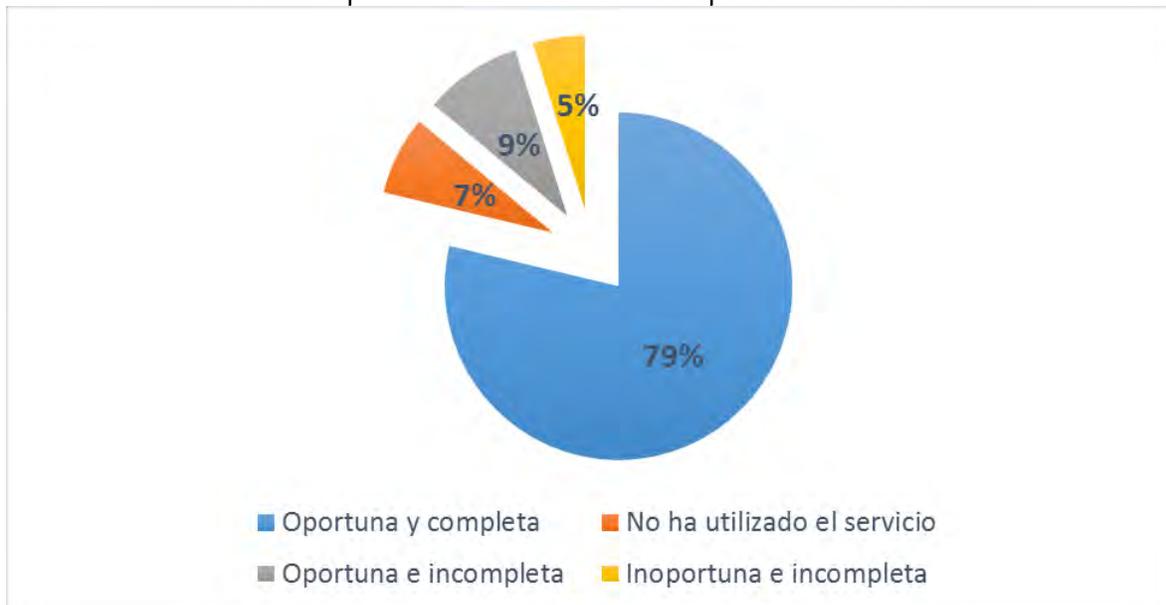
Gráfica 13. Percepción de los Usuarios con la Consulta de Enfermería



Fuente: Encuesta de Satisfacción 2016

Dispensación de medicamentos

Gráfica 14. Percepción de los Usuarios con la Dispensación de Medicamentos



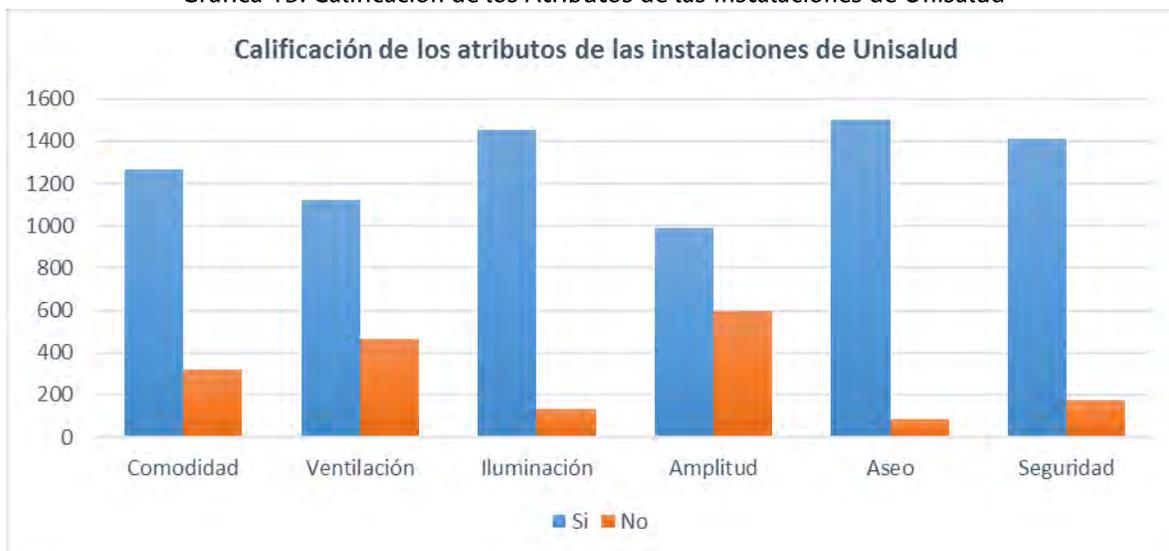
Fuente: Encuesta de Satisfacción 2016

A través del seguimiento que en cada una de las Sedes se efectúa al contrato con el Distribuidor de medicamentos y al de Operador Logístico para la entrega, se detectan las acciones a realizar, las cuales quedan como soporte en las actas de seguimiento a estos contratos, la causa para entregas incompletas se ha generado principalmente en el desabastecimiento de las moléculas por parte de los laboratorios, por lo tanto, resulta de difícil control por parte de Unisalud ese aspecto por tratarse de una externalidad,

sin embargo, a través del seguimiento descrito se corrige aquellos aspectos que es susceptible de ajustar con los contratistas, revisando el cumplimiento de las obligaciones contractuales de los mismos.

Instalaciones de Unisalud

Gráfica 15. Calificación de los Atributos de las Instalaciones de Unisalud



Fuente: Encuesta de Satisfacción 2016

La insatisfacción con las instalaciones, se genera en especial en quejas escritas y verbales en Unisalud Bogotá por el estado de los servicios sanitarios, la Gerencia de Unisalud y la Dirección de Sede gestionaron ante quienes manejan en el nivel central los espacios físicos de la Universidad; expresándoles la necesidad de adecuación de baterías sanitarias, sin embargo, no se recibió durante el 2016 una respuesta positiva, atendiendo la necesidad futura de reforzamiento estructural del edificio que afectaría la inversión que en la actualidad se efectúe a las instalaciones. En las comunicaciones se ha expresado la necesidad inminente de intervención locativa en Unisalud Bogotá, dadas las consecuencias que podría tener no hacerlas frente a la visita de Habilidad.

En conclusión, la información que arroja la Encuesta de Satisfacción 2016, constituye una herramienta que permite identificar puntos de mejora, como es caso de la disminución de los tiempos de espera y del acceso oportuno a la red adscrita, temas que Unisalud seguirá trabajando para lograr aumentar la calidad en los servicios prestados y la confianza de los afiliados.

Como lo expresamos anteriormente, con el fin de mejorar la medición de la satisfacción, Unisalud se propone para la vigencia 2017, explorar y determinar nuevas herramientas que permitan entender a profundidad las necesidades y razones que afectan las calificaciones que los usuarios hacen de la Unidad.

MANIFESTACIONES

La voz de nuestros afiliados

Las áreas de Atención al Usuario de Unisalud son las encargadas de velar por brindar escenarios de participación permanente de los usuarios, a través de sus manifestaciones, PQRS (Preguntas, quejas, reclamos y sugerencias); ellos se comunican con la entidad, brindando información valiosa sobre temas a potencializar y oportunidades de mejoramiento.

Adicionalmente las áreas de Atención al Usuario se encargan de orientar e informar a la población en temas de interés sobre nuestro sistema de salud y sobre la oferta institucional.

Durante el 2016 recibimos 578 manifestaciones, que fueron expresadas a través de diversos medios como buzones, correo electrónico y verbalmente.

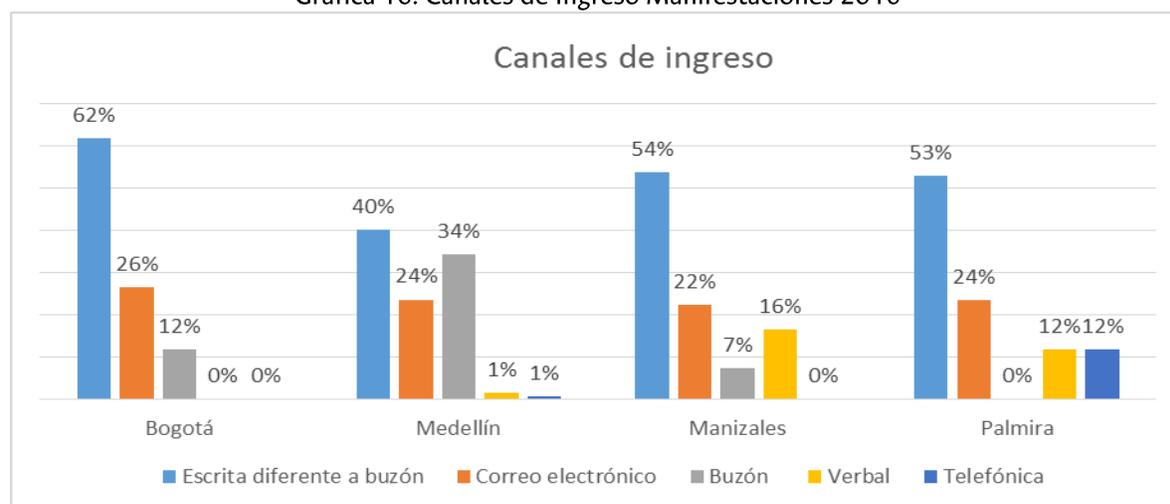
Tabla 10. Manifestaciones Unisalud 2016

Manifestaciones 2016					
Trimestre	Palmira	Medellín	Manizales	Bogotá	Total
1 trimestre	9	27	25	69	130
2 trimestre	15	39	14	98	166
3 trimestre	4	35	11	90	140
4 trimestre	6	39	17	80	142
Total de manifestaciones	34	140	67	337	578

Fuente: Consolidado de Manifestaciones 2016

El medio preferido por nuestros usuarios en la vigencia 2016, para la presentación de sus manifestaciones fue el escrito (no por buzón) que representó el 55% en el consolidado nacional, seguido por el correo electrónico que equivale al 25%, el buzón de sugerencias el 16%, el verbal el 3% y el canal menos utilizado fue el telefónico equivalente al 1%.

Gráfica 16. Canales de Ingreso Manifestaciones 2016



Fuente: Consolidado de Manifestaciones 2016

Comparativamente con la vigencia 2015, las manifestaciones tuvieron un aumento del 4.7% y el mayor número se concentró en el segundo trimestre del año con 166. En cuanto a la distribución de manifestaciones, observamos que se acerca a la distribución porcentual de usuarios atendidos por cada una las sedes.

Comparativamente con la vigencia 2015, en el 2016 se presentó aumento del 30% en felicitaciones, este tipo de manifestaciones se relacionaron con el recurso humano, específicamente sobre la buena actitud de servicio y dedicación en la labor desempeñada.

Las razones negativas, aunque poco frecuentes por las que se presentaron las manifestaciones, discriminadas por sede, motivan en nuestra Unidad elaborar sus respectivos planes de mejora, así:

Bogotá:

- Falta de amabilidad en la atención brindada: en el primer semestre del 2017 se desarrollará un plan de sensibilización dirigido a los servidores y contratistas de la sede sobre la importancia de la amabilidad y humanización en el servicio.
- Falta de accesibilidad y oportunidad en la asignación de citas de la red externa: Unisalud se encargó de intervenir y hacer seguimiento con el objetivo de que la cita del usuario fuera asignada en el menor tiempo posible, se convierte en un reto lograr modificar este aspecto porque tiene que ver con la oportunidad de la red externa adscrita, la cual cuenta con varias EPS que los contratan, de las cuales Unisalud es una entidad más.
- Demora en la atención por la presencia de una sola persona en la ventanilla de caja de la Unidad: la División Administrativa y Financiera de Unisalud, en pro de disminuir los tiempos de espera para el pago de cuota moderada o copagos en la caja dispuesta para tal fin, designó un servidor adicional para la atención.

Medellín

- Dificultades en la accesibilidad y oportunidad del servicio: se seguirán realizando evaluaciones de la Red Externa para socializar los resultados en reuniones de seguimiento y precontractuales; de igual manera, se continuará solicitando la actualización permanente de la red contratada publicada en el sitio web de Unisalud, con el objetivo de que los usuarios puedan consultar información actualizada sobre las IPS disponibles.
- Falta de amabilidad y oportunidad: a partir de abril de 2017, se iniciarán capacitaciones dirigidas a los servidores y contratistas, sobre humanización del servicio y servicio al cliente.

Manizales:

- Falta de oportunidad en la asignación de citas con la red adscrita externa: desde el área de atención al usuario se interviene para agilizar la consecución de las citas y se informa a los pacientes que si el caso es repetitivo se pueden apoyar en el área nuevamente.
- Dificultades en el relacionamiento: desde la Jefatura de Sede se enfatizó, a través de reuniones, en la importancia de la tolerancia y la potencialización de la calidez y amabilidad que caracteriza la atención en la Sede, de igual manera, se realizarán actividades de sensibilización a las personas que tienen labores de atención al público. En cuanto a los casos de agresiones por parte de los usuarios a los servidores de las IPS, se realizará reforzamiento en la divulgación de derechos y deberes de los usuarios.
- Inconformidad por dificultad en la comunicación telefónica: La Jefe Administrativa y Financiera de Unisalud solicitó a la Oficina de Tecnologías de Información y Comunicaciones de la Universidad Nacional Sede Manizales (OTIC), la respectiva revisión de la línea telefónica. En la respuesta, la OTIC informa que el operador UNE, en su revisión, encontró intermitencias que fueron solucionadas.

Palmira

- Falta de oportunidad y dificultad para asignación de citas en las IPS adscritas: se han realizado visitas a las IPS para hacer seguimiento y establecer planes de acción; entre los logros obtenidos se encuentra el establecimiento de rutas de atención y acceso para solicitud de citas.
- Deficiencias en la atención: se han solicitado análisis de los casos a las IPS y los respectivos planes de mejoramiento.

MORBILIDAD

Para el año 2016 el perfil de morbilidad en Unisalud incluyó todas las atenciones realizadas en las IPS propias y en las entidades de la red adscrita, para realizar un análisis de patologías incidentes con el fin de preparar a la Unidad en la prevención, manejo y seguimiento de las enfermedades de reciente diagnóstico y de esa forma trabajar en disminuir las complicaciones y el impacto que en la calidad de vida de nuestros afiliados pueden generar.

Se evidenciaron numerosas oportunidades de mejora para el reporte de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud RIPS en las IPS propias, con necesidad de capacitación a los profesionales asistenciales en este aspecto y de los nuevos integrantes del equipo, a causa de la rotación de quienes fueron capacitados previamente.

Persisten los esfuerzos para recopilar los registros clínicos de atenciones extramurales de los usuarios, es decir, de la energía que invierte la entidad para lograr contar con el resultado de la atención hecha por especialistas externos a Unisalud; aunque se presenta una mejora en este aspecto, una buena parte de los afiliados no considera importante esta retroalimentación y no allega el resultado ante su médico general tratante para que éste lo consigne en su historia clínica; además debido a las características del software de historias clínicas, las contrarreferencias deben ser guardadas como imágenes ocupando gran espacio frente a la capacidad de los servidores de las sedes lo cual limita el despliegue de estrategias de mayor impacto en este aspecto.

Por esta misma razón no se ha iniciado la digitalización de las historias clínicas físicas de la vigencia 2002 hacia atrás, año a partir del cual se inició el registro sistematizado de la historia clínica en Unisalud.

Para la vigencia 2016 se dio continuidad al reporte de los informes establecidos a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO- (SISMED, Resolución 4505 de 2012, Resolución 2175 de 2015 ambas del Ministerio de Salud y Protección Social, Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, etc.) y el reporte a la Cuenta de Alto Costo (Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial Crónica, Diabetes, Cáncer, Hemofilia y Artritis) de acuerdo a los parámetros y plazos establecidos. Estos informes se han constituido en una herramienta para el seguimiento de cohortes para los afiliados a Unisalud con estas patologías, dado que dentro de las variables se incluyen los parámetros clínicos y paraclínicos que permiten establecer el control de la enfermedad.

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

Los hallazgos se originaron en que, en el momento de diligenciar la información, no se capturó la imagen de los datos reportados y debido a la evolución de la historia clínica, al hacer una nueva captura de imagen para presentar la evidencia a los auditores los datos variaron. Se aclara que ambos datos fueron veraces, sin embargo, variaron por el diferente momento de la toma. Como plan de mejora se solicitó a todas las sedes que guarden la evidencia de lo reportado al momento de generar el informe.

Otra oportunidad de mejora está relacionada con la actualización de los roles y actividades desempeñadas por los afiliados, en el sistema.

MORBILIDAD NACIONAL CONSOLIDADA

Como resultado de las acciones desplegadas para el mejoramiento en la calidad de los registros clínicos en la vigencia 2016, se evidenció una mejoría significativa que permitió realizar el análisis de la morbilidad desde diferentes aspectos, entre otros la evaluación de diagnóstico agrupado.

Tabla 11. Morbilidad agrupada por grupo diagnóstico Unisalud 2016

GRUPO DX	DESCRIPCIÓN DEL GRUPO	SERVICIOS	%	% ACUMULADO
53	Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	8162	11,58%	11,58%
36	Enfermedades hipertensivas	7911	11,22%	22,80%
33	Enfermedades del ojo y sus anexos	4796	6,80%	29,61%
31	Trastornos mentales y del comportamiento	2834	4,02%	33,63%
63	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	2691	3,82%	37,45%
30	Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias	2330	3,31%	40,75%
23	Diabetes mellitus	2309	3,28%	44,03%
22	Trastornos de la glándula tiroides	2192	3,11%	47,14%
32	Enfermedades del sistema nervioso	2013	2,86%	49,99%
71	Trastornos de los tejidos blandos	1764	2,50%	52,49%

Fuente: RIPS Unisalud 2016

La tabla anterior evidencia el número de atenciones por grupo diagnóstico, el cual se correlaciona con el perfil demográfico y constituye una herramienta al momento de planear las actividades y la contratación de la red de prestadores para 2017. Es necesario decir, que a pesar de que el diagnóstico odontológico ocupa el primer lugar, está relacionado con la magnitud de la demanda y en especial con los tratamientos de una patología, que generan múltiples consultas de control. Se puede apreciar como seis (6) de los diez (10) primeros grupos diagnósticos están relacionados con el envejecimiento.

Tabla 12. Morbilidad Unisalud vigencia 2016 sin diagnósticos odontológicos

CÓDIGO DX	DESCRIPCIÓN CÓDIGO DX	SERVICIOS	%	% ACUMULADO
I10X	Hipertensión esencial primaria	7877	12,33%	12,33%
E039	Hipotiroidismo no especificado	1884	2,95%	15,28%
E782	Hiperlipidemia mixta	1199	1,88%	17,16%
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	1100	1,72%	18,88%
M545	Lumbago no especificado	855	1,34%	20,22%
N40X	Hiperplasia de la próstata	778	1,22%	21,43%
N951	Estados menopáusicos y climatéricos femeninos	595	0,93%	22,36%
E780	Hipercolesterolemia pura	572	0,90%	23,26%
E669	Obesidad no especificada	567	0,89%	24,15%
M199	Artrosis no especificada	552	0,86%	25,01%

Fuente: RIPS Unisalud 2016

Al igual que en las últimas vigencias, la Hipertensión Esencial Primaria ocupa el primer lugar (12,33%), corroborando su papel en el perfil epidemiológico de la Unidad y la relación entre la incidencia de esta patología crónica y grupos de población mayores de 50 años.

Persisten además otros precursores de enfermedad cardiovascular, como: hiperlipemia mixta, diabetes mellitus, hipercolesterolemia pura y obesidad, para las cuales dado su carácter crónico es vital el manejo orientado a que el paciente adquiera y consolide estilos de vida saludable, control de la enfermedad con adherencia a manejo farmacológico y la realización de un monitoreo regular de diferentes parámetros, a través del programa para el manejo de pacientes con patologías crónicas (hipertensión, hiperlipemia y

diabetes mellitus) que se desarrolla en cada una de las sedes. Es de resaltar que en el tratamiento efectivo de este tipo de patologías la concientización de quien la sufre y su participación activa y constante en su control es fundamental para evitar complicaciones mayores que comprometan su calidad de vida y lo lleven a ingresos hospitalarios.

De igual manera, persisten en los primeros lugares patologías degenerativas, osteomusculares, estados menopáusicos y climatéricos femeninos e hiperplasia prostática, las cuales se encuentran asociadas a alta demanda de servicios.

El diagnóstico temprano y el control de estas patologías se correlacionará en un futuro a mediano plazo con la disminución de complicaciones entre los afiliados que aún no presentan síntomas y en consecuencia una mejora en la sostenibilidad financiera de Unisalud a largo plazo; sin embargo, dada la debilidad en la adherencia a la consulta preventiva en la población afiliada y la baja afluencia de usuarios al tamizaje de riesgo realizado en la Unidad actualmente, a través de la encuesta PERESOFT, no se alcanzaron las metas esperadas. Un compromiso a lograr de nuestra parte hacia profesionales y usuarios, consiste en fortalecer la encuesta de riesgo y de esta manera hacerla llamativa para lograr la participación de unos y otros, con el beneficio subsecuente para toda la población afiliada.

En el 2016 se realizó el primer informe para la Cuenta de Alto Costo de Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión y Diabetes que constituye una herramienta objetiva para el seguimiento y evaluación de la efectividad de las acciones del programa para manejo de pacientes con patologías crónicas y de los diferentes servicios contratados para este fin, de esta manera se determinará la necesidad de realizar ajustes al mismo y la implementación de un programa para pacientes con riesgo aumentado de sufrir estas enfermedades.

A continuación, se describirá la morbilidad atendida por Unisalud y en particular por cada una de las sedes durante la vigencia 2016, excluyendo los diagnósticos de odontología.

SEDE BOGOTÁ

En concordancia con el perfil de morbilidad nacional, en el perfil de la sede, las diez patologías más frecuentemente diagnosticadas están relacionadas con procesos crónicos y/o degenerativos, de acuerdo 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 y favorece complicaciones en diferentes órganos y sistemas.

Tabla 13. Morbilidad Unisalud Sede Bogotá 2016

GRUPO DX	DESCRIPCIÓN DEL GRUPO	SERVICIOS	%
I10X	Hipertensión esencial primaria	4796	9,17%
E039	Hipotiroidismo no especificado	1633	3,12%
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	908	1,74%
E782	Hiperlipidemia mixta	688	1,32%
M545	Lumbago	685	1,31%
N40X	Hiperplasia de la próstata	597	1,14%
N951	Estados menopáusicos y climatéricos femeninos	569	1,09%
E669	Obesidad no especificada	483	0,92%
I251	Enfermedad arterioesclerótica del corazón	424	0,81%
M199	Artrosis no especificada	414	0,79%

Fuente: RIPS Unisalud 2016

Continúan posicionadas en los primeros lugares otras enfermedades asociadas al aumento en el riesgo cardiovascular como diabetes mellitus, hiperlipidemia mixta, hipotiroidismo y obesidad; demostrando que es necesario fortalecer, con la participación directa de los usuarios, el trabajo de sensibilización para lograr mayor reciprocidad en 2017, en las actividades de los programas propios de Unisalud y de las actividades de PE y DT.

En la quinta posición se encuentra el diagnóstico de lumbago, relacionado tempranamente con alteraciones en la higiene postural que requieren generar acciones educativas conjuntas con el área de Seguridad y Salud en el Trabajo y por lo tanto la participación de la Dirección Nacional de Bienestar y la Dirección Nacional de Personal docente y administrativo de la Universidad, en un trabajo que forme parte de la llamada Universidad Saludable, objetivo a lograr por parte de las tres dependencias, en un mediano plazo.

Al analizar la morbilidad acumulada por grupo diagnóstico se encuentra que el 68,8% (18.723) están relacionadas al grupo de Todas las Demás; el 17,5% (4.756) son enfermedades del Sistema Circulatorio; 5,0% (1.361) Signos, Síntomas y Afecciones mal definidas; el 4,6% (1.240) son enfermedades por causa externas; 3,4% (931) Enfermedades Transmisibles, 0,7% (202) Neoplasias y tres (3) casos de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Al comparar la morbilidad acumulada por grupo diagnóstico con la de años anteriores no se encuentran cambios significativos.

En el año 2016 se logró hacer el análisis de la morbilidad teniendo en cuenta un procedimiento estructurado, desarrollado para tal fin en compañía de la epidemióloga de Unisalud Bogotá y que entrará en pleno en funcionamiento en el 2017 que aumenta la confiabilidad de los resultados, sin embargo, aún se encuentran grandes oportunidades de mejora en este aspecto. Por ello en 2017 se deben continuar las acciones de búsqueda de un sistema de información integral que permita generar todas las variables para realizar no solo el reporte de morbilidad, sino los diferentes informes que sirvan de fuente para direccionar de manera objetiva las acciones de la sede.

El perfil de morbilidad confirma la pertinencia de las acciones desarrolladas desde el Programa Vivir y el área de PE y DT para la población afiliada a Unisalud

En el 2017 el mayor reto para la sede frente a la morbilidad consiste en sensibilizar a la población frente a la corresponsabilidad con su proceso de salud e incrementar las sesiones educativas al equipo de trabajo sobre actividades de Salud Pública.

SEDE MEDELLÍN

Tabla 14. Morbilidad Unisalud Sede Medellín 2016

GRUPO DX	DESCRIPCIÓN DEL GRUPO	SERVICIOS	%
I10X	Hipertensión esencial primaria	2198	32,07%
E782	Hiperlipidemia mixta	472	6,89%
H578	Otros trastornos especificados del ojo y sus anexos	239	3,49%
E780	Hipercolesterolemia pura	193	2,82%
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	147	2,15%
E039	Hipotiroidismo no especificado	82	1,20%
E109	Diabetes mellitus insulino- dependiente sin mención de complicación	78	1,14%
K297	Gastritis no especificada	61	0,89%
M545	Lumbago no especificado	60	0,88%
H524	Presbicia	54	0,79%

Fuente: RIPS Unisalud 2016

En el año 2016, dentro de las primeras causas de morbilidad se encuentra hipertensión arterial primaria, dislipidemia y diabetes, acorde al perfil epidemiológico de la población afiliada, además de otras patologías relacionadas tales como: Hipotiroidismo, enfermedad coronaria, trastornos osteomusculares y trastornos visuales.

