



MIUSS
Modelo Integral de la Unidad
de **Servicios de Salud**



2023-2026



VIGILADA MINEDUCACION

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD - MIUSS

UNISALUD – UPTC

**Entidad Administradora de Planes de Beneficios - Régimen
Especial.**

**Actualización
JUNIO, 2023**



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

DR. ENRIQUE VERA LÓPEZ
Rector

DRA. SANDRA MARITZA CONTRERAS PEÑA
Directora
UNISALUD

TABLA DE CONTENIDO

GLOSARIO	10
INTRODUCCIÓN	12
1. CONTEXTO INSTITUCIONAL	13
1.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA UNISALUD –UPTC	13
1.2. VALORES CORPORATIVOS	14
1.3. MAPA DE PROCESOS	15
2. MARCO NORMATIVO	16
3. MARCO CONCEPTUAL	21
3.1. DEFINICIONES	21
4. MODELO DE ATENCIÓN DE UNISALUD	25
4.1. DETERMINANTES SOCIALES	25
5. DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN DE UNISALUD	27
5.1. ASEGURAMIENTO	27
5.1.1. Caracterización poblacional	28
5.1.2. Gestión integral del riesgo en salud	42
5.1.3. Estructura de datos de ingresos y novedades de la afiliación, verificación de condiciones para el reporte y validación de la información que los afiliados registren sobre su estado de afiliación y reporte de Listados censales.	55
5.1.4. Mecanismos de pago y aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago.	57
5.1.6. Condiciones y reglas para la operación de la portabilidad.	61
5.1.7. Rol del asegurador	62
5.2. SALUD PÚBLICA	64
5.2.1. Plan Decenal de Salud Pública.	65
5.2.2. Planeación integral para la salud	66
5.2.3. Rutas Integrales de Atención en Salud.	66
5.2.4. Sistema de Vigilancia en Salud Pública.	78
5.2.5. Monitoreo de procesos y evaluación de los resultados de la atención.	79
5.3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	80
5.3.1. Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.	81
5.3.2. Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado, o documento de organización de los servicios de salud.	83
5.3.3. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – SOGC	83
5.3.4. Transformación digital en el Sector Salud y TELESALUD	85
5.3.5. Cobertura red de prestadores	94
5.3.6. Suficiencia de red	95
5.3.7. Autorizaciones	96



5.3.8.	Referencia y contrarreferencia	97
5.3.9.	Comité Técnico Científico –CTC.	97
5.3.10.	Demanda inducida, promoción y prevención	98
5.4.	TALENTO HUMANO EN SALUD	99
5.4.1.	Política de Talento humano en salud	100
5.4.2.	ReTHUS	101
5.5.	FINANCIAMIENTO	101
5.5.1.	Seguimiento a la ejecución de los recursos	102
5.5.2.	MIPRES	103
5.5.3.	UPC, Copagos, cuotas moderadoras	103
5.5.4.	Auditoría de cuentas medicas	103
5.5.5.	Incapacidades	104
5.5.6.	Reembolsos	104
5.5.7.	Reportes	104
5.6.	LINEAMIENTOS ENFOCADOS A ELIMINAR BARRERAS DE ACCESO	107
5.6.1.	Digiturno	107
5.6.2.	Lineamientos enfocados a eliminar barreras de acceso al servicio para población diferencial.	108
5.6.2.1.	Víctimas de violencia de género	108
5.6.2.2.	Población LGTBIQ+	108
5.6.2.3.	Adultos mayores	109
5.6.2.4.	Personas con discapacidad	109
5.6.2.5.	Registro y localización de las personas con discapacidad	110
5.6.2.6.	Grupos étnicos.	110
5.6.2.7.	Enfermedades emergentes	111
5.7.	INTERSECTORIALIDAD	111
5.8.	GOBERNANZA	112
5.8.1.	Delimitación territorial	113
5.8.2.	Participación social	115
5.9.	SUFICIENCIA DE RED 2023	116
5.9.1.	Proyección de la demanda de servicios	117
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de procesos UPTC.....	15
Figura 2 . Líneas de acción del MAITE	23
Figura 3. Modelo de atención integral	25
Figura 4. Modelo de los determinantes sociales de la salud.....	26
Figura 5. Caracterización de la población	29
Figura 6. Ubicación de los Afiliados UNISALUD – UPTC - Colombia	30
Figura 7. Ubicación de los Afiliados UNISALUD – UPTC – Departamento Año 2022 (junio)	31
Figura 8. Pirámide poblacional, Colombia, Boyacá y UNISALUD UPTC. Año 2022 (junio)	32
Figura 9. Distribución De La Población Afiliada según Momento del Curso de Vida EAPB UNISALUD UPTC – Junio – 2022.....	33
Figura 10. Distribución de la Población por sexo y grupo de edad, afiliados UNISALU – UPTC, 2022	33
Figura 11. DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES AFILIADOS UNISALUD UPTC AÑOS 2012 - 2020.....	35
Figura 12. Participación de diferentes agentes en la Gestión Integral del Riesgo en Salud.....	43
Figura 13. Interrelación de riesgos empresariales con el riesgo en salud.....	45
Figura 14. Logo de Uniriesgo	46
Figura 15. Ingreso a través del módulo de P y P, SIUNISALUD.....	47
Figura 16. Proceso de gestión del riesgo en salud: perspectiva de las aseguradoras	48
Figura 17. Ruta de atención del paciente.....	51
Figura 18. Pacientes por grupo de riesgo.....	51
Figura 19. Rol del asegurador.....	62
Figura 20. Fases de implementación plan decenal	65
Figura 21. Tramos de las rutas integrales de atención en salud	67
Figura 22. Cursos de vida	69
Figura 23. Grupos de riesgo priorizados.....	70
Figura 24. Entornos	71
Figura 25. Ruta de promoción y mantenimiento de la salud	76
Figura 26. Prestador primario y complementario	81
Figura 27. Dificultades en el control	82
Figura 28. Informe de documentos.....	86
Figura 29. Módulos de atención al ciudadano	88
Figura 30. Módulos de SIUNISALUD	90
Figura 31. Submódulos auditoría de cuentas.....	91
Figura 32. Página web UNISALUD	93
Figura 33. Módulos sitio web UNISALUD	94
Figura 34. Digiturno Oficina Unisalud	107
Figura 35. Competencias laborales: Formación al personal de salud en interculturalidad	111
Figura 36. Territorios donde UNISALUD tiene presencia. Departamento de Boyacá	114
Figura 37. Protección al usuario y participación social. UNISALUD.....	116

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Valores Corporativos.....	14
Tabla 2. Articulación entre componentes del MIAS y líneas de MAITE.....	24
Tabla 3. INDICADORES COVID-19, afiliados UNISALUD-UPTC, 2020-2022	38
Tabla 4. Indicadores de determinantes Intermedios UNISALUD Año 2022	38
Tabla 5. Indicadores priorizados	40
Tabla 6. Indicadores ficha de caracterización.....	64
Tabla 7. Eventos de notificación obligatoria. UNISALUD, 2022	79
Tabla 8. Identificación Indicador.....	89
Tabla 9. Proyección de la demanda, UNISALUD 2023	118
Tabla 10. Distribución porcentual de la demanda.....	118



Uptc®

Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia

Somos
Todos

u p t c . e d u . c o

TUNJA - DUITAMA - SOGAMOSO - CHIQUINQUIRÁ

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACEMI	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
APS	Atención Primaria en Salud
ASIS	Análisis de Situación de Salud
AVPP	Años de vida potenciales perdidos
BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
BDEX	Base de datos de los regímenes especiales y de excepción
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDSS	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
CISP	Comisión Intersectorial de Salud Pública
CRUE	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
CTSSS	Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DSS	Determinantes sociales de la salud
DT	Detección temprana
EAPB	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EPS	Entidad Promotora de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
ETV	Enfermedades Transmitidas por Vectores
GSP	Gestión de la Salud pública
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
IRA	Infección Respiratoria Aguda
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MAITE	Modelo de Acción Integral Territorial
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PE	Protección específica
PIC	Plan de Intervenciones colectivas
PISIS	Plataforma de Integración de datos de SISPRO
PYMS	Promoción y Mantenimiento de la Salud
RIPS	Registro individual de prestación de servicios
RHS	Recurso Humano en Salud

VIGILADA MINEDUCACION



ACREDITACION INSTITUCIONAL
INTERNACIONAL
2022 - 2027

ACREDITACION INSTITUCIONAL
DE ALTA CALIDAD
MULTICAMPUS
RESOLUCIÓN 023655 DE 2021 MEN / 6 AÑOS

AVENIDA CENTRAL DEL NORTE 39 -115
PBX +57 (608) 7405626
TUNJA - BOYACÁ



Uptc[®]

Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia

**Somos
Todos**

u p t c . e d u . c o

TUNJA - DUITAMA - SOGAMOSO - CHIQUINQUIRÁ

RUAF-ND	Registro Único de afiliados –nacimientos y defunciones
SAT	Sistema de Afiliación Transaccional
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO	Sistema integral de información de la protección social
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SMLMV	Salario mínimo legal mensual vigente
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
SOGC	Sistema obligatorio de garantía de la calidad
UNFPA	Fondo de población de Naciones de Unidas
UNISALUD	Unidad de servicios de salud.
UPC	Unidad de pago por capitación
UPTC	Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

VIGILADA MINEDUCACIÓN



ACREDITACION INSTITUCIONAL
INTERNACIONAL
2022 - 2027

ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL
DE ALTA CALIDAD
MULTICAMPUS
RESOLUCIÓN 023655 DE 2021 MEN / 6 AÑOS

AVENIDA CENTRAL DEL NORTE 39 -115
PBX +57 (608) 7405626
TUNJA - BOYACÁ



SALUD: estado dinámico de bienestar físico, mental y sociocultural que permite a las personas ser capaces de identificar y realizar la satisfacción de sus necesidades y de modificar o adaptarse al ambiente, y no únicamente la ausencia de enfermedad.

ENFERMEDAD: La OMS define enfermedad como la alteración de cualquier orden biopsicosocial, que represente sufrimiento al individuo.

ATENCIÓN EN SALUD. El Decreto 780 de 2016, en su artículo 2.8.10.4. define la atención de salud como: el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA: Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD: Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente documento se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud (Numeral 6 del artículo 2.5.1.1.3. del Decreto 780 de 2016).

ACCESIBILIDAD. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

OPORTUNIDAD. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

SEGURIDAD. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.



PERTINENCIA. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

CONTINUIDAD. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

ASEGURAMIENTO DEL RIESGO EN SALUD. El aseguramiento del riesgo en salud es la aplicación de la técnica de seguros a la provisión de actividades donde se realice una concientización de la responsabilidad que tiene el individuo sobre los estilos de vida, para que estos sean modificados y así tener menos probabilidades de enfermarse y de tener secuelas de esas patologías, además de los servicios asistenciales sanitarios, con las características para el afiliado descritas anteriormente, en un marco de administración del riesgo epidemiológico con la intención de garantizar tanto la generación de salud a la población afiliada como la contención de actividades costo-efectivas.

RIESGO EN SALUD: hecho futuro e incierto al que está expuesto el asegurado y que en caso de ocurrencia (siniestro) conlleva al desmedro del estado de salud o a una incapacidad permanente. Las circunstancias epidemiológicas que condicionan la posibilidad de ocurrencia del riesgo se denominan factores de riesgo. La técnica de aseguramiento consiste precisamente en convertir esa situación futura e incierta en una probabilidad matemática a través de métodos estadísticos y epidemiológicos. El riesgo también se define como la probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad. Para proteger a la población y ayudarla a protegerse a sí misma, los gobiernos necesitan poder evaluar los riesgos y elegir las intervenciones más costo efectivas y accesibles para evitar que se produzcan esos riesgos.

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD: es un instrumento que contribuye a que las personas, familias y comunidades alcancen resultados en salud teniendo en cuenta las particularidades del territorio donde viven, se relacionan y se desarrollan.

Permite orientar y ordenar la gestión de la atención integral en salud a cargo de los actores del SGSSS de manera continua y consecuente con la situación y características de cada territorio, así como la gestión intersectorial para la afectación de los determinantes sociales de la salud

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de sus programas de gestión del riesgo, junto con la Secretaria de Salud del Departamento de Boyacá, han asumido el reto de diseñar un modelo de salud que permita mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud para los afiliados, basado en el enfoque de salud familiar, comunitaria y en la gestión integral del riesgo.

Experiencias anteriores han demostrado que un enfoque integral para el cuidado de la salud, que garantice la participación comunitaria es una estrategia viable y eficaz; dentro la estructura poblacional de UNISALUD se encuentra población expuesta a riesgos, debido a las condiciones de vida que afrontan, y entre otros aspectos de impacto en la condición de salud y calidad de vida tales como: hábitos o costumbres inadecuadas, acceso a servicios como educación, vivienda y trabajo. Teniendo en cuenta la integralidad del proceso de intervención en salud UNISALUD busca implementar un modelo de Atención que aborde de forma integral todos los factores protectores y de riesgo, que integre las intervenciones individuales y colectivas en salud, y que se dirija no solo a prestar servicios de salud, sino a fomentar el bienestar de las poblaciones por medio de un proyecto que pretende abordar de manera integral las recomendaciones presentadas por el Ministerio de Salud.

El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que mediante la Resolución 2626 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, ha sido transformado en el Modelo de Acción Territorial – MAITE, representa para UNISALUD – UPTC, un modelo innovador que se centra en el individuo, la familia y la comunidad y responde a las necesidades en salud de sus afiliados; desde su creación, asumió el compromiso de ser el modelo de atención integral. Involucra la participación comunitaria como eje principal respecto a la atención de la salud de las poblaciones, haciendo énfasis en las herramientas de la Atención Primaria en Salud (APS). El trabajo responsable y de alta calidad, la capacitación continua y el esfuerzo cotidiano por alcanzar y mantener las mejores prácticas, que articule el nivel primario de baja complejidad, con la alta complejidad de forma oportuna, integral, integrada y continua, vinculando las actividades colectivas con las individuales, logrando así, resultados en salud óptimos.

El presente documento pretende ilustrar de manera detallada, el modelo de atención integral fundamentado en preservar los derechos de la población afiliada, principalmente el derecho a la salud. Presenta un diagnóstico inicial de las condiciones de morbilidad; el modelo propuesto está orientado a contribuir al mejoramiento de la situación actual de salud de los afiliados a UNISALUD- UPTC; este modelo estructurado en la caracterización de la población, plantea acciones diferenciales, que permitirán llevar a cabo el plan de acción dirigido a implementar los componentes de la nueva propuesta, basado en el MAITE y sus ocho líneas de acción.

Comprende el contexto institucional, el marco normativo, el marco conceptual y el desarrollo del modelo de atención de UNISALUD, de acuerdo con las líneas de acción de: aseguramiento, salud pública, prestación de servicios de salud, talento humano, financiamiento, enfoque diferencial, intersectorialidad y gobernanza.

1. CONTEXTO INSTITUCIONAL

1.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA UNISALUD –UPTC

 Misión	 Visión	 Valores
<p>UNISALUD es una dependencia especializada de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Administradora de Planes de Beneficios en Salud que se compromete con el mejoramiento de la calidad de vida de sus afiliados generando servicios adicionales, respaldados por una amplia red de instituciones y profesionales brindando un trato humanizado, eficiente, oportuno, con calidad, equidad y gestión centrada en la satisfacción de los usuarios.</p>	<p>Ser líder y reconocida en el Departamento de Boyacá por sus actividades en salud como Entidad Administradora de Planes de Beneficios logrando sostenibilidad financiera, implementando estrategias eficientes de gestión del riesgo en salud que impacten en el mejoramiento de la calidad de vida de los afiliados y la relación armónica y de confianza con la Red Prestadora de Servicios de Salud.</p>	<p>DIGNIDAD AUTONOMÍA PARTICIPACIÓN DEMOCRÁTICA RESPONSABILIDAD TRANSPARENCIA</p>

Por medio del Acuerdo 084 de 2022 del Consejo Superior Universitario, se modifica la reglamentación y funcionamiento de la Unidad de Servicios de Salud UNISALUD-UPTC, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 647 del 28 de febrero de 2001, como una dependencia especializada de la Universidad, adscrita a la Rectoría¹. Tendrá como estructura administrativa una junta Administradora, un director y las demás dependencias y funcionarios que requiera para su funcionamiento².

¹ UPTC – Consejo Superior Universitario, Acuerdo 084 de 2022, artículo 1

² Ibidem, Art. 3



1.2. VALORES CORPORATIVOS

Como entidad que tiene bajo su responsabilidad el aseguramiento de la seguridad social en Salud del Sistema Universitario, UNISALUD tiene los siguientes principios y valores organizacionales, que se describen en la tabla 1:

Tabla 1. Valores Corporativos.

DE LA UNIVERSALIDAD	DE LA AUTONOMÍA	DEL SENTIDO DE PERTENENCIA	DE LA DEMOCRACIA PARTICIPATIVA
Por el cual posibilita todas las corrientes de pensamiento representadas con la participación de los diferentes estamentos o agremiaciones de la Unidad de Servicios de Salud que se manifiestan dentro de ella.	Entendida como la garantía que tiene la Institución para dirigir y regular, por sí misma, su actividad de aseguramiento y prestación de servicios de salud, administrativa y financiera, de acuerdo con sus principios y políticas.	Orientado a crear un compromiso permanente e integral para con la Institución y la misma sociedad, como vocación hacia un cambio de actitud de toda la comunidad universitaria que la determina el fortalecimiento del espíritu de solidaridad y superación permanentes.	En cuanto está abierta a todas las personas, sin exclusión, por consideraciones de nacionalidad, etnia, ideología, credo, población con enfoque diferencial o de cualquier otra índole que no sea la acreditación de las calidades de afiliado a UNISALUD que la Institución establezca para su acceso; en cuanto promueve y convoca la participación de la comunidad universitaria en la orientación y toma de decisiones, en las instancias previstas en los tratados internacionales, en la Constitución Política, en la Ley, en el código de ética y en sus reglamentos.

El funcionario de la UPTC estará en disposición permanente para hacer el bien de manera amable, generosa y firme. Cumplirá estrictamente sus funciones haciendo lo que se debe hacer o lo que está obligado en los términos previstos por razón de las actividades propias de su cargo.

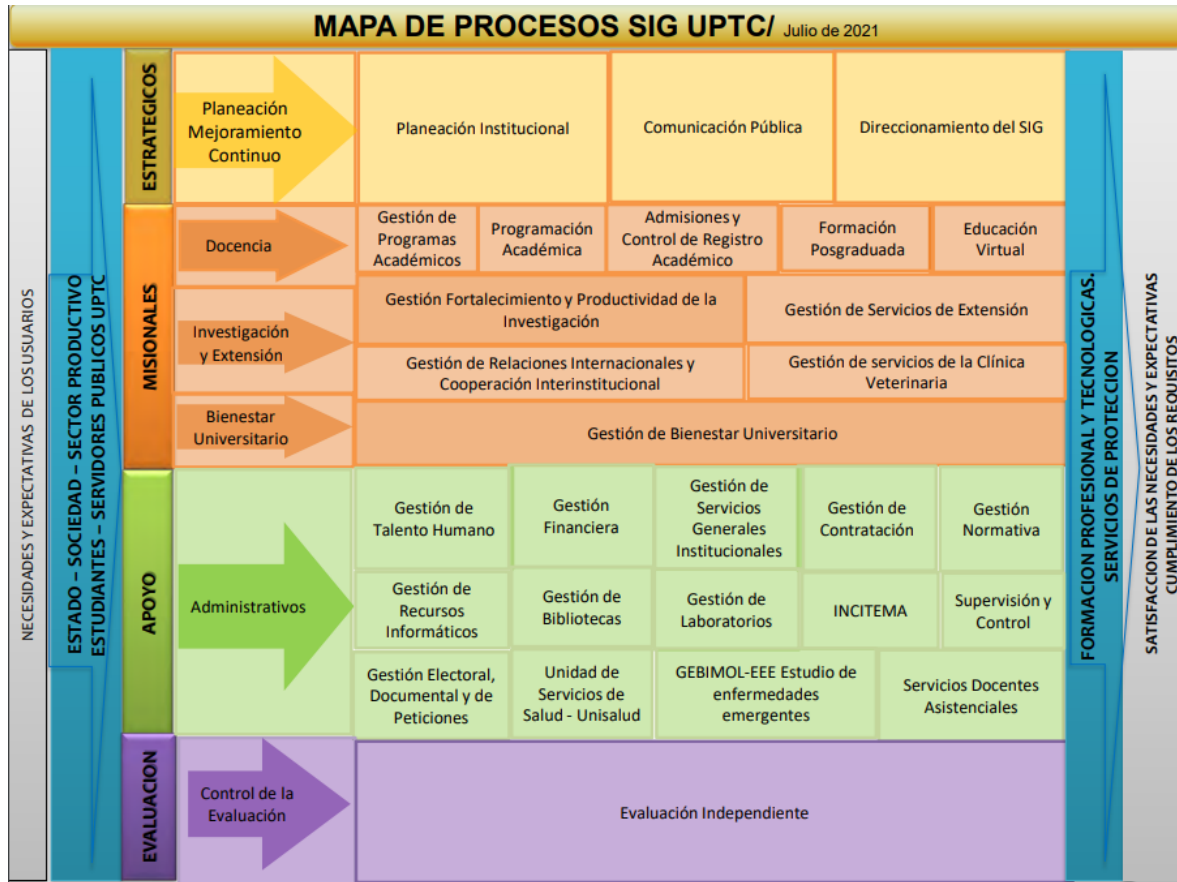
Las autoridades universitarias se comprometen a obrar con integridad en relación con las funciones que les corresponden; sus actuaciones se surten de manera pronta, cumplida, con idoneidad y sin dilaciones injustificadas.

El servidor de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia desempeñará sus funciones con prudencia, honestidad, decencia, seriedad, ecuanimidad y rectitud. Los servidores públicos de la UPTC actuarán con honradez tanto en el ejercicio de su cargo como en el uso de los recursos institucionales que le son confiados por razón de su función y denunciará toda forma de corrupción³.

³ Código de Ética V.6

1.3. MAPA DE PROCESOS

La Unidad de Servicios de Salud-UNISALUD se encuentra dentro de los procesos de apoyo, administrativos, en el mapa de procesos de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.



Fuente: tomado de http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/sig/doc/2021/mapa_procesos_19.pdf

Figura 1. Mapa de procesos UPTC



2. MARCO NORMATIVO

Ley 9 de 1979, Por la cual se dictan Medidas Sanitarias. Sirve de base a las disposiciones y reglamentaciones necesarias para preservar, restaurar y mejorar las condiciones sanitarias en lo que se relaciona a la salud humana.

Ley 10 de 1990, Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud. Definición del sistema de salud, composición del sector salud y funciones en los diferentes niveles.

Constitución Política de 1991. El artículo 49 (modificado por el Acto Legislativo 2 de 2009) dispone que la Salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Debe garantizarse a todas las personas los servicios de Promoción, prevención y recuperación de la salud. Los servicios de salud se organizarán de manera descentralizada, con participación de la comunidad y por niveles de atención.

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral. Se dispuso un plan de beneficios y dos regímenes diferenciados, de acuerdo con la capacidad de pago: contributivo y subsidiado. Contempla a las EPS como responsables del aseguramiento y a las IPS como encargadas de la prestación efectiva de los servicios de salud.

Acuerdos 25 de 1996 y 57 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Consejos Territoriales de Salud.

Ley 647 de 2001, Por la cual se modifica el inciso 3º del artículo 57 de la ley 30 de 1992. Las universidades estatales podrán tener su propio sistema de seguridad social en salud.

Ley 850 de 2003. Veedurías ciudadanas

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se hacen reformas en la dirección, universalización, financiación, equilibrio, mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, fortalecimiento de los programas de salud pública, de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia de Talento humano en Salud.

Sentencia T-760 de 2008. Se desarrolla el concepto del goce efectivo del derecho a la salud, teniendo en cuenta el alto número de acciones de tutela. Se ordena al Ministerio de Salud, a la comisión reguladora de servicios de salud y la Superintendencia Nacional de Salud, entre otras acciones: actualizar, aclarar, adecuar e igualar los planes de beneficios, hacer seguimiento a las negaciones de servicio y regular el trámite para el acceso a servicios no incluidos en el plan de beneficios y su proceso de pago.



Ley 1251 de 2008, por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción, y defensa de los derechos de los adultos mayores.

Ley 1257 de 2008, Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.

Acuerdo 074 de 2010. Consejo Superior Universitario, UPTC. Por el cual se expide el estatuto de Contratación de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Documento Conpes 3674 de 2010, Lineamientos de política para el fortalecimiento del sistema de formación de capital humano SFCH.

Ley 1419 de 2010, Por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia

Circular externa 4 de 2011. Superintendencia Nacional de Salud. Excepción a la aplicación de la circular 066 de 2010 por los regímenes especiales o de excepción de los que trata el artículo 279 de la ley 100 de 1993, y la ley 647 de 2001

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en salud y dictan otras disposiciones.

Ley 1443 de 2011. Por la cual se modifica el artículo 2o de la Ley 647 de 2001.

Resolución 1229 de 2013. Por la cual se establece el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano.

Ley 1712 de 2014. Por medio de la cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones.

Ley 1751 de 2015. Ley estatutaria, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones

Resolución 1536 de 2015. Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.

Resolución 1378 de 2015. Por la cual se establecen disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor y para la conmemoración del "Día del Colombiano de Oro".

Resolución 518 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.



Resolución 1536 de 2015, Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.

Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1797 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y se dictan otras disposiciones, en relación con la implementación de las RIAS y las responsabilidades de los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

Resolución 4622 de 2016. Por la cual se establece el reporte de los datos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a planes voluntarios, Regímenes Especial y de Excepción y de las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del INPEC.

Resolución 1441 de 2016 Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

Resolución 5065 de 2018. Por el cual se conforma, reglamenta el Comité Técnico Científico de UNISALUD UPTC y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1885 de 2018. Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción. Suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.

Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación.

Resolución 5401 de 2018. Por medio de la cual se modifica el artículo 16 de la Resolución 1441 de 2016, con relación al plazo para la habilitación de las redes integrales de prestación de servicios de salud –RIPSS.

Resolución 227 de 2020. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis - PNPCT y se dictan otras disposiciones.



Resolución 1147 de 2020. Por medio del cual se modifican los artículos 9 y 10 de la Resolución 2626 de 2019 en relación con la aplicación de unos plazos de certificación.

Resolución 113 de 2020. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.

Ley 1414 de 2010. Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral.

Ley 1384 de 2010. Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

Ley 1388 de 2010. Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia.

Ley 1392 de 2010. Por medio de la cual se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores.

Ley 2015 de 2020. Por medio de la cual se crea la historia clínica interoperable y se dictan otras disposiciones

Circular externa 36 de 2021. Reiteración del deber de registro y actualización de novedades en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud -ReTHUS.

Resolución 1904 de 2021. Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones. Derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad.

Resolución 2063 de 2021. Por la cual se adopta la política de Participación Social en Salud.

Resolución 276 de 2021. Por la cual se modifica la resolución 3280 de 2018.

Resolución 202 de 2021. Por la cual se modifica el artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012 y se sustituye su anexo técnico con el propósito de ajustarlo a la captación y registro de información relacionada con las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.

Resolución 2626 de 2021, por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud –PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE.



Resolución 3100 de 2021. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Resolución 2775 de 2022. Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS para la vigencia 2023.

Ley 1955 de 2021. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”.

Circular 065 de 2021. Por la cual se imparten instrucciones para la verificación de la correcta implementación de la regulación para hacer efectivo el derecho fundamental a morir con dignidad.

Resolución 2808 de 2022. Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

Resolución 1036 de 2022. Por la cual se reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud

Decreto 2644 de 2022. Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016 “por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Acuerdo 084 de 2022. Consejo Superior Universitario –UPTC. Por el cual se modifica la reglamentación de la organización y funcionamiento de servicios de salud de la UPTC.

Resolución 5863 de 2022. Por el cual se actualiza el reglamento de afiliaciones y prestación de servicios de salud del Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia — UNISALUD — UPTC.

Decreto 441 de 2022. Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud

Resolución 1599 del 2022. Por el cual se adiciona la Parte 11 al Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con la Política de Atención Integral en Salud, en el marco de las áreas geográficas para la gestión en salud y se modifican los artículos 2.5.1.1.1, 2.5.1.3.2.1, 2.5.2.3.3.3 y se adiciona el artículo 2.5.3.8.3.1.6 a dicho decreto.

Resolución 1035 de 2022. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031.

Resolución 1036 del 2022. Por la cual se reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. DEFINICIONES

Atención integral en salud:

El Ministerio de Salud y Protección Social, ha definido la Atención Integral en Salud como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos⁴.

Política de atención integral:

“Es el conjunto de enfoques, estrategias, procesos, instrumentos, acciones y recursos que centra el sistema de salud en el ciudadano, permite atender a la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud para generar mejores condiciones de salud de la población, ordenando la intervención de los integrantes del sistema de salud y de otros actores responsables de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación y la muerte digna, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutoria”⁵.

Estrategia de atención primaria en salud:

Es la que permite la coordinación intersectorial, para brindar una atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud. La prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de la persona en todos los niveles de complejidad y en las acciones individuales y colectivas, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del sistema de salud.⁶

Estrategia de gestión integral del riesgo en salud:

Se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores, para identificar, medir, intervenir desde la prevención hasta la paliación y llevar a cabo el seguimiento, monitoreo y evaluación de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población⁷

Enfoque de cuidado de la salud:

Capacidades, decisiones y acciones que el individuo, la comunidad y el Estado adoptan para proteger la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio. Tiene que ver con las responsabilidades que asume la persona consigo misma y con la comunidad⁸.

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Manual Metodológico para implementación de las RIAS, 2016

⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2021. Artículo 4.

⁶ Ibidem, Artículo 5, numeral 5.1

⁷ Ibidem, numeral 5.2

⁸ Ibidem, numeral 5,3

Enfoque diferencial de derechos:

Reconoce que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, género, etnia, condición de discapacidad o de víctimas de la violencia, entre otras situaciones que las ubican en una situación de desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud, por lo cual es preciso generar garantías especiales y esfuerzos encaminados a la eliminación de las mismas⁹

MAITE:

Modelo de Acción Integral Territorial, conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.¹⁰

Objetivos del MAITE:

- Garantizar el pleno disfrute del derecho fundamental a la salud en los territorios.
- Fortalecer la autoridad sanitaria territorial.
- Articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud.
- Ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones.
- Mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios¹¹

Líneas de acción del MAITE:

La Resolución 2626 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, modifica la Política de Atención Integral en Salud –PAIS y adopta el Modelo de Acción integral territorial –MAITE que comprende ocho líneas de acción, como se muestra en la figura 2.

El Ministerio de Salud considera que el MAITE, reconoce e incorpora los desarrollos realizados a través de los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS y permite la coordinación de agentes, usuarios y otros actores, a través de las líneas de acción, con enfoque de salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial para alcanzar la cobertura y acceso para todas las personas, propendiendo hacia la generación de mejores condiciones de salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud¹².

⁹ Ibidem, numeral 5.4

¹⁰ Ibidem, artículo 6

¹¹ Ibidem, Artículo 7

¹² Ibidem, hoja 1.



Fuente: tomado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/vii-sesion-comision-intersectorial-salud-publica.pdf>

Figura 2 . Líneas de acción del MAITE

Las líneas de acción previstas en el Modelo de Acción Integral Territorial son:¹³

- **Aseguramiento:** Comprende las acciones orientadas a garantizar en los territorios, el acceso de las personas a los servicios contemplados en el sistema de salud, mediante la acción coordinada de los diferentes agentes en el marco de sus competencias legales.
- **Salud pública:** Busca que todos los actores territoriales orienten sus acciones al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, bajo el liderazgo y conducción de la Entidad Territorial, con el propósito de que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada e integral, encaminadas al logro de resultados esperados en la salud de las personas, familias y comunidades, que contribuya a la garantía del derecho a la salud.
- **Prestación de servicios:** Comprende las acciones para garantizar el acceso a los servicios de salud que se prestan en el territorio, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los mismos, a través del mejoramiento de la capacidad resolutoria, la implementación de mecanismos que permitan verificar la suficiencia de la oferta de servicios y la organización de redes de prestadores de servicios de salud para favorecer el cumplimiento de las prioridades y expectativas en salud de las personas, familias y comunidades de sus territorios.
- **Talento humano:** Comprende los aspectos relacionados con la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación del talento humano que apoya los procesos de atención integral en salud, como protagonista, al igual que la población, de la implementación efectiva de las acciones de cuidado.
- **Financiamiento:** Comprende la planeación, presupuestación, ejecución y seguimiento de los recursos financieros que garanticen una gestión eficiente, eficaz y sostenible del sistema de salud para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.
- **Enfoque diferencial:** Reconoce las particularidades poblacionales y las condiciones sociales y territoriales que ubican a las personas en una situación de desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud. En consecuencia, los agentes del sistema de salud, deben adelantar acciones para eliminar barreras de acceso a los servicios

¹³ Ibidem, artículo 8.

de salud y todas las formas de exclusión y discriminación, contribuyendo a la reducción de las inequidades en salud.

- **Intersectorialidad** Comprende la articulación de acciones, bienes, recursos y servicios, por medio de un trabajo coordinado y sistemático entre el sector salud, los sectores públicos, privados y las organizaciones sociales o comunitarias, alrededor de la atención integral en salud de las personas, familias y comunidades, a partir de sus prioridades y expectativas; entendiendo que la salud, dada su condición de producto social, conlleva para su abordaje un accionar que sobrepasa los alcances del sector salud.
- **Gobernanza:** Comprende las acciones para la gestión de la salud como un asunto público, se fundamenta en la participación de la sociedad civil y se fortalece con el desempeño de la función de rectoría por parte de la autoridad sanitaria; implica que los gobernantes e instituciones (públicas y privadas), así como la participación de la comunidad funcionen activamente como un conjunto, para resolver los problemas priorizados y contribuir al goce efectivo del derecho a la salud.

