

TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE TABLAS.....	2
INDICE DE GRAFICAS.....	3
VISION GERENCIAL.....	4
Objetivos Estratégicos.....	5
EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN.....	5
Objetivo Estratégico Direccinamiento.....	6
Modelo de Salud.....	6
Comunicaciones.....	7
Fortalecimiento de canales de comunicación.....	7
Acciones generales de comunicación.....	8
GESTION DE LA MEJORA.....	10
Cumplimiento de PAMEC institucional y Seguimiento a planes de tratamiento de riesgos:.....	11
Balance de la mejora:.....	14
GESTION DEL ASEGURAMIENTO.....	16
Caracterización de la población.....	18
Atencion al usuario.....	21
La satisfacción de nuestros usuarios.....	21
Percepción general de satisfacción con la unidad a nivel nacional.....	22
Percepción de satisfacción en aseguramiento.....	24
Percepción de satisfacción en prestación de servicios de salud – Unisalud IPS.....	25
Manifestaciones 2018.....	25
Morbilidad.....	29
Egresos Hospitalarios.....	35
Mortalidad.....	37
poliza Alto Costo.....	38
Comité Técnico Científico – CTC.....	43
Suficiencia de la Red.....	47
Actividades de Protección Específica y Detección Temprana PE Y DT.....	49
Frecuencia de Uso y Concentración de Servicios Autorizados.....	51
Capacidad Técnica y Científica de la Red Contratada.....	54
Central de Autorizaciones.....	55
Conclusiones y Recomendaciones para el Proceso de Aseguramiento.....	56
GESTION DE LA PRESTACION.....	58
Monitoreo de la Calidad de la Atención Brindada a los Afiliados.....	59
Cumplimiento de Estándares de Habilitación.....	61
Porcentaje de intervención de riesgos en salud y destinación de la capacidad instalada en las ips propias al modelo de salud.....	61
Evaluación de Indicadores de Prestación de Servicios de Salud.....	63
PROGRAMA DE AUDITORIA para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud DEL PRESTADOR, PAMEC PRESTADOR.....	66
Conclusiones y Recomendaciones Para el Proceso de Prestación.....	68
GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	70
Capacitación.....	70
Contratación.....	72
Liquidación Acuerdos Contractuales.....	72
Vigencias Futuras.....	74
Recomendaciones.....	74
GESTIÓN FINANCIERA.....	74
Presupuesto definitivo (apropiación).....	74
Ejecución del presupuesto de la vigencia 2018.....	76
Ingresos.....	76

Gastos	78
Reservas presupuestales	80
Información contable	80
Comportamiento de tesorería.....	81

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Comparativo Evaluación Plan de Acción.....	6
Tabla 2. Balance de la Mejora.....	14
Tabla 3. Calificación de las acciones de mejora Año 2018	15
Tabla 4. Distribución de afiliados por ciclo vital y género.....	19
Tabla 5. Ficha Técnica Encuesta de Satisfacción.....	21
Tabla 6. Distribución de encuestas por tipo de servicio evaluado	23
Tabla 7. Manifestaciones 2018	26
Tabla 8. Morbilidad por grupos UNISALUD vigencia 2018	29
Tabla 9. Morbilidad grupo Enfermedades del sistema circulatorio UNISALUD vigencia 2018.....	30
Tabla 10. Morbilidad Grupo Neoplasias UNISALUD vigencia 2018.....	32
Tabla 11. Morbilidad según diagnóstico UNISALUD vigencia 2018	33
Tabla 12. Comparativo de Egresos Hospitalarios 2015 – 2018	35
Tabla 13. Diez primeras causas de internación hospitalaria por subgrupo en la vigencia 2018	35
Tabla 14. Mortalidad Unisalud 2015-2018	37
Tabla 15. Diez primeras causas de mortalidad por Grupos Unisalud 2018	38
Tabla 16. Mortalidad por género y tipo de afiliación Unisalud 2018.....	38
Tabla 17. Condiciones Póliza de Alto Costo No.000706539895.....	39
Tabla 18. Indicadores de estructura demográfica de la población Unisalud sujeto de cobertura por la póliza de alto costo No. 000706539895 a 30 de noviembre de 2018.....	39
Tabla 19. Distribución preavisos alto costo por sede. Febrero 29 de 2016 a noviembre 30 de 2018..40	40
Tabla 20. Distribución de los preavisos reportados en la población afiliada a Unisalud. Febrero 29 de 2016 a noviembre 30 de 2018.....	41
Tabla 21. Distribución de los amparos presentados en la población afiliada a Unisalud, febrero 29 de 2016 a 31 de diciembre de 2018	41
Tabla 22. Siniestralidad Póliza de Enfermedades de Alto Costo No.000706351355	42
Tabla 23. Comparativo Indicador de Oportunidad CTC 2014 – 2018.....	44
Tabla 24. Consolidado Facturación Operador Logístico año 2018	45
Tabla 25. Comparativo del comportamiento del costo de medicamentos aprobados por CTC en las vigencias 2017- 2018.....	45
Tabla 26. Comparativo Costo de medicamentos y dispositivos médicos negociados 2015-2018.....	46
Tabla 27. Comparativo organización red nacional de prestadores Unisalud 2016-2018.....	47
Tabla 28. Índice de suficiencia de la red contratada 2018	49
Tabla 29. Destinación de la capacidad instalada al modelo de salud, cuadro comparativo 2016- 2018	50
Tabla 30. Diez actividades de PE y DT en orden de frecuencia.....	50
Tabla 31. 10 primeros servicios autorizados según frecuencia de uso. Unisalud 2018.....	51
Tabla 32. Primeros servicios autorizados según concentración	53
Tabla 33. Cumplimiento de estándares de habilitación 2018.....	61
Tabla 34. Porcentaje de Intervención de riesgos priorizados en salud Unisalud 2018.....	62
Tabla 35. Dedicación de capacidad instalada de las IPS propias al modelo de salud Unisalud 2018...63	63
Tabla 36. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud 2018	63
Tabla 37. Servicios asociados a mayor incumplimiento de citas por parte de los usuarios en Unisalud 2018.....	65
Tabla 38. Primeros 5 Servicios asociados a mayor número de horas no asignadas de citas 2018	65
Tabla 39. Presupuesto definitivo 2018.....	75

Tabla 40. Recaudo vigencia 2018 vs 2017.....	77
Tabla 41. Gastos de Funcionamiento 2018	78
Tabla 42. Ejecución Gastos de Funcionamiento	78
Tabla 43. Comparativo Gastos de Funcionamiento 2017-2018	79
Tabla 44. Información Contable.....	80

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Visitas Pagina WEB Unisalud 2018.....	10
Gráfica 2. Población de UNISALUD 2006 - 2018	19
Gráfica 3. Pirámide Poblacional Unisalud 2018	20
Gráfica 4. Pirámides Poblacionales Sedes Unisalud 2018.....	20
Gráfica 2. Satisfacción General 2018	23
Gráfica 6. Satisfacción Aseguramiento 2018.....	24
Gráfica 7. Manifestaciones 2018.....	26
Gráfica 8. Medios de Radicación Manifestaciones.....	26
Gráfica 9. Presupuesto por Sedes 2018.....	75
Gráfica 10. Ingresos Corrientes vs Excedentes Financieros 2018	75
Gráfica 11. Ejecución Ingresos 2018.....	77

El año 2018 fue un año de bastantes cambios, que permitieron seguir fortaleciendo la estabilidad financiera y administrativa en Unisalud, lo cual nos lleva a analizar desde diferentes aspectos, cada uno de los objetivos estratégicos con el cumplimiento de las diferentes metas planteadas para el trienio 2016-2018

La estructura de nuestro informe de gestión se enfoca en las actividades realizadas por todas las áreas con una mirada holística de Unidad, siempre en cumplimiento de nuestra 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.*

De acuerdo a esto, frente al Sistema de Salud de Colombia, Unisalud se comporta como una Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), cumpliendo los lineamientos tanto del Ministerio de Salud y Protección Social como los de la Superintendencia Nacional de Salud, llevándonos a realizar un amplio número de reportes que demandaron ajustes en nuestros procesos administrativos y asistenciales.

Durante la vigencia 2018 tuvimos buenos resultados tanto en la sostenibilidad financiera como en la perdurabilidad de la Unidad, pero seguimos pendientes de las decisiones de los órganos legislativos del País, especialmente en la reducción de los aportes de los pensionados, lo que afectaría de manera directa nuestros ingresos.

Anticipándonos a ese escenario, durante el 2018 se tomaron medidas con la aprobación de la Junta Directiva Nacional, como restringir nuevas afiliaciones de beneficiarios cotizantes, que esperamos reduzcan el impacto financiero, dado que estos usuarios son acogidos por la Unidad sin percibir sus aportes, los cuales llegan directamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y por los cuales la Universidad tomó acciones legales para su retorno.

Una de las acciones que han impactado positivamente en la salud de nuestros usuarios, es la puesta en marcha del proyecto de “Fortalecimiento del Modelo de Salud Basado en la Gestión del Conocimiento para la Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud en Unisalud”, brindando una mirada objetiva a las necesidades desde el punto de vista del usuario. Los resultados finales del Proyecto alimentarán la actualización del modelo de salud brindando orientación acerca de las estrategias a desplegar para establecer sólidamente el modelo de gestión del riesgo propuesto desde el 2006.

Así mismo, como parte de la integración con la Universidad, Unisalud tiene a su cargo la secretaría técnica del Comité de Seguridad del Paciente y el liderazgo del equipo de apoyo al mismo, lo cual evidencia el compromiso de la Unidad con la calidad en la atención en salud en la Universidad.

Dos de los aspectos que desde mi gerencia se han fortalecido van enfocados en la GESTIÓN CLÍNICA que contempla la labor asistencial de carácter curativo, buscando mejorar el estado de salud de todos nuestros 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 inciden en el deterioro de la salud de las personas que laboran en ella.

Adicionalmente, como EAPB debemos velar que nuestros afiliados reciban atenciones integrales en salud que cumplan los criterios de calidad y estén basados en la mejor evidencia disponible,

identificando y gestionando el riesgo de cada usuario, ofreciendo actividades de Protección Específica y Detección Temprana - PE y DT, pertinentes de acuerdo a su ciclo vital y garantizando el adecuado registro de las mismas en la historia clínica, por lo que durante el 2018 fortalecimos el monitoreo, tanto de las IPS propias como de la red externa.

Dicho monitoreo contempló la revisión de calidad de la historia clínica, dada la importancia en el cumplimiento de diferentes propósitos, como garantizar la trazabilidad de las condiciones de salud de los afiliados que permitan evidenciar cambios agudos o inesperados, así como realizar un seguimiento adecuado, oportuno e integral de su estado de salud, con el correspondiente análisis de riesgos.

Como Gerente Nacional de Unisalud agradezco la participación de nuestros colaboradores para brindar la información sobre la gestión realizada durante la vigencia 2018, no solo para dar cumplimiento a nuestro deber de rendir cuentas sino a todos sus aportes para fortalecer el camino de llegar a nuestra 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.*

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

El Plan de Desarrollo de Unisalud correspondiente al trienio 2016-2018 enmarca la gestión de la Unidad en el cumplimiento de 6 objetivos estratégicos, evaluando de manera transversal la gestión estratégica por procesos y no por áreas funcionales, y que tiene como fin, dar respuesta a las oportunidades de mejora y al aprovechamiento de las fortalezas de la Unidad.

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 el Sistema Integrado de Gestión Académica, Administrativa y Ambiental – SIGA, de la 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.

EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

Al terminar el trienio 2016-2018, encontramos que la evaluación de nuestro plan de desarrollo a través de los indicadores del plan de acción tuvo un estancamiento, por lo que para la vigencia 2019 se realizará

una evaluación basada en el Plan de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad en Salud - PAMEC, lo que nos permitirá enfocarnos en los riesgos identificados y trabajados en las vigencias 2017 y 2018.

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.

Al igual que en vigencias anteriores, la evaluación se ha realizado por objetivos estratégicos y se ponderó de acuerdo con el peso porcentual que tenía la población de cada sede frente al total de afiliados de la Unidad a 31 de diciembre de 2018 donde fueron 17.491 personas, con una participación del 65.2% para la sede Bogotá (11.411), 21.0% para la sede Medellín (3.667), 8.4% para la sede Manizales (1.464) y 5.4% para la sede Palmira (949).

Tabla 1. Comparativo Evaluación Plan de Acción

OBJETIVO ESTRATÉGICO	2016		2017		2018	
	OBJETIVO	PLAN DE ACCIÓN	OBJETIVO	PLAN DE ACCIÓN	OBJETIVO	PLAN DE ACCIÓN
DIRECCIONAMIENTO	93,1%	93,2%	94,4%	92,1%	96,9%	87,7%
GESTION DE LA MEJORA	97,7%		99,5%			
GESTION DEL ASEGURAMIENTO	87,2%		87,7%			
GESTION DE LA PRESTACION	85,7%		84,9%			
GESTION ADMINISTRATIVA	95,5%		86,1%			
GESTION FINANCIERA	100,0%		100,0%			

Fuente: Planeación y Sistemas de Información

La evaluación del plan de acción de Unisalud se mantiene en rango normal, es decir entre 80% y 100%, con disminución frente a la vigencia 2017, afectado principalmente por la evaluación del objetivo estratégico de Gestión Administrativa en el componente de la auditoría realizada al proceso de contratación en su etapa postcontractual, el cual se analizará más adelante.

OBJETIVO ESTRATÉGICO DIRECCIONAMIENTO

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

Para la vigencia 2018 se concentraron esfuerzos en dos frentes principalmente, en la revisión de nuestro modelo de salud y las comunicaciones internas y externas.

MODELO DE SALUD

Nuestro modelo de salud está basado en la gestión del riesgo y se fundamenta en:

- **Atención centrada en el paciente:** el usuario es el centro y razón de ser de nuestro servicio, por ello, la atención personalizada y humanizada es uno de los objetivos principales en Unisalud.
- **Efectividad:** contratamos profesionales de salud idóneos y reconocidos en el medio, así como prestadores de servicios con alto reconocimiento y estándares en el sector.

- **Eficiencia:** optimizar el uso de los recursos humano, físico y tecnológico, en beneficio de toda la comunidad afiliada.
- **Equidad:** cubrir las necesidades en salud de toda nuestra población afiliada, siendo un gran reto por la dispersión geográfica, que genera poblaciones muy pequeñas a cubrir y no permite garantizar una contratación efectiva en todos los casos.
- **Oportunidad:** garantizar la atención de los afiliados en el menor tiempo posible, tanto en las Instituciones Prestadoras de Servicio IPS propias como con la red externa adscrita.
- **Seguridad:** a través de la participación activa en la creación y conformación del Comité para la Seguridad del paciente de la Universidad Nacional, desde la vigencia 2014.

COMUNICACIONES

La comunicación en una institución de salud tiene como objetivo principal generar interacciones que permitan impactar de manera positiva la salud y el bienestar a través del desarrollo de relaciones entre los públicos de interés y la institución, es por ello que en el caso de las comunicaciones de Unisalud, durante la vigencia 2018, se plantearon varios retos que pretendieron fortalecer los canales de comunicación que utiliza el usuario para manifestar su opinión y para acceder a los servicios.

FORTALECIMIENTO DE CANALES DE COMUNICACIÓN

Teniendo en cuenta las opiniones de los usuarios a través de las manifestaciones durante la vigencia 2017, Unisalud identificó la necesidad de generar un canal de comunicación que permitiera mejorar la experiencia del usuario con relación al servicio de trámite de autorizaciones para servicios de salud prestados por la Red Adscrita, en especial en la sede Bogotá, que debido al volumen de radicaciones diarias implicaba un esfuerzo importante para los usuarios y para los servidores públicos encargados de la gestión.

A finales de febrero de 2018 se realizó el lanzamiento de UNISALUD VIRTUAL, un aplicativo web para realizar trámites en línea de autorizaciones. Para lograr la apropiación de la herramienta se desarrolló y aplicó un plan de trabajo que permitió empoderar a la población afiliada en Bogotá.

Etapa 1: Sensibilización con la herramienta

- Se realizaron piezas de comunicación dirigidas a los servidores públicos de Unisalud, con el objetivo de que todos entendieran los beneficios de la herramienta y se convirtieran en replicadores del mensaje con los usuarios.
- Se realizaron capacitaciones a las personas de diferentes áreas para que los usuarios encontrarán soporte permanente sobre el uso del aplicativo.

Etapa 2: Aprendizaje del uso de la herramienta

- Se desarrollaron jornadas de contingencia en las que se le enseñaba a los usuarios que se encontraban en espera de ser atendido en ventanilla, cómo realizar el procedimiento de autorizaciones a través del aplicativo.

- Se realizó visita a los directores de bienestar de las facultades para explicarles el uso del aplicativo e invitarlos a promover su uso en las facultades
- Se coordinaron visitas en las facultades de Medicina, Derecho y Odontología para enseñar in situ el uso del aplicativo.
- Se desarrollaron videos tutoriales que fueron publicados en los diferentes medios dispuestos en Unisalud.

Etapa 3: Fortalecimiento de la cultura + digital tanto en la población activa como en los pensionados.

- Se establecieron canales de consulta telefónica sobre el aplicativo, para ello se capacitaron las secretarías de la sede, atención al usuario, afiliaciones y comunicaciones.
- Se realizaron socializaciones sobre el avance de la implementación de la herramienta a través de “Hablemos de Unisalud” y de una actividad interna en la que las personas tenían el reto de contar a por lo menos un compañero la información sobre los resultados del aplicativo.

Como parte del fortalecimiento de canales de comunicación con los usuarios, también se implementó el call center, a través del cual se puede realizar la solicitud de citas médicas en la sede Bogotá y las solicitudes de información a nivel general de los usuarios.

Con esta implementación se mejoró la satisfacción del usuario, para la vigencia 2018, puesto que debía desplazarse hasta las instalaciones para solicitar su cita médica u odontológica, ya que, a pesar de existir un servicio telefónico, no se tenía una oportunidad de respuesta adecuada a las necesidades de los afiliados.

ACCIONES GENERALES DE COMUNICACIÓN:

- **Novedades del servicio:** Con el objetivo de informar a los usuarios sobre cambios relacionados con la rutina de los servicios, se realizaron 30 piezas, que fueron enviadas por correo electrónico y fijadas en carteleras o en los espacios afectados.
- **Campañas:** Durante la vigencia anterior se realizaron varias campañas que apuntaban a dar a conocer servicios o situaciones particulares.
 - Lanzamiento de Unisalud Virtual: Afiches, audios, videos tutoriales, mailling. En total 20 piezas.
 - Lanzamiento de Call Center: Afiches, adhesivos, mailling.
 - Consolidado de citas incumplidas: Invitando a ayudar a disminuir el indicador. Afiche y mailling
 - Donafiliado: Invitación a donar medicamentos y evitar el desperdicio por vencimiento de los mismos.
 - +55 en Bogotá: Convocatoria para los interesados en ser parte del programa que está dirigido a los adultos mayores.
 - Talleres Palmira: Afiches sobre enfermedades y sus respectivos talleres para hablar de las patologías.
 - Seguridad del paciente: uso adecuado de medicamentos, invitación a consulta de asesoría farmacéutica en Bogotá.
 - Código de ética y buen gobierno: Se realizaron piezas en aras de recordar las buenas prácticas y la aplicación de los códigos como parte fundamental del servicio.
- **Elecciones 2018:** Durante esta vigencia se realizaron las elecciones de representantes ante la Junta Directiva Nacional y Comités Administradores de Sede. Comunicaciones se encargó de

realizar el acompañamiento a la Secretaría General, encargada del proceso electoral electrónico. Durante el acompañamiento se realizaron:

- Talleres y piezas de comunicación con el objetivo de recordar o enseñar el uso del aplicativo de votaciones para los pensionados.
 - Se desarrollaron 15 piezas de comunicación que fueron fijadas en carteleras y/o enviadas a través de mailling por correo institucional.
 - Se desarrolló un micro sitio web donde se dispuso de toda la información referente al proceso electoral.
- Pasaporte del Mejoramiento Continuo: Unisalud Bogotá participó en la metodología propuesta por Calidad de sede, con el objetivo de interiorizar diversos temas con los públicos internos, para ello se realizaron diversas acciones de comunicación:
 - Talleres de levantamiento de percepciones de los equipos sobre las fallas de Unisalud
 - Bingo con fallas y soluciones propuestas por el personal interno
 - Teléfono roto: Valores de Unisalud
 - Elaboración de piezas: Cadena de Valor, mapa de canales de comunicación, Taller de Servicio en Hablemos de Unisalud.
 - Descripción del servicio de citas médicas en Bogotá

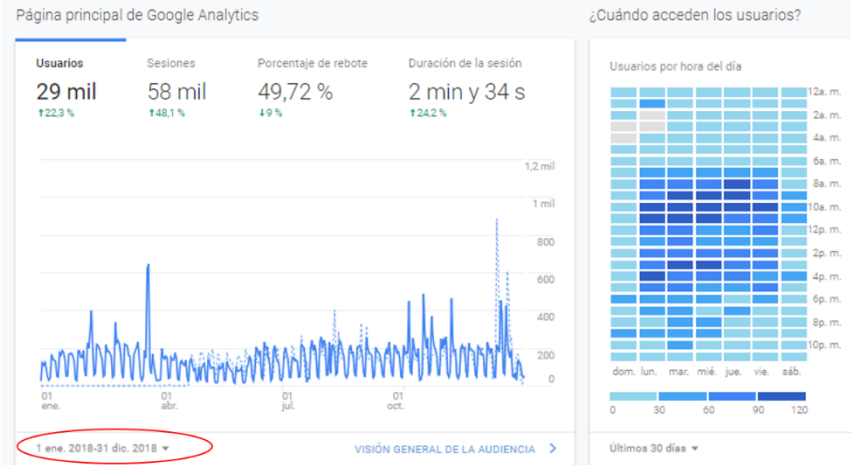
Para el desarrollo de este trabajo se conformó un equipo de gestores de calidad y comunicación que adquirió un rol activo en la programación de actividades y acciones de comunicación a través de la didáctica y el juego.

- Promoción de derechos y deberes: Se actualizó la publicación y se colocó en carteleras físicas en las sedes.
- PQRS: Comunicaciones coordinó la inclusión del sistema de manifestaciones de Unisalud en el Sistema de SQRS de la Universidad con el objetivo de poder utilizar la herramienta tecnológica dispuesta para tal fin y de esta manera llevar la trazabilidad de las manifestaciones de manera más organizada. Esta herramienta permite que los usuarios puedan hacer seguimiento de sus manifestaciones a través de un perfil. Para la implementación se produjeron 4 piezas de comunicación. Tres de ellas fueron enviadas por mailling y fijadas en el sitio web y en las carteleras físicas.
- Servicio: Se publicaron la cartilla del servicio y el video del servicio. Dos piezas de comunicación dispuesta para interiorizar los atributos del servicio en Unisalud.
- Boletines Conexión Salud – Palmira: Se realizaron dos ejemplares con el objetivo de que el CAS de la sede pudiese divulgar información de interés.
- Actualización ID UN: Se realizó actualización de 120 sellos con la imagen institucional actual, al igual que seguimiento a la implementación de la imagen en ropa del servicio (batas, pijamas, toallas)
- Cambio del reglamento de afiliaciones (Beneficiarios Cotizantes): Se realizó divulgación de las decisiones tomadas por la Junta Directiva Nacional de Unisalud sobre este tema. Para ello se realizaron 12 piezas.
- Otras piezas: Se desarrollaron diversas piezas para fortalecer mensajes de las áreas, como es el caso de mailling de bienvenida a los usuarios nuevos, mailling para campañas de mercadeo, invitación a participar en rendición de cuentas, día de la secretaria, campañas de vacunación.
- Reunión de usuarios: Teniendo en cuenta la cantidad de inquietudes que tenían los usuarios, referente al cambio del reglamento de afiliaciones con relación a los cónyuges de los cotizantes, obligados a realizar aportes a otros regímenes de salud. La Gerencia Nacional de Unisalud, realizó una reunión de usuarios en cada sede para aclarar las inquietudes de los afiliados.
- Hablemos con Unisalud: Es un escenario de comunicación con los equipos de trabajo en los que se expresan situaciones o se establecen rutas de trabajo para desarrollar acciones de mejora, en

el caso de la vigencia 2018, cada sede organizó las sesiones priorizando temáticas según sus necesidades.

- Actualización de sitio web: publicación permanente de temas de interés. Según google Analytics durante la vigencia 2018 se tuvieron 29 mil visitas.

Gráfica 1. Visitas Pagina WEB Unisalud 2018



Fuente: Google Analytics

- Programa de radio y Podcast

Conexión Salud es un programa de radio realizado por Unisalud y producido por UN RADIO, se emite en Bogotá, los martes de 9:30 a.m., y en Medellín los jueves a las 7:30 p.m. Durante la vigencia 2018 se realizaron 40 programas que contaron con la participación de expertos tanto de la Universidad Nacional de Colombia como de otras instituciones.

Link de archivo de los programas: <http://unradio.unal.edu.co/nc/detalle/cat/conexion-salud/page/5.html>

Para el 2018, UN RADIO invitó a UNISALUD a participar en la elaboración de un PODCAST como parte de un piloto para implementar un nuevo formato de audio descargable, en el marco de la celebración de los 27 años de UN RADIO. Unisalud desarrolló el PODCAST Aprendamos con Unisalud “la salud de Colombia 30 años de transformaciones”

URL del archivo:

http://unradio.unal.edu.co/podcast/episodios.html?tx_news_pi1%5BoverwriteDemand%5D%5Bcategories%5D=5&chash=e076dff52fed12a1b73b982cfcf355f7

GESTION DE LA MEJORA

El objetivo de mejora continua que se ha venido midiendo en Unisalud en los últimos tres años busca “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 UN. Para su medición se han definido indicadores que midan estos dos componentes, que serán desarrollados en detalle más adelante.

Para vigencia 2018, la medición de estos indicadores muestra un resultado positivo 99.92% resultado aun superior al obtenido en el 2017 cuando se tuvo un 99,5% de cumplimiento, lo cual como se ha mencionado en otros informes si bien pareciera no ser un avance significativo, sí lo es desde el punto de vista de calidad pues demuestra el fortalecimiento de la cultura de calidad y el mantenimiento de los estándares que se ha propuesto la propia Unidad.

Esta mejora es el resultado que se da como consecuencia de un aumento en el cumplimiento del PAMEC institucional que para el 2018 fue del 100% y de cumplimiento del 99% y 100% respectivamente para los indicadores del balance de la mejora y el seguimiento a planes de tratamiento de riesgos.

Lo anterior no obsta para que Unisalud continúe trabajando no solo por el logro de los mismos niveles de cumplimiento para la siguiente vigencia, sino que se busque llegar al 100% en el total del objetivo, pues aún hay puntos por fortalecer en el cumplimiento e implementación del PAMEC, en la definición y apropiación de controles, y en la continuidad en la búsqueda de acciones de mejora.

CUMPLIMIENTO DE PAMEC INSTITUCIONAL Y SEGUIMIENTO A PLANES DE TRATAMIENTO DE RIESGOS:

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

Durante la vigencia 2018, situaciones coyunturales, llevaron a Unisalud a buscar un cambio en la metodología de identificación, evaluación y tratamiento de riesgos de proceso, dado que Unisalud también tiene el rol de Prestador de Servicios de salud, está inmersa en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud - SOGCS, y, por tanto, debe cumplir con sus requerimientos normativos.

Dentro de los requerimientos del SOGCS se encuentra la elaboración, ejecución y seguimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, el cual se ha venido realizando y reportando en todas las vigencias. No obstante, para el 2018 el enfoque de realización del PAMEC asegurador, se modificó y se elaboró con el enfoque de riesgo, en el que se deben:

- Identificar los riesgos del proceso.
- Definir las causas y consecuencias de los riesgos identificados
- Hacer la valoración de probabilidad e impacto de ocurrencia de estos riesgos
- Evaluar de acuerdo con el cruce de probabilidad e impacto
- Identificar los controles de cada riesgo
- Evaluar el riesgo inherente luego de los controles para hacer su priorización
- Definir planes de mejora para los riesgos priorizados
- Definir y ejecutar el plan de auditorías para verificar la efectividad de los planes de mejora mencionados en el punto anterior.

Dada esta particularidad, Unisalud siempre ha procurado articular su sistema de calidad para atender las necesidades tanto del SOGCS, como del Sistema de Gestión Académico, Administrativo y Ambiental SIGA de la Universidad, logrando implementar o fusionar las metodologías de tal forma que se fomente la cultura de calidad y mejora.

Teniendo en cuenta que las herramientas (matrices) para la elaboración y ejecución del PAMEC están definidas por norma, Unisalud debe ceñirse a ellas y observando que en 2018 coyunturalmente la

Supersalud emitió lineamientos para las instituciones de salud bajo la metodología “Supervisión basada en Riesgos”, en la que se establecen 10 riesgos obligatorios que deberán gestionarse y en los cuales se ha venido trabajando para homologarlos con los ya definidos en PAMEC, Unisalud presentó solicitud ante el Comité Nacional de Control interno para “Hacer una excepción con el proceso de Seguridad Social en Salud – Unisalud, en la Guía de Gestión del Riesgo de la Universidad Nacional, para aplicar una metodología de gestión de riesgo diferente.”, indicando que llevar la gestión de riesgos a través de dos metodologías simultáneas como son las establecidas por el SOGCS y la nueva establecida por el SIGA sería un reproceso para Unisalud que no agregaría valor; y adicionalmente con el PAMEC se está cumpliendo el objetivo de gestionar los riesgos, pues las dos metodologías son muy similares solo que utilizan diferentes instrumentos para la formulación y gestión de los riesgos.