Para el año 2015, 1508 afiliados se encontraban inscritos en el programa de Riesgo cardiovascular, y para el año 2016 el número aumentó a 1553 afiliados inscritos, observándose un incremento del 3% de pacientes con patologías crónicas no transmisibles agrupadas en este programa.

Para la atención de estos pacientes la sede cuenta con programas de PE y DT establecidos, accesibilidad y oportunidad en las IPS de la red adscrita, consulta de medicina general en IPS propia realizada por personal médico-asistencial capacitado e idóneo.

Los retos de la sede para 2017, consisten en el fortalecimiento de los programas de control de patologías crónicas y de la adherencia de los afiliados a programas, tratamientos y estilos de vida saludable; búsqueda activa y tamizaje de usuarios "sanos" no consultantes; intervención de factores de riesgo prevenibles no conocidos o no detectados; consolidación de la red de prestadores con énfasis en la capacidad técnico científica para el manejo integral de las usuarios; y el establecimiento de canales de comunicación con la IPS de la red adscrita.

SEDE MANIZALES

Tabla 15. Morbilidad Sede Manizales 2016

GRUPO DX	DESCRIPCIÓN DEL GRUPO	SERVICIOS	%
J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	125	1,98%
F900	Perturbación de la actividad y de la atención	113	1,79%
J304	Rinitis alérgica no especificada	102	1,61%
N40X	Hiperplasia de la próstata	102	1,61%
M255	Dolor en articulación	99	1,57%
M199	Artrosis no especificada	98	1,55%
E039	Hipotiroidismo no especificado	87	1,38%
N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	86	1,36%
L700	Acné vulgar	74	1,17%
M545	Lumbago no especificado	74	1,17%

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

Para el año 2016, los tableros de morbilidad, gracias a mejora en la generación del dato, contemplan atenciones con diagnóstico confirmado, tanto de Unisalud IPS como de la de la Red de Prestadores; se realiza evaluación de la morbilidad incidente y no de la prevalente, generando una evidente variación frente a la tendencia de años anteriores, por tal razón no aparecen dentro de las 10 primeras causas de morbilidad la hipertensión arterial y la dislipidemia, enfermedades que por su carácter crónico generan alto impacto en el número de atenciones en Unisalud.

Aparecen enfermedades de alta incidencia entre la población como rinofaringitis, rinitis alérgica no especificada e infección de vías urinarias, además enfermedades degenerativas como hiperplasia de próstata y artrosis no especificada, las cuales generan impacto en la calidad de vida de los afiliados.

En cuanto a la morbilidad por grupo diagnóstico tenemos: ocupando el primer lugar las Enfermedades de la Cavidad Bucal, seguidas en su orden por Enfermedades de la piel y el tejido celular subcutáneo, Trastornos mentales y del comportamiento, Infecciones respiratorias agudas, Enfermedades del esófago, estómago y duodeno, Trastornos de los tejidos blandos, Otras dorsopatias, Otras

enfermedades de las vías respiratorias superiores, Fractura de los dientes y Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.

El perfil de morbilidad incidente evidencia la tendencia de las enfermedades que están apareciendo en Unisalud que antes eran opacadas por la gran prevalencia de enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial y la Dislipidemia, ante lo cual se deben generar estrategias de capacitación para que los profesionales asistenciales aumenten la resolutivez en el manejo y seguimiento de este tipo de patologías, así como estrategias dirigidas a los usuarios en el abordaje de la patología gastrointestinal desde la óptica educativa (hábitos alimenticios, manejo del estrés, entre otros).

Se debe resaltar que las patologías de la cavidad oral, como: caries de la dentina, pérdida de los dientes, fractura de los dientes y pulpitis, ocupan los primeros lugares como diagnóstico confirmados nuevos en el año 2016.

Para el 2017 el mayor reto consiste en consolidar el programa de Salud Mental para abordar de forma integral este tipo de patologías, que tienen gran incidencia entre nuestros afiliados.

SEDE PALMIRA

Tabla 16. Morbilidad Sede Palmira 2016

GRUPO DX	DESCRIPCIÓN DEL GRUPO	SERVICIOS	%
I10X	Hipertensión esencial primaria	816	19,53%
G242	Distonia idiopática no familiar	114	2,73%
E106	Diabetes mellitus insulino dependiente con otras complicaciones especificadas	89	2,13%
E039	Hipotiroidismo no especificado	82	1,96%
H579	Trastorno del ojo y sus anexos no especificado	75	1,79%
J209	Bronquitis aguda no especificada	68	1,63%
N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	45	1,08%
M255	Dolor en articulación	42	1,01%
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	41	0,98%
N40X	Hiperplasia de la próstata	39	0,93%

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

Para el año 2016, al igual que en las dos vigencias anteriores, la principal causa de morbilidad en la sede es la hipertensión arterial que equivale al 19.5% de las 10 primeras causas.

Se debe mencionar que el peso en el perfil de morbilidad de patologías como hipertensión y diabetes disminuyó con relación al año anterior debido a que la sede cuenta con el programa de gestión de riesgo cardiovascular contratado con la entidad GESENCRO que al momento de la realización del presente informe atiende a 100 afiliados con estas patologías, incrementando el número de afiliados incluidos en este programa. Se evidencia que en promedio a cada paciente se le están programando en esa institución, 14 atenciones médicas al año y 19.6 atenciones por todos los profesionales de la salud involucrados en su atención, incluido nutrición, trabajo social, clínica de la diabetes y Unisalud contrata la atención integral por paquete y no por evento, optimizando también de esta forma, no solo la salud del usuario sino los recursos de la Unidad.

Al igual que el año anterior figuran en los primeros lugares hipotiroidismo, trastornos del ojo, dolor articular e hiperplasia de próstata, relacionadas con el perfil epidemiológico de la población. También se encuentran en los primeros lugares bronquitis aguda e infección de vías urinarias.

Los logros para el año 2016 incluyen: el apoyo de psicología en el fortalecimiento de estrategias educativas a los usuarios de acuerdo a las principales causas de morbilidad y el cumplimiento del cronograma de educación a usuarios en el “Jueves de la salud”, para fortalecimiento de acciones preventivas.

Por otra parte, se detectó un incremento en la incidencia del diagnóstico de cáncer, registrando cuatro (4) nuevos casos de afiliados que se encuentran en tratamiento. Por ello se decidió establecer en 2017 un programa para detección de otros tipos de cáncer diferentes a mama, próstata y cérvix.

Los retos para 2017 consisten en desarrollar estrategias efectivas que motiven a mayor número de usuarios a asistir a las actividades educativas y estrategias que permitan mejorar el indicador de cumplimiento de ciclos en PT y DE.

EGRESOS HOSPITALARIOS¹

Tabla 17. Comparativo de Egresos Hospitalarios 2014 - 2016

SEDE	2014		2015		2016	
	NUMERO EGRESOS	NUMERO IPS	NUMERO EGRESOS	NUMERO IPS	NUMERO EGRESOS	NUMERO IPS
BOGOTÁ	1763	21	1342	24	1291	23
MEDELLÍN	357	12	352	19	351	18
MANIZALES	227	7	237	7	196	7
PALMIRA	108	9	72	8	95	8
TOTAL	2455	49	2003	58	1933	56

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

De acuerdo con la tabla de Egresos Hospitalarios para el año 2016, se reportan 1933 egresos, correspondiente a 1371 pacientes, con una disminución de 70 egresos correspondientes al 3,49%, dando continuidad a la tendencia decreciente evidenciada en las últimas vigencias.

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.

Para la vigencia 2016 aumentó el número de pacientes que requirieron más de una hospitalización en el año de 352 a 361; la proporción de pacientes que requirieron más de una hospitalización en el año sobre el total de egresos de Unisalud no presenta modificación significativa, es del 26.33% (361 usuarios) con las siguientes proporciones para cada sede: Bogotá 71.74% (259 usuarios), Medellín 14.68% (53 usuarios), Manizales 8.86% (32 usuarios) y Palmira 4.7% (17 usuarios). Es relevante anotar que el número de hospitalizaciones es directamente proporcional al alto número de comorbilidades² y la complejidad de manejo de los pacientes que las requirieron.

¹ Número de pacientes hospitalizados y dados de alta

² Patologías concomitantes en un mismo paciente

SEDE BOGOTÁ

Durante la vigencia 2016 se implementó un aplicativo de semaforización de la red de prestadores teniendo en cuenta su calidad, las mejores tarifas pactadas con las entidades y su ubicación geográfica. Con base en ello el área de referencia y contrarreferencia direcciona a los usuarios.

Desde el punto de vista clínico y frente a los días de estancia hospitalaria, se evidencia que continúa ocupando el primer lugar las patologías psiquiátricas, por lo cual es urgente la implementación efectiva y el fortalecimiento del programa de salud mental.

En segundo lugar, se ubican patologías cardio-cerebro-vasculares, las cuales presentaron una disminución en 22 días (2.3%) pasando de 953 días en el 2015 a 931 días en el 2016, a causa de la prevención secundaria y terciaria dirigida a los pacientes con síndrome metabólico e hipertensión a corto plazo muestra impacto, más no es significativo. El reforzamiento de actividades enfocadas en la prevención secundaria y terciaria a estos pacientes con hospitalizaciones recurrentes o policonsulta constituye una oportunidad de mejora que podría impactar este indicador.

Las patologías oncológicas se sitúan en el tercer puesto, con largas estancias hospitalarias en pacientes con estadios muy avanzados de su enfermedad, donde resulta imposible hacer intervención diferente a la hospitalaria. Para este grupo diagnóstico en 2016 se presentó un incremento en la estancia de 109 días.

Es de resaltar que las campañas de tamizaje para cáncer de seno, próstata y gástrico han generado un impacto positivo, permitiendo diagnóstico de tumores en estadios muy tempranos, lo cual aumenta la sobrevida del paciente, su calidad de vida, e impacta favorablemente en los costos de la Unidad.

Los resultados asociados a la presencia del auditor concurrente³, el conocimiento oportuno del censo hospitalario y su respectivo seguimiento, permite a la Unidad tener conocimiento de los pacientes que efectivamente requieren estar hospitalizados, disminuyendo así las estancias hospitalarias no justificadas.

Otras oportunidades de mejora, que deben ser desplegadas y requieren del concurso de otras áreas de la universidad son, por ejemplo: gestión de espacios físicos para la ampliación de cobertura de actividades de protección específica y detección temprana, y de la oferta de campañas dirigidas al diagnóstico precoz de otras patologías.

SEDE MEDELLÍN

El año 2016, presentó disminución de un (1) caso en el número de egresos hospitalarios con relación a los años anteriores, así: 2013 (348), 2014 (357), 2015 (352); 2016 (351).

Las cinco (5) primeras causas de egresos hospitalarios corresponden a: Infección de vías urinarias, sitio no especificado (15), Neumonía Bacteriana (10), Fiebre no especificada (9), Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada (8) y Disnea no especificada (7); las cuales representan el 14% del total de los egresos. La infección de vías urinarias y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, continúan presentándose entre las primeras cinco causas de egresos hospitalarios comparativamente al año 2015.

Se presentaron doce (12) reingresos del total de 351 egresos hospitalarios en la vigencia, estos se presentaron en cuatro (4) IPS de la red adscrita. Los reingresos corresponden en su mayoría a pacientes

³ Profesional que visita los pacientes hospitalizados

con patologías de evolución errática, complicaciones y/o exacerbaciones de patologías crónicas de base, así: cáncer cuatro (4) reingresos, EPOC dos (2) reingresos, infección posquirúrgica un (1) caso, Infecciones del Tracto Urinario en paciente con trasplante renal un (1) caso, insuficiencia renal crónica terminal un (1) caso, Porfiria un (1) caso, migraña un (1) caso y pancreatitis un (1) caso. En el año 2015 el mayor porcentaje de reingresos correspondió a patologías de alto costo (6 reingresos de un total de 8 en el año).

No se reportaron reingresos por Enfermedades Crónicas no transmisibles, lo que evidencia el impacto positivo del programa de Riesgo Cardiovascular en la sede. Este hallazgo genera el compromiso de la sede para continuar en 2017 con el desarrollo de los programas de control de patologías crónicas, la búsqueda activa de usuarios "sanos" no consultantes, la intervención oportuna de factores de riesgo y el fortalecimiento de las actividades educativas enmarcadas en el "Festival de la Salud" (periodicidad trimestral buscando impactar en el autocuidado y calidad de vida de los usuarios).

El número total de días de estancia disminuyó en un 17,4% con respecto del 2015 pasando de 1939 días de estancia a 1600 días, lo cual se atribuye al fortalecimiento del servicio de atención domiciliaria en altas tempranas. Las de patologías de alto costo como Cáncer e Insuficiencia Renal Crónica, son causa de hospitalizaciones prolongadas y presentan complicaciones que requieren terapias de mayor complejidad.

Además, la sede buscará la contratación de un auditor médico en el 2017, con el cual se pueda garantizar la continuidad en la auditoría concurrente como base para la monitorización y seguimiento de la pertinencia de las hospitalizaciones, gestión de altas tempranas y consolidación de información de ingresos hospitalarios prevenibles.

SEDE MANIZALES

Durante el año 2016 se registraron 196 egresos hospitalarios, 21% menos que en el año 2015, 13% menos que en el 2014 y 7% menos que en el 2013.

El promedio de días de estancia es de 3,9 días con una leve disminución con respecto al 2015 en el cual se obtuvo un valor de 4,1 días y con el 2014 con un valor de 4,7 días. El 29% de las hospitalizaciones tuvieron duración de un día, porcentaje que se ha incrementado con respecto al 2015 (20%) y 2014 (15%).

En cuanto a las causas de egreso hospitalario, de forma similar a los años 2015 y 2014, en el 2016 la infección de vías urinarias ocupa el primer lugar, esta vez con 18 casos (5 menos que el año anterior) con un promedio de cuatro (4) días de estancia. Al respecto se realizó análisis de 12 pacientes, encontrando que la distribución entre sexos es la misma, el 58% de los casos ocurrieron en pacientes mayores de 67 años, el 83% presentaron algún factor de riesgo (diabetes, hiperplasia prostática, menopausia asociada a cistocele y/o urolitiasis).

La segunda causa de hospitalización fue la patología de vesícula biliar (colecistitis con o sin colecistitis) con once (11) casos, para el año 2015 la segunda causa fue la diarrea o gastroenteritis de presunto origen infeccioso y para el 2014 la segunda causa fue la neumonía bacteriana.

En tercer lugar, para el año 2016, se encuentran los egresos asociados a patología tumoral con ocho (8) casos (cáncer de próstata, cráneofaringioma, cáncer de ciego, linfoma, cáncer de tiroides y cáncer de endometrio) mientras que en el año 2015 la neumonía bacteriana ocupaba el tercer lugar y en el 2014 la diarrea de presunto origen infeccioso.

En cuarto lugar, la causa de hospitalización es la enfermedad ácido péptica (ulcera, gastritis y enfermedad por reflujo gastroesofágico) mientras que en el 2015 la fibrilación auricular ocupó el cuarto lugar.

En el quinto lugar encontramos con igual número de egresos hospitalarios los diagnósticos de: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, patología psiquiátrica, neumonía bacteriana, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad diverticular del colon, síndrome de intestino irritable, artrosis y las fracturas. En el 2015 el quinto lugar lo ocuparon patologías respiratorias: bronquitis aguda y EPOC, mientras que en el año 2014 fueron ocupados por dolor abdominal, EPOC y reflujo gastroesofágico.

El 13% de los pacientes hospitalizados presentaron ingreso más de una vez en el año, la mayoría de ellos por diferentes patologías a la del ingreso inicial sin constituir reingreso hospitalario. El análisis de los casos de reingreso evidencia que las complicaciones por patología oncológica y su tratamiento generaron la mayoría de estos.

Los resultados de la disminución en el número y días de hospitalizaciones se atribuyen entre otras a las siguientes causas: oportunidad de manejo a través de la consulta al día que permite el abordaje temprano de patologías y disminución de los casos de hospitalización, auditoría concurrente permanente con un excelente canal de comunicación con la Jefatura Médica que facilita el trámite de autorizaciones derivadas de la atención hospitalaria y la existencia de una IPS acreditada dentro de la red de prestadores de Unisalud.

A su vez se identificaron algunos riesgos frente a los egresos: carencia de IPS de segundo nivel en la ciudad que brinde servicios acordes a las expectativas de los usuarios de Unisalud, falta de capacitación de los médicos intramurales para el abordaje y tratamiento del paciente geriátrico.

Para 2017 se pretende implementar estrategias educativas y reforzar las competencias de los médicos en el tratamiento de la patología gastrointestinal, infección de vías urinarias complicada y no complicada y en el manejo del paciente geriátrico; consolidar el programa de detección temprana de cáncer de próstata; aumentar la cobertura de los programas para la detección temprana de otros tipos de cáncer; continuar la estrategia de auditoría concurrente que garantice la pertinencia en las hospitalizaciones y fortalecer la estrategia de hospitalización en casa.

De igual manera, se implementarán estrategias de seguimiento a pacientes con diagnóstico ambulatorio y hospitalario por Infección de las Vías Urinarias – IVU y capacitación de los médicos intramurales tratantes mediante la revisión con los profesionales asistenciales de las guías de práctica clínica relacionadas con el tratamiento de la infección de vías urinarias IVU, para evitar la recurrencia de esta patología por inadecuado control del tratamiento; campañas educativas que adviertan el peligro de la automedicación en caso de síntomas urinarios; y el despliegue de actividades educativas relacionadas con factores de riesgo para las patologías que generan la mayor frecuencia de hospitalizaciones.

SEDE PALMIRA

En 2016 se presentó un incremento del 32% en el número de egresos (95 frente a 72 en 2015). En lo referente a días de estancia en 2016 (533 días) se presentó un incremento frente al año anterior (429 días de estancia). Las estancias más prolongadas estuvieron asociadas a cáncer, diabetes descompensada con hipoglicemia secundaria y en un caso por trastorno secundario a ingesta de sustancia psicoactiva.

Se debe destacar que el fortalecimiento del programa para pacientes con riesgo cardiovascular, con el modelo moderador de riesgo, ha generado mejoramiento de su estado de salud y ausencia de hospitalizaciones de estos usuarios por sus patologías de base.

El mayor número de egresos fue de la clínica Palma Real, principal IPS de referencia en la ciudad; en segundo lugar, se ubicó la clínica Fundación Valle del Lili donde se manejan pacientes con patologías de alta complejidad, en ella se presentó incremento en el número de egresos de 18 en 2015 a 26 en el año 2016, pero con disminución en el número de días de estancia frente a la anterior vigencia (147 en 2015 y 144 en 2016). En Ciclo vital una sola paciente estuvo 35 días por un trastorno por ingesta de sustancia psicoactivas. De los 95 egresos, dos (2) pacientes reportan reingreso a la misma institución en menos de 20 días, en ambos casos la hospitalización inicial requirió manejo quirúrgico en columna, los reingresos no fueron asociados a evento adverso, sino a complicaciones esperadas en este tipo de intervenciones.

Para 2017 la sede se compromete a implementar programas de detección de cáncer diferentes a los ya existentes: próstata, cuello uterino y mama.

MORTALIDAD

Tabla 18. Mortalidad Unisalud 2014-2016

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

Fuente: Planeación y Sistemas de Información

Durante el 2016 se registró un aumento de la mortalidad del 9.8% con respecto a la vigencia 2015, sin embargo, el año 2014 continúa siendo el más notorio de las últimas vigencias debido a la mayor cifra de mortalidad.

La distribución de los pacientes fallecidos en la vigencia 2016 de acuerdo al género es de 53.57% para el femenino y 46.43% para el masculino, presentando inversión de la tendencia respecto al año anterior. El promedio de edad para este indicador en 2016 fue de 81.65 años para mujeres y 80.35 años para hombres, siendo relevante anotar que la causa de mortalidad predominante fueron las enfermedades de alto costo.

El promedio de edad de los fallecidos supera el indicador de esperanza de vida en Colombia del DANE para 2015 que fue de 70,95 años en hombres y 77,1 años en mujeres

Durante el 2016, a pesar de la gestión ante el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Estadística – DANE, no se logró acceso a los certificados de defunción de los afiliados a Unisalud, por ello, persiste la dificultad de vigencias anteriores en cuanto a las causas de muerte, debido a que el registro que hace el profesional en el certificado de defunción retorna al ente territorial y el registro y actualización de las causas de muerte en la base de datos del DANE, a cargo de los entes territoriales respectivos, se publica de manera inoportuna. Para el 2017 Unisalud decidió elaborar un proceso para análisis estandarizado de la mortalidad en la institución. Para obtener resultado, el reto es garantizar la obtención del diagnóstico de las mortalidades a través de comunicación uno a uno con las IPS, esperamos con esto, mejorar la calidad del dato.

Tabla 19. Causas de mortalidad Unisalud 2016

CIE 10	DESCRIPCIÓN	N. CASOS
I219	Infarto agudo del miocardio sin otra especificación	6
A419	Septicemia no especificada	4
R092	Paro respiratorio	4
C349	Tumor maligno de los bronquios o del pulmón parte no especificada	3
J441	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada	3
C189	Tumor maligno del colon parte no especificada	2
C61X	Tumor maligno de la próstata	2
C845	Otros linfomas de células T y los no especificados	2
D469	Síndrome mielodisplásico sin otra especificación	2
E840	Fibrosis quística con manifestaciones pulmonares	2
J960	Insuficiencia respiratoria aguda	2

Fuente: Planeación y Sistemas de Información

De 168 fallecidos en 68 casos (40.47%) no hay registro de causa de muerte por las razones descritas anteriormente. No obstante, la tabla anterior permite discriminar las causas más frecuentes de acuerdo al CIE 10⁴, corroborando el peso de las patologías crónicas y oncológicas en la mortalidad de los afiliados a Unisalud.

Del total de las muertes con causa conocida, la patología oncológica presenta 25 de los reportes (14.88%); patología cardiaca 10 reportes (5.95%) de los cuales el infarto agudo de miocardio corresponde a seis (6) de los diez (10) reportes, en consonancia con el perfil de morbilidad de los afiliados.

Respecto al tipo de afiliación, se encuentra que de los 168 fallecidos, 63 corresponden a beneficiarios (37.5%) y 105 a afiliados cotizantes (62.5%).

Particularmente el comportamiento por sedes es el siguiente:

SEDE BOGOTÁ

En el año 2016 se presentaron 120 defunciones en usuarios de la sede, lo que corresponde a un incremento del 15,4% comparado con el año anterior (104 mortalidades en 2015). En cuanto a la relación por sexo el 51% (61 defunciones) corresponden a mujeres y 49% (59 defunciones) a hombres, comportamiento que se ha venido presentando en los últimos años.

La edad promedio de muerte en la sede es de 82.4 años, el 87% (104 personas) corresponde a mujeres y hombres mayores de 70 años de edad, representando ocho puntos porcentuales más que en el año 2015; la defunción femenina de menor edad corresponde a 22 años (la sede no cuenta con el diagnóstico de fallecimiento) y para el sexo masculino corresponde a 45 años (diagnóstico: Peritonitis Aguda).

En el 70% (84) de las mortalidades, la sede no registra el diagnóstico, el 15% (18) tienen diagnóstico no concluyente, el 9% (11) fallecieron por neoplasia, el 3%(4) por enfermedades del sistema circulatorio y con el mismo porcentaje la causa de defunción fueron las enfermedades transmisibles.

⁴ Clasificación Internacional de Enfermedades

SEDE MEDELLÍN

El total de defunciones durante el 2016 fue de 32 pacientes, con un promedio de edad de 81 años al momento del fallecimiento, resultado que, comparado con la esperanza de vida en Colombia según el DANE, refleja una esperanza de vida superior para los afiliados a Unisalud. Resalta entre las defunciones un usuario de sexo masculino, 21 años de edad, quien presentaba diagnóstico de otros linfomas de células T y los no especificados.

La primera causa de mortalidad para el año 2016 corresponde a tumores malignos y neoplasias con un 35,71%, la cual se mantiene comparativamente al año 2015. La segunda causa está relacionada con enfermedades degenerativas del sistema nervioso central (demencias vasculares, enfermedad de Alzheimer) en un 19% y en el tercer lugar se registran las enfermedades del cardiovasculares y pulmonares con 10% cada una.

Las causas de mortalidad por factores cardiovasculares han disminuido en las últimas vigencias, como resultado de la adherencia de los usuarios a los programas de riesgo cardiovascular y las actividades de PE y DT.

Este resultado se atribuye al impacto positivo de los programas ofrecidos, a la atención a través de personal médico asistencial capacitado, idóneo y comprometido con la salud de los usuarios. Igualmente, al hecho de contar con una red externa suficiente y de alto nivel de complejidad que permite el manejo integral con calidad, oportunidad y accesibilidad.

SEDE MANIZALES

Durante el año 2016 se registraron entre los afiliados once (11) fallecimientos, lo que representa un aumento del 22% con respecto al año 2015, nueve (9) defunciones, sin embargo, este número de fallecimientos se encuentra dentro del promedio observado desde el año 2012.

El promedio de edad fue de 73 años, dato similar al observado en el 2015 año y superior a la esperanza de vida en Colombia según el DANE. Para 2016 el 45% de los pacientes que fallecieron tenían más de 80 años de edad. En cuanto a la distribución por sexo, el 63% corresponde a mujeres y 36% a hombres.

Analizando las causas de muerte se encuentra un comportamiento diferente al año anterior, dado que en el 2015 el 77% de las muertes estuvieron asociadas a cáncer, mientras que para el 2016 solo el 18% se asoció con esta patología. La principal causa de muerte en el año 2016 obedeció al Infarto Agudo de Miocardio correspondiente al 45% del total de defunciones. Es importante resaltar que el 54% de los fallecimientos ocurrieron en casa.

SEDE PALMIRA

Durante el año 2016 continua la tendencia descendente de la mortalidad en la sede, pasando de 8 casos en el 2015 a 5 casos en el 2016 (disminución del 37%) y 14 casos en el año 2014. El promedio de edad se encuentra en 81.2 años, con edades que oscilan entre 68 y 94 años.