Cada una de las líneas comprende unas acciones, unas herramientas y un marco normativo.

Para la Implementación del Modelo, el Ministerio de Salud plantea cuatro fases de implementación:

1. Planeación, formulación y adopción
2. Ejecución
3. Monitoreo y seguimiento
4. Ajuste del Plan de acción MAITE.

En la tabla 2 se establece la articulación entre los componentes operativos del MIAS y las líneas de acción del MAITE. El MIAS es un modelo operativo de atención integral y el MAITE es un modelo de acción territorial.

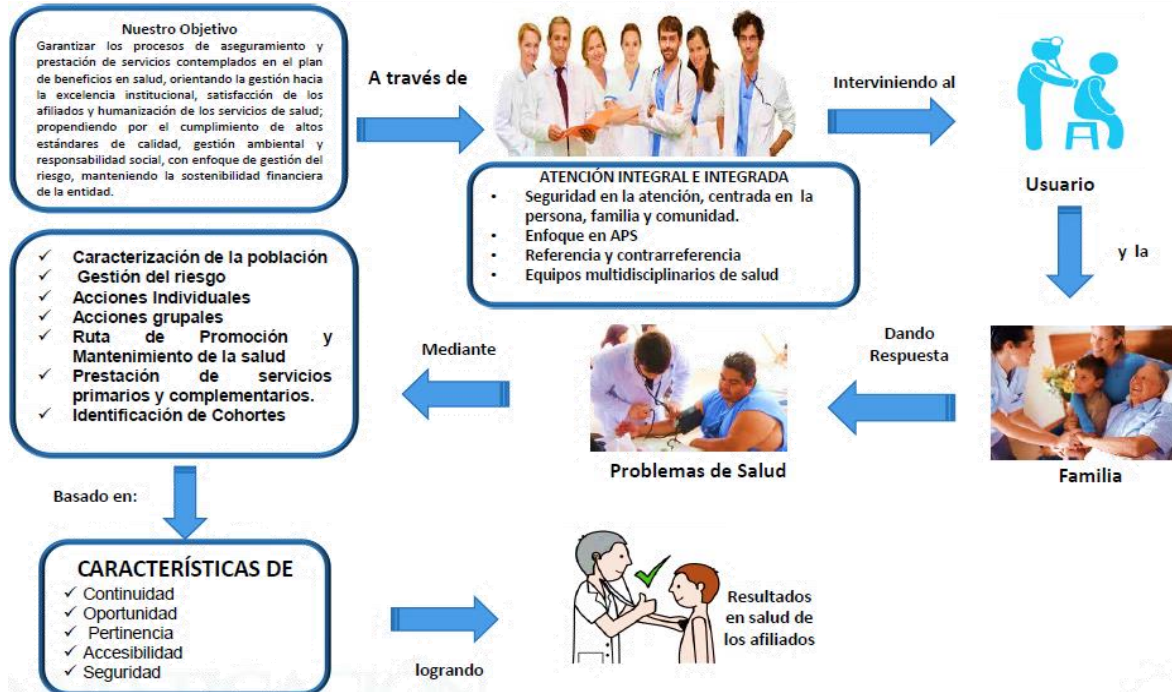
Tabla 2. Articulación entre componentes del MIAS y líneas de MAITE

COMPONENTES DEL MIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN MAITE
Caracterización poblacional	Aseguramiento
Rutas integrales de atención en salud	Salud pública
Gestión integral del riesgo en salud	Aseguramiento
Delimitación del modelo del MIAS	Gobernanza
Redes Integrales de Prestadores de servicios de salud	Prestación de servicios
Redefinición del rol del asegurador	Aseguramiento
Redefinición esquema de incentivos	Financiamiento
Requerimientos de los sistemas de información	Transversal
Fortalecimiento del talento humano	Talento Humano
Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento	Gobernanza

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. CISP, junio 2021

4. MODELO DE ATENCIÓN DE UNISALUD

Los componentes del modelo de atención son los elementos fundamentales para la prestación del servicio de salud; estos componentes son esenciales en la constitución de cualquier servicio que la Unidad debe lograr con su red de atención; están sustentados en la política de atención integral en salud, el MIAS, actualizado con la implementación del MAITE y en la cadena de valor como ente rector.



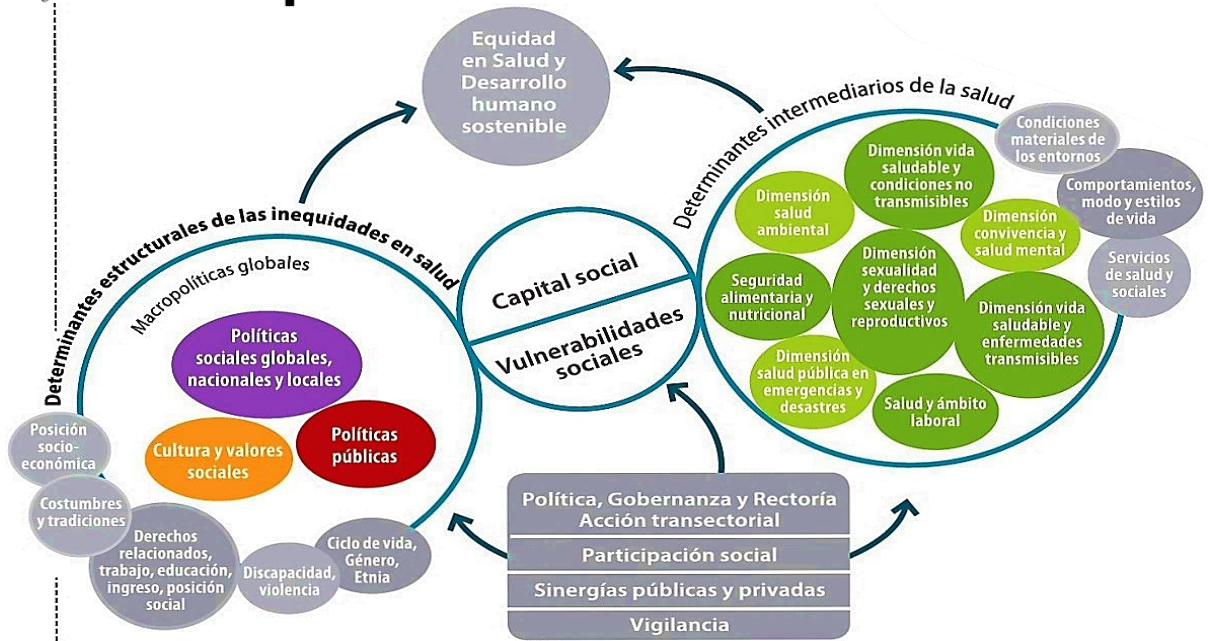
Fuente: UNISALUD

Figura 3. Modelo de atención integral

4.1. DETERMINANTES SOCIALES

En cuanto a la atención en salud, los análisis se realizan basados en diferentes fuentes de información demográfica y epidemiológica de la población afiliada, la frecuencia y uso de los servicios, la cual permite determinar posibles ocurrencias futuras inmediatas y mediatas en los grupos poblacionales, lo que ayudará a la toma de decisiones enfocadas en la detección temprana y protección específica, manteniendo estados saludables dentro de los afiliados.

Por todo lo anteriormente descrito, el modelo de salud de la entidad tiene en cuenta el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2022-2031), el cual a su vez tiene diferentes enfoques (derechos, diferencial, curso de vida, género, étnico y poblacional) donde opera el modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). El lineamiento actual del modelo de salud, adapta y adopta el modelo de los determinantes sociales así:



Fuente: Plan Decenal de Salud Pública, Ministerio de Salud y Protección Social, 2013.

Figura 4. Modelo de los determinantes sociales de la salud

La anterior ilustración incluye los enfoques mencionados en el modelo de salud de la EAPB, lo que permite articular acciones en los diferentes niveles de atención que permitan lograr la salud de los afiliados. En los determinantes estructurales de las inequidades en salud se puede influenciar directamente sobre aquellos tales como: ciclo de vida, género, etnia, discapacidad y violencia (atención). La gestión del riesgo, tiene acciones directas sobre vigilancia, participación social y sinergias públicas y privadas, relaciones que debe llevar a cabo la EAPB para lograr equidad en salud y desarrollo humano sostenible en los afiliados.

Así, al aportar al modelo del PDSP, está aportando a los tres objetivos estratégicos del PDSP (avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y lograr cero - tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables). De acuerdo con las prioridades de salud pública establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, UNISALUD enfatiza en las Enfermedades crónicas no transmisibles, la salud materna y de la mujer, la salud mental, el consumo de sustancias psicoactivas, el VIH/Sida y el cáncer de cuello uterino, mama, estómago y próstata.

UNISALUD realizó la actualización del modelo de acuerdo con los lineamientos del Modelo Nacional y teniendo en cuenta la normatividad vigente comienza con el proceso de implementación del MAITE, teniendo en cuenta las directrices de la Secretaría de Salud de Boyacá.

5. DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN DE UNISALUD

Durante el periodo comprendido entre 2016 y 2023, se realizaron reformas y actualizaciones al modelo de atención de UNISALUD para enmarcarlo en el contexto de la Política Integral de Atención en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud MAITE se dio respuesta a las solicitudes y requerimientos de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con la Circular 008 de 2018. La Resolución 2626 de 2021, hace modificaciones a la Política Integral de Atención en Salud, deroga la Resolución 429 de 2016 e implementa el nuevo Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE. Teniendo en cuenta las nuevas directrices, UNISALUD realiza los ajustes pertinentes para incorporar las ocho líneas de acción del MAITE. Cada una de las líneas tiene unas acciones específicas a desarrollar y UNISALUD – UPTC, para la implementación de su **Modelo de Atención Integral de la Unidad de Servicios de Salud – MIUSS**.

A continuación, se describe cada una de las líneas de acción del modelo de atención.

5.1. ASEGURAMIENTO

Comprende las siguientes acciones:

- Desarrollar actividades para garantizar la cobertura universal del sistema de salud en el territorio.
- Desarrollar estrategias para garantizar la afiliación de poblaciones, en especial la población vulnerable.
- Eliminar las barreras administrativas para el acceso al sistema de salud, mediante el desarrollo de mecanismos eficaces para la identificación plena de las personas, la afiliación oportuna al sistema de salud y las novedades asociadas con ella y el trámite oportuno de los procedimientos administrativos asociados a la atención, en especial las autorizaciones, teniendo en cuenta las características del territorio.
- Fortalecer las acciones de monitoreo y seguimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud en el territorio, en especial aquellas dirigidas al acceso y calidad de los servicios de salud y la satisfacción de las expectativas y necesidades de los usuarios.
- Garantizar la integralidad de la red de prestación de servicios de salud.
- Garantizar la suscripción y liquidación oportuna de los contratos entre las entidades responsables de pago y la red de prestadores de servicios de Salud.

Incorpora los siguientes componentes del MAITE

- Caracterización poblacional
- Gestión integral del riesgo en salud
- Estructura de datos de ingresos y novedades de la afiliación, verificación de condiciones para el reporte y validación de la información que los afiliados registren sobre su estado de afiliación y reporte de Listados censales.
- Mecanismos de pago y aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago.
- Sistema de Afiliación Transaccional- SAT, traslados.



- Condiciones y reglas para la operación de la portabilidad.
- Condiciones y reglas para la movilidad, del Régimen Subsidiado hacia el
- Régimen Contributivo y viceversa.

5.1.1. Caracterización poblacional

El Ministerio de Salud y Protección Social definió en la Resolución 1536 de 2015 la Caracterización Poblacional como una “metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas, que permiten identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares dentro de un territorio y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos”¹⁴ La caracterización es un insumo para definir planes coherentes con las necesidades y problemas de salud de la población.

Para llevar a cabo el proceso de caracterización poblacional de la EAPB, UNISALUD UPTC sigue la metodología y lineamientos definidos por MINSALUD, en la Guía Conceptual y Metodológica para la Caracterización Poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud la cual permite realizar la caracterización poblacional y demográfica, la caracterización de la mortalidad y de la morbilidad, así como la de los determinantes sociales descritos anteriormente. Utiliza las dos fuentes definidas:

1. Fuente MINSALUD, donde se realiza anualmente descargue de los indicadores, tomando como insumos las siguientes herramientas:

- Cubo SISPRO: Cubo Indicadores Caracterización (Integra Cubo Mortalidad DANE – RUAF ND nacimientos y defunciones, RIPS, SIVIGILA, RUV, Discapacidad, BDUA, DANE proyecciones poblacionales); Cubo Morbilidad ASIS y Cubo BDUA_GE; Cubo Actividades protección Específica y Detección Temprana.
- Indicadores del link <http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/>.
- Archivo plano (Mortalidad – letalidad).
- Indicadores ERC y precursoras (HTA-DM) y VIH: Publicados en la página web de la Cuenta de Alto Costo.

2. Fuente EAPB: UNISALUD realiza anualmente el cálculo y generación de los indicadores fuente propia EAPB: Registro tipo 4 – 5 – 6 – 7 y 8.

En UNISALUD se realiza la integración de los indicadores fuente propia y fuente MINSALUD, mediante la plantilla de análisis suministrada por MINSALUD donde según la metodología de priorización, de la resolución 1536 del 2015, se asigna calificación de gravedad del efecto y factibilidad de la intervención para cada indicador analizado con el fin de identificar los indicadores a priorizar en cada territorio.

Finalmente se realiza la generación del archivo plano extensión.txt y reporte en plataforma PISIS del anexo técnico SGD160CAPO, para los territorios donde se cuente con uno o más afiliados a corte

¹⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015. Artículo 12

del mes de junio del año en el que se realiza el cargue de información; siguiendo los lineamientos de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social y lo normado en la Resolución 1536 de 2015.

Los territorios caracterizados son los territorios en los cuales se identifican usuarios afiliados a corte de junio del año en el que se realiza la carga de anexo técnico vía plataforma PISIS de MINSALUD y cuya fuente es la base de datos de BDUA en SISPRO; donde la aseguradora cuenta con un usuario o más (Afiliado es igual a aquel usuario en estado activo más suspendido).

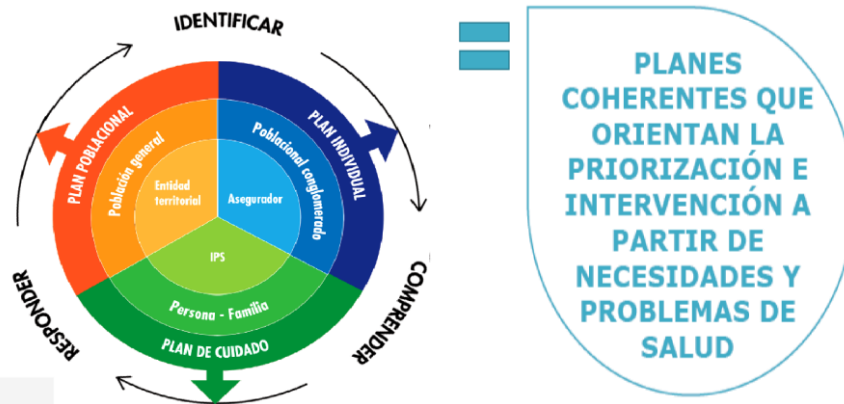
Con este proceso se busca:

- Conocer las condiciones sociodemográficas de la población afiliada a UNISALUD-UPTC
- Conocer las condiciones de salud y factores de Riesgo en Salud de nuestra población afiliada.
- Implementar estrategias de mitigación de los riesgos
- Aportar el insumo a la entidad territorial para el análisis en conjunto con el riesgo poblacional
- Contribuir a la elaboración del Plan territorial de salud enmarcado en las metas del Plan Decenal de Salud Pública.
- Suministrar insumos a la EAPB en la identificación, caracterización y priorización de riesgos, como parte del desarrollo del Plan estratégico

Esta actividad debe ser realizada por los agentes del sistema de forma que la planeación de los servicios que se vayan a prestar a la población guarde relación con las necesidades y problemas en salud, y las metas propuestas en el Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021, así:

Las entidades territoriales identifican, conocen y priorizan las necesidades y los problemas de salud de su población mediante el análisis de la situación de salud - ASIS.

Los aseguradores (empresas administradoras de planes de beneficios - EAPB) obtienen información para la gestión del riesgo en salud de los afiliados mediante la declaratoria del estado de salud de las personas y la caracterización de la totalidad de sus afiliados. De esta forma fijan prioridades en las necesidades y los problemas en salud que afectan a sus afiliados, las cuales deben ser contrastadas con las prioridades establecidas por la entidad territorial en el ASIS.



Tomado de: PAIS-MIAS capacitación sectorial. Pdf. MINSALUD

Figura 5. Caracterización de la población

La información generada por las entidades territoriales y por las aseguradoras son fundamentales para que las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS orienten su gestión hacia los grupos objetivo que debe gestionar, en este sentido todos los actores deben contar con la información que le permita responder efectivamente a las necesidades y problemas en salud de las personas, las familias y sus comunidades.

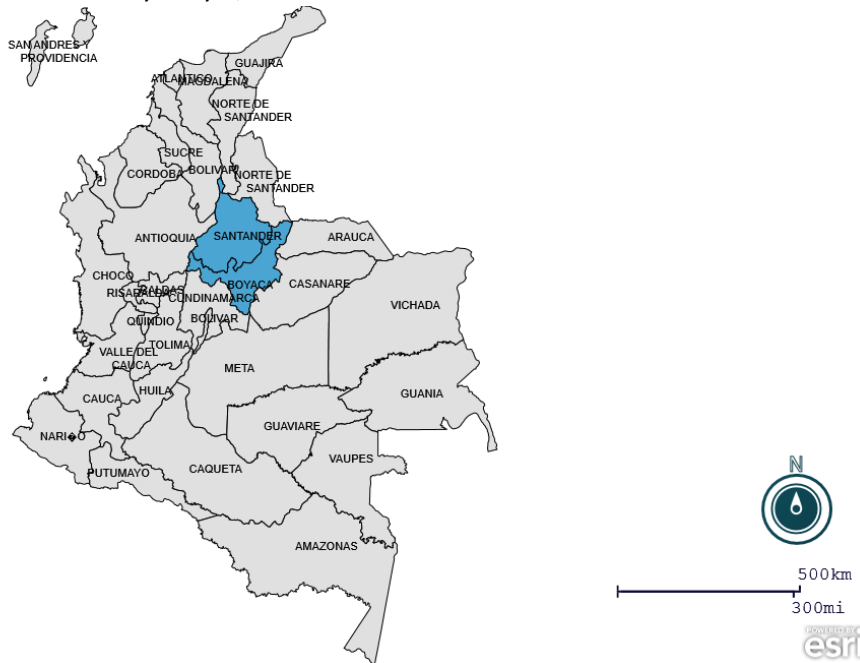
5.1.1.1. Resultados de la Caracterización poblacional 2022.

Este análisis le permite a la EAPB planear y ajustar su modelo de atención en cada uno de los territorios. El resultado del análisis de caracterización poblacional definido se encuentra registrado en el documento de caracterización, que junto la plantilla Excel de caracterización y los archivos planos son la evidencia del proceso

Cada año se realiza la caracterización poblacional, del año inmediatamente anterior y se toma el total de población afiliada con corte a 30 de junio del año en que se realiza la caracterización, reportada en la base de datos única de afiliados del régimen especial y de excepción BDUA-BDEX. A continuación, se presenta un resumen de la caracterización poblacional, que se realizó en el año 2022 en UNISALUD-UPTC, tomado del documento “Caracterización poblacional –EAPB-UNISALUD-UPTC Año de 2022”

5.1.1.1.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

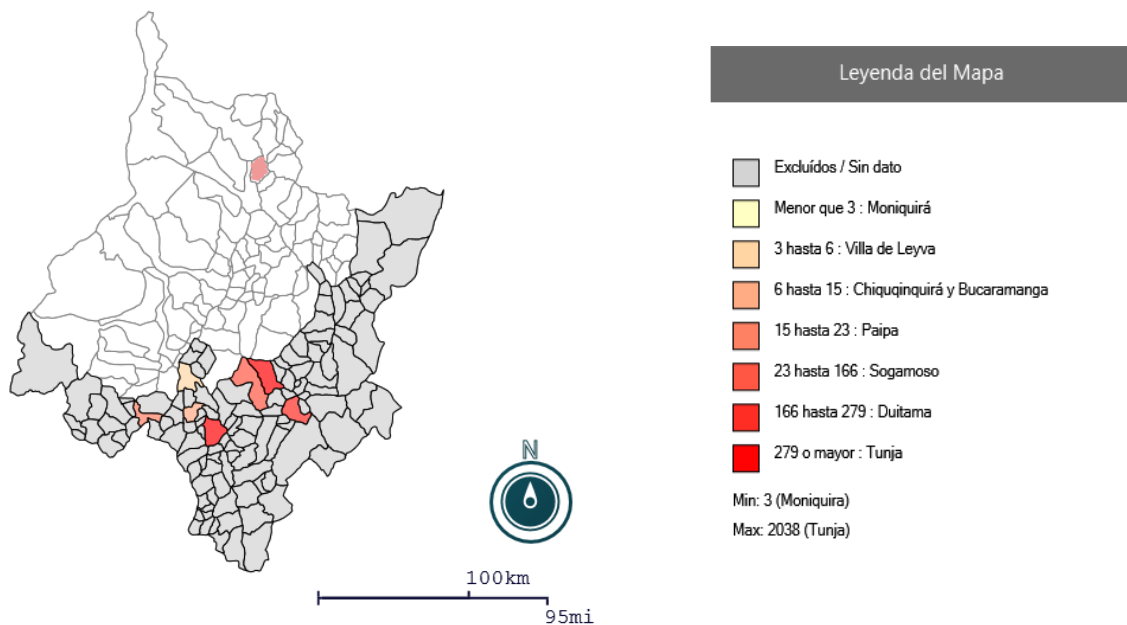
UNISALUD UPTC con corte a 30 de junio de 2022 cuenta con 2.543 afiliados que residen un 99,49% en el departamento de Boyacá y 0,51% en Santander.



Fuente: Base de datos UNISALUD UPTC a Junio 30 – 2022
Figura 6. Ubicación de los Afiliados UNISALUD – UPTC - Colombia

Para Boyacá el porcentaje de la población del departamento que se encuentra afiliada a la EAPB UNISALUD UPTC es de 0,20%. Al analizar por IPS Primaria; se puede encontrar que el 80,55% del total de afiliados se ubican en el municipio de Tunja seguido por Duitama con el 11,3% de los afiliados, Sogamoso con 6,56%, Paipa el 0,91%, Chiquinquirá el 0,59%, Villa de Leyva (0,24%) y Moniquirá (0,12%). En el Departamento de Santander se localizan 13 afiliados los cuales viven en su totalidad en la ciudad de Bucaramanga representando el 0,51% del total de la población afiliada.

Al verificar el número de afiliados frente a la población total de cada municipio se puede evidenciar que el porcentaje que representan los afiliados frente a la población total es mínimo sin que alcance el 1,5% para cada uno de los municipios referenciados.



Fuente: SIG – Departamento Administrativo de Planeación de Boyacá – Base de datos EAPB – UNISALUD a junio 30 de 2022

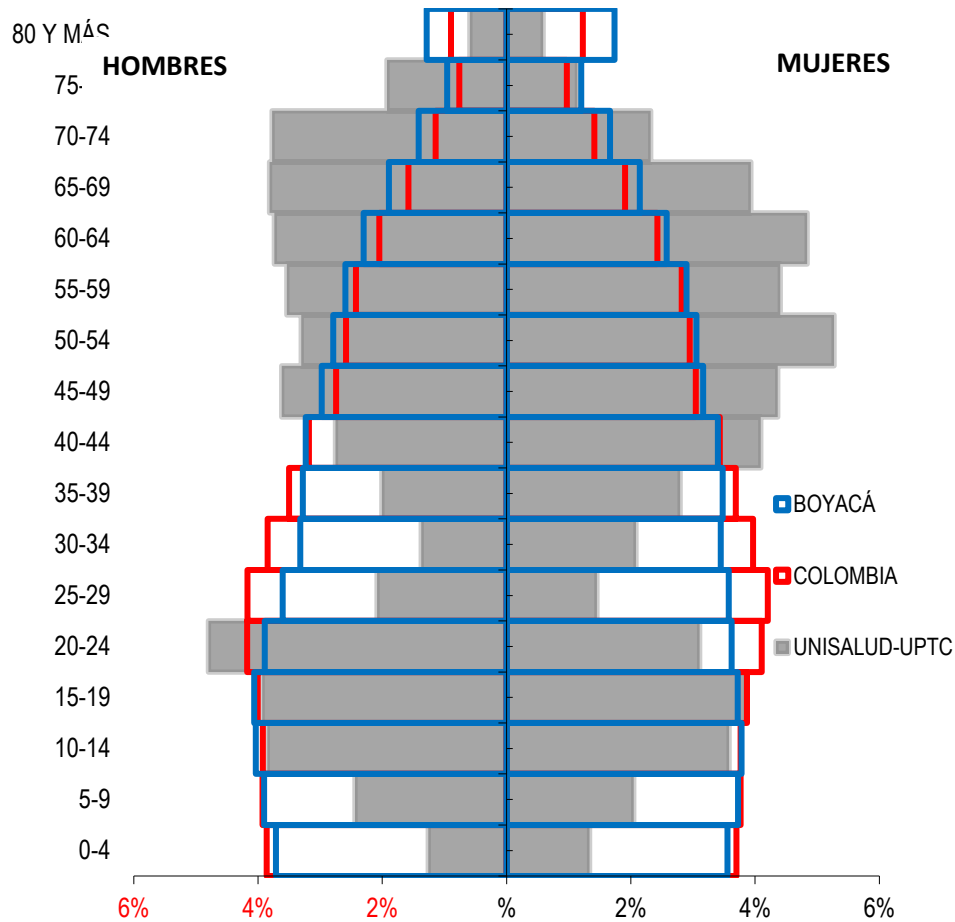
Figura 7. Ubicación de los Afiliados UNISALUD – UPTC – Departamento Año 2022 (junio)

5.1.1.1.2. Pirámide Poblacional

La pirámide poblacional de los afiliados a UNISALUD – UPTC del mes de junio de 2022, con un total de 2.543 afiliados, refleja una estructura poblacional por sexo con una diferencia no muy marcada, en donde las mujeres prevalecen con el 51,2% (1.302 mujeres), y los hombres con 48,8% (1.241 hombres), la pirámide poblacional responde al contexto de la población afiliada, los grupos de edad donde hay menor cantidad de población son mayores de 80 con el 1,2% de los afiliados; otros grupos con poca población son los de 0 a 4 años con 2,6% y 75 a 79 años con 3,1% Contrario a estos los de mayor proporción son los grupos etarios de 50 a 54 años y 60 a 64 años cada uno con proporción de 8,6%, seguido de 45 a 49 con el 8%.



Al realizar la comparación con la población del Departamento de Boyacá se puede evidenciar que es muy diferente, ya que la base de la pirámide del departamento es amplia lo que indica que tiene una población infantil y joven, mientras que la pirámide de la población afiliada a UNISALUD presenta poco porcentaje de población infantil y población de 25 a 34 años cuya proporción es muy inferior a la presentada en la población del Departamento. Por el contrario, los porcentajes de población en los grupos de los 40 a los 74 años es muy superior a los porcentajes de la población departamental.

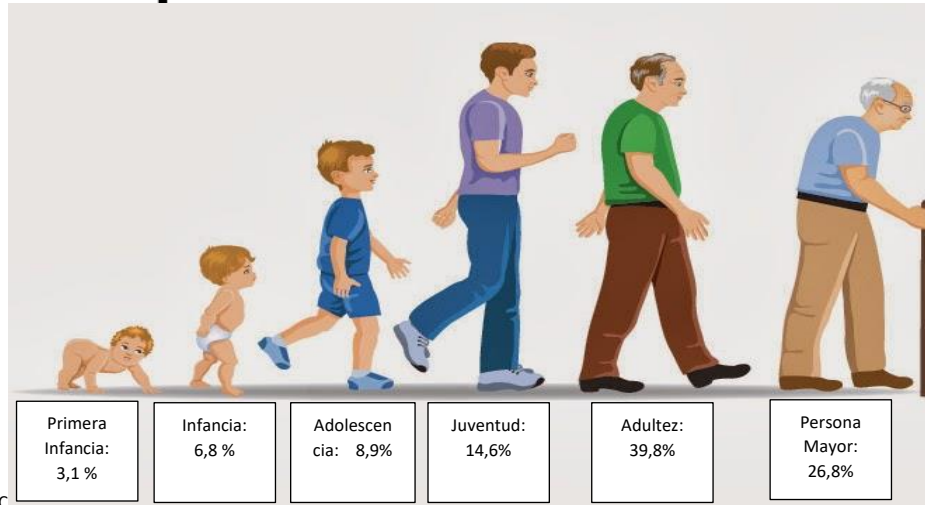


Fuente: DANE, proyecciones 2005 – 2020, UNISALUD UPTC – junio de 2022

Figura 8. Pirámide poblacional, Colombia, Boyacá y UNISALUD UPTC. Año 2022 (junio)

5.1.1.1.3. Distribución de la población afiliada por curso de vida

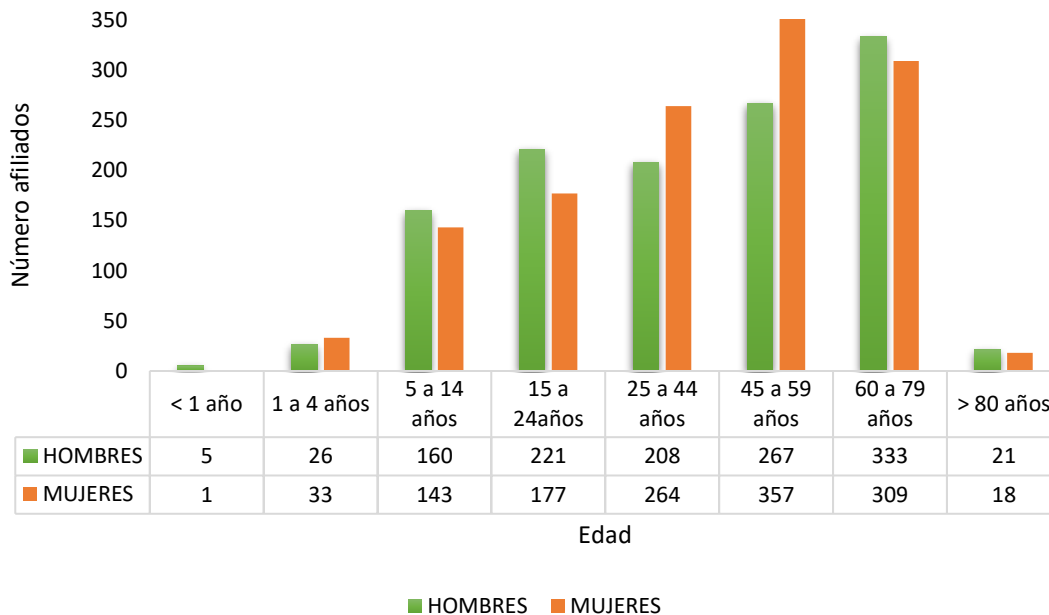
La distribución proporcional por momentos del curso de vida de los afiliados a UNISALUD – UPTC se observa que el curso de vida con la mayor proporción correspondió a adultez con el 39,8%, seguido del curso de vida persona mayor de 60 años con el 26,8%; el curso vida con la menor proporción correspondió a primera infancia con el 3,1% la cual guarda correspondencia con la estructura poblacional, y el tipo de régimen de EAPB. (Ver Figura 9)



Fuente: Base de Datos UNISALUD UPTC – JUNIO 2022

Figura 9. Distribución De La Población Afiliada según Momento del Curso de Vida EAPB UNISALUD UPTC – Junio – 2022

La distribución de la población por sexo y grupo de edad de los afiliados a UNISALUD UPTC, muestra que la población femenina (1.302) es levemente mayor que la masculina (1.241), al analizar por grupos etarios el género masculino predomina en las edades de menores de 1 año, 5 a 14 años, 15 a 24 años, 60 a 79 años y mayores de 80 años, mientras que el sexo femenino es mayor principalmente en los grupos de edad de 1 a 4 años, 25 a 44 años y de 45 a 59 años.



Fuente: Base de Datos UNISALUD UPTC – JUNIO 2022

Figura 10. Distribución de la Población por sexo y grupo de edad, afiliados UNISALU – UPTC, 2022



Al analizar la población por municipio se observó que Tunja es el que concentra la mayor cantidad de afiliados con 2.038, seguido por Duitama con 279 afiliados y Sogamoso con 166. El análisis de los indicadores demográficos por municipio señala que la población de afiliados que residen en los municipios de Paipa y Sogamoso cuenta con un número de hombres mayor que el de mujeres, las poblaciones de afiliados residentes en Paipa no cuentan con menores de 4 años, mientras que la población de afiliados en Sogamoso presenta 34 niños por 100 mujeres en edad fértil.

El Índice de Vejez y de envejecimiento supera para casi todas las poblaciones de afiliados residentes por municipio a lo reportado por el Departamento, con excepción de Paipa, lo que señala que la población afiliada mayor de 65 años presenta un mayor porcentaje de la población infantil o joven.