Así las cosas, en el I semestre de 2018 se realizó análisis de riesgos por cada sede y por los referentes del proceso en el equipo de la Gerencia Nacional. Finalmente, al consolidar se identificaron en total 15 riesgos, cifra superior a la que se venía tratando en la vigencia anterior, donde solo 8 fueron identificados como susceptibles de trabajar. Este aumento en el número de riesgo, si bien implica mayor trabajo de planeación, ejecución y seguimiento, también es un aspecto positivo y a resaltar de la gestión de vigencia, pues dentro de las teorías de gestión del riesgo se destaca que *“La lista debería ser amplia, debido a que los riesgos no identificados pueden representar una amenaza importante para la organización o dar como resultado que se pierdan oportunidades significativas”*.¹

Así las cosas, los riesgos definidos de manera estandarizada para las vigencias 2018-2019, son:

1. Prestar servicios que no cumplen con los lineamientos nacionales para las EAPB
2. Desequilibrio financiero (Insostenibilidad financiera)
3. Sistema de información que no atienda las necesidades misionales.
4. Desarrollo incipiente de la Gestión del Riesgo en salud
5. Desinformación y/o desconocimiento sobre el funcionamiento de la Unidad por parte de los usuarios.
6. Flujo inadecuado de la información al interior de los equipos de trabajo
7. Fuga de información reservada
8. Lavado de activos
9. Incumplimiento de los lineamientos de los sistemas de calidad que aplica (SOGCS Y SIGA)
10. Incumplir con los compromisos contractuales
11. Desabastecimiento de bienes y servicios básicos para la prestación de servicios de salud
12. Incorrecta o inadecuada ejecución de los procedimientos de Referencia y Contrarreferencia y por tanto de la normatividad vigente
13. Inadecuada aplicación del procedimiento de Gestión de las Manifestaciones.
14. Red de prestadores insuficiente
15. Incumplimiento de requisitos legales en el desarrollo de procesos administrativos y asistenciales en Unisalud, favoreciendo intereses particulares.

Lo anterior representa un gran cambio y mejora pues con un solo instrumento se da respuesta a dos temas trazadores para Unisalud como son el cumplimiento de la normativa del SOGCS en términos de auditoría y la gestión del riesgo institucional que atiende a los dos sistemas. De la misma forma se cubre una gama más amplia de riesgos contemplando no solo los operativos que se venían trabajando, sino otros adicionales que complementan el panorama para la Unidad, además de tener un replanteamiento de los mismos.

Para cada uno de estos riesgos se definió un plan de tratamiento con acciones a implementar durante 2018 y 2019. Para el desarrollo de los mencionados planes se definieron un total de 44 acciones de la

¹ FUNDAMENTOS DE LA GESTIÓN DEL RIESGO. ICONTEC. 2016

cuales 35 iniciaron su implementación durante el II semestre de 2018, y las restantes deberán ejecutarse durante el 2019 junto con aquellas que sean de ejecución continua.

Durante el 2018 se observaron resultados positivos en el desarrollo de estas actividades ya que fueron ejecutadas oportunamente en su totalidad, dando además un vuelco en la visión que se tiene desde la definición de las mismas, ya que se busca analizar más a profundidad las causas de los riesgos y enfocar las acciones de manera directa de tal forma que la mitigación del riesgo sea real. Así las cosas, el resultado del indicador tanto para el cumplimiento del PAMEC institucional como para el seguimiento a planes de tratamiento de riesgos es del 100%, mejorando la tendencia presentada para el PAMEC en 2017 cuando el indicador fue de 97.90% y manteniendo el resultado para planes de tratamiento de riesgos.

Si bien el detalle del PAMEC puede ser revisado en la matriz que reposa en Unisalud, vale la pena resaltar algunos de los resultados obtenidos tanto positivos como por mejorar durante el periodo de aplicación de la vigencia:

- Se continúa ejecutando la auditoría de calidad a la Historia Clínica en todas las sedes, con lo cual se garantiza el mantenimiento de los estándares de los registros clínicos. Se debe reforzar el seguimiento en lo relacionado con el registro de la referencia y la contrarreferencia, indicador que ha sido difícil de medir y cumplir en las últimas vigencias.
- Se resalta la realización de acciones de capacitación al equipo asistencial en la mayoría de las sedes, con lo cual se garantizan los estándares de talento humano y la actualización en conocimientos de los nuevos requerimientos de norma y herramientas establecidas por los entes de control. Durante la vigencia 2019 se deberá reforzar la cultura del conocimiento y el aprendizaje.
- Las acciones que buscan mitigar el riesgo de desequilibrio financiero fueron ejecutadas por todas las sedes. No obstante, se tiene una gran oportunidad de mejora en la ejecución de la auditoría de cuentas médicas, en donde se deben implementar medidas tendientes a hacerla más eficiente y oportuna.
- Se avanzó en la solicitud del respaldo de la información ante la DNTIC, lo cual se espera implementar en 2019
- Con el fin de mejorar el flujo de información se conformaron los grupos gestores de comunicaciones y calidad en cada sede, encargados de llevar a cabo actividades de socialización y sensibilización en todos los niveles que no se permean con la información inicial.
- Se actualizó el protocolo de seguridad de la información y se elaboró el borrador del protocolo de prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo - SARLAFT, para su implementación en 2019.
- Se diseñó el mapa de navegación para la creación del micrositio de calidad en la página web de Unisalud y se elaboró la primera propuesta de un plan de aprendizaje que lamentablemente no pudo ser llevada a cabo por falta de recursos financieros, pero que se espera reformular para la vigencia 2019, con estrategias para llevar a cabo su ejecución.
- Se fortaleció el seguimiento y auditoría a la ejecución contractual en todas las sedes, con el acompañamiento del nivel nacional.
- Se implementó y afianzó el uso de la herramienta ARANDA para la gestión de las manifestaciones con lo cual se puede llevar un control más estricto y tomar esto como fuente para auditorías de seguimiento en la vigencia 2019.
- Se continuó trabajando en el control de riesgo de corrupción con la resocialización del mismo y la realización de acciones de fortalecimiento de los valores incluidos y promulgados en el código de ética.

BALANCE DE LA MEJORA:

Teniendo claro que el fin último de la gestión de calidad dentro de una organización o proceso es lograr la mejora continua, retoma gran importancia hacer el seguimiento del establecimiento de planes de mejora a los cuales en primera instancia se les debe alejar de la connotación negativa que podrían tener por pensar que se desprenden de hallazgos negativos de fuentes como auditoría; por el contrario deben verse como la mayor fuente de avance pues nos permite estar no solo en el cumplimiento general frente a normas y requisitos sino que propicia el ir más allá de lo básico y buscar estándares superiores de prestación, operación y satisfacción.

Por lo anterior, Unisalud ha determinado desde tiempo atrás incluir dentro de sus indicadores trazadores el Balance de la Mejora, con el cual se busca “Contar con acciones tendientes a la mejora de los procesos y dar cierre a los ciclos”, identificando el número de planes establecidos en el año y analizando cómo fue su ejecución desde el punto de vista de cumplimiento y tipo de plan. El resultado de la medición para la vigencia, se mantuvo en el 100%, reiterando lo visto en las últimas vigencias y demostrando que las sedes han logrado apropiarse e interiorizar las estrategias y metodologías.

Las cifras presentadas durante el año, fueron las siguientes:

Tabla 2. Balance de la Mejora

TIPO DE PLAN	RANGO EN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	BOGOTA
		No DE PLANES 2018	No DE PLANES 2018	No DE PLANES 2018	No DE PLANES 2018
APOYO (Administrativo y Financiero)	0-10		3		
	21-30%		1		
	31-40%				1
	41-50%		3		
	51-60%			1	
	81-90%	1		1	
	100%				1
ASEGURAMIENTO- EAPB	0-10	1			
	41-50%		5		
	61-70%				1
	81-90%			1	
	100%	2			1
PRESTADOR	0-10		2		
	11-20%		1		
	31-40%	1			
	41-50%		2		1
	71-80%			3	
	81-90%		1		
	100%			1	3
DIRECCIONAMIENTO	0-10		3		
	21-30%		1		
	61-70%				1
	81-90%		2		
	100%	1			
MEJORA CONTINUA	0-10		1		
	51-60%		1		
	100%	5			
TOTAL		11	26	7	9

TOTAL UNISALUD AÑO 2018	53
--------------------------------	-----------

TOTAL UNISALUD AÑO 2017	67
--------------------------------	-----------

Fuente: Reporte Informe de Gestión 2018

La anterior tabla presenta el estado del arte de los planes de mejora, con cifras concretas, que, si bien hablan por sí solas, vale la pena resaltar puntos como:

- La disminución que se percibe en el número total de planes de mejora se explica por un cambio en el enfoque de la gestión hacia concentrar la realización de planes más contundentes y de fondo que ataquen la causa real de los hallazgos y que permitan concentrar los esfuerzos en tareas concretas y trazadoras, de tal forma que con un mismo plan se pueda resolver falencias en varias áreas sin necesidad de hacer un plan de mejora por cada hallazgo o aspecto por mejorar detectado.
- Si bien el número de planes que han sido ejecutados al 100% parece bajo con 14 planes (26.41%), debe aclararse que lo anterior no significa un incumplimiento de las acciones restantes, sino que varios de estos planes tienen acciones que deben terminar de ser ejecutadas durante la vigencia 2019 y por ello sus avances se encuentran en rangos diferentes.

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 3. Calificación de las acciones de mejora Año 2018

SEDE	CONSISTENCIA DE LOS PLANES	CIERRE DE CICLOS PHVA	TENDENCIA	ACCIONES PREVENTIVAS vs CORRECTIVAS
	(Estándar 100%)	(Estándar 80%)	(Estándar 3)	Estándar 60%
Bogotá	100%	100%	3	En cuanto a la prevalencia de las acciones preventivas versus correctivas, para ésta vigencia se trabajaron 7 planes preventivos y tan solo 2 correctivos. Lo anterior muestra un comportamiento ascendente hacia lo preventivo y disminución de lo correctivo.
Medellín	100%	73%	3	En el año 2018 se implementaron 11 planes de mejora (2 generados en 2017 y 9 en el año 2018). De estos 11 corresponde a acciones preventivas (9%), 4 corresponden a acciones correctivas (36%) y 6 corresponden a oportunidades de mejora (5%)
Manizales	100%	100%	3	De un total de 26 planes de acción, 2 se enfocan a Oportunidades de mejora y 24 a Acciones Preventivas. No hay planes de acción correctivos
Palmira	100%	93%	2	Durante el año 2018 se establecieron 5 oportunidades de mejora y 2 acciones correctivas.

Fuente: Reporte Informe de Gestión 2018

Aunque los datos y cifras en las tablas hablan por sí solos, frente a cada uno de los componentes se debe analizar lo siguiente:

- La consistencia de los planes se refiere a que, para la definición de los mismos, se haya realizado un ejercicio de análisis de causa serio y a conciencia, lo cual es condición para garantizar que las acciones definidas realmente ataquen la fuente de ocurrencia de los hallazgos y por tanto se mitigue la posibilidad de que se vuelvan a presentar. Frente a este punto las sedes presentaron un 100% de cumplimiento, manteniendo las cifras presentadas en la vigencia anterior y demostrando el afianzamiento de la cultura de calidad.
- El cierre de ciclos representa el cumplimiento de las acciones establecidas de acuerdo a lo planeado. En este componente dos de las sedes reportaron un cumplimiento del 100%, otra de ellas, Palmira un cumplimiento del 93% lo cual se explica por la dificultad para cumplir con una

de las actividades establecidas en el plan de mejora de archivo, en la cual, si bien se ha venido trabajando, no ha sido posible llevarla a cabal cumplimiento, y finalmente la sede Medellín reportó un cumplimiento del 73%, explicado por la sede al tener varias de las acciones establecidas con fechas de ejecución para el siguiente año.

- Finalmente, en cualquier sistema de calidad es muy importante monitorear la prevalencia de las acciones preventivas, pues en cuanto se esté atento a predecir las cosas que puedan suceder y como evitar que se presenten se logrará tener controlado el proceso. Así las cosas, los resultados para la vigencia son positivos con una prevalencia de 89.56% de acciones preventivas y tan solo 7 acciones correctivas, lo cual representa un 10.44% del total. El resultado se mantiene frente a la vigencia anterior.

En general si bien los resultados son muy positivos, se está dentro de los estándares establecidos, y se mantienen las buenas cifras presentadas en la vigencia anterior, aún queda un margen de mejora, logrando que el cierre de ciclos sea completo en todas las sedes y que la prevalencia de acciones preventivas sea aún mayor. Así mismo con el correr de cada año es notorio el establecimiento de la cultura de la calidad logrando que los planes de mejora se vean como una oportunidad de crecimiento y no como una connotación negativa. En este sentido los equipos han afianzado en la búsqueda activa de mejoras con auditorías internas, revisiones por equipos de trabajo y el cumplimiento del PAMEC institucional. El reto hacia el 2019 será lograr centralizar acciones más trazadoras que ataquen desde un mismo plan diferentes posibles causas de problemas y así mitigar la carga operativa que trae la creación y seguimiento de diversos planes.

GESTION DEL ASEGURAMIENTO

El objetivo estratégico en el Plan de Desarrollo para la vigencia 2016 - 2018 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 2018 el indicador obtuvo un cumplimiento 85.8% frente a 87.7% de la vigencia 2017, resultado que se atribuye entre otros a la baja adherencia a la cita de ingreso de los nuevos afiliados, la cual se constituye en la puerta de entrada para el tamizaje de riesgo y demanda inducida a actividades de Protección Específica y Detección Temprana (PE y DT); de igual forma impacta la baja adherencia de un buen porcentaje de afiliados antiguos a la realización de actividades de PE y DT, que determina un cumplimiento entre 57.73% y 74% para las sedes Bogotá, Medellín y Palmira. La sede Manizales tuvo un resultado de 90.47% en cumplimiento de consulta de primera vez y 88.5% para actividades de PE y DT, lo que requiere de un reconocimiento especial.

En 2018, como parte de las estrategias para cumplir con sus obligaciones como asegurador: se continuó el fortalecimiento de la relación con las IPS de la red externa, el seguimiento a las condiciones de calidad de los servicios ofertados, la negociación de tarifas, la estrategia de pago 60/40, la negociación de descuentos por pronto pago y la negociación global de precios de medicamentos y dispositivos médicos con un distribuidor nacional; se realizó la búsqueda de IPS en los municipios sin cobertura, la depuración continua de bases de datos para el control de multifiliación, gestión para el diseño y puesta en marcha de nuevos planes complementarios, estandarización de procesos, entre otros.

Los requerimientos normativos emitidos en las tres vigencias anteriores han requerido de la ejecución de diferentes procedimientos y actividades dirigidas a la implementación de las políticas nacionales relacionadas entre otras con inclusión, protección de derechos sexuales y reproductivos, estandarización de diagnóstico, manejo, control y rehabilitación de personas con enfermedades de interés en salud pública, actividades de PE y DT y la generación de informes relacionados con las mismas

que cumplan con parámetros de veracidad, calidad y pertinencia. Para Unisalud la cantidad del recurso humano que debe ser dedicado a estas tareas, así como las características del sistema de información disponible se convierten en debilidades que dificultan el cumplimiento de los plazos proyectados.

A pesar de ello, Unisalud ha dado respuesta al reporte de los informes establecidos a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO- (SISMED, Resolución 4505 de 2012, Resolución 2175 de 2015 ambas del Ministerio de Salud y Protección Social, Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud mensual - RIPS, RIPS extranjeros, informe de Caracterización Poblacional, etc.). Además de los reportes a la Cuenta de Alto Costo (Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial Crónica, Diabetes, Cáncer, Hemofilia y Artritis) de acuerdo a los parámetros y plazos establecidos. En consecuencia, de los informes, se han atendido las auditorias de los entes de control que evalúan la veracidad de la información entregada en los reportes y que en general han referido conformidad con el cumplimiento de los parámetros evaluados.

Durante la retroalimentación de la Cuenta de Alto Costo frente a los informes presentados por Unisalud en 2018 realizada en el primer trimestre de 2019, se indicó que la calidad del dato se encuentra en términos generales por encima del promedio nacional; la limitación en el nivel de los resultados obtenidos se atribuye a problemas con la oportunidad e integralidad de la información remitida de las IPS de la red, por lo cual como plan de mejora se incluyeron en las obligaciones contractuales cláusulas relacionadas que buscan que Unisalud tenga la oportunidad de hacer seguimiento continuo a los resultados en salud de sus afiliados. Debemos señalar que por lo menos una entidad se negó a suscribir el contrato hasta tanto no se retirara esta obligación del mismo, siendo una IPS de gran importancia, se modificó la redacción de tal forma que la IPS deberá entregar lo pertinente dos meses antes del corte de cada uno de los informes, privando a la Unidad de la oportunidad de hacer seguimiento periódico a los resultados.

Como parte de la primera etapa del proyecto de “Fortalecimiento del Modelo de Salud Basado en la Gestión del Conocimiento para la Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud en Unisalud” y de la nueva normatividad expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en 2018 se realizaron actividades que evidenciaron entre otros: la dificultad ocasionada por los diferentes tipos de contratación en las IPS propias, las diferencias sustanciales en conocimientos técnicos aún entre integrantes de la misma sede que hacen urgente un plan de capacitaciones que se dificulta por los altos costos que conlleva y por las limitaciones asociadas a tipos de contratación, las debilidades del sistema de información vigente para el seguimiento de la gestión clínicas de los usuarios aún en las IPS internas y como fuente de información para los diferentes reportes. A partir del cuarto trimestre de 2018 se encuentran en desarrollo las encuestas proyectadas como parte del proyecto, dirigidas a los afiliados inscritos en el programa de riesgo cardiovascular de cada una de las sedes, su análisis brindará una mirada objetiva a las necesidades desde el punto de vista del usuario. Los resultados finales del Proyecto alimentarán la actualización del modelo de salud brindando orientación acerca de las estrategias a desplegar para establecer sólidamente el modelo de gestión del riesgo propuesto desde el 2006.

Paralelamente con el proyecto, en cumplimiento con el Artículo 3 de la Resolución 429 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social se generó el documento Modelo de Salud de acuerdo al contenido del MIAS relacionando cada una de las actividades realizadas en Unisalud con los diez componentes del mismo. Se concluye la necesidad de fortalecer el sistema de información, realizar un trabajo que permita garantizar la permanencia del recurso humano y estandarizar sus conocimientos, establecer un equipo de trabajo que permita realizar el seguimiento a la gestión clínica de los afiliados de manera permanente y continua tanto en las IPS propias como las de la red y generar un modelo de atención que refleje el modelo de atención en gestión del riesgo.

Como se había indicado en el informe de la vigencia 2017, en 2018 se continuó con la actualización de la herramienta de tamizaje de riesgo, la cual por razones de practicidad y dada su extensión, se debió rediseñar de tal manera que pudiera ser aplicada en una o varias sesiones de acuerdo al tiempo

disponible y a la agilidad en las respuestas por parte del usuario. El proceso de sistematización ha sido dispendioso debido a la cantidad de fórmulas y cálculos que se requieren para generar el resultado para cada uno de los riesgos a evaluar (enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, diabetes, cáncer colo-rectal, enfermedad mental, hipertensión, riesgo de caídas, consumo de alcohol y consumo de spa). Estos riesgos fueron priorizados dado que en un alto porcentaje se materializan en nuestra población, impactando la calidad de vida de los afiliados y consecuentemente los recursos de la Unidad.

Ante la expedición de la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social durante el segundo semestre de 2018, los ajustes a los programas y actividades de Protección Específica y Detección Temprana (PE y DT) de la Unidad realizados en 2017, se encuentran en proceso de revisión, ya que la citada Resolución modifica sustancialmente los contenidos y ciclos vitales frente a la norma anterior.

En el segundo semestre de 2017 y con la participación de representantes de las cuatro sedes, se realizó un taller de capacitación durante el cual se determinó implementar para la vigencia julio 2018 a diciembre 2019, el PAMEC ASEGURADOR con enfoque de riesgos. Antes de su entrada en vigencia, la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular 004 de 2018, por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos vigente; dada la coyuntura y revisada la normatividad se realizó reevaluación del PAMEC proyectado y se incluyeron los riesgos no contemplados inicialmente resultando en la priorización de 15 riesgos que responden a la norma y a los detectados al interior de la Unidad; de igual forma se incluyeron las estrategias propuestas por el ente de control. Los resultados del primer semestre de medición del PAMEC serán objeto del capítulo de calidad.

Como parte de su integración con la Universidad, Unisalud tiene a su cargo la secretaria técnica del Comité de Seguridad del Paciente y el liderazgo del equipo de apoyo al mismo, lo cual evidencia el compromiso de la Unidad con la calidad en la atención en salud en la Universidad. El Comité estuvo trabajando en la documentación de un proyecto que permita crear el sistema de seguridad del paciente de la Universidad Nacional que vele por el cumplimiento de la normativa colombiana, pero que además genere los insumos necesarios para promover investigación respectiva con los eventos relacionados con seguridad del paciente.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

A 31 de diciembre de 2018, la población de afiliados a Unisalud fue de 17.491 personas, con una participación del 65.2% para la sede Bogotá (11.411), 21.0% para la sede Medellín (3.667), 8.4% para la sede Manizales (1.464) y 5.4% para la sede Palmira (949); presentando una relación de un (1) cotizante por cada 0.82 beneficiarios tanto en el consolidado de la Unidad como en cada una de las sedes.

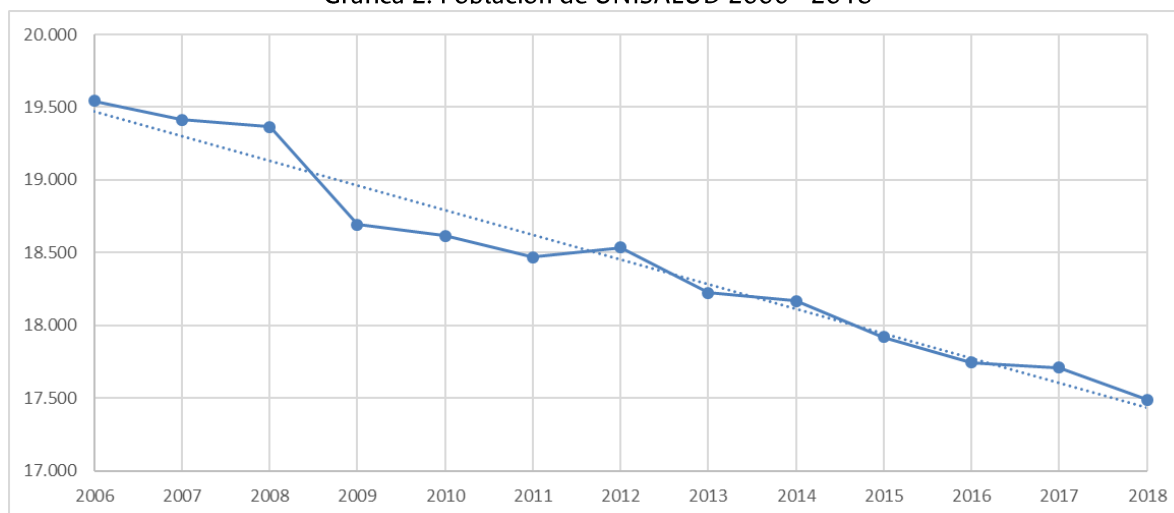
Así mismo, en el grupo de afiliados predomina la población entre los 50 y 80 años con un 54% en el consolidado nacional, razón por la cual el promedio de edad de la población fue de 51,6 años incrementándose en 0,8 puntos con relación al 2017.

Como dato relevante, la proporción de la población menor de 15 años es apenas del 9%, y la proporción con edad igual o mayor a 60 años es de 44,8%, para una razón de envejecimiento de 1:5, lo que se traduce en que Unisalud tiene una abundancia de población madura y longeva, consecuencia de la detección temprana y protección específica de la enfermedad, con acceso oportuno a los servicios de salud, y el desarrollo socioeconómico de los trabajadores de la Universidad.

Es de anotar que el proceso de envejecimiento suele ser consecuencia de una baja natalidad, producida por la contención de la fecundidad propia de poblaciones con acceso a estudios superiores como lo es la población de la Universidad Nacional, sumado al crecimiento de la población anciana, proceso que se ve consolidado por servicios de salud pertinentes que permiten una mayor supervivencia de las personas mayores.

A pesar de lo anterior, la tendencia en la disminución de la población afiliada a Unisalud, como se observa en la siguiente gráfica, siguió marcada durante la vigencia 2018 por el congelamiento de la planta de personal de la Universidad, lo cual ha reducido la posibilidad de contar con nuevos afiliados, y adicionalmente en los últimos seis años por el control de multifiliaciones con otros aseguradores y la depuración de la base de datos única de afiliados de UNISALUD, aumentó el número de retiros.

Gráfica 2. Población de UNISALUD 2006 - 2018



Fuente: Planeación y Sistemas de Información Unisalud

En cuanto a la distribución por ciclo vital y género en la población afiliada a UNISALUD, se observa en la siguiente tabla, que la proporción general de mujeres y hombres afiliados es del 54% y 46% respectivamente, lo cual no arroja diferencias significativas. Frente a la población afiliada por ciclo vital, se tiene que la mayoría de la población corresponde al ciclo vital de Persona Mayor (45%), mientras que el ciclo vital que tiene menos población afiliada es la Primera Infancia con el 0.3%. Teniendo en cuenta lo anterior, el hecho que el 68% de la población pertenezca a los ciclos vital de adultez y persona mayor; merece un factor importante de evaluación de carga de enfermedad; dado que esta población demanda con mayor frecuencia servicios de salud, y generalmente de alto costo.

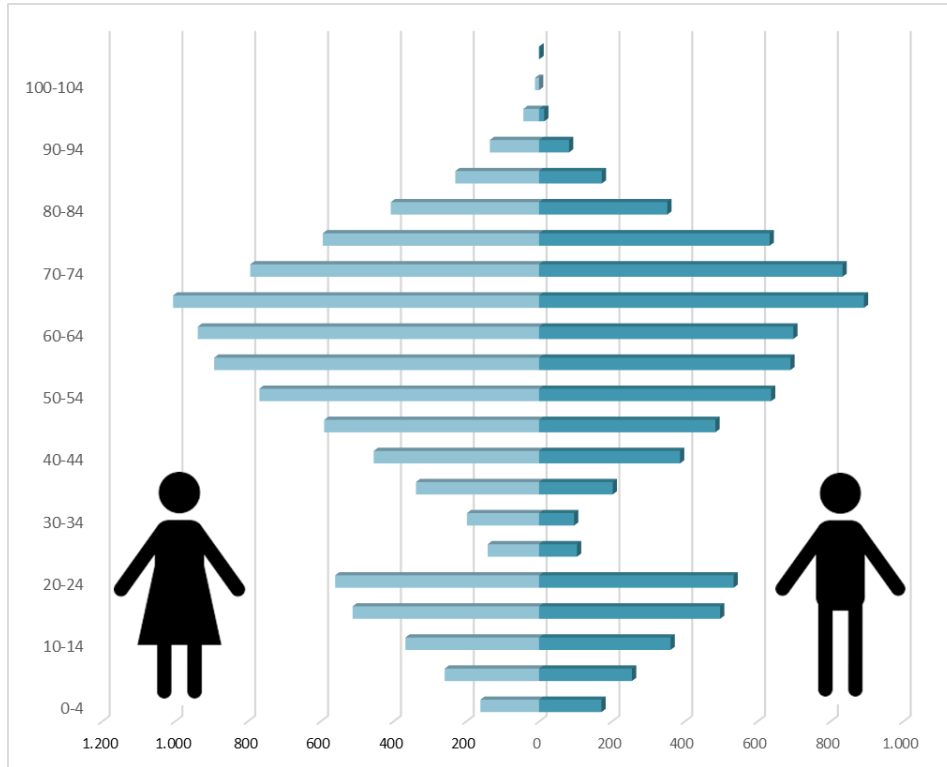
Tabla 4. Distribución de afiliados por ciclo vital y género

Etapas de ciclo vital	Hombres			Mujeres			Total general	% ciclo vital sobre total afiliados
	Hombres	% ciclo vital en hombres	% ciclo vital sobre total afiliados	Mujeres	% ciclo vital en mujeres	% ciclo vital sobre total afiliados		
Primera infancia	22	0%	0%	23	0%	0%	45	0,3%
Infancia	149	2%	1%	138	1%	1%	287	2%
Adolescencia	616	8%	4%	626	7%	4%	1.242	7%
Juventud	1.820	22%	10%	2.203	23%	13%	4.023	23%
Adultez	1.811	22%	10%	2.250	24%	13%	4.061	23%
Persona mayor	3.677	45%	21%	4.156	44%	24%	7.833	45%
Total general	8.095	100%	46%	9.396	100%	54%	17.491	100%

Fuente: Planeación y Sistemas de Información Unisalud

Complementando lo anterior, a continuación se observa de forma más gráfica, la pirámide poblacional de Unisalud para la vigencia 2018 con la predominación de la población entre los 50 y 80 años.