Los diagnósticos de fallecimiento fueron: accidente vascular encefálico, traumatismo intracraneal no especificado, tumor maligno del recto, septicemia no especificada y muerte cardíaca súbita.

Se siguió implementando el modelo de gestión de riesgo con redes integradas de servicios de salud, para la intervención de muertes tempranas o evitables. Se debe mencionar que dentro de la mortalidad presentada se encuentran tres (3) casos relacionadas con cáncer incluyendo al paciente referido como

muerte cardíaca súbita, quien era un paciente que tenía diagnosticado cáncer de recto. El origen del fallecimiento del paciente de traumatismo intracraneal fue accidente de tránsito.

A pesar de los compromisos, las IPS de la red continúan presentando demoras en la notificación de fallecimientos, sin embargo, para esta vigencia se logró el registro del total de las causas de muerte. Para 2017 se continuará el seguimiento a estos compromisos.

ALTO COSTO

Unisalud mediante oficio No. 0471 del 23 de febrero de 2016 efectúa la adjudicación del Contrato 03-2016 para la adquisición de la Póliza de Enfermedades de Alto Costo No.000706351355, a QBE Seguros S.A., con las siguientes características:

Tabla 20. Condiciones Póliza de Alto Costo

Prima por paciente	\$	7.465
Valor del Deducible	\$	55.999.500
Limite Asegurado	\$	180.000.000
Cofinanciación Programas de PE y DT		2%
Vigencia Total de la Póliza		12 meses (29/02/2016 - 28/02/2017)
Intermediario		JARGU S.A. Corredores de Seguros

Fuente: Contratación Unisalud Sede Bogotá

Los amparos contemplados son:

- Insuficiencia renal aguda o crónica
- Gran quemado
- Manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas
- Reemplazos articulares y sus complicaciones
- Cáncer
- Cuidados intensivos
- Infección por VIH Sida
- Manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central
- Manejo quirúrgico para enfermedades congénitas
- Manejo de trauma mayor
- Trasplante renal, corazón, hígado, córnea y médula ósea y sus complicaciones
- Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de
- Medicina física y rehabilitación que se requieran.

A continuación, se presenta el análisis de los eventos de alto costo de la población afiliada a UNISALUD el cual contempla el siguiente contexto demográfico:

ÍNDICE DEMOGRÁFICO

Los indicadores demográficos forman parte del perfil epidemiológico y nos permiten evidenciar distintos aspectos de la población afiliada, tales como características de la misma, su crecimiento, dependencia económica y su proceso de envejecimiento, indicadores que son relevantes toda vez que nos permiten elaborar un juicio sobre el comportamiento de la población objeto de estudio.

Tabla 21. Indicadores de estructura demográfica de la población Unisalud

Índice Demográfico	Noviembre 2016
Población total	17.911
Población Masculina	8.304
Población Femenina	9.607
Relación Hombre - Mujer	Para el periodo analizado, por cada 100 mujeres hay 83 hombres.
Razón Niños - Mujer	Por cada 100 mujeres en edad fértil (15-49 años) hay 12 niños y niñas entre 0 y 4 años.
Índice de infancia	Por cada 100 personas hay 10 que corresponde a menores entre 0 y 14 años.
Índice de juventud	Por cada 100 personas hay 14 personas entre 15 a 29 años de edad.
Índice de vejez	Refleja que por cada 100 personas hay 29 personas mayores de 65 años.
Índice de envejecimiento	Por cada 100 personas menores de 15 años, hay 32 personas mayores de 65 años
Índice demográfico de dependencia	Refleja que por cada 100 personas entre los 15 a 64 años, hay 66 personas menores de 15 años y mayores de 66 años (dependientes).
Índice de dependencia infantil	Muestra que 16 personas menores de 15 años son dependientes de cada 100 personas entre los 15 a 64 años.
Índice de dependencia mayores	Por cada 100 personas entre los 15 a 64 años dependen 49 personas mayores de 65 años.
Índice de Friz	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Refleja un índice de 95 es decir que es una población con tendencia al envejecimiento.

Fuente: Base de Datos Reaseguro Unisalud

El análisis epidemiológico para la Póliza de Alto Costo se realiza con corte trimestral de acuerdo a la fecha de inicio del contrato con la empresa aseguradora, razón por la cual el último corte de la vigencia 2016 es a 30 de noviembre.

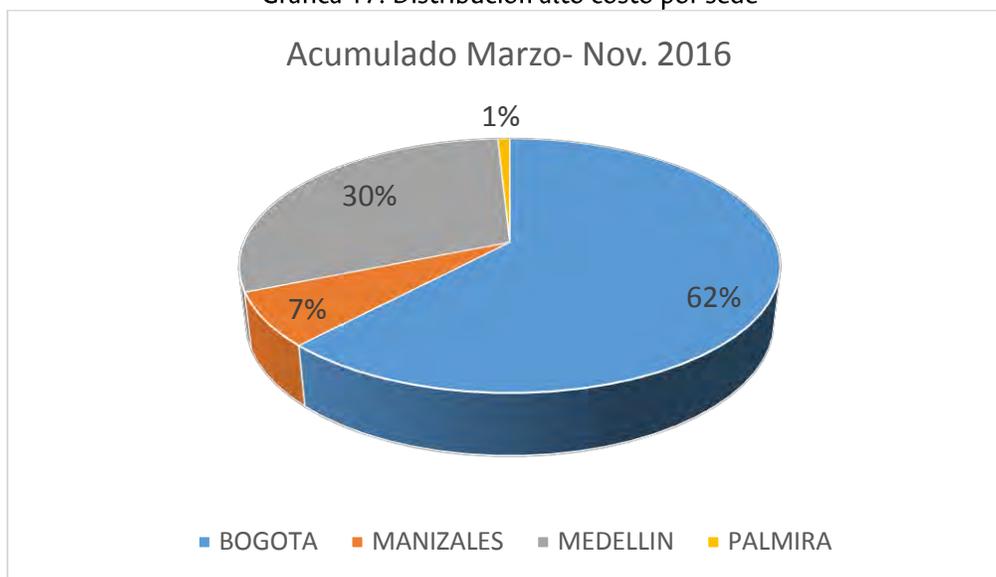
ALTO COSTO POR SEDE

Tabla 22. Distribución alto costo por sede

SEDE	Acumulado Marzo- Nov. 2016	%
BOGOTÁ	364	62,01
MANIZALES	40	6,81
MEDELLÍN	178	30,32
PALMIRA	5	0,85
Total	587	100

Fuente: Base datos Corredor de Seguros JARGU – ERP

Gráfica 17. Distribución alto costo por sede



De acuerdo a la distribución por sede con un total de 587 preavisos, el 62% de los preavisos generados corresponde a la sede Bogotá, seguido de la sede Medellín con un 30%, Manizales con un 7% y Palmira con un 1%. Los preavisos corresponden al momento en que se identifica una patología o evento que está incluida en la cobertura de la póliza y que, en caso de alcanzar el valor del deducible, puede ser objeto de recobro por parte de Unisalud.

AMPAROS

El comportamiento de los amparos afectados durante la vigencia de la póliza de enfermedades de alto costo para el periodo analizado por sede evidencia que el mayor peso porcentual afecta el amparo de cáncer con un 58%, seguido de manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas con el 24.7%, mientras el 16.9% restante es atribuido a otras causas, guardando estrecha relación con el perfil poblacional en la entidad.

Tabla 23. Distribución de los amparos presentados en la población afiliada a Unisalud, Marzo – noviembre 2016

AMPARO	Pre- Avisos	%
Insuficiencia Renal Aguda O Crónica	27	5
Gran Quemado	1	0
Manejo Quirúrgico de Enfermedades Cardíacas	145	25
Reemplazos Articulares	26	4
Cáncer	343	58
Cuidados Intensivos	5	1
Infección por VIH SIDA	16	3
Manejo Quirúrgico para Afecciones del Sistema Nervioso Central	12	2
Manejo Quirúrgico para Enfermedades Congénitas	2	0

AMPARO	Pre- Avisos	%
Manejo de Trauma mayor	0	0
Trasplante Renal, Corazón, Hígado, Cornea Y Medula Ósea	10	2
Corrección Quirúrgica De La Hernia De Núcleo Pulposo Incluyendo Las Tecnologías En Salud De Medicina Física Y Rehabilitación Que Se Requieran	0	0
TOTAL	587	100

Fuente: Base datos Corredor de Seguros JARGU – ERP

Los amparos de manejo de trauma mayor y corrección quirúrgica no han sido afectados en lo corrido de la vigencia de la póliza de enfermedades de alto costo.

Para la vigencia 2016 se realizó trabajo conjunto con los equipos de las sedes, logrando la identificación de casos y el recobro de siniestros de manera temprana. A 31 de diciembre se contaba con la siguiente siniestralidad para la Póliza de Enfermedades de Alto Costo No.000706351355.

Tabla 24. Siniestralidad marzo- diciembre de 2016 Póliza de Enfermedades de Alto Costo No.000706351355

Sede	Valor de Reclamación	Deducible	Valor Glosa QBE	Valor Reconocido
BOGOTA	\$ 89.599.881	\$ 111.999.000	\$ 5.329.100	\$ 84.270.781
MEDELLIN	\$ 90.863.247	\$ 167.998.500	\$ 7.228.203	\$ 83.635.044
PALMIRA	\$ 101.641.915	\$ 55.999.500	\$ -	\$ 101.641.915
TOTAL	\$ 282.105.043	\$ 335.997.000	\$ 12.557.303	\$ 269.547.740

Fuente: Base datos Corredor de Seguros JARGU – ERP

Deben ser evaluados los resultados obtenidos de la gestión realizada para el recobro de la PÓLIZA No. 441100000229 y su prórroga, las cuales tienen vigencia, marzo 2014 a febrero 2016 con un periodo de reclamación efectiva hasta febrero 2018, por lo cual los valores podrán sufrir modificaciones por dos años en periodo ordinario contado a partir de la finalización de la vigencia de las pólizas y cinco años en periodo extraordinario.

Tabla 25. Siniestralidad Póliza de Enfermedades de Alto Costo No. 441100000229

Sede	Valor de Reclamación	Deducible	Valor Glosa QBE	Valor Reconocido
BOGOTÁ	\$ 3.952.562.673	\$ 2.223.000.000	\$ 324.858.535	\$ 1.154.562.880
MANIZALES	\$ 545.024.399	\$ 228.000.000	\$ 104.389.780	\$ 98.968.778
MEDELLÍN	\$ 2.833.588.508	\$ 1.311.000.000	\$ 205.297.326	\$ 1.048.816.058
PALMIRA	\$ 529.198.682	\$ 285.000.000	\$ 78.161.382	\$ 121.794.433
NACIONAL	\$ 7.860.374.262	\$ 4.047.000.000	\$ 712.707.023	\$ 2.424.142.149

Fuente: Base datos Corredor de Seguros JLT

Como se observa en la tabla No. 25, Unisalud presenta una alta siniestralidad, sin embargo, la mayoría de los preavisos no superan el valor del deducible; se presentan glosas asociadas a soportes administrativos, manejo de condiciones de salud no cubiertas por la póliza durante la prestación del servicio y a valores recobrados que han sido glosados por Unisalud a las entidades de la red externa. A pesar de lo anterior, los valores reconocidos son muy cercanos o similares al valor de las primas pagadas

por Unisalud, lo cual, junto con la alta siniestralidad, nos hacen una entidad poco atractiva para el negocio del sector asegurador.

Dentro de la oferta presentada por la aseguradora y lo establecido en la cláusula tercera del Contrato No. 1 de 2014 “Propuesta técnica y económica”, Programa de PE y DT, se estableció el compromiso de cofinanciar programas de PE y DT de salud de la Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia, para lo cual, reinvierten el 2 % de las primas pagadas por Unisalud dentro de la vigencia del contrato, cuyos valores son los siguientes:

Tabla 26. Cobro de cofinanciación

Cobros Cofinanciación PE y DT (2%)	Cofinanciación PE y DT (2%)
Marzo /2014 a Noviembre /2014	\$ 23.053.366
Diciembre/2014 a Febrero /2015	\$ 7.580.053
Marzo /2015 a Septiembre /2015	\$ 17.710.344
Octubre/2015 a Febrero/2016	\$ 12.576.921
Total	\$ 60.920.685

Fuente: Base datos JARGU – ERP

La inversión se hará en el robustecimiento de la herramienta de tamizaje de riesgo de Unisalud, del sistema de información de PE y DT, y en la realización de actividades de tamizaje para las patologías de alto costo de mayor prevalencia en nuestra población.

COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO – CTC.

El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1328 de 2016 que reglamentó la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, en lo referente a Servicios NO POS, la cual no incluyó a los regímenes especiales dentro de su ámbito de aplicación, por ello la Gerencia Nacional de Unisalud realizó las consultas y gestiones pertinentes ante las diferentes instancias del Ministerio de Salud y Protección Social, para que los profesionales de las IPS propias y los de la red contratada tuvieran acceso al aplicativo de reporte de prescripción en línea de los servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios a cargo de la unidad de pago por capitación (UPC), sin embargo, la respuesta a las solicitudes fue negativa dado que los funcionarios del Ministerio consideran que el plan ampliado de los afiliados a los Sistemas Especiales, en nuestro caso a Unisalud podría generar conflicto en el mismo y que este aplicativo sólo funcionará para las EPS que manejan el POS.

Por lo anterior, en Unisalud 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. A su vez, continúa vigente también el Acuerdo 3 de 2014 de la Junta Directiva Nacional que reglamentó y ajustó los requisitos de los integrantes del Comité en cada Sede.

A continuación, se describirá el comportamiento del CTC de UNISALUD durante la vigencia 2016, comparado con el resultado de las últimas vigencias:

Tabla 27. Comparativo Indicador de Oportunidad CTC 2014 - 2016

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)		
						2014	2015	2016
MEDELLÍN	51	5.103	4.931	8	164	6,2	6,5	6,2
MANIZALES	51	1.150	1.104	22	24	3,5	6,1	3,5
PALMIRA	65	352	339	7	6	4,0	3,9	3,5
BOGOTÁ	51	5.582	5.121	76	385	7,0	3,0	6,5
TOTAL UNISALUD	218	12.187	11.495	113	579	5,1	4,9	4,9

Estándar: 3 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.

Fuente: Reporte Informe de Gestión Sedes 2016

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

Para el año 2016 la oportunidad se mantiene con relación al año anterior en 4,9 días, las sedes Palmira y Manizales lograron alcanzar el estándar de tres días. El aumento progresivo en el número de solicitudes presentadas ante el CTC, para esta vigencia fue de 12.187 frente a 11.360 en 2015, lo cual representa 7.27% más de solicitudes.

Llama la atención el incremento en el número de solicitudes porque el Ministerio de Salud ha actualizado anualmente el POS en las últimas vigencias y Unisalud Bogotá solicitó la inclusión de veintisiete (27) medicamentos de alto uso y procedimientos en el Plan de Beneficios ante la Junta Directiva Nacional de Unisalud, la cual, en su sesión del mes de julio de 2016, aprobó su inclusión para todos los usuarios. Se resalta que, los medicamentos que ingresaron al Plan de Beneficios cumplen los requisitos de no tener homólogo y/o haber agotado las posibilidades del POS, siendo medicamentos vitales para la recuperación y/o conservación de la salud, además de la alta formulación por parte de los especialistas. Las sedes que presentaron mayor incremento en el número de solicitudes fueron las sedes Manizales y Medellín con 397 y 581 solicitudes más. El incremento en el número de solicitudes se explica en parte por las necesidades crecientes en salud de nuestros usuarios, no obstante, también permite entrever la tendencia de un buen número de especialistas de acoger en su formulación productos de reciente lanzamiento en el mercado que no siempre constituyen la primera opción para el manejo de las patologías, aspecto éste de difícil control.

Para la vigencia 2016 se realizaron siete (7) sesiones más de CTC que para el 2015, atribuido a la estrategia desplegada en Palmira para mejorar la oportunidad de respuesta en la sede. Con la aprobación de 11495 solicitudes, equivalentes a 94.32% del total, se registra un incremento del 2% en este indicador frente al 2015. Además de disminución frente a casos aplazados y no aprobados que corresponden al 0.92% y 4.75% respectivamente. Estos resultados corresponden a los esfuerzos realizados por los equipos de las sedes frente a la implementación de canales efectivos de comunicación con los profesionales de la red frente a los requerimientos para el análisis de los casos por parte del CTC.

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 el apoyo al CTC por parte de los químicos farmacéuticos de las sedes.

Tabla 28. Consolidado Facturación Operador Logístico año 2016

SEDE:	VALOR FACTURADO CTC 2016	VALOR TOTAL FACTURACION MEDICAMENTOS	PORCENTAJE CTC 2016	PORCENTAJE CTC 2015
MEDELLÍN	\$ 1.879.213.757	\$ 3.482.434.576	53,96%	49,95%
MANIZALES	\$ 463.557.594	\$ 977.891.917	47,40%	30,87%
PALMIRA	\$ 348.201.551	\$ 560.652.985	62,11%	55,79%
BOGOTÁ	\$ 3.105.942.466	\$ 6.396.296.182	48,56%	36,35%
TOTAL AÑO 2016 UNISALUD	\$ 5.796.915.368	\$ 11.417.275.660	50,77%	
TOTAL AÑO 2015 UNISALUD	\$ 4.299.990.954	\$ 10.466.855.291	41,08%	
TOTAL AÑO 2014 UNISALUD	\$ 3.138.663.805	\$ 7.988.415.495	39,29%	

Fuente: Factura operador logístico, e informe medicamentos trimestral sedes 2016

En términos económicos, la diferencia en el valor total de la facturación 2016, respecto al 2015 fue de \$950.420.369 correspondiente a un incremento en el 9.1% de los costos. Este valor pudo ser mayor, sin embargo, hubo contención en el aumento del costo atribuida a la política de regulación de precios del Ministerio de Salud y a la negociación global de precios llevada a cabo por la Gerencia Nacional con un Distribuidor para todas las Sedes de la Unidad, que para el 2016 incluyó el 100% de los productos dispensado en 2015 en cada una de ellas.

Es relevante mostrar que los medicamentos aprobados por el CTC a nivel nacional frente al costo total de medicamentos presentan en el periodo un incremento porcentual de 9.69%, respecto a la vigencia 2015. Esta tendencia se explica por el aumento en el número de solicitudes de medicamentos aprobadas en el año. Todas las sedes presentaron incremento en el gasto por medicamentos no incluidos en el plan de beneficios de Unisalud, así: Bogotá 11.59%, Medellín: 5.1%, Manizales 16.53%, y Palmira 6.32%.

Por otra parte, durante el año 2016 se realizó la selección del representante de los usuarios ante el comité técnico científico mediante proceso abierto de inscripción de candidatos y elección por parte de los usuarios a través del voto. Así mismo se realizó la elección de los representantes de la IPS y del Asegurador ante el comité, cumpliendo los requisitos de la norma.

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

SEDE BOGOTÁ

Durante el año 2016, el CTC de la sede Bogotá realizó 51 sesiones y evaluó 5582 solicitudes, evidenciando disminución en 196 casos con respecto al año anterior, cuando se analizaron 5778 casos.

Analizamos esta disminución en el número de solicitudes, equivalente al 3%, por la aprobación de la Junta Directiva Nacional de Unisalud en julio de 2016, para incluir 27 medicamentos de uso y autorización repetitiva; aunque se esperaba que el impacto hubiese sido mayor, logró romper con la tendencia de aumento progresivo en el número de casos, que venía presentándose desde el año 2010, el cual estaba en 10% de aumento anual.

El promedio de tiempo de respuesta a las solicitudes fue de 6,5 días, en días calendario, teniendo en cuenta la fecha de recepción. Se logró disminuir en 0,5 días el tiempo de respuesta, que en el 2015 se encontraba en 7 días. En promedio se analizaron 109 casos por sesión, lo cual también disminuyó levemente (3%) con respecto del 2015 cuando se analizaron 113 casos por sesión, en promedio.

El porcentaje de casos Aprobados fue de 92% (5121), similar al 2015 cuando fue de 90%, lo cual se relaciona con la estrategia de establecer comunicación directa con los médicos formuladores, a fin de que las solicitudes presentadas cumplan criterios para el estudio y pertinencia para aprobación. Se debe advertir que se presenta sesgo en el análisis del ítem "casos aprobados" ya que a éste se suman las solicitudes de aprobación parcial; cuando se solicita más de un medicamento y/o procedimiento y por lo menos una de las solicitudes es aprobada.

El porcentaje de casos No Aprobados fue de 6,8% (385 casos) menor al año anterior, cuando fue de 8% (461). El porcentaje de casos Aplazados disminuyó a 1,2% (76 casos), siendo menor a la tendencia de los años anteriores que se encontraba en el 2 %. Todos los casos aplazados fueron resueltos en un término no superior a un mes de haber sido solicitados.

En el 2016 se establecieron criterios para la formulación de los medicamentos más solicitados y la inclusión de estos en el vademécum de Unisalud y del procedimiento tomografía óptica coherente. Además, con el apoyo de la dirección científica de la Fundación Abood Shaio, se establecieron los criterios de aprobación de nuevos anticoagulantes orales solicitados por los especialistas.

El 58% del costo de la formulación de la sede en la vigencia 2016 fue de medicamentos aprobados por el CTC.

Con el fin de mejorar los tiempos de respuesta y lograr la disminución de los trámites para el usuario, se mantiene contacto con todas las IPS Hospitalarias vía Web, para gestionar las solicitudes ante el comité, excepto con la Clínica Nueva que no ha adoptado esta herramienta.

De la totalidad de los casos evaluados (5582) el 80,4% corresponden a medicamentos (4488 solicitudes) y el 19,6% (1094) a procedimientos, relación idéntica a la presentada durante el 2015. De igual manera el 69,5% correspondieron a tratamientos ambulatorios (3879 solicitudes) y el 30,5% a tratamientos hospitalarios (1703 solicitudes). Relación porcentual similar al 2015 que tuvo 67% tratamientos ambulatorios y el 33% a tratamientos hospitalarios.

El número de solicitudes, relacionadas con enfermedades de Alto Costo, fue de 625, correspondiente al 11,2%, porcentaje que se aumentó en 4% con respecto al año anterior, cuando fue de 7%. De los eventos de Alto Costo la mayoría corresponden a tratamientos oncológicos (para el cáncer), los cuales tienen costos elevados.

La Tamsulosina ocupó el primer lugar de formulación ambulatoria durante los años 2014 y 2015, por ello, se solicitó a la Junta Directiva Nacional su incorporación al Plan de Beneficios para todos los usuarios, al igual que la Opatadina y otros medicamentos oculares antiglaucomatosos, lubricantes e hidratantes oculares.

Para el 2016 la Pregabalina ocupa el primer lugar de formulación, medicamento indicado para manejo de dolor neuropático, principalmente; seguido de Acetaminofen + Hidrocodona, con lo cual los analgésicos se posicionan en el primer lugar de formulación.

Los medicamentos para prevención de Osteoporosis, como Vitamina D y las Fórmulas Nutricionales aumentaron su formulación. Mientras que los medicamentos para manejo de Diabetes Mellitus y Enfermedades de tipo respiratorio, mantuvieron la tendencia.

Para 2017 se propone el desarrollo de un aplicativo web que permita realizar trámites en línea ante el comité técnico científico y facilite la interacción con los especialistas requeridos por el comité para la toma de decisiones.

Dentro de los 10 procedimientos más solicitados, la valoración neuro-psicológica, pasa a ocupar el primer lugar, aportando el 15% de todos los procedimientos solicitados. Durante los años 2014 y 2015, dicha valoración ocupó el segundo lugar, precedida de Tomografía Óptica Coherente, procedimiento que ingresó al Plan de Beneficios, a partir del segundo semestre. Mientras que la aplicación de Inyección de Antiangiogénicos en Cavidad Vítrea, mantiene su lugar dentro de la tabla de procedimientos más solicitados.

Teniendo en cuenta el alto número de adultos mayores que forman parte de la población de Unisalud, 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 muy frecuentes.

Los procedimientos de Gastroenterología han cobrado relevancia y vienen en aumento progresivo en cuanto a solicitudes al CTC, tanto de medicamentos como de procedimientos, tendencia que se relaciona con la aparición de nuevas moléculas y procedimientos que han demostrado eficacia en el manejo de estas patologías.

Quimio y Radioterapia se mantienen dentro de los 10 primeros lugares, lo que se explica dado el aumento de patologías de Alto Costo, principalmente de origen oncológico.

Oftalmología sigue siendo la especialidad que más solicitudes presenta al CTC, tendencia que se mantiene desde el año 2012 y corresponde a 12% de todas las solicitudes.

SEDE MEDELLÍN

Para el año 2016, se realizaron 50 sesiones, una menos que en la vigencia anterior; en ellas fueron analizadas 5103 solicitudes frente a 4522 analizadas en 2015, equivaliendo a un incremento del 12.84% en el número de solicitudes.

De estas fueron aprobadas 4931 solicitudes (96,62%) conservando la proporción frente al año anterior. Solicitudes no aprobadas 164 (3,21%) y aplazadas 8 solicitudes que se definieron luego de evaluar las ampliaciones y soportes basados en la evidencia realizadas y remitidos por los profesionales.

Los días hábiles en oportunidad de respuesta de CTC se encuentra dentro del estándar: 6,2 días.

Dentro de las 5103 solicitudes, 4605 (90.24%) correspondieron a medicamentos; se incrementó en un 15% el número de medicamentos autorizados en el 2016 comparativamente a la vigencia 2015, así: Pregabalina que corresponde al 4,6 % (210), Vitamina D/Magnesio que corresponde al 3,4 % (157) y Carboximetilcelulosa que corresponde al 3.04% (140)

Se disminuyó en un 20% el número de procedimientos autorizados en el 2016 comparativamente a la vigencia 2015. En su orden, los procedimientos aprobados se mantienen: la tomografía óptica coherente 38,8% (193) y la prueba neuropsicológica 6,0% (30), ambas pruebas relacionadas con patologías de alta incidencia en adultos mayores (glaucoma, degeneración macular, enfermedad de Alzheimer, demencia senil, entre otros). En tercer lugar, se sitúa el suministro de apósitos para el manejo de úlceras de decúbito correspondiente a 2,4% (12), patología de alta incidencia y prevalencia, teniendo en cuenta el número de pacientes con manejo domiciliario, por patologías crónicas debilitantes y en situación de postración por edad avanzada.

