

1. La Institución

1.1 Antecedentes

La Caja de Previsión Social (C.P.S.), de la Universidad Nacional de Colombia fue creada en el año 1946 por medio del Acuerdo 239 del Consejo Superior Universitario (C.S.U.), con el ánimo de regular y hacer más eficientes los servicios de salud, pensiones y cesantías de todas las personas que laboran en la Universidad Nacional de Colombia².

Se creó como entidad autónoma con patrimonio independiente, regida por los estatutos y reglamentos acordados por su Junta Administradora y por las disposiciones generales del Consejo Superior Universitario de la Universidad Nacional de Colombia, en la sede principal de Bogotá, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones que por concepto de indemnizaciones o prestaciones sociales se reconocieran a favor de los profesores, empleados y trabajadores de la misma Universidad.

En 1974 según el acuerdo 17 del Consejo Superior Universitario, la Caja de Previsión Social se convirtió en una dependencia de la Universidad Nacional y se suprimieron el reconocimiento y pago de cesantías, que pasaron a ser administradas por el Fondo Nacional del Ahorro³.

Con la expedición de la Ley 100 de 1993 y la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, se separaron la administración de los servicios de salud de los riesgos profesionales. Debido a lo anterior el Consejo Superior Universitario determinó que los riesgos profesionales fueran administrados por una Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), y la Caja de Previsión Social asumió el manejo de las pensiones y la prestación de los servicios de salud, con lo cual se da inicio a un proceso de adaptación de la Caja al Sistema, acogiendo al decreto 404 de 1996⁴.

En 1997, se organizó la Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia, UNISALUD⁵.

² UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO. Acuerdo 239 de 1946.

³ UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO. Acuerdo 17.

⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 404 de 1996.

⁵ UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO. Acuerdo 69.

Actualmente UNISALUD es una organización articuladora de servicios de salud perteneciente al Sistema de Seguridad Social en Salud, del Régimen Especial Universitario, sistema formalizado por el Congreso de la República, mediante la Ley 647 expedida en febrero de 2001, cuya organización está contenida en el Acuerdo 013 de 2002, proferido por el Consejo Superior Universitario.

UNISALUD, como Organización Articuladora de Servicios de Salud (OASS) plantea un conjunto de procesos, procedimientos y acciones que vinculan la financiación con la prestación de servicios, es decir, la articulación entre los financiadores y los prestadores de servicios y la articulación entre las poblaciones de afiliados y los prestadores. UNISALUD funciona en cuatro ciudades donde la Universidad Nacional tiene sedes: Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira.

No obstante su trayectoria, en la historia de UNISALUD no existen precedentes de un diseño riguroso y técnico para estructurar un Sistema de Salud, ni mucho menos para construir un Modelo que guíe sus procesos hacia un objetivo explícito.

En efecto, UNISALUD actualmente presta servicios de salud diversos pero dispersos, y en ocasiones desarticulados, con la participación de variadas y múltiples áreas sin puntos de encuentro, sin normas técnico-administrativas regularizadas, ni soportes jurídicos internos que formalicen las actividades de gestión y asistencia en forma periódica.

En octubre de 1996 se realizó un estudio actuarial que analizó la prestación de servicios de salud en la denominada Caja de Previsión de la Universidad Nacional⁶. El estudio se realizó con el objetivo de establecer un escenario administrativo y financiero que permitiera avanzar en la sostenibilidad del servicio de salud a largo plazo, teniendo en cuenta la multiplicidad de amenazas existentes para la continuidad de la institución.

Luego de exponer en nueve puntos la situación de la Caja en el año 1996, se analizan los costos de los planes de beneficios: Plan Obligatorio de Salud (POS), Plan Obligatorio de Salud Ampliado y Plan Complementario Básico. Se realiza una proyección de los costos a cinco años, para finalmente señalar enfáticamente, la problemática de la organización en dos hechos:

- ...Existe una sobre utilización de los servicios, lo cual repercute en un incremento de los costos de operación.
- Es necesario disponer de mayores recursos financieros para afrontar tales costos...