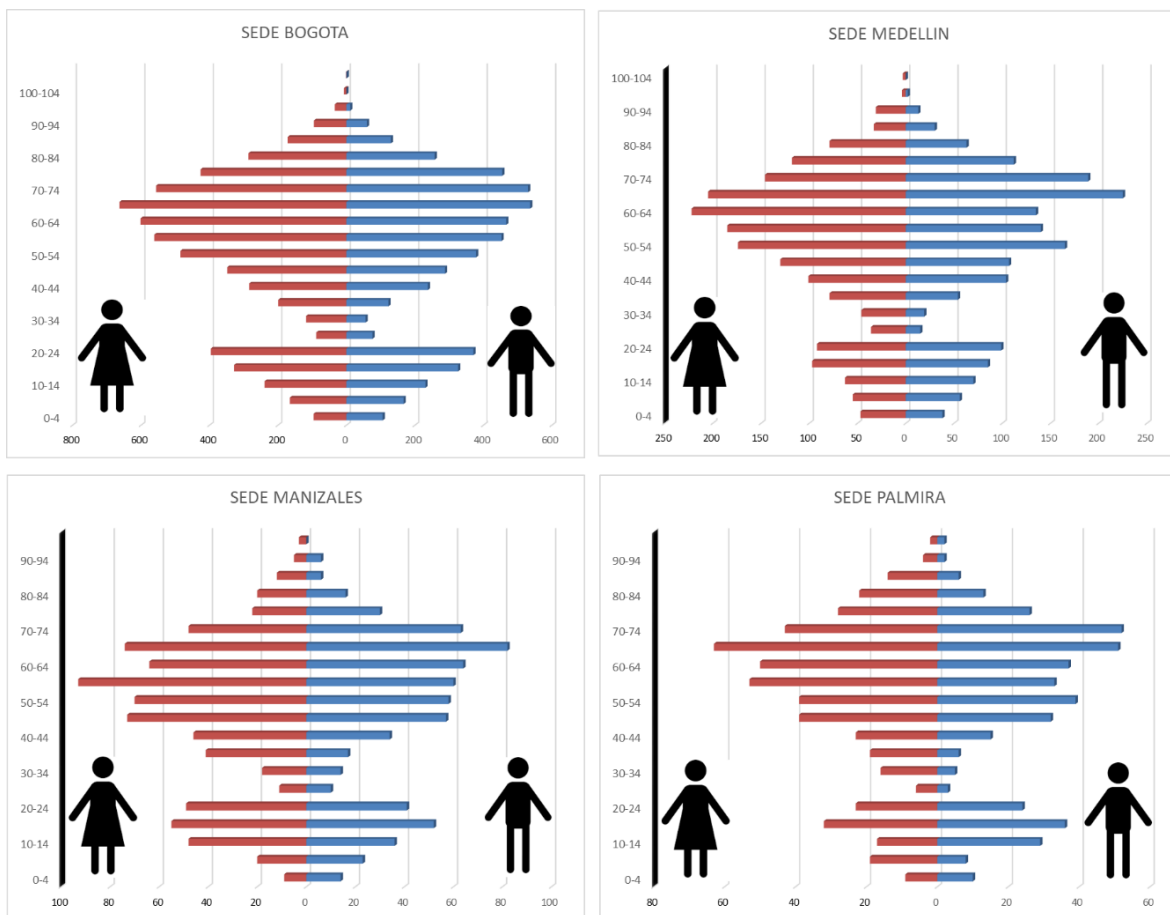
Gráfica 3. Pirámide Poblacional Unisalud 2018



Fuente: Planeación y Sistemas de Información

La población afiliada a Unisalud, se encuentra distribuida en cada una de sus cuatro sedes: Bogotá con 11.411 usuarios, Medellín con 3.667, Manizales con 1.464 y Palmira con 949. Las pirámides poblacionales de las mismas guardan la distribución de la estructura nacional, observando una base angosta en los rangos de edad de 0 a 9 años, con un ligero aumento en la población de 15 a 24 años perteneciente a los beneficiarios con dedicación exclusiva a estudios, así mismo, se evidencia un aumento considerable en la cúspide de la misma en los rangos de edad de los 50 y 80 años, como se observa a continuación.

Gráfica 4. Pirámides Poblacionales Sedes Unisalud 2018



Fuente: Planeación y Sistemas de Información

ATENCIÓN AL USUARIO

LA SATISFACCIÓN DE NUESTROS USUARIOS

La satisfacción de los usuarios de la Unidad de Servicios de Salud - Unisalud es entendida como la relación entre la expectativa que se tiene frente a los servicios que se ofrece y la experiencia en el uso de esos servicios.

Para evaluar la satisfacción Unisalud cuenta con varias herramientas

1. Encuesta de satisfacción
2. Gestión de manifestaciones a través de atención del usuario.

Tabla 5. Ficha Técnica Encuesta de Satisfacción

OBJETIVO	Medir el nivel de satisfacción de los usuarios frente a los servicios ofrecidos por UNISALUD
Medio de aplicación	Encuesta física y digital mediante correo institucional
Población objetivo	17575 a corte de 31 de diciembre de 2018

Muestra de la población proyectada	581
Muestra real aplicada	836
Criterios de evaluación	Atributos de calidad en salud establecidos por el Ministerio de Salud.
Escala	Escala de 1 a 5 donde 1 es insatisfecho, 2 un poco insatisfecho, 3 medianamente satisfecho, 4 satisfecho y 5 muy satisfecho.
Meta	La meta establecida es del 90%
Método de aplicación	La encuesta se aplica en relación con un momento de verdad reciente. El usuario elige solamente el servicio al que asistió y califica los aspectos propuestos.

Fuente: Encuesta de Satisfacción

Satisfacción: se halla mediante la sumatoria de las respuestas de las opciones muy satisfecho, satisfecho y medianamente satisfecho.

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

¿Qué se evalúa?

La encuesta de satisfacción evalúa el aseguramiento y la prestación de servicios intramurales (servicios que se prestan como IPS).

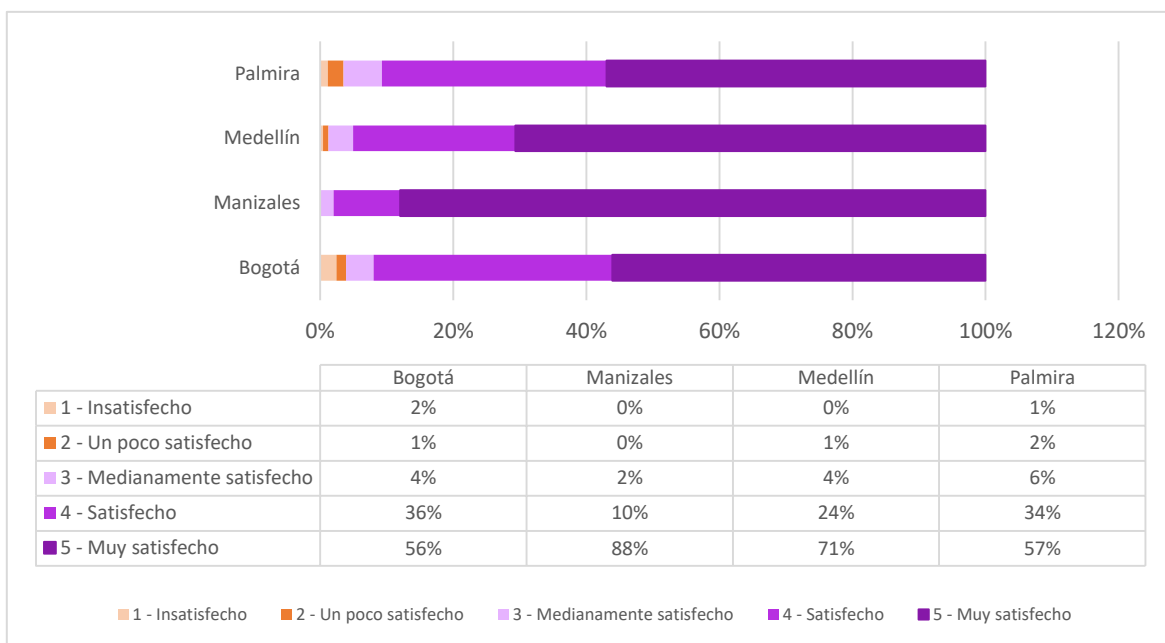
Aseguramiento es el encargado de gestionar todo lo relacionado con la afiliación de usuarios, contratación de red externa de prestadores de servicios de salud y validación de derechos para utilizar dicha red.

El Prestador de Servicios (IPS) se encarga de organizar, coordinar y brindar los servicios de salud que se prestan de forma intramural en las sedes propias de Unisalud.

PERCEPCIÓN GENERAL DE SATISFACCIÓN CON LA UNIDAD A NIVEL NACIONAL

La satisfacción a nivel general, durante la vigencia 2018 es del 97,6% en comparación con la vigencia anterior que fue del 92%, lo que significa un aumento de la satisfacción del 5,6%

Gráfica 5. Satisfacción General 2018



Fuente: Encuesta de Satisfacción

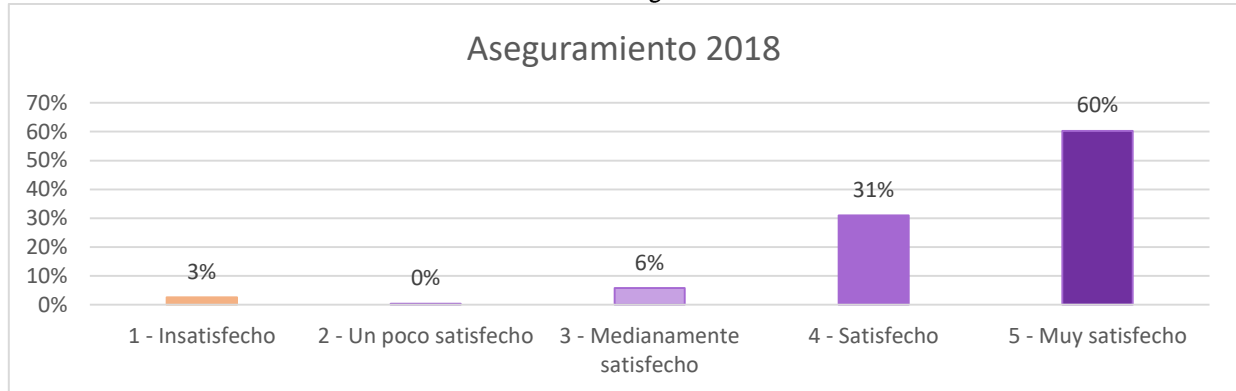
Tabla 6. Distribución de encuestas por tipo de servicio evaluado

Servicio calificado	Bogotá	Manizales	Medellín	Palmira	Total	Proceso
Caja	13	0	3	0	16	Administrativo
Afiliaciones	5	0	13	2	20	Aseguramiento
Autorizaciones	80	21	35	9	145	Aseguramiento
Comité Técnico Científico C	16	1	14	0	31	Aseguramiento
Dispensación de medicame	22	0	19	1	42	Aseguramiento
Red Adscrita - (IPS o profes	20	7	21	9	57	Aseguramiento
Asignación de citas - telefón	24	3	8	0	35	Prestación
Asignación de citas - ventan	4	2	7	1	14	Prestación
Atención al Usuario	3	2	16	0	21	Prestación
Atención domiciliaria	1	0	0	0	1	Prestación
Consulta de Medicina Espec	15	6	5	2	28	Prestación
Consulta médica programad	77	36	39	21	173	Prestación
Consulta prioritaria	32	4	2	0	38	Prestación
Ejercicio Físico	5	0	0	0	5	Prestación
Laboratorio Clínico	18	0	0	0	18	Prestación
Nutrición	4	0	7	0	11	Prestación
Odontología	38	10	22	14	84	Prestación
Optometría	8	0	0	0	8	Prestación
Promoción y prevención	2	5	7	0	14	Prestación
Psicología	1	0	0	14	15	Prestación
Radiología	6	0	0	0	6	Prestación
Servicios de enfermería	5	3	24	12	44	Prestación
Terapia Física	10	0	0	0	10	Prestación
Total	409	100	242	85	836	

Fuente: Encuesta de Satisfacción

PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN EN ASEGURAMIENTO

Gráfica 6. Satisfacción Aseguramiento 2018



Fuente: Encuesta de Satisfacción

La satisfacción en relación con el aseguramiento es del 97% (satisfacción franjas moradas), presentando un incremento del 4% con relación al año inmediatamente anterior. El crecimiento de la satisfacción se relaciona con la disminución de tiempos de espera en ventanillas que se logró con la implementación de Unisalud Virtual en la sede Bogotá.

Atributos de calidad

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

Afiliaciones fue calificado por 20 encuestados. Se observa como resultado un 96% de satisfacción, un 6% superior que durante la vigencia 2017.

Autorizaciones: En el caso de Autorizaciones, 145 personas calificaron la experiencia en esta área, manifestando una satisfacción del 91% que comparada con la vigencia inmediatamente anterior indica un aumento del 12%. Durante el 2017 no se alcanzó la meta de 90% de satisfacción en Autorizaciones, dado que los tiempos de espera en la ventanilla en la ciudad de Bogotá eran prolongados, situación que generó insatisfacción en los usuarios. De tal manera que la puesta en marcha de Unisalud Virtual, como respuesta a esta situación, permitió la disminución notoria de los tiempos de espera en la ventanilla, que además fue destinada de manera exclusiva para los adultos mayores, con el objetivo de ofrecerles un servicio preferente.

Red Externa: Para la red Externa, 57 personas calificaron su experiencia. Las percepciones arrojaron una satisfacción del 84%, lo que significa una disminución del 10% con relación a la vigencia anterior. Los resultados por sedes son: Bogotá 80%, Manizales 100%, Medellín 87%, Palmira 81%.

En el caso de Bogotá, 20 personas decidieron calificar la red, 3 manifestaron su insatisfacción en relación con su experiencia de servicio en el Hospital Universitario Nacional, equivalente al 15%, la razón específica es la dificultad para acceder a las citas tanto por el servicio telefónico como por la oportunidad. Una persona más indicó insatisfacción con el laboratorio Andrea Rothstein, por generarle desconfianza a razón de sus resultados e instalaciones.

En Medellín 17 personas calificaron el servicio, cuatro de ellas indicaron en alguno de los atributos de calidad insatisfacción, pero solo una indicó insatisfacción en general. Las razones de la insatisfacción son diferentes.

En Palmira 9 personas calificaron su experiencia en la red externa, de las cuales 2 indicaron inconformidad por causas diferentes.

PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD - UNISALUD IPS

A nivel nacional la satisfacción de las personas encuestadas, que calificaron los servicios prestados de forma intramural, fue del 97%, lo que significa un aumento de 6% comparativamente con la vigencia anterior. 511 personas decidieron evaluar los servicios ofrecidos por Unisalud IPS.

La percepción de satisfacción relacionada con la consulta médica a nivel nacional se presenta de manera positiva, todos los atributos de calidad evaluados obtuvieron más del 93%. 42 participantes opinaron estar satisfechos en un 97%.

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

Para evaluar la asignación de citas se establecieron dos alternativas: Asignación por ventanilla y de forma telefónica. 35 personas calificaron la atención telefónica, indicando 93% de satisfacción y 14 personas la atención presencial, arrojando 100% de satisfacción por este canal.

En la vigencia anterior la satisfacción con la asignación de citas médicas y odontológicas era del 86%, estando por debajo de la meta debido a los tiempos de espera en la ciudad de Bogotá, tanto en ventanilla como en la atención telefónica.

Para dar solución a esta situación se instauró un Call Center en Bogotá que arrojó mejora en tanto disminuyó significativamente los tiempos de espera. La ventanilla fue retirada con el objetivo de que todos los agentes se concentraran en la atención telefónica y como complemento a esta estrategia se modificó la apertura de agenda para que los usuarios pudieran encontrar citas con mayor oportunidad.

Para el caso de la medicina programada la satisfacción en esta vigencia estuvo por encima del 99%, en Odontología la satisfacción fue del 97%, los servicios de enfermería obtuvieron una satisfacción del 99%, y la calificación para el servicio de atención prioritaria fue de 91%.

Los usuarios en general se sienten satisfechos con la institución, sin embargo, los casos de insatisfacción son comparados con las manifestaciones con el objetivo de identificar si hay casos frecuentes y se encuentra que la oportunidad en la asignación de citas en la red externa requiere de especial atención para mejorar la satisfacción de nuestros afiliados.

MANIFESTACIONES 2018

La opinión de los usuarios es el insumo de mayor valor para la toma de decisiones en Unisalud, por ello en los últimos años se ha trabajado en el fortalecimiento y generación de nuevos canales de comunicación que permitan la interacción y expresión de los usuarios de manera fácil.

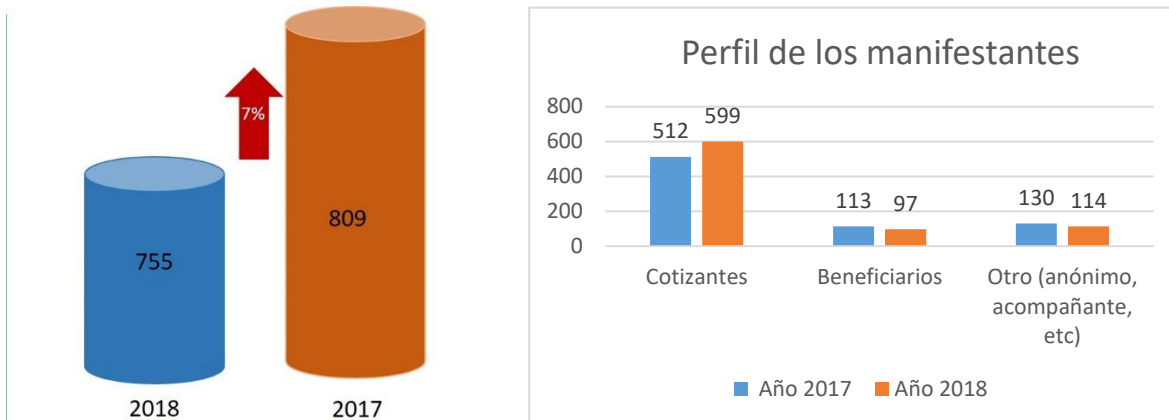
Para la vigencia 2018, Unisalud fue incluida en la plataforma de Quejas y Reclamos de la Universidad Nacional de Colombia, este importante logro permite llevar trazabilidad de la información de manera mucho más sencilla y además le da al usuario la oportunidad de identificar cada etapa del proceso y verificar el estado de su caso.

Tabla 7. Manifestaciones 2018

Total de manifestaciones	Medellín	Bogotá	Palmira	Manizales	Total Nacional
I TRIMESTRE	27	166	6	19	218
II TRIMESTRE	29	150	21	20	220
III TRIMESTRE	28	117	20	21	186
IV TRIMESTRE	22	115	28	20	185
Total Sedes	106	548	75	80	809

Fuente: Plataforma de Quejas y Reclamos

Gráfica 7. Manifestaciones 2018

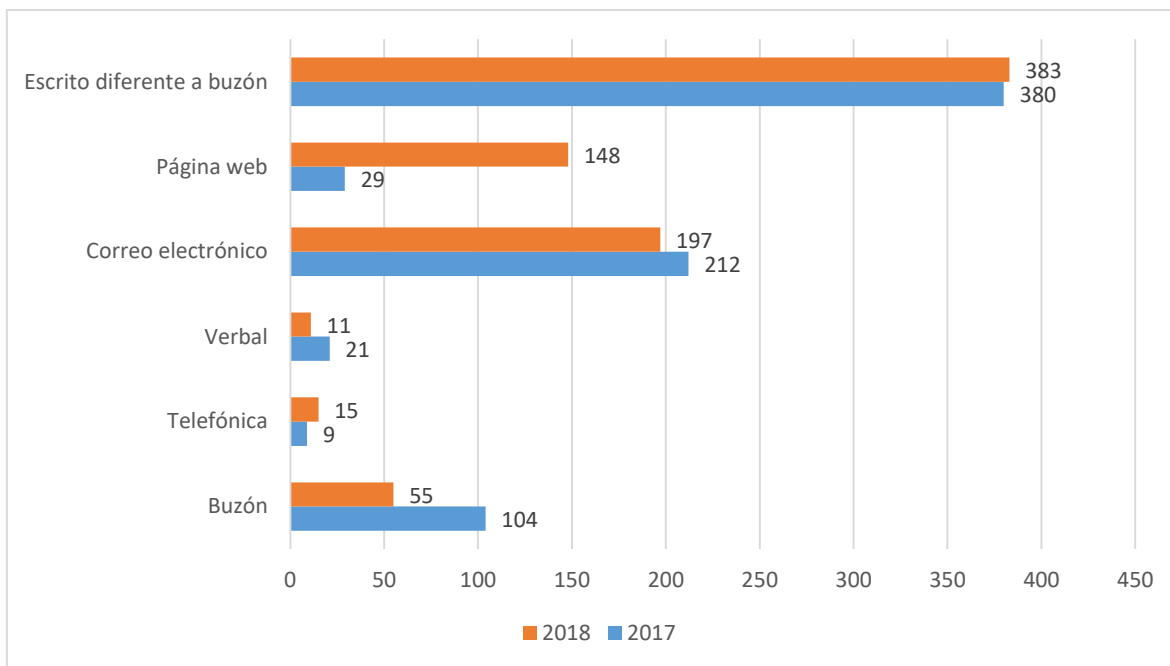


Fuente: Plataforma de Quejas y Reclamos

COMPORTAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES 2017 - 2018

El medio preferido por los manifestantes para radicar sus opiniones, durante la vigencia 2018, fue el escrito, seguido por el correo electrónico y la página web. La implementación del sistema de Quejas y Reclamos ha impactado significativamente el aumento de manifestaciones a través de la web.

Gráfica 8. Medios de Radicación Manifestaciones



Fuente: Plataforma de Quejas y Reclamos

En la sede **Medellín** se observa una disminución del 35% de las manifestaciones en la vigencia 2018, la mayor disminución se evidenció en el primer trimestre y se relacionó con la entrada de un nuevo operador de dispensación de medicamentos en la vigencia 2017, debido a que se presentaron algunos casos de entrega incompleta de medicamentos, mientras el operador se ajustaba a las necesidades de los afiliados.

En la vigencia 2017, se identificó insatisfacción de los usuarios en la etapa de prestación, relacionada con la necesidad de hacer una mejora en la asignación de turnos. Como respuesta, la sede realizó en el 2018 la implementación de un sistema de turnos que optimizó el tiempo de los usuarios, situación que se refleja en la disminución de manifestaciones. Así mismo, se realizaron talleres para enseñar a los pensionados el uso del internet, lo que generó un pico positivo manifestaciones de agradecimiento y felicitaciones por parte de la población pensionada.

El atributo de calidad más afectado durante la vigencia 2018 en la sede Medellín fue la “Satisfacción”, por ello la sede desarrolló una serie de acciones encaminadas a mejorar la experiencia del usuario durante su visita a Unisalud, entre ellas, se capacitó a los servidores públicos de la sede en humanización en la prestación de servicios de salud y comunicación asertiva.

En la sede **Bogotá** se presenta un aumento del 11.4% que se concentra en el primer y segundo trimestre y se relaciona con los tiempos de espera de los usuarios en la ventanilla de autorizaciones, situación que también se refleja en el cuarto trimestre de 2017. Para esta situación Unisalud planteó como alternativa el aplicativo Unisalud Virtual que permite la gestión de autorizaciones a través de la web y de esta manera, para finales de la vigencia 2018, la adherencia fue del 33%, disminuyendo significativamente la insatisfacción del usuario con relación a los tiempos de espera en las ventanillas de autorizaciones.

En aseguramiento existe una permanente presentación de manifestaciones que se relaciona con la red externa, para lo cual la sede, realiza reuniones permanentemente y visitas anuales a las IPSs contratadas, con el fin de evaluar capacidad técnica científica, al igual que socializar las barreras de acceso y generar las mejoras pertinentes. En los casos de esta vigencia la oportunidad de agenda es uno de los motivos más frecuentes de manifestación por parte de los usuarios. En cuanto a la prestación de servicio

intramurales, la principal causa de manifestaciones estuvo relacionada con la asignación de citas médicas y odontológicas, para ello la sede implementó el Call Center como medida de mejoramiento.

Actualmente se atienden en promedio 257 llamadas diarias con un promedio de espera de 46 segundos y un promedio de 10,5 de llamadas abandonadas con un tiempo promedio de abandono del 1:16 minutos, de tal manera que se pasó de recibir 15 manifestaciones por este tema, en el primer trimestre, a 4 en el último trimestre. Adicionalmente se empezó a realizar medición de variables del Call Center para poder tener información objetiva sobre el servicio de atención telefónica.

A partir del 20 de marzo de 2018 se eliminó la atención en ventanilla para la asignación de citas y las fechas de apertura de agenda quincenales, esto redundó de forma positiva en la experiencia de servicio de nuestros afiliados.

Las felicitaciones durante el 2017 estuvieron relacionadas con la capacitación de pensionados en el uso del computador, la prestación de servicios tanto de salud como administrativos, en el caso de la vigencia 2018 la mayoría de las felicitaciones se originaron por la implementación de Unisalud Virtual y la prestación de servicios intramurales.

En el caso de **Palmira** se presentó un aumento del 121% en las manifestaciones de la vigencia 2018 que se concentra en Aseguramiento, específicamente relacionada con la Red Externa, por ello la sede ha realizado permanente seguimiento con el objetivo de mejorar la experiencia del usuario en las IPSs contratadas.

El mayor crecimiento de las manifestaciones en Palmira se observa en aseguramiento y prestación de servicios y se relaciona con el fortalecimiento de los canales de comunicación, como es el caso del sistema de Quejas y Reclamos, además del reconocimiento, por parte de los usuarios, de sus derechos a manifestar su opinión para que se elaboren planes de mejora. Este resultado ha servido de insumo para identificar las características de la experiencia que tiene el usuario cuando es atendido en las instituciones de la Red Externa y poder plantear acciones de mejora conjuntas. En el caso de la prestación de servicios intramurales se presentó un aumento que tiene que ver con una situación particular que se presentó en asignación de citas por falta de una persona que se ausentó por vacaciones y por algunas situaciones de percepción de amabilidad que fueron tratadas con las personas del servicio involucradas para evitar su repetición.

Los atributos de calidad más afectados durante el periodo 2018, en la sede Palmira, fueron Accesibilidad y Oportunidad relacionadas con la Red Externa.

El crecimiento en manifestaciones de la sede de **Manizales** fue del 21,2% y se relaciona con manifestaciones sobre la experiencia de los usuarios en la Red Adscrita, por situaciones consideradas como atención inadecuada y demoras en la prestación de servicios o entregas. Adicionalmente se presentaron inconvenientes con la base de datos de aseguramiento que es consultada por los prestadores de servicios externos.

Como acciones de mejora se establecieron mecanismos para realizar seguimiento a las IPS y a la base de datos de novedades que es utilizada por los prestadores externos, para ello una persona del área de sistemas de la sede visitó las instituciones que presentaron dificultad, para enseñarles el adecuado manejo de la base de datos y la metodología de búsqueda.

En la etapa de prestación se observa un incremento del 100% con relación a la vigencia anterior, pero las motivaciones son variadas. Estas se relacionan con el atributo de satisfacción por situaciones particulares que se presentaron durante el servicio, para su solución se realizaron socializaciones y retroalimentación con el personal involucrado para evitar su repetición.

El atributo de calidad que recibió mayor número de manifestaciones fue “Satisfacción” relacionado con situaciones intramurales y la Red Externa, seguido de “Oportunidad” por agendamiento de citas o entrega de resultados.

La Oportunidad de Mejorar

Todas las manifestaciones que son radicadas a Unisalud son tratadas de manera particular, sin embargo, se analizan tendencias con el objetivo de poder plantear soluciones de fondo para que el usuario tenga una experiencia de servicio satisfactoria.

Durante la vigencia 2018 se realizaron diversas actividades en cada sede como respuesta a los resultados de las manifestaciones y se observan importantes mejoras en cada una de las etapas del proceso de Seguridad Social en Salud que es desarrollado por Unisalud. Dentro de las mejoras más significativas encontramos fortalecimiento de la humanización en la prestación de los servicios de salud, implementación de herramientas tecnológicas como Unisalud Virtual y Call Center y seguimiento a la Red Externa para mejorar la experiencia de nuestros afiliados.

Para la vigencia entrante se consolidará el uso de Unisalud Virtual a nivel nacional y se trabajará para seguir mejorando los canales de comunicación con los usuarios y en general con los públicos de interés.

MORBILIDAD

El perfil de morbilidad en UNISALUD es una herramienta que ofrece una visión general de las condiciones de salud de los afiliados; su análisis redunda en el enfoque de las actividades de promoción de la salud, prevención, diagnóstico temprano, manejo, seguimiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, así como de las actividades administrativas relacionadas con la contratación de una red de prestadores que satisfaga las necesidades en salud de la población.

Es importante señalar que los datos presentados a continuación corresponden a los diagnósticos principales consignados en los registros de las atenciones realizadas; por ello en algunos apartes se presentarán los datos obtenidos a través de los reportes a entes de control como la Cuenta de Alto Costo que evidencian de manera precisa la situación de enfermedades de interés especial como Diabetes Mellitus, Hipertensión, Artritis y Cáncer

Tabla 8. Morbilidad por grupos UNISALUD vigencia 2018

GRUPOS / CAPÍTULO	N. PACIENTES	PORCENTAJE
Enfermedades del aparato digestivo	6.750	18,55%
Enfermedades del sistema circulatorio	4.628	12,72%
Enfermedades del ojo y sus anexos	4.169	11,46%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4.004	11,00%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	3.671	10,09%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	2.426	6,67%
Enfermedades del aparato genitourinario	1.785	4,91%
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	1.698	4,67%

GRUPOS / CAPÍTULOS	N. PACIENTES	PORCENTAJE
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1.451	3,99%
Enfermedades del sistema respiratorio	1.371	3,77%
Neoplasias	1.142	3,14%
Trastornos mentales y del comportamiento	1.102	3,03%
Enfermedades del sistema nervioso	751	2,06%
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	585	1,61%
Enfermedades transmisibles	532	1,46%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	132	0,36%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	128	0,35%
Embarazo, parto y puerperio	28	0,08%
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	27	0,07%
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4	0,01%
Total general	36.384	100,00%

Fuente: Planeación y sistemas de la información.