En cuanto a las especialidades que realizan más solicitudes se encuentra del total de 5103 solicitudes: medicina general con el 24,8 % (1263) dado que muchos de los medicamentos solicitados ante el comité técnico científico son de uso crónico y permanente, por lo cual el médico general de Unisalud, previa evaluación del paciente, solicita la renovación ante el CTC; oftalmología con el 15,6% (794) debido igualmente a las patologías de alta incidencia en adultos mayores (glaucoma, degeneración macular,

entre otros) y dermatología con el 5,6 % (287) por patologías crónicas tales como vitiligo, dermatitis, psoriasis, además para controles del cáncer de piel, el cual se encuentra en los de mayor frecuencia en la sede.

En el periodo de enero a noviembre de 2016, el 54% de la facturación total de medicamentos corresponde a medicamentos aprobados por CTC. Se presenta un aumento de 5,1% con respecto al mismo periodo del año anterior (48,9%), lo cual puede ser atribuido entre otros aspectos a:

- a) Aumento en la población atendida que solicitó dispensación de medicamentos del 0,3%.
- b) Aumento en el número de referencias de medicamentos aprobados del 3,1% y de los medicamentos aprobados por CTC de 13,46%.
- c) Incremento de 64 nuevos pacientes con patologías de alto costo, lo cual afecta directamente el resultado del consolidado para la vigencia 2016, toda vez que las IPS de tercer nivel solicitan medicamentos innovadores y tecnologías de punta para el manejo de estas patologías.
- d) Los medicamentos básicos del POS continúan siendo insuficientes para el manejo adecuado de las enfermedades en general, lo cual genera incremento en las solicitudes ante el comité.

SEDE MANIZALES

Durante el año 2016 Unisalud Manizales realizó 51 sesiones del Comité Técnico Científico igual número que en el 2015, con periodicidad semanal. En total se analizaron 1150 solicitudes, 53% más que las analizadas en 2015.

El aumento tan marcado en el número de solicitudes estudiadas y aprobadas durante el año 2016, se debe en parte a la aparición de nuevos casos de las patologías que más aquejan a la población de Manizales (Reumáticas y vías respiratorias de tipo alérgico) que requieren tratamientos prolongados especialmente para el control del dolor, medicamentos de los que la mayoría no están incluidos dentro del POS y a la aparición de nuevas tecnologías en salud de las que hay que disponer con mayor frecuencia. El 82% de las solicitudes corresponden a medicamentos y el 18% corresponden a procedimientos.

De estas fueron aprobadas 1104 lo que representa el 96% frente al 90%, aprobado en el 2015; fueron aplazadas 22 solicitudes (1,9%) frente al 8% del año 2015 y no aprobadas 24 solicitudes (2,1%) frente al 2% del 2015. Las causas más comunes de aplazamiento son: la no justificación de la superioridad del medicamento o procedimiento solicitado frente a las moléculas o intervenciones incluidas en el plan de beneficios y falta de un completo diligenciamiento del formato de solicitud de medicamentos NO POS, entre otras. La mayoría de los casos aplazados fueron estudiados nuevamente en las sesiones siguientes luego de haberse subsanado la causa del aplazamiento.

Las moléculas no autorizadas fueron aquellas que se solicitaron sin demostrar un previo tratamiento con moléculas del POS o solicitud de marca sin justificación.

El 82% de las aprobaciones corresponden a medicamentos que continúan la tendencia de los años anteriores, es decir, moléculas utilizadas para el manejo de dolor, enfocado al manejo de los síntomas secundarios de la artrosis, este año ingresando al listado una molécula que ha tenido mucha acogida y que ha superado a la Diacereina, es el Harpagofito.

Continúa la tendencia de solicitud de medicamentos como el Fenofibrato y Ciprofibrato, medicamentos para la Dislipidemia, que es otra de las patologías comunes de nuestra población de usuarios.

Un medicamento de frecuente aprobación que no corresponde a los grupos antes mencionados es la Fluticasona Spray nasal, solicitada la mayoría de las ocasiones por alergología, especialidad que ha tomado importancia ante el CTC y cuya participación se prevé continúe en ascenso debido a las

condiciones climáticas de la región que favorecen la aparición de todo tipo de problemas respiratorios y de alergias en general.

En cuanto a la aprobación de procedimientos, la tomografía óptica coherente ocupa el primer lugar en la sede dado que corresponde al método diagnóstico y de preferencia para glaucoma; de igual manera, la terapia antiangiogenica para el tratamiento de patología de retina es cada día más solicitado y tiene un costo elevado.

La frecuencia en la solicitud de estos procedimientos se debe a la avanzada edad de la mayoría de nuestros usuarios que favorece el aumento significativo los casos de glaucoma y los casos en estudio de degeneración de la mácula, además del constante seguimiento que se debe hacer a los usuarios diabéticos, para evitar complicaciones futuras.

Se observa también el aumento en las solicitudes de inmunoterapia con antígenos, que se traduce en un aumento de los casos en estudio de patologías pulmonares o el desarrollo progresivo de alergias, en este caso además de la edad poblacional, el clima y las condiciones ambientales de la región favorecen el desarrollo de todas estas patologías.

Presentan también un importante número de solicitudes la vacuna contra la influenza, las pruebas neuropsicológicas y la rehabilitación neurocognitiva por neuropsicología.

En cuanto a las especialidades que realizan solicitudes con mayor frecuencia encontramos: oftalmología, reumatología, fisiatría, ortopedia, neurología, anestesiología, urología y medicina interna. Este año alergología ingresa al listado entre los cinco primeros puestos, con uno de los procedimientos más autorizados, la Inmunoterapia.

SEDE PALMIRA

En el año 2016, se realizaron 65 sesiones de CTC, en las cuales se analizaron un total de 352 casos. Con relación al año anterior se dio un incremento en el número de sesiones del 11%, dado que se dio prioridad al cumplimiento del Decreto 019 de 2012 sobre la obligatoriedad de entrega de medicamentos; este requerimiento lleva a la realización de múltiples comités técnico científicos extraordinarios para suplir la necesidad de autorizaciones de los pacientes ingresados a urgencias o dados de alta de los servicios de hospitalización, los cuales tuvieron un incremento notable durante todo el año.

Contando con el apoyo de todos los profesionales de la salud involucrados en el proceso de aprobación de los medicamentos dentro del CTC, fue posible determinar la pertinencia en la prescripción de los tratamientos. En las situaciones en que esta prescripción resultó desconocida o la información suministrada no fue suficiente, se solicitó una revaloración por parte del médico que solicitó el tratamiento en primera instancia o por parte de otro profesional de la red adscrita.

Estas solicitudes obtuvieron respuesta en un tiempo promedio de 3 días, los cuales se consideran desde que la solicitud es tenida en cuenta en el CTC, hasta que el paciente conoce la decisión del comité.

En cuanto a aprobación de medicamentos, se obtuvo un resultado similar al obtenido el año anterior, siendo uno de los medicamentos más aprobados por el comité el lubricante ocular carboximetilcelulosa, dado que es de uso crónico en pacientes con diagnóstico de ojo seco. Se observa una reducción en el número de pacientes con solicitud de este medicamento dado que se han solicitado otros lubricantes con características funcionales similares, pero con composición diferente, como es el caso de la carboximetilcelulosa + glicerina.

Por otro lado, se observa un comportamiento de solicitudes acordes con las morbilidades y características poblacionales de los usuarios Unisalud, en la que los requerimientos realizados son para tratamientos de enfermedades crónicas y dolor.

Fueron aprobados en total 33 tratamientos no farmacológicos incluyendo procedimientos diagnósticos, los cuales corresponden a un 9% del total de las solicitudes realizadas en el año por los usuarios de la sede. Entre estos procedimientos resalta la constante solicitud de tomografías oculares para descartar diagnósticos de glaucoma, los cuales son recurrentes en la sede, y de igual forma es coherente con el número de solicitudes realizadas por oftalmología.

Igual que para 2015, en el año 2016 la especialidad que mayor número de solicitudes realizó fue oftalmología dado el alto número de pacientes con trastornos visuales en la sede. De forma similar, medicina familiar, urología, neurología y medicina interna, presentan alto número de solicitudes lo cual refuerza el argumento de que la pirámide poblacional de la sede tiene influencia directa en el tipo de enfermedades que se tratan, y que dicha pirámide no tiende a sufrir modificaciones. Es de resaltar que se han incluido a la lista de las especialidades con mayor número de solicitudes, la dermatología, nefrología y oncología, siendo esta última un factor importante en el incremento del valor de la facturación en medicamentos, pues mayor número de pacientes con diagnóstico de cáncer conlleva a tratamientos de costos más elevados.

En 2016, se observó que el valor de la facturación por medicamentos fue en aumento con el paso de los meses, se evidencia que en enero de 2016 el costo de la facturación era de \$49 millones de pesos, entre tanto en noviembre del mismo año de \$66 millones de pesos, los suplementos alimenticios contribuyeron de manera importante en el crecimiento de la facturación. El 62% del costo total de medicamentos fue asociado al costo de medicamentos aprobados por CTC.

SUFICIENCIA DE LA RED

En cumplimiento de sus obligaciones, Unisalud garantiza a sus afiliados la cobertura de sus necesidades en salud en el territorio colombiano a través de diferentes estrategias; durante la vigencia 2016 se hicieron esfuerzos para la ampliación de la red de servicios con criterios de integralidad y continuidad.

Tabla 29. Comparativo organización red nacional de prestadores Unisalud 2014-2016

SEDE	2014			2015			2016		
	TOTAL DE USUARIOS	TOTAL DE RED PRESTADORES	MUNICIPIOS CON COBERTURA	TOTAL DE USUARIOS	TOTAL DE RED PRESTADORES	MUNICIPIOS CON COBERTURA	TOTAL DE USUARIOS	TOTAL DE RED PRESTADORES	MUNICIPIOS CON COBERTURA
NACIONAL	850	20	25	966	21	40	1.017	26	44
MANIZALES	1.459	32	17	1.459	35	14	1.446	37	19
MEDELLÍN	3.887	37	23	3.777	37	31	3.736	39	30
PALMIRA	1.005	45	20	980	45	22	958	43	20
BOGOTÁ	10.969	89	11	10.737	84	11	10.587	85	11
TOTALES NACIONALES	18.170	223	96	17.919	222	118	17.744	230	124
TOTALES COBERTURA NACIONAL			58%			77%			76%
TOTAL NACIONAL MUNICIPIOS A CUBRIR			166			153			164

Fuente: Reporte Informe de Gestión Sedes 2016

Durante el proceso de priorización del Ministerio de Salud realizado en 2016 en cumplimiento de la Resolución 1536 de 2015 se encontraron los siguientes resultados: afiliados presentes en 164 municipios de 23 de los 32 departamentos del país. Unisalud cuenta con entidades contratadas en 124 municipios, reflejando una cobertura del 76% de los municipios.

Respecto a la red de prestadores de servicios de salud, Unisalud manejó una red de 230 IPS, incrementando en ocho (8) el número de entidades, manteniendo la estrategia de concentración de la población en un menor número de prestadores, aquellos con mayor calidad e 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.

La red de mayor tamaño y que presta servicios a afiliados en regiones del territorio no contemplada por las otras tres sedes es la regulada por la sede Bogotá, que incluye la red nacional; la mayor dificultad en la cobertura de todos los municipios con presencia de afiliados, continúa siendo que un prestador acepte realizar un trámite contractual como el definido por la Universidad, que le representa cubrir un número muy limitado de usuarios y por consiguiente los ingresos no son tan representativos.

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

Adicionalmente, se 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, aplicativos y maestras de información que soportan las actividades de autorización incluyendo portafolios y tarifas de IPS; la revisión y actualización de los procedimientos de auditoría concurrente y de cuentas médicas y la maestra de novedades entre otros.

Se continúa realizando monitoreo permanente al proceso de referencia y contrarreferencia para optimizarlo y ajustarlo a la normatividad vigente, garantizando la integralidad, oportunidad, acceso y continuidad en la atención a pesar de la movilidad de los usuarios a diferentes municipios del país.

A pesar de todas las actividades desplegadas ofrece particular riesgo, la falta de información de movilidad por parte del afiliado en tiempo real, la cual permitiría generar búsqueda de entidades en la región antes de que las condiciones de salud de los usuarios hagan imperativa la prestación del servicio.

ÍNDICE DE SUFICIENCIA DE LA RED CONTRATADA

El resultado que se describe a continuación presenta los hallazgos con respecto a la vigencia anterior, con estabilización del porcentaje de cobertura geográfica, asociado a las dificultades en la contratación en municipios con un escaso número de afiliados y a la movilidad de usuarios a seis (6) nuevos municipios en la vigencia; 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.

Tabla 30. Índice de suficiencia de la red contratada 2016

ÍNDICE DE SUFICIENCIA DE LA RED CONTRATADA	2013	2014	2015	2016
COBERTURA GEOGRÁFICA: Número municipios con cobertura	67%	58%	77%	76%
COBERTURA POR NIVEL: Número de afiliados con cobertura de acuerdo a la oferta del territorio de domicilio	100%	97%	98%	99%
CALIDAD: N° de IPS que cumplen con el reporte de los indicadores de alerta temprana definidos por Supersalud a UNISALUD	45%	61%	66%	49%

Fuente: Reporte Informe de Gestión Sedes 2016

El número de IPS que reportan con calidad los indicadores de alerta temprana disminuyó, generando inconvenientes en la monitorización de los indicadores de respectivos entre la red de prestadores. Esto se presenta, 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 éstas últimas a la monitorización de su red, pero no a las IPS al reporte a las mismas. De otra parte, influyen en el resultado instituciones con indicadores de alerta temprana por fuera del rango esperado, el indicador más significativo es 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 del país, en cuanto a la capacidad instalada y/o insuficiencia de oferta de estos servicios ante una demanda aumentada de la población.

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

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

En términos cuantitativos contamos con una base de datos en una estructura estandarizada, a la cual le es realizado seguimiento mensual y 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.

DESTINACIÓN DE CAPACIDAD INSTALADA A ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA PE Y DT

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

Tabla 31. Destinación de la capacidad instalada al modelo de salud, cuadro comparativo 2015- 2016

SEDE	2015			2016		
	CUPS P Y D	TOTAL CUPS	2015%	CUPS P Y D	TOTAL CUPS	2016%
BOGOTÁ	42.305	461.242	9,17%	92.181	453.931	20,30%
MANIZALES	11.864	47.124	25.17%	13.611	51.163	26.60%

SEDE	2015			2016		
	CUPS P Y D	TOTAL CUPS	2015%	CUPS P Y D	TOTAL CUPS	2016%
MEDELLÍN	26.363	129.716	20,53%	22.307	127.865	17,44%
PALMIRA	14.364	35.492	40,47%	10.226	36.044	28,37%
TOTAL	104.159	682.979	15,29%	141.507	686.615	20,60%

Fuente: Reporte Trimestral 2016 según Resolución 4505 de 2012

La tabla anterior permite verificar que el incremento en el indicador de la sede Bogotá generó aumento en la dedicación de la capacidad instalada al modelo de salud a nivel nacional. Se debe destacar que las otras tres sedes presentaron inconvenientes referentes a movilidad de su recurso humano e infraestructura, que ocasionaron que las actividades de demanda inducida se vieran limitadas. A la fecha los equipos de trabajo de las sedes se encuentran completos y los servidores motivados y sensibilizados al respecto.

Desde el año 2015 se realizó modificación en la fórmula de medición del indicador respecto a años anteriores con el fin de generar mayor validez en la información (N° total de CUPS de P y D ordenados / N° total de CUPS), sin embargo se debe advertir que al igual que en vigencias anteriores, se evidencia en la evaluación de los reportes RIPS que persiste registro inadecuado de las actividades de PE y DT y su correlación con la causa externa y finalidad de la consulta, por lo cual debió realizarse depuración de la información.

Desde la Jefatura de División Nacional de Servicios de Salud, durante el año 2016 se lideraron capacitaciones a través de video conferencia, una solicitada al Ministerio de Salud y Protección Social, y otra facilitada por la sede Bogotá a través de su técnico en validación de RIPS; con el fin de lograr mejorar el reporte de los registros, sin embargo, las fallas en la información continuaron, por ello se solicitó a los líderes de las sedes realizar seguimiento mensual a los errores informados vía correo electrónico, para que los profesionales de las IPS propias sean retroalimentados y se disminuya progresivamente el número de fallas.

La consecución de la información fue dificultada además por la persistencia en la entrega inoportuna de información por algunas entidades de la red adscrita a pesar de las cláusulas contractuales pertinentes y de los acuerdos realizados con estas.

El Ministerio de Salud no generó metas respecto a las actividades propias de PE y DT y hay ausencia de información en los cubos dispuestos por este ente de control acerca del cumplimiento de las actividades realizadas en Unisalud por tratarse de una entidad del régimen especial, por lo tanto, los datos presentados provienen de los registrados en el sistema de información de la Unidad.

SEDE BOGOTÁ

La información relacionada con los Códigos Únicos de Procedimientos en Salud CUPS asociados a actividades de alto riesgo fue obtenida a partir del informe de la sede frente a la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, por lo tanto, corresponde a las actividades efectivamente realizadas. El total de CUPS para la sede en el periodo es de 453.931 y las actividades relacionadas en el informe de la resolución citada son 92.181, reportando una dedicación del 20.30%

La sede realizó análisis de capacidad instalada y del porcentaje de ocupación de los profesionales y de los diferentes tipos de citas, así como de las franjas horarias, realizando ajustes consecuentes con el tipo de cita y su necesidad específica. El análisis de consultas, cupos perdidos y oportunidad generó modificaciones en la oferta de la sede:

- Se contrató un profesional especializado con mayor aceptación entre los usuarios que otro, que reportaba baja adherencia y agenda con mínimo porcentaje de ocupación. Se evidenció un crecimiento cercano al 95% en la ocupación de la agenda. De igual forma se cambió la dedicación de un profesional de ejercicio físico que realizaba actividades en el jardín infantil en el 40% del tiempo de su agenda dedicado a un grupo poblacional muy reducido, mejorando la oferta dentro de Unisalud, sin desmedro de la población anterior.
- Desviación de la consulta de enfermería de su objeto principal relacionado con actividades en Planificación Familiar, Crecimiento y Desarrollo y consulta de pacientes del programa Vivir; que se dedicó a la transcripción de medicamentos, perdiendo la oportunidad para realizar educación debido al sobreuso por parte de los usuarios y pérdida de alrededor del 50% de la capacidad de la agenda de estas profesionales en una actividad que nada tiene que ver con la promoción de la salud.
- Se reportó abuso de la consulta por muchos de los pacientes poli consultantes con solicitudes de consultas injustificadas con el reto para Unisalud de trabajar en su educación.
- Mal uso de las inscripciones al Programa VIVIR de algunos pacientes cuyo objetivo al inscribirse era la exoneración del pago de Cuotas Moderadoras.

Para la vigencia 2017 los principales retos, consisten en: la depuración de la base de pacientes del Programa VIVIR logrando que los inscritos verdaderamente tengan adherencia a las consultas relacionadas y que cumplan con los ciclos parametrizados para obtener verdadero impacto en su estado general y calidad de vida; establecer ciclos de formulación en los pacientes crónicos que permita al personal de enfermería cumplir con el objetivo de su consulta; mejorar la adherencia y confiabilidad de la encuesta de Riesgo PERESOFT entre los afiliados y profesionales asistenciales e implementar seguimiento real a sus resultados, para impactar en la salud de nuestra población como estrategia de gestión de riesgo.

La sede Bogotá además de las actividades contenidas en la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud, desarrolló jornadas de tamizaje para cáncer de estómago y cáncer de colon, las cuales fueron realizadas a 72 afiliados.

SEDE MEDELLÍN

La sede Medellín de acuerdo a sus registros finalizó el año 2016 con un cumplimiento del 17,44% con respecto al año 2015 que fue del 21,05%, este decremento en el resultado y por ende en el indicador es originado por fallas en las actividades de demanda inducida, debido a personal insuficiente para el programa y que la profesional que lideraba estas actividades se retiró de la Unidad en el mes de octubre.

A pesar de ello, se realizaron en el año 2016 cuatro (4) festivales de la salud con actividades educativas de PE y DT en las que participaron 725 usuarios, que en comparación al año 2015 refleja un incremento significativo ya que en la pasada vigencia participaron 144 usuarios en los talleres y charlas programadas.

En el año 2015, 1508 afiliados se encontraban inscritos en el programa de Riesgo cardiovascular y para el año 2016 se contó con 1553 afiliados, observándose un incremento del 3 % en patologías crónicas no transmisibles, y adicionalmente el grupo interdisciplinario de la sede (médicos, enfermera, nutricionista, especialista en medicina del deporte) estaba capacitado en la atención de los programas.

SEDE MANIZALES

En el año 2016, el 26.6% de los CUPS ordenados correspondió a actividades relacionadas en el informe de la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, 13.611 de los 51.163 CUPS ordenados en el año correspondieron a actividades de PE y DT. Hay un incremento de 1.43% respecto al año 2015, cuando 11.864 de los 47.124 CUPS ordenados estaban asociados a servicios de PE y DT (25.17%).

Respecto al año 2015, se conservan altas coberturas en actividades para las poblaciones de: embarazadas (100%), crecimiento y desarrollo para menores de 10 años (92%) y atención de primera vez para el joven de 10 a 29 años (80%). En relación a citología se registra una cobertura del 83%, para las mujeres mayores de 50 años y se realizó mamografía al 71%. Las poblaciones para las que hubo incremento de cobertura fueron: atención al adulto, planificación mujeres y agudeza visual.

Durante el año 2016 se realizó revisión de las Historias Clínicas para obtener el dato exacto de las consultas de primera vez de usuarios de crecimiento y desarrollo, atención al joven, adulto y planificación familiar, así como para información acerca de la fecha del reporte de mamografía y citología, reporte de biopsias y toma de muestra de VPH. Adicionalmente, se cargaron las contrareferencias de las consultas de optometría y pediatría en el SISS-IPS para contar con información más completa para reportar en la Resolución 4505 de 2012.

Se evidencia la necesidad de fortalecer la gestión para incrementar las siguientes coberturas logradas en el año 2016: agudeza visual (30%); oftalmología (23%); control de placa (63%); planificación familiar hombres consulta (15%); con método de planificación (14%); en planificación familiar mujeres consulta (31%); con método (63%).

Para el 2017, la Sede gestionará que el 100% de las IPS de mediana y alta complejidad reporten la información de atenciones en fomento y protección de manera oportuna y con calidad, además de contar con una base de datos unificada de todas las actividades realizadas y las pendientes, para hacer demanda inducida.

SEDE PALMIRA

La sede Palmira en 2016 obtuvo un resultado de 28.37% para este indicador que en comparación con el año 2015 fue de 40.47 %, este decremento en el indicador se asocia con personal insuficiente por alta rotación del mismo.

La sede en 2016 realizó fortalecimiento del Programa Gestión de Riesgo Cardiovascular a través del modelo de gestión de riesgo con la entidad Gesencro, incrementando la cobertura de atención de 35 a 100 pacientes de alto riesgo con el fin de lograr el cumplimiento de las metas en salud y la moderación del riesgo. La atención integral de los Pacientes que incluye: seguimiento por medicina interna/ geriatría; cardiología y nefrología, deportología, así como nutrición, psicología, trabajo social y clínica de Diabetes.

De la misma manera se realizaron reuniones con los prestadores con el fin de garantizar la entrega oportuna de los reportes requeridos, se reciben un mayor número de reportes, aunque aún hay prestadores que no presentan de manera oportuna la información.

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 2015, 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.

El servicio de terapia física ocupó el primer lugar por frecuencia de uso en la población afiliada de Unisalud con un 2,28 que corresponde a que, si cada uno de los afiliados hubiese usado el servicio, se hubiesen emitido 2.28 órdenes por afiliado al año. Con relación a la concentración, en el año 2016 se emitieron 40.699 órdenes de terapia física a 2.265 afiliados, correspondientes al 12,66% de la población, resultando 17,9 órdenes a cada uno de ellos, con un costo total de \$542.035.590 en el año 2016. Se correlaciona con la prevalencia de enfermedades articulares degenerativas y osteomusculares.

Tabla 32. 10 primeros servicios autorizados según frecuencia de uso

DESCRIPCIÓN CÓDIGO CUPS	PACIENTES	ORDENES AUTORIZADAS	VALOR	F USO	CONCENTRACIÓN
TERAPIA FÍSICA INTEGRAL SOD +	2.265	40.699	\$542.035.590	2,29	17,97
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	10.138	29.272	\$477.895.000	1,65	2,89
DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD +	4.328	19.009	\$344.704.400	1,07	4,39
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	9.214	18.104	\$293.317.000	1,02	1,96
ATENCIÓN [VISITA] DOMICILIARIA	406	15.166	\$373.431.109	0,85	37,35
MEDICINA GENERAL NO PROGRAMADA O CITA DOBLE CONSULTA	5.859	14.005	\$229.711.500	0,79	2,39
PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS	4.607	12.880	\$200.826.900	0,72	2,80
TERAPIA FÍSICA SESIÓN	1.256	12.704	\$172.719.100	0,72	10,11
URO ANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +	6.991	10.435	\$150.738.331	0,59	1,49
CREATININA EN SUERO	6.779	10.376	\$58.707.054	0,58	1,53

Fuente Tableros de Gestión 2016

El servicio de control por medicina general ocupó el segundo lugar por frecuencia de uso en Unisalud para el 2016 con 1.65, lo que corresponde a que, si cada uno de los afiliados hubiese usado el servicio, se hubiesen programado 1.65 consultas por afiliado al año. En el año 2016 se programaron 29.272 controles por medicina general a 10.138 afiliados, correspondientes al 57% de la población, resultando una concentración de 2.89 controles a cada uno de ellos. Se encuentra que el 43% de los afiliados no solicitó controles en la Unidad.

