

Informe de **GESTIÓN 2015**

Porque tener salud es natural



CONTENIDO

1.	UNA VISIÓN GERENCIAL DEL 2015 Y SU PROSPECTIVA.....	6
2.	ORGANISMOS DE DIRECCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y CONTROL.....	11
2.1.	Asamblea General de accionistas.....	11
2.2.	Junta Directiva de Savia Salud EPS	11
3.	FORMULACIÓN ESTRATÉGICA	13
3.1.	Misión	13
3.2.	Visión.....	13
3.3.	Principios	13
3.4.	Valores	14
3.5.	Política de calidad	14
3.6.	Mega metas	15
3.7.	Objetivos estratégicos	15
3.7.1.	<i>Perspectiva del cliente</i>	15
3.7.2.	<i>Perspectiva interna</i>	15
3.7.3.	<i>Perspectiva del aprendizaje</i>	15
4.	GESTIÓN DE PLANEACIÓN, PROYECTOS Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	16
4.1.	Modelo de planeación	16
4.2.	Proyectos.....	16
4.2.1.	<i>Área de Red de servicios</i>	16
4.2.2.	<i>Área de Gestión del Riesgo</i>	16
4.2.3.	<i>Área de Aseguramiento</i>	17
4.2.4.	<i>Área de Gestión Humana</i>	17
4.2.5.	<i>Área de Calidad</i>	17
4.2.6.	<i>Área de Planeación</i>	17
5.	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	18
6.	GESTIÓN DE CALIDAD.....	19
6.1.	Habilitación de la EPS	19
6.2.	Atención al ciudadano	19
6.3.	Tasa de satisfacción global	20

7.	GESTIÓN INTEGRAL EN LA ORGANIZACIÓN.....	21
7.1.	Gestión del aseguramiento, la dinámica en afiliación y los ingresos por UPC	21
7.1.1.	<i>Afiliación al modelo de movilidad régimen contributivo</i>	22
7.1.2.	<i>La Gestión del aseguramiento y la dinámica en afiliación</i>	23
7.1.3.	<i>Estado y población actual en los municipios de Antioquia en los que Savia Salud hace presencia</i>	26
7.1.4.	<i>Dinámica de crecimiento o disminución según subregiones 2014- 2015</i>	27
7.1.5.	<i>Las restituciones</i>	32
7.1.6.	<i>Análisis demográfico de los afiliados y su dinámica.....</i>	34
7.1.7.	<i>Recepción de la operación de oficinas de Comfama en noviembre del 2015</i>	35
7.2.	Modelo de gestión del riesgo integral en salud.....	35
7.3.	La gestión en salud pública.....	40
7.3.1.	<i>Indicadores de salud pública.....</i>	40
7.3.2.	<i>Eventos de Notificación Obligatoria – Sivigila-.....</i>	46
7.3.3.	<i>Actividades de detección temprana y protección específica</i>	48
7.4.	Estrategias y programas de salud pública	51
7.4.1.	<i>Estrategia de Incentivos</i>	51
7.4.2.	<i>Estrategia implantes subdérmicos.....</i>	57
7.4.3.	<i>Programa Madre Canguro</i>	58
7.4.4.	<i>Programa de ejercicio físico en enfermedades crónicas no transmisibles</i>	59
7.4.5.	<i>Programa de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</i>	62
7.5.	Patologías y estrategias de alto costo y alto valor	64
7.5.1.	<i>Programa de hemofilia y trastornos afines</i>	68
7.5.2.	<i>Programa de Protección Renal (predialisis) y diálisis o trasplantes como terapia de remplazo renal.....</i>	74
7.5.3.	<i>Programa de Atención Cardiovascular.....</i>	77
7.5.4.	<i>Programa de atención a personas viviendo con el virus del VIH</i>	78
7.5.5.	<i>Programa de Enfermedades Autoinmunes</i>	81
7.5.6.	<i>Programa de Atención Integral al Paciente Oncológico</i>	83
7.5.7.	<i>Programa de Epilepsia.....</i>	93
7.5.8.	<i>Programa de Enfermedades Desmielinizantes.....</i>	96
7.6.	Reportes cuenta de alto costo 2015.....	97
7.6.1.	<i>Normatividad que soporta cada reporte.....</i>	97