En la tabla anterior se presenta la morbilidad de Unisalud agrupada de acuerdo a los capítulos establecidos según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud; esta categorización organiza los diagnósticos según el sistema afectado o a la condición de los pacientes.

De acuerdo a esta clasificación, los cinco primeros grandes grupos afectados corresponden a patologías crónicas, degenerativas y progresivamente incapacitantes, de acuerdo a los hallazgos realizados en vigencias anteriores y que implican complicaciones como infarto agudo del miocardio, insuficiencia renal crónica, accidente cerebro vascular, enfermedad renal crónica, entre otras; enfermedades que acarrear deterioro en la calidad de vida del afiliado y aumento de costos por escalonamiento terapéutico e intervenciones de mayor complejidad a la Unidad.

En orden de frecuencia, el primer gran grupo corresponde a Enfermedades del aparato digestivo, con el 18.55% de la carga de morbilidad para el periodo; dentro de este capítulo encontramos que los tres grupos diagnósticos de mayor prevalencia para la vigencia fueron en su orden: Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares con 5345 pacientes (79,19%), Enfermedades del esófago del estómago y del duodeno con 760 pacientes (11,26%), y Otras enfermedades de los intestinos con 302 pacientes (4,47%). De esta forma, señalamos la importancia de las afecciones relacionadas con la salud bucal que corresponde al 14.6% del total de las patologías atendidas durante la vigencia y que se encuentra a cargo de las áreas de odontología de las sedes y la red contratada para este tipo de servicios.

Tabla 9. Morbilidad grupo Enfermedades del sistema circulatorio UNISALUD vigencia 2018

GRUPO ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	N. PACIENTES	%
Enfermedades hipertensivas	2.993	64,67%
Enfermedades isquémicas del corazón	612	13,22%

Otras formas de enfermedad del corazón	420	9,08%
Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos no clasificados en otra parte	354	7,65%
Enfermedades cerebrovasculares	97	2,10%
Enfermedades de las arterias de las arteriales y de los vasos capilares	81	1,75%
Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar	29	0,63%
Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio	15	0,32%
No especificado	14	0,30%
Enfermedades no transmisibles	7	0,15%
Fiebre reumática aguda	5	0,11%
Enfermedades del sistema nervioso	1	0,02%
Total general	4.628	100%

Fuente: Planeación y sistemas de la información.

En orden de frecuencia, el segundo gran grupo corresponde a las Enfermedades del sistema circulatorio, debido a la relevancia de estas patologías según la caracterización de la población afiliada y la morbilidad de vigencias anteriores se consideró pertinente realizar un análisis puntual de las mismas.

Durante la vigencia fueron atendidos 2.993 afiliados con diagnóstico principal de enfermedad hipertensiva de los 4.791 afiliados en seguimiento por parte de Unisalud. Dado que la enfermedad hipertensiva corresponde una de las principales causas de otras enfermedades, como la enfermedad isquémica cardiaca, enfermedades cerebrovasculares y enfermedad renal crónica, entre otras, reviste un desafío para Unisalud la búsqueda activa de los 458 afiliados que no asistieron a sus controles periódicos, a quienes no ha sido posible ubicar por cambios en los datos de contacto no reportados a Unisalud.

En tercer lugar, se encuentran Enfermedades del ojo y sus anexos, dentro de las cuales las alteraciones refractivas con 1.134 pacientes representan el 27.7%, en concordancia con la demanda de atención por optometría. En un alto porcentaje las demás enfermedades del grupo corresponden a patología degenerativa que requirió manejo especializado por oftalmología.

En cuarto lugar, se encuentra el grupo enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas dentro del cual sobresalen en los primeros lugares los trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias con 1.517 pacientes (37,89%), diabetes mellitus con 943 pacientes (23,55%), trastornos de la glándula tiroides con 910 (22,73%) y obesidad y otros tipos de hiperalimentación con 290 pacientes (7,24%). Tres de estos grupos de patologías se asocian a un incremento en el riesgo cardiovascular y en el caso de la obesidad al incremento del riesgo de padecer diferentes tipos de cáncer.

De acuerdo al último reporte realizado a la Cuenta de Alto Costo - CAC, Unisalud tiene identificados 1537 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, de los cuales el 63.6% presentaron cifras de hemoglobina glicosilada iguales o menores a 7% y 4791 afiliados con diagnóstico de hipertensión de los cuales el 79.5% presentaron cifras tensionales dentro de metas. Estos resultados reflejan baja adherencia al manejo farmacológico, a las modificaciones propuestas al estilo de vida y a la tendencia de un alto número de personas a realizar el seguimiento de estas patologías por especialistas de la red adscrita, lo cual priva al usuario de una mirada más integral como la ofrecida por las diferentes disciplinas de los equipos de Atención Primaria en Salud - APS.

De tal manera, Unisalud como asegurador se ha propuesto realizar un esfuerzo por garantizar el seguimiento efectivo a la gestión clínica de los pacientes con patologías priorizadas, tanto en las IPS propias como en las de la red contratada y robustecer su modelo de atención de acuerdo a lo propuesto en el proyecto “Fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud, Basado en la Gestión del Conocimiento en la Unidad de Servicios de salud de la Universidad Nacional de Colombia”, como una estrategia para transmitir efectivamente el conocimiento de los profesionales de la salud a los afiliados logrando un impacto efectivo en el estado de salud de la población. El seguimiento a la gestión clínica requiere la capacitación permanente de los integrantes de los equipos de APS de las IPS propias y la designación de un grupo de profesionales que realice el seguimiento a los resultados en tiempo real para corregir oportunamente las desviaciones detectadas, disminuyendo de esta manera el número y severidad de las complicaciones asociadas a esta situación.

Debido a la relevancia de las enfermedades neoplásicas, a pesar de hallarse estas en onceavo lugar en la clasificación por grandes grupos diagnósticos para la vigencia 2018, nos referiremos a ellas de manera tangencial.

Tabla 10. Morbilidad Grupo Neoplasias UNISALUD vigencia 2018

CODIGO DX	DESCRIPCION CODIGO DX	Total	%
C509	Tumor maligno de la mama parte no especificada	104	13,56%
C61X	Tumor maligno de la próstata	79	10,30%
D059	Carcinoma in situ de la mama parte no especificada	46	6,00%
C73X	Tumor maligno de la glándula tiroides	40	5,22%
C449	Tumor maligno de la piel sitio no especificado	26	3,39%
D043	Carcinoma in situ de la piel de otras partes y de las no especificadas de la cara	23	3,00%
C443	Tumor maligno de la piel de otras partes y de las no especificadas de la cara	22	2,87%
C448	Lesión de sitios contiguos de la piel	19	2,48%
D440	Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la glándula tiroides	19	2,48%
C189	Tumor maligno del colon parte no especificada	17	2,22%

Fuente: Planeación y sistemas de la información.

De los 1.142 afiliados atendidos con estos diagnósticos en el periodo, se encuentra que 767 (67.1%) corresponden a patología maligna o de comportamiento incierto; en la tabla anterior se presentan los diagnósticos más frecuentes en este periodo.

Los órganos afectados por estas neoplasias son cáncer de mama, próstata, tiroides, piel y colon, como en vigencias anteriores. Se brindaron servicios de salud a 176 afiliadas con diagnóstico de cáncer de mama, 145 con cáncer de piel, 84 afiliados con cáncer de próstata, 62 con cáncer de tiroides. 32 con cáncer de colon, 29 con diagnóstico de linfoma y 12 con diagnóstico de leucemias, lo que corresponde a 540 de los 767 afiliados atendidos por estos diagnósticos.

En general el manejo de este tipo de patologías genera pérdida de la calidad de vida a los afiliados y costos elevados para la Unidad.

Si bien, el manejo de cáncer de piel en la mayoría de los casos no genera gastos considerables, es la frecuencia de este tipo de patologías la que podría afectar significativamente los recursos de la Unidad; 145 afiliados fueron objeto de prestación de servicios por patologías neoplásicas o de comportamiento

incierto correspondieron a lesiones en piel (18.9%) y de estos, 12 tienen como diagnóstico melanoma, patología agresiva y que genera costos considerables para su manejo.

Tabla 11. Morbilidad según diagnóstico UNISALUD vigencia 2018

CODIGO DX	DESCRIPCION CODIGO DX	PACIENTES	PORCENTAJE
I10X	Hipertensión esencial primaria	2.974	8,24%
S025	Fractura de los dientes	1.546	4,28%
K021	Caries de la dentina	1.521	4,21%
E039	Hipotiroidismo no especificado	760	2,10%
E782	Hiperlipidemia mixta	727	2,01%
H522	Astigmatismo	624	1,73%
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	598	1,66%
K053	Periodontitis crónica	500	1,38%
E780	Hipercolesterolemia pura	468	1,30%
K060	Retracción gingival	416	1,15%

Fuente: Planeación y sistemas de la información

En concordancia con la información analizada de las diez primeras causas de morbilidad según diagnóstico en la vigencia 2018, se encuentra que cuatro corresponden a patologías crónicas precursoras de enfermedad cardio-cerebro-pulmonar y de enfermedades catalogadas como de alto costo como son: hipertensión esencial primaria, hiperlipidemia y diabetes mellitus, lo que guarda relación estrecha con el perfil demográfico de la población afiliada y la frecuencia y concentración de los servicios autorizados en el periodo; cuatro a patologías de cavidad bucal, una a hipotiroidismo y otra a astigmatismo, relacionadas estrechamente con el envejecimiento de la población afiliada.

Como parte de las actividades realizadas por la Unidad se encuentra el reporte de información a la Cuenta de Alto Costo correspondiente al seguimiento de afiliados con patologías de interés, de estos reportes se obtiene la siguiente información:

De acuerdo al reporte de la Resolución 123 de 2015, Unisalud cuenta con 7 afiliados con diagnósticos de coagulopatía de los cuales uno tiene diagnóstico de hemofilia, enfermedad hereditaria ligada al cromosoma X que ocasiona alto riesgo de sangrado por déficit de factores de coagulación.

Como resultado del informe de pacientes con diagnóstico de Cáncer de la medición del 01 enero de 2018, según resolución 247 de 2014, Unisalud reportó 713 afiliados con este diagnóstico de los cuales 694 se encuentran vivos y permanecen afiliados a la Unidad.

Una vez culminado el proceso de la revisión final de la auditoria de casos diagnosticados con Artritis de la medición a 30 junio de 2018, según resolución 1393 de 2015, Unisalud tiene identificados y en seguimiento 176 afiliados con diagnóstico de artritis reumatoide de los cuales 21 recibieron medicamentos de origen biológico en 2018, medicamentos de alto costo no susceptibles de recobro a la póliza de alto costo.

Los datos relevantes del reporte de la Resolución 2463 del 2014 correspondiente a enfermedad renal crónica, diabetes e hipertensión fueron presentados anteriormente.

Los resultados obtenidos en estos seguimientos evidencian que, a pesar de contar con una red de prestadores de calidad, un alto porcentaje de nuestros afiliados no alcanza las metas que indican control

de las patologías y que redundan en un menor número de complicaciones y mejora en la calidad de vida de los usuarios.

En consecuencia, Unisalud como asegurador deberá disponer de los recursos tecnológicos, el equipo humano y la información clínica actualizada de los afiliados, que le permitan realizar seguimiento oportuno a la gestión clínica en las IPS propias y de la red, evidenciando de manera inmediata desviaciones en los resultados ante los cuales pueda sugerir intervenciones eficaces, con el fin de mejorar el estado de salud del afiliado y su calidad de vida y optimizar el uso de los recursos favoreciendo la sostenibilidad de la Unidad.

Como apoyo al planteamiento anterior, Unisalud cuenta con la experiencia de la sede Palmira, sede que, a partir del tercer trimestre de 2016, reestructuró el modelo de gestión de riesgo para la atención de pacientes de riesgo cardiovascular; transcurridos dos años y medio y habiendo iniciado con el manejo de 30 pacientes seleccionados dentro de los pacientes con mayor número de comorbilidades y mayor riesgo cardiovascular, a 31 de diciembre de 2018 se cuenta con los siguientes logros:

1. En el modelo de gestión de riesgo se encuentran inscritos 130 pacientes, cuyas edades fluctúan entre 33 y 99 años, el 54% son de género femenino y el 46% del género masculino. De los pacientes en seguimiento el 48% tienen diagnóstico de hipertensión, el 22% hipertensión y diabetes, el 3% diabetes y el 27% otras patologías trazadoras.
2. La ejecución del modelo ha permitido el cumplimiento de las metas en salud de los pacientes, reflejados en los indicadores de proceso y en los resultados de los reportes a la Cuenta de Alto Costo; control de cifras de presión arterial y hemoglobina glicosilada, siendo el indicador de índice de masa corporal el que menor cumplimiento ha alcanzado, este indicador está estrechamente relacionado con el cambio de hábitos de los pacientes, es así como el 67% de los pacientes están entre obesidad grado I y sobrepeso.
3. En cuanto a detección precoz y tratamiento oportuno, en 2018 se identificaron dos pacientes con enfermedad coronaria y un paciente con tumor intracardiaco mayor, patologías que comprometían la vida de los pacientes. En los tres casos la evolución fue favorable y el manejo oportuno evitó costos mayores en la atención.
4. Durante los años 2017 y 2018 no fueron hospitalizados pacientes en UCI por causas relacionadas con patologías de riesgo cardiovascular los afiliados en manejo por el programa.
5. Se evidencia que durante el año 2018 no se presentaron eventos hospitalarios atribuibles a la patología cardiovascular de los pacientes atendidos de acuerdo al modelo de gestión de riesgo.
6. Durante la ejecución del modelo se evidencia disminución en el número de medicamentos prescritos pasando de 6.4 a 3.2 medicamentos por paciente, disminuyendo así la polifarmacia y con ello los riesgos inherentes a esta condición.
7. Para el desarrollo del modelo ha sido un factor determinante la gestión del conocimiento, para lo cual se ha realizado una alianza estratégica entre Unisalud y Gesencro SAS, logrando jornadas de capacitación tanto para el personal asistencial como para los pacientes, que han permitido una mayor apropiación y aplicación del conocimiento.
8. Para el 2019 se tiene proyectado tener en el programa 330 pacientes en el modelo de gestión de riesgo donde se incluyen atenciones con nefrología, medicina interna, cardiología, deportología, escuela de diabetes, escuela de cocina, endocrinología y retinología, acondicionamiento físico, laboratorio clínico y cardiología no invasiva, atenciones que se ofrecen de acuerdo a la situación clínica de cada paciente.

Si bien esta estrategia inicialmente reflejó un costo mayor al de la atención tradicional, en las siguientes vigencias el resultado muestra disminución en los costos relacionados con medicamentos, hospitalizaciones y ante todo incremento en la calidad de vida para nuestros usuarios; este ahorro compensa y supera la inversión inicial.

En las siguientes vigencias se pretende establecer una alianza que permita desarrollar la estrategia en las demás sedes, aunque debemos advertir que se requiere de una inversión inicial que cubra la contratación de recurso humano suficiente que en lo posible garantice su continuidad, capacitación, gestión del conocimiento y adecuación de procesos.

EGRESOS HOSPITALARIOS²

Tabla 12. Comparativo de Egresos Hospitalarios 2015 - 2018

SEDE	2015	2016	2017	2018
BOGOTÁ	1.342	1.291	1.076	1.135
MEDELLÍN	352	351	399	363
MANIZALES	237	196	209	181
PALMIRA	72	95	66	72
TOTAL	2.003	1.933	1.750	1.751

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

De acuerdo con los datos reportados por las sedes para el año 2018 se produjeron 1.751 egresos hospitalarios correspondientes a 1.299 pacientes, frente a los 1.750 egresos y 1.311 pacientes reportados en la vigencia anterior, las cifras podrían sugerir estabilización en la tendencia en los egresos hospitalarios; a pesar de ello se evidencia que esta tendencia se produjo por la disminución en el número de hospitalizaciones presentados en las sedes Medellín y Manizales que equilibraron el aumento en las mismas en las sedes Bogotá y Palmira.

El número de afiliados que requirió más de una hospitalización aumentó en 19.2% al pasar de 250 en 2017 a 298 en 2018. La distribución de pacientes con dos o más hospitalizaciones es la siguiente: 196 pacientes con dos hospitalizaciones, 70 pacientes con tres, 19 pacientes con cuatro, siete pacientes con cinco, cinco pacientes con seis y un paciente con ocho hospitalizaciones.

Revisada la información de estos afiliados se encuentra que cursan con patologías cardiovasculares (IAM, ICC, aneurisma cerebral, IRC) o de alto costo de base (cáncer de vejiga, pulmón, porfiria, linfoma, entre otros) y como causa de las hospitalizaciones presentaron complicaciones derivadas de estas, cuadros sépticos y cálculos de vías biliares entre otros, que explican la frecuencia de sus hospitalizaciones.

Con relación al número de días de estancia hospitalaria correspondiente a 10.693 días para 1.751 ingresos que resultan en un promedio de 6.1 días por hospitalización. Los ingresos asociados a hospitalizaciones con estancias superiores a 30 días corresponden en orden de frecuencia a pacientes con enfermedades y trastornos mentales, secuelas de eventos cerebrovasculares, patología oncológica, sepsis y pacientes con alto número de comorbilidades. Como dato relacionado en el mes de septiembre egresó un afiliado que se encontraba institucionalizado desde 2015 con un total de 1094 días de hospitalización.

Tabla 13. Diez primeras causas de internación hospitalaria por subgrupo en la vigencia 2018

GRUPO DX	DESCRIPCION SUBGRUPO DX	N. HOSPITAL.	DIAS ESTANCIA
80	Otras enfermedades del sistema urinario	104	705

² Número de pacientes hospitalizados y dados de alta

39	Otras formas de enfermedad del corazón	103	664
17	Tumores neoplasias malignas	92	640
37	Enfermedades isquémicas del corazón	90	508
0	No especificado	67	684
48	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	59	450
45	Influenza gripe y neumonía	57	399
101	Traumatismo sin fractura	57	289
61	Trastornos de la vesícula biliar de las vías biliares del páncreas	53	289
111	Síntomas y signos generales	49	292

Fuente: Planeación y Sistemas de Información.

Como en vigencias anteriores las enfermedades del sistema urinario ocupan el primer lugar como causa de hospitalización en nuestra población; dentro de esta categoría se encuentra en primera instancia el diagnóstico infección de vías urinarias de sitio no especificado con 91 ingresos y 660 días de estancia. Revisado este aspecto, se encuentra que por una parte se trata de infecciones que complican pacientes con cuadros clínicos de base de diabetes, hipertrofia prostática, alteraciones inmunológicas, cáncer, entre otros y, por otra parte, se detecta que los profesionales de las IPS de la red no actualizan el diagnóstico de ingreso ocasionando que hospitalizaciones prolongadas por otras causas queden asociadas a esta patología.

En segundo lugar, se encuentra el subgrupo “Otras formas de enfermedad del corazón”, en el cual el diagnóstico Insuficiencia cardíaca congestiva ocupa un lugar preponderante con 54 hospitalizaciones y 429 días de estancia hospitalaria; debemos señalar que esta patología es una complicación de enfermedades tales como HTAS y enfermedad isquémica de alta prevalencia en nuestra población afiliada.

En tercer lugar, encontramos el subgrupo de Tumores neoplasias malignas. En este grupo se encuentran por frecuencia de hospitalizaciones los tumores malignos de próstata con 15 hospitalizaciones y 71 días de estancia, el tumor maligno de estómago con 13 ingresos y 168 días, los linfomas con 13 hospitalizaciones y 128 días, los tumores malignos de colon con 12 ingresos y 94 días y los tumores de vejiga con 6 ingresos y 27 días. Las variaciones que se evidencian en el número de días de hospitalización con relación con los diagnósticos dependen de la complejidad del manejo requerido, de la agresividad y la estratificación de la neoplasia.

Los subgrupos que siguen en orden de frecuencia corresponden a:

- Enfermedades isquémicas del corazón que se presentan como complicación de patologías crónicas como las hipertensivas y metabólicas, que para su control requieren entre otros del compromiso de los pacientes a las medidas farmacológicas y no farmacológicas. Los resultados de los programas de riesgo cardiovascular en la Unidad reflejan la pobre adherencia de la población a las recomendaciones, a las actividades trazadas para optimizar el control de las patologías y el concepto de buena parte de los inscritos de que estas constituyen más bien un medio para la exoneración de las cuotas moderadoras por los servicios incluidos en el programa.
- No especificado: corresponde a diversas causas no relacionadas con los demás subgrupos.
- A continuación, se encuentran: Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores e Influenza gripe y neumonía cuya frecuencia se explica por el alto número de afiliados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la sensibilidad de las personas en los extremos de la

edad a las infecciones de vías respiratorias y a las características geográficas, climáticas y epidemiológicas de nuestro país.

El análisis y seguimiento a variables tales como: ingresos y egresos hospitalarios, promedio de estancias hospitalarias, posibles reingresos y estancias prolongadas se han constituido para las sedes en herramientas que permiten monitorear en forma permanente el comportamiento de las IPS en este sentido por parte de las áreas encargadas del Aseguramiento; la actividad realizada in situ por parte de los auditores concurrentes de las sedes permiten gestionar de manera efectiva los servicios brindados a los usuarios en estas entidades y detectar eventos adversos, contribuyendo a la racionalización del servicio y a la disminución de complicaciones por estancias prolongadas injustificadas.

MORTALIDAD

Tabla 14. Mortalidad Unisalud 2015-2018

SEDE	2015			2016			2017			2018		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
BOGOTÁ	48	56	104	59	61	120	58	47	105	49	47	96
MEDELLÍN	13	19	32	12	20	32	17	20	37	17	12	29
MANIZALES	4	5	9	4	7	11	8	1	9	3	2	5
PALMIRA	2	6	8	3	2	5	3	1	4	6	0	6
TOTAL	67	86	153	78	90	168	85	69	155	75	61	136

Fuente: Planeación y Sistemas de Información

De acuerdo a la anterior tabla, durante el 2018 se presentó disminución del 12.25% en la mortalidad frente a la vigencia anterior. La distribución de los pacientes fallecidos en la vigencia 2018 de acuerdo al género continúa con el comportamiento de la vigencia anterior, con predominio de fallecidos del género masculino del 55.1% y 44.8% para el femenino, cifras que se asimilan al comportamiento nacional para el año 2017 en el cual, según cifras presentadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, ocurrieron 146.388 defunciones no fetales, de las cuales el 51,8% correspondieron a hombres y el 48,2% a mujeres.

El indicador esperanza de vida de Unisalud en 2018 fue de 81 años para la población general, 79,4 años para mujeres y 89.4 años para hombres, comparado con las anteriores vigencias se encuentra disminución de 1.3 años en la edad promedio de fallecimiento para el género masculino y un incremento de 14 años para género femenino. Como en años anteriores, la esperanza de vida en Unisalud supera el indicador para Colombia que, para 2016 alcanzó los 74,38 años. Ese año la esperanza de vida de las mujeres fue de 78 años, mayor que la de los hombres que fue de 70,85 años.

Hasta el momento, Unisalud no cuenta con acceso a los datos de los certificados de defunción de los afiliados a Unisalud emitidos por la red de prestadores, ni a los datos actualizados por el DANE, por ello, se continúan las estrategias implementadas para aumentar la recolección de datos relacionados con la mortalidad de sus afiliados, a pesar de ello, para esta vigencia se presentó deterioro en la obtención de la causa de muerte encontrando un 30.15% de fallecimientos con causa no disponible, frente al 20.1% en la vigencia anterior.

Tabla 15. Diez primeras causas de mortalidad por Grupos Unisalud 2018

CAPITULO	F	M	Total general	%
Sin dato	24	17	41	30,15%
Enfermedades del sistema circulatorio	12	14	26	19,12%
Enfermedades del sistema respiratorio	8	12	20	14,71%
Neoplasias	9	11	20	14,71%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2	4	6	4,41%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	2	4	2,94%
Enfermedades del aparato digestivo		4	4	2,94%
Enfermedades del sistema nervioso		4	4	2,94%
Enfermedades del aparato genitourinario		3	3	2,21%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1	1	2	1,47%
Trastornos mentales y del comportamiento	2		2	1,47%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa		2	2	1,47%
Causas externas de morbilidad y de mortalidad		1	1	0,74%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	1		1	0,74%
Total general	61	75	136	100,00%

Fuente: Planeación y Sistemas de Información

Para esta vigencia se encuentra que de los 136 fallecidos, 95 presentan registro de causa de muerte (69.8%), sin embargo, debido a que un mismo diagnóstico puede ser registrado con diferentes códigos según la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10, por ello, para este informe, se presentan las causas de muerte clasificadas por grandes grupos.

En la tabla anterior se pueden observar que las causas de muerte más frecuentes para Unisalud en la vigencia 2018 correspondieron a enfermedades crónicas de los sistemas circulatorio y respiratorio y a patologías oncológicas, se corroboran estos hallazgos al observar las causas de muerte según diagnóstico CIE_10, dado que en orden de frecuencia, el Infarto agudo del miocardio sin otra especificación y la Insuficiencia respiratoria aguda representan el 4.41% cada uno (6 fallecimientos por diagnóstico); la Insuficiencia cardíaca congestiva y la Neumonía no especificada representan el 3.68% cada uno (5 muertes por diagnóstico); Septicemia no especificada y Paro respiratorio corresponden a 2.94% (4 muertes por diagnóstico).

Tabla 16. Mortalidad por género y tipo de afiliación Unisalud 2018

TIPO AFILIADO	F	M	Total general
BENEFICIARIO	25	8	33
COTIZANTE	36	67	103
Total general	61	75	136

Fuente: Planeación y Sistemas de Información

Respecto al tipo de afiliación, se encuentra que de los 136 fallecidos, 33 corresponden a beneficiarios (24.2%) y 103 a afiliados cotizantes (75.7%), conservando la tendencia de años anteriores.

POLIZA ALTO COSTO

Unisalud mediante oficio No. B.USS- 06894-17 del 29 de noviembre de 2017, efectuó la adjudicación del Contrato 12-2017 para la adquisición de la Póliza de Enfermedades de Alto Costo No. 000706539895, a QBE Seguros S.A., la cual fue objeto de prórroga con una vigencia de doce (12) meses a partir del 01 de diciembre de 2018, hasta el 30 de noviembre de 2019 a las 24:00 horas, con restablecimiento de términos, cuyas condiciones fueron:

Tabla 17. Condiciones Póliza de Alto Costo No.000706539895

Compañía de Seguros	QBE Seguros S.A.	QBE Seguros S.A.
Póliza de E.A.C.	000706539895	000706539895-1
Vigencia de la Póliza	01/12/2017 a 30/11/2018	01/12/2018 a 30/11/2019
Meses	12	12
Límite de Cobertura	\$500.000.00	\$500.000.000
Deducible	\$350.000.000	\$350.000.000
Prima por afiliado mes	\$1.000	\$1.000
Total Primas pagadas*	\$212.411.000	\$35.146.000
Programas de P y P*		\$1.241.850

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

* Datos con fecha de corte 28/02/2019

Los amparos contemplados fueron:

- 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.

Debemos señalar que la póliza de alto costo No. 000706539895 fue contratada de acuerdo al análisis realizado en la vigencia anterior, como una alternativa que protegiera a financieramente a Unisalud en caso de que los eventos asociados a los amparos cubiertos impacten la sostenibilidad financiera de la Unidad, lo cual se refleja en las condiciones financieras descritas anteriormente.

A continuación, presentamos los indicadores demográficos de la población sujeto de cobertura por la póliza de alto costo No. 000706539895. Estos nos permiten evidenciar distintos aspectos, tales como características de la población, su crecimiento, dependencia económica y su proceso de envejecimiento, indicadores que son relevantes toda vez que nos permiten elaborar un juicio sobre el comportamiento de la población objeto de estudio.

Tabla 18. Indicadores de estructura demográfica de la población Unisalud sujeto de cobertura por la póliza de alto costo No. 000706539895 a 30 de noviembre de 2018

Índice Demográfico	Sep. -18 a Nov - 18
Población total asegurada	17.599
Población Masculina	8.145
Población Femenina	9.454
Relación Hombres: mujer	Para el periodo analizado, por cada 100 mujeres hay 81 hombres.
Razón niños: mujer	Por cada 100 mujeres en edad fértil (15-49 años) hay 13 niños y niñas entre 0 y 4 años.
Índice de infancia	Por cada 100 personas hay 10 que corresponde a menores de 14 años
Índice de juventud	Por cada 100 personas hay 13 personas entre 15 a 29 años de edad.
Índice de vejez	Refleja que por cada 100 personas hay 32 personas mayores de 65 años, equivalente a un 32%.
Índice de envejecimiento	Por cada 100 personas menores de 15 años, hay 30 personas mayores de 65 años.
Índice demográfico de dependencia	Refleja que por cada 100 personas entre los 15 a 64 años, hay 74 personas dependientes (menores de 15 años y mayores de 66 años).
Indicie de dependencia infantil	Muestra que 17 personas menores de 16 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 57 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 Jargu Corredores de Seguros Unisalud

Los datos reportados en la tabla anterior reflejan la tendencia progresiva al envejecimiento y dependencia de la población objeto de cobertura por la póliza de alto costo y por consiguiente de los afiliados a la Unidad.