⁶ SALAZAR, Gustavo. Estudio actuarial sobre servicios de salud en la Caja de Previsión de la Universidad Nacional de Colombia, 1996.

Igualmente se exponen alternativas de solución:

- ...la sobre utilización es un hecho que está directamente relacionado con tres participantes... la Caja, los usuarios y los médicos... de no conseguir el apoyo, la Caja se verá abocada inevitablemente a su cierre... es necesario contar con información o instrumentos de medición que establezcan acciones útiles...
- Al enfrentarse al problema de gastos superiores a los ingresos se proponen cuatro soluciones:
 - . Recortar servicios
 - . Conseguir mayor financiación gubernamental
 - . Reducción de los costos de operación
 - . Conseguir nuevos aportes

El análisis realizado a UNISALUD en este estudio actuarial se centra exclusivamente en la perspectiva económica, es decir, evalúa parcialmente uno de los aspectos señalados por la Organización Mundial de la Salud⁷ como indicadores posibles del desempeño de los Sistemas de Salud. Este nivel de análisis evidentemente se corresponde con alternativas de solución financieras.

Sin embargo, la viabilidad de las organizaciones sanitarias, depende de múltiples factores, algunos inmodificables, otros impredecibles, dependientes de la dinámica social, política y económica del momento, pero a la vez factores cuyo comportamiento puede anticiparse o sobre los cuales es posible ejercer una modulación, a fin de cumplir las metas establecidas para el sistema.

En el año 2004 la Gerencia Nacional de UNISALUD realizó una actualización del estudio actuarial⁸, ocho años después del inicial, a fin de evaluar los posibles efectos de la aplicación de las recomendaciones mencionadas.

A lo largo del documento se analizan el estado de los planes de cobertura, aportaciones, cuotas moderadoras y copagos, igualmente las frecuencias de utilización de servicios, la negociación de tarifas y distribución del gasto y por último se evalúan los resultados económicos de UNISALUD.

Dentro de los mayores aportes de esta actualización cabe destacar las consideraciones referentes a la distribución del gasto:

- Se observó que los medicamentos concentran más del 30% del gasto en salud...
- Otro rubro con alta participación es el de servicios de hospitalización y urgencias.

⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo año 2000.

⁸ SALAZAR, Gustavo. Estudio actuarial sobre servicios de salud en la Caja de Previsión de la Universidad Nacional de Colombia, 1996.

En este caso se compararon las tarifas de 1996 y las actuales para Bogotá, observando que respecto a las tarifas SOAT, UNISALUD consiguió una mejora relativa en los costos negociados con los proveedores. Actualmente las tarifas pactadas con las clínicas se encuentran alrededor de las ISS 2001 + 7%, menores a las SOAT 2004 vigentes. Esto ha repercutido de manera positiva en los costos promedio por utilización de servicios y por ende en los costos totales de salud...

- ... Es relevante mencionar la importancia del rubro de gastos de promoción y prevención, el cual en el año 2004 representaba tan sólo el 2% del gasto total.

Igualmente el estudio actuarial del año 2004, es concordante con el análisis realizado en el 2003 sobre el perfil epidemiológico para la sede Bogotá, destacándose algunos elementos que afectan la distribución del gasto al interior de UNISALUD, tales como:

- En los grupos de mayor edad, las enfermedades del sistema cardiovascular y del sistema osteomuscular son las que tienen mayor importancia relativa.
- Es preocupante el incremento en la prevalencia estimada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial, entre otras enfermedades que a su vez son importantes factores de riesgo de infarto, accidentes cerebro vasculares y otras enfermedades cardiovasculares.