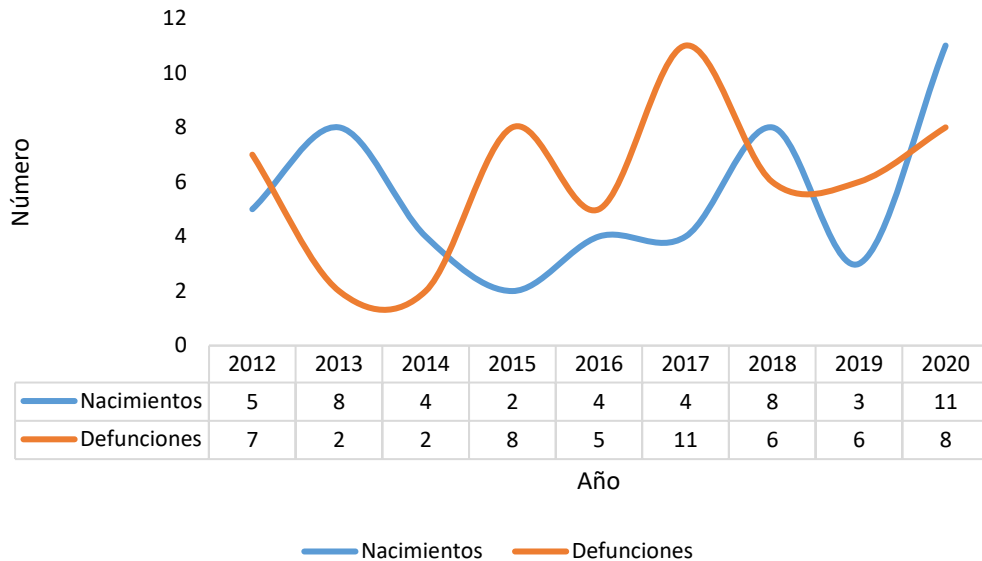
El comportamiento de la tasa de crecimiento de la EAPB UNISALUD UPTC durante el periodo 2019 – 2021 muestra un descenso notorio a través de los últimos años. Para el año 2021 la población afiliada a UNISALUD UPTC residente en los departamentos de Boyacá y Santander presenta un crecimiento negativo de 1,6 y 18 respectivamente; al analizar este indicador por municipio se observa que Sogamoso es el único que tiene crecimiento positivo, mientras que Tunja, Paipa y Bucaramanga presentan un crecimiento negativo y los demás municipios permanecen igual

La tasa general de fecundidad se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en cierto periodo y la población femenina en edad fértil (15 a 49 años). La población afiliada a UNISALUD UPTC presentó una tasa general de fecundidad para el 2020 de 19,20 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 49 años cifra inferior a la reportada por el país que fue de 46,55 nacimientos por 1.000 mujeres.

Para los residentes en Santander no se presentan nacimientos por lo tanto la tasa de fecundidad es cero; mientras que los residentes en el departamento de Boyacá presentan una tasa general de fecundidad para el año 2020 de 20,83 nacimientos por 1000 mujeres en edad fértil, cifra que comparada con lo referenciado por el departamento es mucho menor. Así mismo al analizar este indicador por cada municipio se puede encontrar que las poblaciones afiliadas a la EAPB por municipio registran una tasa de fecundidad mucho menor que la del total de la población para cada municipio, y que para el año 2020 los únicos municipios que reportó nacimientos fue Chiquinquirá y Tunja, siendo Chiquinquirá la única tasa de la aseguradora que supera a la del territorio.

5.1.1.1.4. Caracterización de la natalidad y mortalidad.

El número de nacimientos y defunciones para los afiliados en la EAPB UNISALUD – UPTC durante los años 2012 a 2020 registraron 49 nacimientos y 55 defunciones, el comportamiento de los hechos vitales es variable. Para los nacimientos el año con el mayor valor es el 2020 con 11 nacimientos, mientras que para las defunciones es el 2017 con 11 muertes; por el contrario, las menores cifras son de dos casos registrados en el año 2015 para nacimientos y para defunciones los años 2013 y 2014. Para el último año las defunciones fueron menores que los nacimientos.



FUENTE: SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Figura 11. DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES AFILIADOS UNISALUD UPTC AÑOS 2012 - 2020

Para el año 2020 la tasa bruta de Natalidad de la población afiliada a UNISALUD UPTC presenta un comportamiento al aumento para el último año reportando una tasa de 4,24 nacimientos POR 1.000 afiliados la cual es tres veces menos que la reportada por el país 12,32 nacimientos por 1.000 habitantes. Para los residentes de Santander no se reportan nacimientos durante los tres años revisados; mientras que para los residentes en el Departamento de Boyacá presenta una tasa de 4,26 nacimientos POR 1.000 afiliados, la cual es muy inferior a la reportada por el Departamento para la población total (10,76 nacimientos POR 1.000 hab.).

Al analizar este indicador por municipio, se observa que la población afiliada residente en el municipio de Chiquinquirá reporta la mayor tasa para el año 2020 con 52,63 nacimientos POR 1.000 afiliados la cual es tres veces mayor a la reportada por el municipio (12,32 nacimientos por 1.000 hab.), le sigue Tunja con 3,87 x 1.000 afiliados, la cual es inferior a la reportada por el municipio (11,46 nacimientos por 1.000 hab.).

La tasa de mortalidad para la población afiliada para el año 2020 fue de 3,08 inferior a la nacional (5,97 muertes POR 1.000 afiliados) pero superior al reporte de los dos años anteriores y en cierta medida se puede atribuir a la pandemia de COVID que género un número importante de decesos. En los residentes en el Departamento de Boyacá fue de 3,09 muertes por 1.000 habitantes, menor a la referenciada por la entidad territorial para el mismo año (6,01 muertes por 1.000 hab.). El análisis por municipio señala que la población afiliada residente en el municipio de Villa de Leyva presenta la mayor tasa con 166,7 muertes por 1.000 hab., la cual es mucho mayor a la referenciada para la población total del municipio (5,01 muertes por 1.000 hab.); seguida por la tasa de mortalidad de la población afiliada que reside en el municipio de Sogamoso con 12,26 muertes por 1.000 hab. Para Santander al igual que la natalidad durante el periodo comprendido entre 2018 y 2020 no reporta defunciones.

5.1.1.1.5. Mortalidad general grandes causas

El análisis de la mortalidad para los afiliados de la EAPB señala que para el año 2020 la gran causa que genero la mayor tasa de mortalidad fueron las enfermedades del sistema circulatorio con 181,79 muertes x 100.000 afiliados, cifra que supera a los registros de la aseguradora en los dos años anteriores y que frente al dato de la nación para el total de la población (141,56 muertes x 100.000 hab.) es estadísticamente superior y coloca a la aseguradora en peor condición que el país; en segundo lugar se ubicaron las demás causas con 126,41 muertes X 100.000 afiliados, cifra superior a la nacional pero que no presenta diferencia estadísticamente significativa colocando a la EAPB en igual condición; en tercer lugar se ubicó la tasa de mortalidad ajustada por neoplasias que para los afiliados de la EAPB fue de 33,14 muertes x 100.000 afiliados, registro que comparado con la nacional para el total de la población (86,94 x 100.000 hab.) resulta ser mucho menor, presentando una diferencia estadísticamente significativa, que deja a la EAPB en mejor condición que el país.

5.1.1.1.6. Mortalidad mediante el uso de AVPP

Para los afiliados a UNISALUD UPTC para el año 2020 las enfermedades del sistema circulatorio generaron la tasa más alta de AVPP con 2114,66 AVPP X 100.000 afiliados, la cual es mayos a la referenciada por la totalidad de la nación, con una diferencia estadísticamente significativa que deja a la EAPB en peor situación; le sigue la tasa de AVPP por las demás causas, la cual fue de 1514,15 x 100.000 afiliados, menor a la registrada para el país, con una diferencia estadísticamente significativa. Y en tercer lugar se encontraron las Neoplasias con una tasa de 701,68 x 100.000 afiliados, la cual es menor a la de Colombia, con una diferencia estadísticamente significativa que deja a la EAPB en mejor condición.

Al analizar los AVPP para el periodo 2016 – 2020, se observa que las enfermedades del sistema circulatorio fueron las que generan las más altas tasas de AVPP para tres de los 4 años observados, con la mayor tasa para el 2020 con una clara tendencia al aumento, mientras que las neoplasias han tenido un comportamiento variable con su mayor tasa en el año 2019.

5.1.1.1.7. Mortalidad trazadora

Para el año 2020 la EAPB UNISALUD UPTC no reportó mortalidad, por tumor maligno de mama, tumor maligno de útero, tuberculosis, tumor maligno de próstata, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y leucemia aguda en menores de 18 años; las entidades territoriales donde residen los afiliados si presentaron mortalidad por estas patologías, por tanto, la aseguradora participará en las intervenciones planeadas por las diferentes entidades territoriales.

Para el año 2020 la EAPB UNISALUD UPTC reportó mortalidad por Diabetes Mellitus, generando una tasa de 42,05 muertes x 100.000 afiliados la cual es superior a la registrada por el país en total.



Para el año 2020 la EAPB UNISALUD UPTC se reportó mortalidad por tumor maligno del estómago a nivel del total de afiliados y lo residentes en Boyacá y Tunja con cifras que superan a las entidades territoriales, por tanto, la tasa general de la aseguradora fue de 17,8 muertes x 100.000 afiliados.

5.1.1.1.8. Caracterización de la morbilidad

Para generar el análisis de la morbilidad en la EAPB UNISALUD UPTC se utilizaron los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de la Red prestadora de los años 2017 a 2021.

Para los afiliados a UNISALUD UPTC, en el total de periodo estudiado 2017 – 2021 se registra un total de 50.860 consultas, donde como principal causa de consulta fue las enfermedades no transmisibles con el 77,9 % (39.604 atenciones), en segundo lugar se encuentran signos y síntomas mal definidos con el 10,4 % (5.305) cifra que es significativa por lo cual es de suma importancia que se implementen acciones para mejorar el diagnóstico médico, sin que quede un gran número de consultas sin definir su diagnóstico; en tercer lugar se ubicaron las condiciones transmisibles y nutricionales con el 5,77% (2.934 atenciones). Las enfermedades no transmisibles, las Condiciones Transmisibles y Nutricionales, las Condiciones Materno - perinatales y Signos y Síntomas mal definidos, se presentan más en las mujeres, mientras que para la Gran causa de Lesiones son los hombres los que aportan el mayor número de atenciones.

Las cifras de atención revelaron que el sexo femenino aportó el 56,8% (28.879 atenciones) de las consultas y los hombres generaron el 43,2% (21.981 atenciones) de las consultas, al revisar la distribución del sexo según gran causa se observa que para todas son las mujeres las que aportan mayor número de atenciones.

Para todos los cursos de vida fueron las Enfermedades no Transmisibles las que generaron el mayor número de atenciones, es de resaltar que a medida que aumenta la edad también aumenta el porcentaje de consulta por esta gran causa.

La principal causa de atención en salud son las Enfermedades No Transmisibles que para cada municipio reportan proporciones entre el 70 y 100 % para esta gran Causa, le siguen Los signos y síntomas mal definidos, que representan entre el 5 y 16 % del total de la morbilidad atendida. En tercer lugar, se encuentran Las Condiciones transmisibles y Nutricionales las cuales aportan entre el 7 y 12 % del total y atenciones a afiliados para cada municipio.

Los afiliados a la EAPB no registraron bajo peso al nacer en las entidades territoriales donde residen, mientras que las entidades territoriales si reportan bajo peso al nacer en todas ellas. Lo que permite referir que la EAPB se encuentra en mejor condición que la Entidad Territorial.

Los indicadores de COVID-19, en los tres años de la pandemia muestran que los datos del año 2021 comparados con los otros años muestran un aumento de la incidencia, la mortalidad y la letalidad, sin embargo, se debe tener en cuenta que durante el año 2021 en el país se presentó el pico epidemiológico más alto durante toda la pandemia, por otra parte si bien el año 2022 es el que presenta mayor positividad es también el que tiene la menor letalidad y esto se puede atribuir al



resultado arduo que se realizó con la vacunación la cual busca disminuir las complicaciones y la mortalidad por COVID.

Tabla 3. INDICADORES COVID-19, afiliados UNISALUD-UPTC, 2020-2022

INDICADORES	AÑO 2020	AÑO 2021	ACUMULADO AÑO 2022
INCIDENCIA	48,92 por cada 1.000 afiliados	91,51 por cada 1.000 afiliados	58,51 por cada 1.000 afiliados
POSITIVIDAD	22,47%	26,5%	52%
MORTALIDAD POR COVID-19	1, 15 fallecidos por cada 1.000 afiliados	3,91 fallecidos por cada 1.000 afiliados	0,78 fallecidos por cada 1.000 afiliados
LETALIDAD	2,36%	4,27%	2,15%
POBLACIÓN	2.596 afiliados a 31 diciembre de 2021	2.557 afiliados a 31 diciembre de 2021	2.512 afiliados a 31 diciembre de 2022

Fuente: Informe COVID – 19, EAPB, UNISALUD-UPTC

Se reporta un caso de Prevalencia por VIH para los afiliados a la EAPB UNISALUD UPTC; no se reporta transmisión materna infantil del VIH a 18 meses.

la EAPB aporta tres pacientes con enfermedad renal crónica en Estadio 5, por lo que para los afiliados a UNISALUD a nivel nacional reportan una prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco de 117,8 X 100 afiliados la cual es alta al ser comparada con la de la entidad territorial que fue de 81,39 X 100 habitantes de la misma manera la prevalencia para el departamento de Boyacá y Tunja que es donde reside el paciente que presenta esta patología es muy alta en comparación con la de la entidad territorial.

5.1.1.1.9. Determinantes intermedios

El indicador, porcentaje de Mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo, en 2021 para la EAPB reporta un porcentaje de 70,00% indicando que existen dificultades en el registro y reporte de la información y/o que algunas de las afiliadas lo realizan de manera particular.

Tabla 4. Indicadores de determinantes Intermedios UNISALUD Año 2022

NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR ALCANZADO - 2022
Porcentaje de Partos Institucionales	100%
Porcentaje de Mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo	70,00%
Porcentaje de gestantes que recibieron consejería de lactancia materna	100%
Porcentaje de Recién Nacidos con cuatro o más consultas de control prenatal	100%

Fuente: Datos EAPB UNISALUD UPTC. Caracterización poblacional 2021

5.1.1.1.10. Patologías y eventos de alto consumo

De acuerdo con la Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las EAPB, del Ministerio de Salud y Protección Social, para identificar si se trata de un evento o patología de alto consumo se debe considerar la valoración de los siguientes criterios:

- Desviación en el costo. ¿Los recursos para la atención de determinada patología superan un umbral en un lapso determinado?
- Persistencia. ¿La patología afecta a personas cuyos costos de atención persisten más de 12 meses por encima del umbral?
- Posibilidad de Gestión. ¿La patología es susceptible de intervención y manejo por parte de los servicios de salud?
- Distribución en la población. ¿La patología tiene una prevalencia normal o alta en la población general?

Las patologías de alto costo serán aquellas que cumplan simultáneamente con los cuatro criterios descritos. Se considerarán eventos de alto costo aquellas condiciones que, cumpliendo con el primer criterio, no cumplen alguno o algunos de los tres últimos (persistencia, posibilidad de gestión y distribución en la población general)¹⁵.

La primera patología que demanda mayor atención en inversión en la población afiliada a UNISALUD UPTC fue Cáncer, sin embargo, al verificar el tipo de cáncer se pudo evidenciar que el cáncer de próstata resulta ser el que genera el mayor costo con \$ 225.738.354 el cual es aportado por 7 usuarios que residen en Tunja (tres usuarios) y Duitama (cuatro usuarios). En segundo lugar, se encuentra el cáncer de colon y recto que afectó a cuatro personas y cuyo costo fue de \$178.621.970. En tercer lugar, se evidencia el cáncer de pulmón que se presentó en dos pacientes y tuvo como costo total \$166.772.593 en cuarto lugar se ubicó la insuficiencia el cáncer de ovario en una usuaria que acarreó un costo total de \$117.163.755.

Los indicadores sanitarios calculados para los afiliados de la EAPB UNISALUD - UPTC en las diferentes entidades territoriales, indican que posee la suficiencia necesaria para atender la demanda de la población afiliada, de manera específica en cada uno de los municipios y de manera global, dando cumplimiento a nuestra responsabilidad misional.

5.1.1.1.11. Priorización

Para la gestión del riesgo en UNISALUD es muy importante el resultado de la caracterización, porque permite tomar decisiones sobre los grupos con mayor riesgo y las patologías que demandan mayores servicios y costos para la entidad. De acuerdo con las cohortes establecidas, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son patologías para tener en cuenta.

¹⁵ Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB). Ministerio de Salud y protección Social, 2021

Tabla 5. Indicadores prioritizados

AREA	Código de la entidad territorial	Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	INDICADOR	Indicador de la EAPB por entidad territorial	Índice de envejecimiento en la entidad territorial
CONTEXTO DE MOGRAFICO	170	COLOMBIA	Índice de envejecimiento de la EAPB por entidad territorial	125	43
	15	BOYACA	Índice de envejecimiento de la EAPB por entidad territorial	124	54
	15001	TUNJA	Índice de envejecimiento de la EAPB por entidad territorial	119	41
	15176	CHIQUINQUIRA	Índice de envejecimiento de la EAPB por entidad territorial	200	41
	15328	DUITAMA	Índice de envejecimiento de la EAPB por entidad territorial	203	51
	15759	SOGAMOSO	Índice de envejecimiento de la EAPB por entidad territorial	90	53
	68	SANTANDER	Índice de envejecimiento de la EAPB por entidad territorial	250	49
	68001	BUCARAMANGA	Índice de envejecimiento de la EAPB por entidad territorial	250	61
MORTALIDAD POR GRANDES CAUSAS	170	COLOMBIA	Tasa de Mortalidad enfermedades sistema circulatorio	181,79	141,6
	170	COLOMBIA	Tasa de Mortalidad las demás causas	126,41	110,2
	15	BOYACA	Tasa de Mortalidad por Las Demas Causas	94,38	106,9
	15001	SOGAMOSO	Las demás causas	4081,63	144,3
	15407	VILLA DE LEYVA	Enfermedades sistema circulatorio	100000,00	163,9
	170	COLOMBIA	Tasa de AVPP enfermedades sistema circulatorio	2114,66	1764,4
MORTALIDAD POR SUBCAUSAS	170	COLOMBIA	Tumor maligno del estómago	17,80	9,3
	170	COLOMBIA	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	15,34	8,12
	170	COLOMBIA	Enfermedades isquémicas del corazón	137,95	77,2
	170	COLOMBIA	Enfermedades cerebrovasculares	43,83	27,03
	170	COLOMBIA	Diabetes mellitus	42,05	17,5
	170	COLOMBIA	Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	26,03	3,1
	170	COLOMBIA	Resto de enfermedades del sistema digestivo	42,32	2,2
	15	BOYACA	Tumor maligno del estómago	17,80	9,97



	15	BOYACA	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	15,34	5,2
	15	BOYACA	Diabetes mellitus	26,03	12,17
	15	BOYACA	Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	26,03	3,6
	15	BOYACA	Resto de enfermedades del sistema digestivo	42,32	14
MORBILIDAD ATENDIDA	170	COLOMBIA	Morbilidad por Enfermedades no transmisibles	77,9	
	15	BOYACA	Morbilidad por Enfermedades no transmisibles	77,67%	70,1%
	15001	TUNJA	Morbilidad por Enfermedades no transmisibles	76,4%	70,4%
	15176	CHIQUINQUIRA	Morbilidad por Enfermedades no transmisibles	81,3%	69,9%
	15328	DUITAMA	Morbilidad por Enfermedades no transmisibles	77,23%	72,07%
	15516	PAIPA	Morbilidad por Enfermedades no transmisibles	78,4%	65,5%
	15759	SOGAMOSO	Morbilidad por Enfermedades no transmisibles	73,8%	71,56%
	15407	VILLA DE LEYVA	Signos y síntomas mal definidos	45,0%	15,3%
	15469	MONQUIRÁ	Morbilidad por Enfermedades no transmisibles	74,7%	70,7%
	68	SANTANDER	Morbilidad por Enfermedades no transmisibles	86,3%	
	68001	BUCARAMANGA	Morbilidad por Enfermedades no transmisibles	86,3%	
ALTO COSTO	170	COLOMBIA	Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	117,87	81,34
	15	BOYACA	Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	122,10	69,52
	15001	TUNJA	Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	146,77	76,15

Fuente: Documento Caracterización poblacional 2022, EAPB UNISALUD- UPTC

Se observan tasas altas en mortalidad por neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio. Dado el número de afiliados, una muerte representa que los afiliados tienen un mayor riesgo de enfermar y morir por estas patologías en relación con los habitantes de la entidad territorial. Según los resultados de los indicadores, los grupos de riesgo a priorizar son:

- Cardio- cerebrovascular: Tunja, Sogamoso.
- Diabetes e Hipertensión: Tunja y Duitama
- Cáncer: Tunja, Duitama y Sogamoso

Las entidades territoriales señaladas indican que los afiliados residentes en ellas presentan mayor riesgo y se intensificarán las acciones, pero la ruta respectiva se implementará en todos los territorios donde la EAPB tiene presencia.



La primera causa de morbilidad atendida en el departamento de Boyacá para los afiliados a UNISALUD es la gran causa por enfermedades no transmisibles.

Las principales causas de morbilidad son susceptibles de modificar con la promoción de estilos de vida saludables, por tanto, se implementaron las rutas de:

- Promoción y mantenimiento de la salud, con énfasis en los momentos de curso de vida: adulto y adulto mayor en todos los municipios.
- Se implementa la ruta MPN en todos los territorios para atención de las mujeres en edad reproductiva.

Se ha desarrollado un proceso de innovación en el manejo de la información de costos y de salud, que le ha permitido a UNISALUD tener un observatorio de la gestión en salud y de costos asociados a la gestión del riesgo en salud, que, de manera permanente, retroalimenta a los demás procesos de la organización en cuanto al impacto en términos sanitarios y de costos médicos asociados a grupos de riesgo.

5.1.2. Gestión integral del riesgo en salud

La Gestión Integral del Riesgo en Salud – GIRS, es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud, que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

El objetivo de la estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos¹⁶

La Gestión Integral del Riesgo en Salud tiene un componente colectivo y otro individual.

“El riesgo colectivo es ejecutado principalmente por la entidad territorial, articulada con las acciones adelantadas por otros sectores y con las acciones de gestión individual del riesgo que ejecuta el asegurador, integrando las intervenciones preventivas que, con base en evidencia, se pueden aplicar de manera efectiva a conglomerados de población indivisibles para actuar sobre algunos de los determinantes proximales y distales de la salud para disminuir la probabilidad de aparición de nueva morbilidad; o controlan la probabilidad de ocurrencia de eventos producidos por deficiencias en los servicios de salud.

¹⁶ Ministerio de Salud y Protección Social, Política de Atención Integral en Salud, Op.cit. p.41

El enfoque individual para la gestión del riesgo, es responsabilidad primaria del asegurador e involucra el análisis de la historia natural del riesgo en salud, lo cual parte desde los factores biológicos, los determinantes sociales que afectan a los individuos, su estilo de vida y el impacto de los entornos institucionales y sociales con los que interactúa y los factores incrementales asociados a la enfermedad y discapacidad. Esto incluye acciones orientadas hacia la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la enfermedad una vez se ha presentado. La gestión individual del riesgo también involucra la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad y el manejo de la prevención secundaria y terciaria en la enfermedad crónica y la multi-enfermedad¹⁷

La gestión integral del riesgo en salud se concreta en las Rutas Integrales de Atención en Salud, mediante intervenciones en salud, con finalidades de:

- Valoración integral del estado de salud (incluye intervenciones de valoración y detección temprana)
- Valoración del contexto social y de redes de apoyo social y Comunitarias
- Valoración de la dinámica familiar, como apoyo al desarrollo integral
- Valoración de las condiciones ambientales y el saneamiento básico de los entornos
- Protección específica
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Rehabilitación
- Paliación

La figura 12 muestra la implementación de la Gestión integral del riesgo en salud, por parte de los agentes del sistema, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social.

El riesgo en salud tiene dos componentes para la aseguradora:



Tomado de: MINSALUD. Política de atención integral en salud.

Figura 12. Participación de diferentes agentes en la Gestión Integral del Riesgo en Salud

¹⁷ Ibidem, p.42

Riesgo primario, relacionado con la probabilidad de ocurrencia de enfermedades y en algunas ocasiones de su severidad. Se interviene mediante:

- Coordinación de las acciones de promoción de la salud con la entidad territorial
- Prevención primaria, secundaria y terciaria

Riesgo técnico, relacionado con la probabilidad de ocurrencia de variaciones no soportadas en evidencia en el proceso de atención, referido principalmente a decisiones y conductas asumidas por el prestador, con sus efectos sobre la salud del paciente y el consumo de recursos. El riesgo técnico a su vez depende del número de contactos que un afiliado realiza con los prestadores de servicios de salud, de las tecnologías en salud utilizadas en cada contacto, del costo de estas y de los recursos que el prestador utiliza para su prestación. Se puede reducir a través de:

- Organización y gestión del proceso de atención
- Garantía de continuidad en la contratación de los prestadores en relación con la gestión clínica y los resultados en salud.

Los elementos y procesos de la gestión integral del riesgo en salud son:

- Tamización, identificación y seguimiento de personas en riesgo de enfermedad
- Conformación de cohortes para seguimiento de personas de acuerdo con riesgos de enfermedad.
- Caracterización y clasificación del riesgo de las personas
- Conformación de grupos de riesgo
- Planeación de la atención según grupos de riesgo con enfoque diferencial
- Definición de rutas integrales de atención en salud para los diferentes grupos de riesgo
- Modificación del riesgo a través de acciones costo efectivas aplicadas por personal de salud y prestadores de servicios
- Monitoreo y seguimiento de intervenciones y sus efectos
- Orientación del gasto hacia la prevención efectiva
- Vigilancia de la gestión del riesgo
- Gestión de la calidad de los procesos de atención
- Coordinación administrativa- técnica de los servicios¹⁸.

5.1.2.1. Tipos de riesgos en un sistema de aseguramiento en salud.

Como entidades aseguradoras, las EAPB están expuestas a variaciones inesperadas en la siniestralidad, explicadas por un aumento en el riesgo primario, en el riesgo técnico o en el efecto combinado de ambos tipos de riesgo, o a riesgos relacionados con la operación y el desarrollo de las actividades para cumplir con las funciones del aseguramiento en salud tales como el riesgo financiero, el riesgo operacional, el riesgo reputacional y el riesgo de lavados de activos y financiación del terrorismo, que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos como empresa.

¹⁸ Ibidem, p.43

5.1.2.1.1. Riesgos relacionados con la prima de aseguramiento

Los ingresos deben ser suficientes para que la Unidad cubra el riesgo de ocurrencia de condiciones individuales de salud en sus afiliados que requieran tratamiento y el costo derivado de su atención. El nivel de siniestralidad de una EAPB, está determinado por las interrelaciones entre el riesgo primario y el riesgo técnico. La gestión de ambos tipos de riesgos por parte de la unidad es necesaria a fin de garantizar que los recursos recibidos por la prima sean suficientes para cubrir los costos derivados de la atención en salud de sus afiliados.

5.1.2.1.2. Riesgos relacionados con el cumplimiento de las funciones del aseguramiento.

Desde el punto de vista empresarial, UNISALUD enfrenta un conjunto de riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus funciones y objetivos y por ende los del SGSSS en su conjunto. La identificación y tratamiento oportunos de estos riesgos, así como su debido seguimiento, es fundamental para el logro de resultados para los afiliados, la organización, los trabajadores y la sociedad en general¹⁹.

5.1.2.1.3. Interrelación de riesgos.

Los diferentes tipos de riesgos están interrelacionados y su gestión incide en la gestión efectiva del riesgo en salud. No se puede gestionar el riesgo en salud sin gestionar los otros riesgos. La figura 13 muestra la interrelación de riesgos según las características de los afiliados tales como la alta prevalencia de enfermedades crónicas, el uso de servicios de alta tecnología, la incidencia de eventos de alto costo, los riesgos operativos como la articulación de la red de servicios, los mecanismos de referencia y contrarreferencia que pueden estar afectando el equilibrio financiero de la Unidad.



Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/Perspectiva-aseguramiento-comite-ampliado.pdf>

Figura 13. Interrelación de riesgos empresariales con el riesgo en salud

¹⁹ Ministerio de Salud y Protección Social, Gestión integral del riesgo en salud, p.23

5.1.2.1.4. UNIRIESGO

El modelo de atención y de gestión del riesgo en salud de UNISALUD-UPTC, ha sido definido acorde con los lineamientos normativos vigentes propuestos por el Ministerio de Salud, estos modelos han variado su enfoque desde hace algunos años, motivados por las necesidades de las poblaciones, los cambios demográficos y epidemiológicos, lo cual ha llevado a tener un aumento en la aparición de enfermedades crónicas no trasmisibles, un mayor costo de atención y la necesidad de reenfocar los servicios a una política preventiva, que cumpla con la capacidad de mejorar la salud, dar respuesta a las expectativas de los usuarios y administrar con justicia los recursos financieros.

Con el modelo de atención se pretende facilitar el cuidado integral de la salud centrado en el paciente y su familia, con énfasis en la educación y la coparticipación en el cuidado y mantenimiento de la salud, magnificando las capacidades y voluntades de los individuos en el autocuidado y así mitigar el impacto de variables algunas no intervenibles como las económicas (incremento en el costo de medicamentos o la inflación) y variables poblacionales (pirámide poblacional en transición epidemiológica y poblacional y la aparición de mayor carga de enfermedad en las ECNT), sobre la salud de los usuarios, y del funcionamiento de UNISALUD-UPTC, integrando las disciplinas biológicas.

En la gestión del riesgo se diferencian dos pilares importantes para UNISALUD - UPTC: el primero es el riesgo en salud y el segundo es el riesgo financiero. En cuanto al asociado a la salud los análisis se realizan basados en diferentes fuentes de información demográfico y epidemiológico de la población afiliada, la frecuencia y uso de los servicios, epidemiología y económicos, la cual permite determinar posibles ocurrencias futuras inmediatas y mediatas en los grupos poblacionales, lo que ayudará a la toma de decisiones enfocadas en la detección temprana y protección específica, manteniendo estados saludables dentro de los afiliados.

5.1.2.1.4.1. Promoción y prevención:

Uniriesgo busca generar alertas tempranas desde las IPS primarias quienes informan a diario a través del correo electrónico de gestión del riesgo, las condiciones o eventos que van identificando, para que UNISALUD realice el seguimiento respectivo y se puedan intervenir oportunamente.



Fuente: UNISALUD-UPTC

Figura 14. Logo de Uniriesgo

Como estrategias de promoción y prevención se conmemoran las fechas o días dedicados a la promoción de estilos de vida o a tomar conciencia sobre la prevención o la lucha contra enfermedades de alto costo o formas de violencia, tales como:

- 3 de diciembre, día internacional de las personas con discapacidad
- 28 de febrero, día mundial de las enfermedades raras, huérfanas.
- 25 de noviembre, día internacional contra la violencia hacia las mujeres
- 1 de diciembre, día mundial de la lucha contra el SIDA
- 4 de febrero, día mundial contra el cáncer, entre otros.

Se utilizan diferentes canales de interacción con los usuarios como mensajes a través de las redes sociales, WhatsApp, correos electrónicos, carteleras o píldoras y boletines publicados en la página web de UNISALUD. También se realizan actividades coordinadas con Bienestar Universitario.

Los prestadores de salud utilizan la página web para ingresar la información relacionada con las actividades de promoción y prevención y demanda inducida. La enfermera de gestión del riesgo realiza el seguimiento al reporte de información a través del módulo de Promoción y Prevención. De igual manera el sistema permite consultar históricos y la generación de informes. El proceso se presenta en las siguientes imágenes, tomadas de la página web de UNISALUD.



Registro Actividades

Datos de la Actividad

Actividad PyP: Crear

Fecha: IPS: Medio Convocatoria:

Usuarios Convocados

Usuario: Intentos: Efectiva:

Responsable: Observaciones:

Agregar Usuario

Consultar Registrados

Guardar Actividad P y P

Crear Informe

Informe de: Tipo de Informe:

Fecha Inicio: Fecha Fin:

Consultar

Fuente: <http://unisalud.uptc.edu.co/Informes/RegActividadesEPS.aspx#>

Figura 15. Ingreso a través del módulo de P y P, SIUNISALUD

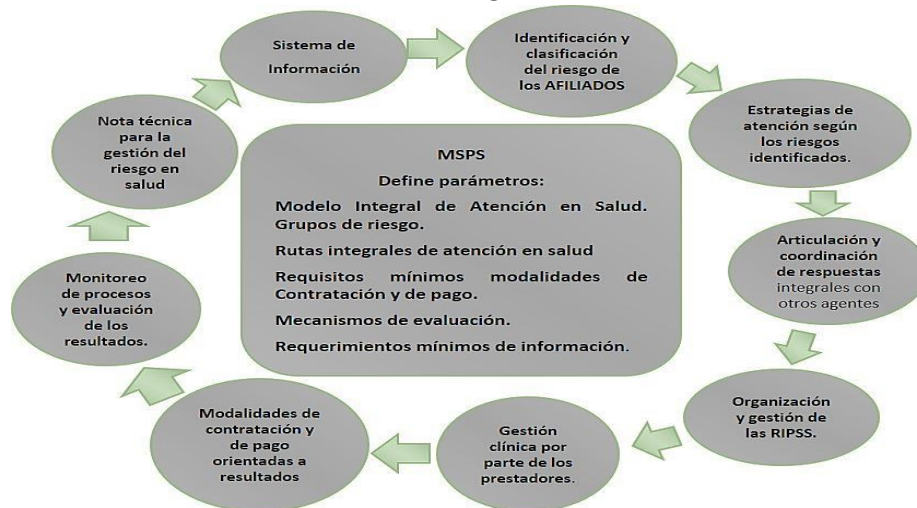
5.1.2.2. Riesgo en Salud según plan decenal 2022-2031

La Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública se entiende como el conjunto de procesos y acciones de carácter técnico, político, económico, social y cultural que permiten la gestión de las circunstancias de vida que representan amenazas individuales, familiares y colectivas para el goce efectivo del más alto nivel de salud. Posible, mediante la identificación, caracterización, medición, intervención, seguimiento, monitoreo y evaluación de las estrategias promocionales de la salud y de los riesgos/amenazas generadoras de morbilidad, discapacidad, mortalidad evitable y desigualdad; cuyas respuestas requieren de la articulación y coordinación de los activos sociales en salud para su resolución.