Tabla 19. Distribución preavisos alto costo por sede. Febrero 29 de 2016 a noviembre 30 de 2018

Sede	Acumulado preavisos	%
BOGOTA	1.356	58%
MEDELLIN	753	32%
MANIZALES	165	7%
PALMIRA	83	4%
Total	2.357	100%

Fuente: Base datos Corredor de Seguros JARGU – ERP

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

De acuerdo al número de afiliados se evidencia que la sede Bogotá identifica el 58% de los preavisos, seguido de la sede Medellín con el 32%.

Tabla 20. Distribución de los preavisos reportados en la población afiliada a Unisalud. Febrero 29 de 2016 a noviembre 30 de 2018

AMPARO	Pre- Avisos	%
Cáncer	1488	63,13%
Manejo Quirúrgico de Enfermedades Cardiacas	442	18,75%
Reemplazos Articulares	145	6,15%
Infección por VIH SIDA	78	3,31%
Insuficiencia Renal Aguda O Crónica	77	3,27%
Manejo Quirúrgico para Afecciones del Sistema Nervioso Central	50	2,12%
Cuidados Intensivos	35	1,48%
Trasplante Renal, Corazón, Hígado, Cornea Y Medula Ósea	32	1,36%
Manejo Quirúrgico para Enfermedades Congénitas	9	0,38%
Gran Quemado	1	0,04%
Manejo de Trauma mayor	0	0,00%
Corrección Quirúrgica De La Hernia De Núcleo Pulposo Incluyendo Las Tecnologías En Salud De Medicina Física Y Rehabilitación Que Se Requieran	0	0,00%
TOTAL	2357	100%

Fuente: Base datos Corredor de Seguros JARGU – ERP

El comportamiento de preavisos discriminados por amparo reportado durante la vigencia de la póliza de enfermedades de alto costo, evidencia que el mayor peso porcentual afecta el amparo de cáncer con un 63.13%, seguido de manejo quirúrgico de enfermedades cardiacas con el 18.75% y en tercer lugar reemplazos articulares con 6.15%, mientras el 11.97% restante es atribuido a otras causas, guardando estrecha relación con el perfil poblacional en la entidad y con la afectación de las pólizas en las últimas vigencias.

Analizada la información por diagnóstico, en los cuatro primeros lugares se encuentran neoplasias, a saber: Tumor Maligno de la Próstata, Tumor Maligno de la Piel de Otras Partes y de las No Especificadas de la Cara, Tumor Maligno de la Mama, Tumor Maligno de la Glándula Tiroides. Seguidos por diagnósticos relacionados: con Presencia de Marcapaso Cardíaco, Presencia de Angioplastia y Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), situaciones ligadas a las características de la población cubierta por la póliza y en concordancia con lo reportado a nivel nacional por otras EAPB para patologías de alto costo.

Debido a la alta prevalencia de patología cardiovascular se infiere un aumento progresivo en la incidencia de enfermedad renal crónica que obliga al seguimiento a la gestión clínica de la población con riesgo cardiovascular incrementado.

Tabla 21. Distribución de los amparos presentados en la población afiliada a Unisalud, febrero 29 de 2016 a 31 de diciembre de 2018

AMPARO	BOGOTÁ	MANIZALES	MEDELLIN	PALMIRA	TOTAL	%
--------	--------	-----------	----------	---------	-------	---

Cáncer	25		50	4	79	81%
Manejo Quirúrgico de Enfermedades Cardiacas	3		7	1	11	11%
Manejo Quirúrgico para Afecciones del Sistema Nervioso Central			1	1	2	2%
Insuficiencia Renal Aguda o Crónica			2		2	2%
Reemplazos Articulares	1			1	2	2%
Gran Quemado					0	0%
Cuidados Intensivos				1	1	1%
Infección por VIH SIDA					0	0%
Manejo Quirúrgico para Enfermedades Congénitas					0	0%
Manejo de Trauma mayor					0	0%
Trasplante Renal, Corazón, Hígado, Cornea Y Medula Ósea	1				1	1%
Corrección Quirúrgica De La Hernia De Núcleo Pulposo Incluyendo Las Tecnologías En Salud De Medicina Física Y Rehabilitación Que Se Requieran					0	0%
SUBTOTAL	30	0	60	8		
TOTAL AVISOS GENERADOS	98					
%	30,6%	0,0%	61,2%	8,2%		

Fuente: Base datos Corredor de Seguros JARGU – ERP

Con corte a 30 de noviembre de 2018, se han presentado ante la compañía de seguros un total de noventa y ocho (98), reclamaciones correspondientes a la póliza No. 000706351355 y su proroga, las cuales afectan los amparos de: Cáncer con un total de setenta y nueve (79) reclamaciones, Manejo Quirúrgico de Enfermedades Cardiacas con once (11) reclamaciones, Manejo Quirúrgico para Afecciones del Sistema Nervioso Central, Insuficiencia Renal Aguda o Crónica y Reemplazos Articulares con dos (2) reclamaciones cada una y por último los amparos de Cuidados Intensivos y Trasplante renal, corazón, hígado, córnea con una (1) reclamación.

Del total de las reclamaciones presentadas ante la compañía de seguros, la sede de Medellín representa la mayor proporción con el 61.2%, seguida por la sede Bogotá con un 30.6 % y por último la sede Palmira con un 8.2%, a la fecha la sede Manizales no ha presentado ninguna reclamación para recobro ante la compañía de seguros.

En lo corrido de la vigencia de la póliza No. 000706539895, no se han presentado reclamaciones ante la compañía de seguros, por esta razón los datos que se analizarán a continuación corresponden a la Póliza de Enfermedades de Alto Costo No.000706351355, la cual se encuentra en el periodo de recobro que finaliza el 30 de noviembre de 2019.

Tabla 22. Siniestralidad Póliza de Enfermedades de Alto Costo No.000706351355

CONSOLIDADO POR SEDES CON FECHA DE CORTE 22/03/2019 POLIZA No. 000706351355 QBE SEGUROS S.A.									
VIGENCIA DEL 29 DE FEBRERO DE 2016 AL 30 NOVIEMBRE DE 2019									
SEDES UNISALUD	No. RECLAMOS	VALOR GLOBAL FACTURAS	VALOR DEDUCIBLE	VALOR EXCEDENTE LIMITE ASEGURADO	VALOR RECLAMADO	VALOR PAGADO	VALOR EN TRAMITE	TOTAL GLOSA FINAL	TOTAL VALOR OBJETADO
BOGOTÁ	37	\$ 2.447.126.282	\$ 1.287.988.500	\$ 0	\$ 1.159.137.782	\$ 892.524.871	\$ 85.277.289	\$ 84.263.917	\$ 97.071.705
MEDELLIN	60	\$ 2.892.599.897	\$ 1.623.985.500	\$ 93.519.894	\$ 1.175.094.503	\$ 1.039.781.187	\$ 1.204.094	\$ 47.887.738	\$ 86.221.484
PALMIRA	8	\$ 1.062.989.409	\$ 447.996.000	\$ 86.707.666	\$ 528.285.743	\$ 508.077.426	\$ 0	\$ 2.316.358	\$ 17.891.959
TOTAL GENERAL	105	\$ 6.402.715.588	\$ 3.359.970.000	\$ 180.227.560	\$ 2.862.518.028	\$ 2.440.383.484	\$ 86.481.383	\$ 134.468.013	\$ 201.185.148

Fuente: Base datos Corredor de Seguros JARGU – ERP

En la tabla anterior se evidencia que Unisalud continuó con su comportamiento previo caracterizado con una alta siniestralidad, a pesar de la cual se encuentra que la mayoría de los preavisos no superan el valor del deducible (4.15%).

Teniendo en cuenta que por concepto de primas durante la vigencia de la póliza No.000706351355 Unisalud canceló \$2.799.442.185, a la fecha tenemos que la siniestralidad bruta de esta póliza corresponde a 97.8%, lo cual hace de Unisalud una entidad poco atractiva para el negocio del sector asegurador.

Teniendo en mente que pueden existir siniestros no identificados por las sedes los cuales son sujeto de recobro hasta dos años después de la fecha de ocurrencia de los mismos tenemos que, a la fecha los valores reconocidos corresponden al 87.1% del valor de las primas pagadas por Unisalud

Los motivos de glosa en su mayoría son causados por carencia soportes administrativos, manejo de condiciones de salud no cubiertas por la póliza durante la prestación del servicio y a valores recobrados que han sido glosados por Unisalud a las entidades de la red externa. Para la vigencia de la póliza No.000706351355 las glosas correspondieron al 4.8% del valor reclamado.

Dentro de la oferta presentada por la aseguradora y lo requerido en el pliego de condiciones para la contratación de la póliza de enfermedades de alto costo No. 000706539895, se estableció el compromiso de ofrecer participación en la cofinanciación de los programas de PE y DT de la Unidad, para lo cual reinvirtieron el 1 % de las primas pagadas por Unisalud dentro de la vigencia del contrato, cuyo valor con corte a 30 de noviembre de 2018 fue de \$ 2.064.110.

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

COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO – CTC.

Unisalud en la vigencia 2018 continuó sus esfuerzos por ser incluida en el aplicativo MIPRES para la 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) ante el Ministerio de Salud y Protección Social siendo nuevamente rechazada la solicitud por considerar que el plan ampliado de los afiliados a los Sistemas Especiales, en nuestro caso a Unisalud, podría generar conflicto en el mismo y que este aplicativo sólo funcionará para las EPS que manejan el POS.

Por lo anterior, Unisalud continúa aplicando lo relacionado en la Resolución 5395 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, frente a las disposiciones para el CTC en lo referente a la integración, postulación y elección de miembros, funciones del comité, reuniones y actas, entre otros.

Mediante el Acuerdo 01 de 2018 de la Junta Directiva Nacional se actualizaron temas relacionados con el acta unificada del Comité y la custodia de los soportes de solicitudes ante este cuerpo colegiado.

A continuación, se describirá el comportamiento del CTC de UNISALUD durante la vigencia 2018, comparado con el resultado de las últimas vigencias:

Tabla 23. Comparativo Indicador de Oportunidad CTC 2014 - 2018

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)				
						Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018
MEDELLIN	53	4606	4484	4	118	6,2	6,5	6,2	7,0	7,9
MANIZALES	53	1543	1491	32	20	3,5	6,1	3,5	4,0	4,5
PALMIRA	65	284	247	19	18	4,0	3,9	3,5	3,0	2,7
BOGOTA	46	6085	5686	77	322	7,0	3,0	6,5	7,0	7,3
TOTAL UNISALUD	217	12518	11908	132	478	5,1	4,9	4,9	5,2	5,6

Fuente: Reportes de las sedes 2018

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 2018 se encuentra que la oportunidad de respuesta presentó deterioro en tres de las cuatro sedes y en consecuencia la oportunidad general que incrementó en 0.4 días frente a la vigencia anterior; la sede Palmira se mantiene dentro del estándar de tres días alcanzado en la vigencia anterior.

Durante la vigencia 2018 la sede Bogotá realizó 46 sesiones del Comité, debido a que para el proceso de elección de los representantes que lo conforman no se presentaron candidatos de manera oportuna, de tal manera no se pudieron surtir la totalidad de las sesiones programadas. Por lo tanto, para disminuir el impacto que esta situación pudiera generar en los afiliados, los casos urgentes fueron objeto de análisis por parte de los auditores del área de autorizaciones con el acompañamiento de especialistas realizando la autorización de los servicios pertinentes mediante la modalidad de preautorización.

El número de solicitudes presentadas ante el CTC durante esta vigencia tuvo un decremento no significativo de 0.46% (59 solicitudes) frente al año 2017 en el cual se presentaron 12.577 solicitudes. El impacto de esta disminución fue mínimo frente al indicador oportunidad. La disminución en el número de solicitudes podría estar relacionado con la actualización anual del Plan de Beneficios realizada por el Ministerio de Salud desde hace cuatro años.

La aprobación fue de 11.908 solicitudes, equivalentes a 95.1% del total, con un incremento del 0.6% en este indicador frente al 2017. El indicador de casos no aprobados no se modificó frente a la vigencia anterior con un 3.8% del total de los casos analizados y los casos aplazados correspondieron al 1.05% del total de casos analizados; su aplazamiento se debió su mayoría al envío de información clínica incompleta que fue solicitada a los médicos tratantes; una vez complementada la información, los casos aplazados fueron evaluados por parte del CTC.

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

Las causas más comunes de no aprobación de solicitudes continúan sin variación y corresponden a:

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

Tabla 24. Consolidado Facturación Operador Logístico año 2018

SEDE:	VALOR FACTURADO CTC	VALOR TOTAL FACTURACION MEDICAMENTOS	PORCENTAJE CTC /TOTAL FACTURACION 2018	PROCENTAJE CTC 2017
MEDELLIN	\$ 1.976.091.711	\$ 3.639.472.045	54,30%	50,20%
MANIZALES	\$ 564.463.261	\$ 1.200.295.543	47,03%	46,72%
PALMIRA	\$ 357.729.350	\$ 727.477.625	49,17%	59,92%
BOGOTA	\$ 4.369.075.228	\$ 8.986.664.736	48,62%	47,75%
TOTAL AÑO 2018 UNISALUD	\$ 7.267.359.550	\$ 14.553.909.949	49,93%	49,07%

Fuente: Facturación operadores logísticos 2018

En términos económicos, la diferencia en el valor total bruto de facturación de medicamentos y dispositivos dispensados en 2018 respecto al 2017 por parte de los operadores logísticos fue de \$ 1.120.774.487 correspondiente a un incremento de 8.3%, mientras que para medicamentos y dispositivos autorizados por CTC, fue de \$ 675.997.599 correspondiente a un incremento en el 10.25% de los costos; como consecuencia se encuentra un incremento del 0.86% en la participación porcentual del costo de los medicamentos aprobados por el CTC frente al valor total de facturación de 2017.

Tabla 25. Comparativo del comportamiento del costo de medicamentos aprobados por CTC en las vigencias 2017- 2018

SEDE	VALOR FACTURADO CTC MEDICAMENTOS		% VARIACIÓN
	VIGENCIA 2017	VIGENCIA 2018	
BOGOTA	\$3.758.709.026	\$4.369.075.228	16,24%
MEDELLÍN	\$1.890.963.642	\$1.976.091.711	4,50%
MANIZALES	\$546.612.246	\$ 576.404.736	5,45%
PALMIRA	\$474.772.958	\$357.729.350	-24,65%

NACIONAL	\$6.671.057.872	\$7.279.301.025	9,12%
----------	-----------------	-----------------	-------

Fuente. Consumo 2018 sedes

En el cuadro anterior se evidencia el comportamiento de la facturación durante las vigencias 2017 y 2018 de los medicamentos autorizados por el CTC y dispensados por el operador logístico de cada una de las sedes.

La sede Bogotá debió el incremento al aumento en la frecuencia en la autorización de medicamentos de muy alto costo como abiraterona, lenalidomida, enzalutamida, entre otras; productos que no fueron objeto de negociación dado que no representaban mayor frecuencia o mayor costo en las vigencias anteriores por tratarse de medicamentos de ingreso reciente al país.

Los resultados obtenidos por la sede Palmira fueron analizados de manera puntual encontrando que el comportamiento se encuentra asociado a la dinámica de las siguientes moléculas:

- ABIRATERONA: requerido por un único paciente quien por hospitalizaciones recurrentes y su posterior fallecimiento requirió de un número de unidades entregadas (correspondiente a una facturación de 40 millones de pesos menos que en la vigencia anterior).
- SUPLEMENTOS ALIMENTARIOS: se presentó disminución por este concepto por \$7 millones a expensas del valor promedio de los productos, que pasó de \$25.000 la unidad en 2.017, a \$18.000 en el año 2.018 asociado a la negociación de este producto, aún a pesar del aumento en el número de pacientes con nutrición enteral, el año 2.017 se entregaron 3.969 unidades y en el año 2.018, un total de 5.107 unidades.
- TERIPARATIDE: para este producto se presentó una disminución de 5 millones de pesos, que corresponde al 29%, resultante de la comparación del valor del año 2.017 de 18 millones, con el de 13 millones del año 2018 por disminución en el consumo.

Tabla 26. Comparativo Costo de medicamentos y dispositivos médicos negociados 2015-2018

MEDICAMENTO DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL	2015	2016	2017	2018
LEUPROLIDE ACETATO 30 MG	\$1.234.964	\$1.406.014	\$1.406.014	\$1.251.556
ADALIMUMAB 40 MG	\$1.059.012	\$1.213.282	\$1.259.503	\$1.364.112
LEUPROLIDE ACETATO 22.5 MG	\$929.562	\$1.054.510	\$1.054.510	\$966.572
GOSERELINA 10.8 MG	\$574.600	\$703.852	\$704.442	\$746.450
ETANERCEPT 50 MG	\$505.620	\$577.122	\$646.710	\$709.602
LENALIDOMIDA 5 MG	\$469.102	\$573.039	\$573.039	\$645.106
TOXINA BOTULINICA 100 UI	\$424.000	\$445.058	\$454.530	\$481.635
ZOLEDRONICO ÁCIDO 5 MG	\$424.000	\$250.700	\$345.868	\$334.950
LEVONORGESTREL 52 MG - EQUIV. A 14UG /24H. ENDOCEPTIVO	\$382.660	\$422.806	\$434.923	\$435.718
ETANERCEPT 25 Mg	\$235.000	\$234.241	\$230.579	\$275.468
Total	\$6.240.535	\$6.882.640	\$7.112.135	\$7.213.187
VARIACIÓN ABSOLUTA		\$642.105	\$229.495	\$101.052
VARIACIÓN RELATIVA		10,29%	3,33%	1,42%

Fuente: Consolidado de facturación sedes

La tabla anterior permite analizar el comparativo de algunas moléculas de uso ambulatorio de mayor costo y que han sido negociadas en las cuatro últimas vigencias, evidenciando que la negociación realizada a través de un distribuidor de medicamentos y dispositivos médicos ha sido efectiva observando la baja variación en los costos totales de un periodo a otro.

El bajo incremento en la facturación total de productos negociados entre un año y otro, sugiere contención progresiva atribuida entre otros a la negociación y al impacto de la regulación de precios de medicamentos realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, a pesar del incremento en algunas moléculas y del paso a segundas y hasta opciones adicionales por desabastecimiento o discontinuación de productos.

SUFICIENCIA DE LA RED

De acuerdo con la base de datos de afiliados a Unisalud con corte a 31 de diciembre se encontraron los siguientes resultados: afiliados presentes en 171 municipios de 26 de los 32 departamentos del país. Actualmente Unisalud cuenta con IPS contratadas directamente en 20 de los 26 departamentos de residencia de los afiliados y presta sus servicios, lo cual corresponde a una cobertura por departamento del 76.9%. La mayor concentración se encuentra en los departamentos de Cundinamarca, Antioquia, Caldas y Valle en cuyas capitales se ubican las sedes Andinas de la Universidad y las cuatro sedes de Unisalud; seguidos por aquellos departamentos en los cuales la Universidad tiene sus sedes de frontera (Meta, Amazonas, San Andrés y Arauca) y en los cuales se cuenta con institutos o museos (Boyacá, chocó).

De acuerdo al perfil poblacional, el número creciente de adultos mayores y población pensionada continúa la tendencia en la dispersión de la población en territorios con limitada o ausente oferta de servicios que afectan negativamente el indicador de cobertura. La red que presta servicios a afiliados en regiones del territorio no contemplada por las otras tres sedes es regulada por la sede Bogotá, que incluye la red nacional. Contribuyen también a la dispersión de los afiliados, los proyectos de investigación realizados por algunos docentes afiliados a la Unidad.

En 2018 se continuaron los esfuerzos de Unisalud para dar cumplimiento a su obligación como asegurador, garantizando a los afiliados la cobertura de sus necesidades en salud en el territorio colombiano a través de diferentes estrategias a saber: acercamiento a IPS públicas y privadas en búsqueda de una posible contratación, traslado de usuarios a municipios con cobertura, reembolso de atenciones, entre otras.

Situaciones relacionadas con los densos procesos de contratación y el escaso número de afiliados en algunos municipios entorpecieron la gestión realizada para la contratación de IPS en diferentes municipios; sin embargo, en 2018 se continuaron los esfuerzos para la ampliación de la red de servicios con criterios de integralidad y continuidad.

Por otra parte, Unisalud tiene acuerdos de voluntades vigentes con servicios de salud de otras universidades públicas a través de los cuales los afiliados tienen acceso a IPS de todos los niveles de atención en regiones en las cuales no cuenta con red propia.

Tabla 27. Comparativo organización red nacional de prestadores Unisalud 2016-2018

SEDE	2016			2017			2018		
	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	1.017	26	44	1.083	25	37	1.095	26	24
MANIZALES	1.446	37	19	1.473	33	21	1.464	39	20
MEDELLÍN	3.736	39	30	3.720	39	30	3.667	37	42
PALMIRA	958	43	20	944	41	20	949	41	20

BOGOTÁ	10.587	85	11	10.490	82	13	10.316	106	9
TOTALES NACIONALES	17.744	230	124	17.710	220	121	17.491	249	115
TOTALES COBERTURA NACIONAL			76%			73%			67%
TOTAL NACIONAL MUNICIPIOS A CUBRIR			164			166			171

Fuente: Reporte Informe de Gestión Sedes 2018

La red de prestadores de servicios de salud, de Unisalud en 2018 manejó una red de 249 IPS, presentándose incremento en 29 entidades frente al periodo anterior; debemos resaltar que Unisalud cuenta con entidades contratadas en 115 municipios, reflejando una cobertura del 67% de los municipios, en los cuales residen el 98% de los afiliados a la Unidad (17.149 afiliados).

Durante la vigencia 2019 Unisalud persistirá en la gestión de contratación de IPS en las zonas de influencia de los 56 municipios restantes con el fin de cubrir las necesidades en salud de la totalidad de nuestros usuarios. Debido a la movilidad en el territorio nacional de los afiliados es indispensable contar con información veraz y oportuna de la ubicación geográfica en el territorio nacional por parte del afiliado en tiempo real, con el fin de generar búsqueda de entidades en la región antes de que las condiciones de salud de los usuarios hagan imperativa la prestación del servicio.

Para ello se continuará con estrategias desplegadas en vigencias anteriores entre las cuales 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.

En los municipios con mayor concentración de afiliados se continúa con la estrategia de concentración de la población en un menor número de prestadores en aquellas ciudades con mayor concentración de afiliados, direccionada a permanecer con aquellos con mayor calidad e integralidad en la prestación del servicio y evitar de este modo múltiples desplazamientos a los usuarios.

En la vigencia 2018 se implementó el plan piloto del aplicativo de autorizaciones en la ciudad de Bogotá, obteniendo como resultados: mejora en el tiempo de espera en la ventanilla, agilización de trámites, disminución en el número de traslados del afiliado hacia la Unidad, disminución en la carga operativa que permite una respuesta más oportuna, mejora en el ambiente laboral y mejora en la satisfacción del servicio, respondiendo además al lineamiento de simplificación de trámites y servicios del SIGA. Para la vigencia 2019 se dará inicio a la implementación del aplicativo en las otras tres sedes.

De igual manera se continúa el fortalecimiento del proceso de referencia y contrarreferencia especialmente en lo relacionado con la atención de urgencias y del paciente hospitalizado, con el fin de minimizar el impacto de estas situaciones para el afiliado y su grupo familiar y garantizar la prestación oportuna y eficiente del servicio, y coordinar los egresos hospitalarios. En este sentido a través del auditor concurrente se realiza seguimiento en las instituciones a la gestión clínica de los afiliados hospitalizados.

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

Como hallazgo se encuentra la mejora en el porcentaje de cobertura geográfica debido a traslado de usuarios a municipios con cobertura por la red de Unisalud; la cobertura por nivel de atención continua dentro de metas garantizando la atención al 98% de los usuarios en IPS que cubren sus necesidades de salud.

Tabla 28. Índice de suficiencia de la red contratada 2018

INDICADOR SUFICIENCIA	2015	2016	2017	2018
COBERTURA GEOGRAFICA: Número municipios con cobertura / Número total de municipios con afiliados	77%	76%	60%	67%
COBERTURA POR NIVEL: Número de afiliados con cobertura de acuerdo a la oferta del territorio de domicilio / Número total de afiliados de la sede.	98%	99%	98%	98%
CALIDAD: N° de IPS que cumplen con el 100% de las variables auditadas en la evaluación de capacidad técnica y científica de la red / No total de IPS contratadas	SD	SD	94%	94.5%

Fuente: Reporte Informe de Gestión Sedes 2018

Como se mencionó anteriormente, en los municipios con presencia de afiliados y sin red contratada, de común acuerdo con el afiliado se han desplegado diferentes estrategias que fueron mencionadas anteriormente y de las cuales en este aparte resaltamos que, 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.

Se encuentra para la vigencia 2018 cumplimiento de todos los estándares de calidad con un 94% de las IPS de la red adscrita objeto de auditoría por parte de Unisalud en el periodo. Frente a las IPS que presentaron hallazgos se realizó seguimiento a los planes de mejora establecidos con ocasión de estas visitas, encontrando cumplimiento de los mismos.

Debido a la carga operativa y al bajo número de auditores disponibles en las sedes en 2018 se realizaron auditorías a 182 de los 249 prestadores de la red, lo que corresponde al 73% de las entidades contratadas; para la vigencia 2019 se espera realizar visita a por lo menos el 85% de la red con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones de accesibilidad, oportunidad y calidad de las instituciones.

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.

ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA PE Y DT

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

La información presentada corresponde a Códigos Únicos de Procedimientos en Salud CUPS asociados a actividades PE y DT consignadas en los reportes de la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y a actividades realizadas dentro de los programas propios de Unisalud, dado que a la fecha Unisalud no cuenta con la publicación oficial de los reportes actualizados de la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, fuente del dato para este indicador.

Tabla 29. Destinación de la capacidad instalada al modelo de salud, cuadro comparativo 2016- 2018

SEDE	2016			2017			2018		
	CUPS PYD	TOTAL CUPS	%	CUPS PYD	TOTAL CUPS	%	CUPS PYD	TOTAL CUPS	%
BOGOTA	92.181	453.931	20,3%	82.697	337.872	24,5%	70.962	334.866	21,2%
MANIZALES	13.611	51.163	26,6%	15.717	54.837	28,7%	11.287	54.133	20,9%
MEDELLÍN	22.307	127.865	17,4%	18.505	88.773	20,8%	33.608	100.027	33,6%
PALMIRA	10.226	36.044	28,4%	5.774	9.707	59,5%	9.500	37.291	25,5%
TOTAL	138.325	669.003	20,7%	122.693	491.189	25,0%	125.357	526.317	23,8%

Fuente: Reporte IV Trimestre 2018 según Resolución 4505 de 2012 y tableros de seguimiento programas propios

En la tabla anterior se evidencia disminución de 1.2% en la destinación de la capacidad instalada en todas las sedes atribuible a la disminución en la oferta de atención por enfermería en las sedes Manizales y Bogotá por inconvenientes relacionados con la contratación, a la baja adherencia de algunos afiliados a este tipo de actividades, lo que conlleva a la expedición de órdenes que no se convierten en servicios efectivos por no corresponder a la necesidad sentida del usuario y a la periodicidad mayor de un año de algunas intervenciones.

Tabla 30. Diez actividades de PE y DT en orden de frecuencia

CODIGO CUPS	DESCRIPCION CODIGO CUPS	N. ORDENES AUTORIZADAS	%	N. PACIENTES	%
903818	COLESTEROL TOTAL	17.380	14,2%	12.568	7,2%
903868	TRIGLICERIDOS	17.069	13,9%	12.415	7,1%
903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	15.964	13,0%	11.889	6,8%
990212	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL	14.568	11,9%	10.298	5,9%
997310	CONTROL DE PLACA DENTAL	9.854	8,0%	7.270	4,2%
903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	7.124	5,8%	5.877	3,4%
890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	8.433	6,9%	4.047	2,3%
876802	MAMOGRAFIA BILATERAL	3.837	3,1%	3.641	2,1%
997103	TOPICACION DE FLUOR EN GEL	4.566	3,7%	3.224	1,8%
898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	3.165	2,6%	3.008	1,7%

Fuente Tableros de Gestión 2018

Los servicios relacionados con PE y DT que ocupan los primeros lugares se encuentran relacionados con el programa de riesgo cardiovascular, salud bucal, detección temprana de alteraciones y detección temprana de cáncer de mama y cérvix, lo cual se correlaciona con la demanda de servicios en la Unidad y las prioridades establecidas en la implementación de las RIAs.

Durante la vigencia 2018 se continuaron actividades de sensibilización, resocialización y capacitación constante de los equipos de la Unidad y actividades de demanda inducida a los afiliados de manera permanente, esta última estrategia ha mostrado efecto restringido por la desactualización de las bases

de datos de contacto y la baja adherencia a programas y actividades de PE y DT por un porcentaje importante de afiliados y a limitaciones en la ampliación de la infraestructura de las sedes.

Como resultado de estos hallazgos recurrentes se viene trabajando en la actualización del modelo de salud y su fortalecimiento con el Proyecto Gestión del Conocimiento, que busca determinar las líneas de acción y mecanismos a desarrollar para optimizar la gestión del riesgo en la Unidad, ya que algunas de las debilidades recurrentemente evidenciadas consisten en la dificultad del personal de salud para transmitir conocimientos y generar hábitos de vida saludable permanentes en sus afiliados y apropiarse de nuevas estrategias para su desempeño profesional.