En la renovación del estudio actuarial se presenta un escenario probable de UNISALUD, en el cual la viabilidad de la organización se vería gravemente afectada:

- Si UNISALUD compensara sus ingresos, se verían reducidos en valores cercanos al 50% para Bogotá y 65% para toda la población. Si bien el gasto ha disminuido con la aplicación parcial de copagos y cuotas moderadoras, con la mejora en las negociaciones con proveedores y la implementación de programas de promoción y prevención, esta disminución en situación de compensación haría inviable el sistema (Para el 2003 se tendría un déficit de aportes de más del 40%).
- Es por esto que ante la posibilidad de que UNISALUD se vea en la necesidad de compensar, se recomienda implementar de manera definitiva y total lo sugerido en el primer informe actuarial. Esto es:
 - a) Establecer tarifas apropiadas para los beneficios complementarios al POS, y que estas sean asumidas por los afiliados cotizantes.
 - b) Regularizar el valor de las cuotas moderadoras y los porcentajes de copagos cobrados, llevándolos al tope de lo establecido por el CNSSS.
 - c) Mantener una estricta negociación con los proveedores en todas las seccionales

y para todos los rubros, poniendo énfasis en los relacionados con medicamentos, servicios médico-asistenciales, de hospitalización y urgencias. Se debe resaltar este aspecto porque en los últimos años UNISALUD incrementó el número de prestadores sin regularizar su relación con los mismos, lo cual puede demandar mayores recursos al momento de controlar la calidad y los valores promedio de los servicios ofrecidos.

- d) Ampliar de manera muy significativa los programas de promoción y prevención, de tal manera que se reduzcan los costos por concepto de tratamientos de patologías crónicas o por manifestaciones de patologías severas.
- e) Con el objeto de modular la edad promedio de la población de UNISALUD, la cual ha aumentado de 1996 a la fecha en 3 años, se sugiere la inclusión de beneficiarios jóvenes tales como hijos mayores de 25 años, cobrando la cuota de afiliación respectiva, y adicionalmente tratar de captar los empleados y trabajadores de la Universidad que se encuentren registrados en una EPS.
- f) Deberá fortalecerse la auditoría externa e interna, con el objeto de controlar los beneficios, beneficiarios y que sus costos estén acorde con la pertinencia médica y la tarifa pactada.
- g) Deberá regularizarse los mecanismos de contratación y métodos de seguimiento en la contratación del recurso humano, definiendo las competencias y los perfiles necesarios que interpreten las necesidades de los usuarios y la política institucional de UNISALUD.

El análisis actuarial realizado encuentra una ampliación conceptual en el Informe de Gestión presentado a la Junta Administradora Nacional en mayo de 2004⁹, en el cual se consideran adicionalmente al análisis económico de UNISALUD, las variables referentes al perfil demográfico y epidemiológico y la semiología organizacional que se observa en UNISALUD:

... El presente informe establece un comportamiento de la población usuaria concordante con una transición demográfica y epidemiológica, más te de servicios de salud, con mayor tendencia de uso de servicios por afiliado, incremento en el gasto en salud general y por enfermedades de alto costo, una el gasto total, y un incremento en el número absoluto de actividades de consulta y procedimientos de tipo ambulatorio de primer nivel de atención.

Lo anterior es compensado, en el momento, con un incremento mayor en los ingresos recibidos, siendo de especial interés la ampliación en el número de afiliados denominados beneficiarios cotizantes.

Sin embargo a pesar de contar con mayores ingresos en relación con el gasto, y siendo el ejercicio financiero positivo, es necesario un análisis crítico sobre las

⁹ BETANCOURT URRUTIA Victor Fernando. *Informe de gestión 2002 - 2003*, Gerencia Nacional UNISALUD. 2004.

responsabilidades asumidas por UNISALUD, como garante en el fomento, la prevención, la recuperación y el mantenimiento de los niveles de salud de sus afiliados en forma individual y colectiva.

La tendencia de un gasto incremental en las actividades de recuperación de la salud, y la concentración de los esfuerzos organizacionales en expandir la red de prestadores amenaza las oportunidades de ofrecer servicios, actividades y procedimientos efectivos para mantener el bienestar de los usuarios.