5.1.2.2.1. Modelo de atención como concreción de la gestión integral del riesgo en salud

La organización de los afiliados por momentos del curso de vida permite a UNISALUD la realización de las intervenciones incluidas en la ruta para la promoción y mantenimiento de la salud y las rutas priorizadas por el Ministerio de salud. La organización de los afiliados por grupos de riesgo facilita la articulación de las acciones propias de la gestión individual del riesgo en salud de su competencia con las acciones colectivas que son competencia de la entidad territorial según lo establecido en las demás rutas, y la definición de modelos para la gestión de la atención de los afiliados según los riesgos identificados.

UNISALUD implementa su modelo de atención teniendo en cuenta la identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos en salud para sus afiliados y soportado en los procesos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros de la entidad²⁰. El modelo de atención tiene en cuenta los parámetros definidos por el Ministerio de Salud, que se indican en el recuadro central de la figura 16.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Gestión integral del riesgo, 2018

Figura 16. Proceso de gestión del riesgo en salud: perspectiva de las aseguradoras

²⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2515 de 2018

5.1.2.2.2. Identificación y clasificación del riesgo de los afiliados

La identificación, caracterización y estratificación del riesgo individual es necesaria porque el riesgo en salud se materializa en atenciones individuales de usuarios y pacientes. El proceso llega hasta la identificación individual de usuarios y pacientes con riesgos, así como su estratificación (por ejemplo, en bajo, medio y alto riesgo) para estimar la probabilidad de enfermarse, complicarse o morir y poder realizar intervenciones para mejorar la salud, reducir los costos, a través del modelo de atención en los prestadores primarios y complementarios. Para UNISALUD, las cohortes, análisis realizados en el taller de gestión y las auditorías de calidad y concurrencia juegan un papel relevante en la identificación y caracterización del riesgo individual de sus afiliados.

UNISALUD realiza Identificación, caracterización y priorización del riesgo desde el punto de vista individual.

Una vez establecidos los riesgos en salud priorizados poblacionalmente y que se deben intervenir, y teniendo en cuenta la cronicidad o no de los mismos, establece modelos para el manejo y gerenciamiento adecuado y efectivo de dichos riesgos en acciones conjuntas con la red de prestadores. UNISALUD recolecta información de varias fuentes:

- **Sistema de vigilancia epidemiológica:** UNISALUD ha mantenido rigurosamente su sistema de vigilancia epidemiológica a través de años de gestión. La vigilancia permite sistemática y permanentemente, la identificación y captación de pacientes con eventos de interés, y ser gestionados con su red de prestadores. Este proceso inicia con el monitoreo del SIVIGILA, la identificación del caso y el respectivo análisis.
- **Sistema de notificación:** UNISALUD desarrolló un sistema de marcas de pacientes con eventos de interés, principalmente alrededor de patologías de alto costo; denominado el sistema de notificación y alertas tempranas. Este proceso que funciona y ha venido actualizándose a través de nuestro nuevo sistema de marcación de riesgos, le permite a UNISALUD la identificación individual de población con riesgos priorizados y con ellos poder realizar, estratificación e intervención individual a través de su red contratada y reportar a la Póliza de Alto Costo.
- **Identificación de población usando las fuentes habituales para las cuentas de alto costo:** El sistema de salud inicia el proceso de organizar la información nacional de patologías de alto costo, primero con la enfermedad renal crónica y posteriormente con las demás patologías. Para el caso específico de UNISALUD ha venido consolidando la información de patologías de alto costo de acuerdo con la aplicabilidad para el Régimen Especial en bases de datos que de forma periódica se depuran, manteniendo así la información individual de riesgos priorizados y que tienen relación con la Cuenta de Alto Costo.
- **Coberturas individuales de acciones de protección específica y detección temprana:** La Resolución 202 y las intervenciones que se derivan de esta, ha generado en la Unidad la necesidad de realizar identificación individual de población sana no cubierta por acciones de PE y DT que le ha permitido a UNISALUD en la actualidad, contar con mejor información

de las coberturas reales individuales por parte de las IPS de las actividades de PE y DT, evaluar el desempeño y retroalimentar a los prestadores sobre su cumplimiento.

- **Notificación hospitalaria y censo hospitalario:** UNISALUD estableció el monitoreo y la auditoria de concurrencia en la red hospitalaria. Este ejercicio le permite a la EAPB la identificación permanente de población con riesgos priorizados que son captados tanto por la Unidad como su red de IPS para direccionar a usuarios y pacientes a programas y servicios especializados para la gestión integral del riesgo.
- **Registro individual de prestación de servicios. (RIPS).** Para la caracterización de la población afiliada a la EAPB, se utilizan RIPS; se tiene en cuenta la agrupación de los códigos CIE 10 registrados en los RIPS, utilizando la lista de agrupación de la Organización Mundial de la Salud correspondiente al año 2004, para establecer la carga global de la enfermedad. La lista agrupa los códigos en cinco grandes categorías: Condiciones transmisibles y nutricionales, condiciones maternas perinatales, enfermedades no transmisibles, lesiones y signos y síntomas mal definidos.

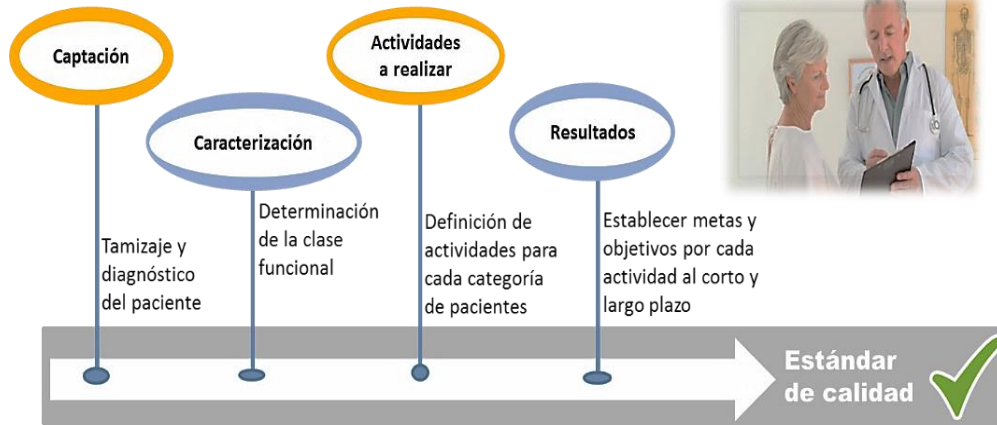
La Información está disponible en UNISALUD y en el SISPRO. Se realiza capacitación y seguimiento a la red de prestadores para el correcto diligenciamiento de los RIPS y el envío oportuno. Se realiza validación de los RIPS y depuración de la información para la toma de decisiones.

5.1.2.2.3. Definición de modelos o estrategias de atención según la estratificación de los riesgos identificados.

La estratificación de los riesgos en salud identificados para los afiliados permite definir en primera instancia los modelos y estrategias para su atención. Por ejemplo, la gestión de riesgos de las condiciones crónicas prevalentes implica el conocimiento del nivel de riesgo de los afiliados (bajo, medio, alto) para identificar el tipo de atención requerida. Mientras para los afiliados en general es necesario avanzar en la demanda inducida y en la prevención de factores de riesgo modificables tales como el tabaquismo, la alimentación no saludable, la inactividad física y el consumo inadecuado del alcohol, para los afiliados en riesgo bajo se requieren intervenciones orientadas principalmente hacia el fortalecimiento y apoyo al autocuidado por parte de los pacientes y sus familias. A su vez, para los afiliados en riesgo medio se desarrolla un programa de gestión de la enfermedad y para los afiliados en riesgo alto, con comorbilidades asociadas y alto uso de recursos, una atención personalizada que coordine los cuidados domiciliarios, ambulatorios y hospitalarios²¹

La Unidad asocia cada uno de sus afiliados a los diferentes grupos para la gestión integral del riesgo priorizados por el MSPS, así como a los grupos para la gestión del riesgo priorizados por la Unidad de acuerdo con el perfil de riesgo de su población. La figura 17 muestra la ruta de atención del paciente.

²¹ Ministerio de Salud y Protección Social, Gestión integral del riesgo en salud, Op.cit p.27



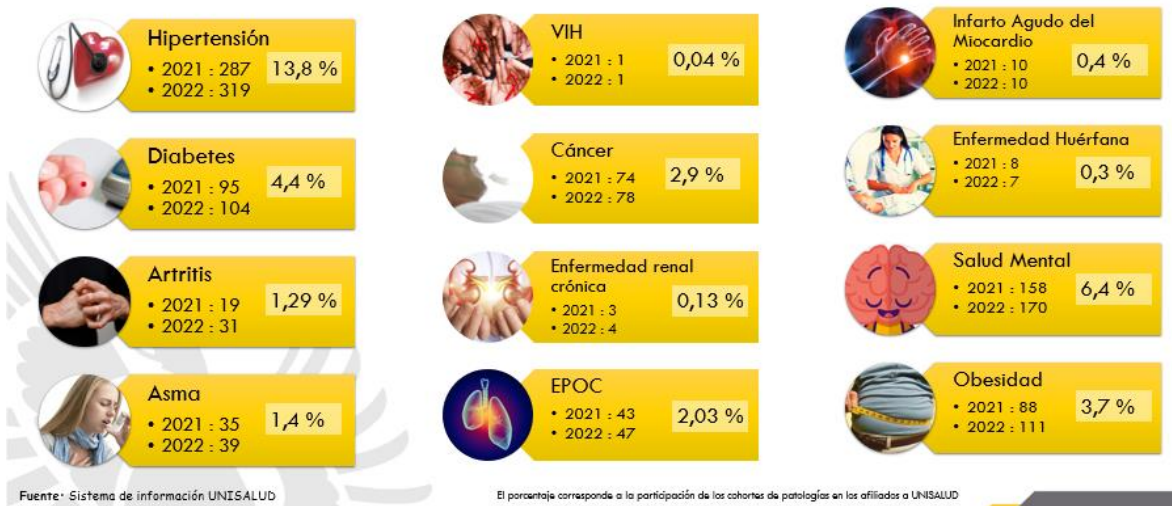
Fuente: UNISALUD

Figura 17. Ruta de atención del paciente

La implementación de las rutas integrales de atención en salud es un paso muy importante en el proceso de atención a la población afiliada a UNISALUD, porque permite la realización de actividades de promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación, con enfoque de riesgo en todos los momentos del curso de vida. Se sigue un proceso desde la captación del paciente, su caracterización, priorización según riesgos, atención, plan de cuidado y se espera lograr resultados en salud de los afiliados.

Según el curso de vida y los grupos de riesgo que afectan la salud de los afiliados de UNISALUD se planea la intervención por cada grupo de riesgo, que sea coherente con sus necesidades. De acuerdo con los 16 grupos de riesgo establecidos por el Ministerio de Salud, y la priorización realizada se establecen cohortes de pacientes con las patologías prevalentes (figura 18).

Riesgos Priorizados



Fuente: Datos UNISALUD a diciembre de 2022

Figura 18. Pacientes por grupo de riesgo



Según el curso de vida y los grupos de riesgo que afectan la salud de los afiliados de UNISALUD se planea la intervención por cada grupo de riesgo, que sea coherente con sus necesidades.

Los grupos de riesgo objetivo de acuerdo con la siniestralidad en el servicio de salud son:

- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades metabólicas
- Enfermedades osteomusculares
- Enfermedades oncológicas
- Enfermedades respiratorias y EPOC
- Enfermedades de salud Mental
- Otras Cohortes (Asma, EPOC, Obesidad)

Las acciones de promoción, prevención y protección desarrolladas a lo largo de las diferentes etapas del curso de vida individual y familiar en los diferentes niveles de atención procuran:

- Evitar la aparición de la enfermedad, lograr su detección precoz y tratamiento oportuno y su rehabilitación en caso de ser necesaria,
- priorizar las acciones en seis grupos que se consideran prioritarios por su situación de vulnerabilidad y por el impacto que sobre los resultados en salud globales tienen: Mujeres en estado de embarazo, niños menores de 1 año, pacientes con Hipertensión arterial, Pacientes con Diabetes, enfermedades catalogadas de alto costo, mujeres en edad fértil con riesgo de cáncer de cérvix y mama.

5.1.2.2.4. Articulación y coordinación de respuestas integrales con otros agentes alrededor de prioridades en salud.

UNISALUD realiza la articulación con otros agentes en función de las prioridades establecidas en el plan territorial de salud, los grupos de riesgo y las RIAS priorizadas por la entidad territorial, en este caso el Departamento de Boyacá y los municipios donde se tiene presencia. En la práctica se materializa en la articulación de las intervenciones individuales y colectivas especificadas en las RIAS priorizadas por la entidad territorial, participando en las actividades de coordinación y evaluación definidas por ésta para el efecto. Dado que la entidad territorial contrata con el componente primario de la red pública la mayoría de las intervenciones, procedimientos y actividades del plan de intervenciones colectivas, se busca intervenir en la definición de estrategias para garantizar el tránsito de los afiliados desde lo individual hacia las intervenciones del PIC.

5.1.2.2.5. Tipos de Intervenciones

Teniendo en cuenta las consideraciones clave de Gestión de la Salud Pública, las IPS y los proveedores de servicios de salud pueden desarrollar estrategias para gestionar la salud de la población. El enfoque de salud de la población se puede definir en términos de prevención e intervenciones primarias, secundarias y terciarias.



- **Prevención primaria**

Incluye educación en áreas como nutrición, ejercicio regular, efectos adversos del tabaco, el alcohol y el abuso de sustancias, así como un enfoque en medidas de seguridad en el lugar de trabajo, el hogar y actividades de ocio (uso de cinturones de seguridad al manejar, o de cascos cuando se monta en bicicleta). Se incluirían las acciones de tamizaje de ciertas enfermedades (cáncer de mama y de colon), y la vacunación. Otros elementos son las acciones intersectoriales (agencias y entidades existentes, como escuelas, empresas, médicos comunitarios y organizaciones de salud pública), medibles a través de evaluación poblacional (tasas de uso de tabaco, cobertura de vacunas)

- **Prevención secundaria**

Inicia desde una condición o enfermedad en particular o cuando se identifiquen factores de riesgo significativos. A menudo, dichos pacientes reciben tratamiento por ejemplo en un servicio de urgencias y luego regresan a su entorno. La atención puede verse significativamente comprometida por las condiciones socioeconómicas, la edad o la existencia de condiciones crónicas asociadas. Para un subconjunto de pacientes, las enfermedades son recurrentes y, debido a recursos inadecuados, llevan a readmisiones en el hospital o visitas a urgencias. Un manejo apropiado ambulatorio hace la diferencia.

- **Prevención terciaria**

Se enfoca en personas crónicamente enfermas o individuos que sufrieron un evento que los dejó incapacitados o vulnerables al continuo deterioro de su condición. Tales pacientes incluyen, por ejemplo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, deterioro cognitivo o enfermedades malignas. Esta población también contiene un subgrupo que utiliza recursos a una tasa mucho más alta que la población en general. Abordar el tema de los cuidados paliativos es de particular importancia, no solo para las personas con enfermedades terminales, sino también cuando las intervenciones efectivas son limitadas, (pacientes con dolor crónico).

Fomento de prevención del riesgo cardio vascular: realizando jornada de tamización y seguimiento.

5.1.2.2.6. Incentivos implementados por la unidad

La unidad dentro del modelo de atención implementará la posibilidad de generar incentivos por buen desempeño a los prestadores que cumplan con estándares superiores a los pactados en materia de agregar valor a la salud de los afiliados asignados, los cuales serán pactados en los contratos realizados.

De igual manera, se contempla otorgar incentivos a los afiliados que demuestren pautas de comportamiento que vayan en pro del autocuidado, mejorar estilos de vida saludables y la adherencia a tratamientos.

5.1.2.2.7. Nota técnica para la gestión del riesgo en salud

La utilización de la Nota Técnica permite la gestión eficiente de los recursos, al relacionar las atenciones en salud con los recursos utilizados, los cuales se deben ver reflejados en los resultados para lograr el punto de equilibrio e impactar en la situación financiera de la entidad. Los sistemas de pago deben favorecer la integralidad, la calidad en la atención y estar orientados a resultados en salud.

La nota técnica es un documento con las características generales, supuestos y metodologías para el cálculo de las tarifas, reservas técnicas y demás particularidades que se requieran para el aseguramiento en salud (circular externa 020 de 2015). Debe contener todas las variables de tipo actuarial que sean necesarias y suficientes para determinar el equilibrio financiero que debe existir entre los recursos y los gastos.

Las entidades Promotoras de salud- EPS, Entidades adaptadas al sistema general de seguridad social en salud, cajas de compensación familiar que operan cualquier régimen de salud y las organizaciones de economía solidaria deben presentar la nota técnica ante la Superintendencia de salud²².

Los servicios que normalmente se prestan durante un periodo de tiempo, se pueden organizar y evaluar para cada conjunto de servicios su Frecuencia de Riesgo (Eventos que ocurren “por persona”), su costo promedio (Costo total / Cantidad de Eventos) y el “Margen de Riesgo” o “Prima pura” que representa el recurso financiero necesario para garantizar la cobertura del servicio médico correspondiente. Los RIPS brindan información de: servicios del Plan de beneficios en Salud (PBS) expresado en Códigos de Actividades, Intervenciones y Procedimientos (CUPS) y de medicamentos e insumos, el ámbito de prestación (Urgencia, Ambulatorio, Hospitalario, Domiciliario), Nivel de atención, Identificación de la persona que recibe los servicios, características de persona (edad, sexo, residencia), diagnóstico codificado (CIE-10), identificación del Prestador, pago al Prestador, cantidad de servicios facturados, fecha de la factura y fecha de prestación del servicio.

De la caracterización se puede obtener la población asegurada y sus características, la población expuesta a los riesgos por momento de curso de vida; del sistema de información se obtiene el valor de la cotización mensual y otros ingresos (copagos, etc.). Los CUPS se agrupan por conjuntos de servicios, y procesando para cada conjunto la cantidad de eventos y el costo de estos, se puede construir la nota técnica teniendo en cuenta el análisis del balance y estado de resultados, que permite ver la situación real de la aseguradora²³.

²² Circular Externa 000020 de 2015. SUPERSALUD.

²³ Principios para la gestión integral Del riesgo del aseguramiento en salud. Recuperado de https://www.reeditor.com/files_col/files_8410.pdf.

5.1.3. Estructura de datos de ingresos y novedades de la afiliación, verificación de condiciones para el reporte y validación de la información que los afiliados registren sobre su estado de afiliación y reporte de Listados censales.

5.1.3.1. Afiliados:

Conforme a lo establecido en la Ley 647 de 2001, modificada por la Ley 1443 de 2011 y Resolución 5863 de 2022, además de los criterios del principio de libre elección, podrán ser afiliados como cotizantes del Sistema Universitario en Salud, administrado por UNISALUD – UPTC:

- Los miembros del personal académico o docente, vinculados laboralmente a la Universidad.
- Los empleados públicos administrativos, vinculados laboralmente a la Universidad.
- Los trabajadores oficiales, vinculados laboralmente a la Universidad.
- Las personas que, al término de su relación laboral, se encuentren afiliados al Sistema Universitario de Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia y adquieran el derecho a la pensión con el Sistema General de Pensiones.

Podrán ser beneficiarios del cotizante:

- El cónyuge
- A falta de cónyuge, la compañera o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.
- Los hijos menores de veinticinco (25) años que dependen económicamente del cotizante.
- Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
- Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo, que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales 3 y 4 del presente artículo
- Los hijos de los beneficiarios descritos en el numeral 4 del presente artículo hasta que dichos beneficiarios conserven tal condición
- Los hijos menos de veinticinco (25) años y los hijos de cualquier edad con incapacidad permanente que, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria de potestad o la ausencia de estos, se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad con el cotizante y dependan económicamente de este
- A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del cotizante que no estén pensionados y dependan económicamente de este.
- Los menores de dieciocho (18) años entregados en custodia legal por la autoridad competente.
- Los hijos mayores de veinticinco (25) años que acrediten estar cursando estudios de pregrado y posgrados en una institución de educación superior y dependen económicamente del afiliado.
- Los sustitutos pensionales que al momento de la muerte del afiliado pensionado se encuentren inscritos a UNISALUD – UPTC como beneficiarios y se constituyan en cabeza del grupo familiar.



No deben existir afiliaciones simultáneas con otra EPS del régimen contributivo, subsidiado o entidad de régimen de excepción, como cotizantes o beneficiarios, o utilizar los servicios de salud de ambos regímenes²⁴.

Los afiliados cotizantes y beneficiarios con derecho a pensión de sobrevivientes y/o sustitución, que, al momento del siniestro, cumplan con los requisitos establecidos por Ley y que hayan solicitado su inclusión en nómina pensional podrán a su elección mantener la calidad de afiliados a UNISALUD mientras obtienen el reconocimiento pensional, previo cumplimiento de los requisitos establecidos.

Únicamente podrán continuar como afiliados, los beneficiarios con derecho a pensión de sobrevivientes y/o sustitución, que al momento del fallecimiento del cotizante se encuentran afiliados a la unidad²⁵.

5.1.3.2. Novedades:

Procedimiento por el cual un Afiliado Cotizante puede realizar cambios a la afiliación inicial. Las novedades que se pueden realizar son:

- Modificación de datos básicos de identificación
- Corrección de datos básicos de identificación
- Actualización del documento de identidad
- Actualización y corrección de datos complementarios
- Terminación de la inscripción en la EPS
- Reinscripción en la EPS
- Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- Desvinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- Movilidad a régimen contributivo o subsidiado
- Traslado al mismo régimen o diferente régimen
- Reporte de fallecimiento
- Reporte del trámite de protección al cesante
- Reporte de la calidad de pensionado
- Cambio de cotizante a beneficiario
- Cambio de beneficiario a cotizante
- Cambio de IPS primaria

Para realizar una novedad el afiliado cotizante debe diligenciar el formulario único de novedades a la afiliación, el cual lo puede solicitar en las oficinas de UNISALUD.

²⁴ Consejo Superior Universitario. UPTC. Acuerdo 084 de 2022.

²⁵ UPTC. Resolución 5863 de 2022.



El documento que describe el procedimiento de afiliación y registro de novedades corresponde al código A-US- P01 y se encuentra disponible en el portal corporativo Intranet de la UPTC. Se puede acceder a través del link:

<http://desnet.uptc.edu.co/SIGMA/WFVerDocumentoll.aspx>

Para la actualización de datos se debe diligenciar el formulario de actualización de datos a través de la página web, en el link:

https://virtual.uptc.edu.co/procesos/unisalud/f_unisalud/php/formseve/form.php

La Rectoría expide la Resolución 5863 de 2022 por medio de la cual se actualiza el reglamento de afiliaciones y prestación de servicios de salud, aprobado por la Junta.

Dando cumplimiento a la Resolución 4622 de 2016, el último día hábil de cada una de las semanas de proceso BDUA, UNISALUD, como Administradora de Régimen Especial enviará los archivos ME, NE, para la actualización correspondiente.

NE Novedades de actualización y/o corrección de información

ME: maestro de ingresos

Los procesos de actualización de la BDUA, se realizarán únicamente en las semanas del mes que tengan mínimo 4 días hábiles, y se denominarán "Semana de Proceso BDUA.

Las entidades de Régimen Especial de salud, deben reportar las nuevas afiliaciones en el archivo maestro de ingresos, y en archivo de novedades en la Base de datos de los regímenes especiales y de excepción BDEX.

Cuando se presenten casos de multifiliación prevalecerá la afiliación al Régimen Especial o de Excepción frente a la del Sistema General de Seguridad Social en Salud²⁶.

5.1.4. Mecanismos de pago y aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago.

UNISALUD, en su condición de dependencia especializada de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, administradora de Planes de Beneficios en Salud del régimen especial está comprometida con la salud de sus afiliados (servidores públicos docentes, servidores públicos no docentes, trabajadores oficiales, y los pensionados o jubilados de la universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia), promoviendo y contribuyendo al desarrollo y mejoramiento de su calidad de vida, en forma directa mediante alianzas y contratación estratégica de su red de prestadores (Instituciones Públicas, privadas o mixtas que presten servicios de salud).

²⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4622 de 2016

5.1.4.1. Definición y selección de prestadores

El proceso de selección de la red de prestadores se realiza anualmente y de forma extraordinaria ante el requerimiento de servicios de salud que surjan de la demanda insatisfecha propia de la población afiliada ante la oferta y de las evaluaciones de indicadores de calidad de la red prestadora que incite al cubrimiento de ofertas de salud que generen mayor cumplimiento de los principios de calidad, tales como: continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad de los procesos de atención en salud, procurando que con esta estructuración los afiliados reciban una atención de la más alta calidad, de acuerdo con la Normatividad vigente, teniendo en cuenta que de acuerdo a la complejidad del caso pueda acceder a los Niveles de Atención necesarios y que exista una retroalimentación al nivel que lo refirió para garantizar el seguimiento y la solución del problema de salud por la que ingresó a la Red de Servicios.

Las características para tener en cuenta dentro de la estructuración de la red de prestadores son las siguientes:

- Se basará en la priorización de la morbimortalidad
- Cubrir la totalidad de los niveles de atención requeridos normativamente para beneficio de la población afiliada.
- Cada establecimiento –IPS- de la Red debe estar habilitado.
- Para garantizar un buen funcionamiento de la Red de Atención, y la interrelación de los servicios de salud, se debe contar con un Sistema de Referencia y Contrarreferencia documentado e implementado.
- Análisis de la demanda Vs la oferta de servicios de salud

5.1.4.2. Modalidades de contratación y de pago por la prestación de servicios de salud orientadas a resultados

La unidad utiliza modalidades de contratación y de pago por la prestación de servicios de salud centradas en las necesidades de las personas y la obtención de resultados en salud, necesarias para la implementación del modelo de atención en concordancia con el MAITE.

Estas modalidades deben incentivar la gestión del riesgo en salud por parte de los prestadores y el trabajo colaborativo en redes, así como la optimización del flujo de los recursos financieros del sistema.

La visualización de los resultados esperados de la atención por grupos para la gestión integral del riesgo en salud, del cumplimiento de los hitos o hechos clave de las rutas integrales de atención específica y de la calidad de las intervenciones realizadas, deben ser incluidos en los acuerdos contractuales entre UNISALUD y los prestadores.



5.1.4.2.1. Proceso de contratación

De acuerdo con el principio de autonomía universitaria y el artículo 28 de la ley 30 de 1992, donde se señala que las universidades tienen derecho a arbitrar y aplicar autónomamente sus recursos para el cumplimiento de su misión social y de su función institucional y sus contratos se regirán por las normas del derecho privado, según la naturaleza de los contratos, El Consejo Superior de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, mediante el acuerdo 074 de 2010, modificado por el acuerdo 064 de 2021, implementó el régimen de contratación de la institución. La Universidad selecciona a sus contratistas mediante invitación privada, invitación pública, contratación directa y contratación de bienes y/o servicios de características técnicas uniformes, según corresponda²⁷.

El Acuerdo 084 de 2022 establece las normas para la contratación de los prestadores de servicios y tecnologías en salud los servicios, tecnologías, suministro de medicamentos, suministros hospitalarios, podrán ser prestados por personas naturales o jurídicas que se encuentren inscritas en el Registro Especial Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social o Secretaria de Salud de conformidad con las normas vigentes sobre la materia.

La contratación de Servicios y Tecnologías de salud, suministros hospitalarios y medicamentos se efectuará de conformidad con las políticas y recomendaciones establecidas por la Junta Administradora de UNISALUD.

1. Para la contratación superior a tres mil (3.000) SMMLV se requiere autorización previa del Consejo Superior Universitario.
2. Todo contrato deberá publicarse en el portal WEB de la Universidad y en el portal que disponga la Agencia Nacional para la Contratación Colombia Compra Eficiente o la que haga sus veces.
3. UNISALUD-UPTC podrá realizar la compra de bienes y servicios que no estén relacionados con la prestación del servicio de salud, conforme al procedimiento interno de compra de bienes establecido por la universidad en el SIG, de forma autónoma del resto de compras de la universidad.
4. No se requerirá contrato escrito cuando soliciten Prestación de Servicios de Salud por urgencia vital o vacunación.
5. En la contratación de la red de prestadores de servicios de salud, se entenderá que la póliza de responsabilidad civil extracontractual será la constituida por cada entidad de manera general.

La selección de la Red de Prestadores de Servicios de Salud, se realizará de forma directa, teniendo en cuenta el siguiente procedimiento:

- La Junta Administradora de UNISALUD en cumplimiento de sus funciones, debe recomendar la Red de Prestadores de Servicios de Salud requerida para garantizar el Plan de beneficios, los Servicios no contemplados en el Plan de Beneficios que sean autorizados por el Comité Técnico Científico o los servicios adicionales autorizados por la propia Junta

²⁷ UPTC. Consejo Superior Universitario. Acuerdo 064 de 2021, artículo 6



Administradora, enmarcados en el modelo de atención integral cuya adherencia, calidad, eficacia, oportunidad, demanda y conveniencia institucional sean determinantes en la prestación del servicio de salud a contratar, sin atención a la cuantía.

- Para la contratación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud existirá un Comité Técnico que adelantará las negociaciones respectivas, el cual estará conformado por dos representantes de la Junta Administradora y el Director de UNISALUD²⁸.

La Junta Administradora de UNISALUD UPTC adelantará el proceso de estudio, y recomendará al señor Rector la Red Prestadora de Servicios de Salud y suministro de tecnologías en salud contemplados en el Plan de Beneficios de Salud, para que se adelante la etapa de negociación por parte del Director de UNISALUD-UPTC.

El procedimiento de selección de prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías, necesarios para garantizar la salud y la vida de los afiliados de la UNISALUD-UPTC, se efectuará por contratación directa y se adelantará un proceso de negociación por UNISALUD-UPTC en calidad de Entidad Responsable de Pago conforme a lo previsto en el Decreto 441 de 2022 y demás normas que lo adicionen, modifique, actualice o sustituya la contratación con la Red Prestadora de Servicios de Salud y suministro de tecnologías relacionados con el derecho fundamental a la salud de los afiliados a UNISALUD-UPTC, que fuera recomendada al Rector por la Junta Administradora de UNISALUD-UPTC.

En relación con el proveedor de tecnología en salud relativo al suministro de medicamentos que se requiere para el adecuado servicio de salud a cargo de UNISALUD-UPTC, se realizará por proceso de invitación pública cuando su cuantía supere los 600 SMMLV.

5.1.5. Sistema de Afiliación Transaccional- SAT,

El Ministerio de Salud y Protección Social, desde marzo de 2018, creó una herramienta denominada Sistema de Afiliación Transaccional – SAT, un sitio web para facilitarte la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a los usuarios y el reporte de sus novedades. Allí se puede consultar el estado actual de la afiliación, el historial de inscripciones a diferentes EPS, el reporte de traslado y el de todo el grupo familiar, entre otras. Los empleadores, entidades e instituciones pueden registrar el rol de empleador –persona jurídica o persona natural. Para hacer uso de este servicio, se debe estar registrado, creando un usuario y contraseña a través del portal web “www.miseguridadsocial.gov.co”.

El Sistema de Afiliación Transaccional es un conjunto de procesos, procedimientos e instrumentos de orden técnico y administrativo, que dispondrá el Ministerio de Salud y Protección Social para registrar y consultar, en tiempo real, los datos de la información básica y complementaria de los afiliados, la afiliación y sus novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.

²⁸ UPTC. Consejo Superior Universitario Acuerdo 084 de 2022



Las Entidades Promotoras de Salud - EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS tendrán la opción de reportar información relacionada con sus funciones en el SGSSS²⁹.

Registro en el Sistema de Afiliación Transaccional: Es el acto a través del cual se registra, por única vez, la información de los datos básicos y complementarios de los afiliados en el Sistema de Afiliación Transaccional.

5.1.6. Condiciones y reglas para la operación de la portabilidad.

Traslados: Son los cambios de inscripción de EPS dentro de un mismo régimen o los cambios de inscripción de EPS con cambio de régimen dentro del SGSSS.

Traslado de EPS entre regímenes diferentes: Es el cambio de inscripción de EPS de regímenes diferentes³⁰.

El traslado entre regímenes producirá efectos a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la solicitud de traslado en el sistema de afiliación, cuando este se realice dentro de los cinco (5) primeros días del mes, momento a partir del cual la EPS a la cual se traslada el afiliado cotizante o el cabeza de familia y su núcleo familiar deberá garantizar la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios. Cuando el registro de la solicitud de traslado se realice con posterioridad a los cinco (5) primeros días del mes, el mismo se hará efectivo a partir del primer día calendario del mes subsiguiente a la fecha del citado registro.