Adicionalmente, la Jefatura de División Nacional de Servicios de Salud continuó el seguimiento a la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud y de las primeras Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) emitidas por el Ministerio de Salud a través de la Resolución 3280 de 2018 que se constituye en un referente de las actividades mínimas a desarrollar en nuestros afiliados de acuerdo a su estado de salud o ciclo vital y estandarizar el manejo de diferentes patologías. La implementación de las RIAS ha requerido de un trabajo arduo de capacitación a los equipos de las IPS debido a la alta exigencia que estas representan, de adaptación de procesos administrativos y de adaptación del software de historia clínica para lograr un registro que cumpla con los requerimientos del Ministerio en materia de atención en salud y reporte de información y con las necesidades de Unisalud para el seguimiento a la gestión clínica de sus usuarios.

Adicionalmente, de acuerdo con la normatividad vigente fueron revisadas las Guías de Práctica Clínica-GPC vigentes Unisalud, realizando la adopción y socialización de once para Medicina General y una para odontología. Durante el año 2019 se continuará la adopción de las GPC para el servicio de odontología.

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

Es de aclarar que durante el 2018 Unisalud no tuvo a disposición las cifras oficiales de cobertura de actividades de PE y DT debido a inconvenientes en la autorización al Ministerio de Salud y Protección Social para la publicación de datos por parte de algunas aseguradoras.

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 2017, estrategias de gran utilidad para realizar una adecuada planeación de la contratación de la red de servicios y de la oferta de servicios de las IPS propias.

Tabla 31. 10 primeros servicios autorizados según frecuencia de uso. Unisalud 2018

CODIGO CUPS	DESCRIPCION CODIGO CUPS	N. PACIENTES	N. SERVICIOS AUTORIZADOS	VALOR	F. USO	CONCENTRA.
931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD	3.543	56.911	875.027.292	3,3	16,1
890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	11.594	29.524	536.445.231	1,7	2,5
890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	10.163	26.671	481.665.312	1,5	2,6

CODIGO CUPS	DESCRIPCION CODIGO CUPS	N. PACIENTES	N. SERVICIOS AUTORIZADOS	VALOR	F. USO	CONCENTRA.
997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	5.374	23.409	472.329.570	1,3	4,4
890111	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR FISIOTERAPIA	447	18.949	514.886.211	1,1	42,4
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	9.908	16.024	69.937.651	0,9	1,6
890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	6.082	15.365	261.920.295	0,9	2,5
907106	UROANALISIS	10.042	15.251	166.264.677	0,9	1,5
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	10.087	15.010	66.995.462	0,9	1,5
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	9.389	14.350	225.355.630	0,8	1,5

Fuente Tableros de Gestión 2018

Los hallazgos de este periodo guardan estrecha relación con los de vigencias anteriores, se observa que el servicio de terapia física ocupó nuevamente el primer lugar por frecuencia de uso en la población afiliada de Unisalud con un 3.3 frente al 2,4 de la vigencia anterior, lo que determina un incremento en la frecuencia de uso de este servicio con un incremento de 0.9 sesiones por persona. De acuerdo a esto, si cada uno de los 17.491 afiliados a la Unidad hubiese usado el servicio, se hubiesen realizado 3.3 terapias por afiliado al año. Con relación a la concentración, en el año 2018 se autorizaron 56.911 sesiones de terapia física (13.981 más que en la vigencia anterior) a 3.543 afiliados, equivalente al 20.25% de la población, resultando 16.1 sesiones a cada uno de ellos, con un costo total de \$ 875.027.292 en el año 2018 frente a \$610.520.932 en el año 2017, correspondiente a un incremento en el 43.3% del costo por este servicio.

La causa de estos hallazgos se relaciona con la prevalencia de enfermedades articulares degenerativas y osteomusculares presente en adultos mayores, vicios posturales y poca adherencia al ejercicio y a las recomendaciones de terapia casera; por ello se espera que estrategias como la desplegada en la sede Bogotá correspondiente a la prescripción de ejercicio físico personalizado redunden en adquisición de este hábito en los afiliados. Para la presente vigencia fue programada una capacitación en terapia física: prescripción e indicaciones con el fin de optimizar el servicio.

En los siguientes lugares, tal como se espera se encuentran atenciones del nivel I como puerta de entrada a los servicios especializados, tales como:

La consulta de primera vez por medicina general ocupó el segundo lugar por frecuencia de uso en la vigencia con un 1.7, lo que corresponde a que, si cada uno de los afiliados hubiese usado el servicio, se hubiesen programado 1.7 consultas por afiliado al año. En el año 2018 se programaron 29.524 cita de primera vez por medicina general a 11.594 afiliados, correspondientes al 66% de la población, resultando una concentración de 2,5 citas de primera vez a cada uno de ellos, lo que evidencia error en el diligenciamiento de este ítem por parte de los profesionales de las IPS propias.

En tercer lugar, por frecuencia de uso, se encuentra la consulta de control o seguimiento por medicina general con 1.5, lo que corresponde a que, si cada uno de los afiliados hubiese usado el servicio, se hubiesen programado 1.5 controles por afiliado al año y una concentración de 2.6 controles a cada uno de los 10.163 afiliados que fueron objeto de este servicio.

Tabla 32. Primeros servicios autorizados según concentración

CODIGO CUPS	DESCRIPCION CODIGO CUPS	N. PACIENTES	N. SERVICIOS AUTORIZADOS	VALOR	F USO	CONCENTRA
961601	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN URETRA	2	555	23.542.874	0,03	277,50
OXICOL16	ALQUILER NEBULIZADOR POR DIA	3	387	5.397.624	0,02	129,00
MDE004	PAQUETE DE DIA DE ATENCIÓN DE PACIENTE CRÓNICO SIN SERVICIO DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA	2	252	15.120.000	0,01	126,00
OXICOL15	OXIGENO MEDICINAL PORTATIL POR DIA	12	1.155	62.250.840	0,07	96,25
938660	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	1	81	4.872.000	0,00	81,00
399501	HEMODIALISIS ESTANDAR CON BICARBONATO	21	1.511	396.613.958	0,09	71,95
890113	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL	147	6.662	178.796.971	0,38	45,32
MDE001	PAQUETE PACIENTE SIN VENTILACIÓN MECÁNICA	3	133	70.136.220	0,01	44,33
890110	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA	121	5.177	142.044.557	0,30	42,79
890111	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR FISIOTERAPIA	447	18.949	514.886.211	1,1	42,4

Fuente Tableros de Gestión 2018

Frente a la concentración de servicios se encuentran aquellos que por su especificidad son requeridos por un escaso número de afiliados con condiciones de salud muy particulares, pero a diferencia de años anteriores en los primeros lugares no se encuentran los de costos unitarios más altos, a excepción de hemodiálisis ubicada en el quinto lugar.

En general en la tabla anterior se evidencia que los servicios en orden de frecuencia de uso corresponden a atenciones domiciliarias y servicios relacionados con rehabilitación, requeridos por un número reducido de afiliados, la solicitud de los mismos se encuentra en manos de especialistas y subespecialistas de la red adscrita.

En la tabla anterior se relacionan los principales servicios autorizados según concentración, en primer lugar, se encuentra la inserción de dispositivo en uretra que corresponde a cateterismo vesical realizado a dos afiliados (0,014% de la población afiliada) que presentan vejiga neurógena con la autorización de 555 cateterismos. Debemos señalar que este procedimiento puede ser realizado por cuidadores entrenados, condición no fue cumplida para estos afiliados, por lo cual Unisalud garantizó la realización del procedimiento a través de su red externa.

En segundo lugar, encontramos las órdenes por alquiler nebulizador por día autorizado a 3 afiliados de la sede Medellín en manejo domiciliario con condiciones clínicas debilitantes, con deterioro cognitivo y postración, requirentes de terapia respiratoria permanente por alto riesgo de broncoaspiración, con una concentración de 129, correspondiente a 387 órdenes autorizadas (0,017% de los afiliados).

La tendencia evidenciada en la tabla anterior resalta la prioridad de desplegar masivamente los programas de detección temprana y protección específica para el manejo oportuno de patologías prevenibles y la prevención de complicaciones, además de la necesidad de fortalecimiento de los cuidadores y la red de apoyo de estos afiliados a través de programas de atención domiciliaria que funjan como educadores y brinden refuerzo a las actividades regulares realizadas por los cuidadores, ya que resultan insuficientes actividades puntuales para la rehabilitación de los pacientes.

En relación con la hemodiálisis estándar con bicarbonato, con la expedición de 1.511 órdenes a 21 pacientes, lo cual corresponde a 71,95 órdenes al año por paciente, equivalentes al 0.12% de nuestra población, el costo de este servicio relacionado con insuficiencia renal, fue de \$396.613.958, frente a \$255.000.976 en la vigencia 2017, periodo en el cual se expidieron 998 órdenes a 21 pacientes.

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 2018 fueron realizadas 182 visitas de 187 programadas, aumentando la cobertura de IPS visitadas con relación a la vigencia anterior. El cumplimiento global de indicador fue de 97.3%, manteniéndose frente a la vigencia anterior. A nivel nacional no se logró concertar cita para programación de visita en cuatro entidades, dos no se encontraban contratadas al momento de la fecha propuesta y una entidad de la red no acepta visita por parte de las EAPB.

A 18 de las 172 IPS visitadas se les encontraron hallazgos que requirieron la implementación de planes de mejora relacionados con: cumplimiento en el reporte de información (Resolución 4505 de 2018, hipertensión, entre otros), conformación y actas de los comités de obligatorio cumplimiento, información para usuarios relacionada con derechos y deberes de los pacientes. Los planes de mejora de 11 de las IPS fueron verificados y cerrados, dos tienen cumplimiento parcial y 5 se encuentran pendientes de seguimiento.

Una entidad en la ciudad de Medellín no fue contratada en la actual vigencia por no cumplir con los planes de mejora pactados como consecuencia de las visitas en dos vigencias sucesivas.

Unisalud en su red de prestadores cuenta con entidades de reconocida trayectoria y alto nivel de calidad con quienes mantiene canales de comunicación efectiva lo cual facilita el seguimiento a las condiciones óptimas de prestación del servicio, mejora en la oportunidad para la entrega de la información requerida por los entes de control, en la oportunidad en el servicio y cuando esta se sale de las metas permite el redireccionamiento de los pacientes cuando es necesario.

Durante las visitas las IPS son retroalimentadas acerca de temas relacionados con facturación, procedimientos establecidos en Unisalud, cuotas moderadoras y copagos y otros temas de interés particular.

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. Como consecuencia de los resultados de vigencias anteriores y con el fin de facilitar el acceso a los servicios a la población en condición de discapacidad y mejorar la experiencia de los afiliados a Unisalud en torno al proceso de autorizaciones, se implementó el aplicativo Unisalud virtual en la vigencia 2018. Con este aplicativo se busca disminuir el número de traslados de los afiliados a las sedes de Unisalud, disminuir el tiempo de espera y congestión en las áreas de autorizaciones y mejorar la satisfacción de los afiliados.

Este aplicativo cuenta con cuatro módulos:

- Módulo de usuarios: a través del cual se realiza la solicitud de autorización de servicios incluidos o no en el Plan de beneficios, objeto de análisis por parte del CTC, consulta de estado de la solicitud, se generan constancias de afiliación, descarga de documentos (formularios de afiliación, formatos de pago, entre otros).
- Módulo de IPS: a través del cual las IPS pueden realizar consulta del estado de afiliación, valor de cuota moderadora y copago por usuario, descarga de bases de datos de afiliados a Unisalud y de afiliados a convenios.
- Módulo de afiliaciones: permite consultas de afiliados y descargas de bases de datos.
- Módulo de aseguramiento: genera consultas de estado de afiliación, valor de cuota moderadora y copago por usuario, descarga de bases de datos de afiliados a Unisalud y de afiliados a convenios, registran, editan y eliminan las IPS contratadas

Una vez cargada una solicitud en el aplicativo, el sistema genera un informe al área de autorizaciones, esta es analizada por un responsable de autorizaciones quien realiza la gestión pertinente y da respuesta al usuario vía correo electrónico para que descargue la autorización a través de Unisalud virtual.

El plan piloto inició el 28 de marzo de 2018 en la sede Bogotá, contando con acogida por parte de los afiliados, quienes fueron capacitados por diferentes medios para el buen uso del aplicativo. Durante el mes de diciembre de 2018 se inició en la ciudad de Medellín y para el primer trimestre de 2019 en las sedes Palmira y Manizales.

A 26 de diciembre de 2018 se habían realizado 11.613 solicitudes a la sede Bogotá; sin embargo, debemos señalar que los afiliados a Unisalud de acuerdo a su comportamiento histórico optan por reclamar las autorizaciones en las instalaciones de la Unidad en las diferentes sedes en casi el 50% de los casos, como es el caso de la sede Medellín que tuvo 6 solicitudes en el mes de diciembre. Se resalta que las autorizaciones solicitadas por los usuarios a través del aplicativo o en las instalaciones de la Unidad, cumplen los estándares de oportunidad y la normatividad vigente.

Como complemento a esta estrategia, Unisalud se encuentra gestionando ante el mayor número de IPS la opción de pago de cuotas moderadoras y copagos en la institución, simultáneamente realiza gestiones que permitan el pago en línea de cuotas moderadoras.

El área de referencia y contrarreferencia de Unisalud se encuentra ubicada en la ciudad de Bogotá y 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 de correo electrónico.

Los referentes de Atención al Usuario o el área de Referencia y Contrarreferencia brindan apoyo a usuarios que manifiestan inconvenientes en la comunicación con entidades de la red o cuando existen problemas relacionados con la oportunidad en la programación de las citas, realizando gestión ante la entidad prestadora para dar solución, de manera ágil e inmediata a las necesidades de los afiliados. Así mismo, la base de datos de afiliados actualizada es enviada a las entidades de la red adscrita con periodicidad mensual.

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 fueron objeto de pruebas piloto en vigencias anteriores en la sede Bogotá, mostrando resultados negativos ya que los usuarios en general acudían a la Unidad por sus órdenes así hubiesen sido enviadas a los prestadores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO

La viabilidad financiera de Unisalud continúa siendo afectada por diferentes situaciones entre las que se encuentran:

Condiciones internas: las características de la población afiliada a Unisalud con marcada tendencia al envejecimiento y la subsecuente prevalencia de enfermedades degenerativas, cardiovasculares y neoplásicas que requieren de servicios cada vez más especializados, un alto porcentaje de polifarmacia y baja adherencia a actividades de Detección Temprana y Protección Específica y resistencia a adoptar hábitos de vida saludable.

Condiciones externas: de carácter normativo y condiciones del mercado de la salud (incremento progresivo en los costos de los servicios de salud, oligopolios y aparición de nuevas tecnologías generalmente onerosas, entre otras).

A pesar de ello Unisalud ha mantenido su empeño en conservar una red de prestadores, medicamentos e insumos de acuerdo a los más altos estándares de calidad en pro de garantizar el bienestar de sus afiliados a través de negociaciones y condiciones favorables a la Unidad; sin embargo, los seguimientos a los reportes de las diferentes patologías de interés en salud pública han permitido identificar que los esfuerzos no han sido suficientes para lograr el objetivo final que es el mejorar el estado de salud de los afiliados, disminuyendo las complicaciones y mejorando la calidad de vida del grupo familiar. Por esta razón y de acuerdo con la política actual del Ministerio de Salud y Protección Social se ve la necesidad de centralizar a sus usuarios en médicos de atención primaria que brinden una atención integral a los afiliados, realicen conciliación medicamentosa, direccionen a los programas y atenciones de PE y DT y establezcan estrategias que mejoren la adherencia de los pacientes a los manejos farmacológicos y no farmacológicos.

En este sentido, se recomienda establecer un sistema integral que permita realizar el seguimiento constante a la gestión clínica de los afiliados a través de un grupo de profesionales de diferentes disciplinas que genere una visión y análisis global e individual de los resultados presentados en salud en las IPS propias y las de la red contratada, detectando y alertando de manera inmediata variaciones en el

estado de salud que pudieran ser corregidas oportunamente, previniendo complicaciones, hospitalizaciones y en algunos casos la muerte. Este equipo deberá realizar además seguimiento en lo relacionado con la adherencia al manejo, programación y asistencia a controles, valoraciones y actividades programadas, resultados de las atenciones y establecer canales de comunicación con los profesionales e IPS participantes en el tratamiento integral del paciente.

Para que un sistema de este tipo sea viable, se requiere entre otros, contar con un sistema de información robusto que pueda interactuar con los sistemas de las instituciones de la red, que sea amigable con el usuario interno facilitando el registro de información, que permita semaforizar el riesgo de los pacientes y el cumplimiento de actividades; por otra parte se requiere afianzar relaciones con la red de prestadores para obtener el acceso oportuno a la información dado que la normatividad vigente contempla la obligación de las EAPB de realizar seguimiento a la gestión clínica de sus afiliados, pero no ha normado la participación de las IPS en este proceso.

Si bien lo anterior demanda esfuerzos económicos y capacitación del recurso humano a corto plazo, a largo plazo se alcanzaría la sostenibilidad económica para Unisalud, como se puede evidenciar con los resultados de la experiencia de la sede Palmira con su alternativa de manejo para el paciente con alto riesgo cardiovascular.

En el mismo sentido y con el fin de mantener el estado de salud o prevenir comorbilidades o complicaciones de patologías ya diagnosticadas, Unisalud deberá ejecutar las diez herramientas de tamizaje de riesgo adoptadas, que cuentan con el reconocimiento internacional y validadas en Colombia, con el fin de detectar de manera precoz el riesgo de padecer patologías prevalentes en nuestra población a saber: diabetes, riesgo cardiovascular, enfermedad renal, cáncer colo-rectal, trastornos o enfermedades mentales, trastornos por consumo de alcohol o psicoactivos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y afiliados con riesgo incrementado de caídas. De esta forma, con la detección del riesgo se pretende intervenir aquellos que sean susceptibles de modificación previniendo la aparición de la enfermedad o disminuir el impacto de la misma en el estado de salud de nuestra población con el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, lo cual conlleva a la optimización de recursos y contribuyendo con la viabilidad financiera de la Unidad

La incesante producción normativa y documental del Ministerio de Salud y Protección Social consecuencia de la Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015), el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), han generado una avalancha de requerimientos por parte de los entes de control que han sido respondidos oportunamente, a pesar de representar para los equipos de la Unidad sobrecarga administrativa y para las IPS propias destinación de recurso humano asistencial al cumplimiento de las actividades.

Frente a las RIAS, el Ministerio publicó la primera versión correspondiente a la reglamentación de las RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Maternoperinatal, expedida en el mes de agosto con la Resolución 3280 de 2018; de ellas derivaron un sin número de actividades relacionadas con la revisión y ajuste de procedimientos, actividades, rutas, plantillas de historia clínica, revisión de contenidos de los programas propios y adopción de las herramientas incluidas en las atenciones propuestas, las cuales a la fecha continúan en desarrollo en la vigencia 2019.

Recomendamos continuar desarrollando las estrategias para la contención del gasto desplegadas en vigencias anteriores que no afectan la calidad en la atención de los afiliados y han generado resultados positivos, a saber:

- Contratación de IPS de calidad reconocida en el medio que además de tener aceptación entre los afiliados, brindan amplia oferta de servicios, oportunidad, continuidad, tarifas razonables,

que además concentran la información clínica de los usuarios minimizan los desplazamientos por parte de los usuarios.

- Negociación de precios de medicamentos e insumos médicos con un distribuidor nacional, privilegiando la calidad y el costo beneficio de los productos.
- Consolidación de los programas propios para el manejo y seguimiento de pacientes con patologías crónicas.
- Demanda inducida a las actividades de PE y DT desplegadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Demanda inducida a afiliados no consultantes.
- Tamizaje de riesgos prevalentes para afiliados mayores de 30 años

Como propuestas para adelantar en las siguientes vigencias es pertinente realizar las siguientes acciones:

- Generar una política de talento humano que incluya a los servidores de todas las modalidades de contratación, que permitan desarrollar actividades de bienestar y capacitación, brindando incentivos de acuerdo a los resultados en salud de los afiliados, como se encuentra definido en la normatividad vigente.
- Establecer un plan de capacitaciones para los equipos de las cuatro sedes que brinde el conocimiento necesario para garantizar la mejor gestión clínica de los afiliados.
- Implementar las estrategias recomendadas al finalizar el proyecto de Gestión del Conocimiento para facilitar la transferencia de conocimiento desde el profesional al paciente.
- Establecer canales de comunicación con las IPS de la red que permitan realizar seguimiento temprano a los datos clínicos de los pacientes.
- Asignar un médico de atención primaria en las IPS propias de acuerdo a la disponibilidad, que centralice y brinde atención integral a los afiliados.
- Gestionar la conformación de un equipo humano y los recursos necesarios que permitan monitorear la gestión clínica de los afiliados.
- Desplegar estrategias que contribuyan a la actualización oportuna de datos de contacto y ubicación geográfica de los usuarios.
- Establecer nuevas estrategias comunicativas para sensibilizar a los afiliados sobre la importancia del autocuidado y la gestión de la salud propia y la de su familia.
- Implementar estrategias comunicativas que permitan a los usuarios concientizarse acerca del uso adecuado de los recursos en salud minimizando el incumplimiento de citas, el vencimiento de medicamentos y de órdenes de atención.

GESTION DE LA PRESTACION

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

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

El resultado del objetivo estratégico Gestión de la Prestación del plan de acción para la vigencia 2018 correspondió al 87.2% frente al 84.9% de la vigencia anterior, debido al incremento en la proporción de pacientes con diabetes mellitus tipo II controlada y de la proporción global de pacientes con hipertensión arterial controlada, los cuales pasaron de un 76% a un 89%.

El resultado del objetivo se ve afectado por el cumplimiento del indicador Incremento de la cobertura de actividades PE y DT el cual pasó de un 72.37% a un 69.12% por factores relacionados entre otros con la depuración de las actividades contempladas en el indicador (se incluyen actividades de acuerdo a la frecuencia según normatividad vigente), a la adherencia de los afiliados a las actividades de PE y DT y al programa de riesgo cardiovascular se encuentra por debajo de lo esperado.

De acuerdo a lo proyectado en 2017 y en consecuencia de las causas detectadas en vigencias anteriores y corroboradas en 2018 (mirada asistencialista, resistencia a la modificación de hábitos de vida saludable y baja adherencia a las actividades preventivas), se encuentra en desarrollo el Proyecto Fortalecimiento del Modelo De Salud Basado En La Gestión Del Conocimiento Para La Implementación De La Gestión Integral Del Riesgo En Salud En Unisalud Universidad Nacional De Colombia, el cual pretende empoderar a los profesionales de Atención Primaria en Salud - APS, brindando herramientas que permitan transmitir efectivamente el conocimiento en salud, lograr el impacto en la adherencia al tratamiento, mejorar el estado de salud y en consecuencia la calidad de vida de los mismos.

Por otra parte, se encuentran en ajuste las actividades de PE y DT y los programas propios de la Unidad, adoptando los contenidos de la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de optimizar los recursos de la Unidad y obtener los resultados deseados para la salud de los usuarios. Debemos advertir que una vez el Ministerio de Salud y Protección Social ponga a disposición de Unisalud los resultados de estas actividades, existe la posibilidad de una variación significativa en los indicadores, dado que el sistema de información disponible en Unisalud obliga a generar los datos de manera manual, lo cual aumenta la posibilidad de error.

El indicador Proporción de vigilancia de posibles efectos adversos como en vigencias anteriores continúa con un resultado superior al 99%; a pesar de ello se considera se debe fortalecer la cultura de seguridad del paciente entre los servidores, el afiliado y su grupo familiar, así como el reporte voluntario de incidentes relacionados.

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

MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN BRINDADA A LOS AFILIADOS

El monitoreo de la calidad en las IPS propias tiene por objeto generar las condiciones que permitan que los afiliados a la Unidad reciban atenciones integrales en salud que cumplan los criterios de calidad y estén basados en la mejor evidencia disponible, identificando y gestionando el riesgo de cada usuario, ofreciendo actividades de PE y DT pertinentes de acuerdo a su ciclo vital y garantizando el adecuado registro de las mismas en la historia clínica.

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: índice de calidad en el registro de la historia clínica de medicina general y odontología general, adherencia a las guías de manejo de obligatorio cumplimiento de PE y DT e institucionales, gestión de la mejora en el porcentaje de calidad de diligenciamiento de la historia clínica, y el cumplimiento de los planes de acción de los comités (Historias Clínicas, Farmacia, Infecciones y Vigilancia Epidemiológica).

En la vigencia 2018 se continuó el monitoreo a la calidad de la historia clínica, dada la importancia en el cumplimiento de diferentes propósitos, entre los que se destacan: garantizar la trazabilidad de las condiciones de salud de los afiliados que permitan evidenciar cambios agudos o inesperados, realizar un seguimiento adecuado, oportuno e integral del estado de salud de los afiliados, realizar análisis de riesgos, planear la contratación, implementar o reestructurar programas, actividades y estrategias en salud, presentar de manera oportuna informes propios o de obligatorio cumplimiento acordes con las características de calidad requeridas por entes de control, etc.

El resultado del indicador nacional de calidad de la historia clínica de medicina general para la vigencia 2018 reporta un cumplimiento del 93.2% en los criterios de calidad establecidos, frente al 89.7% obtenido en 2017. Como en las vigencias anteriores tres de las sedes presentan su indicador por encima del 90%; la sede Medellín que hasta el año anterior retomó el ejercicio con la contratación de un auditor encargado de este seguimiento obtuvo en el primer semestre un resultado de 78.8% y como resultado de las retroalimentaciones realizadas a los profesionales el resultado de la vigencia ascendió a 87.6%. Es de aclarar que la situación en la sede se produjo debido a las dificultades para la contratación de auditores como efecto de la oferta de estos especialistas en la ciudad. Con relación a odontología general, el resultado del indicador nacional de calidad de la historia clínica obtuvo un 97% para la vigencia.

Como hallazgos reincidentes que afectan la calidad de las historias clínicas para las dos disciplinas objeto de medición y por tanto los indicadores corresponden a la falta de registro o actualización de antecedentes personales y familiares, y al diligenciamiento de la canalización de actividades PE y DT de acuerdo al ciclo vital del afiliado.

Es importante mantener el seguimiento continuo de los parámetros de calidad de la historia clínica en las sedes, pues las actividades asistenciales del día a día diluyen la importancia del adecuado registro y tal como se evidenció en la sede Medellín, el seguimiento y la socialización de los resultados generan un impacto positivo en este aspecto.

Frente al seguimiento a la adherencia a Guías de Práctica Clínica (GPC) se continúa el monitoreo de las correspondientes a manejo de diabetes, dislipidemia e hipertensión, se encontró un cumplimiento del 84.99%, que representa un decremento de 2% frente a la vigencia anterior, como resultado de la actualización de las Guías adoptadas en 2018 que requirió sesiones de socialización al equipo asistencial en cada una de las sedes.

Durante 2018 se adoptaron diez guías para medicina general y una para odontología debido a la escasa disponibilidad de GPC para esta disciplina, durante 2019 se continuará con el proceso de adopción e implementación de herramientas estandarizadas que permitan monitorear el cumplimiento a las recomendaciones de manejo basadas en la evidencia cuyo propósito es el de optimizar y estandarizar las atenciones en salud.

Por otra parte, para el cumplimiento de la normatividad vigente, se continuó la labor de los diferentes comités de obligatorio cumplimiento encargados, entre otros, de realizar gestión a los eventos relacionados con seguridad del paciente, seguimiento a la oportunidad de entrega de medicamentos y al desabastecimiento de algunas moléculas, al comportamiento de los eventos de salud pública ocurridos a afiliados a la Unidad, a la intervención o seguimiento a pacientes polimedicados o policonsultantes, etc.; de esta manera se reevaluaron acciones y estrategias relacionadas con el objeto de dichos comités, y se evidenciaron oportunidades de mejora e implementaron los respectivos planes. Como ejemplo de esto tenemos el replanteamiento de la campaña de donación de medicamentos y la campaña de disposición final de medicamentos vencidos de la sede Bogotá.

Como se advirtió anteriormente el proceso de implementación de las RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Materno-perinatal de acuerdo a la Resolución 3280 del 2 de agosto de

2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, modificada posteriormente por la Resolución 276 del 2 de febrero de 2019 requirió de un proceso de socialización entre los profesionales, adaptación de las plantillas de historia clínica e incorporación de una serie de herramientas y formatos en el sistema de información que han limitado el proceso. Debemos advertir que a pesar de esto la atención a los afiliados a Unisalud cumple con lo relacionado a la atención integral en salud en los parámetros sujetos a su gobernabilidad.

CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN

Dado que el cumplimiento de los estándares de habilitación contemplados en la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social constituyen un requisito indispensable para la prestación de servicios de salud en las IPS propias, se definió el continuo monitoreo a través de la autoevaluación y de simulacros de auditoría en cada una de las sedes. A continuación, se presentan los resultados de la autoevaluación ejecutada durante el cuarto trimestre de 2018 en cada una de las sedes.

Tabla 33. Cumplimiento de estándares de habilitación 2018

SEDES	BOGOTA	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA	TOTAL UNISALUD
SERVICIOS HABILITADOS	33	15	12	10	70
% DE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES DE HABILITACIÓN	94%	87%	100%	100%	95%

Fuente: Autoevaluación Estándares de Habilitación sedes.