7.6.2. Fechas de reporte	97
7.6.3. Etapas generales del proceso	98
7.6.4. Información reportada por patología.....	98
7.6.5. Resultados de auditorías.....	106
7.6.6. Mecanismo de Redistribución de Recursos	109
7.7. Los medicamentos y la implementación de la política farmacéutica y gestión de medicamentos en Savia Salud EPS.....	112
7.7.1. Política Farmacéutica de Savia Salud EPS.....	113
7.7.2. Otras estrategias.....	124
7.7.3. Retos de Savia Salud EPS en el área de medicamentos	125
7.7.4. Conclusión	125
7.8. Gestión de red de servicios	126
7.8.1. Modelo	126
7.8.2. Estructura del área	127
7.8.3. Contratación Red Pública	128
7.8.4. Contratación de la Red Privada.....	130
7.8.5. Autorizaciones de servicios de salud.....	131
7.8.6. Auditoría concurrente – Auditoría Integral	137
7.8.7. Programas especiales.....	144
7.9. Gestión de cuenta médica, glosas y recobros.....	150
7.9.1. Hecho relevante	152
7.9.2. Recuperación de valor.....	153
7.10. Gestión de pagos y recaudo	155
7.10.1. Pagos	155
7.10.2. Recaudo UPC	156
7.10.3. Recobros por servicios NO POS.....	157
7.11. Gestión y situación jurídica	157
7.11.1. Procesos judiciales	157
7.11.2. Proyecto reducción de tutelas	158
7.12. Estado de cumplimiento de las normas sobre propiedad intelectual y derechos de autor y demás obligaciones legales.....	159
7.13. Gestión del talento humano	159
7.13.1. Estructura organizacional y planta de cargos	159

7.13.2. Capacitación y desarrollo	162
7.13.3 Evaluación de desempeño.....	162
8. EFECTOS ECONÓMICOS, FINANCIEROS Y OPERATIVOS DE LA RESOLUCIÓN 1479 DE 2015 QUE MODIFICÓ EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS	163
ANEXOS	167
Anexo 1. Estados financieros y notas a los estados financieros	167
Anexo 2. Informe de revisoría fiscal	167

1. UNA VISIÓN GERENCIAL DEL 2015 Y SU PROSPECTIVA

En el 2015 fueron notables los buenos resultados en salud y financieros que permiten, con total confianza, asegurar la viabilidad financiera y operativa de Savia Salud EPS en una prospectiva de siete años. También, el 2015 deja dos retos de vital importancia no superados por la entidad. El primero tiene que ver con los descuentos de restituciones por 44 mil millones de pesos, que sumados a los dos años anteriores llegan a 99.660 millones, de los cuales el 65% no tiene claridad suficiente y por ello se cuestiona su validez. El segundo reto se concentra en el peso de la carga financiera, operativa y judicial de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud —POS.

Las dos situaciones anteriores limitaron la gestión en un año que tuvo todas las condiciones para ser satisfactorio. Mientras estos hechos persistan, la viabilidad financiera de Savia seguirá amenazada. Como solución al primer reto se requiere una reforma de ley, ya solicitada ante varios congresistas desde el Plan de Desarrollo. Para darle diligencia al segundo reto se necesita voluntad política y recursos de la Nación y del Departamento de Antioquia.

Como hechos positivos en el 2015 se valora la Resolución 4397, que permite a Savia Salud cobrar los servicios que le prestó a la población objeto de restitución desde 2013, los cuales se estiman en alrededor de 40 mil millones, que esperamos sean de seguro recaudo. Otro hecho importante fue la igualación de UPC con el régimen contributivo en Medellín.

Fue positiva también la norma que a partir de junio nos alivió —aunque parcialmente— de la carga financiera de los servicios No POS, lo cual detuvo el crecimiento de dichos servicios. Sin embargo, la falta de recursos del Estado para ello —del Departamento y la Nación—, nos llevó a una iliquidez sin solución a la vista. Persiste, además, la carga operativa y los riesgos jurídicos.

La disminución de las transferencias por el Sistema General de Participaciones en el componente de oferta, de 140 mil millones anuales entre 2012 y 2014, a 40 mil millones en el 2015, dejó al Departamento de Antioquia sin posibilidad de financiar los servicios y medicamentos No POS, que requieren alrededor de 120 mil millones de pesos al año. La sola cartera con el Departamento por eventos No POS, exigió acudir a un crédito, y fue Savia Salud la que asumió los intereses del mismo para evitar un costo mayor ante las demandas de los prestadores, que afortunadamente lograron desactivarse.