UNISALUD debe extender sus responsabilidades como administrador del sistema, y consolidar una plataforma organizacional consecuente con las tendencias que amenazan la salud de sus afiliados, es peligroso interpretar como favorable un crecimiento constante en las variables de uso y un desarrollo concomitante en la prestación de servicios.

El tránsito hacia una organización corresponsable con el usuario, la comunidad y la Universidad, en el nivel de salud de la población objeto, requiere modular los procesos institucionales a las exigencias de los usuarios, sus características epidemiológicas y las amenazas previsibles para su salud.

Es recomendable, iniciar la modulación de los procesos desde la revisión de la plataforma estratégica, redefiniendo la misión, los objetivos organizacionales, y los proyectos estratégicos, a fin que den respuesta a las proyecciones en morbilidad y discapacidad de la población de UNISALUD.

Entre los proyectos estratégicos necesarios para avanzar en el cumplimiento de las responsabilidades de la organización se deben orientar esfuerzos para una mayor disponibilidad de recursos para el fomento, la prevención y el mantenimiento de la salud, sin comprometer el gasto destinado a la recuperación de salud.

Específicamente se plantea como necesario definir una Red de prestadores, con una política tarifaria definida, una integralidad y suficiencia de la Red, un flujo de información oportuno, confiable y completo, y una auditoría de la calidad continúa.

Igualmente importante, por su representación en el gasto, es el establecimiento de un proyecto estratégico que garantice la dispensación de medicamentos seguros, eficientes, y confiables a un costo racional, manteniendo un seguimiento a la calidad y los efectos de los mismos.

Los proyectos estratégicos que se definan, deben interactuar armónicamente al interior de los procesos organizacionales, como una política unificada de

UNISALUD; una alternativa para manifestar la forma como la organización asume la problemática y la propuesta de mejoramiento conjunta es definir un **Modelo de Salud**, es decir expresar conceptual y operativamente una filosofía de la Atención que UNISALUD brinda a sus usuarios y las responsabilidades asumidas por la institución y la manera como cumplirá las metas fijadas.

1.2 UNISALUD - Organización en Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe anual del año 2000¹⁰ define los Sistemas de Salud como "todas las actividades cuyo propósito primario es la promoción, el restablecimiento y el mantenimiento de la salud mediante intervenciones poblacionales o individuales, esta definición compromete todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya misión es mejorar la salud de los individuos".

Los procesos socialmente organizados para la atención de pacientes hacen parte de la organización de los Sistemas de Salud en una población. La responsabilidad de constituir redes de servicio, procedimientos de acceso, tránsito y control de las actividades orientadas a cumplir las necesidades y expectativas de los usuarios del sistema, constituyen en parte la razón de ser de los Sistemas de Salud.

Sin embargo, el mejoramiento de la salud de los individuos definido como el principal objetivo de los Sistemas de Salud contiene en realidad dos perspectivas: el reconocimiento de bienestar como el mejor nivel de condiciones en salud y el concepto de equidad como un equilibrio entre las diferencias de los niveles de salud de los individuos que conforman el sistema.

Es necesario resaltar que el fin de los Sistemas de Salud es la salud de individuos y poblaciones, y las intervenciones son el medio o instrumento para alcanzarlo.

Por tanto, el objetivo del Modelo de Salud va más allá que la modificación de la forma como se realiza la prestación de servicios de salud, (la prestación de servicios es una actividad del sistema, no el Sistema como tal) y apunta a cambiar la esencia de la atención de UNISALUD hacia su comunidad de usuarios. Ese cambio debe reflejarse en las condiciones en que los diferentes servicios prestados por la Red de UNISALUD son proporcionados a los usuarios consultantes y por supuesto debe modificar la interacción que los profesionales de la salud tienen con sus pacientes.