La entidad de la cual se retira el afiliado cotizante o el cabeza de familia tendrá a su cargo la prestación de los servicios y el reconocimiento de prestaciones económicas, según el caso, tanto del cotizante o del cabeza de familia como de su núcleo familiar, hasta el día anterior a aquel en que surjan las obligaciones para la nueva entidad.

Si previo a que surta la efectividad del traslado, se presenta una internación en una IPS, la efectividad del traslado se suspenderá. Hasta el primer día calendario del mes siguiente a aquel en que debía hacerse efectivo. En todo caso, los trabajadores de la UPTC tendrán la obligación de informar a su empleador la novedad de traslado; y los empleadores la obligación de consultar en el sistema de afiliación transaccional la EPS en la cual se encuentra inscrito el trabajador una vez se tramite el traslado³¹

Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que, reuniendo los requisitos exigidos, se trasladen al Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud, tendrán derecho a la prestación de los servicios médicos asistenciales por parte de UNISALUD UPTC, a partir del mes siguiente en que se haga efectivo el traslado con destino a UNISALUD UPTC.

²⁹ <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Sistema-de-Afiliaci%C3%B3n-Transaccional.aspx>

³⁰ <https://misesguridadsocial.gov.co/Documentos/GlosarioTerminos.pdf>

³¹ Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Resolución 5064 de 2018, artículo 27

La afiliación a UNISALUD UPTC se considera equivalente, para los fines del tránsito del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993, al Sistema propio de la Universidad o viceversa³².

5.1.7. Rol del asegurador

En la actualidad, las EAPB que cumplen con las condiciones de patrimonio y de solvencia que les permita disponer de recursos ajustados para solventar los riesgos que deban asumir como consecuencia de la incertidumbre en los costos asociados a la enfermedad, alcanzan la habilitación financiera.

En el contexto del MAITE, el asegurador está obligado a garantizar la capacidad técnica para la gestión del riesgo en salud de los afiliados y la estabilidad de la red de prestación para cada ámbito territorial, para lo cual debe conformar grupos de riesgo, adoptar y desarrollar rutas integrales de atención, gestionar el apoyo del autocuidado, desarrollar capacidades para monitorear las intervenciones y evaluar sus resultados e impacto sobre la población, disponer de infraestructura administrativa y de gestión de la información, e interactuar con los demás agentes del sistema dentro de cada ámbito territorial definido para el modelo, de esta manera alcanzará la habilitación técnica.



Tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social. Presentación MIAS.

Figura 19. Rol del asegurador

En el esquema de aseguramiento social colombiano hay un componente elevado de transmisión de funciones públicas por parte del Estado al asegurador, quien asume la responsabilidad del mantenimiento del estado de salud de la persona. El acceso y los resultados en salud comprenden las acciones que, además de la atención de las contingencias, plantea la intervención del asegurador en el manejo ex ante, es decir del manejo de los riesgos de salud.

³² Ibidem, artículo 28, párrafos 1 y 2

En cuanto al riesgo primario en salud, definido como la resultante de la delegación de la responsabilidad sobre el cuidado individual de la salud, comprende las contingencias que se producen entre los determinantes sociales que afectan a la persona y la consolidación del riesgo percibido, este conjunto de acciones configura la gestión del riesgo en salud, los cuales son responsabilidad del territorio en su componente colectivo y del asegurador en su componente individual.

La ficha de caracterización de UNISALUD tiene como objetivo garantizar los procesos de aseguramiento y prestación de servicios contemplados en el plan de beneficios en salud, orientando hacia la gestión, hacia la excelencia institucional, satisfacción de los afiliados y humanización de los servicios de salud, propendiendo por el cumplimiento de los altos estándares de calidad, gestión ambiental y responsabilidad social.

5.1.7.1. Ciclo PHVA³³

Planear: realizar por parte de UNISALUD un plan de acción acorde a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Salud de Boyacá. El producto es el Plan de acción.

Hacer: mediante los procedimientos establecidos, realizar la vinculación de los afiliados y contratar la red de prestadores de servicios de salud y suministro de medicamentos en aras de cumplir con el plan de beneficios en salud y manejo del riesgo para lograr la sostenibilidad financiera. Adoptar e implementar, según su competencia, las actividades de su proceso en coherencia con las disposiciones para la aplicación de los requisitos de las normas ISO 9001, ISO 14001, ISO 45000, ISO 27001, ISO 20000, de acuerdo con las directrices dadas por el direccionamiento del Sistema Integrado de Gestión – SIG de la Universidad. Los insumos son el formulario de afiliación y la declaración de salud. Los productos son la afiliación, la base de datos única de afiliados y las autorizaciones de servicios.

Verificar: el cumplimiento de las metas, derechos de petición y tutelas, seguimiento al plan de acción y análisis de las encuestas, taller de la gestión. A través del seguimiento de indicadores reflejar los resultados del proceso. Los insumos son los RIPS, reporte de indicadores, informes, soportes para el reconocimiento de los servicios prestados e incapacidades. Los productos son reconocimiento de los servicios prestados e incapacidades.

Actuar: definir acciones correctivas, preventivas y de mejora de acuerdo con los resultados de auditorías y el resultado de análisis de encuestas. Los insumos son peticiones, quejas reclamos, sugerencias, encuestas y los objetivos del Sistema Integrado de Gestión. Los productos son los informes respectivos y el Plan de acción aprobado y los seguimientos realizados.

Los documentos del proceso son:

- Código de ética y buen gobierno

³³ UPTC, Sistema Integrado de Gestión. Ficha de caracterización, código A-US-Z p,1



- tasa de satisfacción global
- siniestralidad
- porcentaje de ejecución presupuestal de ingresos
- afiliación y registro de novedades
- guía diligenciamiento formulario único de afiliación y novedades
- recepción y liquidación de incapacidades
- certificado de incapacidad
- relación de incapacidades
- reconocimiento de reembolsos
- solicitud de reembolso
- relación de pago
- actualización y recaudo de aportes
- planilla de pago de FOPEP
- recepción y auditoría de cuentas medicas
- reporte de glosas
- autorización de medicamentos y procedimientos ambulatorios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud
- acta de comité técnico científico
- orden de prestación de servicios
- referencia y contrarreferencia
- ficha de caracterización

Tabla 6. Indicadores ficha de caracterización

TIPO	NOMBRE	FORMULA
Eficiencia	siniestralidad	$\frac{\text{Total costo en salud del año} * 100}{\text{Total de ingresos operacionales del año}}$
Eficacia	Porcentaje de ejecución presupuestal de ingresos	$\frac{\text{Total ingreso operacional ejecutado en el semestre} * 100}{\text{Total, ingreso operacional proyectado}}$
Efectividad	Tasa de satisfacción global	$\frac{\text{Número total de afiliados que están satisfechos con los servicios recibidos} * 100}{\text{Número total de afiliados encuestados}}$

Fuente: UNISALUD – Sistema Integrado de Gestión

5.2. SALUD PÚBLICA

Comprende las siguientes acciones:

- Formular e implementar proyectos costo efectivos alineadas con las prioridades del territorio
- Diseñar e implementar procesos de evaluación y mejoramiento de la calidad de la información
- Establecer acuerdos y procedimientos con los demás integrantes del sistema de salud y de otros sectores
- Definir y desarrollar objetivos comunes
- Generar mecanismos de coordinación, alianzas estratégicas, cooperación e integración

Incorpora de los componentes del MAITE, las Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS:

- Plan Decenal de Salud Pública.
- Planeación integral para la salud.
- Rutas Integrales de Atención en Salud.
- Repositorio de las Rutas Integrales de Atención en Salud.
- Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano.

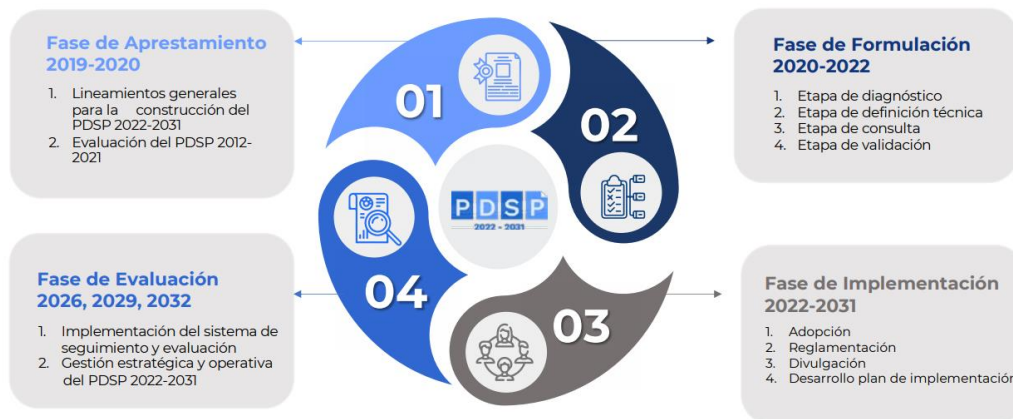
5.2.1. Plan Decenal de Salud Pública.

UNISALUD – UPTC dentro del modelo de atención tiene en cuenta lo establecido en el plan decenal 2022-2031 la cual está guiada por principios de: dignidad, progresividad, equidad, justicia social y distributiva, prevalencia del interés general, inclusión, transparencia e integralidad.

Estableciendo 3 grandes retos:

- Fortalecimiento de la articulación intersectorial para la gestión de los determinantes sociales de la salud.
- La interseccionalidad al reconocer que las múltiples discriminaciones incrementan la carga de desigualdades en salud en contextos históricos, sociales y culturales determinados.
- El fortalecimiento de la gestión territorial integral de la salud pública, a través de un modelo de gestión territorial que oriente, articule y permita reconocer y armonizar los intereses de los diferentes actores sectoriales e intersectoriales para la implementación de las acciones y, por tanto, el logro de los objetivos.

La implementación del plan decenal de salud contempla las siguientes fases:



Tomado de: ABECÉ DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022-2031

Figura 20. Fases de implementación plan decenal

5.2.2. Planeación integral para la salud

La planeación integral en salud es el conjunto de procesos relacionados entre sí, que permite a los entes territoriales definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan de Salud Territorial- PTS bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad.

El PTS debe incluir el Análisis de la Situación de Salud – ASIS, bajo el modelo de determinantes de la salud, la priorización de la caracterización poblacional afiliada a las EPS, demás EAPB y ARL, la priorización en salud pública y el componente estratégico y de inversión plurianual del plan territorial de salud³⁴.

La EAPB es responsable de:

- realizar la caracterización poblacional por cada municipio, distrito y departamento donde tenga afiliados y enviar la información al Ministerio de Salud y Protección Social en el anexo técnico definido para tal fin, a través de la plataforma PISIS del Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO y que esté disponible para las entidades territoriales de salud y los organismos de control.
- Diseñar y ejecutar en acuerdo con las IPS, las estrategias de demanda inducida para garantizar la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública, ajustados a las prioridades territoriales en materia de salud pública.
- Realizar las acciones de gestión de riesgo individual de sus afiliados.
- Concertar acciones conjuntas acordes con las prioridades del Plan Territorial de Salud, en articulación con las entidades territoriales de salud, departamentales y municipales en el marco de sus competencias³⁵.

5.2.3. Rutas Integrales de Atención en Salud.

Son la herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta a las atenciones e intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de:

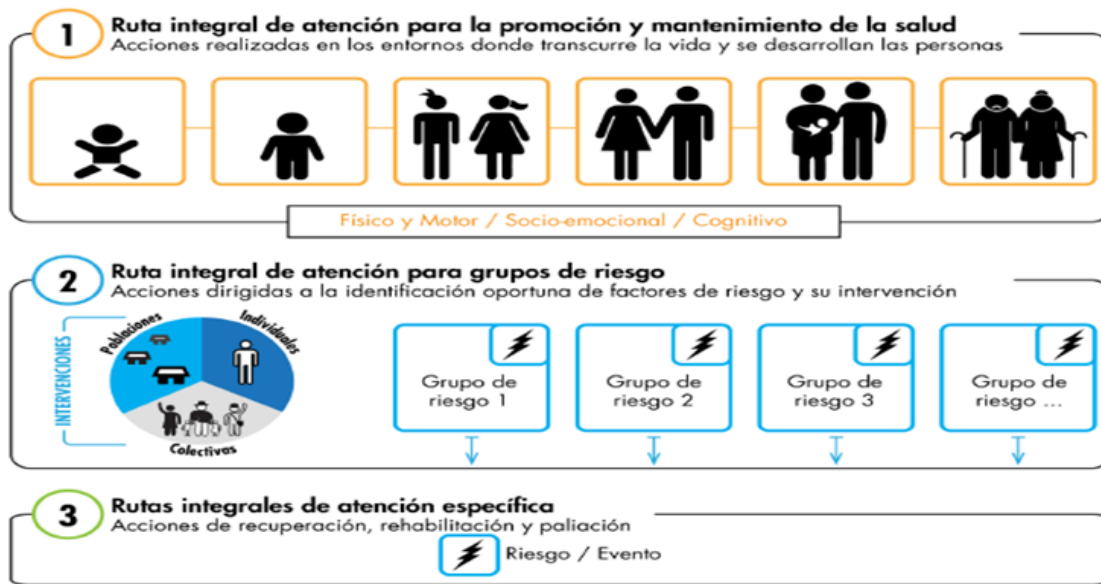
- Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades.
- Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación

³⁴ Ministerio de Salud y protección Social, Resolución 1536 de 2015, artículos 2 y 7.

³⁵ Ibidem, artículo 14

- Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos³⁶.



Tomado de: PAIS. Lanzamiento nacional. Pdf. MINSALUD.

Figura 21. Tramos de las rutas integrales de atención en salud

5.2.3.1. Características de las rutas:

- Describen explícitamente los elementos clave de la atención basada en la evidencia, las mejores prácticas y las expectativas de los usuarios.
- Permiten la integración organizada, mediante la secuenciación de las acciones multidisciplinarias de índole poblacional, colectiva e individual y las funciones de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.
- Fortalecen la comunicación entre los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

³⁶ Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS. P. 18



- Facilitan la identificación apropiada de los recursos humanos, de infraestructura y financieros.
- Precisan las responsabilidades de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud.
- Especifican resultados esperados de las intervenciones colectivas e individuales, dentro del proceso integral de la atención en salud³⁷.

5.2.3.2. Principios:

Centrado en los sujetos: las rutas integrales de atención en salud se centran en las personas, familias y comunidades, respetando opciones, cultura, contexto social y las necesidades específicas de los sujetos.

Seguridad y calidad: las rutas integrales de atención en salud ejercen la seguridad y calidad mediante la promoción de la práctica informada por la evidencia y el esfuerzo constante en la mejora de la calidad en todos los puntos de la prestación de servicios de salud.

Eficacia: las rutas integrales de atención en salud parten de la mejor evidencia disponible, identificando acciones e intervenciones eficaces para garantizar la atención integral en salud y en la adecuada prestación de servicios de salud.

Eficiencia: reducir los residuos y el costo total de la prestación de servicios de salud directos e indirectos; por ejemplo, los residuos de los suministros, equipos, espacio, capital y recursos humanos.

Equidad: las rutas integrales de atención en salud ofrecen oportunidades para abordar y cerrar las brechas socioeconómicas en el estado de salud.

La RIA define las atenciones para la promoción y mantenimiento de la salud, intervenciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad; así como educación para la salud potenciando el cuidado, que permita la reducción o mitigación del daño o la recuperación de la salud ante la presencia de un evento³⁸.

5.2.3.3. Componentes de las rutas integrales de atención en salud – RIAs

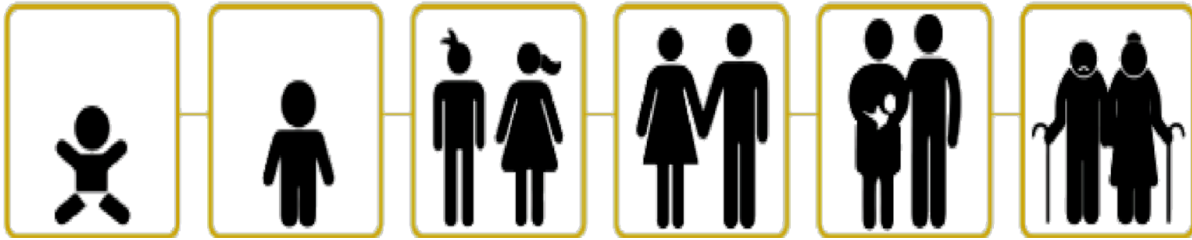
- **Momentos del curso de vida**

El enfoque de curso de vida no asume las diferentes etapas del ciclo vital por separado, sino que, por el contrario, se interesa por la manera en que un sujeto cambia a lo largo de la vida, por la

³⁷ Ibidem, p. 19

³⁸ Ibidem, p.20

comprensión del cambio como un fenómeno intrínsecamente vinculado a un entorno bio-social también en transformación, al que el sujeto se adapta permanentemente.



Tomado de: Redes integrales .pdf. MINSALUD

Figura 22. Cursos de vida

Los momentos vitales y su conceptualización acogidos por las RIAS son:

Primera infancia: Hace referencia al momento vital o etapa que comprende el desarrollo de los niños y las niñas desde su gestación hasta los 5 años de vida (Política de Primera Infancia, 2006; Ley 1098 de 2006).

Infancia: Desde la esfera biológica corresponde al periodo que cursa entre los 6 y los 11 años de edad, con un crecimiento regular menos acelerado que el de la primera infancia.

Adolescencia: Se refiere a hombres y mujeres entre los 12 y 17 años. No es solamente un periodo de adaptación a cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Juventud: Desde la esfera biológica hace referencia a hombres y mujeres entre los 18 y 28 años; sin embargo, el modelo integral de atención en salud propone superar su reconocimiento únicamente por la identificación de la capacidad biológica de reproducción y su tránsito hacia la adultez.

Adultez: Hace referencia a hombres y mujeres entre 29 y 59 años de edad. Diversas teorías subdividen esta etapa en periodos, teniendo en cuenta que las características y el desarrollo varían ampliamente en este rango de edad.

Vejez: Hace referencia a hombres y mujeres de sesenta (60) y más años de edad, sujetos de derechos, plenos y activos; poseedores de experiencias, capacidades y habilidades que les permiten participar y tomar decisiones respecto de situaciones que afecten su presente y su futuro, y contribuir en espacios familiares, sociales e intergeneracionales en los sistemas sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales de los que hacen parte³⁹.

5.2.3.4. Grupos de riesgo:

Un grupo de riesgo es un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de

³⁹ Ibidem, p.24-25

riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios⁴⁰. Los grupos de riesgo se conforman teniendo en cuenta grupos sociales de riesgo, enfermedades de alta frecuencia y cronicidad, enfermedades prioritarias en salud pública, enfermedades con tratamientos de alto costo, condiciones intolerables para la sociedad y enfermedades de alto costo⁴¹. El Ministerio de Salud y Protección Social ha definido como grupo de riesgo a un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten:

- La historia natural de la enfermedad,
- Factores de riesgo relacionados,
- Desenlaces clínicos y
- Formas o estrategias eficientes de entrega de servicios.

Los dieciséis (16) grupos de riesgo priorizados por el MSPS para la elaboración de rutas integrales de atención en salud son los siguientes:



Tomado de: Caracterización poblacional .pdf. MINSALUD

Figura 23. Grupos de riesgo priorizados

Para los grupos de riesgo conformados se define un proceso de atención integral que incluye acciones intersectoriales y sectoriales de gestión de la salud pública, e intervenciones individuales y colectivas. Asumiendo que los grupos de riesgo poseen características similares, es posible definir una respuesta social organizada y coherente, establecida como proceso de atención integral que permite su gestión integral⁴².

5.2.3.5. Entornos

Son los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales,

⁴⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016

⁴¹ Política de Atención Integral en Salud, Op.cit. p.49

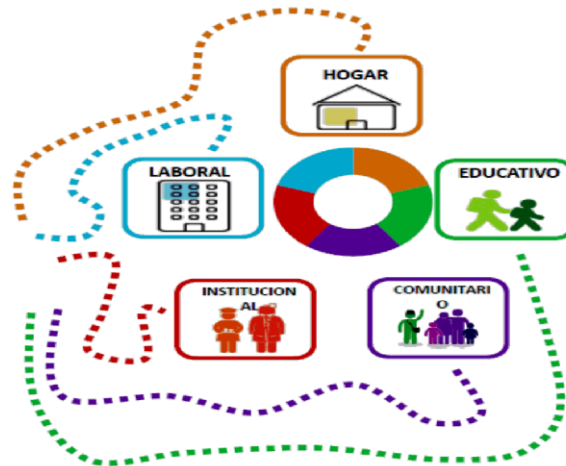
⁴² Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAs. Op.cit. p.26

físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea.

La Política de Atención Integral en Salud - PAIS define los siguientes:

Entorno hogar: Se comprende como el escenario de refugio, acogida y afecto. Constituye un espacio de residencia permanente y es fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales de base para la vida social, cultural y política de las personas y las familias. Por lo tanto, pueden ser hogares familiares o no familiares.

Entorno educativo: Comprende como escenarios de vida cotidiana donde la comunidad educativa desarrolla capacidades a través de procesos de enseñanza/aprendizajes contextualizados, que permiten la construcción social y reproducción de la cultura, el pensamiento, la afectividad, los hábitos y estilos de vida, que le brindarán mejores formas de vivir y relacionarse consigo mismo, con los demás y con el ambiente.



Tomado de: vigilancia en salud pública e IVC en el PAIS-MIAS. Pdf. MINSALUD

Figura 24. Entornos

Entorno laboral: Comprende como escenarios donde las personas e individuos se organizan para producir bienes y servicios, en condiciones que promueven y protegen la salud brindando bienestar a los trabajadores, sus familias y comunidades, con la participación activa en la eliminación y mitigación de los factores adversos a su salud. Comprende los escenarios laborales formales e informales.

Entorno comunitario: Se comprende como los espacios donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias; así como también, los espacios de relación, encuentro y desplazamiento, como son las infraestructuras, bienes y servicios dispuestos en el espacio público. Se compone de espacios abiertos, caracterizados por el libre acceso (plazas, parques, vías entre otros) y de espacio, ubicados en infraestructura de acceso permitido a los cuales la comunidad atribuye valor político, histórico, cultural y/o sagrado



(bibliotecas, ludotecas, casa de cultura, museos, teatros, templos, malocas, estadios, escenarios de participación entre otros).

Entorno institucional: Se comprende como los espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (públicas y privadas) donde interactúan los integrantes del Sistema de Salud para garantizar la atención integral en salud a los usuarios mediante intervenciones individuales y colectivas, teniendo en cuenta la disponibilidad de servicios habilitados, en el territorio y los atributos de calidad de la atención en salud⁴³.

5.2.3.6. Intervención:

Las intervenciones o atenciones en salud se conciben como acciones intencionadas y efectivas, encaminadas a: promoción de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, dirigidas a las personas, familias y comunidades en cada uno de los entornos en los que transcurre su vida. Estas intervenciones pueden desarrollarse en los niveles individuales o colectivos, a través de las modalidades de prestación de los servicios intramurales, extramurales o telemedicina, dependiendo de sus características y de las tecnologías disponibles y apropiadas a la realidad de cada territorio.

5.2.3.7. Tipos de intervenciones:

Las intervenciones poblacionales: aquellas que se aplican en grupos poblacionales, áreas, jurisdicciones o instituciones con el fin de modificar los contextos sociales, físicos, económicos o legislativos para que estos favorezcan los cambios de comportamientos deseados.

Las intervenciones colectivas hacen referencia al “conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio.

Las intervenciones individuales son aquellas dirigidas al individuo cuyo objetivo es lograr la atención integral en salud, que incluye acciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación⁴⁴

- **Hitos**

Corresponde a los resultados de la gestión y del proceso de atención que se convierten en trazadores y marcan la diferencia en el logro de resultados en salud en las personas, familias y comunidades.

⁴³ Ibidem, p.29

⁴⁴ Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 518 de 2015



Los hitos pueden recoger una o varias intervenciones en salud y se pueden referir a aspectos como coberturas, accesibilidad, pertinencia técnica y cultural, oportunidad, entre otros. Así mismo, deben estar soportados por la evidencia científica.

- **Desenlaces esperados o resultados en salud**

Son los cambios en las condiciones de vida, concepciones y prácticas que promueven, mantienen y recuperan la salud a la vez que favorecen el desarrollo integral de las personas, familias y comunidades; atribuidos a las intervenciones / atenciones en el continuo de la atención integral en salud. Los resultados no solo aluden a los que se deriven de las intervenciones sanitarias, sino que también implican las acciones que desde los otros sectores inciden sobre los determinantes sociales en salud.

De resultado final o impacto: Son los cambios esperados en las personas en cada momento del curso de vida, así como también, en las familias y comunidades; atribuidos al conjunto de atenciones/intervenciones contempladas en las RIAS y que se logran a partir de más de un resultado intermedio o de efecto, y generalmente a largo plazo.

De resultado intermedio o efecto: Son los cambios esperados en las personas en cada momento del curso de vida, en las familias y comunidades atribuibles a la garantía de una o varias atenciones contempladas en las RIAS y que pueden ser logrados en un corto o mediano plazo.

Resultados en calidad de la prestación de servicios de salud: Consiste en acciones sistemáticas y continuas que llevan a una mejora medible en los servicios de salud y el estado de salud de los grupos de riesgo o de pacientes específicos.

5.2.3.8. Categorías de la atención:

Acciones de gestión de la salud pública: proceso orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del sistema de salud, junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud.

Intervenciones de promoción de la salud: La RIAS, reconoce en este componente las intervenciones poblacionales y de educación para la salud, dirigidas a las personas, familias y comunidades, para el cuidado intencionado y consciente de su salud, a través de:

- Adopción de prácticas de cuidado, protección y mantenimiento seguro del ambiente.
- Alimentación saludable.
- Ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Desarrollo de habilidades sociales y emocionales.
- Construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales.
- Sana convivencia.
- Ejercicio del derecho a la salud.



Intervenciones de gestión integral del riesgo en salud: estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias.

Esta gestión integral del riesgo en salud, comprende un conjunto de acciones dirigidas a minimizar el riesgo de ocurrencia de enfermedad y a reducir la severidad de las consecuencias de la enfermedad, una vez ésta se ha presentado⁴⁵

De acuerdo con el Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de atención en salud, contenido en la Resolución, 3202 de 2016, se prioriza la implementación de las rutas de Promoción y mantenimiento de la salud, materno perinatal y cardio-cerebro-vascular, definidas por el Ministerio de Salud y Protección social.

Se tiene en cuenta la Resolución 3280 de 2018 para la adopción e implementación de las rutas de Promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal, con la socialización del modelo y de las RIAS al interior de la EAPB y a la red de prestadores, la adopción de los lineamientos y directrices de obligatorio cumplimiento, así como la conformación de la red primaria para la implementación de las rutas a partir de febrero 2 de 2021.

Desde el año 2016 se viene trabajando en la apropiación de los conceptos y lineamientos para la implementación de las rutas de atención integral en salud. Se ha reclasificado la población afiliada por momentos del curso de vida: primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez. Se adaptaron los lineamientos operativos de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal, los diagramas, flujogramas y matriz de intervenciones de las rutas promoción y mantenimiento de la salud, materno perinatal, cardio-cerebro-vascular, cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.

Se realizó la contratación de Talento humano adicional para el apoyo de la caracterización de la población y la implementación de las rutas (Epidemióloga y especialista en Administración en salud pública). Se cuenta con equipo técnico conformado por Directora, Enfermera de P y P, auditor de calidad e ingeniero de sistemas.

Se asiste a talleres de capacitación y realización de cursos virtuales, por parte del talento humano de la EAPB y reuniones con las entidades territoriales: Secretarías de salud de Boyacá y de Tunja.

Se tiene conformada la red de prestadores por componente primario y complementario y se viene realizando capacitación y asistencia técnica a las IPS primarias para la implementación de las rutas PMS y MPN, así como realizar los ajustes en los programas que permiten la implementación y el avance en la ruta cardio- cerebro- vascular con las acciones de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación, con la aplicación de las guías de práctica clínica y protocolos de manejo. Se prioriza este grupo de riesgo no solamente porque es una prioridad para el país en el cumplimiento de la meta 4 de los ODS, de reducir en un tercio la mortalidad por enfermedades no

⁴⁵ Resolución 1841 de 2013, p. 51. MINSALUD.



transmisibles, sino también porque es el grupo de mayor riesgo para UNISALUD. Las enfermedades no transmisibles son las mayores causas de morbimortalidad para la aseguradora, en especial la Hipertensión, la diabetes y sus complicaciones y una parte importante del alto costo.

Se avanza en el proceso de promoción de la salud a través de los estilos de vida saludable, la detección temprana a través de tamizaje de riesgo de HTA, diabetes y riesgo cardiovascular y la prevención de complicaciones a través de la atención de programas de hipertensos, diabéticos y de nefroprotección. Se adopta la ruta establecida por el Ministerio y se adaptan los diagramas y algoritmos, teniendo en cuentas las Guías de práctica clínica y la mejor evidencia disponible.

5.2.3.9. Ruta de promoción y mantenimiento de la salud (RPMS)

Propósito: Contribuir a la garantía del derecho a la salud y al desarrollo integral de las personas, familias y comunidades en los entornos donde viven y se desarrollan, mediante la atención integral en salud en lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la acción coordinada y efectiva del Estado y la sociedad sobre los determinantes sociales de la salud.

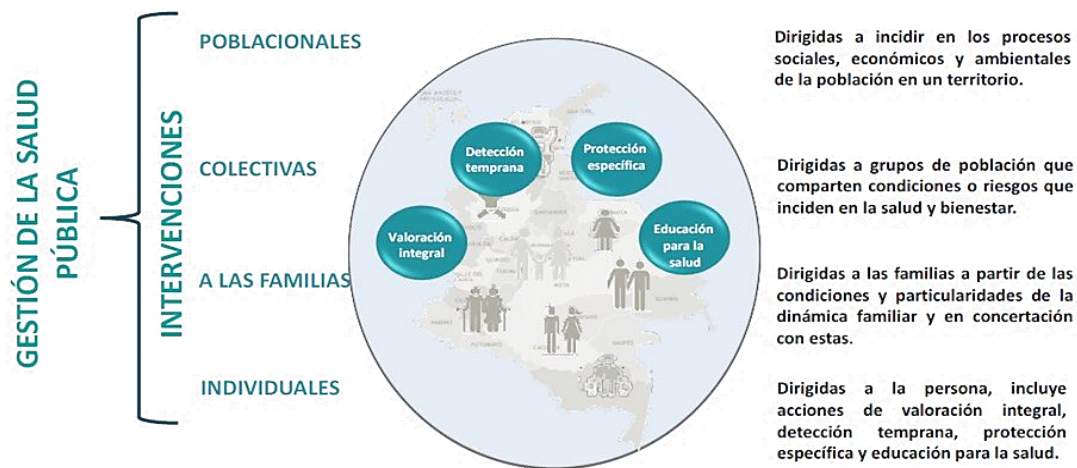
Objetivo General: Definir, ordenar e integrar las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades.

Objetivos Específicos

- Identificar y desarrollar capacidades, habilidades y prácticas en las personas, las familias y las comunidades para el cuidado y mantenimiento de la salud, potenciando su desarrollo.
- Identificar oportunamente vulnerabilidades, factores de riesgo, riesgos acumulados y alteraciones que emergen en cada momento vital, que ameriten acciones en salud a las personas, las familias y/o las comunidades, con el fin de referirlas para su manejo.
- Afectar los entornos para que sean protectores y potenciadores de la salud y el desarrollo.
- Realizar el seguimiento de la salud y el desarrollo integral de las personas en cada uno de los momentos de curso de vida.
- Establecer parámetros generales que articulen la acción de los diferentes actores territoriales en torno a la promoción de la salud, el desarrollo integral y la gestión del riesgo en salud de las personas, las familias y las comunidades.

Población Sujeto: La Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud está dirigida a todos los afiliados. Comprende las acciones enfocadas a facilitar el desarrollo integral y multidimensional de las personas, con miras a garantizar su estado de salud, incluyendo acciones en el individuo sano y aquel con presencia de factores de riesgo modificables, que aún no han

desarrollado patologías que requieran su abordaje a través de una Ruta Integral de Atención en Salud de grupo de riesgo o eventos específicos.



Tomado de: Rutas integrales. PDF. MINSALUD

Figura 25. Ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

La RPMS está reglamentada a través de la Resolución 3280 de 2018 y la Resolución 276 de 2021. Para la implementación de la ruta se distribuyó la población afiliada por momentos del curso de vida, donde se tienen en cuenta los lineamientos y las directrices de obligatorio cumplimiento para la definición de los servicios y tecnologías a desarrollar en cada momento: primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez. UNISALUD realizó la adaptación de los lineamientos y de los diagramas y algoritmos para que de manera conjunta con los prestadores primarios de la red se ejecuten las actividades con calidad y oportunidad; se socializa la ruta con la red de prestadores y se hacen los ajustes necesarios en cuanto a contratación, flujo de información, monitoreo y seguimiento. Se hace visita a las IPS primarias dos veces al año, se hace seguimiento a la entrega de informes mensuales y se revisa la ejecución de los programas de promoción y prevención. En el momento de la afiliación los usuarios reciben capacitación en el manejo de la página web, información en salud y se asigna la IPS primaria cercana a su domicilio; se orienta sobre los servicios a los que tienen derecho y la manera de acceder a ellos. También tienen la oportunidad de acceder a los programas de promoción que les ofrece la universidad.