Con relación al compromiso que tiene Savia Salud, la entidad se ha enfocado en continuar garantizando el derecho al POS de la población más pobre y vulnerable de Antioquia, mejorando cada vez más su atención y logrando así su objetivo misional de impactar positivamente los indicadores de morbimortalidad de la población mediante el mejoramiento de nuestro modelo de gestión del riesgo y controlar gradualmente los costos para ser autosostenibles en el año 2017.

Del 2015 satisface también el incremento del 57% en coberturas y calidad en los servicios básicos y de mediana complejidad en los pacientes con hipertensión y diabetes, en alianza con los hospitales. Esto, según la Cuenta de Alto Costo, ubicó a Savia Salud como la EPS con el mayor avance del Régimen Subsidiado en el país. Similar fue el avance en la atención a la gestante y a la citología vaginal como control del cáncer de cuello uterino. En cuanto a la alta complejidad y los siete eventos catastróficos, se lograron disminuir los costos significativamente, que logran una pérdida menor en el POS de un 31% (-7,4% de los ingresos) en comparación con el año 2014, en el cual la entidad perdió 10,7% de los ingresos, las estrategias aplicadas evitaron un costo de 78.600 millones de pesos en 2015, en relación con el año 2013 como año base. En 2014 se logró un menor costo de 28.000 millones de pesos constantes de 2013 en relación con el IPC SALUD

Dos años después de iniciados los trámites, Savia logró su habilitación por parte de la Supersalud, ello facilitó la recepción de la operación de todos los procesos no gerenciales de Comfama, proceso que se realizó en cuatro meses, y que de todas maneras causó traumas y limitaciones en la atención a afiliados y proveedores en general.

El 2015 tuvo dos eventos desfavorables desde el aseguramiento o la afiliación. Por un lado, la pérdida de afiliados jóvenes y productivos al acceder a empleo y que aprovechando la norma de movilidad, no permanecieron en Savia; fueron cerca de 80 mil retiros, la mayoría de Medellín. El otro evento desfavorable tiene que ver con haber recibido 113 mil afiliados de Caprecom, que venían con una alta carga de enfermedad y con acceso limitado al servicio, puesto que las IPS al enterarse del retiro de dicha EPS de Antioquia, cerraron sus servicios.

Prospectiva

La crisis fiscal nacional y departamental no dan paso al optimismo, especialmente si a ello se suma la disminución de las ventas de la Fábrica de Licores de Antioquia en el 2015 por suma cercana a los 300 mil millones de pesos, lo cual agudiza la financiación de los servicios y medicamentos No POS. Esto deja a Savia Salud en una delicada situación, puesto que ha tenido que asumir el pago de esos servicios y medicamentos No POS sin tener la obligación legal ni los recursos para ello. Esta situación afecta negativamente su flujo de caja y sus cuentas por pagar, por un monto superior a los 120 mil millones de pesos, sin tener en cuenta el crédito del Findeter, que representa 72 mil millones de pesos en capital. Si a ello sumamos los 40 mil millones de servicios prestados a población objeto de restituciones, totalizamos 232 mil millones de pesos.

Por ello, recuperar dichos recursos no da espera porque causa un deterioro en la calidad del servicio. El escenario empeora: ante las liquidaciones de Saludcoop y Caprecom las posibilidades para los prestadores de recibir pagos no ocurrirán antes del 2017. Coomeva y la Nueva EPS no presentan mejor situación de liquidez; Comfenalco está entregando inmuebles; y la oportunidad en pagos de Cafesalud no se reporta por parte de las clínicas. Independiente del futuro de Savia Salud, salvar esta situación requiere la intervención de varios actores del orden nacional y departamental, tales como el Ministerio de Salud, el Congreso de la República, el Departamento de Antioquia, Findeter y el Ministerio de Hacienda.

Las soluciones deben ir orientadas a asignarle a Antioquia, en el 2016, 50 mil millones de pesos adicionales al monto de 2015, por parte del Sistema General de Participaciones en el componente de oferta. Ese monto podría disminuirse para el 2017 si la Ley Estatutaria incluye la mayor parte de los Servicios y medicamentos No POS en el POS.