Tabla 33. 10 primeros servicios autorizados según concentración

DESCRIPCIÓN CÓDIGO CUPS	PACIENTES	ORDENES AUTORIZADAS	VALOR	F USO	CONCENTRACIÓN
HEMODIÁLISIS STARDART BICARBONATO	10	920	\$235.071.040	0,05	92,00
AUXILIAR DE ENFERMERÍA 24 HORAS	5	436	\$127.757.412	0,02	87,20
MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRAFÍA POR VIDEO Y RADIO SOD +	1	72	\$6.029.280	0,00	72,00
INSERCIÓN DE CATÉTER SONDA EN URETRA	5	317	\$8.483.215	0,02	63,40
ATENCIÓN [VISITA] DOMICILIARIA	77	3.678	\$89.525.746	0,21	47,77
AUXILIAR DE ENFERMERÍA 12 HORAS DIURNO	17	810	\$49.612.900	0,05	47,65
"INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA - UNIPERSONAL"	21	1.000	\$121.994.854	0,06	47,62
AUXILIAR DE ENFERMERÍA 12 HORAS NOCTURNO	10	441	\$26.476.250	0,02	44,10
ATENCIÓN [VISITA] DOMICILIARIA	84	3.583	\$86.267.221	0,20	42,65
HEMODIÁLISIS ESTÁNDAR CON BICARBONATO +	10	383	\$89.203.024	0,02	38,30

Fuente Tableros de Gestión 2016

Frente a la concentración de servicios a nivel nacional encontramos servicios que por su especificidad son requeridos por un escaso número de afiliados con condiciones de salud muy particulares. De acuerdo a la tabla 33, en donde se relacionan los principales servicios autorizados según concentración,

en primer lugar, está la hemodiálisis estándar con bicarbonato, con la expedición de 920 órdenes para 10 pacientes, para 92 órdenes al año por paciente y quienes reciben equivalen al 0.055% de nuestra población, el costo de este servicio relacionado con insuficiencia renal y susceptible de recobro a través de la póliza de alto costo, en 2016 fue de \$235.071.040.

En segundo lugar, encontramos las órdenes de enfermería de 24 horas, con una concentración de 87, correspondiente a 436 órdenes autorizadas a un total de 5 pacientes (0.027% de los afiliados).

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

SEDE BOGOTÁ

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

La patología relacionada con la salud mental fue representativa para el 2016, con 4217 intervenciones psicológicas y psiquiátricas, con una estancia hospitalaria por esta causa de 946 días. Ocupó un papel importante las debidas a las secuelas por consumo de alcohol con 497 días, es decir, un 44.4% del total, lo cual hace necesario fortalecer desde la prevención; el porcentaje restante corresponde a trastornos bipolares y depresión.

En el total general, de días estancia hospitalaria del año 2015 con el año 2016, se puede evidenciar una disminución del 10,3% en el número de días y menos egresos, es decir que se presentó una disminución importante en estos dos indicadores.

No obstante, debido al incremento tarifario y la mayor complejidad de las patologías atendidas que obliga a la utilización de tecnología de punta, y al uso de nuevas moléculas de elevado valor, los costos se incrementaron de manera importante, impactando los estados financieros de Unisalud Bogotá.

Analizando las interconsultas de medicina especializada la de mayor frecuencia de uso es la dermatología con 4127 órdenes entre controles y consultas, seguida de cardiología con 2524, y oftalmología con 1106, siendo menos relevantes el resto de las especialidades. Para el 2017 se generarán auditorías internas enfocadas en indagar sobre los diagnósticos dermatológicos más frecuentes para efectuar capacitación al respecto, a los médicos generales.

SEDE MEDELLÍN

Durante el 2016 los prefijos que integran las atenciones de mayor costo (62%) se mantuvieron estables respecto a la vigencia anterior. Corresponden a: estancias hospitalarias, procedimientos CTC, apoyo imagenológico de III nivel y atención domiciliaria.

Los códigos CUPS relacionados con mayor valor y que representaron el 33% del costo relacionado con servicios de salud en el 2016 versus 29% en 2015 se encuentran en: Internación de alta complejidad con un costo en 2015 de \$294.588.688 frente a \$572.218.654 en 2016; Internación mediana complejidad \$265.569.203 en 2015 y \$354.115.768 en 2016.

A su vez, en la vigencia 2016 se realizaron dos procedimientos de gran costo que impactaron de manera evidente el presupuesto a este nivel: Implantación cerebral profunda de neuro estimulador bilateral

para control de movimientos anormales en paciente con enfermedad de Parkinson severa con un valor de \$102.435.060 y un Trasplante de médula ósea por valor de \$ 90.950.000, ambos aprobados por CTC.

Los códigos CUPS con mayor frecuencia de uso en ambas vigencias (2015-2016) están directamente relacionados con los programas de PE y DT, Riesgo Cardio Vascular, atención domiciliaria y terapia física, en los cuales se concentra la mayor población con mayor número de comorbilidades.

Los servicios asociados a mayor costo son los siguientes: consulta de primera vez por medicina general, terapia física integral, educación individual en salud, esofagogastroduodenoscopia [egd] con biopsia cerrada, radioterapia guiada por imágenes imrt-igrt hasta 30 sesiones, correspondientes a actividades del primer nivel de atención de PE y DT, y servicios para el manejo de alto costo.

En cuanto a servicios asociados a mayor frecuencia de uso, se encuentran en su orden: consulta de primera vez por medicina general, terapia física integral, educación individual en salud, creatinina en suero y glucosa en suero. De estos servicios consulta de primera vez por medicina general se mantiene en primer lugar tanto en frecuencia como en costo, dado que constituye la puerta de entrada para los servicios de los demás niveles de atención. De igual manera se encuentran en ambas mediciones en segundo y tercer lugar: terapia física integral y educación individual en salud.

SEDE MANIZALES

Para el 2016 los servicios con mayor frecuencia de uso en la sede son en su orden consulta de medicina general y terapia física que conservan el posicionamiento frente a la vigencia anterior.

Los servicios de terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, fototerapia, terapia de rehabilitación cardíaca fueron los de mayor concentración considerando la frecuencia con que se deben realizar estas actividades para garantizar el éxito del tratamiento. Se debe tener en cuenta que la fuente de la información son los tableros de gestión y en estos no se consideran los servicios anulados, aspecto que debe ser revisado para mejorar la calidad del dato.

En lo relacionado con la frecuencia de uso para el año 2016, sigue ocupando el primer lugar la consulta de medicina general, los laboratorios para el control de patologías crónicas ocupan el tercer lugar en coherencia con el modelo de gestión del riesgo en salud de Unisalud. Desaparecieron de sus posiciones por concentración de servicio actividades como la administración de pruebas neuropsicológicas, los anticuerpos citotóxicos y la hemodiálisis, ya que los pacientes a los cuales se les ordenaron las pruebas ya fueron manejados.

Para este periodo se retornó al modelo de contratación de prestadores para terapia física como persona natural para establecer mejores canales de comunicación y hacer un uso racional del recurso. Los tratamientos en los cuales están involucradas las terapias físicas requieren una concentración de servicios elevada. Las terapias continúan presentando un papel relevante debido a que persiste patología muscular y especialmente rehabilitación posterior a cirugía de reemplazo articular que requiere el concurso de terapia física.

Para la vigencia 2017, la sede buscará optimizar el recurso destinado para la realización de terapias físicas, que permita lograr un excelente canal de comunicación entre Unisalud y el prestador de este servicio para racionalizar el recurso y realizar capacitación a los médicos de planta en la correcta remisión de los usuarios. Además, se pretende que los médicos que lideran el programa MÁS VIDA hagan un uso más racional de las autorizaciones de laboratorio, verificando en la historia clínica, las solicitudes ya realizadas.

SEDE PALMIRA

Se observa para el año 2016 un incremento en valor del 281% frente al 2015, en que la estancia hospitalaria ocupó el último lugar dentro de los 10 prefijos con mayor costo, esta diferencia obedece a un mayor número de pacientes hospitalizados con más días de estancia hospitalaria. El costo total de la hospitalización para 2016 fue de 391 millones de pesos frente a 255 millones del 2015 con un incremento total del 35%.

Los códigos CUPS asociados a mayor valor corresponden en su orden a internación en Unidad de Cuidados Intensivos UCI adultos por \$53.293.490, cuyo incremento frente a 2015 obedece a pacientes con patologías severas. En segundo lugar se encuentran terapia física integral, consulta de control o de seguimiento por medicina general, internación en servicio de complejidad alta en habitación unipersonal y hemodiálisis estándar con bicarbonato.

En cuanto a servicios por frecuencia de uso, encabezan los asociados con patología osteomuscular, servicios de primer nivel de atención y PE y DT, en su orden: terapia física integral, consulta de control o de seguimiento por medicina general, procedimientos odontológicos, educación individual en salud y detartraje supragingival.

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 2016 se mantuvo la cobertura de IPS visitadas con relación a la vigencia anterior; se visitaron un total de 156 IPS, de un total de 159 que se programaron. El cumplimiento global de indicador fue de 98.11%. Unisalud mantiene comunicación efectiva con su red prestadora lo cual facilita el seguimiento a las condiciones de calidad de las mismas; a pesar de ello, algunas de las IPS adscritas presentan demora en la entrega de la información requerida por los entes de control, sin que den fruto los esfuerzos desplegados por cada una de las sedes para lograr el compromiso total de estos prestadores.

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

SEDE BOGOTÁ

Durante el año 2016 se programaron 85 visitas a las IPS de la Red Contratada, de las cuales se realizaron 84, es decir se cumplió con un 99% de ejecución de este indicador, al igual que en la vigencia anterior la IPS no visitada no permitió este seguimiento, por considerar debe ser realizado por los entes de control. En diferentes reuniones en el Ministerio de Salud y Protección Social se elevó la solicitud de apoyo normativo desde ese ente de control, no solo por parte de Unisalud sino por otras aseguradoras, sin que se obtuviera respuesta.

Se encontraron cuatro (4) IPS con un cumplimiento parcial de las condiciones de calidad en la prestación de los servicios a los usuarios de Unisalud con énfasis en la accesibilidad y generalidades de habitación, al momento, se encuentran ejecutando su plan de mejora. Las restantes presentan un cumplimiento pleno de los requisitos de capacidad técnica y científica.

SEDE MEDELLÍN

Se cumplió al 100% con el indicador de acuerdo al cronograma establecido, para un total de 22 visitas, encontrando cumplimiento parcial de los requisitos relacionados en dos (2) oportunidades con la conformación y realización del Comité de Historias Clínicas y en una con el seguimiento a los indicadores de la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social. Se mantiene una adecuada relación entre la red de prestadores y Unisalud. Las instituciones de la red cuentan con todos los servicios ofertados con habilitación vigente y todas brindan servicios con oportunidad a los usuarios de Unisalud

SEDE MANIZALES

Para el año 2016 fueron programadas 33 visitas a la red de prestadores de servicios, ejecutadas 31 correspondientes al 94% en el resultado del indicador. En las visitas fue evidenciado incumplimiento por parte de uno (1) de los prestadores quien fue reemplazado por otro proveedor y otra que no respondió a las solicitudes realizadas. Una de las visitas no pudo ser coordinada, por lo cual se realizó verificación de las condiciones a través del Registro Especial de Prestadores de Salud REPS, de los indicadores de calidad y de los Registros Individuales de Prestadores de Servicios de Salud RIPS reportados por la entidad.

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 a 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.

SEDE PALMIRA

Durante el año se realizaron 19 visitas de acuerdo al cronograma establecido, logrando verificar cumplimiento de capacidad técnica en el 100% de los casos, verificar las rutas de atención de usuarios, la socialización del ABC de Unisalud y reforzando temas como acceso a bases de datos y cumplimiento del Protocolo de Seguridad de la Información. De acuerdo a la pertinencia, se establecieron planes de mejora con todas las entidades y se efectuó 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 en Unisalud como del prestador.

CENTRAL DE AUTORIZACIONES

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

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

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

La citada resolución, plantea que el asegurador debe remitir las ordenes de autorización al prestador, y comunicarse con el usuario para coordinar la fecha y hora de la cita, actividades que no han sido adoptadas teniendo en cuenta el recurso humano y la infraestructura requerida para tal fin, pero en

especial, que los usuarios en general buscan acudir a la Unidad por sus órdenes así hayan sido enviadas a los prestadores.

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

SEDE BOGOTÁ

En el área de autorizaciones se viene implementando la última versión del procedimiento unificado con referencia y contrarreferencia. Se mantienen los estándares fijados para cumplir con los tiempos de entrega.

Dadas las características del actual aplicativo de historias clínicas y la cultura de los afiliados a Unisalud, ellos continúan interviniendo en el proceso, aún con entidades de la red que usan los canales virtuales de comunicación.

SEDE MEDELLÍN

Los usuarios de la sede Medellín acceden a los servicios en planta a través de comunicación telefónica y solicitud presencial en la sede en el horario 7:00 am a 4:00 pm.

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

Las autorizaciones ambulatorias provenientes de la red externa, son evaluadas por el médico autorizador en cuanto a pertinencia médica, quien posteriormente procede a direccionar al afiliado a las instituciones de red adscrita o a evaluación por medicina general en planta cuando no se considera pertinente la solicitud.

Cuando se requiere la contrarremisión de un paciente a otro nivel de atención, el médico autorizador recibe la solicitud de la IPS remitente y despliega el procedimiento de comunicación con las entidades de la red adscrita en las cuales se cuenta con el servicio requerido por el paciente. Se cuenta con una bitácora en la cual se registran los pormenores de la ubicación del paciente en el nivel de atención requerido: hora de comunicación, persona con la cual se comunica, respuesta positiva o negativa y responsable de la autorización y recepción del paciente en la IPS en la cual se acepta el traslado. Posteriormente genera el anexo 9, el cual se envía vía correo electrónico.

En el año 2016 se logró establecer con algunas IPS de la red adscrita el mecanismo de referencia y contrarreferencia para actividades ambulatorias a través del correo de autorizaciones, garantizándose así mejor accesibilidad y oportunidad en las citas de especialistas y /o apoyo diagnóstico.

SEDE MANIZALES

En la Sede Manizales el equipo humano que gestiona las autorizaciones está conformado por el Jefe de Servicios de Salud, un Médico de tiempo completo y una Auxiliar Administrativa de tiempo completo. El horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 am a 12:30 pm y de 1:30 pm a 5 pm.

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

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

SEDE PALMIRA

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

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

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

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

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO

Uno de los mayores retos a los que se enfrenta Unisalud en el aseguramiento, consiste en la alta demanda de recursos económicos, que son limitados, frente a las necesidades en salud ilimitadas de nuestros afiliados, incrementadas por las características demográficas de la población. Es por esta causa que, la gestión de riesgo constituye una herramienta que además de generar mejores condiciones de salud en los afiliados constituye una estrategia para la sostenibilidad de nuestra Unidad.

La estrategia de contratación, basada en la 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.

El aplicativo desarrollado por la sede Bogotá para la semaforización de la red ha mostrado beneficios en lo relacionado a la socialización de la misma y a la racionalización de los recursos, por esta razón se compartirá la experiencia con las demás sedes.

De forma paralela, se continuará trabajando en la actualización de datos de contacto y ubicación geográfica de los usuarios, que permita a Unisalud tomar medidas referentes a la contratación de entidades en los municipios con escasa presencia de afiliados y se reforzarán las estrategias desplegadas para garantizar el acceso a servicios de salud en aquellos en los que no se consiga este cometido.

Los esfuerzos realizados mediante la difusión e implementación de los programas y actividades obligatorias de PE y DT, los programas propios de Unisalud y la encuesta de tamizaje, continúan siendo insuficientes a pesar de presentar avances frente a vigencias anteriores. La falta de cultura en prevención de la enfermedad y las dificultades para la adquisición de hábitos de vida saludable, continúan siendo las principales debilidades en los logros de nuestros objetivos.

Por estas razones, Unisalud desplegará estrategias comunicativas entre los usuarios, que sensibilicen sobre la importancia del autocuidado y la gestión de la salud propia y de quienes los rodean. De igual forma, se continuará informando a los usuarios acerca de sus deberes y derechos como afiliados a la entidad, con el fin de facilitar su interrelación con los diferentes actores del proceso.

Se desarrollarán además capacitaciones a los diferentes profesionales en la Gestión del Riesgo y la importancia del tamizaje del mismo. Actualmente se viene trabajando con el corredor de seguros en el fortalecimiento de la herramienta propia de tamizaje de riesgo, encuesta Peresoft, con el fin de mejorar su valor predictivo y lograr de esta forma su aceptación entre los diferentes actores en la Unidad.

El fortalecimiento continuo del equipo de salud de las sedes en lo relativo a resolutiveidad, actividades de Protección Específica y Detección Temprana, alto costo, enfermedad laboral y accidente de trabajo, entre otros, requiere trabajo permanente por lo cual sigue teniendo un papel destacado dentro de los objetivos para el año 2017, fomentado la comunicación entre las sedes para que sean compartidas las experiencias a este nivel y se logre un trabajo articulado.

Se deberán también desplegar, nuevas estrategias de capacitación y seguimiento a los errores reportados por las entidades territoriales, el proceso de recobro ante la aseguradora de alto costo, los tableros de gestión, la auditoría de historia clínica y las auditorías planteadas en el PAMEC 2016- 2017, por las falencias en el adecuado registro del dato por parte del personal asistencial, fuente primaria del mismo. Adicionalmente, el requerimiento cada vez mayor de informes por parte de los entes de control ha generado mayor notoriedad en las debilidades de nuestro sistema de información, por ello, el otro reto para un sistema de información que permita la generación de informes, la evaluación de programas y actividades y el seguimiento continuo de las condiciones de salud de nuestros afiliados, requerirá realizar ajustes 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.

Un aspecto positivo de los informes solicitados por el Ministerio de Salud y la Cuenta de Alto Costo es que se constituyen en la base para un seguimiento prospectivo de los afiliados con patologías específicas que facilita el control por parte de los equipos de salud, por ello, serán socializados con las sedes desde este punto de vista.

Se continuará trabajando con los equipos de las sedes acerca de la importancia y beneficio del análisis de indicadores, tableros e informes de gestión, como una herramienta fundamental para realizar el diagnóstico de la EAPB y la IPS, así como para fortalecer la toma de decisiones y la depuración de procesos y procedimientos, entre otros.

GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN

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

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

ambiental que de manera directa o indirecta colaboran en el deterioro de la salud de las personas que laboran en ella.

Para el seguimiento, evaluación y análisis de estos elementos Unisalud definió cinco (5) indicadores que se relacionan a continuación:

MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN BRINDADA A LOS AFILIADOS

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

El fin de este monitoreo, consiste en garantizar que se ofrezca a los usuarios, atención de calidad basada en la mejor evidencia disponible, ofrecer las atenciones de PE y DT pertinentes de acuerdo a su ciclo vital y garantizar el adecuado registro de las mismas en la historia clínica. Para ello, en la vigencia 2016 se fomentó en cada una de las sedes la socialización, evaluación y seguimiento a las guías de práctica clínica adoptadas mediante la Resolución 011 de 2016 de la Gerencia Nacional de Unisalud, se actualizaron documentos para la auditoría de historias clínicas odontológicas y se inició el desarrollo de herramientas para evaluar la adherencia a las actividades de PE y DT en cada una de las sedes.

El cumplimiento de estos estándares facilita la generación de los informes requeridos por los diferentes entes de control, para los cuales se debe certificar la veracidad de la información. En términos generales, en todas las sedes existen oportunidades de mejora relacionadas con el registro adecuado de antecedentes personales y familiares, actividades de PE y DT y adherencia a guías de práctica clínica.

Dado que cada una de las sedes presenta hallazgos y avances diferentes se analizarán a continuación de forma independiente.

SEDE BOGOTÁ

Durante la vigencia 2016 se presentó cumplimiento en el índice de calidad de la historia clínica con el 95 % (957 de 1002 historias auditadas), manteniéndose la calificación frente a la vigencia anterior y cumpliendo con el estándar esperado.

Se obtuvo una mejoría en dos puntos de la calificación de historia odontológica con un resultado de 89 % (209 de 236 historias auditadas) frente a un 87 % de la vigencia anterior, identificando las principales fallas y retroalimentando a los profesionales que presentan desviaciones frente al estándar.

Frente a los hallazgos reincidentes en el adecuado diligenciamiento de la historia clínica, el indicador se encuentra en el 40%, con incumplimiento frente a la coherencia en la remisión a actividades de PE y DT, y el registro de las mismas.

Con relación a la adherencia a Guías de práctica clínica del Ministerio de Salud, se obtuvo una calificación promedio de 80 % medición que se inició en el 2016.

Cumpliendo con el monitoreo de la calidad de la atención brindada a los afiliados, en la sede Bogotá se realizaron 51 sesiones del Comité Técnico Científico, cuatro (4) sesiones del Comité de Historia Clínicas, cinco (5) del Comité de Farmacovigilancia y seis (6) del Comité de Vigilancia Epidemiológica.

SEDE MEDELLÍN

Las auditorías a la historia clínica se realizaron de manera irregular debido a la rotación en el personal médico contratado para realizar esta actividad (tres profesionales durante toda la vigencia), lo cual conlleva a reprocesos y fraccionamiento de la información.

La auditoría a la calidad del registro de la historia clínica odontológica presentó un resultado del 97,4% con un total de 231 historias clínicas auditadas de las cuales 225 cumplieron con criterios de excelente y bueno.

El resultado frente a adherencia a las guías de manejo de obligatorio cumplimiento de PE y DT obligatorias e institucionales fue del 80.76% en el periodo. Se evaluaron 681 actividades, de las cuales 550 cumplieron con los criterios de adherencia. Durante el año 2016 no se presentan hallazgos reincidentes en los criterios de calidad de la historia clínica.

Para el año 2016 se programaron seis (6) sesiones del Comité de Historias Clínicas en la sede, de las cuales se realizaron cinco (5) para un cumplimiento del 83%. Durante la vigencia se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 85% (17 planes de mejora cumplidos de un total de 20 planes de acción programados). Las tres (3) actividades no cumplidas corresponden a las siguientes: Depurar en archivo de gestión las historias clínicas de pacientes que llevan más de 5 años sin consultar, seguimiento a la entrega oportuna de historia clínica de odontología y la revisión del procedimiento de custodia y almacenamiento de la historia clínica.

Durante el año 2016 se realizaron once (11) sesiones del Comité de Farmacia, teniendo un porcentaje de cumplimiento del cronograma de 92%. Durante este año se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 90% frente a cumplimiento de planes de mejora (18 planes de mejora cumplidos de un total de 20 planes programados). Las dos actividades no cumplidas corresponden a participación del Químico Farmacéutico en reunión de médicos para reforzar el tema de interacciones medicamentosas y revisión del impacto del programa de Riesgo Cardiovascular en el costo de los servicios para el año 2016, la cual está en proceso.

Durante el 2016 se realizaron cuatro (4) sesiones del Comité de Vigilancia Epidemiológica, teniendo un cumplimiento del cronograma del 67%. De acuerdo al análisis, se cumplieron las actividades según la Resolución 002 de 2008 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud.

SEDE MANIZALES

El resultado de la auditoría a la calidad de los registros de la muestra de Historias Clínicas calculada estadísticamente fue de 96%, reportando cumplimiento superior al estándar del 95%. La evaluación se realizó utilizando la matriz estandarizada por el equipo de la Gerencia Nacional. Los profesionales asistenciales fueron retroalimentados acerca de la información de actualizar periódicamente los antecedentes personales y familiares, principal causa de incumplimiento en los registros.

El Coordinador de Odontología realizó mensualmente la evaluación de una muestra de historias odontológicas mediante la aplicación de la matriz estandarizada. El resultado promedio de las evaluaciones es del 100% en el cumplimiento de estándares de calidad.

Cumpliendo con el monitoreo de la calidad de la atención brindada a los afiliados, en la sede Manizales se realizaron 51 sesiones del Comité Técnico Científico, cinco (5) del Comité de Historia Clínicas, cinco (5) del Comité de Farmacia y Terapéutica y ocho (8) del Comité de Vigilancia Epidemiológica.

SEDE PALMIRA

Se registró para el año 2016 un resultado del 80,97% en la calidad de los registros de la historia clínica de medicina general, la adherencia a las guías de PE y DT se cumple en un 88,25% y la adherencia a guías de manejo en un 99,59%. Durante el periodo de evidenció un avance en la calidad del registro en las historias clínicas. Al analizar la gestión de la mejora de la calidad del diligenciamiento de la historia clínica se observa que los hallazgos con mayor reincidencia son el inadecuado registro de antecedentes personales y la remisión a actividades de PE y DT.

Como acción de mejora en este periodo se realizó reinducción en el registro de la historia clínica y en la actualización del módulo de antecedentes personales y familiares.

Se cumplió el 100% de la programación de los comités:

- Se realizaron seis (6) sesiones del Comité de Historias Clínicas. De este comité se incorporaron acciones al plan de mejora para lograr mayor cumplimiento en la calidad de los registros, se realizaron capacitaciones en SISS IPS, registro de antecedentes personales, ingresos al sistema de contrareferencias y capacitación en RIPS. Se logró al final del año mejorar el cumplimiento en la calidad con un 90.4% después de estar en 70.8% en la vigencia 2015.
- Se realizaron ocho (8) sesiones del Comité de Farmacia según programación. En ellas se realizaron análisis de pacientes polimedcados, formulaciones dobles, capacitaciones en interacciones medicamentosas, ordenamientos de mayores costos, información de medicamentos agotados. También se detectó en los análisis realizados por el químico farmacéutico caso de posible evento adverso analizado con personal asistencial sobre error en medicación, se calificó como un error de transcripción sin daño al paciente y se establecieron acciones de mejora.
- Las sesiones del Comité de Vigilancia Epidemiológica se realizaron mensualmente para un total de 12 sesiones en el año. Se realizaron análisis de indicadores de alerta temprana, revisión y actualización de plan de salud pública, capacitación en Peresoft al personal asistencial, análisis de posibles eventos adversos tanto internos como de la red, con las acciones implementadas en cada uno de ellos.
- Adicionalmente, se realizaron cuatro (4) rondas de seguridad en las cuales se establecieron acciones de mejora referentes a organización de las áreas, cumplimiento de normas de bioseguridad, requerimiento de señalización, semaforización de insumos y medicamentos en área de odontología.
- Se estableció la participación por parte de la sede al Grupo Administrativo de Gestión Ambiental según Resolución 28 del 1 de Julio de 2.016 de la Vicerrectoría de Sede, con la asistencia a tres (3) sesiones en el segundo semestre de 2016.