Debemos señalar que el cumplimiento de estándares se registra para cada una de las sedes de manera individual, sin embargo, con el fin de evaluar el cumplimiento general se totalizaron el número de servicios habilitados y el porcentaje de cumplimiento de estándares de habilitación obteniendo un resultado de 95%, que representa mejoría frente al reportado en la vigencia 2017 (93%). Frente a este indicador debemos considerar que las autoevaluaciones realizadas en la sede Medellín presentan rigurosidad extrema en atención a los parámetros establecidos por su ente de control territorial.

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

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

En segunda instancia se encuentran inconvenientes relacionados con la socialización, capacitación y seguimiento ante la avalancha de información y normatividad expedida por los entes de control y los procedimientos y guías exigidos por los mismos; esto genera alta exigencia al recurso humano, y tecnológico y destinación de tiempos para su realización, que dadas las limitaciones de la Unidad ocasionan afectación de los servicios, para ello se desarrollan diferentes estrategias que disminuyan el impacto en el afiliado.

PORCENTAJE DE INTERVENCIÓN DE RIESGOS EN SALUD Y DESTINACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA EN LAS IPS PROPIAS AL MODELO DE SALUD

Al finalizar la vigencia 2018, Unisalud aún no tuvo a disposición las cifras oficiales de cobertura para actividades de PE y DT en los cubos de información del Ministerio de Salud y Protección Social, los reportes realizados por Unisalud, incluso de vigencias anteriores, permanecen sin información. Así las cosas, para la vigencia 2018 Unisalud priorizó algunos de los indicadores oficiales extraídos a partir de los reportes de la Resolución 4505 de 2012 por considerarlos de interés en salud pública y por el impacto que dichas condiciones causan a la calidad de vida de los afiliados.

El envejecimiento de la población, la prevalencia de enfermedades crónicas y de alto costo, el alto índice de comorbilidades, el perfil de mortalidad y de egresos hospitalarios, así como el incremento de los gastos asociados a servicios de salud, son la principal justificación para que las actividades de PE y DT y los programas propios de Unisalud, se perfilen como estrategias que favorecen la viabilidad de la entidad, dado que una población que se mantiene sana o que es diagnosticada y tratada de manera oportuna, en el largo plazo implica optimización de recursos y direccionamiento de los mismos al mantenimiento de sus condiciones de salud.

Por esta razón, como se explicó anteriormente, Unisalud emprendió el proyecto de fortalecimiento del modelo de salud a través de la gestión del conocimiento, la adopción de Guías de Práctica Clínica y las actividades necesarias para la actualización de los programas con la incorporación de las RIAS y la adopción de las actividades de PE y DT vigentes. Actividades que requieren de trabajo, dedicación permanente y el compromiso de todo el equipo de las IPS propias.

En el mismo sentido, se continuaron las estrategias de demanda inducida incluyendo el monitoreo de los siguientes indicadores: búsqueda efectiva de afiliados no consultantes en el último año, seguimiento a la adherencia a las actividades de PE y DT originadas en el tamizaje de riesgo y dedicación de la capacidad instalada en las IPS propias al modelo de salud.

A continuación, presentamos los resultados de los indicadores en seguimiento:

Tabla 34. Porcentaje de Intervención de riesgos priorizados en salud Unisalud 2018

Riesgo	Numerador (A)	Denominador (B)	BOGOTÁ			MAMIZALES			MEDELLÍN			PALMIRA			NACIONAL		
	No. De riesgos intervenidos en la población afiliada	No. De riesgos identificados en la población afiliada	NUMR	DENOM	%	NUMR	DENOM	%	NUMR	DENOM	%	NUMR	DENOM	%	NUMR	DENOM	%
14. Gestación	No. De gestantes en CPN	No. de gestantes	55	55	100,0%	1	1	100,0%	41	41	100,0%	10	10	100,0%	107	107	100,0%
15. Sífilis Gestacional o congénita	No. De afiliados con Tto. Para Sífilis gestacional o congénita	No. de afiliados con sífilis gestacional o congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16. Hipertensión Inducida por la Gestación	No. De afiliadas con HTA inducida por la gestación en CPN	No. de afiliados con HTA inducida por la gestación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17. Hipotiroidismo Congénito	No. De afiliados con Tto. Para Hipotiroidismo congénito	No. de afiliados con hipotiroidismo congénito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18. Sintomático Respiratorio	No. De afiliados con baciloscopia	No. de sintomáticos respiratorios	119	289	41,2%	12	12	100,0%	419	488	85,9%	103	118	87,3%	653	907	72,0%
20. Lepra	No. De afiliados en tratamiento para lepra	No. de afiliados con Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21. Obesidad o Desnutrición Proteico Calórica	No. de afiliados con Obesidad o Desnutrición atendidos por Nutricionista	No. de afiliados con Obesidad o Desnutrición Proteico Calórica	765	2979	25,7%	26	394	6,6%	535	964	55,5%	96	398	24,1%	1422	4735	30,0%
22. Víctima de Maltrato	No. De niños y mujeres víctimas de maltrato atendidos en consulta	No. de niños y mujeres Víctima de Maltrato	7	7	100,0%	1	1	100,0%	2	2	100,0%	0	0	0	10	10	100,0%
23. Víctima de Violencia Sexual	No. De afiliados víctimas de violencia sexual atendidos en consulta	No. de afiliados Víctimas de Violencia Sexual	7	7	100,0%	0	0	0	2	2	100,0%	0	0	0	9	9	100,0%
25. Enfermedad Mental	No. De afiliados con enfermedad mental atendidos por equipo interdisciplinario	No. de afiliados con Enfermedad Mental	345	358	96,4%	202	202	100,0%	65	563	11,5%	12	12	100,0%	624	1135	55,0%
26. Cáncer de Cérvix	No. De mujeres tamizadas para cáncer de cuello uterino	No. De Mujeres entre 25 y 69 años	4557	9685	47,1%	903	968	93,3%	3817	4801	79,5%	256	475	53,9%	9533	15929	59,8%
27. Cáncer de Seno	No. De mujeres con mamografía	No. De mujeres ente 50 y 69 años	3522	6890	51,1%	531	588	90,3%	2194	3137	69,9%	189	317	59,6%	6436	10932	58,9%
Total	Sumatoria de riesgos intervenidos (A)	Sumatoria riesgos identificados (B)	9376	20270	46,3%	1676	2166	77,4%	7075	9998	70,8%	477	1013	47,1%	18604	33447	55,6%

Fuente: Tableros de informe de gestión sedes.

Los riesgos priorizados corresponden a los derivados de gestación, obesidad, maltrato, enfermedad mental, cáncer de cérvix, cáncer de seno y sintomáticos respiratorios, debido al efecto de una gestión de riesgo inadecuada o ausente conlleva para la calidad de vida de los usuarios y al interés para la salud pública de la nación. Debemos tener en cuenta que la población objeto varía en cada trimestre en atención a lo establecido en la Resolución 4505 de 2012, por ello los denominadores son ajustados en función del ciclo vital del paciente y el periodo definido para la prestación del servicio.

El consolidado del indicador para 2018 corresponde a una intervención de riesgo al 55% de la población objeto, dato que se establece como meta para futuras vigencias y que refleja la necesidad de realizar demanda inducida efectiva a través de los diferentes medios de contacto con nuestros afiliados y de fortalecer la cultura del autocuidado y adherencia a las actividades y estrategias de PE y DT.

Como datos a resaltar tenemos que, todas las gestantes fueron objeto de atención en salud disminuyendo un riesgo de por si alto, dado que las afiliadas a la Unidad se encuentran en grupos etarios mayores al promedio en el país; de igual manera, se realizó gestión e intervención a la totalidad de los casos de violencias identificadas, los cuales continúan en monitoreo por parte de los equipos de las respectivas sedes.

No se presentaron casos de sífilis gestacional, hipotiroidismo congénito, ni lepra en el periodo, lo que se verifica con los reportes semanales del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA, al cual Unisalud realiza seguimiento continuo.

El riesgo que fue intervenido en menor porcentaje corresponde al riesgo de obesidad o desnutrición proteico calórica, el cual representa incremento en el riesgo cardiovascular prevalente en nuestra población. Dado que durante 2018 fue adoptada la Guía de Práctica Clínica para manejo de sobrepeso y obesidad, deberá realizarse una mayor captación de los usuarios identificados y establecer estrategias que favorezcan la adopción de hábitos alimentarios saludables.

Tabla 35. Dedicación de capacidad instalada de las IPS propias al modelo de salud Unisalud 2018

SEDES	BOGOTA	MEDELLÍN	MANIZALES	PALMIRA
2018	82%	53,1%	43,8%	60%
2017	89.5%	46%	68%	80%

Fuente: Tableros de informe de gestión sedes.

El indicador es calculado a través de la fórmula: Total de horas justificadas en la realización de actividades de P y P en los servicios de medicina general y especializada (pediatría, obstetricia, deportología, homeopatía), enfermería, nutrición, higiene oral, odontología, terapia física, sesiones grupales / Total de horas contratadas para los servicios involucrados y su estándar es igual o mayor al 70%.

Tres de las sedes presentan disminución en el resultado del indicador, situación atribuida a limitaciones en la disponibilidad del recurso humano que generan que se modifique la destinación de las agendas para realización de actividades resolutivas cuando se cuenta con más de un profesional de la misma disciplina o se cancelen las actividades.

Este indicador tiene dificultades para su análisis dado que la fuente no permite discriminar entre actividades PE y DT y actividades de carácter resolutivo.

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Tabla 36. Evaluación de indicadores de prestación de servicios de salud 2018

SERVICIOS	RENDIMIENTO / CONTINUIDAD	ESTÁNDAR RENDIMIENTO	CUMPLIMIENTO	PRODUCTIVIDAD / CAPACIDAD DE RETENCIÓN	ESTÁNDAR PRODUCTIVIDAD	CUMPLIMIENTO	OPORTUNIDAD	ESTÁNDAR	CUMPLIMIENTO	% CUMPLIMIENTO PROGRAMACIÓN ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO
Medicina General	2,70	3	89,87%	2,08	2,7243	76,34%	1,36	5	100%	89,78%	89,00%
Medicina General no programada	2,93	3	97,59%	1,81	2,4	75,49%	N.A.	N.A.	N.A.	97,49%	90,19%
Odontología General y Especializada*	0,95	1	95,41%	0,76	1	76,25%	2,05	5	100%	91,65%	90,83%
Enfermería	1,77	2	88,28%	1,14	1,587	71,95%	1,93	5	100%	88,28%	87,13%
CUMPLIMIENTO GLOBAL			92,79%			75,01%			100,00%	91,80%	89,90%

*Para el servicio de odontología se toma la medición de continuidad en la variable rendimiento y el indicador de capacidad de retención para productividad.

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 con un resultado del 84.5% frente al 94.89% obtenido el año anterior, debido al impacto del indicador productividad/ capacidad de retención el cual disminuyó en todos los servicios tenidos en cuenta en el cálculo del indicador.

A continuación, se describe el cumplimiento global de Unisalud:

- Oportunidad³: en consulta de primera vez se cumple en todos los servicios de acuerdo a los indicadores vigentes.
- Rendimiento⁴: se cumple en todos los servicios de acuerdo a los indicadores vigentes, presentando mejora frente a los resultados del año anterior asociado a la continuidad del servicio de enfermería.
- Productividad⁵: dada la definición del indicador, este se vio afectado por la necesidad de Unisalud de designar a los profesionales de la salud a actividades administrativas con el fin de cumplir con reportes a entes de control, generación de resúmenes de historia clínica, sesiones de aprendizaje, reuniones de programas; así como de situaciones imprevistas como licencias de incapacidad o calamidad doméstica: Estas situaciones impactan fuertemente el indicador en las sedes Medellín, Manizales y Palmira, debido a que cuentan con un menor número de profesionales en las diferentes áreas.
- Capacidad de Retención⁶: las sedes Palmira y Bogotá impactaron negativamente el indicador debido a la necesidad de remitir a especialistas durante el tratamiento; los pacientes remitidos terminan el tratamiento con el especialista o postergan las citas en Unisalud, lo que no permite determinar el control del paciente. Como estrategias para mejorar el indicador se debe fortalecer la contrareferencia lo que permitirá establecer el control del paciente.

Los servicios de apoyo terapéutico y medicina especializada presentaron los indicadores dentro de metas con excepción del servicio de Psicología en las sedes Palmira con un 37.46%, razón por la cual como acción de mejora se determinó continuar con las atenciones de psicología de manera extramural, y en la sede Bogotá con un 68.51% ocasionado por las diferentes actividades que realiza el profesional, entre las que se encuentra: visita domiciliaria pacientes del programa domiciliario, valoración psicosocial a pacientes pre transplante articular, talleres educativos, consulta conjunta con trabajo social.

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

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

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

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

Tabla 37. Servicios asociados a mayor incumplimiento de citas por parte de los usuarios en Unisalud 2018

TIPO CITA	HORAS INASISTENCIAS	%
NUTRICIÓN PRIMERA VEZ	1419	17,1%
MEDICINA GENERAL	1001	12,1%
TERAPIA FÍSICA	765	9,2%
ODONTOLOGÍA GENERAL	762	9,2%
CONSULTA OBSTETRICA	641	7,7%
TOTAL GENERAL	8280	100,0%

Fuente: Tableros de gestión – Planeación y sistemas de información

El número de horas de inasistencias en la vigencia fue de 8.280 horas, lo que representa un incremento del 41.7% frente a la vigencia anterior y corresponde a la contratación de 3.6 profesionales de 8 horas diarias por un año.

El 55.4% del total de horas de inasistencia se asocia a cinco servicios ofertados en la Unidad, de alta demanda y que no han alcanzado las metas del indicador propio de oportunidad, lo que respalda la observación recurrente frente a que el incumplimiento de citas afecta el acceso a otros afiliados a servicios de alta demanda y genera incremento en el costo de los servicios en Unisalud.

Medicina, Odontología General y Terapia Física permanecen dentro de los 5 primeros lugares al comparar con los hallazgos del periodo anterior; Medicina General y Terapia Física presentaron incremento en el número de horas de inasistencia del 8.6% y 33.74% respectivamente. Odontología por su parte presentó una disminución de 39.5% en las horas de inasistencia.

Tabla 38. Primeros 5 Servicios asociados a mayor número de horas no asignadas de citas 2018

TIPO CITA	HORAS NO ASIGNADAS	%
PRIORITARIA MEDICINA	1044	12%
ODONTOLOGÍA GENERAL	907	10%
TERAPIA FÍSICA	742	9%
ODONTOLOGIA ESP REHABILITACION ORAL	700	8%
ENFERMERIA	662	8%
TOTAL GENERAL	8667	100%

Fuente: Tableros de gestión – Planeación y sistemas de información

Las horas no asignadas corresponden a 8.667 horas al año, lo que equivale a la contratación de 3.7 profesionales de 8 horas año. Comparados los hallazgos del indicador de oportunidad e incumplimiento se explica este resultado en la alta adherencia a profesionales de mayor trayectoria en las sedes, ingreso de profesionales luego de un periodo de vacancia, baja adherencia a la consulta de enfermería (correspondiente a actividades del Programa de Riesgo cardiovascular, y actividades de PE y DT) o mejora de cuadros de dolor con las primeras sesiones de terapia.

Las horas bloqueadas para esta vigencia representaron para Unisalud 14289 horas, frente a 13.795 horas de la vigencia anterior, que equivalen a 6.2 profesionales de 8 horas al año (dedicación 44 horas semanales), encontrando un incremento de 3.5% en horas bloqueadas.

Para la vigencia 2018 las causas de bloqueo más frecuentes corresponden a error en agendamiento de citas 17.7%, disposición de la Universidad 13.9%, reuniones de capacitación y actualización normativa 7.7%, cambio de agenda 7.3% y reunión de los equipos de programas 5.2%.

Cada una de las sedes deberá resocializar el procedimiento de agendamiento de citas médicas y realizar seguimiento al equipo con el fin de disminuir el error como causa de bloqueo.

Las reuniones de capacitación y de los equipos de los programas por el contrario representan ganancia para la Unidad y sus afiliados ya que son fuente de conocimiento para los integrantes de las IPS propias que redundan en el bienestar de los afiliados.

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL PRESTADOR, PAMEC PRESTADOR

Dadas las particularidades de las sedes y los requerimientos específicos de los entes de control territoriales, se determinó para la vigencia 1 de julio de 2018 a 31 de diciembre de 2019 que cada una de ellas implementara el PAMEC Prestador con el enfoque que de acuerdo a sus necesidades ofreciera mayor garantía para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios. A continuación, presentaremos los avances realizados en el segundo semestre de 2018 en cada una de las sedes.

La sede **BOGOTÁ** construyó el PAMEC basado en la Circular Externa 012 de 2016 de la Supersalud, decidiendo priorizar el enfoque en el fortalecimiento de la gestión del riesgo y el mejoramiento del programa de Seguridad del Paciente, en el proceso misional de la prestación. El objetivo principal del PAMEC es evaluar y mejorar la calidad observada frente a la calidad esperada en la atención de salud que reciben los usuarios.

Durante la vigencia 2018 se realizaron las seis auditorías planeadas para éste periodo, de las nueve proyectadas para toda la vigencia del PAMEC 2018-2019. En estas se pudo evidenciar avance en la mejora, así:

En la implementación del programa de seguridad del paciente se partió de la línea base de cumplimiento de un 30%, y la meta establecida fue de un 80%, en el primer periodo de ejecución se logró un avance del 44%, debido a la ejecución de 31 actividades de las 42 proyectadas, para un cumplimiento total de 74%. Lo anterior se consiguió a partir del desarrollo de procesos seguros para la atención de pacientes, implementación de buenas prácticas para prevención de infecciones, desarrollo de programas de vigilancia de tecnologías biomédicas, mejoría de ambiente físico y construcción de cultura de seguridad del paciente.

En la accesibilidad a las citas médicas, la meta proyectada para la vigencia era la disminución de manifestaciones por éste atributo, de un 40% a un 20%. Para lograr la meta se implementaron las siguientes acciones correctivas: ajuste al procedimiento, capacitación al equipo del área, seguimiento a la adherencia del procedimiento de asignación de citas médicas en donde se evidenció cumplimiento total de las mismas, propiciando un avance efectivo correspondiente a la disminución del 40% al 2%.

En cuanto al direccionamiento de los usuarios a las actividades de Protección específica y Detección temprana (PYD) y partiendo de la línea base de un 50%, se observó un avance del 5 % en el semestre en la canalización a las actividades de P y D desde la consulta intramural. Lo anterior fue posible a partir de la realización de: socialización de Rutas Integrales De Atención y lineamientos del Modelo Integral de Atención en Salud, presentación del cuadro de actividades y frecuencias de PYD, reinducción a todos los profesionales de la salud frente a la norma y ajuste al formato de remisión de actividades utilizado en la consulta. Se evidencia que el avance en éste proceso es lento por lo cual se deben formular acciones contundentes que lleven a dinamizar los resultados.

En el cumplimiento del índice de calidad de la historia clínica de Medicina General se inicia con una línea base de 93% para éste periodo, proyectando un 95% como meta y logrando un avance del 1%, a partir del fortalecimiento en la canalización a actividades de PYD, el registro de los antecedentes personales y familiares y de la definición de un plan de tratamiento pertinente.

En el cumplimiento del índice de calidad de la historia clínica de Odontología se inicia con una línea base de 93% para éste periodo, proyectando un 95% como meta y logrando un avance del 1%, a partir del fortalecimiento en la canalización a actividades de PYD, el registro correcto de hábitos de higiene oral y hábitos disfuncionales a partir de la socialización de los hallazgos de la auditoría a los profesionales de área.

Del ejercicio de auditoría se evidencia que ningún riesgo se materializó sino por el contrario se mitigaron los riesgos evaluados a través de la ejecución de actividades relacionadas con el mejoramiento.

Para el 2019 se proyecta la ejecución total de las auditorías programadas, ya que de acuerdo a la programación la evaluación de satisfacción de los usuarios, el fortalecimiento de la confidencialidad en los datos de Historia clínica y la evaluación de la efectividad de los procesos asistenciales, inician en la vigencia 2019. Para las que ya iniciaron el ciclo de evaluación, se espera fortalecer entre los profesionales de Unisalud la cultura del direccionamiento de los usuarios hacia las actividades de promoción y prevención y el programa de seguridad del paciente, con el fin de garantizar la efectiva gestión de los riesgos identificados.

Para la sede **MEDELLÍN** con el objetivo de mejorar continuamente la Calidad en el Proceso de Atención en Salud que reciben los usuarios se realizó la implementación de la metodología PAMEC con el enfoque en Seguridad del Paciente, con el fin de minimizar el riesgo de aparición de Eventos Adversos Evitables.

Durante el III trimestre de 2018 se realizó el diagnóstico de la situación actual en Unisalud Sede Medellín teniendo en cuenta los “Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente” del Ministerio de Salud de Colombia, la Guía Técnica de “Buenas Prácticas para La Seguridad del Paciente en La Atención En Salud” y los Paquetes Instruccionales en su versión 2.0. De esta autoevaluación se priorizaron 9 oportunidades de mejora y se definió el respectivo plan de acción, el cual está en proceso de implementación.

A la fecha se ha realizado trabajo conjunto con la IPS que presta servicio de laboratorio clínico con el fin de determinar la verificación de resultados de análisis de laboratorio que no coincidan con la historia clínica del Usuario; se realizó avance en la adopción, socialización y evaluación de GPC de HTA y dislipidemia con el fin de afianzar los conocimientos de los profesionales de medicina y nutrición; frente al consentimiento informado se ha realizado trabajo en equipo para definir las estrategias que permitan evaluar la comprensión de la información brindada durante su diligenciamiento.

De abril a Septiembre de 2019 se tiene proyectada la socialización de las rutas de verificación de resultados de laboratorio que no coinciden con la historia clínica del usuario; medición de adherencia de HTA y dislipidemia, con énfasis en los tratamientos nutricionales; evaluación de la implementación de la estrategia para evaluar la comprensión del usuario y su familia en el momento del diligenciamiento del consentimiento informado; diseño e implementación de campaña de educación dirigida al usuario, enfocada en temas específicos de seguridad en la atención (identificación del paciente, lavado de manos, administración de medicamentos, consentimiento informado, reporte de eventos adverso).

Unisalud **MANIZALES** en su rol de Prestador de Servicios de Salud de primer nivel de complejidad, definió su Programa de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC con enfoque en Gestión de riesgos y con el objetivo de “Estructurar un programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad” que se constituya en la ruta que la lleve a la IPS propia de Unisalud en la sede Manizales, a estándares superiores de calidad.

En la vigencia 2018, se desarrollaron las siguientes actividades que hacen parte de la ejecución de la “Ruta Crítica”, es decir de la metodología para la definición e implementación del PAMEC.

1. Decisión de enfoque del PAMEC en gestión del riesgo.
2. Identificación de riesgos por servicio: identificados 201 riesgos.
3. Calificación de riesgos en función de Probabilidad e Impacto.
4. Priorización de riesgos aplicando la metodología de “Riesgo, costo y volumen”. Se priorizaron nueve (9) riesgos.
5. Definición de la calidad esperada: bajar a zona de riesgo alto, los identificados en zona de riesgo extremo.
6. Definición de planes de acción para los nueve (9) riesgos identificados en zona de riesgo extremo.
7. Definición del programa de auditorías para verificar la oportuna y efectiva ejecución de las actividades planificadas para disminuir los riesgos extremos a altos.
8. Documentación del PAMEC para la IPS propia describiendo la metodología y anexando los soportes de: autoevaluación, planes de mejoramiento y programa de auditorías.
9. Ejecución de las actividades planificadas para el resto del año 2018.
10. Ejecución y documentación del primer ciclo de auditorías del PAMEC (100% de cumplimiento):
 - Auditoría PAMEC 01-2018 en octubre 4 de 2018: Se evaluó la ejecución y efectividad de seis (6) actividades de los planes de mejoramiento, encontrando que las acciones establecidas fueron cumplidas a cabalidad y el riesgo.
 - Auditoría PAMEC 02-2018 en noviembre 29 de 2018: Se evaluó la ejecución y efectividad de diez y siete (17) actividades de los planes de mejoramiento, encontrando que las acciones establecidas fueron cumplidas a cabalidad y el riesgo no se materializó

Para la vigencia 2019 está prevista la continuidad de las actividades y la documentación del aprendizaje organizacional.

La sede **PALMIRA** habiendo considerado las cuatro opciones de enfoque planteadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, luego de un análisis de la situación de la sede y sus necesidades, se seleccionó el enfoque de Mejoramiento de indicadores del Sistema de Información de la calidad, con el objetivo de “Contribuir al mejoramiento continuo de los procesos asistenciales de Unisalud, a través de un programa que intervenga, monitorice y controle la forma en la que se desarrolla el proceso de atención”, impactando en la satisfacción de nuestros afiliados.

Durante el año 2018, se ejecutaron 50 acciones de las 53 programadas, para un cumplimiento del 94%. Las acciones de mejora, tienen que ver con acciones de capacitación, fortalecimiento de la demanda inducida y seguimiento a las acciones planteadas. A estas acciones en la IPS, se sumaron dos Auditorías internas de calidad realizadas desde la Gerencia Nacional y una auditoría del proceso de contratación.

La proyección del Pamec, para el año 2019, consiste en la consolidación de la metodología de análisis de indicadores, la integración con el Programa de seguridad del paciente, el fortalecimiento del modelo de atención de gestión del riesgo, con enfoque en la Gestión del conocimiento, evaluación de adherencia de GPC, que incluya la documentación de las Buenas prácticas y las Lecciones aprendidas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE PRESTACIÓN

Los resultados de la vigencia 2018 reflejan logros por la continuidad e integración de nuevas acciones de mejoramiento en las IPS propias de Unisalud; sin embargo, muestran también la necesidad de fortalecer el recurso humano empoderando la Atención Primaria en Salud como una estrategia que garantice la gestión integral de la salud de los afiliados. Como se indicó anteriormente, Unisalud cuenta con una amplia red de prestadores reconocida por sus estándares de calidad, a pesar de ello, los resultados en salud de los afiliados no alcanzan las metas propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en parte porque los usuarios son atendidos por parte de especialistas que pierden de vista la integralidad de la atención.

Con el fin de fortalecer las competencias, habilidades y conocimientos del recurso humano de las IPS propias que constituye el equipo de Atención Primaria en Salud (APS), en 2018 se realizaron actividades de capacitación ejecutadas por el equipo humano de las sedes, por especialistas de la red de prestadores y de los entes de control, debido a que la posibilidad de un programa de capacitaciones estructurado se vio truncado por los altos costos que esto representa para la Unidad frente a los recursos presupuestales disponibles para este rubro. Simultáneamente, se adoptaron diez guías de práctica clínica relacionadas con el servicio de medicina general con su subsecuente socialización, se inició la implementación de las RIAS de Mantenimiento y Promoción de la Salud y la Materno perinatal y se definieron las herramientas de tamizaje de riesgo de diez de los riesgos más comunes y de mayor impacto en nuestra población.

Con el fin de optimizar los recursos asociados a la prestación de servicios de salud en las IPS propias, se realizó reorganización en la oferta de servicios de salud en las sedes Palmira y Bogotá con base en los indicadores evaluados, garantizando la oportunidad en la prestación de servicios; de igual forma, se implementó el call center en la sede Bogotá y se ejecutaron actividades de demanda inducida y recordación de citas priorizadas en todas las sedes de la Unidad.

Se mantuvo el seguimiento al cumplimiento de los estándares de habilitación que garantizan la autorización para la prestación de servicios a los afiliados en las IPS propias, así como el mejoramiento de la cobertura de actividades de PE y DT y programas propios, actualización tecnológica y modificaciones a la infraestructura.

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

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

Recomendaciones:

Como resultado de todo lo anterior, se concluye la necesidad de proyectar las IPS propias como instituciones de Gestión del Riesgo en Salud a través de un modelo que garantice la participación de un equipo interdisciplinario que permita el seguimiento de metas en salud individuales y colectivas en salud, así como el impacto de las actividades, para lo cual se debe:

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

GESTIÓN ADMINISTRATIVA

CAPACITACIÓN

Con relación a la capacitación efectuada en las sedes de Unisalud, se observa que, frente a lo planeado, la sede Bogotá cumplió con el 78.7%, la sede Medellín cumplió con el 97.1%, la sede Manizales cumplió con el 88.9% y la sede Palmira cumplió con el 100%. Este resultado, es producto de los siguientes trabajos realizados en cada una de las sedes:

En la sede **Bogotá** se realizaron 24 capacitaciones, en la mayoría de ellas se trataron temas médicos, tales como las Guías de Práctica clínica, temas de epidemiología, alertas sanitarias, normatividad. La asistencia total fue de 553 personas, con un promedio de 24 personas por charla. De la totalidad de las capacitaciones algunas citadas a todo el personal y otras exclusivamente a los médicos del servicio. En términos generales las capacitaciones cumplieron con la finalidad y expectativa de los participantes.

En el área de odontología, se realizaron 17 capacitaciones, las cuales fueron de tipo práctico y otras aportaron conocimientos de nuevas tecnologías y prácticas odontológicas que nos permiten cumplir requisitos de habilitación y resolución 482 de 2018. Dichas capacitaciones, fueron encaminadas a fortalecer los conocimientos y lineamientos establecidos para la práctica en salud oral. Las capacitaciones no generaron ningún costo para Unisalud ya que se logró que nuestros proveedores financiaran los conferencistas y la División de Seguridad y Salud en el Trabajo financió el curso de radio protección.