Otra solución complementaria sería reducir el esfuerzo fiscal territorial departamental por los afiliados de Antioquia, y pasar de los 170 mil millones exigidos para el 2016, a 140 mil millones por cualquier fuente: Sistema General de Participaciones en el componente demanda municipal, recursos del Fosyga, de regalías o del Presupuesto general de la nación. Se sustenta en la normatividad vigente la cual establece que cuando una renta territorial baja, como es el caso de la venta de licores, la nación cubre el monto respectivo. Esto le permitiría al Departamento de Antioquia garantizar servicios No POS. Al aceptar que este es el departamento que más gasta en No POS, pero también es cierto que es el que más esfuerzo fiscal propio aporta en Colombia.

Contando con lo anterior, el Departamento podría tramitar un crédito de saneamiento fiscal con Findeter, con tasa compensada y un plazo de 10 a 12 años, para el pago de los 230 mil millones que se causaron hasta el año 2015. Este crédito puede ser pagado en parte con la compensación del IVA por concepto del chance, fruto de la Ley 1393 de 2010, que para Antioquia representa alrededor de 8 mil millones de pesos anuales y que pueden pignorar para asegurar la oportunidad en el pago. La preocupación del Departamento con el crédito realizado por Savia, se puede regresar asumiéndolo el Departamento por esta vía, con mejores condiciones de plazo y tasa que la realizada en octubre de 2015.

Otra solución que se plantea es que el Departamento asuma directamente la prestación de los servicios NO POS, liberando a Savia y las demás EPS Subsidiadas de la responsabilidad financiera, operativa y judicial de dichos servicios, que además descongestiona la rama judicial de las tutelas, tal como ocurre en varias Departamentos y Distritos del país.

El sistema de salud permite a una EPS del régimen contributivo cobrar retroactivamente hasta 12 meses de UPC, plazo realmente exagerado, que ha afectado a SAVIA con descuentos o restuciones de UPC cercanos a los 100 mil millones de pesos. Si dicho plazo se reduce a 4 meses, y de allí en adelante la UPC no solo del cotizante sino también de sus beneficiarios, la merece la EPS que garantiza el aseguramiento y no aquella que no fue diligente en el proceso de validación del afiliado, los descuentos se reducen al menos a la mitad de la cifra mencionada. El sistema ha funcionado negativamente hacia el régimen subsidiado y el Congreso de la República debe ocuparse con urgencia de equilibrarlo.

De lograrse lo anterior, Savia Salud tendría viabilidad financiera y operativa hacia el futuro y el año 2017 podría ser de equilibrio técnico. La crisis de liquidez del último año ha generado conciencia en la red de prestadores y los servicios básicos han mejorado en desempeño, en especial por los incentivos en las cuatro prioridades. Un reto similar requieren los servicios de mediana complejidad. Con las IPS especializadas se ha estabilizado gradualmente el gasto en servicios de alta complejidad, en una estrategia de tarifas, techos y el uso racional, son pocas las IPS, en su mayoría las estatales, que faltan por alinearse en dicho camino.

No son pocos ni sencillos los retos que esperan a Savia Salud en el futuro mediano. Se requiere un sistema de información robusto, confiable y ágil, para el cual los recursos de ciencia, tecnología e innovación de Ruta N pueden ser aliados fundamentales. Además, mediante una asociación público privada, sistemas de este tipo podrían ser una excelente inversión, que puede hacerse en alianza con el Ministerio de Salud y también pueden convertirse en una empresa rentable, pues las EPS en general reconocen que sus sistemas de información son un componente clave para enfrentar sus dificultades.

El reto para el 2016 es estabilizar la operación de los procesos entregados por Comfama en diciembre del 2015. La Auditoría Médica Integral es un proyecto promisorio, que permite tener claridad de la deuda con las IPS y glosas en un plazo no superior a los dos meses después de recibida la factura.

Desafortunadamente para el 2016 no hubo aproximación de la UPC subsidiada a la contributiva, y ello es un factor adicional que obliga a operar el régimen contributivo, porque en alianza con la red pública fuera del Valle de Aburrá, Savia es la mejor elección para la población laboral pública y privada de los municipios categorías cuarta a sexta. En ese sentido los trabajadores de Hidroituango, las Autopistas de la Prosperidad, los servidores territoriales y de los mismos hospitales, representan un potencial no menor a 250 mil afiliados, que ayuda además a solucionar la crisis hospitalaria.