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.

Entre el 22 y 29 de febrero de 2016 se llevó a cabo la visita de habilitación por la Dirección Territorial de Salud de Caldas, durante la cual, si bien no se encontraron incumplimientos que ocasionaran el cierre de servicios, si permitió identificar que dado el código de habilitación único para todas las dependencias habilitadas en la Universidad en esa Sede, el ente habilitador encontró inconformidades por manejar documentación diferente en las dependencias, la cual es pertinente dadas las características particulares de los pacientes a quienes se les presta el servicio.

Como hallazgos particulares para la sede tuvimos que el PGIRHS de la sede se encontraba desactualizado y el Grupo Administrativo de Gestión ambiental de la sede no se encontraba en funcionamiento. Además de solicitar adecuaciones a la infraestructura de los baños para salvaguardar los derechos de las personas en situación de discapacidad y de lavamanos a las salas de procedimientos menores y dotación del depósito de residuos con un instrumento para la medición de peso de los residuos hospitalarios generados.

En atención a estos hallazgos el ente territorial de salud de Caldas decidió abrir investigación administrativa contra la Universidad Nacional de Colombia Unisalud como Sede 01 y a dos Sedes adicionales 02 y 03, para las Áreas de Salud Estudiantil de los campus de Palogrande y La Nubia. Unisalud presentó ante la Vicerrectoría de Sede, la respuesta a los requerimientos realizados, los planes de mejora y las evidencias pertinentes para presentar al ente territorial.

Esta experiencia generó en las demás sedes, una reflexión frente a la profundidad de las autoevaluaciones que venían siendo realizadas.

La sede Bogotá mediante el trabajo conjunto de los diferentes equipos de la sede avanzó para la vigencia 2016 en el porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación al pasar de 87% (27/31 servicios) a 90% (28/31). La sede tiene pendiente la implementación de procesos prioritarios asistenciales tales como la implementación de guías de manejo y cumplimiento a los lineamientos del programa de seguridad del paciente.

La sede Medellín generó una estrategia en el IV trimestre de 2016 para realizar autoevaluación de habilitación de los servicios de salud, previa capacitación a todos los funcionarios de Unisalud, enfocada al conocimiento general de la normatividad. Posteriormente se conformaron grupos de autoevaluación por estándar de habilitación, y se planteó el cronograma de trabajo. Adicionalmente se realizó capacitación específica del estándar a evaluar a los participantes de cada grupo de autoevaluación. Para la autoevaluación propiamente dicha, se realizó simulacro de visita de entes de vigilancia y control, en donde el verificador de condiciones de habilitación fue el referente de calidad de la sede, y los funcionarios de cada área realizaban la recepción de la visita, respondían las preguntas del verificador y aportaban los soportes respectivos. Reportando un cumplimiento de 51%, lo cual generó elaboración de un plan de mejora que se encuentra en ejecución.

La sede Palmira realizó en el mes de enero de 2016 la autoevaluación generando acciones de mejora que garanticen el cumplimiento de requisitos frente a: recurso humano del área de odontología, cumplimiento de requisitos de infraestructura en cuanto a red de datos y red eléctrica, necesidades de capacitación en paquetes instruccionales sobre seguridad del paciente, socialización de guías de atención de acuerdo a principales causas de morbilidad. En el transcurso del año se implementaron planes de mejora quedando pendientes para la vigencia 2017 los relacionados con la entrega del sistema de voz y datos para el mes de enero, la solicitud de certificado RETIE y la contratación de un auxiliar de odontología que cumpla con los requisitos de norma.

La siguiente tabla consolida los servicios autoevaluados y declarados por la Unidad, según la Resolución 2003 de 2014, a 31 de diciembre de 2016.

Tabla 34. Servicios habilitados 2016

BOGOTÁ	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	UNISALUD
31	15	12	11	69

Fuente: Constancia de Autoevaluación 2016

La Gerencia Nacional realizó seguimiento estrecho para evidenciar que desde el nivel central de la Universidad se ordenara la conformación del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental en las sedes Manizales y Palmira, en la actualidad se encuentran realizando actividades regulares.

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, a partir de 2015 no se generaron metas específicas para las aseguradoras frente al cumplimiento de actividades de PE y DT, se requirió a las mismas verificar los datos oficiales publicados a través de su sistema de información-SISPRO, con el fin de realizar monitoreo a los avances en búsqueda de brindar una cobertura total de actividades de las actividades propias de PE y DT a los afiliados. Sin embargo, pese al anuncio regular de publicación de reportes a través del sistema, las entidades del régimen especial como Unisalud aún no han sido objeto de cargue de información, por esta razón se decidió realizar una medición cualitativa referente a los avances obtenidos en las sedes frente a este indicador.

En la sede Bogotá se encontró que las medidas implementadas para el incremento de la cobertura de las actividades de PE y DT en el año 2016, resultaron ser efectivas, con un incremento de la cobertura del 7% con respecto al año anterior. Las estrategias desplegadas fueron las siguientes: comunicativas, capacitación del talento humano, seguimiento telefónico y profesionales de medicina con franjas específicas para atenciones de PE y DT.

De acuerdo a bases de datos propias de la sede Medellín, en el año 2016 se realizaron 1931 actividades de PE y DT a los usuarios de Unisalud sede Medellín; respecto al año 2015, se evidencia un incremento del 16% en la cobertura de actividades, pasando del 38.38% en 2015 al 54,3% en 2016. Resultado que se atribuye al compromiso del personal asistencial, las actividades educativas implementadas en el año tanto para los usuarios (Festival de la Salud) como para funcionarios de Unisalud.

En cuanto al cumplimiento de los ciclos de PE y DT de la sede Manizales, para la construcción de la línea base se tomó la cohorte de usuarios reportada en el informe de la resolución 4505 en el I trimestre del año 2016. Para los denominadores se tomó la edad con corte a 31 de marzo 2016 y para el numerador las actividades reportadas a 31 de diciembre de 2016. Lo anterior permitió los siguientes resultados:

- En el ciclo de 1 a 4 años: se logró un 77.22% de cumplimiento, faltaron 9 usuarios por control de placa y valoración de la agudeza visual.
- En el ciclo de 5 a 9 años: se logró un cumplimiento del 98.51% de cumplimiento, no se tiene registro de la aplicación de DPT a un usuario.
- En el ciclo de 10 a 29 años: se logró un cumplimiento del 74.85%, reportándose 22 usuarios sin agudeza visual, 21 usuarios sin atención al joven, 32 usuarias de 10 a 13 años sin toma de hemoglobina. En relación a planificación familiar y salud oral se logró un cumplimiento del 48.81% debido a que 85 usuarias no registran consulta de planificación familiar, 130 usuarios no registran control de placa bacteriana.

- En el ciclo de 30 a 44 años: se dio un cumplimiento de 31.62% no registran: control de placa 89 usuarios, consulta de planificación 87 usuarios, creatinina 142 usuarios, perfil lipídico 125 usuarios, sin glicemia 128.
- En el ciclo de mayores de 45 años: se obtuvo un cumplimiento del 48.14% 19 usuarios sin agudeza visual, 419 usuarios sin control de placa, 22 usuarios sin consulta de adulto y sin reporte de creatinina, 27 usuarios sin reporte de glicemia, 25 usuarios sin reporte de perfil lipídico, 163 usuarias sin reporte reciente de mamografía (periodicidad según la res. 412 del 2000 y guías de práctica clínica), 2 usuarias sin registro de toma de biopsia.
- En el ciclo de gestantes: se cumplió al 100% con el ciclo.
- En relación al ciclo de las metas especiales: se obtuvo 44.66% de cumplimiento, se encontró 50 usuarias sin registro de citología reciente (periodicidad según la res. 412 del 2000), 3 usuarias a quienes se les realizó colposcopia y no se les registro toma de biopsia, 278 usuarias sin registro de aplicación de Td o Tt, 205 usuarias sin colocación de DIU y 223 no registran realización de pomey, lo anterior debido a que tienen otro método de planificación, no han iniciado vida sexual activa, o no están planificando.

En el año 2016 se planearon y ejecutaron actividades de gestión del riesgo a los usuarios, lo anterior teniendo en cuenta que la Resolución 4505 de 2012 busca la atención integral de los usuarios garantizando que a 31 de diciembre se haya atendido toda la población en los programas de PE y DT a los que aplican. Se implementó matriz de seguimiento para las usuarias con toma de mamografía y se están emitiendo listados cada trimestre, de los usuarios que aplican para las actividades de PE y DT y fueron reportados en el informe, para realizar la respectiva revisión y demanda inducida a los programas.

En el año 2017 se hará revisión e implementación de las RIAS (Rutas Integrales de Atención en Salud) de promoción y fomento de la salud; se realizará revisión por grupo etario con el fin de verificar y garantizar la atención integral y que se reporte los datos completos del ciclo; se identificará la población que no ha asistido a ninguna atención a la IPS en el último año, para realizarles demanda inducida con asignación de cita a través de llamada telefónica o correo electrónico.

En la sede Palmira, durante el año 2016, se logró que 154 usuarios completaran su ciclo de actividades en los programas de PE y DT, obteniendo un avance del 15%, teniendo como objetivo a 1023 Personas. Es importante aclarar que la población sujeto de actividades se calculó, con base en las actividades pertinentes a su ciclo vital.

La sede Palmira se encuentra trabajando en programas de tamizaje propios, proyectados luego del análisis de las necesidades de salud de su población y las patologías que mayor impacto generan, cuenta con:

- Tamizaje de cáncer de próstata: en el año 2016 se generaron 273 autorizaciones para Antígeno prostático específico que corresponden al 95.1% de la meta; de los afiliados que recibieron esta autorización 18% (53 hombres) asistieron a la consulta médica de medicina general para la realización del examen clínico. Dado que un 82% de los usuarios no solicita la cita de valoración clínica se plantearán estrategias para generar mayor adherencia.
- Tamizaje de cáncer de mama: durante el año 2016 se entregaron 123 órdenes de Mamografía que corresponden al 80% de la meta, del total de usuarias que recibieron la orden el 28% asistió a la toma de mamografía.

- Tamizaje de cáncer de cérvix: durante el año 2016 se entregaron 253 órdenes para toma de Citología Vaginal, que corresponden al 96% de la meta, en cuanto a la toma de la Citología existe registro que el 50.7% de las usuarias se realizaron el examen.

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Tabla 35. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud 2016

SERVICIOS	RENDIMIENTO/ CONTINUIDAD	ESTÁNDAR RENDIMIENTO	CUMPLIMIENTO	PRODUCTIVIDAD / CAPACIDAD DE RETENCIÓN	ESTÁNDAR PRODUCTIVIDAD	CUMPLIMIENTO	OPORTUNIDAD	ESTÁNDAR	CUMPLIMIENTO	% CUMPLIMIENTO PROGRAMACIÓN ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO
Medicina General	2,78	2,92	95,3%	2,40	2,336	100,0%	0,90	5	100,0%	92,0%	96,8%
Medicina Especializada	1,81	2,96	61,3%	1,89	2,37	100,0%	1,70	8,33	100,0%	92,2%	88,4%
Medicina General no programada	2,97	3	99,0%	2,89	2,4	100,0%	N.A.	N.A.	N.A.	98,4%	99,1%
Odontología General y Especializada (se toma la medición de continuidad en la variable rendimiento y el indicador de capacidad de retención para productividad)	94,87%	100%	100,0%	94,87%	50%	100,0%	0,97	5	100,0%	100,4%	100,1%
Apoyo Terapéutico	1,60	2,88	55,5%	2,37	2,30	100,0%	2,51	5	100,0%	91,4%	86,7%
Enfermería	1,78	2,61	68,1%	1,32	2,088	63,3%	1,24	5	100,0%	87,8%	79,8%
CUMPLIMIENTO GLOBAL			68,5%			93,9%			100,0%	93,7%	89,0%

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 89.0% en 2016 frente a un 68.91% en 2015. Es de aclarar que para la vigencia 2015 se tomó la totalidad de citas atendidas, mientras que para la vigencia 2016 se tomaron las citas de primera vez en el indicador de oportunidad debido a que la norma indica de manera expresa este tipo de citas y en la Unidad se venían tomando todas, esa fue la razón por la cual se presentó una diferencia tan marcada.

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

- Oportunidad⁵, el cual se cumple en todos los servicios de acuerdo a los indicadores vigentes.
- Rendimiento⁶, el cual reporta incumplimiento en los servicios de: i. apoyo terapéutico, así: en la sede Bogotá a fisioterapia ocasionado por el alto número de horas no asignadas, correspondiente a 543 horas, que representan el 9% del total de horas no asignadas en Unisalud y a psicología en la sede Palmira por error de agendamiento en horario asignado a otras actividades al profesional; ii. servicio de medicina especializada en la sede Palmira por disminución en el horario disponible del profesional que no fue modificado en las agendas generadas.
- Productividad⁷, el cual reporta incumplimiento en el servicio de enfermería en Medellín, asociado a baja adherencia de los afiliados a esta consulta que ocasionó disminución en la

⁵ 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.

⁶ Rendimiento: número de atenciones o actividades realizadas en relación al recurso utilizado, por unidad de tiempo. Medida: pacientes/ hora

⁷ Productividad: relación entre la cantidad de atenciones realizadas y la cantidad de horas contratadas.

oferta de horas disponibles, de 6 a 4 horas, además de una suspensión en el contrato por espacio de 2 meses

El resultado del indicador para consulta de primera vez para todas las sedes presenta cumplimiento del estándar en cada uno de los servicios con un promedio de 1,66 días. Las citas que tuvieron una oportunidad más lejana fueron deportología con 6.67 días, higiene oral con 6.48 días, nutrición con 5.93 días y endodoncia con 5.67 días. Estos resultados se explican en la alta demanda de la consulta por el servicio de nutrición, en adherencia a determinados profesionales y horarios en la consulta de higiene oral y a la oferta de las consultas especializadas en cada una de las sedes. En los acápite respectivos será analizado por cada una de las sedes.

Las horas bloqueadas para esta vigencia representaron para Unisalud 16.518 horas, frente a 15.376 horas de la vigencia anterior. Por bloqueo que equivalen a 7.22 profesionales de 8 horas al año (dedicación 44 horas semanales), encontrando un incremento del 7.43% en horas bloqueadas. Durante esta vigencia se identificaron de manera más precisa las causas de bloqueo en cada una de las sedes, que corresponden en su mayoría a incapacidades, licencias, vacaciones suspensión o finalización de contrato.

Para la vigencia 2016 y con la depuración de las causas de bloqueo se encuentran en primer lugar reuniones para capacitación y actualización normativa en 14.76%, por incapacidad del personal 13.51%, inconvenientes del profesional 11.72% y programas 10.33%.

Adicionalmente, las horas que acumulan las inasistencias⁸ de los pacientes corresponden a 9752 horas y las consultas no asignadas 8710 horas que suman a nivel nacional 18.462 equivalentes a 8.07 profesionales de 8 horas al año y a un incremento del 12% respecto al año anterior. Para esta vigencia se encuentra un incremento del 72% en las inasistencias de los afiliados a citas. Los tipos de citas que en su orden presentan mayor inasistencia son: medicina general, consulta de asesoría farmacológica, consulta al día, optometría, endodoncia, para un total de 2938 horas correspondientes al 31% del total de citas incumplidas. Los tres primeros tipos de consulta que reportan inasistencia no son objeto de sanción económica para los usuarios.

En cuanto a citas no asignadas⁹, los tipos de citas que ocupan los primeros lugares son: medicina general, atención al día, odontología general, urgencias odontológicas, ejercicio físico, para un de 56% del total de las citas no asignadas. Al correlacionar este hallazgo con el resultado de oportunidad en la asignación de citas, se corrobora que los afiliados mantienen preferencia por algunos profesionales y esperan la cita con ellos a pesar de contar con agendas disponibles con mejor oportunidad. Dado que algunos de los profesionales pertenecen a la planta de la Universidad, no es posible aumentar su oferta de citas.

Otros aspectos a considerar son la rotación de profesionales en los servicios, asociadas a la forma de contratación por orden de servicios frente a las opciones del mercado y el alto número de incapacidades que presentan un bajo número de servidores especialmente del servicio de odontología.

Los indicadores para citas incumplidas y citas no asignadas, deben ser analizados de manera individual en cada sede para realizar una redistribución de la oferta, una vez consideradas las causas particulares.

Para el 2016 el cumplimiento de actividades según agendas fue de 92.22%, observando un avance marcado frente al hallazgo para el año 2015 (81.3%), atribuido a baja productividad en los servicios de consulta de enfermería (1.32, estándar 2), debido a la renuncia de la profesional que realizaba esta atención en la sede Medellín y la asignación de otras actividades para la profesional de la sede Palmira con error en la generación de agenda.

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

⁹ Citas no asignadas: Espacios de consulta que no fueron demandados por los afiliados.

Con un menor impacto en el indicador continúan, medicina bioenergética (0.74, estándar 2), asesoría farmacéutica (0.263, estándar 2). El servicio de consulta médico domiciliario no debe ser considerado en el indicador dadas las condiciones particulares de este tipo de consulta. Para los demás servicios se encuentra cumplimiento general en el indicador de productividad.

Frente a los servicios de primer nivel realizados en las sedes, tenemos que:

Medicina general cumple con todos los indicadores excepto el de oportunidad, tomado este como oportunidad en asignación de citas de primera vez y de control. El indicador de oportunidad para citas de primera vez presenta cumplimiento de acuerdo a los estándares de calidad contemplados en la normatividad vigente.

De igual manera, el servicio de odontología, cumple todos los indicadores contemplados excepto el de oportunidad. Llama la atención este resultado en oportunidad para estos dos servicios (medicina general y odontología) frente a los hallazgos reportados para horas no asignadas e incumplimiento de citas, situación que deberá ser objeto de análisis por las sedes.

Los indicadores de capacidad de retención¹⁰ y continuidad¹¹ en el servicio mantuvieron el excelente resultado de la vigencia anterior.

Los servicios de apoyo terapéutico al igual que en las dos vigencias anteriores presentan el indicador de rendimiento en rango amarillo (riesgo), debido a error de agendamiento en la sede Palmira, de citas de psicología en un periodo en el cual la profesional se encontraba realizando otras actividades, el error se presentó durante toda la vigencia; el servicio de optometría de la sede Bogotá, se vio afectado por que una de las profesionales Bogotá presentó una incapacidad prolongada de manera inesperada.

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

SEDE BOGOTÁ

Tabla 36. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Bogotá 2016

TIPO CITA	CITAS AGENDADAS	DÍAS OPORTUNIDAD	OPORTUNIDAD FINAL
Medicina geriátrica	1349	1824	1,35
Consulta pediatría primera vez	1197	4086	3,41
Psiquiatría	1507	1986	1,32
Medicina general	47487	38231	0,81
Ginecología	6208	12809	2,06
Consulta obstetricia	425	479	1,13
Consulta médica general	10805	12641	1,17
Prioritaria medicina	21147	1	0,00
Consulta nutrición primera vez	1075	121	0,11
Consulta nutrición control	8019	47555	5,93
Cirugía odontología	2118	10306	4,87
Odontología general	18248	13658	0,75
Prioritaria odontología	278	1074	3,86
Endodoncia	6034	31042	5,14
Odontología pediatría	3218	13433	4,17

¹⁰ 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.

¹¹ En el servicio de odontología se mide el indicador de Continuidad a través del cierre de ciclos de tratamientos terminados comparados con los iniciados.

TIPO CITA	CITAS AGENDADAS	DÍAS OPORTUNIDAD	OPORTUNIDAD FINAL
Periodoncia	4786	1101	0,23
Rehabilitación oral	1304	6230	4,78
Valoración o control cirugía	6421	10826	1,69
Consulta enfermería	9613	29894	3,11
Optometría	1892	1747	0,92
Psicología	9314	37211	4,00
Total general	163207	276255	1,69

Fuente: Tableros de gestión - Planeación y Sistemas de Información

Todos los tipos de cita durante el 2016 tuvieron un destacado cumplimiento de agenda, entre ellos, la oportunidad para las citas de primera vez por medicina general frente a los estándares normativos, lo que obedece a un análisis de la capacidad instalada institucional a través del seguimiento a las agendas, horarios, especialidades, oferta de consulta relacionada con mayor demanda relacionándola con las horas de mayor solicitud; es decir se ha aprovechado la información para la toma de decisiones, buscando mejorar la oportunidad acorde a los estándares, definidos en la norma

En el año 2016 la oportunidad de citas de odontología general de primera vez y de odontología especializada permanecieron dentro del estándar con la contratación de dos odontólogos generales para suplir la necesidad de una profesional que desde julio de 2015 realiza labores administrativas.

Respecto a los indicadores de continuidad y retención se debe tener en cuenta que aplica a los odontólogos generales, y a odontopediatría porque son ellos quienes realizan una valoración inicial que requiere de varias citas que conducen a un tratamiento terminado.

Las actividades de odontología se vieron afectadas por el número de incapacidades y permisos de las auxiliares e higienistas del área, impactando la productividad y generando inconformidad en los usuarios por demora en la atención y en ocasiones afectando el ambiente laboral.

El cumplimiento de agenda se mantuvo estable con respecto al 2015, reportando hallazgos con algunos profesionales en especial en las citas de control. Se observa que en el año no fueron asignadas en higiene oral 494 citas, lo que sugiere falta de adherencia a los profesionales, permisos o incapacidades y 551 citas prioritarias, en la vigencia 2017 se implementarán los ajustes respectivos.

En el 2016 hubo un total de 10.527 horas bloqueadas en todos los servicios, que respecto al periodo 2015 (13.169 horas) significa una disminución del 20%. Se reportan para el año 2016 un total de 5847 horas no asignadas en todos los servicios, que respecto al 2015 (7890 horas), tuvo una disminución del 26%. La oportunidad para las citas de primera vez tuvo un destacado cumplimiento según los estándares normativos.

Entre las acciones planteadas para la optimización del servicio de la IPS se encuentran: difundir entre los usuarios todos los procesos y procedimientos de la unidad referentes a solicitud de citas, activación, controles, atención no programada, derechos y deberes de los usuarios.

Retos 2017:

- Mantener el valor de los Indicadores dentro de los Estándares establecidos.
- Buscar la permanencia del recurso humano a través del tiempo manteniendo la fidelización de los pacientes con los diferentes profesionales.

- Racionalizar en lo posible la solicitud de permisos, bloqueos cambios de agenda de forma inoportuna, mediante la concientización por los profesionales acerca de la responsabilidad y compromiso institucional.
- Concientizar a las auxiliares, higienistas y profesionales del compromiso con la institución y la actitud frente a nuestras responsabilidades y obligaciones en el área para lograr realizar un servicio de calidad.
- Continuar con el proceso de seguimiento a las citas incumplidas ya que estos incumplimientos generan pérdida de oportunidad de las diferentes citas y desperdicio del recurso humano afectando directamente la prestación del servicio.

SEDE MEDELLÍN

Tabla 37. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Medellín 2016

TIPO CITA	CITAS AGENDADAS	DÍAS OPORTUNIDAD	OPORTUNIDAD FINAL
Medicina Bioenergético	864	1697	1,96
Medicina Deportólogo	1118	7456	6,67
Medicina General	16108	16202	1,01
Medicina Programas	6712	327	0,05
Odontología	11252	12883	1,14
Higiene Oral	4724	30591	6,48
Enfermería	1759	63	0,04
Nutrición	2334	5673	2,43
Total general	44871	74892	1,67

Fuente: Tableros de gestión - Planeación y Sistemas de Información

Todos los tipos de cita en la IPS propia durante el 2016 tuvieron un destacado cumplimiento de agenda. Se reportan para el año 2016 un total de 1157 horas bloqueadas en todos los servicios. Se observa una disminución del 21% con respecto al 2015 donde fueron 1456 y del 13% con respecto al 2014 donde fueron 1328. El indicador de rendimiento en la Consulta de Odontología, con un resultado de 1.86, se encuentra por debajo de la meta planteada lo cual se correlaciona directamente con el número de citas no asignadas. A su vez, la oportunidad se encuentra por fuera del rango debido a que los usuarios de la sede prefieren citas en horas de la mañana, a pesar de disponibilidad de citas con mejor oportunidad en horas de la tarde, esta situación afecta de igual forma el indicador de rendimiento.

Como parte de las acciones de mejora, se implementó la confirmación de citas a través del correo electrónico.

Los retos para 2017 consisten en:

- Ajustar procedimiento de gestión de agendas que permita realizar la programación de citas teniendo en cuenta con anterioridad las posibles necesidades del personal asistencial de participar en otro tipo de actividades (capacitaciones, vacaciones, trabajo administrativo de los programas)
- Retomar la estrategia de las llamadas y correos recordatorios de las citas programadas en planta a los afiliados.
- Limitar por parte de Unisalud el número de reuniones a las que asisten los profesionales y fortalecer con la secretaria la reasignación de citas canceladas por parte de los pacientes.

SEDE MANIZALES

Tabla 38. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Manizales 2016

TIPO CITA	CITAS AGENDADAS	DÍAS OPORTUNIDAD	OPORTUNIDAD FINAL
Medicina General	4638	9502	2,05
Odontología	2116	2589	1,22
Total general	6754	12091	1,79

Fuente: Tableros de gestión - Planeación y sistemas de información

En la vigencia 2016 la sede Manizales presentó cumplimiento de los cuatro indicadores de prestación de servicios en medicina general, PE y DT, higiene oral y odontología.

La Consulta de Medicina General Domiciliaria, es agendada de acuerdo con las necesidades de los afiliados y por lo tanto no hay lugar a una creación previa de agenda, por lo que los resultados de las variables Rendimiento, Productividad, Oportunidad, Continuidad y Cumplimiento de agenda no son pertinentes.

La Consulta de PE y DT presenta Rendimiento de 1.87, siendo la meta 2 y Productividad de 1.6, el análisis de las causas del resultado son las siguientes: las citas no asignadas (en promedio media cita al día) y por los bloqueos realizados por cambio de cita de PE y DT por Consulta Médica General, influyen el rendimiento, sin embargo, se concluyó que no hay lugar a ajustes de contrataciones de profesionales prestadores de servicios, sino que se dará continuidad al fortalecimiento de los programas de fomento y protección.