La metodología de evaluación del desempeño de los micro Sistemas de Salud, como lo es UNISALUD, sigue los mismos lineamientos con los que son evaluados los

¹⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo año 2000.

macro Sistemas de Salud, esta metodología fue definida por la Organización Mundial de la Salud en su informe Mundial del 2000¹¹.

La OMS define el desempeño de los Sistemas de Salud como la capacidad que tienen de alcanzar los objetivos específicos en salud (ganancias en salud) y los objetivos comunes a todos los sistemas sociales (justicia en la contribución y respuesta a las expectativas no médicas de los usuarios) consumiendo un volumen de recursos.

La evaluación del desempeño de los Sistemas de Salud definido por la OMS utiliza como criterios de calificación los siguientes:

1) Capacidad del sistema para mejorar la salud: 50% en la evaluación de desempeño divididos así:

- a) Capacidad del sistema para mejorar la expectativa de vida ajustada por discapacidad: 25%.
- b) Distribución homogénea de esa mejoría en la expectativa de vida ajustada por discapacidad aunque las personas mueran a diferentes edades: 25%.

2) Capacidad de respuesta del sistema frente a las expectativas de servicio del usuario: 25% en la evaluación de desempeño distribuidos así:

- a) El nivel de respuesta (12.5%) se compone de:
 - i. Respeto al usuario (no aumenta los costos de atención) 6.2%.
 - a. Respeto a la dignidad 2%
 - b. Respeto a la confidencialidad 2%
 - c. Respeto a la autonomía 2%
 - ii. Orientación al cliente (aumenta los costos de atención) 6.2%.
 - a. Oportunidad 2.6%
 - b. Amenidades 2%
 - c. Soporte familiar y social 1.4%
 - d. Libre elección del prestador 0.6

b) Distribución 12.5%

3. La justicia en la contribución financiera (la tasa de contribución derivada del ingreso familiar no requerido para alimentación debe ser idéntico para todos los hogares y sistemas de pago prospectivo para evitar el gasto de bolsillo) se califica con un 25% de la evaluación de desempeño. Es importante resaltar que en este

¹¹ Ibid.

ítem el Sistema General de Seguridad Social Colombiano fue calificado como el más equitativo del mundo.

Evaluar el desempeño de UNISALUD, bajo las premisas definidas en la Evaluación de Desempeño de la OMS, sería responder estas preguntas:

Con los recursos que invierte la Universidad Nacional de Colombia en UNISALUD, qué tan cerca está UNISALUD de:

- a. ¿Alcanzar el máximo de salud posible en todos los usuarios?
- b. ¿Responder con igualdad a las expectativas de todos los usuarios?
- c. ¿Financiar con justicia los servicios de salud?

Para mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud se requiere modificar los determinantes de ese desempeño o funciones de esos sistemas¹² :

1. Rectoría global de los recursos, poderes y expectativas confiadas al Sistema: implica vigilar las otras funciones y tiene efectos directos e indirectos sobre los resultados.
2. Creación de recursos: inversión en infraestructura y equipos y entrenamiento del talento humano.
3. Financiamiento: acopio, mancomunación y distribución de aportes para comprar servicios.
4. Prestación de servicios personales y no personales de salud.

Estas funciones aunque son identificables en los diferentes Sistemas de Salud, varían en su expresión entre los diferentes Sistemas de Salud según el grado de integración (vertical u horizontal) de los diferentes actores institucionales involucrados y/o fragmentación de la población cubierta¹³.

El trabajo continuo en el mejoramiento de estas funciones que determinan el desempeño mejorará el desempeño de UNISALUD como micro sistema de salud de la Universidad Nacional, la importancia de mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud radica en que las sociedades no están interesadas en Sistemas de Salud eficientes pero que no aporten salud¹⁴.

¹² Ibid.

¹³ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Oficina del Economista Jefe, Documento de trabajo 353.

¹⁴ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Cómo organizar con éxito los servicios sociales. Informe del Progreso Económico y Social en América Latina. 1996.