Plantear la liquidación de Savia es responsable, pues hay argumentos respetables que así lo recomiendan. Contando con la recuperación de la cartera mencionada, para liquidar se requieren recursos no menores a los 380 mil millones de pesos, que al ser distribuidos según la proporción accionaria, requerirían en el corto plazo de 282 mil millones de pesos distribuidos por partes iguales: —141 mil millones— para el Departamento de Antioquia y el Municipio de Medellín, y 98 mil millones para Comfama. Liquidar sin recursos es un escenario inviable porque lleva a la liquidación del grueso de la red pública y privada de Antioquia, o a procesos judiciales que serían mucho más graves para los accionistas.

Liquidar a Savia Salud exige remplazarla por otras u otra EPS como Sura, la Nueva EPS, Coomeva o Cafesalud, que ya operan el régimen subsidiado en el Valle de Aburrá, Oriente cercano y Urabá especialmente. También está Coosalud como EPS subsidiada y seguramente se reiterará la propuesta de que el Departamento asuma la garantía del POS, eliminando las EPS, lo que al menos evitaría las pérdidas en salud y vida para los antioqueños.

Savia Salud EPS se creó como la mejor solución para garantizar la atención del POS al régimen subsidiado en Antioquia, y sin desconocer las dificultades de los últimos seis meses para garantizar oportunamente el servicio, no hay en el horizonte ninguna entidad que lo pueda hacer mejor. Para ello deben preservarse los postulados o las premisas que se acordaron desde su origen: transparencia, austeridad y gestión técnica. Como algunas personas lo han dicho, Savia es la “EPM de la Salud”, y solo bajo esos preceptos seguirá siendo la garante del derecho a la salud de la población más pobre y vulnerable de Antioquia.

Carlos Mario Ramírez
Gerente

2. ORGANISMOS DE DIRECCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y CONTROL

De conformidad con el Artículo 22 de los Estatutos, a diciembre de 2015 para su dirección, administración y representación, la sociedad tiene los siguientes órganos y cargos:

- a) Asamblea General de Accionistas
- b) Junta Directiva.
- c) Gerencia General.

2.1. Asamblea General de accionistas

La conforman los accionistas inscritos en el libro de Registro de Accionistas, estos son:

- Sergio Fajardo Valderrama – Gobernador de Antioquia
- Aníbal Gaviría Correa – Alcalde de Medellín
- María Inés Restrepo de Arango – Directora de Comfama

2.2. Junta Directiva de Savia Salud EPS

La Junta Directiva la integran siete (7) miembros principales y siete (7) suplentes elegidos por los mismos nominadores. Está conformada de la siguiente manera:

- Dos (2) miembros designados por el Gobernador de Antioquia y sus respectivos suplentes.
- Dos (2) miembros designados por el Alcalde de Medellín y sus respectivos suplentes.
- Dos (2) miembros designados por la Caja de Compensación Familiar —Comfama— y sus respectivos suplentes.
- Un (1) miembro designado por el Gobernador de Antioquia y por el Alcalde de Medellín y su respectivo suplente.

A diciembre de 2015, se encuentran como miembros de Junta Directiva las siguientes personas:

Miembros principales:

- Germán Gonzalo González Echeverri
Departamento de Antioquia – Municipio de Medellín
- Horacio Vélez de Bedout
Gobernación de Antioquia
- Carlos Andrés Pérez Díaz
Gobernación de Antioquia
- Luis Fernando Suárez Vélez

Alcaldía de Medellín

- Óscar Nieto Zapata
Alcaldía de Medellín
- David Escobar Arango
Caja de Compensación Familiar de Antioquia – Comfama
- Daniel Arango Perfetti
Caja de Compensación Familiar de Antioquia – Comfama

Miembros suplentes:

- María Eugenia Ramos Villa
Gobernación de Antioquia
- Nora Elena Salazar Molina
Gobernación de Antioquia
- Gloria Emilse Urrego Urrego
Alcaldía de Medellín
- Lida Teresita Herrera Salazar
Alcaldía de Medellín

3. FORMULACIÓN ESTRATÉGICA

3.1. Misión

Savia Saludes una EPS que surge como resultado de la voluntad del sector público y privado, y se concreta como política pública de salud, con el objeto de que articule y organice la prestación de los servicios de salud en el Departamento de Antioquia —Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS—, se fundamente en la atención primaria en salud con un modelo de atención diferenciador con énfasis en la promoción de la salud y la prevención y atención oportuna o precoz de la enfermedad.