Las capacitaciones para la parte administrativa, se realizaron de acuerdo a la programación de la División de Personal, es así que para el curso de planeación estratégica hubo participación de 9 personas y de dos al curso de Excel avanzado. Adicionalmente, se programaron dos capacitaciones para actualización en temas de archivo y manejo de TRD.

Con relación a la vigencia 2017 se lograron avances como: la socialización de las Guías de Práctica Clínica, se realizó el plan de capacitación del área asistencial y se ejecutaron las capacitaciones planeadas para la vigencia 2018 sin incurrir en ningún gasto para UNISALUD, se realizó el CURSO SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO, dictado por el CEMU DE LA FACULTAD DE MEDICINA U.NAL - AHA, logrando suplir esta necesidad planteada desde años anteriores, mediante la apropiación de unos recursos, curso dirigido a médicos y enfermeras con nombramiento de planta y provisional. Así mismo, se realizaron capacitaciones de mayor interés y aporte para el personal de odontología, y se empezaron a realizar tests para verificar la adherencia de las capacitaciones se logró realizar un curso de 30 horas de intensidad horaria para todos los odontólogos del servicio.

Dentro de las principales fortalezas, se observa alto interés del personal por capacitarse, participar e involucrarse en procesos de aprendizaje que mejoren su labor y en general sus posibilidades de crecimiento personal, manteniendo actualizado al personal tanto en la parte clínica como en el sistema normativo que nos rige como entidad de salud.

Las capacitaciones para los funcionarios de planta han fortalecido la forma de realizar las labores, la aplicación de los conocimientos adquiridos desarrolla mejores habilidades para la ejecución de labores. En las capacitaciones para el área administrativa de Unisalud, supeditadas a las que programe la División de Personal, se mantiene la participación en promedio de 6 personas.

Quedan temas pendientes para la vigencia 2019 como terminar la socialización de Guías de Práctica Clínica, convocar mayor número de participantes, y lograr que los entes capacitadores faciliten los pre test y pos test para evaluar el impacto de cada una de las capacitaciones realizadas, así como tratar de dar integralidad a las capacitaciones involucrando además de las capacitaciones clínicas y normativas las de clima laboral.

En la sede **MEDELLÍN**, se programaron en el año 2018, 56 capacitaciones de las cuales se ejecutaron 54, para un porcentaje de cumplimiento del plan de capacitación del 96,4%. Las capacitaciones que no se realizaron corresponden al área de odontología (Fluorosis y Farmacovigilancia) debido a la prioridad de cumplimiento de agenda con el fin de mejorar la oportunidad.

Para las capacitaciones ejecutadas se evidenció el compromiso del talento humano para su preparación, realización y participación, así como el apoyo del área de talento humano de la sede Medellín para la capacitación de Humanización (Taller Relacionamiento efectivo y humanización del servicio). De acuerdo al resultado de las evaluaciones postest, se evidenció eficacia de las capacitaciones realizadas.

Para la vigencia 2018 fueron programadas en la sede **MANIZALES** 17 actividades de capacitación, de las cuales se ejecutaron 15, es decir que el plan se cumplió en un 88,9%. No se ejecutaron las capacitaciones relacionadas con Excel Avanzado y Educación experiencial (trabajo en equipo, cooperación y sinergia

organizacional). En el primer caso porque la necesidad era de pocas personas a la que se dio apoyo de forma personal y con recurso interno y la Educación Experiencial no se realizó porque se trasladó el presupuesto para prestar servicios médicos.

Se destacan las acciones de capacitación a los prestadores de servicios en procura de homologar aplicación de Guías de Práctica Clínica, así como un equipo asistencial receptivo sobre las recomendaciones para su adopción.

En la sede **PALMIRA** para el año 2018 se cumplió el Indicador en un 100%, donde la programación de capacitación se realizó tanto para el personal asistencial como administrativo en temas como: salud pública, seguridad del paciente, bioseguridad, riesgo cardiovascular, gestión ambiental con el manejo de residuos sólidos y política ambiental.

Es de resaltar el cumplimiento y compromiso del personal citado, así como las capacitaciones de expertos externos se hicieron sin costo. La sede lideró 3 videoconferencias de capacitación donde participaron todas las sedes.

Como conclusión sobre las capacitaciones efectuadas en las cuatro sedes de Unisalud, se evidenció que han propendido por mantener capacitado el personal asistencial y administrativo en lo relacionado con los procesos y normatividad misional y reglamentaria que aplica a ésta Unidad, mejorando con relación a la vigencia 2017 en nivel, pertinencia, calidad y cantidad de las mismas.

CONTRATACION

LIQUIDACIÓN ACUERDOS CONTRACTUALES

Revisados los resultados y propuestas efectuadas en el Informe de Gestión de 2017, en el que se planteó la necesidad sentida de fortalecer la cultura del autocontrol, con el fin de poder avanzar en la liquidación de los acuerdos contractuales, actividad que se encontraba rezagada desde vigencias anteriores.

Como se indicó al inicio del presente informe, el componente del proceso de Adquisición de Bienes y Servicios afectó la evaluación general de la Unidad durante la vigencia 2018, básicamente en lo relacionado con la liquidación de los acuerdos contractuales de vigencias anteriores, particularmente de la vigencia 2017.

Entendiendo que la necesidad de liquidar los acuerdos contractuales suscritos por la Unidad no solo obedece al cumplimiento de una de las etapas de los procesos contractuales, tal y como se define en los artículos 86 y 97 del Manual de Convenios y Contratos de la Universidad, sino que también obedece a lograr la depuración de cuentas con los prestadores, generando una cultura de radicación oportuna de las mismas y cumplimiento del proceso de auditoría de cuentas, particularmente en lo que respecta a la respuesta oportuna a las glosas y a la ejecución del presupuesto de las sedes de UNISALUD, a través de la depuración de cartera con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS y personas naturales contratadas para la conformación de la Red de Servicios de Salud. Así mismo le apunta a la resolución de los conflictos surgidos con las IPS por facturación de mayor valor respecto a lo contratado, lo cual implica disminución de solicitudes de conciliaciones extrajudiciales y finalmente pretende la generación de la cultura en UNISALUD para cerrar en debida forma los procesos contractuales.

Considerando que la liquidación oportuna de los acuerdos contractuales permite contar con una información presupuestal que, al ser registrada en el balance contable, cumpla con los atributos de confiabilidad y utilidad, constituyéndose en insumo para la toma de decisiones al momento de la planeación del proyecto presupuestal y posteriormente para la atención de las necesidades de la Unidad,

que se traduce en la conformación y contratación de la Red de Servicios de Salud en la Unidad; se propusieron dos acciones concretas:

1. En el primer semestre del 2018, el grupo de la Gerencia Nacional de Unisalud propuso un plan de trabajo para adelantar el rezago que presentaba esta actividad en la sede Bogotá, considerando que se encontraban pendientes de liquidar 194 procesos de los años 2015, 2016 y 2017.

Para el desarrollo del plan de trabajo se realizaron durante el 2018, 28 reuniones de seguimiento, con la participación de la Gerente Nacional de Unisalud, el Jefe de la División Nacional Administrativa y Financiera y la Jefe de Oficina de Contratación de Unisalud.

En desarrollo de las reuniones, se establecieron acciones para lograr los objetivos propuestos, tales como:

- ✓ Comunicaciones telefónicas realizadas directamente por la Gerente con los prestadores para depurar la información económica de los acuerdos, así como para la devolución de las actas de liquidación firmadas.
- ✓ Concertar acuerdos con los prestadores que presentaban una ejecución superior, respecto del valor contractual inicialmente pactado, no representativa, para lograr su liquidación, analizando el costo beneficio de cobrar por vía extrajudicial dichos valores, concientizándolos de su obligación de efectuar un seguimiento presupuestal riguroso, en concordancia con los servicios prestados.
- ✓ Priorizar la auditoría de cuentas, conciliación de glosas con prestadores que evidenciaron su interés de liquidar prontamente los acuerdos suscritos.
- ✓ Priorizar los pagos de las glosas conciliadas con los prestadores.

Evaluado el plan de trabajo definido, a 31 de diciembre de 2018 se evidenció que quedaron 56 procesos pendientes de liquidar, cumpliendo los objetivos inicialmente planteados en un 71%, por lo que se propuso liquidar los procesos pendientes en el primer trimestre del 2019.

2. En el segundo semestre del 2018 se realizó una auditoría del proceso de Adquisición de Bienes y Servicios en las cuatro sedes, siendo uno de sus componentes, la verificación del cumplimiento de las actividades de la etapa de seguimiento a la ejecución contractual con el objeto de verificar la liquidación de los acuerdos contractuales suscritos en la Unidad en la vigencia 2017, cuya acción fue propuesta en el Plan de Desarrollo 2016-2018 de Unisalud.

El resultado de la auditoría fue socializado con todas las sedes encontrando no conformidad para las sedes Medellín y Bogotá por la no liquidación de los acuerdos contractuales, por lo que se definieron planes de mejora para atender dicho hallazgo.

Considerando las dificultades reiterativas en el cumplimiento de la actividad de liquidar los acuerdos contractuales y con el fin de efectuar un mayor y mejor control respecto de la misma, el 11 de septiembre de 2018 el grupo de la Gerencia Nacional de Unisalud replanteó el indicador del objetivo estratégico de Gestión Administrativa, así:

$$\frac{\text{No. de acuerdos contractuales que cumplen con los requisitos de la etapa auditada} * 100\%}{\text{No. de acuerdos contractuales auditados}}$$

Efectuada la auditoría, el resultado del indicador por sedes fue el siguiente: Sede Palmira 100%, Sede Manizales 100%, Sede Medellín 50% y Sede Bogotá 0%, para un total de **62.5%**.

VIGENCIAS FUTURAS

Una de las acciones propuestas en el Informe de Gestión 2017 fue analizar los beneficios y dificultades de suscribir contratos con vigencias futuras, evaluando los logros e inconvenientes surgidos durante la ejecución de estos procesos, con el fin de determinar continuar o no con esta posibilidad.

Para atender esta propuesta, el Comité de Contratación Nacional de Unisalud requirió a las sedes los análisis respectivos, información que fue analizada y consolidada, para ser presentada a la Gerencia de Unisalud, y cuyos resultados se presentan a continuación.

Hecho el análisis de la experiencia vivida en cada una de las sedes con la celebración de acuerdos contractuales comprometiendo vigencias futuras, sumado a las acciones adelantadas al interior del Comité en cada uno de los procesos surtidos y recomendados en los años 2015 y 2017, para los procesos precontractuales y el seguimiento a la ejecución contractual que se traduce en la revisión y análisis de las solicitudes de adiciones y modificaciones presentadas al Comité, se concluyó que efectuar compromisos con cargo a vigencias futuras se constituye en una acción con beneficios demostrados para la Unidad, tales como:

- ✓ Continuidad en la atención a nuestros usuarios y su consecuente satisfacción del servicio.
- ✓ Ventajas en las ofertas tarifarias, al tener mejor capacidad de negociación por parte de las sedes.
- ✓ Disminución de procesos administrativos.
- ✓ Posibilidad de mejorar en cuanto a seguimiento a la ejecución contractual se refiere.

La recomendación del Comité fue adelantar los procesos de selección contractual para el suministro de medicamentos en todas las sedes y para la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad con las grandes clínicas en la Sede Bogotá, comprometiendo vigencias futuras.

RECOMENDACIONES

Hecho el balance de la gestión de la anterior vigencia, el cumplimiento del objetivo estratégico de la gestión administrativa se encuentra en el 56.4%, siendo perentorio adelantar acciones tendientes a liquidar los acuerdos contractuales en los términos y condiciones establecidos normativamente.

Como principales recomendaciones tenemos las siguientes:

- ✓ Fortalecer las actividades de planeación, seguimiento y control en las etapas de ejecución y terminación de los acuerdos contractuales, definidas para el proceso de Adquisición de Bienes y Servicios en todas las sedes de Unisalud.
- ✓ Continuar con el seguimiento permanente a la actividad de liquidación de los acuerdos contractuales, especialmente de los procesos con la red externa.
- ✓ Evaluar periódicamente el cumplimiento de los planes de mejora concertados con ocasión de la auditoría interna y la externa realizada por la Superintendencia Nacional de Salud, respecto del hallazgo de no liquidar los acuerdos contractuales, en los términos de ley, formulado por dichas instancias.

GESTIÓN FINANCIERA

PRESUPUESTO DEFINITIVO (APROPIACIÓN)

La Unidad de Servicios de Salud – UNISALUD, requirió para su funcionamiento en la vigencia fiscal 2018 un presupuesto definitivo \$80.185 millones de pesos, distribuidos en el gasto, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 39. Presupuesto definitivo 2018.

(Cifras en millones de pesos)

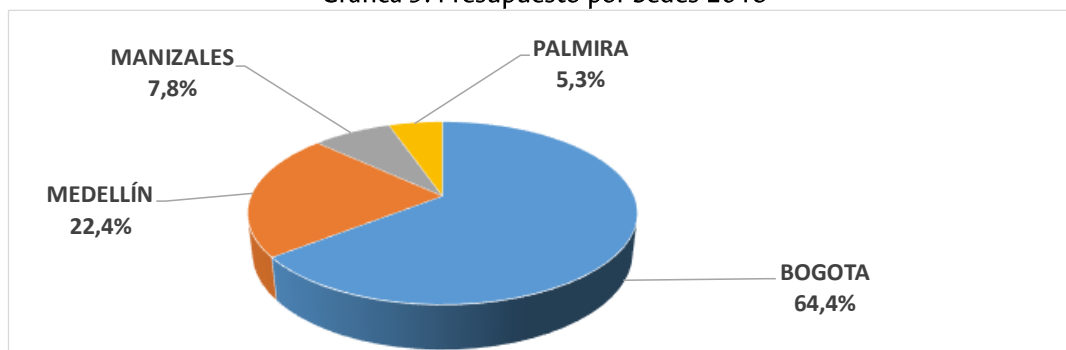
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	UNISALUD RECURSOS PROPIOS	% PARTICIPACIÓN
Gastos de Personal	10.433	13,0%
Gastos Generales	68.469	85,4%
Transferencias	1.172	1,5%
Vigencias Expiradas	111	0,1%
TOTAL	80.185	100%

Fuente: Sistema Financiero SGF-Quipu

Es importante precisar que el 85.4% 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.

Para la vigencia 2018 el presupuesto se distribuyó entre las sedes de UNISALUD, así: Bogotá el 64.4%, Medellín el 22.4%, Manizales el 7.8% y Palmira el 5.3%.

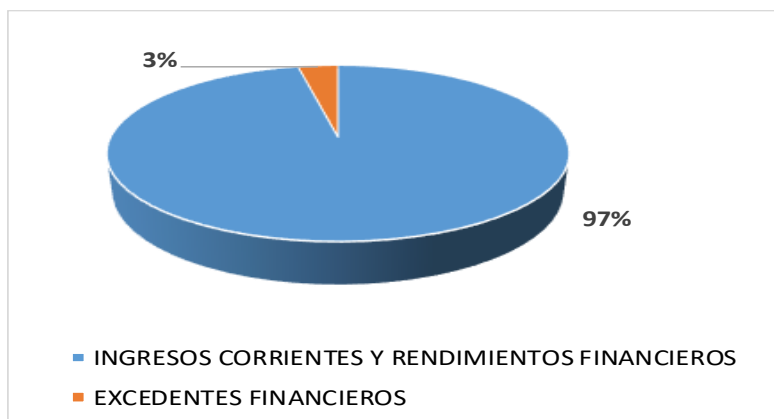
Gráfica 9. Presupuesto por Sedes 2018



Fuente: SGF Quipu

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 y en la vigencia 2017 con el nuevo enfoque de manejo de recursos a través de los Fondos de Inversión Colectiva autorizados por la Universidad, efectuado con base en los recursos disponibles que no van a ser utilizados para amparar obligaciones de manera inmediata, en un 97% y con excedentes financieros producto del ejercicio contable de vigencias anteriores en un 3%, lo cual evidencia una mejora con relación a la incorporación de excedentes financieros de la vigencia 2017.

Gráfica 10. Ingresos Corrientes vs Excedentes Financieros 2018



Fuente: SGF Quípu

La programación presupuestal de la vigencia 2018, se efectuó para cada una de las sedes de UNISALUD teniendo en cuenta los ingresos corrientes (aportes en salud referidos anteriormente) y los rendimientos financieros que se proyectaba obtener, sin embargo, éste presupuesto resultó insuficiente para apalancar las necesidades misionales de las sedes Medellín, Manizales y Palmira, motivo por el cual, se efectuó una adición con excedentes financieros, teniendo como principal objetivo, que los excedentes a incorporar en éstas sedes, deberían ser los generados por cada una de las mismas, minimizando el traslado presupuestal desde Bogotá y buscando optimizar la centralización de recursos unificando un solo portafolio de inversiones.

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE LA VIGENCIA 2018

INGRESOS

Los ingresos programados para la vigencia fiscal 2018 fueron recaudados en un 94.6%, observándose un recaudo por debajo de lo programado debido principalmente a los aportes patronales que no fueron girados por el nivel central de la sede Bogotá de la Universidad, por insuficiencia presupuestal.

Los niveles rentísticos de aportes afiliados activos presentaron un recaudo superior a lo presupuestado en un 2.8% y los otros ingresos en un 6.8% como resultado de un juicioso control de aportes efectuado por cada una de las sedes lo cual incluyó seguimiento al debido recaudo y registro de cuotas moderadoras, copagos, recobro de póliza de eventos de alto costo. El recaudo inferior que se observa en rendimientos financieros se debe a la celebración a mediano plazo del portafolio de inversiones en busca de mejores rendimientos financieros con una base que no fue utilizada en la vigencia para respaldar obligaciones. En este sentido se ha optimizando el portafolio de inversiones y las FICS entre otros aspectos.

Del total de ingresos aforados, corresponden a excedentes financieros \$2.664 millones que fueron necesarios incorporar para apalancar el gasto misional en las sedes de UNISALUD Medellín, Manizales y Palmira lo cual indicaría que el recaudo real de recursos de UNISALUD para la vigencia 2018 fue de \$73.241 millones de pesos.

De acuerdo con lo anterior, se observa una mejora representativa en el recaudo de los ingresos de la vigencia 2018 comparada con el recaudo presentado en la vigencia 2017, con un crecimiento del 6% en ingresos corrientes, una baja del 38% en rendimientos financieros debido a la baja generalizada del mercado financiero en la vigencia 2018 y una disminución del 29% en inclusión de excedentes financieros.

Gráfica 11. Ejecución Ingresos 2018



Fuente: SGF Quipu

Si comparamos el recaudo del presupuesto de ingresos de la vigencia 2018 con la vigencia 2017, observamos que la variación relativa (porcentaje de variación 2017-2018) es del 6%, a pesar del no giro de recursos de los aportes patronales y afiliados activos del mes de diciembre por parte del nivel central de la Universidad de la sede Bogotá, lo cual representa más del 60% de los aportes patronales y afiliados activos del mes de diciembre de la Unidad.

De acuerdo con lo anterior la variación es la siguiente:

Tabla 40. Recaudo vigencia 2018 vs 2017

(Cifras en millones de pesos)

CONCEPTO	RECAUDO VIGENCIA 2018	RECAUDO VIGENCIA 2017	VARIACIÓN ABSOLUTA	VARIACIÓN RELATIVA
INGRESOS CORRIENTES	68.682	65.077	3.605	6%
Plan Complementario, cuotas moderadoras y copagos	4.165	3.921	244	6%
Aportes a salud patronales, afiliados activos y pensionados	62.585	58.579	4.006	7%
Recobro Póliza de Alto Costo, Devolución IVA y otros ingresos no relacionados directamente con la actividad misional	1.932	2.577	-645	-25%
RECURSOS DE CAPITAL	7.223	11.142	-3.919	-35%
Rendimientos Financieros	4.558	7.367	-2.809	-38%
Recursos del balance	2.665	3.775	-1.110	-29%
TOTAL RECURSOS PROPIOS	75.905	76.219	-314	0%

Fuente: Informes de ejecución SGF-Quipu

Es importante precisar que el nivel rentístico de Plan Complementario, cuotas moderadoras, copagos y aportes a salud mantienen un ingreso muy lineal de acuerdo al incremento del IPC y del incremento salarial para funcionarios públicos en la vigencia 2018, de otra parte se observa una reducción en el nivel rentístico de Recobro Póliza de Alto Costo y Devolución de IVA, teniendo en cuenta el cambio de enfoque la adquisición de la póliza en los últimos 2 años en dónde se busca amparar un riesgo de desfinanciación por los eventos de alto costo y no la frecuencia en el suceso de los mismos, en cuanto a la reducción por devolución de IVA está directamente relacionado con el concepto de la DIAN en el que no aplica devolución de IVA a Unisalud en los casos específicos que no tienen que ver con el cumplimiento misional de la Universidad.

La reducción que se observa en general en toda la Unidad en lo que respecta a rendimientos financieros se debe al comportamiento del mercado financiero presentado en la vigencia 2018, el cual ofreció las tasas de interés más bajas de los últimos años para inversiones, debido al comportamiento macroeconómico (comercio de China y el mercado del petróleo) que afectó directamente el mercado financiero nacional. Se espera una mejora en las tasas de interés a partir del segundo semestre de 2019. No obstante lo anterior, se obtuvo una reducción del 29% en la incorporación de excedentes financieros para apalancar el gasto de la Unidad.

GASTOS

Se puede observar que el mayor nivel de presupuesto se ejecuta por concepto de la adquisición de servicios médicos asistenciales: contratación de clínicas, personas naturales profesionales de la salud, adquisición de equipos médico asistenciales, insumos para laboratorio, seguros en salud y contratación del Operador Logístico para el suministro de medicamentos, lo que equivale a un porcentaje del 86.6%, 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.

Tabla 41. Gastos de Funcionamiento 2018

(Cifras en millones de pesos)

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	UNISALUD RECURSOS PROPIOS	% PARTICIPACIÓN
Gastos de Personal	10.198	13,1%
Gastos Generales	67.502	86,6%
Transferencias	162	0,2%
Vigencias Expiradas	90	0,1%
TOTAL	77.952	100%

Fuente: SGF Quipu

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 difícil y varias veces impredecible. Otro factor importante que lleva a realizar modificaciones presupuestales en el transcurso de la vigencia, son los servicios y medicamentos no negociados que autoriza el Comité Técnico Científico y que, por lo tanto, no se encuentran programados dentro del presupuesto por ser casos que nos son de suministro ni atención regular.

Se ha realizado un ejercicio metódico liberando partidas pequeñas no utilizadas para trasladarlas presupuestalmente a aquellos rubros que las iban necesitando en el transcurso de la vigencia, dando como resultado una ejecución presupuestal total del 97.2% tal como se observa a continuación:

Tabla 42. Ejecución Gastos de Funcionamiento

(Cifras en millones de pesos)

CONCEPTO UNISALUD	APROPIACIÓN	EJECUCIÓN	% EJECUCIÓN
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	80.185	77.952	97,2%
GASTOS DE PERSONAL	10.433	10.198	97,7%
GASTOS GENERALES	68.469	67.502	98,6%
TRANSFERENCIAS	1.172	162	13,8%
VIGENCIAS EXPIRADAS	111	90	81,0%

Fuente: SGF Quipu

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 crecimiento correspondiente a la frecuencia de uso de servicios de salud por parte de los afiliados a la Unidad así como la morbilidad aumentada relacionada con el aumento de edad de la población, sin embargo se han logrado mejoras en las tarifas negociadas con las IPS lo que ha ayudado a un incremento medido en los gastos médico-asistenciales. Cabe resaltar que con los prestadores de servicios de salud se han logrado beneficios, teniendo como factores de negociación el pronto pago, contratos a largo tiempo cubiertos presupuestalmente con vigencias futuras y direccionamiento de servicios.

El nivel de ejecución del gasto con respecto a la adquisición y suministro de medicamentos se incrementó en la vigencia 2018 debido al nivel de morbilidad y necesidad de aprobación de medicamentos que han surtido trámite ante los Comités Técnico Científico de UNISALUD, así como el desabastecimiento de moléculas negociadas, lo que conllevó a adquirir segundas y terceras opciones a mayores costos, con el distribuidor u operador logístico para el suministro de medicamentos. Sin embargo, se contó con la negociación global de precios de medicamentos que se ha efectuado de manera eficiente con el distribuidor actual para todas las Sedes y con la mejora en los porcentajes de intermediación con el Operador Logístico para la entrega de los mismos.

Las vigencias expiradas en gastos generales que se presentaron durante la vigencia obedecen a la campaña impulsada desde la Gerencia para que los supervisores con su equipo de apoyo logren depurar glosas, aclarar cuentas y proceder de esa forma a la liquidación de contratos de salud que se encontraban pendientes. Una vez establecida su situación, se procedió a pagar aquellos pertinentes y por haber expirado la vigencia, fueron cargados contra el respectivo rubro. Se precisa que todos estos casos tienen el respectivo acto administrativo que soporta, justifica y da claridad a cada una de las situaciones específicas que permitieron efectuar el pago y que puedan soportar ante cualquier ente de control el procedimiento realizado. Así mismo se aclara que el rubro de Sentencias y Conciliaciones tenía presupuestado un monto, el cual no se ejecutó, debido a que éste iba a respaldar mayores valores a pagar a las IPS cuyos procesos cursan ante el Comité de Conciliación de la Universidad, cuerpo colegiado que emitirá respuesta de los mismos en la vigencia 2019, razón por la cual no se pudo ejecutar el presupuesto en la vigencia 2018.

En el Gasto de Personal, se observa un incremento del 5.1% el cual obedece principalmente al incremento salarial de la vigencia.

Tabla 43. Comparativo Gastos de Funcionamiento 2017-2018

CONCEPTO UNISALUD	EJECUCIÓN		
	2.017	2.018	% VAR.
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	74.262	77.952	5,0%
GASTOS DE PERSONAL	9.701	10.198	5,1%
GASTOS GENERALES	64.187	67.502	5,2%
TRANSFERENCIAS	288	162	-43,7%
VIGENCIAS EXPIRADAS	86	90	4,3%

Fuente: SGF Quipu

RESERVAS PRESUPUESTALES

La reserva presupuestal para la presente vigencia fiscal suma un total de \$13.501 millones de pesos lo cual corresponde al 17.3% del valor comprometido, correspondiendo principalmente a los contratos de servicio médico asistencial que cubren la atención hasta mediados del mes de febrero de 2019. Esta situación se presenta debido a que no se debe desproteger la atención del servicio ni el suministro de medicamentos durante el periodo de cierre de vigencia 2018 y apertura de vigencia 2019, así mismo se establecen compromisos hasta el mes de febrero porque los tiempos para los trámites precontractuales duran un mes aproximadamente para contrataciones de órdenes de prestación de servicio.

Se ha recalado, la importancia de que el presupuesto de UNISALUD se encuentra financiado con recursos parafiscales en salud percibidos con base en los aportes a salud de los afiliados de enero a diciembre de cada una de las vigencias fiscales y que no se deben proyectar compromisos con cargo a los presupuestos anuales que superen más allá del mes de enero y ya se ha comenzado a manejar el concepto de que en caso de requerirse un compromiso con mayor duración, se deberá tramitar la respectiva vigencia futura.

Estas reservas soportan además la atención de servicios prestados desde finales del mes de noviembre y el mes de diciembre que no se han facturado o que se encuentran en proceso de auditoría de cuentas médicas o glosadas.

INFORMACIÓN CONTABLE

Con relación a la información contable reflejada, correspondiente al ejercicio financiero de la vigencia 2018, se puede observar la siguiente variación en los estados financieros:

Tabla 44. Información Contable

CONCEPTO	2.017	2.018	VARIACIÓN
ACTIVOS	82.960.190.070	79.294.153.200	-4,4%

CONCEPTO	2.017	2.018	VARIACIÓN
PASIVOS	6.042.879.449	4.648.032.801	-23,1%
PATRIMONIO	77.417.739.100	77.559.964.141	0,2%

CONCEPTO	2.017	2.018	VARIACIÓN
INGRESOS	71.310.141.050	72.840.527.239	2,1%
GASTOS Y COSTOS DE VENTAS	71.810.569.529	75.754.370.981	5,5%
RESULTADO DEL EJERCICIO	- 500.428.479	- 2.913.843.742	482,3%

Fuente: SGF Quipu

Las variaciones presentadas, responden a varias situaciones entre las cuales se encuentra la disminución de rendimientos financieros ocasionado por el comportamiento del mercado financiero en la vigencia 2018, el cual no tuvo atractivas tasas de interés, debido al comportamiento macroeconómico presentado en la vigencia, así mismo, Unisalud en la vigencia inmediatamente anterior, agilizó trámites de pago de compromisos misionales, resolución de glosas y liquidación de compromisos contractuales, lo que conllevó a que el incremento de gastos, costos y ventas estuviera por encima del IPC en la vigencia 2018, teniendo que acudir a los depósitos de instituciones financieras e inversiones (activos) reflejándose una disminución en estos, así como una disminución en los pasivos por el mismo efecto.

De la misma manera por el aumento del gasto y costos en Unisalud, se afecta el incremento del patrimonio de la Unidad.

COMPORTAMIENTO DE TESORERÍA

El comportamiento de tesorería en todas las sedes de Unisalud, permitió que el recaudo de recursos y el flujo de caja establecido, atendiera la totalidad de las obligaciones de la vigencia. Así mismo el portafolio de inversiones se analizó cuidadosamente a fin de contar con los mejores rendimientos financieros que pudieran obtenerse de los CDT's, FICS y cuentas de ahorro, pese a la baja de intereses que presentó el mercado financiero para estos productos, debido al comportamiento macroeconómico.