Una vez construida una relación entre el Sistema de Salud, la evaluación de su desempeño y las funciones del Sistema que determinan el nivel de desempeño, podemos introducir el rol del Modelo de Salud.

El Modelo de Salud se inscribe en la función de rectoría del Sistema de Salud con el propósito de alcanzar los objetivos definidos por la OMS sin aumentar el volumen de recursos consumidos (mejorar el desempeño). En el micro sistema de UNISALUD el ente rector (Gerencia Nacional) formula un Modelo para fijar las reglas que modulen el comportamiento de los diversos actores, definan la inversión y el entrenamiento, maximicen la distribución de recursos y orienten la prestación de los servicios.

Las estrategias que defina UNISALUD, para el cumplimiento de sus objetivos referentes al bienestar y equidad en el nivel de salud de sus usuarios, se constituyen en el soporte y la herramienta para mejorar el desempeño del micro sistema de salud, y estas estrategias del Modelo deben apuntar a controlar el efecto de los otros determinantes de la salud para potenciar el efecto de UNISALUD, mejorando así el impacto de sus actividades en el nivel de salud de los individuos y las comunidades.

Una vez implementadas las estrategias del Modelo será posible presentar a los usuarios, actividades y programas acordes con los perfiles demográficos, epidemiológicos y de riesgo, presentes en determinado tiempo y lugar donde se ofrecen los servicios de salud, siempre teniendo en cuenta la percepción que la población usuaria (en forma individual y colectiva) tiene de UNISALUD, del concepto salud-enfermedad y de sus propias necesidades de atención.

Si se tiene en cuenta que las necesidades en salud siempre son mayores que los recursos disponibles para satisfacerlas, se puede entender que UNISALUD requiera estrategias para garantizar una prestación de servicios con efectividad, equidad, y eficiencia mediante la óptima gestión de todos los procesos ya que, sin cambios sustanciales en la forma de proveer y gerenciar el cuidado en salud, difícilmente serán superadas las dificultades que comprometen la sostenibilidad de nuestra institución.

Esas dificultades que comprometen la permanencia de nuestra organización merecen una descripción más detallada que se ofrece a continuación.

La atención en salud hoy, está caracterizada por mayores exigencias en el conocimiento, más elementos incluidos en el cuidado de pacientes, superiores compromisos con la calidad de atención, y participación creciente de recursos humanos, tecnológicos y administrativos.

Las actuales metodologías de organización y prestación de servicios de salud, no alcanzan a cubrir la totalidad de expectativas de los pacientes y sus familias, en parte debido a que la ciencia y tecnología involucrada en la prestación de servicios de salud: el conocimiento, experiencia, intervenciones específicas, dispositivos y medicamentos, han avanzado mucho más rápido que la habilidad para dispensar este conocimiento y tecnología en forma segura, efectiva y eficiente.

Una de las consecuencias de los avances en la ciencia médica y la tecnología aplicada es un incremento sostenido en las expectativas de vida actuales. Aunque el cuidado en salud no es el único factor que afecta los indicadores de morbilidad y mortalidad, las innovaciones en la ciencia médica y la tecnología han contribuido en la modificación de los perfiles demográficos y epidemiológicos de las diferentes poblaciones¹⁵.

Secundario al cambio en los patrones de mortalidad, la subpoblación de personas mayores de 60 años se ha incrementado; al comparar la distribución etárea en diferentes países, este grupo en la actualidad constituye el 13% de la población y se espera que para el año 2030 alcance el 20% del total¹⁶. Al interior de los usuarios de UNISALUD la proporción en el año 2004 de mayores de 60 años suma el 21%^{17 18}.

Esta transición demográfica tiene importantes implicaciones para la organización de servicios de salud y sistemas de atención requeridos para el cuidado del ciclo salud enfermedad.