5.2.3.10. Ruta integral de atención en salud materno perinatal

Propósito: Contribuir a la promoción de la salud y al mejoramiento de los resultados en salud maternos y perinatales, mediante la atención integral en salud, incluida la acción coordinada y efectiva del Estado, la sociedad y la familia sobre los determinantes sociales y ambientales de las inequidades en salud.



Objetivo general: Establecer las disposiciones técnicas y operativas de obligatorio cumplimiento para la prestación de la atención en salud a todas las mujeres, red de cuidado y el recién nacido, durante la etapa preconcepcional, la gestación, el periodo perinatal y el posparto.

Objetivos específicos

- Garantizar el acceso universal a las intervenciones de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – perinatal.
- Identificar y gestionar oportunamente vulnerabilidades, factores de riesgo, riesgos acumulados y alteraciones que inciden en la salud de la mujer gestante y del recién nacido.
- Afectar positivamente los entornos, las familias y las redes para que sean protectores y potenciadores de la salud de las mujeres gestantes y del recién nacido.
- Realizar el seguimiento a los resultados en salud esperados en las mujeres gestantes y en los recién nacidos.

Población sujeto y alcance: Todas las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, las mujeres gestantes, en parto y posparto, red de cuidado y el recién nacido hasta los siete días de su nacimiento ⁴⁶ afiliados a UNISALUD.

Las mujeres gestantes son una prioridad para UNISALUD y se busca el ingreso al programa de control prenatal desde las primeras semanas de gestación. Son atendidas en las IPS primarias de manera integral y de acuerdo con la clasificación del riesgo materno se les garantiza todos los servicios que sean necesarios. Para la atención del parto se tiene contratada a la red pública: Hospital san Rafael de Tunja, Hospital Regional de Duitama, Hospital Regional de Sogamoso, Hospital de Chiquinquirá, Hospital San Vicente de Paipa, Hospital de Moniquirá y Hospital San Francisco de Villa de Leiva. En cuanto a red privada se cuenta con Clínica Medilaser en Tunja, Clínica Boyacá en Duitama y Clínica el Laguito en Sogamoso. Se tiene convenio con la Universidad Nacional en Bogotá y la Universidad Industrial de Santander en Bucaramanga. La atención del puerperio y del RN se realiza en las IPS primarias, de acuerdo con la contrarreferencia de la IPS que atendió el parto.

Se realizó la adopción del lineamiento técnico de la resolución 3280 de 2018 para la implementación de la ruta materno perinatal y se adaptaron los diagramas y algoritmos para que conjuntamente con las red primaria y complementaria se brinde la atención con calidad y oportunidad a las usuarias; la atención comprende desde la consulta preconcepcional, hasta la atención del puerperio y el recién nacido y la derivación hacia la ruta de promoción y mantenimiento de la salud de la madre y el recién nacido. Se incluye también la opción de Interrupción voluntaria del embarazo a las mujeres que cumplan con los criterios establecidos en la normatividad vigente. Se realizó capacitación en esta temática a la red de prestadores y se tiene contrato con PROFAMILIA, para todo el proceso.

⁴⁶ Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAs, 2016

5.2.3.11. Ruta integral de atención cardio- cerebro-vascular.

El Grupo de Riesgo de Enfermedades cardiovasculares de origen aterogénico comprende las patologías que tienen en común factores de riesgo tales como: alimentación no saludable, inactividad física, consumo de productos derivados del tabaco y consumo nocivo de alcohol.

Los cambios fisiológicos y metabólicos que se producen, conducen a la presentación de cifras de tensión arterial elevada, cifras de glicemia elevadas, sobrepeso/obesidad, dislipidemia y disminución de la capacidad respiratoria que, si son persistentes, dan como resultado hipertensión arterial y diabetes mellitus con sus respectivas complicaciones asociadas⁴⁷.

Este grupo de riesgo es una prioridad para el país en cumplimiento de la Meta 4 de los objetivos de desarrollo sostenible: “para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar⁴⁸”.

El grupo de riesgo cardio-cerebro- vascular y metabólicas manifiestas comprende los eventos específicos de Diabetes Mellitus, Accidente cerebro vascular, Hipertensión Arterial Primaria, Enfermedad Isquémica Cardiaca, Infarto agudo de miocardio y enfermedad renal crónica.

5.2.4. Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

5.2.4.1. Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila:

Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública⁴⁹.

Eventos de Interés en Salud Pública. Son aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo—efectividad de las intervenciones, e interés público; que, además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública.

Listado de eventos en salud pública a los cuales se les realiza seguimiento estricto por parte de la EAPB

- Enfermedades huérfanas
- cáncer de cuello uterino
- cáncer de mama

⁴⁷ Ruta Integral de Atención cardio-cerebro-vascular. Ministerio de salud y Protección Social

⁴⁸ Promoción de la salud cardiovascular, prevención y control de la diabetes en Colombia, MINSALUD, 2018

⁴⁹ República de Colombia, Ministerio de salud Decreto 3518 del 2006 compilado en Decreto 780 del 2016



- mortalidad materna extrema
- morbilidad materna
- dengue
- VIH-SIDA
- hemofilia
- varicela
- parotiditis

y demás eventos relacionados en los protocolos y fichas epidemiológicas del instituto nacional de salud

5.2.4.2. Comportamiento de los Eventos de Interés en Salud Pública

Se realiza retroalimentación semanal de la notificación a través del Sistema de Vigilancia –SIVIGILA. Se hacen los ajustes pertinentes y se realiza seguimiento a los casos de acuerdo con las competencias de la Aseguradora y los protocolos del Instituto Nacional de Salud y la Secretaría de Salud de Boyacá.

Durante el año 2022, se presentaron los siguientes eventos de interés en salud publica en afiliados a UNISALUD:

Tabla 7. Eventos de notificación obligatoria. UNISALUD 2022

EVENTO	No. DE CASOS
Agresiones rábicas	6
Ca de mama	2
Dengue	1
Desnutrición Aguda	1
Enfermedades Huérfanas	2
Intento de Suicidio	1
Intoxicaciones	2
Varicela	2
Violencia intrafamiliar	1
TOTAL	18

Fuente: SIVIGILA

5.2.5. Monitoreo de procesos y evaluación de los resultados de la atención.

En las rutas integrales de atención específica se enumeran los hitos, que corresponden a hechos claves y fundamentales dentro del proceso de atención, los cuales sirven como puntos de control para el cumplimiento de las rutas y el análisis de las desviaciones que se producen durante la atención. A su vez, el seguimiento a la coordinación de las actividades realizadas por los diferentes agentes y la obtención de los resultados en el proceso de atención, se constituyen en los insumos para el desarrollo de este elemento de la gestión del riesgo en salud.



El seguimiento de los usuarios a lo largo del ciclo de atención (incluyendo procesos de apoyo y costos), de los indicadores para la gestión de riesgos atendiendo a los grupos de riesgo y las RIAs priorizadas, así como a indicadores para el seguimiento y evaluación de los resultados en salud y de la calidad en salud, son fundamentales para el mejoramiento continuo y la garantía del acceso oportuno, eficaz y con calidad a los servicios de salud. Es así como la información nominal proveniente de los RIPS y de los reportes relacionados con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento (Resolución 202 de 2012), facilita el seguimiento de las atenciones en salud que recibe cada persona durante el curso de vida y la evaluación de la integralidad de la atención y favorece la generación de alertas que orienten la acción oportuna de la aseguradora y los prestadores de servicios de salud.

El procedimiento de seguimiento a programas de promoción y mantenimiento de la salud inicia con el direccionamiento y socialización con la red de prestadores para la adopción de las guías dispuestas por el Ministerio de Salud para realización de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, que permitan la atención en salud acorde con las condiciones de salud identificadas y finaliza con la evaluación y seguimiento de actas de compromiso y planes de mejoramiento generados con los prestadores en relación con la prestación de los servicios de salud.

5.3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Comprende las siguientes acciones:

- Implementar y realizar seguimiento a la red integrada de prestadores de servicios de salud
- Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
- Definir procesos, procedimientos y mecanismos para la información, comunicación y transporte de personas
- Garantizar adecuadas coberturas de los servicios promocionales y preventivos
- Fortalecer los Sistemas de Información en Salud promoviendo la interoperabilidad y su operación en línea.

Incorpora de los componentes del MAITE, las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de salud:

- Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
- Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado, o documento de organización de los servicios de salud.
- Programa Acción Integral en Hospitales Públicos
- Ai Hospital.
- Planes bienales de inversiones públicas en salud.
- Programa de saneamiento fiscal y financiero.
- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – SOGC
- Transformación digital en el Sector Salud y TELESALUD

5.3.1. Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.

Para garantizar la atención integral y continua a la población se debe contar con los recursos técnicos, financieros, físicos y de talento humano que tengan capacidad de respuesta para promocionar y mantener la salud, atender los riesgos y los diferentes eventos de salud de la población., con servicios organizados bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad. En este contexto se establecen las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS, definidas como un conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, públicos y privados, ubicados en un ámbito territorial. El Modelo Integral de Atención en Salud plantea que las redes deben contar en su organización funcional con un prestador primario y un prestador complementario.

Prestador primario: Es el encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, para la resolución de los eventos ambulatorios más frecuentes a nivel personal, familiar y comunitario, cuenta con servicios de baja y mediana complejidad y especialidades básicas ambulatorias correspondientes al comportamiento epidemiológico de la población de la región.

Prestador complementario: Es el responsable del manejo del paciente cuando las condiciones de su enfermedad requieren de tecnología médica especializada no disponible por el prestador primario, también es responsable de la reducción de los riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad, del manejo de la prevención secundaria, y terciaria en la enfermedad crónica y de la multienfermedad.

Partiendo de las rutas integrales de atención para los distintos grupos para la gestión integral del riesgo en salud, UNISALUD planifica y organiza la red de servicios conforme a los requerimientos establecidos en las rutas y en el estudio de suficiencia de Red.

5.3.1.1. La gestión clínica por parte de los prestadores.

Las rutas integrales expedidas por el Ministerio y adaptadas y adoptadas por la Unidad, incluyen los criterios de atención por parte de los distintos prestadores, así como la toma de decisiones teniendo en cuenta la estratificación del riesgo de los usuarios y las reglas para su referencia y contrarreferencia.



Fuente: UNISALUD

Figura 26. Prestador primario y complementario

Los prestadores del componente primario y complementario de la red de servicios contratada por UNISALUD ejecutan la mayor parte de las acciones de gestión individual del riesgo a partir de la gestión clínica. Para el efecto desarrollan un modelo de prestación de servicios teniendo en cuenta los riesgos en salud de la población contratada, fortaleciendo a los equipos de trabajo para que involucren a los pacientes y sus familias durante la atención, realizando las intervenciones más efectivas, seguras y eficientes, acordes con la información científica disponible y que hayan demostrado capacidad para cambiar de modo favorable el curso clínico de la enfermedad y la calidad de vida⁵⁰.

5.3.1.2. Acompañamiento y relacionamiento con prestadores:

Este proceso desarrolla las actividades de seguimiento y control de los prestadores, necesaria para garantizar la calidad de la atención y los resultados esperados por la organización en materia de salud, las cuales se desarrollan por medio de la gestión de riesgo ambulatorio, en la red ambulatoria y la gestión de riesgo hospitalario en la red hospitalaria.

5.3.1.3. Seguimiento, impacto y evaluación de resultados:

Para este aspecto es muy importante evaluar cuáles son las dificultades que se presentan en un sistema para realizar el seguimiento y lograr los objetivos propuestos. (Ver Figura 27).



Fuente: s.d.

Figura 27. Dificultades en el control

La Finalidad de este Sistema está acorde a la política y sus objetivos de:

- Mejorar la salud de la población a la que servimos,
- Responder a las expectativas de las personas y

⁵⁰ Ministerio de Salud y Protección Social, Gestión integral del riesgo en salud, Op.cit p.29

- Brindar protección financiera

El impacto del modelo serán los resultados de la sumatoria de las tres líneas de evaluación: Económica, Asistencial y Satisfacción (cliente interno y externo), con sus respectivos indicadores; estos ítems se resumen en:

Línea Económica:

- Disminución, contención y/o redistribución del gasto en salud.
- Balance favorable o estable de los resultados de ingreso, gasto y costos operacionales.

Línea Asistencial:

- Disminución de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad distribuidas uniformemente en todos los grupos de edad y su respectivo impacto económico.
- Disminución de las muertes y discapacidad prematura.
- Comportamientos nocivos modificados, riesgos intervenidos, monitoreados o en seguimiento y permanencia del cambio en los usuarios post-intervención.
- Modificaciones en la percepción del riesgo por los usuarios e incremento en la aceptabilidad de las intervenciones preventivas.
- Gestión de la salud de la población altamente estructurada y sistemática a través del enfoque preventivo.
- Cumplimiento de las normas nacionales (PAIS, MAITE, RIAS)

Línea de Satisfacción:

- Mantenimiento de la satisfacción en un alto nivel del cliente interno y externo.
- Mejoría en la calidad de vida, en las distintas dimensiones del instrumento de riesgos (autopercepción de salud, privacidad, dinero, condición física, bienestar mental y emocional, diversión, vida familiar, trabajo, vida en general, salud en general).
- Aumento en la expectativa de vida por edades.

5.3.2. Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado, o documento de organización de los servicios de salud.

UNISALUD -UPTC en base los resultados de la caracterización población realiza concertación de objetivos y prioridades con los entes territoriales donde residen los afiliados.

5.3.3. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – SOGC

Consiste en establecer de forma clara y ordenada los procesos para el cumplimiento de la legislación vigente, (Ley 1122 de 2007, Decreto 1011 de 2006, circular única SUPERSALUD), como estrategias que garanticen la seguridad de la atención en salud de la red de prestadores contratada y una eficiente administración del Sistema de Seguridad Social en Salud por parte de la Unidad de Servicios de Salud UNISALUD de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

La información actual de la estructura organizacional, es organizada en manuales de funciones, procesos y procedimientos, plataforma estratégica; se evalúa y analiza la misión y visión y cumplimiento de las responsabilidades delegadas a cada funcionario de UNISALUD.

El área de Calidad de UNISALUD-UPTC, velara por el cumplimiento interno y de la red de prestadores de servicios de salud contratada, de lo dispuesto en el Sistema de Obligatorio de la Garantía de la Calidad, acorde con las normas que en materia expidan los entes de control y vigilancia, velando por su permanente actualización y aplicación en beneficio de los usuarios.

El Decreto 780 del 2016, establece el seguimiento de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para toda la población colombiana. El área de calidad de UNISALUD – UPTC desarrollara sistemática y continua evaluación de los estándares de calidad a los prestadores y a la EAPB, con el fin de establecer la extensión en que se cumplen los criterios dispuestos.

El Modelo de salud de UNISALUD-UPTC contribuye de forma estratégica para minimizar los riesgos y establecer nuevos mecanismos que actúen a favor de la atención del servicio de la población afiliada a la EAPB.

Objetivo general

Fortalecer la estructura y procesos del Sistema de Gestión de Calidad, monitoreando continuamente y de forma sistemática el cumplimiento de los estándares que deba cumplir UNISALUD-UPTC, evaluando e identificando oportunidades de mejora, con el fin de garantizar una atención segura de los usuarios acorde con los objetivos y criterios de calidad normativos vigentes.

Acciones:

1. Contar con un seguimiento estructurado, basado en el mejoramiento continuo para alcanzar niveles óptimos de calidad en la prestación del servicio (Comité de Calidad y Taller de Gestión).
2. Monitorear el cumplimiento de los estándares de habilitación en la red de prestadores de servicios de salud contratada dando cumplimiento a la normatividad vigente.
3. Ejercer a través del área de auditoría médica, auditoría concurrente priorizando patologías de alto costo, estancias prolongadas, casos especiales de auditoría, patologías costosas que no se encuentran clasificadas en alto costo, gestantes, etc.
4. Análisis de encuestas de satisfacción y PQRD
5. Realizar proceso de autoevaluación una vez al año y desarrollar Programa de Auditoría Para El Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), que permita el análisis y toma de decisiones para el mejoramiento sistemático y continuo de la prestación de los servicios.



Los usuarios de la EAPB UNISALUD – UPTC se encuentran satisfechos con los servicios ofrecidos en un porcentaje del 96,0% con corte al 31 de diciembre de 2022, complementado con un total de 204 felicitaciones recibidas durante el mismo periodo del año 2022.

Este resultado demuestra que las acciones tomadas durante el año 2022, van causando un efecto positivo en los usuarios, manteniéndolos como pilar fundamental de la gestión y orientación de las acciones de gestión del riesgo, así mismo se reitera el fortalecimiento de las acciones de mejora diseñadas e implementadas, las intervenciones asistenciales sobre los prestadores con miras a mejorar la resolutivez, el acceso y la oportunidad de atención, las campañas educativas y demanda inducida.

5.3.4. Transformación digital en el Sector Salud y TELESALUD

Para la operación del Modelo de Atención Integral en Salud se requiere un sistema de información de salud centrado en la persona, lo cual implica que la información debe recolectarse, analizarse y disponerse a partir del nivel individual y administrarse de tal forma que permita integrar parámetros de información establecidos por los diferentes agentes responsables de prestar una atención integral en salud.

Por tanto, las unidades de análisis podrían ser: la población de la entidad territorial, las personas cubiertas por una red de servicios o los afiliados a una EAPB en un ámbito territorial determinado.

Esto permite estimar los riesgos individuales y colectivos, realizar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones y sus efectos, hacer vigilancia epidemiológica y gestionar el riesgo en salud.

5.3.4.1. Sistemas de información de UNISALUD

La universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, en el Sistema Integrado de Gestión – SIG- presenta todos los documentos de procesos y procedimientos incluyendo los correspondientes a UNISALUD. Comprende los procesos de afiliación, novedades, atención a los usuarios, contratación, relación de pagos, PQRD, referencia y contrarreferencia, siniestralidad, entre otros.

La ruta para ingresar es: Página web de la Universidad: <http://www.uptc.edu.co/>, Ingreso al módulo administrativos, Ingreso al link Sistema integrado de gestión, ingreso al Link Mapa de procesos y luego al módulo procesos de apoyo, dar clic en el icono de UNISALUD; Se despliega una pantalla donde se pueden consultar los distintos documentos (ver figura 28).

A-US UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD - UNISALUD Líder: SANDRA MARITZA CONTRERAS PEÑA		
CODIGOS		
A-US-C01	CODIGO DE ETICA Y BUEN GOBIERNO	Versión: 4 de: 26/02/2021
FICHA DE CARACTERIZACION		
A-US-Z	FICHA DE CARACTERIZACION	Versión: 12 de: 21/07/2021
FICHA DE INDICADOR		
A-US-D02	TASA DE SATISFACCION GLOBAL	Versión: 6 de: 18/09/2018
A-US-D11	SINIESTRALIDAD	Versión: 2 de: 18/09/2018
A-US-D12	PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL DE INGRESOS	Versión: 4 de: 05/10/2022
PROCEDIMIENTO		
A-US-P01	AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES	Versión: 17 de: 22/11/2022
A-US-P03	RECEPCION Y LIQUIDACION DE INCAPACIDADES	Versión: 17 de: 22/11/2022
A-US-P04	RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS	Versión: 12 de: 22/11/2022
A-US-P05	ACTUALIZACION Y RECAUDO DE APORTES	Versión: 8 de: 22/11/2022
A-US-P08	RECEPCION Y AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	Versión: 13 de: 22/11/2022
A-US-P09	AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD	Versión: 14 de: 22/11/2022
A-US-P10	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Versión: 15 de: 22/11/2022
FORMATO		
A-US-P03-F01	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD	Versión: 3 de: 14/06/2016
A-US-P03-F02	RELACION DE INCAPACIDADES	Versión: 2 de: 26/10/2008
A-US-P04-F01	SOLICITUD DE REEMBOLSO	Versión: 2 de: 31/03/2014
A-US-P04-F02	RELACION DE PAGO	Versión: 1 de: 26/10/2008
A-US-P05-F01	PLANILLA DE PAGO DE FOPEP	Versión: 1 de: 26/10/2008
A-US-P08-F02	REPORTE DE GLOSAS	Versión: 1 de: 26/10/2008
A-US-P09-F02	ACTA DE COMITE TECNICO CIENTIFICO	Versión: 2 de: 29/05/2009
A-US-P09-F03	ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 4 de: 23/07/2019
GUIA		
A-US-P01-G01	GUIA DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y NOVEDADES	Versión: 1 de: 12/07/2016

Fuente <http://desnet.uptc.edu.co/SIGMA/WFMapaSignalV.aspx>

Figura 28. Informe de documentos

5.3.4.2. ATENCIÓN AL USUARIO

OBJETIVO: Conocer, direccionar y solucionar las solicitudes, insatisfacciones e inquietudes de los afiliados de la Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia - UPTC (UNISALUD-UPTC), con la finalidad de identificar, proyectar e implementar oportunidades de mejoramiento (si aplica), en aras de mejorar la satisfacción de los afiliados.

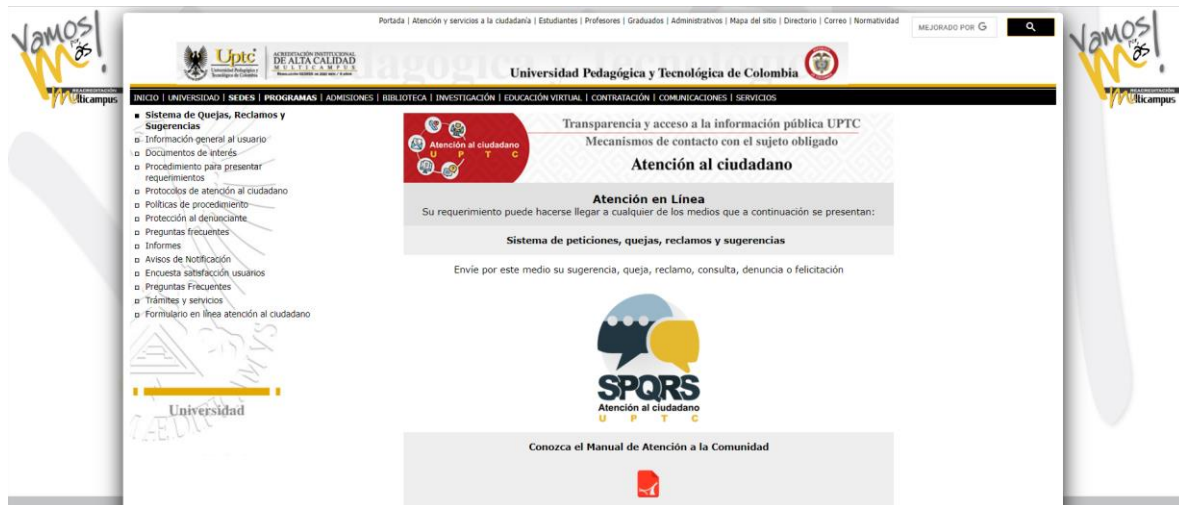
ALCANCE: Este procedimiento se aplica todas las solicitudes, insatisfacciones e inquietudes (peticiones, queja, reclamo, sugerencias, denuncias) presentadas por los afiliados, recepcionadas a través de los diferentes canales dispuestos por UNISALUD-UPTC, inicia desde la recepción de la PQRD y finaliza con la respuesta de fondo al afiliado y/o plan de mejora si aplica.

TRÁMITE: todas las solicitudes, insatisfacciones e inquietudes (peticiones, queja, reclamo, sugerencias, denuncias) presentadas por los afiliados, serán clasificadas según lo dispuesto en la normatividad vigente por parte de la Oficina de Quejas Reclamos para iniciar el trámite pertinente de asignación de la solicitud y recopilación de información según se requiera para la proyección de la respuesta final y se aporten los debidos soportes que requiera la solicitud.

CASOS DE RIESGO DE VIDA: Los casos que sean asignados a UNISALUD-UPTC, a través del aplicativo dispuesto por la Superintendencia Nacional de Salud, y los cuales estén marcados como RIESGO DE VIDA, tendrán prioridad en la resolución del mismo y el tiempo de resolución máximo será el otorgado por el ente de control.

ATENCIÓN PREFERENCIAL: UNISALUD-UPTC tiene establecido en sus diferentes áreas de interacción con los afiliados, información y orientación para la priorización de la atención en afiliados en condición de discapacidad, gestantes y adulto mayor entre otros, esto a través de ventanillas preferenciales y la debida señalización.

Además se cuenta con la disposición de los siguiente canales y estrategias de atención al usuario así: <http://www.uptc.edu.co/sqrs/index.html>






 <p>Chat UPTC</p>	Horario de atención: Lunes a jueves 9:00 a.m. - 12:00 m.
 <p>Correo Electrónico</p>	Envíe por este medio su sugerencia, queja, reclamo, consulta, denuncia o felicitación
 <p>Recepción de Notificaciones Judiciales</p>	Envío de notificaciones judiciales notificaciones.judiciales@uptc.edu.co
 <p>Preguntas frecuentes</p>	Encuentre las preguntas frecuentes para poder resolver su duda



Figura 29. Módulos de atención al ciudadano

5.3.4.3. MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS AFILIADOS

OBJETIVO: Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia - UPTC, propende por conocer, determinar y evaluar la percepción de los afiliados y su grado de satisfacción y expectativas, con el propósito de implementar cuando aplique oportunidades de mejora.

ALCANCE: Este procedimiento se aplica a la evaluación de la gestión de la Unidad de Servicios de Salud UNISALUD de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UNISALUD-UPTC). Inicia con la planeación del número de encuestas a verificar y termina con la definición del grado de satisfacción y elaboración de planes de mejoramiento cuando aplique.

Para la medición de la satisfacción de los afiliados, se tendrá en cuenta la aplicación de la encuesta en línea, recopiladas de manera trimestral en los periodos de marzo, junio, septiembre y diciembre, y luego con la realización de la tabulación se determine el valor numérico alcanzado como tasa de satisfacción global. Ver formato metodológico del indicador

Tabla 8. Identificación Indicador

Nombre o Denominación	Tasa De Satisfacción Global
Objetivo del Sistema Integrado de Gestión	6. Mejorar Continuamente La Gestión Hacia Su Modernización, Bajo Un Marco De Desempeño Eficiente, Eficaz Y Efectivo Del Sistema Integrado De Gestión.
Objetivo del Indicador	Identificar El Nivel De Satisfacción De Los Afiliados
RESPONSABLE	Líder De Proceso
PERTINENCIA DEL INDICADOR FRENTE AL PROCESO	Permite Conocer El Nivel De Satisfacción De Los Afiliados Con Los Servicios Y Trato Recibido Por Parte De Unisalud Y De Las Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud
FACTORES CLAVE DE EXITO	Pago Oportuno A La Red De Prestadores Oportuno Proceso De Referencia Y Contrarreferencia
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN Y ANÁLISIS	Auditor De Calidad - Secretaria

INDICADOR			
Tipo de Indicador	Frecuencia o Periodicidad de Medición y Análisis	Unidad de Medida	
EFFECTIVIDAD	TRIMESTRAL	PORCENTAJE	
FÓRMULA			
$\frac{\text{NUMERO TOTAL DE AFILIADOS QUE ESTAN SATISFECHOS CON LOS SERVICIOS RECIBIDOS}}{\text{NUMERO TOTAL DE AFILIADOS ENCUESTADOS}} \times 100$			*
FUENTE QUE ORIGINA LA INFORMACION			
Numerador		Denominador	
ENCUESTAS DE SATISFACCION A LOS AFILIADOS		ENCUESTAS DE SATISFACCION A LOS AFILIADOS	
RANGO DE ANALISIS			
Tendencia	Límite Inferior	Límite Superior	Meta Establecida
ASCENDENTE	85 %	100 %	90 %
MEDICIÓN Y ANÁLISIS DEL INDICADOR			
Meses de Medición y Análisis	MARZO, JUNIO, SEPTIEMBRE, DICIEMBRE		
ASPECTOS METODOLOGICOS			
DETERMINAR LA MUESTRA DE LA POBLACION AFILIADA A ENCUESTAR Y REALIZAR LAS ENCUESTAS DE SATISFACCION Y SU RESPECTIVA TABULACION Y ANALISIS			

5.3.4.4. Gestión de la información

UNISALUD implementa un sistema de información que permita realizar la trazabilidad de los usuarios a lo largo del ciclo de atención, la clasificación de riesgo de cada afiliado, facilitando el conocimiento de la historia familiar, del estilo de vida, de factores de riesgo asociados a determinantes de la salud intermedios, así como de las condiciones médicas y los costos derivados del proceso de atención. Variables como el diagnóstico principal, las complicaciones y

comorbilidades, la edad, el sexo, los procedimientos realizados, los medicamentos utilizados y el prestador donde se realizan los servicios pueden incidir en la intensidad del uso de recursos y su conocimiento es importante para entender la variabilidad en el costo de la atención y para la formulación y ajuste de diferentes alternativas de sistemas de pago. Igualmente, el sistema de información debe permitir realizar un seguimiento a los resultados obtenidos en el proceso de atención.

UNISALUD es el sistema de información de UNISALUD, ejecutado en su totalidad por la Dirección de TICS de la UPTC. Es un software a la medida de las necesidades, para llevar a cabo gran parte de las actividades de Afiliación, Novedades, Incapacidades, Autorizaciones y Auditoría de Cuentas en un solo sistema integrado y confiable.

La UPTC cuenta con políticas para el desarrollo de Software que garantiza la integridad, privacidad y disponibilidad de los datos que hagan parte de sus sistemas de información, por tal razón SIUNISALUD cumple con las normas técnicas exigidas en estos aspectos.

El sistema fue realizado en .NET y base de datos ORACLE, lo que brinda alta compatibilidad con gran parte de los Sistemas Operativos y al ser diseñado para plataforma Web ofrece universalidad para el acceso y operación.

La UPTC asignó recursos tecnológicos de punta para permitir acceso seguro y constante 24/7 al aplicativo por parte de los funcionarios y usuarios de UNISALUD.



Fuente: Dirección de TICs -UPTC

Figura 30. Módulos de SIUNISALUD

Se crearon módulos para cada una de las áreas de trabajo de UNISALUD, cada módulo contiene al menos submódulos de administración, registro e informes.



Figura 31. Submódulos auditoría de cuentas

Fuente: Dirección de TICs –UPTC

Cada submódulo realiza tareas específicas como generación de informes, ingreso de información a través de formularios y la impresión de formatos tanto internos como externos. Dentro de la generación de informes se tuvo en cuenta la normativa nacional del Ministerio de Salud y de Supersalud, para cumplir con las exigencias de dichas entidades⁵¹.

SIAFI es el Sistema Administrativo y Financiero de la UPTC, el cual fue desarrollado a la medida de las necesidades de la institución y fue adquirido a la Empresa IT-GOP S.A.S. El sistema SIAFI contiene los siguientes módulos:

Contratación: Se realizan los documentos relacionados con el proceso de contratación de acuerdo con el estatuto de contratación de la Universidad, incluye el proceso precontractual, contractual y poscontractual.

Planeación: Módulo por el cual se carga la información relacionada con los proyectos de ingresos y gastos de la Universidad, el presupuesto general, el presupuesto de ingresos y gastos y el plan anual de necesidades.

Finanzas: Módulo que contiene los procesos de:

- Presupuesto: CDP, RPC, reservas de apropiación, devolución de ingresos, reintegro de gastos y cuentas por pagar.
- Tesorería: Comprobantes de ingresos y egresos, notas débito y crédito, recaudo de bancos, recibos de caja.
- Comprobantes de tesorería: Descuentos y retenciones, devoluciones de descuentos, acreedores y órdenes de tesorería.

Programación Financiera: Programación de ingresos y gastos

Capital Humano: Comisiones de personal y Liquidación de nómina.

⁵¹ Documento Descripción técnica y funcional sistema de información de UNISALUD - SIUNISALUD, 2018

Administrativa:

- Bienes (Altas, Bajas, Salidas, Traslado cuentadante, Traslado bodegas, depreciaciones).
- Caja Menor: Constitución, legalización, reembolso y liquidación.

Operaciones comerciales:

- Cartera (Recibos para abono de factura, acuerdos de pago, cartera notas débito y crédito, intereses de mora)
- Recibos de Facturación (Recibos de pago).

Consultas e informes: El sistema cuenta con un módulo para generar reportes e informes financieros.

Herramientas de configuración y administración del sistema⁵².

5.3.4.5. Información en salud.

La información en salud es una acción estratégica que pretende generar un clima cultural apropiado para la promoción de salud y calidad de vida y aportar a la construcción de otras formas de comprender y cuidar la salud. La UNIDAD se expresa fundamentalmente en la difusión a través de medios de comunicación, como los relacionados en la figura 23.

Estos medios son utilizados para el suministro de información sobre:

- Derechos y deberes en salud.
- Promoción de prácticas para el cuidado de la salud de las personas, las familias y sus entornos.
- Riesgos en salud y mecanismos para la prevención o mitigación de riesgos
- Mecanismos de participación social en salud.
- Rutas Integrales de Atención en Salud y mecanismos que permitan evitar o reducir barreras de acceso a los servicios de salud.
- Promoción de donación de sangre, órganos y tejidos (incluyendo la donación de leche humana).

La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia – UPTC dispone de la página Web institucional a través de la cual se puede ingresar al link de UNISALUD. La dirección electrónica es www.uptc.edu.co

Al ingresar a la página de UPTC, en la parte inferior se encuentra el logo de UNISALUD. Al ingresar a esta página los usuarios, prestadores, entidades territoriales, entes de control y población en general puede ingresar a los módulos establecidos y que se pueden observar en la figura 31. Tanto

⁵² Documento Descripción técnica y funcional Sistema de información administrativo y financiero – SIAFI, 2018

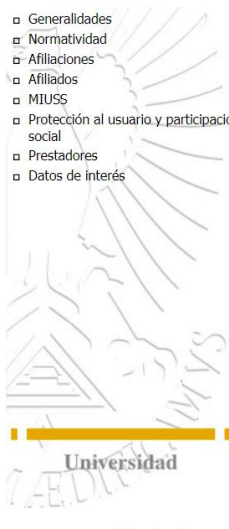


los usuarios como los prestadores de servicios de la red, reciben capacitación en el proceso de acceso e interacción con la página web de UNISALUD.