Respecto a la consulta de Higiene Oral se destaca la disminución de horas no asignadas e inasistencias respecto al año 2015 y el incremento en el número de horas bloqueadas, es debido a las actividades de demanda inducida y actividades extramurales que se han desarrollado en el campus La Nubia.

La experiencia con la asesoría farmacológica, con una dedicación de tres horas diarias, cinco días a la semana, no arrojó la demanda esperada, por este motivo, se tomaron acciones como: incluir la asesoría farmacológica como parte del ciclo de atención de los pacientes crónicos y motivar a los médicos tratantes para remitir sus pacientes a la asesoría con esta profesional, exponiéndoles la importancia de la atención farmacéutica.

Entre los retos planteados para el 2017, esta mantener el resultado de la actual vigencia y fortalecer las consultas de PE y DT, y de atención farmacéutica.

SEDE PALMIRA

Tabla 39. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud - Sede Palmira 2016

TIPO CITA	CITAS AGENDADAS	DÍAS OPORTUNIDAD	OPORTUNIDAD FINAL
Medicina Familiar	694	340	0,49
Medicina General	3133	341	0,11
Odontología	1491	2859	1,92
Enfermería	747	136	0,18
Total general	6065	3676	0,61

Fuente: Tableros de gestión - Planeación y sistemas de información

En general como resultado de las acciones implementadas en 2016, se encuentra cumplimiento de agenda por encima del 87% en casi todos los tipos de cita, se contó con adecuada oportunidad en el agendamiento de citas y un rendimiento adecuado.

Como excepción, se tuvo bajo cumplimiento de agenda en psicología por inconvenientes relacionados con falta de registros de la profesional y por incumplimiento de las citas por parte de los usuarios, se emprendió labor educativa al asignar la cita, acerca de la importancia de la cancelación oportuna de la cita, llama la atención que hubo usuarios que cancelaron su cita en el momento de la atención porque les generaba cuota moderadora y prefirieron no pagarla.

Se observa un incremento en horas bloqueadas por razones no susceptibles de programación en un 94%; del 100% de bloqueos solo el 6% son programables. Hay actividades como capacitaciones, que son programadas por la universidad, sin embargo, se informan cuando las agendas ya han sido generadas y se encuentran abiertas.

Para el año 2017 se implementará actividad de sensibilización para que los usuarios comuniquen oportunamente la cancelación o su intención de no asistir a la cita.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE PRESTACIÓN

Se presenta una alta carga asistencial en cada una de las IPS propias de Unisalud, generada por las condiciones de nuestros afiliados (evidenciadas en los apartes dedicados al perfil epidemiológico y el perfil de morbilidad presentados en el capítulo Gestión del Asegurador), se evidencia resistencia al cambio en algunos integrantes del equipo humano asistencial que insisten en un enfoque eminentemente curativo en la atención y poco preventivo.

Por ejemplo, se han visto afectados la encuesta de tamizaje del riesgo PERESOFT, el direccionamiento y registro del mismo a las actividades de Protección Específica y Detección Temprana, el registro de contrarreferencias y las modificaciones en la plantilla de la historia clínica.

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

Algunos afiliados ven en los programas de PE y DT y los programas propios de las sedes, una opción para evitar el pago de las cuotas moderadoras asociadas a entrega de medicamentos, pruebas diagnósticas y los controles periódicos por las especialidades incluidas en los mismos, constituyéndose en un reto, la creación de un compromiso frente a su salud y que se adhieran al manejo o cumplan con el ciclo de actividades establecido para el fortalecimiento de la adquisición de hábitos de vida saludable.

Para 2017, se hace necesario implementar campañas comunicativas para la sensibilización de afiliados, su red de apoyo y del equipo de salud en el compromiso con el auto cuidado, contenidos de los programas, derechos y deberes, almacenamiento y consumo adecuado de medicamentos, entre otros.

Las acciones dirigidas a los equipos de salud deberán fortalecer el conocimiento del Modelo de Salud basado en la Gestión del Riesgo, resocialización de Guías de Práctica Clínica, registro de RIPS, ciclo vital en PE y DT, las políticas del modelo de gestión integral del riesgo en salud del Ministerio de Salud y Protección Social (Política de Atención Integral en Salud - PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud - MIAS, Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS), entre otros.

Recomendaciones:

- Continuar las estrategias para generación de demanda inducida (citar a los afiliados que no consultan) a los programas propios de las sedes y actividades de PE y DT.
- Realizar capacitaciones al equipo de salud frente a Gestión del Riesgo, direccionamiento adecuado a las actividades de PE y DT, y la importancia del registro adecuado en la historia clínica.
- Fortalecer la implementación de las guías de práctica clínica adoptadas por Unisalud a través de socialización y /o resocialización de las mismas.
- Continuar con auditorías de autoevaluación de estándares de habilitación que garanticen el cumplimiento permanente de las condiciones.
- Continuar las estrategias de análisis de la capacidad instalada en cada una de las sedes con el fin de mantener y mejorar la oferta en cada una de acuerdo a las necesidades propias.
- 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 PE y DT y programas propios.
- Realizar de manera continua las auditorías de calidad contenidas en el Programa de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC. (calidad en el diligenciamiento de la historia clínica, adherencia a las Guías de manejo adoptadas, auditoría al procedimiento de Custodia de Historia Clínica, auditoría a pertinencia de remisiones, quejas frecuentes, capacitación de profesionales, entre otras).

GESTIÓN ADMINISTRATIVA

El objetivo estratégico de la gestión administrativa: *“Efectuar la adquisición y entrega de bienes y servicios requeridos para el cumplimiento de la misión institucional con criterios de calidad”*, ha sido considerado de vital importancia por esta administración, si se tiene en cuenta que a través del proceso de adquisición de bienes y servicios se cumple con varios de los fines esenciales del Estado Social de Derecho, en especial los referidos a servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución, en particular los derecho a la vida y a la salud.

Para la vigencia 2016 los esfuerzos de quienes lideraron el proceso de adquisición de bienes y servicios estuvieron enfocados principalmente en la planeación contractual, bajo el entendido y la firme convicción de que esta etapa nos permitiría organizar con anticipación el proceso de contratación con el objetivo de obtener los mejores resultados posibles para la conformación de la Red de Servicios, así como la atención de las necesidades de todas las áreas de Unisalud.

Para cumplir con este objetivo, se realizaron varias actividades, la mayoría de ellas se trabajaron en la sede Bogotá, entre las se cuentan reuniones con los líderes de las áreas y la Dirección para establecer cada una de las actividades a desarrollar, los responsables y el cronograma del proceso (10 de noviembre de 2015, 12 de mayo de 2016 y 21 de octubre de 2016).

Adicionalmente, con las personas enlaces de las áreas encargadas de preparar los documentos para iniciar los procesos contractuales se llevaron a cabo talleres para capacitar en la utilización de formatos, guías e instructivos propios del proceso de Adquisición de Bienes y Servicios, conforme a los contenidos publicados por la Gerencia Nacional Financiera y Administrativa de la Universidad. Los talleres se llevaron a cabo el 18 de mayo y el 17 de noviembre de 2017.

Cabe precisar que la planeación de la contratación de personas naturales para el apoyo a la gestión asistencial y administrativa se programó atendiendo los lineamientos impartidos por la Rectoría en las Circulares No. 12 del 30 de diciembre de 2015, por la cual se permitió ampliar el plazo de las órdenes contractuales hasta el 31 de julio de 2016 y la No. 5 del 08 de julio de 2016, con la cual se amplió el plazo hasta el 28 de febrero de 2017.

Finalizadas las etapas pre y contractual, se realizaron reuniones para evaluar el desarrollo de los procesos y definir oportunidades para mejorar el proceso (12 de mayo de 2016 y 21 de octubre de 2016). La herramienta utilizada fue el ciclo PHVA. Como conclusión se evidenció que las actividades propuestas se ejecutaron en los tiempos programados, se empezó a comprender la importancia de cumplir lo planeado, de respetar el derecho de turno y de dar prelación a lo importante, sobre los asuntos urgentes y lo más importante, se atendieron en forma oportuna todas las solicitudes efectuadas por cada una de las áreas de la Unidad en Bogotá.

Así las personas involucradas en el proceso empiezan a entender y evidenciar las bondades y beneficios que trae planear con la justa anticipación cada una de las actividades requeridas para llevar a feliz término los procesos contractuales.

Estas actividades fueron compartidas a las demás sedes a través de las reuniones del Comité de Gerencia.

PROCESOS CONTRACTUALES SURTIDOS EN UNISALUD DURANTE LAS VIGENCIAS 2015 Y 2016

A continuación se presenta la relación de procesos adelantados durante las vigencias 2015 a 2016, en cada una de las sedes, precisando que la adquisición de bienes y servicios se surte para atender las necesidades de todas las áreas de Unisalud y para el cabal desarrollo de los objetivos estratégicos

Tabla 40. Procesos adelantados durante las vigencias 2015 a 2016

VIGENCIA	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD											
	BOGOTÁ			MEDELLÍN			MANIZALES			PALMIRA		
	CONTRATOS	ODS	ODC	CONTRATOS	ODS	ODC	CONTRATOS	ODS	ODC	CONTRATOS	ODS	ODC
2015	9	426	46	1	155	50	2	91	12	1	113	15
2016	6	421	47	1	156	45	0	93	13	0	110	12

Fuente: Área de Contratación Unisalud

SEGUIMIENTO A LAS LIQUIDACIONES DE ACUERDOS CONTRACTUALES SUSCRITOS POR UNISALUD

En el mes de marzo de 2016 la Gerencia decidió incluir en las reuniones mensuales del Comité de Gerencia de seguimiento al cumplimiento de los objetivos estratégicos, el seguimiento al proceso de Adquisición de Bienes y Servicios, haciendo especial énfasis a la actividad de liquidación de los acuerdos contractuales surtidos en todas las sedes, observando, al finalizar el año, que las sedes de Medellín, Manizales y Palmira no tenían asuntos pendientes de liquidar de años anteriores al año 2016, encontrándose al día respecto de esta actividad.

En la sede Bogotá, si bien cabe resaltar que en el año 2016 se logró la liquidación de todos los acuerdos contractuales (órdenes de prestación de servicios ODS, órdenes contractuales de compra ODC, contratos y acuerdos suscritos con Universidades públicas AV) del año 2013, y se avanzó en la liquidación de acuerdos suscritos en los años 2014 y 2015 cuya supervisión fue designada al Área de Aseguramiento de Unisalud Sede Bogotá, aún continúa un rezago de los años 2014 y 2015, sumándole

a ello que a partir del mes de marzo de 2017 empieza a correr el término para liquidar los acuerdos suscritos en la vigencia 2016.

Teniendo en cuenta que desde el inicio de esta administración la principal falencia encontrada en el proceso de Adquisición de bienes y servicios ha sido efectuar la liquidación de los acuerdos contractuales en los términos definidos en el Manual de Convenios y Contratos, se recomienda continuar con el seguimiento mensual que se hace en las reuniones del Comité de Gerencia a todas las sedes y particularmente en la Sede Bogotá, continuar con el envío mensual del Informe del estado de los acuerdos pendientes de liquidar, desagregado por supervisor, como una acción de autocontrol. Debe hacerse especial control a los procesos a cargo del Área de Aseguramiento pues a la fecha quedan pendientes de liquidar del año 2014, 5 contratos, 2 ODS's y 4 acuerdos de voluntades AV; del año 2015, 45 ODS's, 2 contratos y 4AV; y para el año 2016, 2 contratos, 144 ODS's, 14 ODC's y 8 AV, para un total de 230 procesos por liquidar.

Así mismo se recomienda continuar con las auditorías periódicas con el fin de monitorear el cumplimiento de cada una de las actividades que componen el proceso y de establecer oportunidades de mejora para lograr el punto de equilibrio en cuanto a la etapa poscontractual se refiere.

PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATISTAS

Unisalud contó con 115 servidores de personal de planta de la Universidad en la vigencia 2016, de los cuales 70 son de la sede en Bogotá la cual incluye a la Gerencia Nacional de Unisalud, 25 de la sede en Medellín, 11 de la sede en Manizales y 9 en la sede Palmira.

Así mismo el número de órdenes de prestación de servicios que se celebraron con el fin de apoyar a la Unidad fueron 241 de las cuales 143 fueron de la sede en Bogotá, 62 de la sede en Medellín, 18 de la sede en Manizales y 18 de la sede en Palmira.

Se precisa que el personal de planta y las órdenes de prestación de servicio incluyen personal administrativo y personal médico asistencial, el cual da soporte directo a la misión de Unisalud, así mismo se optimizaron las contrataciones, teniendo en cuenta los lineamientos impartidos por la Universidad, la sentencia C-614 de 2009 y la Directiva Presidencial 01 del 10 de febrero de 2016. Es así como la Rectoría, el 20 de diciembre de 2016 mediante Circular No. 13 autorizó a Unisalud la contratación bajo la modalidad de órdenes de prestación de servicio hasta el 28 de febrero de 2018.

SISTEMA FINANCIERO QUIPU

El manejo financiero se efectúa por medio del Sistema de Gestión Financiero Quipu SGF-QUIPU, cuyo mantenimiento y administración dependen directamente de la Gerencia Nacional Financiera y Administrativa de la Universidad. Las situaciones específicas de la Unidad fueron manejadas en las áreas financieras, a fin de adecuar situaciones específicas para el manejo de las glosas, proyección de contratación en temas de salud, pagos anticipados, liquidación de contratos en salud entre otros aspectos. Este trabajo ha permitido que se pueda registrar desde el primer día hábil de la vigencia la Resolución de distribución e incorporación presupuestal en cada una de las sedes de Unisalud, así como registrar los contratos de vigencias futuras para su ejecución y respectivo seguimiento.

La Gestión Administrativa nos permitió mejorar los tiempos al momento del cierre financiero periódico, obteniendo la información que se publica mensualmente y consolidado anual, en la página web de Unisalud, en el trabajo informativo y de transparencia hacia nuestros usuarios. De igual forma, el trabajo administrativo coordinado y la gestión realizada en todas las sedes, permitió el registro de la totalidad

de los aportes e ingresos en la vigencia 2016, lo cual impactó de manera directa en los estados de resultados.

ARCHIVO

Se logró durante la vigencia 2016, la aprobación por parte de la Oficina Nacional de Gestión y Patrimonio Documental, de las nuevas tablas de retención documental TRD para Unisalud.

La Universidad Nacional en sus Sedes, especialmente en Bogotá, adolece de la falta de espacios para destinar a los archivos, por ello, a pesar de haber gestionado la solicitud de los mismos para la organización adecuada, por ejemplo, de los expedientes contractuales, sólo se logró la organización hasta el 2014; Unisalud queda a la espera de una solución de espacio, a fin de dar cumplimiento a lo establecido normativamente.

SISTEMA SISSNET

Para el Sistema SISSNET, sobre el cual soporta Unisalud su actividad misional para los procesos de aseguramiento y prestación, su mantenimiento estuvo a cargo de la empresa contratada Compunet. En la vigencia 2016, se celebró el contrato No.05 de 2016, el cual ofreció respuesta a los diferentes requerimientos efectuados por Unisalud, también, a la implementación de los desarrollos que fueron contratados. Esta empresa es la única que puede brindar el soporte del sistema actual, debido a que es la dueña de los códigos fuente, sin embargo, desde la Gerencia se ha liderado y se encuentra en revisión y análisis, diferentes opciones que permitan contar con un sistema informático óptimo que cumpla con los requerimientos de centralización de datos, producción de informes con base en los requerimientos de norma, control administrativo integral, seguridad de la información y alta disponibilidad, entre otros.

INVENTARIO DE UNISALUD

El inventario de los bienes muebles que manejan las diferentes sedes de Unisalud en la vigencia 2016, estuvieron bajo las directrices, lineamientos y control del nivel central de la Universidad. Unisalud gestionó todo el proceso administrativo, a fin de garantizar los equipos médico-asistenciales y administrativos que respondieran a la oportuna prestación del servicio. Se recomienda fortalecer el seguimiento respectivo a los planes de compra establecidos en cada una de las Sedes.

PROCESOS VIGENTES EN UNISALUD

Los procesos y procedimientos vigentes en Unisalud, se socializaron a todas sus sedes mediante videoconferencias, previo trámite de revisión, análisis y ajustes en el Comité de Calidad Nacional de la Unidad. Con el fin de obtener una mayor participación, en la vigencia 2016, se modificó el Acuerdo de Conformación del Comité de Calidad, incluyendo un integrante de las Sedes con carácter rotativo trimestral, iniciando de mayor a menor: la Dirección de Unisalud Sede Bogotá y los Jefes de División de Unisalud en las sedes de Medellín, Manizales y Palmira.

La socialización de los diferentes procesos, procedimientos, así como de los respectivos formatos e instructivos, ha permitido lograr un mayor impacto, estandarización e implementación de los mismos, en cumplimiento de la normatividad vigente y en beneficio de los usuarios.

En la vigencia 2016 se aprobaron en el comité de calidad dos (2) programas, un (1) protocolo, doce (12) formatos, dos (2) instructivos, ocho (8) procedimientos y dos (2) manuales, para un total de 27 documentos para el cumplimiento de los objetivos estratégicos de aseguramiento y prestación.

RECONOCIMIENTO DENTRO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Unisalud logró desde el 2015, la participación en la rendición de cuentas de la Universidad Nacional de Colombia, también, fortalecer las relaciones con la Dirección Nacional de Bienestar y la División de Seguridad y Salud en el Trabajo, haciendo el seguimiento y consignando en las historias clínicas de los afiliados, los chequeos ejecutivos efectuados por la Administradora de Riesgos Laborales. Continuamos vinculados en forma activa, ejerciendo la Secretaría del Comité para la Seguridad del Paciente de la Universidad. En lo relacionado con la parte financiera y administrativa, se logró mayor participación de Unisalud en las diferentes actividades de la Gerencia Nacional Financiera y Administrativa de la Universidad, tales como capacitaciones para la implementación de las NICSP, capacitaciones en materia presupuestal, contable, financiera y contractual.

PLANILLA PILA

En la vigencia 2016, se celebraron los convenios correspondientes al Operador de Información y al Operador financiero que garantizaron el recaudo de aportes de pensionados de otros fondos diferentes al Fondo Pensional de la Universidad Nacional de Colombia por medio de la Planilla Pila, los cuales, debido a la gestión administrativa, fueron celebrados a cero pesos de costo para Unisalud. Se precisa que la planilla Pila, está habilitada para Unisalud, únicamente para recibir los aportes a salud de pensionados, no para efectuar pagos ni recaudar otro tipo de aportes.

Resulta pertinente decir que Colpensiones que es uno de los principales Fondos Pensionales que efectúa aportes a salud a Unisalud, no efectuó aportes a través de ese mecanismo sino de forma directa, lo cual ha generado inconvenientes por recursos recibidos sin justa causa que nuestra Unidad devolvió y esa entidad por razones inherentes a su accionar administrativo no registró, llevando a Unisalud a reprocesos importantes y desgastantes.

PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL Y PÓLIZA PARA EVENTOS DE ALTO COSTO

Unisalud requirió para respaldar su funcionamiento, de la adquisición de las pólizas de responsabilidad civil extracontractual y la póliza para eventos de alto costo. La primera, no tuvo un incremento superior al IPC porque no se han presentado siniestros que la afecten, sin embargo, la póliza para eventos de alto costo ha tenido una alta siniestralidad en los últimos años, incluyendo la vigencia 2016, motivo por el cual, el reaseguro no ha resultado un buen negocio para el asegurador, tampoco para Unisalud porque el deducible ha ido en aumento y el techo de la póliza ha bajado con una ventana cada vez más estrecha, razón por la cual, se están analizando diferentes opciones que permitan asegurar el alto costo de Unisalud respaldando la sostenibilidad financiera de la Unidad y cumpliendo con la normatividad que indica el aseguramiento o responsabilidad directa de patologías de alto costo en la Unidad.

CAPACITACIONES

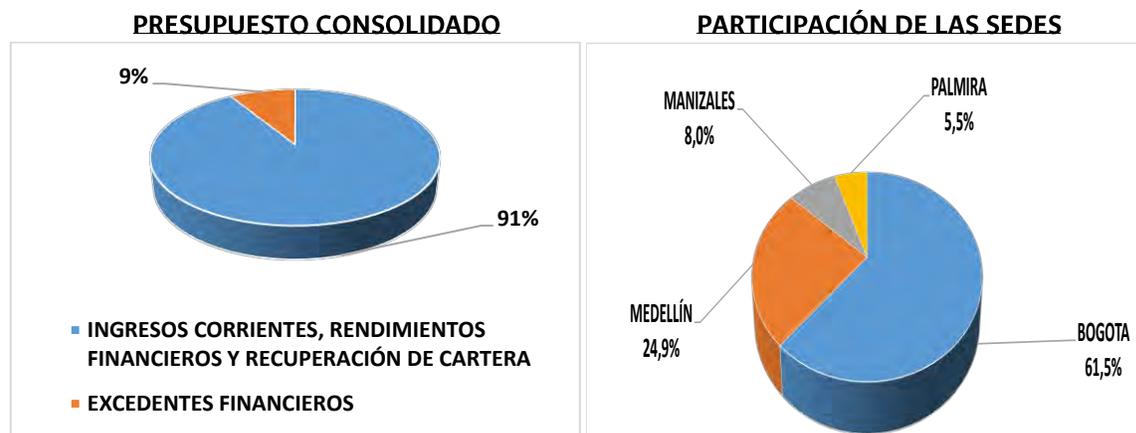
Unisalud solicitó a las Sedes el plan de capacitación para sus profesionales y población objetivo, la cual fue descrita en el apartado de comunicaciones, adicionalmente incentivó la participación de sus funcionarios a las capacitaciones de carácter administrativo y financiero que brindó la Universidad en la vigencia 2016 en materia contable, presupuestal y de contratación, así como.

Las capacitaciones efectuadas en materia de aseguramiento y prestación, éstas fueron desarrolladas en cada una de las sedes de Unisalud con los recursos propios de esta unidad.

GESTIÓN FINANCIERA

En la vigencia 2016 se apropió, una partida de \$68.972,5 millones de pesos y una de \$6.038,7 millones de pesos, estos últimos correspondientes a excedentes financieros, con el fin de apalancar los gastos de Unisalud en las sedes de Medellín, Manizales y Palmira. Gradualmente, se ajustó la anualidad del gasto con cargo al presupuesto propio de la vigencia y no con cargo a la reserva presupuestal de las vigencias anteriores.

Gráfica 18. Presupuesto Consolidado 2016 vs Participación de las Sedes



Fuente: SGF-Quipu

Es importante precisar que el 85% del presupuesto está destinado a los gastos generales los cuales cubren la contratación de clínicas y prestadores de servicios de salud, así como el suministro de medicamentos para atender a los usuarios afiliados a Unisalud. Así mismo, en los gastos de personal, se incluye el personal médico asistencial de planta de la Universidad. De esa forma, menos del 10% está destinado al costo del personal administrativo que da soporte operativo a la Unidad.

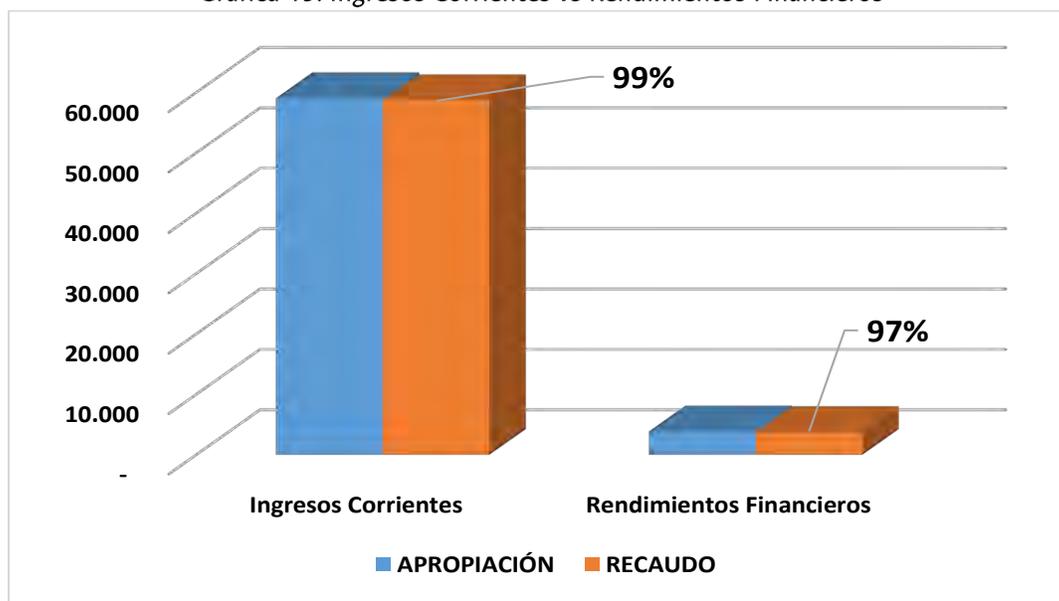
El presupuesto se encuentra financiado principalmente por los Aportes a Salud de los afiliados de acuerdo con lo preceptuado legalmente para las Administradoras de Planes de Beneficios y dentro del marco asignado por la Ley 647 de 2001, así como rendimientos financieros obtenidos por el manejo del portafolio de inversiones efectuado con base en los recursos disponibles que no van a ser utilizados para amparar obligaciones de manera inmediata, en un 91% y con excedentes financieros producto del ejercicio contable de vigencias anteriores en un 9%.

La programación presupuestal de la vigencia 2016, se efectuó para cada una de las sedes de Unisalud teniendo en cuenta los ingresos corrientes (aportes en salud referidos anteriormente) y los rendimientos financieros que se proyectaba obtener, sin embargo, éste presupuesto resultó insuficiente para apalancar las necesidades misionales de las sedes Medellín, Manizales y Palmira, motivo por el cual, se efectuó la adición con excedentes financieros ya descrita al inicio de este apartado.