Una consecuencia del aumento en la proporción de los adultos mayores, es el incremento en la incidencia y prevalencia de condiciones patológicas crónicas. Las patologías crónicas, definidas como enfermedades cuyos síntomas o características semiológicas permanecen durante más de tres meses y no es autolimitada en su presentación clínica, son en la actualidad la principal causa de consulta, incapacidad, invalidez y muerte.

Igualmente para el cuidado de este grupo de enfermedades se destina un porcentaje mayor de recursos, calculándose en algunos estudios cercanos al 70% del costo directo total para talento humano disponible en el cuidado de la salud¹⁹.

Proveer servicios de salud con criterios de calidad y eficiencia a la población con enfermedades crónicas y recurrentes implica dificultades mayores, si se tiene en cuenta las condiciones de comorbilidad.

¹⁵ VINUESA, Julio. Demografía, Análisis y Proyecciones, Editorial Síntesis, octubre 1997.

¹⁶ HEALTH UNITED STATES. National Center for Health Statistics. 1999.

¹⁷ BETANCOURT URRUTIA, Víctor Fernando. *Informe de gestión 2002-2003*, Gerencia Nacional UNISALUD. 2004.

¹⁸ NARVAEZ, Javier. Perfil Demográfico de UNISALUD 2003-2004. Oficina de Epidemiología y Calidad UNISALUD. 2004.

¹⁹ THE ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION. *Chronic Care in America: A 21st Century Challenge*. Princeton, NJ. 1996.

A diferencia de la mayoría de trastornos agudos de la salud, el cuidado efectivo de las patologías crónicas es un proceso multidisciplinario, integrador y colaborativo, que adicionalmente implica la definición de los problemas clínicos en términos entendibles tanto para el paciente, su entorno, su familia y los proveedores de servicios de salud; implica el desarrollo conjunto de objetivos y metas cuantificables, cualificables pero principalmente razonables para el paciente, los proveedores y la comunidad, y la implementación de estrategias e intervenciones medibles en su alcance y participación en la modificación del estado de salud o enfermedad del paciente.

La propuesta de UNISALUD señala como el principal objetivo de los Sistemas de Salud el mejoramiento del nivel de salud de los individuos y comunidades, sin olvidar la equidad en la distribución de esas ganancias en salud para el mayor número de afiliados posible, ni la eficiencia en la utilización de los recursos requeridos por el sistema.

Para que el Sistema de Salud pueda existir y permanecer requiere garantizar su sostenibilidad a largo plazo mediante una adecuada gestión de los procesos y recursos disponibles:

- Recaudo equitativo, completo y continuo de los aportes destinados para el sistema de salud.
- Distribución equitativa del gasto en salud, destinando los recursos correspondientes de acuerdo a los perfiles epidemiológicos y demográficos, asignando las diferentes partidas, de manera tal que se mantenga una relación viable en los porcentajes de gasto en alto costo, fomento y protección y costo administrativo.
- Articulación de redes prestadoras de servicios de salud, con acuerdos de utilización adecuada de los recursos para la mejor atención de los pacientes.
- Protección de los recursos asignados, transformándolos en intervenciones de salud, costo eficiente para el individuo y la comunidad.
- Mantener el equilibrio del coste incremental de los programas de salud, a través del análisis de costo utilidad, representada en años de vida saludable, o años de vida ajustados por calidad.
- Fomentar el desarrollo de programas de salud cuya asignación presupuestal mantenga una equidad desde la perspectiva del costo beneficio.
- Inversión de los excedentes producidos, con la adecuada gestión de los recursos, en actividades, procedimientos o intervenciones en salud, que disminuyan la tasa de siniestralidad presente.

La administración de los Sistemas de Salud debe propender por el cumplimiento de las anteriores tareas; aunque es posible gestionar servicios de salud con metas

diferentes o parciales, la viabilidad de la organización, y lo más importante los efectos en la salud de los individuos difícilmente se alcanzarán a menos que UNISALUD logre implantar un Modelo de Salud que impacte positivamente el desempeño de UNISALUD como Sistema de Salud de la Universidad Nacional de Colombia.