Fuente: UNISALUD

- Generalidades
- Normatividad
- Afiliaciones
- Afiliados
- MIUSS
- Protección al usuario y participación social
- Prestadores
- Datos de interés



Generalidades	Normatividad
Afiliaciones	Afiliados
Modelo integral de atención en salud MIUSS	Protección al usuario y participación social
Prestadores	Datos de interés
COVID - 19	Vacunación COVID - 19
PAPSIVI	Eutanasia
Viruela Símica	

Línea exclusiva AFILIADOS UNISALUD

LA PREVENCIÓN NOS UNE
Si presentas síntomas comunícale a la línea COVID-19

3175140357 Unisalud 24 horas

HORARIO DE ATENCIÓN	
Público en General	Autorizaciones
8 a.m. a 12 m. 2 p.m. a 6 p.m.	8 a.m. a 11 a.m. 2 p.m. a 4:30 p.m.

Figura 32. Página web UNISALUD

Fuente: http://www.uptc.edu.co/unisalud_uptc/index.html

5.3.5. Cobertura red de prestadores

Acorde a lo definido en el modelo de atención y suficiencia de Red, se planea y contrata la red con características y distribución necesaria para ejecutar efectivamente la gestión de riesgo necesaria para lograr los resultados esperados.

UNISALUD tiene una red contratada y tiene convenios con UNISALUD de la Universidad Nacional de Colombia, UNISALUD de la Universidad Industrial de Santander en Bucaramanga y el Fondo de Salud de la Universidad del Valle en Cali, para la atención de sus usuarios, así como también atiende los afiliados de los servicios de salud de estas Universidades, que se encuentren en el departamento de Boyacá.

UNISALUD – UPTC cuenta con cobertura de nivel primario y atención de urgencias en el 100% los municipios de Boyacá donde hay usuarios afiliados a UNISALUD –UPTC. Se garantiza que el 100% de los usuarios cuente con red de prestadores acorde con las necesidades de atención y lo dispuesto en el plan de beneficios en salud vigente.

El 100% de la red de prestadores de servicios de salud contratada por UNISALUD-UPTC, se encuentra con habilitación vigente ante la Secretaria de Salud respectiva, según lo dispuesto en la normatividad vigente.

En la página WEB de UNISALUD se encuentra la información de los prestadores de salud a nivel nacional por ciudad o por especialidad, siguiendo el siguiente enlace:

http://www.uptc.edu.co/unisalud_uptc/index.html - ingresar por el módulo de afiliados.

Generalidades	Normatividad
Afiliaciones	Afiliados
Modelo integral de atención en salud MIUSS	Protección al usuario y participación social
Prestadores	Datos de interés
COVID - 19	Vacunación COVID - 19
PAPSIVI	Eutanasia
Viruela Símica	

Figura 33. Módulos sitio web UNISALUD

Luego, en el módulo de afiliados dar clic en estos submódulos para obtener la información que se requiera con referencia a los prestadores.



En los siguientes links se puede consultar de manera actualizada la red de prestadores:

Centros Médicos y hospitalarios:

https://www.uptc.edu.co/sitio/portal/sitios/unisalud/04_afiliados/prestadores/index.html#

Urgencias y farmacias:

http://www.uptc.edu.co/unisalud_uptc/04_afiliados/1_urgencias

5.3.6. Suficiencia de red

UNISALUD – UPTC realiza el análisis de Suficiencia de la Red de Prestadores de Servicios de Salud con el fin de conformar una red de prestación de servicios suficiente y equilibrada entre la demanda y oferta de servicios requerida para la atención de los afiliados en cada uno de los cinco municipios del departamento de Boyacá donde se cuenta con cobertura de afiliados; este se realiza en función de las características epidemiológicas, demográficas y ubicación geográfica.

Es por esto que se toman en cuenta variables que orienten la evaluación de la disponibilidad y calidad de los recursos declarados por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la totalidad de municipios en los que se tiene población afiliada.

El análisis de suficiencia de Red de Prestadores de servicios de Salud determina e identifica aspectos necesarios que orienten la eficiencia del proceso de contratación llevado a cabo por parte de UNISALUD-UPTC por niveles de complejidad, según la relación oferta y demanda descrita, partiendo de las necesidades en salud identificadas en la población a través del perfil epidemiológico, y en concordancia con el actual modelo de atención en salud y las rutas integrales de atención en salud que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social.

Este análisis se ha realizado a partir de la información entregada por las IPS y permitirá aproximarnos a identificar algunas variables epidemiológicas de morbilidad y mortalidad y de prestación de servicios, del comportamiento de estas en lo concerniente a oferta y demanda de servicios, insumos importantes para la planeación de la contratación de la red de prestadores para la actual vigencia 2023 y para futuras vigencias.

5.3.6.1. Objetivo general

Determinar la suficiencia de la oferta Vs demanda de servicios de salud de la red prestadora que permita garantizar la cobertura y prestación del Plan de Beneficios en Salud a la población afiliada a UNISALUD - UPTC, dando cumplimiento a las características del SOGC: Accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad⁵³ y de acuerdo a las necesidades en salud de la población dentro del marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud –RIAS, la Política de Atención Integral

⁵³ Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016



en Salud – PAIS, el Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE y la gestión preventiva del riesgo en salud.

5.3.6.2. Usos del análisis

La utilidad del análisis se fundamenta en la importancia que reviste el proceso de gestión del riesgo, a través de la conformación de una red de prestadores coherente con las características de la morbilidad y mortalidad de la población afiliada, y acorde con los lineamientos establecidos en las RIAS, el Modelo de Atención en Salud de la EAPB, la Política de Atención Integral en Salud, el MAITE, la gestión del riesgo en salud y la planificación de los recursos para cada vigencia. Cada año se elabora el documento de suficiencia de red, que se encuentra disponible en UNISALUD –UPTC.

5.3.7. Autorizaciones

El proceso de autorizaciones forma parte del Sistema de Información de UNISALUD y hay un módulo destinado a este servicio.

El Afiliado entrega en la oficina de autorizaciones de UNISALUD la solicitud de servicios elaborado por el prestador. El técnico administrativo verifica que el afiliado se encuentre activo en la Base de Datos y el servicio solicitado se encuentra en el Plan de Beneficios en Salud.

Si el Afiliado no se encuentra activo en la Base de Datos, se le comunica y no se genera la Orden de Prestación de Servicios. El Afiliado debe dirigirse a la Oficina de Afiliaciones para verificar su estado y los requerimientos necesarios para realizar su activación.

Si el servicio solicitado no corresponde a alta complejidad o Procedimiento quirúrgico, se genera la orden de Prestación servicios, el responsable de la recepción de la orden de prestación de servicios debe firmar la copia y el técnico administrativo debe devolver el formato de solicitud de servicio original recepcionada y la orden de prestación de servicios generada por el Sistema, al afiliado.

Si el servicio solicitado corresponde a un procedimiento o medicamento de ámbito ambulatorio no incluido en el plan de beneficios en salud, se debe aplicar el procedimiento denominado Autorización de Procedimientos y Medicamentos Ambulatorios no incluidos en el plan de beneficios en salud.

Si el servicio solicitado es de alta complejidad, se solicita el formato original de la orden de solicitud de servicios y Epicrisis diligenciada por el prestador en sus formatos definidos institucionalmente, y se remite a estudio y/o aprobación por parte de Auditoría Médica. El tiempo de generación de la autorización será de 72 horas hábiles siguientes a la solicitud.

Si el servicio no es aprobado se debe dar respuesta mediante el Formato de Negación de Servicios de Salud y/o Medicamentos o Acta de Comité Técnico Científico (CTC), implementado acorde a los dispuesto en el procedimiento denominado Autorización de Procedimientos y Medicamentos Ambulatorios no incluidos en el plan de beneficios en salud, dejando copia del recibido de la orden de prestación de servicios entregada. Si es aprobado se genera la Orden de Prestación de Servicios,



dejando la copia firmada por quien recibe y se le devuelve el formato original de solicitud de servicios al usuario⁵⁴.

5.3.8. Referencia y contrarreferencia

Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

Referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

Contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas Indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la Institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

El prestador de servicios de salud (médico, odontólogo), diligencia la solicitud de orden de servicios. Si el servicio solicitado corresponde a un Traslado del paciente de una institución de menor complejidad a una de mayor complejidad, se realiza contacto con la institución receptora o de admisión (referencia), para coordinar la viabilidad y aceptación del traslado, teniendo en cuenta la disponibilidad de la red de prestadores al momento del trámite.

Los medios de comunicación con el área de autorizaciones son: Correo electrónico (autorizaciones@uptc.edu.co) / líneas telefónicas (8) 7425269 - (8) 3175140358.

UNISALUD tiene conformada una red de prestadores disponible y suficiente, que cubre todos los niveles de complejidad, y se cuenta con el servicio de transporte. Los fines de semana y festivos, las comunicaciones se realizan a través de la línea celular, que funciona 24 horas.

UNISALUD- UPTC dispondrá de archivo en Medio magnético que contiene las mismas características del formato orden de prestación de servicios A- US- P09-F03 generado por el software Institucional y el cual será utilizado en los casos de fallas en la conectividad de la red de la UPTC, de funcionamiento incorrecto del software y/o en casos de fuerza mayor que impidan el acceso a las instalaciones de la UPTC⁵⁵.

5.3.9. Comité Técnico Científico –CTC.

⁵⁴ UPTC-SIG. UNISALUD. Procedimiento referencia y contrarreferencia. Código A-US-P10

⁵⁵ UPTC. Sistema Integrado de Gestión. Informe de documentos A-US-P10. Referencia y contrarreferencia



El comité está conformado por un representante de UNISALUD UPTC y su suplente, un representante de los prestadores de salud y su suplente y un representante de los usuarios y su suplente. Tiene como funciones:

- Evaluar, aprobar o negar las solicitudes presentadas por los médicos o profesionales de la salud tratantes de los afiliados, servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud.
- Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, para lo cual se elaborarán y suscribirán las respectivas actas.
- Definir las condiciones, los procedimientos, los formatos y los registros para la solicitud y aprobación de medicamentos esenciales, procedimientos e insumos o ayudas diagnósticas que se encuentran por fuera del Plan de Beneficios de UNISALUD UPTC.
- Presentar un informe trimestral al Director de la Unidad que contenga el comportamiento de los casos analizados⁵⁶.

El procedimiento es el siguiente:

El Técnico Administrativo recibe la Solicitud de servicios NO incluidos dentro del Plan de Beneficios en Salud (Actividades, Procedimientos e Insumos o Ayudas diagnósticas) ambulatorio, diligenciado por parte del prestador de servicios de salud. Lo entrega en la oficina de Autorizaciones de la Unidad de Servicios de Salud UNISALUD junto con la documentación requerida.

Si corresponde a un servicio NO incluido dentro del Plan de Beneficios en Salud (actividades, procedimientos e insumos o ayudas diagnósticas) ambulatorio, recibe y entrega las solicitudes al Comité Técnico Científico para su estudio; el afiliado debe entregar el formato de solicitud de servicios no incluidos dentro del plan de beneficios definido y diligenciado por el prestador en el cual se justifica los servicios solicitados.

El Comité Técnico Científico se reúne y estudia los casos, revisa soportes y analiza la pertinencia. Se elabora acta según formato A-US-P09-F02, dejando constancia de las decisiones tomadas (aprobación o negación de la solicitud) y entrega a la secretaria. Si el comité aprueba la solicitud de servicios no incluidos dentro del plan de beneficios se entrega orden de prestación de servicios al Afiliado dejando copia del recibido. Si el comité niega la solicitud de servicios no incluidos dentro del plan de Beneficios, entrega Formato de Negación de Servicios de Salud y/o Medicamentos diligenciado, en el formato establecido por la Superintendencia Nacional de Salud, dejando copia del recibido. La secretaria entrega acta con todos sus soportes, para su archivo⁵⁷.

5.3.10. Demanda inducida, promoción y prevención

Tiene como objetivo organizar, incentivar y orientar a la población afiliada a UNISALUD, a vincularse a los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades ofertados por la red

⁵⁶ UPTC. Consejo Superior Universitario. Resolución 5863 de 2022

⁵⁷ UPTC. UNISALUD. Autorización de Procedimientos y Medicamentos Ambulatorios no incluidos en el plan de beneficios en salud



de prestadores de UNISALUD, con el fin de minimizar la incidencia de enfermedades prevenibles mediante la identificación de grupos de riesgo y direccionamiento a programas y rutas de atención. La enfermera de gestión de riesgos, identifica los riesgos en salud de los afiliados mediante el análisis consolidado de la declaración de salud y el formulario de afiliación, RIPS, autorizaciones, cuentas médicas, auditoría, seguimiento a las IPS primarias y complementarias, para clasificarlos según corresponda por grupo de edad o programa especial.

Los usuarios reciben orientación acerca de los mecanismos de asignación de consulta en coordinación con las IPS primarias para la vinculación efectiva al programa de promoción y prevención y/o programas especiales.

Se diligencia formato respectivo del proceso de demanda inducida realizado con los afiliados que especifique los contactos efectivos y no efectivos de la gestión realizada. El proceso se realiza mediante comunicación escrita, correo electrónico o vía telefónica.

El seguimiento a los programas de Promoción y Prevención consiste en verificar y realizar control al cumplimiento de las guías y rutas de atención establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, por parte de la red de prestadores contratada, según la oferta de programas de promoción y prevención y de programas especiales.

El proceso inicia con el direccionamiento y socialización con la red de prestadores de las rutas y guías de atención de acuerdo con las condiciones de salud identificadas y finaliza con la evaluación y seguimiento de actas de compromiso y planes de mejoramiento generados con los prestadores con relación a la prestación de los servicios.

La enfermera de gestión de riesgos realiza la socialización de guías y rutas con la red de prestadores y se determinan los registros de los programas que permitan medir la adherencia. Se realiza reporte mensual de los indicadores de interés de cada uno de los programas.

Se realiza visita a las IPS primarias dos veces al año, cuando cuentan con más de 500 afiliados y una vez al año cuando cuentan con 200 o menos afiliados, para auditoría de cumplimiento, mediante muestreo de historias clínicas, revisión de RIPS y aplicación de lista de chequeo por cada uno de los programas.

Se hace revisión trimestral de las bases de datos de los pacientes con patologías crónicas verificando adherencia y oportunidad de la atención. Los informes de auditoría se analizan y se genera retroalimentación, actas de compromiso y planes de mejoramiento según los hallazgos encontrados con los prestadores en cuanto a los programas.

5.4. TALENTO HUMANO EN SALUD

Comprende las siguientes acciones:

- Contribuir a la gestión por competencias, dignificación del talento humano en salud y cierre de brechas.

- Fortalecer los procesos de la información y el conocimiento del talento humano en salud.

Incorpora el componente de Fortalecimiento del talento humano del MAITE

El Modelo de atención Integral en Salud exige el fortalecimiento del recurso humano en salud para lo cual deben realizarse acciones a nivel de formación, planificación y gestión.

5.4.1. Política de Talento humano en salud

La Atención Primaria en Salud, la medicina familiar, el cuidado de la salud, el enfoque diferencial y la gestión integral del riesgo como elementos estratégicos del MAITE requieren ajustes en la forma como se piensa, se forma y se gestiona el talento humano en salud. Las redes integrales de servicios, las rutas integrales de atención y los incentivos centrados en la salud de las personas determinan en gran medida las acciones que a futuro se deben tener en cuenta en el campo del talento humano⁵⁸.

El fortalecimiento en las capacidades de gestión del talento humano en salud, hace parte de los propósitos de UNISALUD, que motiva a su red de prestadores a capacitar al talento humano, promueve el trabajo digno, el pago oportuno de sus servicios, la formación continuada y la garantía de empleo estable. La contratación de IPS primarias exclusiva en Tunja, Duitama, Sogamoso y Chiquinquirá favorece las dinámicas de formación y retroalimentación de los procesos.

5.4.1.1. Habilitación de servicios

La Resolución 3100 de 2021 define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, pero no establece competencias para el talento humano, pues estas se encuentran definidas en los programas académicos aprobados por el Ministerio de Salud.

Acciones de formación continua: son las actividades de capacitación del talento humano autorizado para ejercer una ocupación, profesión o especialidad, dirigidas a adquirir, fortalecer o actualizar los conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes, para su actuación idónea en cada uno de los servicios de salud que sean ofertados. Este proceso se desarrolla por el prestador de servicios. Constancia de asistencia: es el documento que evidencia que el talento humano en salud ha participado en acciones de formación continua. Estas incluyen todas aquellas resultantes de las herramientas aplicadas por el prestador.

El talento humano en salud que preste directamente servicios de salud debe cumplir con los requisitos exigidos en las normas que regulen la materia para ejercer la profesión u oficio.

El estándar de talento humano define el perfil o los perfiles mínimos, según aplique, que se deben garantizar para la habilitación y prestación del respectivo servicio de salud⁵⁹.

⁵⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de talento Humano en salud, 2018

⁵⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2021. Anexo técnico



Los prestadores deberán garantizar al momento de la contratación con UNISALUD-UPTC la suficiencia e idoneidad de los profesionales de salud requeridos según la oferta de servicios habilitada ante la entidad territorial competente y de la misma forma UNISALUD-UPTC en la realización de visitas de seguimiento a los prestadores, constatará:

- El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.
- cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.

5.4.2. ReTHUS

La sigla ReTHUS hace referencia a la inscripción, en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.

En el ReTHUS se señala también la información sobre las sanciones del talento humano en salud que, según el caso, reportan los Tribunales ético-disciplinarios del área de la salud, autoridades competentes o los particulares a quienes se les deleguen las funciones públicas⁶⁰.

Le corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud garantizar que el talento humano en salud cuente con la autorización expedida por la autoridad competente para ejercer la profesión u ocupación, es decir su inscripción en el ReTHUS, para el cumplimiento de los estándares de habilitación, así como para el acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC⁶¹.

5.5. FINANCIAMIENTO

Comprende las siguientes acciones:

- Generar capacidad y eficiencia en los procesos presupuestales
- Adecuada ejecución de recursos de salud

Incorpora el componente Redefinición del esquema de incentivos, del MAITE

El sistema de incentivos es un conjunto de estímulos orientados a lograr los resultados esperados en salud. Para la implementación del MAITE se requiere ajustar el esquema de incentivos a lo largo de la cadena de provisión de servicios de salud, para que los productos sean viables sin arriesgar la sostenibilidad del sistema y de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad por parte de los agentes.

⁶⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. ABECE Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS)

⁶¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Circular externa 0036 de 2021



Los incentivos para el usuario deben traducirse en la autorización integral de las actividades definidas en las rutas integrales de atención en salud; y para los prestadores primarios y complementarios que componen la red integral de prestación de servicios es la garantía del pago a lo largo de la cadena de prestaciones suministradas. Tanto el asegurador como el prestador y los proveedores de insumos deben encaminarse hacia los fines que el Ministerio de Salud, en su ejercicio de la rectoría determine.

5.5.1. Seguimiento a la ejecución de los recursos

UNISALUD-UPTC, cuenta para su funcionamiento, con los siguientes recursos:

- El valor de las cotizaciones para servicios de salud conforme a lo dispuesto en la ley.
- Ingresos por cuotas moderadoras, copagos o de cualquier otro producto análogo que se pueda comercializar.
- El producto de las inversiones que efectúe UNISALUD - UPTC, con sus recursos.
- El valor de las multas y demás sanciones pecuniarias que se impongan.
- Las sumas que a cualquier título se transfieran, por cualquier persona, con destino a UNISALUD-UPTC.
- Los aportes por UPC adicional
- Los recobros realizados a la ARL o la póliza de alto costo

Para el manejo de los recursos de UNISALUD-UPTC, se tendrá una unidad presupuestal dentro del presupuesto general de la universidad, que se denominará UNISALUD, con la finalidad exclusiva de facilitar la ejecución de los recursos que les sean asignados, con cargo a éste; igualmente, se realizarán las acciones de los ingresos, traslados, deducciones y adicionales autorizadas por el Rector o Director de acuerdo con la delegación del gasto⁶².

La cotización es una obligación que tiene todo trabajador afiliado de aportar en Seguridad Social, teniendo en cuenta la calidad de Sistema Universitario propio en salud y conforme a lo dispuesto por la Ley 647 de 2001 y el artículo 204 de la Ley 100 de 1993. Las cotizaciones de sus afiliados, mantendrán los siguientes parámetros:

- Los miembros del personal académico, los empleados públicos administrativos y los trabajadores oficiales, harán la cotización obligatoria conforme a lo establecido por la Ley.
- La cotización para los pensionados, igualmente se someterá a lo establecido por la ley, independiente de la administradora que pague la pensión.
- Quienes perciban ingresos adicionales por otra relación laboral o como trabajadores independientes, siendo afiliado activo o pensionado bajo la base del Sistema Universitario, deberán efectuar las cotizaciones conforme a lo dispuesto por la ley.

El recaudo de la totalidad de la cotización de los servidores públicos activos y afiliados a UNISALUD-UPTC, es responsabilidad de la Universidad, en razón al proceso de Gestión de Talento Humano.

⁶² Consejo Superior Universitario UPTC. Acuerdo 003 de 2021. Artículo 10.



Del recaudo total que se efectúe por concepto de cotizaciones, se girará el porcentaje correspondiente para la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, dentro de los términos establecidos en la ley⁶³.

5.5.2. MIPRES

MIPRES, es una herramienta tecnológica que implementa el Ministerio de Salud y Protección Social para garantizar el acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios.

UNISALUD, administradora de régimen especial de salud, no es una entidad obligada a compensar y no realiza recobros a la ADRES; autoriza los servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios mediante el comité técnico científico.

5.5.3. UPC, Copagos, cuotas moderadoras

Las cuotas moderadoras y copagos son pagos compartidos que los afiliados y beneficiarios hacen al Sistema. Estos se incrementarán a partir el primero (01) de enero de cada año, en el porcentaje que determine el Gobierno Nacional o cuando la Junta Administradora de UNISALUD-UPTC, haga la recomendación correspondiente a la Rectoría de la Institución, expidiéndose por Resolución Rectoral.

Las cuotas moderadoras tienen por objeto, regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso. Para efectos de facilitar el cobro de las cuotas moderadoras, los valores serán en pesos, su cuantía será establecida por categorías, donde quien tenga menor ingreso base de cotización pague un menor valor.

Los Copagos tienen como fin, financiar el servicio respecto a los beneficiarios únicamente. Para efectos de facilitar el cobro, su valor será establecido garantizando la existencia de categorías según el ingreso base de cotización y fijándose por el competente los toques máximos⁶⁴.

5.5.4. Auditoría de cuentas medicas

Consiste en verificar el cumplimiento de los requisitos del acuerdo de voluntades y la pertinencia médica, de la facturación presentada por los prestadores de servicios de salud como cobro de los servicios prestados a UNISALUD. Este procedimiento aplica para toda la facturación presentada por los prestadores de servicios de salud.

Se realiza auditoria de pertinencia médica a las cuentas. Se evalúa estancias, valores cobrados por actividades y procedimientos, valor cobrado por copago, control de administración de

⁶³ Ibidem, artículos 11 y 12

⁶⁴ Ibidem, artículo 26



medicamentos, epicrisis y otros soportes y/o reportes que complementan la factura; según criterio del auditor de cuentas, se realiza glosas utilizando el formato de reporte de glosas Código: A-US-P08-F02. Si la facturación revisada no presenta glosa se realizan las actividades pertinentes para el pago.

Si la facturación validada presenta glosa en el reporte, se registra glosa en el sistema y dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura formato A-US-P08-F02. No se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. Se elabora relación de descuento y se descuenta el valor de la glosa a la facturación y se tramita pago.

5.5.5. Incapacidades

El procedimiento de pago de incapacidad es el mecanismo que permite liquidar y pagar a los afiliados Cotizantes de UNISALUD, la contraprestación de ley por concepto de Incapacidad luego del lleno de los requisitos para tal fin. Para los beneficiarios se realiza la respectiva transcripción.

La incapacidad se radica en el Formato de relación de Incapacidades A-US-P03-F02 y se transcribe incapacidad en el formato de Certificado de Incapacidad A-US-P03-F01. Se verifica el tipo de incapacidad y la pertinencia del pago. Se hace el procedimiento respectivo y se envía informe a la oficina de talento humano de la Universidad, para tramitar el pago.

5.5.6. Reembolsos

Este procedimiento tiene como finalidad establecer los parámetros y la metodología que garanticen el trámite oportuno y pago efectivo de las solicitudes de reembolsos recepcionadas en UNISALUD. El procedimiento inicia con la recepción y revisión de la solicitud de reembolso y termina con la aprobación o negación por parte de auditoría médica UNISALUD.

Se diligencia el formato de Solicitud de Reembolso AUS-P04-F01 y se anexan los soportes exigidos en el Reglamento de afiliaciones y Prestación de Servicios de Salud del Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud. Si los documentos cumplen los requisitos, el Auditor Médico y/o director los revisa para aprobación o negación. Si los documentos no cumplen los requisitos, devuelve la solicitud del reembolso al afiliado para que corrija la inconformidad. El trámite y pago del reembolso estará a cargo única y exclusivamente en cabeza del afiliado cotizante.

5.5.7. Reportes

El proceso de Gestión financiera en Salud permite garantizar la planeación, asignación, control y seguimiento de los recursos disponibles por UNISALUD-UPTC para la contratación de la red de prestadores en los diferentes niveles de complejidad (baja, mediana y alto costo)



Dentro de la gestión realizada, se cuenta con un sistema de información que permite para generación de autorizaciones según el requerimiento del usuario bajo la debida prescripción del profesional en salud, que permite generar informes y seguimientos de la demanda de servicios de salud de la población afiliada con el fin de establecer el comportamiento del gasto en salud. Trimestralmente se analiza los resultados financieros de la unidad. Se realizan las siguientes acciones:

- Cálculo periódico sobre los ingresos percibidos por cotizaciones obligatorias
- Monitoreo y control sobre el gasto en salud.
- Elaboración de informes del comportamiento de la demanda de servicios.
- Presentación de informes a los entes de vigilancia y control y rendición de cuentas.

5.5.8. Sistema de administración de riesgos

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) independiente de su naturaleza, número de afiliados y localización geográfica están constantemente expuestas a diferentes factores ya sean internos o externos que generan cierta incertidumbre frente al cumplimiento de sus objetivos estratégicos, creando escenarios adversos para el normal desempeño de la Entidad con una posible afectación sobre su razón de ser que es el afiliado; este efecto no deseado sobre la trazabilidad de los objetivos de una entidad se conoce como “riesgo”.

En consecuencia, es fundamental disponer de un Sistema de Gestión de Riesgos el cual esté definido por una política de administración y liderado por la alta dirección a fin de lograr el cumplimiento de los objetivos del sistema de una manera más eficiente y efectiva; de igual manera, es esencial crear un proceso sistemático y continuo que permita la gestión del riesgo por medio de su identificación, análisis, evaluación, tratamiento y comunicación al interior de la entidad con el fin de generar las medidas requeridas y suficientes, desde la planificación y control, para determinar estas actividades como parte del desarrollo de los procesos.

El Sistema de Gestión de riesgos de UNISALUD – UPTC utiliza una metodología con un enfoque integral que contiene la relación e interdependencia entre los diferentes riesgos definidos por la Circular externa 5 la cual “establece los lineamientos generales (criterios, parámetros y recomendaciones mínimas) que las entidades que administran el REE deben incorporar en el diseño del Sistema de Administración de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos asociados en sus actividades en salud” con el fin de generar estrategias que contribuyan al alcance de los objetivos de la entidad, representados en un mapa de riesgos consolidado en el presente documento bajo la guía de orientación por procesos.

La base estructural para la elaboración del manual del Sistema de Gestión de Riesgos de UNISALUD – UPTC se basa en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles de la función pública y la Circular 5, la cual establece los lineamientos generales (criterios, parámetros y recomendaciones mínimas) que las entidades que administran el REE deben incorporar en el diseño del Sistema de Administración de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos asociados en sus actividades en salud como los que se presenta a continuación:

- **Gestión del Riesgo en Salud:** El riesgo para la salud se entiende como la probabilidad de que ocurra un evento indeseable, evitable y negativo para la salud de un individuo, que también puede ser el deterioro de una condición previa o la necesidad de consumir más bienes y servicios que hubieran podido evitarse.
- **Gestión del Riesgo Actuarial:** Se entiende por riesgo actuarial la capacidad de sufrir pérdidas económicas por la ocurrencia de muchos eventos futuros e inciertos que finalmente generan impactos sobre los estados financieros de las EPS y está relacionado con los estados financieros.
- **Gestión del Riesgo de Crédito:** El riesgo de crédito corresponde a la posibilidad de que la entidad sufra pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos pactados. Para implementar este subsistema, UNISALUD crea procesos y procedimientos internos de gestión del riesgo de crédito que incluyen la evaluación del riesgo por contraparte y el límite de exposición por contraparte asociado con la evaluación del riesgo. Esta determinación de riesgo incluye la exploración y análisis de Cuentas Bancarias y Fondos de Inversión Colectivas.
- **Gestión del Riesgo de Liquidez:** El subsistema de administración de riesgo de liquidez debe permitir que una entidad identifique y determine el riesgo de liquidez en el que incurre, con base en los flujos de ingresos y egresos de efectivo y equivalentes de efectivo, consistentes con las operaciones y transacciones económicas creadas como resultado de eventos económicos realizados en la ejecución de su actividad.
- **Gestión del Riesgo de mercado de capitales:** El riesgo de mercado de capitales corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas por un aumento inesperado de las obligaciones con los acreedores, tanto internos como externos, o por la pérdida del valor de los activos, por variaciones en las tasas de interés, por la tasa de cambio o cualquier otra referencia que afecte algún elemento. de los estados financieros de la entidad.
- **Gestión del Riesgo Operacional:** El riesgo operacional corresponde a la probabilidad de que una entidad presente desviaciones de los objetivos misionales de sus procesos por deficiencias, no conformidades o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos y biomédicos, en infraestructura, por fraude y corrupción, ya sea por causa internas o por eventos externos, entre otros.
- **Gestión del Riesgo de Fallas del Mercado:** El riesgo de falla del mercado corresponde a la probabilidad de que la estructura del mercado de salud genere una pérdida en bienestar y beneficios de la entidad. Por ejemplo, mercados monopólicos o autoritarios; prácticas de competencia desleal (como selección de riesgos, barreras de acceso a los servicios, entre otros).

De acuerdo con la política de la gestión de riesgos de UNISALUD, se encuentra enfocada a la creación y protección de valor, contribuyendo así al logro de los objetivos y la mejora del desempeño, de igual manera parten de información íntegra y veraz que es incorporada en el marco de gestión de riesgo determinado por la unidad. Siendo enfocada a los subsistemas anteriormente mencionados, realizando una gestión dinámica, reiterativa, y de mejora continua mediante el monitoreo, seguimiento y revisión de los riesgos.

5.6. LINEAMIENTOS ENFOCADOS A ELIMINAR BARRERAS DE ACCESO

Comprende las siguientes acciones:

- Adaptar las atenciones en salud y las formas de prestación de los servicios en condiciones de aceptabilidad, accesibilidad y calidad
- Fortalecer la implementación del enfoque diferencial en el desarrollo del talento humano en salud, y la formación continua en el territorio
- Fortalecer la disponibilidad de información y evidencia de la atención en salud diferencial de las personas y colectivos.
- Monitoreo de la oportunidad de asignación de cita según lo dispuesto en la Resolución 1552 de 2013 y 256 de 2014.

5.6.1. Digiturno

UNISALUD con el fin de facilitar el acceso a los trámites y servicios a las personas con algún tipo de discapacidad, adultos mayores y mujeres embarazadas, los cuales cuentan con las herramientas adecuadas para garantizar de manera eficiente, eficaz y efectiva, la atención preferencial en condiciones de igualdad.



Figura 34. Digiturno Oficina Unisalud

5.6.2. Lineamientos enfocados a eliminar barreras de acceso al servicio para población diferencial.

5.6.2.1. Víctimas de violencia de género

En UNISALUD las víctimas son prioridad en la atención y a través de UNIRIESGO, el proceso de gestión del riesgo y del Modelo Integral de atención MIUSS, se establecen medidas para prevenir y orientar a los afiliados para denunciar oportunamente y buscar atención de salud ante cualquier situación de violencia que se presente.

Si una mujer es víctima de violencia o está en riesgo de feminicidio, tiene derecho a:

- Recibir orientación e información sobre sus derechos, las formas de hacerlos efectivos, los servicios y entidades encargadas para su atención y protección integral.
- Recibir atención integral en salud física, mental, sexual y reproductiva
- Acceder a medidas de protección específicas e inmediatas para proteger su vida, la de su familia y evitar que los hechos se repitan o agraven.
- Acceder a la justicia, denunciar los hechos para que sean investigados y el agresor sea juzgado y castigado.

UNISALUD prioriza la RIA de violencias y tiene establecidos los documentos de atención para víctimas de violencia basada en género, víctimas de ataques con ácido y violencia a población LGBTIQ+.

5.6.2.2. Población LGTBIQ+

En UNISALUD, se hace necesario contar con lineamientos, instrumentos, ruta de atención a personas con talento humano capacitado que garantice los servicios de salud de calidad y oportunidad y protección a las personas LGBTIQ+ que son víctimas de violencia o que requieran el servicio en salud. Esto, mediante la prestación de atención oportuna, amplia, concertada y diferencial que se manifieste en articulación con el municipio.