Por lo anterior, del total de ingresos aforados, corresponden a excedentes financieros \$6.038.7 millones que fue necesario incorporar para apalancar el gasto misional en las sedes de Unisalud en Medellín, Manizales y Palmira lo cual indicaría que el recaudo real de recursos de la Unidad para la presente vigencia fue de \$62.467 millones de pesos.

Los rendimientos financieros no alcanzaron las metas presupuestales, debido a que las últimas constituciones de certificados de depósito se efectuaron con fecha de terminación en la vigencia 2017 porque se contaba con el flujo de caja necesario para responder por las obligaciones contraídas en la vigencia, es así como los rendimientos que se causarán no se obtuvieron en la vigencia 2016, no obstante, el recaudo por concepto de rendimientos financieros entre las vigencias 2015 y 2016 presentan un incremento del 9%.

Gráfica 19. Ingresos Corrientes vs Rendimientos Financieros



Fuente: SGF-Quipu

Si comparamos el recaudo del presupuesto de ingresos de la vigencia 2016 con la vigencia inmediatamente anterior, 2015, observamos que la variación relativa (porcentaje de variación 2015-2016) es del 5%, por debajo del incremento salarial y del IPC, debido a que el Nivel Central de las sedes de la Universidad no giró los aportes a salud patronales de los afiliados a Unisalud y tampoco se giró el aporte a salud de los afiliados a la sede de Bogotá correspondientes al mes de diciembre de 2016.

Con respecto al recobro a la póliza de enfermedades de alto costo, se efectuó seguimiento y control más estricto de siniestros a recobrar ante la aseguradora por las pólizas, razón por la cual se presentó un incremento representativo en su recaudo del 84% adicional al aforado presupuestalmente, siendo de \$1.839.8 millones de pesos.

Es importante precisar que el nivel rentístico de Plan Complementario, cuotas moderadoras y otros ingresos se reduce, debido a que incluyen el ingreso por concepto de recobro de servicios prestados a otras Universidades Públicas en desarrollo de convenios con Unisalud, los cuales, por conveniencia institucional para la presente vigencia, han tenido una reducción en su prestación. Del valor presupuestado a recobrar por \$866 millones de pesos que se prestarían en servicios de salud en desarrollo de los mencionados convenios, se recaudaron \$437 millones debido a su disminución. La conveniencia institucional ha radicado en analizar financieramente los beneficios que a los afiliados a Unisalud se han brindado en el desarrollo de los convenios, encontrando que es mayor el desgaste administrativo y financiero que trae a Unisalud debido a que son mayores los volúmenes de usuarios y servicios que presta a las otras Universidades Públicas que los servicios y afiliados de Unisalud que son atendidos por esas Universidades.

Con relación al gasto se puede observar que el mayor nivel de presupuesto se ejecuta por concepto de la adquisición de servicios médicos asistenciales: contratación de clínicas, personas naturales profesionales de la salud, adquisición de equipos médico asistenciales, insumos para laboratorio, seguros en salud y contratación del Operador Logístico para el suministro de medicamentos, lo que equivale a un porcentaje del 90% si se tiene en cuenta que dentro de los gastos del personal de planta de Unisalud (gastos de nómina) se encuentra vinculado personal médico asistencial.

Las modificaciones presupuestales obedecen a que, la variación e imprevisibilidad de morbilidades presentadas, urgencias y alto costo, conllevan a reevaluar durante el seguimiento a la ejecución contractual en el transcurso de la vigencia, las contrataciones realizadas y adecuarlas a las necesidades que se van presentando con el fin de soportar la debida atención en salud, es por ello, que la planeación en salud es un proceso complejo. Otro factor importante que lleva a realizar modificaciones presupuestales en el transcurso de la vigencia, son los servicios y medicamentos no negociados que autoriza el Comité Técnico Científico y que, por lo tanto, no se encuentran programados dentro del presupuesto por ser casos que no son de suministro ni atención regular.

Se ha realizado un ejercicio metódico, liberando partidas pequeñas no utilizadas para trasladarlas presupuestalmente a aquellos rubros que las necesitaran en el transcurso de la vigencia, dando como resultado una ejecución presupuestal total del 98%.

Comparativamente con la vigencia anterior, se puede observar un crecimiento en el nivel de los compromisos asumidos en un porcentaje superior al IPC y principalmente corresponden a los gastos por adquisición de servicios de salud que presentaron un crecimiento del 11% debido a la dificultad de negociación de tarifas por el número de afiliados a la Unidad que no es significativo para los prestadores, grandes clínicas, y por la frecuencia de uso de servicios de salud por parte de los afiliados, así como la morbilidad aumentada relacionada con el aumento de edad de la población. Cabe resaltar que, a pesar de lo dicho, con los prestadores de servicios de salud se han logrado beneficios, en especial en Unisalud Bogotá (65,4% de la Unidad), teniendo como factores positivos para la mejor negociación el pronto pago, contratos cubiertos presupuestalmente con vigencias futuras y direccionamiento de servicios.

El nivel de ejecución del gasto con respecto a la adquisición y suministro de medicamentos se incrementó en la vigencia 2016 por la aprobación de medicamentos que han surtido trámite ante los Comités Técnico Científico de Unisalud. Sin embargo, la negociación global de precios de medicamentos, que se ha efectuado de manera eficiente con un distribuidor para todas las Sedes y la mejora en los porcentajes de intermediación con el Operador Logístico para la entrega de los mismos, ha compensado en parte estos costos.

Las vigencias expiradas en gastos generales que se presentaron durante la vigencia obedecen a la campaña impulsada desde la Gerencia de la Unidad, para que los supervisores con su equipo de apoyo logren depurar glosas, aclarar cuentas y proceder de esa forma a la de liquidación de contratos de salud que se encontraban pendientes. Una vez establecida su situación, se procedió a pagar aquellos pertinentes y por haber expirado la vigencia, fueron cargados contra el respectivo rubro. Se precisa que todos estos casos tienen el respectivo acto administrativo que soporta, justifica y da claridad a cada una de las situaciones específicas que permitieron efectuar el pago, para que sirvan de soporte ante cualquier ente de control acerca del procedimiento realizado.

En el Gasto de Personal, se observa un incremento del 9.6% el cual obedece principalmente al incremento salarial de la vigencia y a la necesidad de órdenes contractuales adicionales, con el fin de depurar la información de archivo de conformidad con la Tabla de Retención Documental de la vigencia.

Al cierre de la vigencia 2016, se observa que los excedentes financieros al cierre de la vigencia 2015 de \$65.078.3 millones de pesos, disminuyen a \$64.320 millones de pesos, debido al crecimiento del gasto por concepto de servicio médico asistencial.

CONCLUSIÓN SOBRE LA GESTIÓN REALIZADA

Como conclusión general se puede observar que se ha mejorado el nivel del ingreso base, que permite apalancar el gasto misional de Unisalud, como se observa a continuación:

Tabla 41. Tendencia del Ingreso 2016

TENDENCIA DEL INGRESO			
VIGENCIA	INGRESOS CORRIENTES	RENDIMIENTOS FINANCIEROS Y RECUPERACIÓN DE CARTERA	TOTAL CAUSADO
2010	\$ 42.153.983.655	\$ 3.453.559.170	\$ 45.607.542.825
2011	\$ 45.025.436.962	\$ 2.979.359.077	\$ 48.004.796.039
2012	\$ 49.041.655.615	\$ 3.019.832.809	\$ 52.061.488.424
2013	\$ 50.742.479.821	\$ 5.001.490.912	\$ 55.743.970.733
2014	\$ 55.491.459.846	\$ 3.560.389.037	\$ 59.051.848.883
2015	\$ 55.669.819.828	\$ 3.475.606.622	\$ 59.145.426.450
2016	\$ 60.657.373.570	\$ 3.754.146.175	\$ 64.411.519.745

Fuente: SGF-Quipu

Se aclara que para la vigencia 2016, se incluye el valor de los ingresos que no fueron girados por el nivel central de la Universidad correspondientes a los aportes patronales y afiliados del mes de diciembre de 2016 y, en especial, en el último año se observa un crecimiento en el ingreso del 9% debido a la gestión.

En el gasto el comportamiento del 2012 al 2014 tuvo un crecimiento de menos del 2%, sin embargo, en las vigencias 2015 y 2016 se presentaron mayores costos de salud por el nivel de morbilidad descrito, aunque también impactó, el pago anticipado en el 2015, del 60% sobre el valor de las facturas radicadas prontamente, con el fin de mejorar condiciones de negociación con prestadores de servicios de salud. No obstante, el crecimiento fue del 13% y 4% respectivamente.

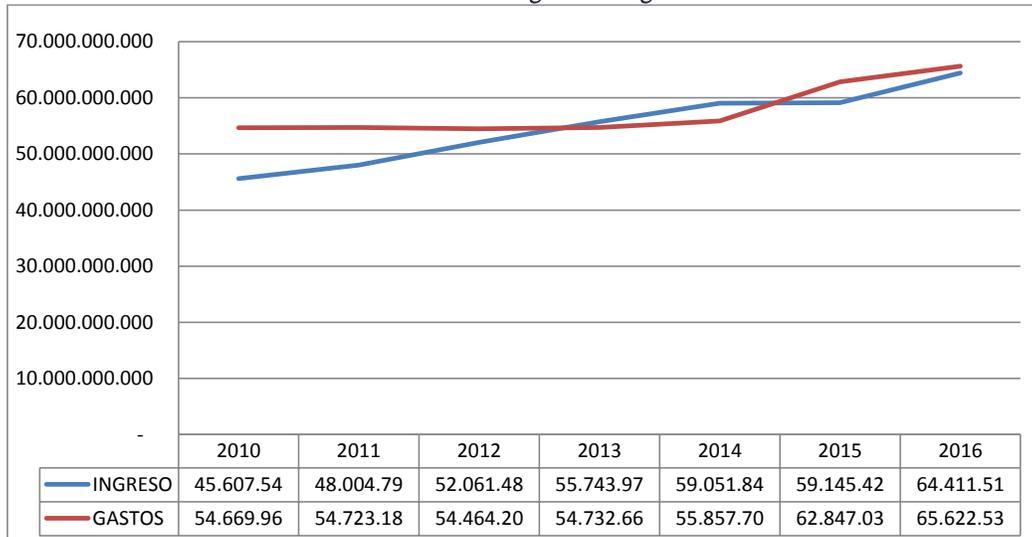
Tabla 42. Tendencia del Gasto 2016

TENDENCIA DEL GASTO			
VIGENCIA	OBLIGACIONES	RESERVAS EJECUTADAS	TOTAL CAUSADO
2010	\$ 43.678.933.300	\$ 10.991.028.887	\$ 54.669.962.187
2011	\$ 43.642.441.831	\$ 11.080.744.791	\$ 54.723.186.622
2012	\$ 42.133.760.128	\$ 12.330.445.835	\$ 54.464.205.963
2013	\$ 40.875.417.665	\$ 13.857.242.485	\$ 54.732.660.150
2014	\$ 41.916.878.156	\$ 13.940.822.065	\$ 55.857.700.221
2015	\$ 49.538.224.169	\$ 13.308.811.067	\$ 62.847.035.236
2016	\$ 56.343.438.764	\$ 9.279.101.123	\$ 65.622.539.887

Fuente: SGF-Quipu

Se debe hacer entonces un análisis del comportamiento del ingreso con relación al gasto, para lo cual se debe tener claro si el nivel de los ingresos recaudados está respaldando el total de gastos y obligaciones de la vigencia, así:

Gráfica 20. Relación ingresos vs gastos 2016



Fuente: SGF-Quipu

Unisalud ha venido trabajando con el fin de cerrar la brecha existente entre los ingresos y los gastos, sin embargo, el vacío que existe entre el nivel de recaudo y el valor de los pagos se ha cubierto en algunas Sedes con los excedentes financieros. El trabajo realizado por la actual administración producto de la implementación de las medidas mencionadas en el presente documento, así como su control y seguimiento han permitido ir cerrando la brecha como se observa en el anterior gráfico.

Implementadas las medidas financieras vigentes para mejorar el ingreso y contener el gasto sin desmejorar el servicio, ésta administración ha calculado una sostenibilidad financiera en el tiempo haciendo uso de los excedentes financieros para apalancar el gasto que no tiene respaldo en los ingresos corrientes, que arroja el siguiente resultado:

Tabla 43. Comparativo Escenarios de Sostenibilidad Financiera

ESCENARIO No.1				ESCENARIO No.2			
VIGENCIA	INGRESOS CORRIENTES	OBLIGACIONES	SALDO	VIGENCIA	INGRESOS CORRIENTES, RENDIMIENTOS FINANCIEROS Y RECUPERACIÓN DE CARTERA	OBLIGACIONES	SALDO
2012	49.041.655.615	54.464.205.963	(5.422.550.348)	2012	52.061.488.424	54.464.205.963	(2.402.717.539)
2013	50.742.479.821	54.732.660.150	(3.990.180.329)	2013	55.743.970.733	54.732.660.150	1.011.310.583
2014	55.491.459.846	55.857.700.221	(366.240.375)	2014	59.051.848.883	55.857.700.221	3.194.148.662
2015	55.669.819.828	62.847.035.236	(7.177.215.408)	2015	59.145.426.450	62.847.035.236	(3.701.608.786)
2016	60.857.097.875	65.622.539.887	(4.765.442.012)	2016	64.411.519.745	65.622.539.887	(1.211.020.142)
PROMEDIO FALTANTE FINANCIADO CON RECURSOS DE CAPITAL			(4.344.325.694)	PROMEDIO FALTANTE FINANCIADO CON RECURSOS DE CAPITAL			(621.977.445)
EXCEDENTES	2016			EXCEDENTES	2016		
TOTAL	64.150.589.801			TOTAL	64.150.589.801		
VALOR A FINANCIAR CON EXCEDENTES			4.344.325.694	VALOR A FINANCIAR CON EXCEDENTES			621.977.445
NUMERO DE VIGENCIAS PARA LAS QUE ALCANZARÍA EL EXCEDENTE			14,8	NUMERO DE VIGENCIAS PARA LAS QUE ALCANZARÍA EL EXCEDENTE			103,1

Fuente: SGF-Quipu

Se aclara que los Recursos de Capital están compuestos por Recursos del Balance (recuperación de cartera y excedentes financiero) y Rendimiento Financieros.

En el escenario No. 1 se observa que el promedio que se habría requerido, de excedentes financieros, sin tener en cuenta los rendimientos financieros y la recuperación de cartera, como fuente primaria para apalancar el gasto, hubiese sido de \$4.344 millones de pesos, que con la misma tendencia en el tiempo alcanzaría para alrededor de 14 años a partir de la presente vigencia.

En el escenario No.2, se observa que al tener en cuenta los ingresos corrientes, la recuperación de cartera y los rendimientos financieros, de la forma como se han venido optimizando, la sostenibilidad en el tiempo sería de más de 100 años.

La gestión de la actual administración ha sido efectiva para garantizar la sostenibilidad financiera de la Unidad, las evidencias son verificables en el SGF-Quipu y los estados financieros. No obstante, es importante precisar que, debido a la edad avanzada de la población, lo cual implica una mayor incidencia de enfermedades degenerativas y al constante crecimiento y variación de las morbilidades de alto costo, éste trabajo financiero debe ser permanente con un seguimiento constante y cercano para optimizar y controlar el recaudo y contener gasto innecesario, por ejemplo, con los controles de auditoría a los prestadores externos a Unisalud.

El comportamiento de los excedentes financieros, se observa a continuación:



Fuente: SGF-Quipu

No ha sido un crecimiento lineal porque se requiere respaldar los gastos misionales, sin embargo, se han mantenido, implicando una sostenibilidad de la Unidad, que ya sobrepasó los pronósticos del estudio del Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID, de la Universidad Nacional de Colombia.

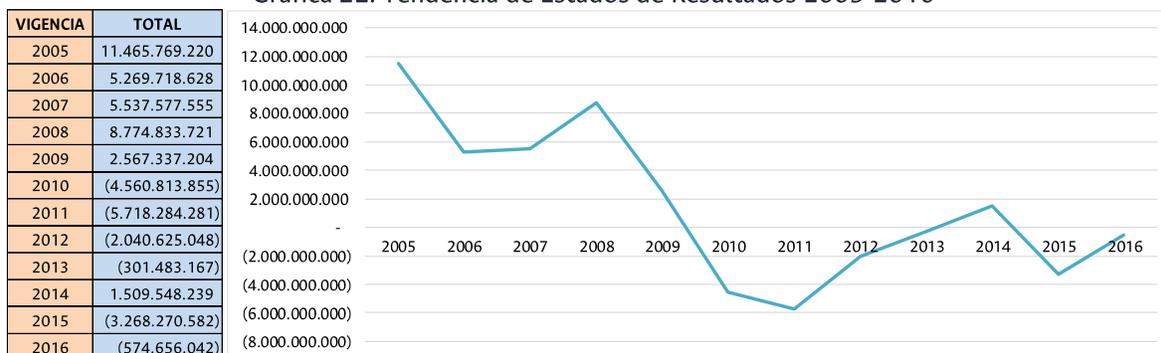
ESTADOS DE RESULTADOS

Los estados de resultados de la vigencia 2016 no fueron positivos, debido al registro que la Dirección Jurídica Nacional ordenó efectuar como provisión que respalda procesos judiciales, cuyo cálculo superó los \$801 millones de pesos.

1. Se incluyó en el cálculo de las provisiones, las pretensiones actualizadas desde el principio de cada uno de los procesos.
2. Corresponden, en su mayoría, a vinculación de contratistas mediante orden de prestación de servicios, vinculados para cumplir la misión de la Unidad.

- Se ajustó registro de 24 millones de pesos en la vigencia 2015 a \$841 millones de pesos en la vigencia 2016 porque según informó la Dirección Jurídica Nacional, no se había calculado un factor de pago sobre las pretensiones.

Gráfica 22. Tendencia de Estados de Resultados 2005-2016



Fuente: SGF-Quipu

En la gráfica anterior se puede observar que a partir de la vigencia 2012, se evidencia la gestión realizada en el sentido de contener unos estados de resultados que para la vigencia 2011 venía en una baja representativa, la caída en el 2015 se da por el pago del 60% de la facturación con algunas grandes clínicas en Bogotá y para el 2016, a pesar de la contingencia judicial descrita, se presenta mejoría de los mismos. En conclusión, la Unidad desde el 2012 ha mejorado sus estados de resultado, debido a la gestión financiera y administrativa realizada por la actual Gerencia Nacional de Unisalud.

SUGERENCIAS FINANCIERAS PARA LAS SIGUIENTES VIGENCIAS

El trabajo antes mencionado, ha requerido formular propuestas, gestionar lineamientos, implementar las medidas autorizadas y, en especial, efectuar el respectivo control y seguimiento financiero al recaudo de recursos, uso de los mismos y control del gasto no necesario que sugerimos renovar y mantener.

No se pretende generar líneas de gestión futuras, sino fortalecer bases de trabajo que han mostrado resultados.

NUEVAS FUENTES DE INGRESO

Cuotas Moderadoras: el Jefe de División Nacional Administrativa y Financiera fue requerido para estudiar y evidenciar el impacto de equiparar las cuotas moderadoras de la Unidad a las del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Producto del análisis, se encontró que los rangos de mayor impacto serían de dos (2) a tres (3) salarios mínimos legales vigentes y de cinco (5) a ocho (8) salarios mínimos legales vigentes. En general en el recaudo sería de un 38% aproximado, dependiendo de la frecuencia de uso de los servicios.

Copagos: dentro del mismo ejercicio, se analizaron los copagos de la Unidad frente a los del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuya diferencia es del 15% menos en general, en Unisalud. El mayor impacto en caso de un ajuste de este tipo de pagos sería para los rangos mayores a cinco (5) salarios mínimos, es decir, ese incremento sería de carácter progresivo por no afectar a los estratos de menores ingresos.

Portafolio de Inversiones: Desde la División Nacional de Tesorería de la Universidad, se informó que existen alternativas diferentes para el manejo de los recursos, por medio de las entidades financieras

autorizadas, que permitirían optimizar los portafolios, obteniendo mejores rendimientos financieros. Se identificó que se puede indagar en el mercado, dentro de las entidades financieras calificadas con AAA o AA+ qué portafolios 1525 manejan (Portafolio 1525 corresponde al portafolio que cumple las seguridades del mercado financiero enmarcadas para el sector público y que se encuentra reglamentado en el Decreto 1525 de 2008).

Hay dos opciones importantes, adicional al portafolio de inversiones actual y son:

1. APT: Inversiones financieras que se efectúan por medio de administradores de portafolio de terceros, que se encargan de manejar y administrar los portafolios mejorando representativamente los rendimientos financieros. Se hace un contrato con todos los requisitos pre y contractuales y estas administradoras se obligan a optimizar los recursos invertidos. Las administradoras deben ser filiales de un banco reconocido que preferiblemente sea banco para la Universidad Nacional de Colombia.
2. FIC: Son fondos de inversión colectiva que se pueden negociar y que permiten el manejo diario de recursos, por medio de los cuales se optimizan los intereses de las cuentas de ahorro debido a que son Fondos de Inversión Colectiva. (Son constituidos con recursos de diferentes entidades públicas, siempre enmarcadas dentro de lo reglamentado en el Decreto 1525 de 2008).

La Junta Directiva Nacional de Unisalud, es el ente colegiado ante el cual se deben presentar las propuestas para su respectivo análisis, dentro de la función encomendada a ella en el artículo 6°, numeral 7 del Acuerdo 024 de 2008 del Consejo Superior Universitario “Adoptar las políticas financieras, presupuestales y tarifarias, teniendo en cuenta las normas internas de contratación de la Universidad....”.

Donaciones: Se sugiere tener en cuenta el procedimiento y actividades que serían necesarias en caso de donaciones que puedan realizar tanto los usuarios como cualquier persona jurídica o natural que así lo deseara.

Venta de servicios de salud: se debe evaluar con precaución esta opción, por comprometer infraestructura física y personal asistencial, comparado con la posibilidad de generar algunos recursos adicionales por este mecanismo, teniendo siempre como base, la normatividad vigente, los servicios a vender serían:

1. Servicio ambulatorio de medicina general: Examen médico general de chequeo que se pueda ofrecer a particulares, de acuerdo con la agenda disponible y privilegiando siempre la prestación del servicio para los afiliados directos.
2. Servicio ambulatorio de consulta al día: Consulta al día de medicina general (no urgencias), ofrecida a particulares.
3. Servicio odontológico diagnóstico: Consulta de odontología diagnóstica para particulares.
4. Servicio odontológico con procedimientos
5. Servicio de laboratorio
6. Servicio de imágenes diagnósticas

Es necesario evaluar costo- beneficio de las actividades anteriormente relacionadas y verificar, en caso de presentarse eventos adversos, la cobertura de la póliza de responsabilidad civil profesional para instituciones médicas, además de tener en cuenta la viabilidad, si se cuenta con un concepto jurídico favorable.

Los valores a cobrar corresponderían a los establecidos en la política tarifaria a valor presente, más un 25%.

MINIMIZACIÓN DE GASTOS

Beneficiarios Cotizantes: El gasto por concepto de beneficiarios cotizantes, tomando como base el cálculo de gasto per cápita en Unisalud, correspondería para una vigencia fiscal, con base en el 2016, a \$2.096.692.932 millones de pesos.

El ingreso dejado de percibir tomando como base el cálculo del recaudo per cápita en Unisalud correspondería para una vigencia fiscal, con base en el 2016, a \$4.135.076.983. Contar con la decisión de la Junta Directiva Nacional de Unisalud, respecto a que estos beneficiarios permanezcan o coticen al Sistema General porque tiene capacidad de pago, ha sido parte del estudio que viene presentando para decisión, ante ese ente colegiado, la Gerencia de Unisalud desde años anteriores.

Nóminas de personal administrativo y médico asistencial de planta: se sugiere evaluar la posibilidad de que la Universidad financie los gastos de nómina y las respectivas contribuciones parafiscales, con base en que Unisalud es una dependencia de la Universidad, de carácter especializado y con personal de planta de la entidad. Liberar a Unisalud de estos gastos administrativos, optimizaría el uso de los recursos parafiscales de las cotizaciones en salud, en la contratación directa de los servicios médico asistenciales, de apoyo diagnóstico y terapéutico y de programas de PE y DT, así como intervenir en acciones que coadyuven en el logro de una Universidad Saludable.

Contratación de Clínicas y Hospitales en las Sedes: el acompañamiento permanente del equipo de Gerencia durante la contratación de grandes clínicas en las sedes, atendiendo lo preceptuado en el artículo 9° del Acuerdo 024 de 2008 del Consejo Superior Universitario, buscará indagar la posibilidad de que los prestadores cuenten con filiales a nivel nacional para que de esa manera la negociación la efectúe la Sede geográfica principal del prestador con el respaldo de la Gerencia y se logre servicio para las demás Sedes a través de sus filiales; lo anterior mejorará la capacidad de negociación por ofrecer un mayor número de afiliados sujetos de recepción de servicios.

Es necesario fortalecer la auditoría concurrente y de cuentas médicas en cada Sede, buscar altas tempranas con el seguimiento por profesionales en casa, que eviten o minimicen la posibilidad de reingresos hospitalarios. Adicionalmente, reinducir a los supervisores de los contratos, para que se cumpla con los tiempos pactados contractualmente para las glosas y su respuesta y de esa forma se beneficie a los prestadores con la agilidad en el proceso y a Unisalud con el seguimiento en los tiempos adecuados y la liquidación dentro de los márgenes otorgados en el Manual de Convenios y Contratos de la Universidad.

Con la revisión de este último objetivo estratégico, culminamos la presentación del informe de gestión de Unisalud en la vigencia 2016, haciendo un llamado de atención a la administración y a la comunidad afiliada a la Unidad para que se continúe y fortalezca el trabajo de mutua colaboración, buscando la permanencia en el tiempo de un servicio de salud que se ha constituido en uno de los más apreciados, dentro de los Sistemas Propios de Seguridad Social en Salud y ejemplo de que la prestación del servicio puede ser humanizada, personalizada y buscando altos estándares de calidad en beneficio de la salud de la población afiliada.



 *Unisalud.UN*

 *Unisalud_UNAL*

www.unisalud.unal.edu.co