Se brindan los servicios de salud a personas LGBTIQ+, reconociendo que es una población con problemas de salud comunes a toda la población afiliada pero también con necesidades específicas, de acuerdo con su experiencia de vida, hábitos, condiciones sociales y particulares, que requieren tratamientos diferenciados y no excluyentes, que le garantice el derecho fundamental a la salud.

- Se brindan los servicios de salud a personas LGBTIQ+, reconociendo que es una población con problemas de salud comunes a toda la población afiliada pero también con necesidades específicas, de acuerdo con su experiencia de vida, hábitos, condiciones sociales y particulares, que requieren tratamientos diferenciados y no excluyentes, que le garantice el derecho fundamental a la salud.
- Se garantiza el derecho a la confidencialidad y privacidad de la información en todos los niveles de atención, tanto administrativos como asistenciales, en la atención directa a la



persona y en el manejo de la información que se obtiene (Afiliación, declaración de salud, historia clínica, registros, etc.)

- Se hará énfasis en la atención de salud, en grupos sociales especialmente vulnerables como personas con discapacidad, consumidores habituales de sustancias psicoactivas (SPA), adultos mayores, personas que viven con VIH, o en riesgo de contraerlo, entre otros.
- Promoción de acciones para garantizar una vida libre de violencias a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con orientaciones sexuales e identidades de género diversas.
- Fortalecimiento de procesos de formación continua al talento humano sobre la implementación del enfoque de orientaciones sexuales e identidades de género diversas.
- Promoción del desarrollo de estrategias para la difusión y promoción de los derechos de las personas de los sectores LGBTIQ+ en el ámbito de la salud.
- No se presentarán barreras de acceso a los servicios de salud, generadas en procedimientos administrativos, de aseguramiento, de oferta y calidad del servicio o capacidad del personal.
- Brindar acompañamiento a las personas con orientaciones sexuales e identidades de género víctimas de violencia sexual para enfrentar sus consecuencias e impactos tanto físicos como psicológicos.

5.6.2.3. Adultos mayores

Los adultos mayores también son prioridad para UNISALUD. Se tiene la atención preferencial en ventanilla y además en las IPS primarias se estableció la atención a través de cursos de vida en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. De igual manera se tienen programas especiales como el de prepensionados y pensionados para prevención y control de factores de riesgo y atención de las enfermedades prevalentes en este grupo de edad.

Se brindan los servicios de salud a personas LGBTIQ+, reconociendo que es una población con problemas de salud comunes a toda la población afiliada pero también con necesidades específicas, de acuerdo con su experiencia de vida, hábitos, condiciones sociales y particulares, que requieren tratamientos diferenciados y no excluyentes, que le garantice el derecho fundamental a la salud.

5.6.2.4. Personas con discapacidad

El enfoque diferencial comprende la prestación de servicios de salud humanizados, que promuevan la inclusión social, el ejercicio de la ciudadanía y el reconocimiento de las poblaciones sujeto de atención diferencial, con calidez, calidad y oportunidad.

UNISALUD cuenta con 9 afiliados con discapacidad, por lo tanto, les brinda los servicios requeridos, eliminando barreras y garantizando la atención preferencial en la sede administrativa y en las IPS de la red.

Se tiene en cuenta la normatividad vigente: Constitución política de Colombia, Ley estatutaria 1618 de 2013 (derechos de las personas con discapacidad), Ley 1751 de 2015 (Ley estatutaria de salud), Circular 010 de 2015 (garantizar el derecho a la atención en salud), Resolución 429 de 2016 (Política integral de atención en salud), Resolución 1516 de 2016 (promueve el registro de población con



discapacidad en el RLCPD) y Resolución 123 de 2020 (certificación de discapacidad y registro de localización y caracterización de personas con discapacidad).

Se garantizan los siguientes elementos:

- Servicios contenidos en el plan de beneficios con oportunidad e integralidad
- Agendas abiertas para la asignación de citas en la red primaria y priorización en la asignación de citas por especialistas.
- Priorización para la autorización de servicios y procedimientos que lo requieran
- Valoración por equipo interdisciplinario de acuerdo con el compromiso clínico y evitar la fragmentación en los servicios que se brindan.
- Prescripción de los servicios que requiera de manera clara, específica y comprensible para el paciente y para todos los actores del sistema, por parte del profesional de la salud.
- Promover en el paciente y su familia el autocuidado, el cuidado de la salud de las familias y el uso racional de los servicios de salud.

5.6.2.5. Registro y localización de las personas con discapacidad

La Resolución 113 de 2020, establece el proceso de Certificación de Discapacidad. El RLCPD es una plataforma donde se registra la información resultante de la realización del procedimiento de certificación de discapacidad del solicitante, con el fin de establecer la caracterización y localización geográfica, en los niveles municipal, distrital, departamental y nacional. El RLCPD hace parte del Sistema de información de la Protección Social SISPRO y es la fuente oficial de personas con discapacidad en Colombia⁶⁵

Para la realización del proceso se requiere la conformación de un equipo multidisciplinario de salud. Este equipo estará conformado por tres profesionales, quienes deberán estar registrados en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social. Cada integrante será de un área diferente, donde se incluya un médico general o especialista y dos profesionales de alguna las siguientes áreas: Fisioterapia, Terapia ocupacional, Fonoaudiología, Psicología, Enfermería, Optometría o Trabajo Social⁶⁶.

UNISALUD adopta los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y seguirá entregando los certificados de discapacidad, hasta que se implemente el proceso establecido en la Resolución 113 de 2020. El procedimiento está establecido en el documento Atención a personas con discapacidad en UNISALUD.

5.6.2.6. Grupos étnicos.

UNISALUD- UPTC en pro de la inclusión del enfoque diferencial étnico en el marco de la atención integral de nuestros afiliados, genera como insumo para el desarrollo de estrategias interculturales

⁶⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 113 de 2020, artículo 3 Numeral 3.3

⁶⁶ Ibidem, artículo 12

que posibiliten atenciones con pertinencia cultural, de esta manera promover y construir procesos de atención en salud enfocados a los diferentes grupos étnicos existentes sin discriminación alguna a aportando instrumentos conceptuales y metodológicos para su atención.

Al implementar estas estrategias se espera reconocer y promover la autonomía y los derechos colectivos de los pueblos y las implicaciones de estos en el diseño y gestión de procesos de atención integral en salud. Para ello se espera formar al personal de salud y adecuar la capacidad institucional para atender a una población según sus características territoriales; las dos anteriores se operan a través de la estrategia de adecuación técnica y sociocultural de programas y servicios de salud.

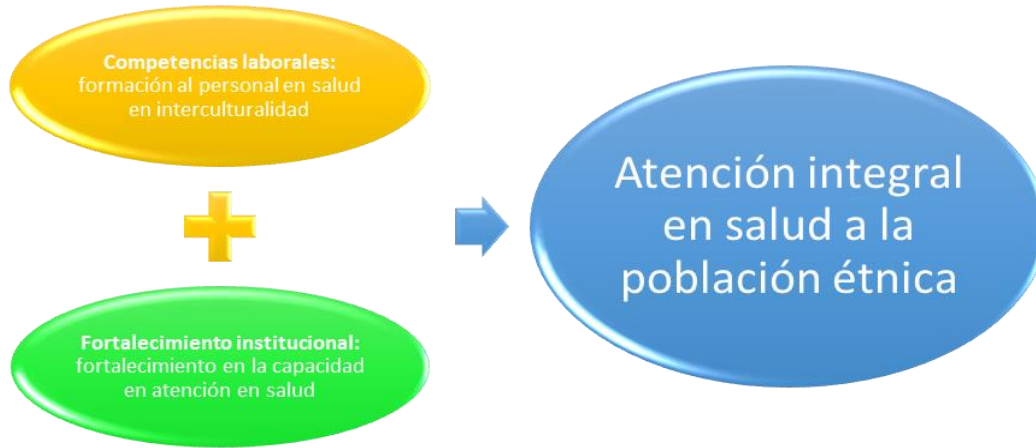


Figura 35. Competencias laborales: Formación al personal de salud en interculturalidad

5.6.2.7. Enfermedades emergentes

UNISALUD-UPTC dará cumplimiento a los lineamientos establecidos por las organizaciones mundiales, nacionales y departamentales; contempladas durante la generación de enfermedades emergentes y en ese sentido desde el mes de marzo de 2020 se están tomando todas las medidas preventivas en pro de la salud de nuestros afiliados cotizantes y beneficiarios.

UNISALUD-UPTC de manera periódica ingresara a la página del instituto nacional de salud para descargar e implementar protocolos y fichas epidemiológicas de cada uno de los eventos en salud pública; garantizando el cumplimiento de las funciones tanto de las IPS como de la EAPB.

5.7. INTERSECTORIALIDAD

Comprende:

- Gestión intersectorial para la formulación, ejecución seguimiento y evaluación de los planes, programas, estrategias, alianzas y agendas.

Es un proceso del que hace parte la coordinación intersectorial, la acción intersectorial, la transversalidad y la transectorialidad. En el departamento, distrito o municipio, esta coordinación se realiza a través de los Consejos de Política Social, Consejos de Planeación y Consejos Territoriales



de Seguridad Social en Salud, con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes sociales de la salud, identificados y priorizados en el Análisis de Situación de Salud⁶⁷.

La política integral de atención en salud exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de los Entidades administradoras de planes de beneficios- EAPB y de los prestadores de servicios de salud. La atención establecida por el Modelo Integral de Atención en Salud se implementa con el liderazgo del Departamento, a través del Plan Territorial de Salud y tiene en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, la articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación⁶⁸.

5.8. GOBERNANZA

Comprende las siguientes acciones:

- Realizar consensos y procesos de toma de decisiones participativos en salud
- Desarrollar e implementar mecanismos de socialización y apropiación de las competencias, roles y funciones de las EAPB
- Fortalecer los sistemas de información para que sean interoperables
- Fortalecer los procesos participativos sociales y comunitarios.
- Realizar seguimiento y evaluación de las políticas institucionales, mecanismos, instancias o estrategias de participación social, comunitaria y ciudadana.
- Disponer mecanismos para la rendición de cuentas y control de la gestión institucional en salud.
- Fortalecer la capacidad de respuesta frente a órdenes judiciales.

Incorpora los componentes del MAITE: Delimitación territorial del Modelo y Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

La investigación e innovación en sistemas y servicios de salud a nivel nacional y regional, se considera que debe estar orientada a solventar los requerimientos en salud de las poblaciones para abordar integralmente los entornos en donde se desarrolla y establecer las condiciones del modelo de atención para garantizar el derecho a la salud de forma individual. Para tal fin se establecen seis líneas de investigación prioritaria, así:

- Establecimiento de la rectoría del sistema de salud
- Estrategias que garanticen la sostenibilidad financiera del sistema de salud
- Gestión eficiente de los recursos humanos en salud

⁶⁷ Ministerio de Salud y protección Social. Orientaciones para la intersectorialidad.

⁶⁸ Ibidem, p. 46-47

- Fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes
- Mecanismos efectivos de transferencia de conocimiento en políticas públicas
- Fortalecimiento de la capacidad de investigación en salud pública

5.8.1. Delimitación territorial

Contexto territorial

La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, UPTC, es un ente universitario autónomo, de carácter nacional, estatal y público, democrático, vinculado al Ministerio de Educación Nacional en lo referente a las políticas y la planeación del sector educativo, con sedes seccionales en Duitama, Sogamoso y Chiquinquirá, y con domicilio en Tunja, creada mediante decreto 2655 del 10 de octubre de 1953, expedido por el Gobierno Nacional.

La Ley 647 de 2001, modificatoria del artículo 57 de la Ley 30 de 1992, en el artículo 1 especifica que "El carácter especial del régimen de las universidades estatales u oficiales, comprenderá la organización y elección de directivas, del personal docente y administrativo, el sistema de las universidades estatales u oficiales, el régimen financiero, el régimen de contratación y control fiscal y su propia seguridad social en salud, de acuerdo con la presente ley". El artículo 2 describe que "El sistema propio de seguridad social en salud, se regirá por las siguientes reglas básicas:

- Será organizado por la Universidad como una dependencia especializada de la misma, con la estructura de dirección y funcionamiento que igualmente se establezca para el efecto.
- El sistema se administrará por la propia Universidad que lo organice y se financiará con las cotizaciones que se establezcan en los términos y dentro de los límites máximos previstos en el inciso 1o. del artículo 204 de la Ley 100 de 1993. El sistema podrá prestar directamente servicios de salud y/o contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Únicamente podrá tener como afiliados a los miembros del personal académico, a los empleados y trabajadores, y a los pensionados y jubilados de la respectiva Universidad. Se garantizará el principio de libre afiliación y no serán permitidas afiliaciones simultáneas"⁶⁹.

La unidad de servicios de salud UNISALUD, es la dependencia especializada de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia para la administración del régimen de salud. Es considerada como entidad de régimen especial, perteneciente al Sistema Universitario de Seguridad Social, formalizada mediante la Ley 647 de 2001, la ley 1443 de 2011 y cuya organización se encuentra contenida en el Acuerdo 084 de 2022, proferido por el Consejo Superior Universitario. La unidad adopta la Resolución 5863 de 2022 donde se expide y adopta el reglamento de afiliaciones y prestación de servicios de salud del Sistema Universitario de seguridad social en salud.

UNISALUD tiene presencia en Tunja, Sogamoso, Duitama, Paipa y Chiquinquirá en el departamento de Boyacá y convenios en Bogotá, Bucaramanga y Cali.

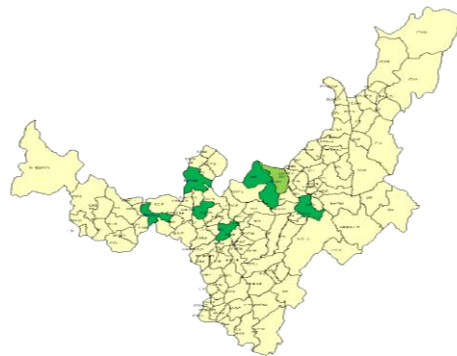
⁶⁹ Congreso de Colombia. Ley 647 de 2001



Se tiene en cuenta la red pública y privada en el proceso de contratación, para ofrecer un servicio con oportunidad y calidad a los usuarios y cerca de su domicilio.

Teniendo en cuenta que la oferta de servicios de mediana y alta complejidad es escasa en el departamento de Boyacá, se cuenta con una red de prestadores en la ciudad de Bogotá y los usuarios pueden escoger el prestador dentro de la red conformada.

Los afiliados a UNISALUD residen en las ciudades de Tunja, Duitama, Sogamoso y los municipios de Paipa y Chiquinquirá. Algunos afiliados tienen residencia temporal en Moniquirá y Villa de Leiva, por ser municipios con oferta turística. Se cuenta con convenios con la Universidad Nacional sede Bogotá, La Universidad Industrial de Santander de Bucaramanga y la Universidad del Valle en Cali, para la atención de los afiliados residentes en esas ciudades. La red de prestadores es la conformada por dichas universidades.



Fuente: UNISALUD- UPTC

Figura 36. Territorios donde UNISALUD tiene presencia. Departamento de Boyacá

Los afiliados son trabajadores o pensionados y su grupo familiar, que reciben un salario o mesada pensional. La afiliación es voluntaria. Cuando los beneficiarios que estudian cumplen los 25 años de edad o terminan sus estudios deben ingresar a otro régimen de salud.

La población afiliada a UNISALUD en el contexto del departamento de Boyacá, comparte las características de los territorios urbanos donde se concentra. De acuerdo con datos del DANE Censo 2005 y Sistema Único de información de prestadores de servicios públicos domiciliarios, Boyacá muestra en el área urbana una cobertura de servicios de electricidad del 100%; una cobertura de acueducto de 90,6% y una cobertura de alcantarillado de 87,6%, La calidad del agua para el consumo humano es mejor en las zonas urbanas que en las zonas rurales. Boyacá muestra diferencias en las condiciones económicas y las oportunidades entre la población del área rural y urbana; la población rural presenta un mayor porcentaje de hogares con hacinamiento, miseria y necesidades básicas insatisfechas⁷⁰.

⁷⁰ Secretaría de Salud de Boyacá. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud, Boyacá, 2021



Para UNISALUD, contar con afiliados que perciben ingresos, que residen en zonas urbanas y que tienen un empleo estable es un aspecto favorable, pero también incrementa otros factores de riesgo como el estrés, el sedentarismo y los estilos de vida no saludables.

Las acciones se orientan a la atención integral de una población que mayoritariamente tiene 40 años y más; que es económicamente activa, pero que presenta los factores de riesgo comunes a las poblaciones con estas características en el país como son las enfermedades crónicas no transmisibles, que demandan mayores servicios de salud y alto costo en la atención.

5.8.2. Participación social

La participación social en salud es un derecho y una práctica social que incide sobre la posibilidad de producir bienestar y garantizar el derecho a la salud, en el entendido de que todos los actores sociales de una comunidad deben hacer parte de las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que los afecta. En este sentido, la participación permite:

- a) Que la gestión de las políticas públicas tenga legitimidad y esté encaminada a lograr políticas saludables;
- b) el fortalecimiento del control social sobre la gestión de las políticas públicas;
- c) la promoción de la salud encaminada hacia la transformación de los entornos y el fortalecimiento de la autonomía de las personas, familias y comunidades;
- d) la incidencia sobre la planeación y presupuesto de las políticas públicas.

La participación social se considera una intervención poblacional en la medida en que es transversal a todo el ciclo de gestión de las políticas públicas y es básico para el desarrollo de todo tipo de intervenciones de la RPMS.

Como mecanismos de participación social, en la Unidad cuenta con:

- Junta Administradora con participación de un representante de los diferentes sectores
- Rendición de cuentas

UNISALUD-UPTC realiza capacitaciones a los grupos de interés como: junta administradora (asociación de usuarios), usuarios, talento humano y red de prestadores; utilizando diferentes estrategias como boletines, reuniones presenciales, correos electrónicos, página web, etc....

La Universidad tiene establecido en el sistema de Gestión electoral, documental y de peticiones, incluido en el Sistema integrado de Gestión, los procesos y procedimientos para el trámite de peticiones, quejas y reclamos y sugerencias - PQRS. UNISALUD tiene implementado el Sistema de información y atención al usuario SIAU; se cuenta con atención en oficina, línea telefónica y correo electrónico.

En la página web de UNISALUD se puede acceder al Sistema de Quejas, Reclamos y Sugerencias, como lo muestra la figura 26. La ruta para ingresar es <http://www.uptc.edu.co/>, Clic en el logo de

UNISALUD; en la página de UNISALUD, ingresar en Protección al usuario y participación social. En esta página se puede ingresar a los diferentes elementos que se observan en la siguiente figura.



Atención al Usuario	Multicanales
PQRS	Formato de Negación de Servicios
Participación afiliados	Caracterización de los afiliados
Aseguramiento	Tasa de satisfacción
Indicadores de la resolución 1552 de 2013	Informes financieros
Informes de Gestión	Gestión de Tiempos de Espera
Rendición de Cuentas	Plan de Acción

Fuente: http://www.uptc.edu.co/unisalud_uptc/06_proteccusuario/

Figura 37. Protección al usuario y participación social. UNISALUD.

Con el fin de dar cumplimiento a la estrategia Gobierno en Línea, el Plan Anticorrupción y Atención Efectiva al Ciudadano, los protocolos planteados para la atención de éste en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, se dirigen a brindar un servicio de calidad mediante la actividad de atención al ciudadano, a través de los diferentes canales dispuestos, con la finalidad de mejorar la percepción de los Usuarios, a partir de la creación de una imagen institucional y la cultura de servicio amable, efectivo oportuno y seguro.

5.9. SUFICIENCIA DE RED 2023

Este análisis es una herramienta fundamental para la Gestión del riesgo en salud, que permite una mejor planeación, ejecución y evaluación de los procesos de atención en salud y de mejoramiento continuo del aseguramiento hacia la población afiliada. Además, coadyuva en la estructuración eficiente de la Red de Prestadores Contratada, dando cumplimiento a las características de calidad tales como: oportunidad, accesibilidad, continuidad e integralidad, generando satisfacción a los mismos.



UNISALUD elaboró el documento de suficiencia de red 2023, con el análisis de la morbilidad atendida 2021, y las proyecciones para 2023, el cual está disponible en la página WEB de UNISALUD. En la gestión de la contratación de la red de prestadores se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- Se realizará la medición de la capacidad de la red previa a la contratación.
- Se priorizarán las IPS que oferten el mayor número de servicios con el fin de facilitar al afiliado la integralidad de los servicios.
- La ubicación de la entrega de medicamentos estará en la zona de influencia del afiliado.
- Con criterio geográfico, de accesibilidad y oportunidad se asegura la oferta de nivel primario en cada municipio de residencia del afiliado y el acceso a Urgencias como fases prioritarias de los procesos de atención en salud, con instituciones públicas y privadas.
- Se revisará la capacidad de oferta para el nivel complementario en cada municipio de cobertura de UNISALUD, incluyendo en ellos la red pública para garantizar la remisión.

En la definición de los criterios técnicos se tiene en cuenta:

- Capacidad Instalada: Período de referencia un año, correspondiente al período contractual objeto de evaluación.

Se analizan tres variables fundamentales:

- Recurso Humano (variable crítica o limitante) medida en términos de número y horas contratadas de recurso humano del área de salud según perfil. Se medirá por horas día contratada.
- Infraestructura física, medida en términos de número y horas disponibles de consultorios. Se medirá por horas día contratada.
- Población objetivo de la IPS – Demanda estimada por municipio

Dentro de la medición se deben identificar los siguientes escenarios básicos:

- Demanda Real (DR): Corresponde al número de atenciones a las que efectivamente accedió la población afiliada en un período determinado y corresponde a la producción por servicios. $DR = \text{Producción del servicio período de referencia}$.
- Demanda Potencial o Estimada (DE): Corresponde al número de atenciones que demandará la población afiliada objeto (PAO), por cada servicio en un período determinado.
- Frecuencia de Uso por Servicio (FUS): Corresponde al número de atenciones promedio por cada afiliado a UNISALUD - UPTC durante un período determinado por municipio o población total de la EAPB según la necesidad que se requiera analizar. Entonces la fórmula matemática quedara determina de la siguiente manera:
- $DE (\text{demanda potencial o estimada}) = PAO (\text{Población Afiliada Objeto}) \times FUS (\text{Frecuencia de Uso por Servicio})$

5.9.1. Proyección de la demanda de servicios

De acuerdo con la proyección de actividades UNISALUD enero a diciembre 2022 según frecuencia de uso, se espera que para 2023 se presente una demanda total de servicios de la siguiente manera:

Tabla 9. Proyección de la demanda, UNISALUD 2023

SERVICIO/MUNICIPIO	DEMANDA ESTIMADA TOTAL 2023	FRECUENCIA DE USO PROMEDIO
CONSULTA MEDICA GENERAL	5393,8	1,6
LABORATORIO CLINICO PRIMER NIVEL	10182	3,3
CONSULTA ODONTOLOGICA GENERAL	339	0,1
PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS	1930	0,3
CONSULTA DE URGENCIAS	694	1,0
HOSPITALIZACION ADULTOS	229	0,1
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	3316	1,4
TOTAL	22089,8	

Fuente: UNISALUD, Análisis de suficiencia de red, 2023

De acuerdo con lo anterior, la distribución porcentual de la demanda que tendrá cada uno de los servicios para 2023, se describe en la tabla 11.

La red de servicios de UNISALUD - UPTC se define como el conjunto organizado de Instituciones de salud de distintos niveles de complejidad contratadas por la EAPB para la prestación de los servicios de salud a sus afiliados en forma humanizada e integral con características de oportunidad, accesibilidad y suficiencia respondiendo así a sus necesidades de salud.

Tabla 10. Distribución porcentual de la demanda

SERVICIO/MUNICIPIO	PORCENTAJE
CONSULTA MEDICA GENERAL	24,4%
LABORATORIO CLINICO PRIMER NIVEL	46,1%
CONSULTA ODONTOLOGICA GENERAL	1,5%
PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS	8,7%
CONSULTA DE URGENCIAS	3,1%
HOSPITALIZACION ADULTOS	1,0%
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	15,0%
TOTAL	100%

Fuente: documento suficiencia de red, UNISALUD 2023

La cobertura de la red articulada de UNISALUD-UPTC acorde con los niveles de atención requeridos normativamente y que permiten la suficiencia en la prestación de los servicios se encuentra distribuida de la siguiente forma:

- UNISALUD – UPTC cuenta con cobertura de primer nivel de atención y atención de urgencias en el 100% de las áreas geográficas de cobertura de los municipios de Boyacá con usuarios afiliados.
- Se dispone de 71 prestadores, con corte a 31 de diciembre de 2022 para atender la población de usuarios afiliados, lo cual permite que el 100% de los usuarios cuente con red



de prestadores acorde con las necesidades de atención y lo dispuesto normativamente⁷¹. Se tiene en cuenta que hay prestadores con varias sedes que también forman parte de la red, para así brindar una atención con oportunidad y cercana a los usuarios.

- Los indicadores de oportunidad de citas medicina especializada, monitorean la posibilidad que tienen los usuarios de acceder a los servicios, en el informe presentado la Supersalud no se muestra inoportunidad teniendo en cuenta que la unidad tiene contratado médicos especialistas (medicina interna, Obstetricia) que permiten brindarle al usuario consulta oportuna.

Se puede verificar que la Red de Prestadores de 2022 fue suficiente para la prestación de los servicios de demanda real y que UNISALUD-UPTC cuenta con cobertura de Red de Prestadores primarios, complementarios y de urgencias.

La red se organiza y gestiona a partir de las necesidades y problemas de salud de los afiliados, atendiendo a los riesgos en salud identificados y estratificados. La unidad debe Garantizar la oportunidad, integralidad y continuidad de la atención de los afiliados según los riesgos identificados; esto implica la definición de reglas relacionadas con la utilización de la historia clínica, la operación del sistema de referencia y contrarreferencia, la autorización de servicios, la auditoría y el manejo de la información entre otros.

⁷¹ Análisis de Suficiencia de La Red de Prestadores de Servicios de Salud, UNISALUD – UPTC, 2020

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castaño, Ramón. (2015). Riesgo primario, riesgo técnico y riesgo operacional: Elementos básicos y definiciones. Revista Conexión, Año 4, número 8, enero-abril 2015, ACEMI.
- Colombia. Congreso de la República. (26 de agosto de 2021). Ley 1996 de 2021. Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad. Obtenido de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1996_2021.html
- Colombia. Instituto Nacional de Salud. (2020). Informe de evento. VIH/Sida. Período epidemiológico Colombia, 2021. Obtenido de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA%20PE%20XIII%202021.pdf>
- Colombia. Ministerio de Justicia. (2021). ABECÉ de la ley 1996 de 2021, por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad. Obtenido de [https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Tejiendo_Justicia/Publicaciones/ABECE%C2%B4%20Ley%202196%20de%202021%20\(1\).pdf](https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Tejiendo_Justicia/Publicaciones/ABECE%C2%B4%20Ley%202196%20de%202021%20(1).pdf)
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (10 de julio de 2018). Política Nacional de Talento Humano en Salud. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (20 de febrero de 2020). Resolución 227 de 2020. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20227%20de%202020.pdf
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (21 de enero de 2015). Resolución 123 de 2015. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0123-de-2015.pdf>
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de noviembre de 2021). Circular 0036 de 2021. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.%2036%20de%202021.pdf
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de noviembre de 2021). Resolución 3100 de 2021. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202021.pdf
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de diciembre de 2021). Resolución 3512 de 2021. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202021.pdf
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (31 de enero de 2020). Resolución No. 113 de 2020. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20113%20de%202020.pdf



Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (octubre de 2018). ABECÉ Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/abece-registro-unico-nal-talento-humano-rethus-20160104.pdf>

Cuenta de Alto Costo. (13 de diciembre de 2018). Instructivo para el reporte de información según resolución 123/15 medición 31 de enero de 2015. Obtenido de <http://www.saludmeta.gov.co/normatividad/reporte-a-la-cuenta-de-alto-costo-de-hemofilia>

Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2020). Día mundial del cáncer infantil 2020. Obtenido de <https://cuentadealtocosto.org/site/cancer/dia-mundial-del-cancer-infantil-2020/>

Decreto 2699 de 2007, por el cual se establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Gestión integral del riesgo en salud. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud. Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. Enero de 2015.

Giedion U, Ávila A, Flórez C, Pardo R. (s.f). Financiamiento de la Salud y Gasto de los hogares en Salud. El diseño del sistema colombiano de salud y su relación con la protección financiera; Financiamiento en Salud y Protección Social en América Latina.

Instituto Nacional de Salud. (22 de diciembre de 2021). Protocolo de vigilancia en salud pública. Consumo de sustancias psicoactivas con énfasis en sustancias inyectables. código 202. Obtenido de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Consumo%20sustancias%20psicoactivas.pdf>

Ley 100, Colombia (1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Ley 1122, Colombia (2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1438, Colombia. (2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1751, Colombia (2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 789, Colombia (2002). Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo

Marín F. (2018). Nota técnica para el aseguramiento en salud. Documento de trabajo.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2012). Resolución 202 de 2012. Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2013). Resolución 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2014a). Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; Colombia. Dirección de Epidemiología y Demografía. Grupo ASIS.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2014b). Estrategia PASE a la Equidad en Salud: Lineamientos Conceptuales; Dirección de Epidemiología y Demografía & Fondo de Población de las



Naciones Unidas. UNFPA. Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca Digital/RIDE/VS/ED/PSP/Estrategia PASE A LA EQUIDAD EN SALUD - Guía Conceptual.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Estrategia%20PASE%20A%20LA%20EQUIDAD%20EN%20SALUD%20-%20Gu%C3%ADa%20Conceptual.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2014c). Cifras Financieras del Sector Salud. Gasto en Salud de Colombia: 2004-2011. Boletín bimestral No. 2. Enero-febrero de 2014. Dirección de Financiación Sectorial, Colombia, ISSN 2357 – 5999.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2015a). Resolución 1536 de 2015 por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral en salud.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2015b). Metodología para la definición de Grupos de Riesgo. Documento de trabajo.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2015c). Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012- 2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud, Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos, ISBN: 978-958-8903-45-3

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2016a). Política de Atención Integral en Salud. “Un sistema de salud al servicio de la gente”.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2016b). Análisis de Situación de Salud (ASIS), Colombia 2016. Dirección de Epidemiología y Demografía, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2016c). Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud; Colombia. Dirección de Epidemiología y Demografía. Versión 3.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2016d). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. Plan estratégico 2016-2021

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2016e). Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2016f). Resolución 1441 de 2016. Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2021a). Boletín del Aseguramiento en Salud, Boletín No. 01 - Primer Trimestre 2021.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2018). Resolución 583 de 2018. Por la cual se implementa la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y caracterización de personas con discapacidad.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2018). Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (S.F). Guía de instrucción para el diseño de programas de gestión de enfermedades crónicas.

Ministerio de Salud y Protección Social. (10 de junio de 2021). VIII Sesión de la Comisión Intersectorial de Salud Pública. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/presentacion-cips-0062021.pdf>



Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de diciembre de 2021). Resolución 3339 de 2021. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203339%20de%202021.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de mayo de 2015). Resolución 1536 de 2015. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (15 de junio de 2018). Resolución 2515 de 2018. Obtenido de <https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Normatividad2018/Resoluci%C3%B3n%20No.%202515%20de%202018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (27 de septiembre de 2021). Resolución 2626 de 2021. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202021.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de mayo de 2013). Resolución 1841 de 2013. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (3 de febrero de 2014 b). Resolución 247 de 2014. Obtenido de https://www.cancer.gov.co/images/pdf/NORMATIVA/RESOLUCIONES/RESOLUCI%C3%93N_000247_DE_2014.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (abril de 2016). Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (enero de 2016). Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

RAFAEL Zuliban R, Naranjo C. (s.f.). Principios para la gestión integral Del riesgo del aseguramiento en Salud. Recuperado de https://www.reeditor.com/files_col/files_8410.pdf

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. (2021). Código de ética. Obtenido de http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/universidad/acerca_de/inf_institucional/doc/codigo_etica.pdf

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Consejo Superior Universitario. (25 de octubre de 2005). Acuerdo 066 de 2005. Obtenido de http://www.uptc.edu.co/secretaria_general/consejo_superior/acuerdos_2005/

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Consejo Superior Universitario. (19 de diciembre de 2022). Acuerdo 084 de 2022. Obtenido de http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/secretaria_general/consejo_superior/acuerdos_2022/Acuerdo_084_2022.pdf

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Consejo Superior Universitario. (28 de enero de 2020). Acuerdo 003 de 2020. Obtenido de



Uptc®

Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia

Somos
Todos

u p t c . e d u . c o

TUNJA - DUITAMA - SOGAMOSO - CHIQUINQUIRÁ

http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/secretaria_general/consejo_superior/acuerdos_2020/Acuerdo_003_2020.pdf

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Rectoría. (28 de septiembre de 2018).

Resolución 5064 de 2018. Obtenido de

http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/secretaria_general/rectoria/resoluciones_2018/Resolucion_5064_2018.PDF

VIGILADA MINEDUCACION



ACREDITACION INSTITUCIONAL
INTERNACIONAL
2022 - 2027

ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL
DE ALTA CALIDAD
MULTICAMPUS
RESOLUCIÓN 023655 DE 2021 MEN / 6 AÑOS

AVENIDA CENTRAL DEL NORTE 39 -115
PBX +57 (608) 7405626
TUNJA - BOYACÁ