3.2. Visión

En el año 2018, Savia Salud se habrá convertido en un referente nacional en la prestación de servicios de salud por su capacidad de articulación de los servicios, la innovación de sus enfoques, la capacidad de promoción y prevención, y el impacto logrado en su población objetivo.

3.3. Principios

- *Respeto*: nuestro principio rector es el respeto por el otro, por la organización, por nuestros afiliados, por nuestros proveedores y por nosotros mismos, ya que reconocemos la importancia en el rol que cada uno tiene frente a nuestra empresa.
- *Transparencia*: en Savia Salud EPS somos transparentes en todo lo que hacemos. Rendimos cuentas de nuestra gestión, ponemos todo sobre la mesa y estamos abiertos a compartir la información pública con quien lo requiera, ya que entendemos que esta empresa es propiedad de los antioqueños.
- *Valor de la vida*: valoramos la vida por encima de todo. Buscamos generar salud y bienestar en todas las zonas de influencia en donde tenemos presencia.
- *Austeridad*: gestionamos de manera adecuada todos los recursos disponibles: financieros, humanos, físicos, intelectuales, etc., para asegurar la mayor eficiencia en nuestra gestión.
- *Calidad*: estamos enfocados en gestionar la empresa con la mayor calidad posible, tanto en la gestión de nuestros procesos como, en especial, en la prestación del servicio a nuestros afiliados.
- *Equidad*: buscamos de manera permanente reducir las brechas en salud, para asegurar que aumente la población con servicios de salud oportunos y accesibles.

- *Innovación:* buscamos crear y evolucionar nuestro modelo de operación con las mejores prácticas en procesos, aseguramiento y atención en salud, con tecnología de última generación para las necesidades de nuestros usuarios, nuestros proveedores y nuestros empleados.

3.4. Valores

- *Trabajo en equipo:* en Savia Salud EPS todos tenemos un propósito común de dar acceso a servicios de salud con calidad y oportunidad a nuestros afiliados. Para esto somos un sólo equipo de trabajo que busca permanentemente mejorar, crear sinergias, innovar y lograr los mejores resultados.
- *Orientación al servicio:* buscamos permanentemente garantizar un servicio integral para nuestros usuarios, con eficiencia y eficacia, así como brindar un servicio eficaz y con un trato especial a nuestros colegas, clientes, proveedores y todas las personas o instituciones con las que interactuamos.
- *Modelo humano:* nuestro modelo de gestión y operación está enmarcado en el respeto por el ser humano por encima de todo, buscando dar acceso a salud y generar bienestar en la comunidad, con un sentido humano.
- *Liderazgo:* en Savia Salud EPS somos líderes, como personas, como empleados y como empresa. Somos líderes en el mercado, líderes en el sector salud y líderes en el país de un modelo nuevo e innovador.
- *Cercanía:* somos cercanos entre nosotros y con nuestros usuarios, nuestro entorno y las comunidades donde tenemos influencia. La gente siente a nuestra empresa como suya, propia y cercana.

3.5. Política de calidad

Nuestro compromiso es identificar y satisfacer las necesidades del cliente interno y externo de manera oportuna, accesible, equitativa, confiable y segura, con talento humano comprometido y competente y mediante el ciclo PHVA —planear, hacer, verificar y actuar— con miras a lograr siempre la fidelización y satisfacción de los usuarios.

La política de calidad se formuló teniendo en cuenta:

- El pensamiento estratégico de Savia Salud EPS
- Un Modelo de atención enfocado en la gestión del riesgo
- Una adecuada gestión de costos, gastos y provisiones
- Gestión y control con auditoría concurrente
- Oportunidad en la atención
- Seguimiento a la satisfacción del usuario

- El compromiso de la red de prestadores
- El mejoramiento continuo
- El cumplimiento de la legislación aplicable
- El uso eficiente de los recursos

3.6. Mega metas

- Mejorar de manera medible las condiciones de salud de la población afiliada.
- Lograr el nivel de auto sostenibilidad financiera que permita la permanencia de la organización en el tiempo.

3.7. Objetivos estratégicos

3.7.1. Perspectiva del cliente

- Lograr un impacto cuantificable en cada uno de los tres segmentos foco: usuarios de alto valor, población susceptible de alto costo y adultos jóvenes sanos.
- Aumentar el número de afiliados a Savia Salud EPS a través de su consolidación en Antioquia y la expansión en otras regiones del país, e ingresar al régimen contributivo en el 2016.
- Mantener los índices de satisfacción de usuarios.

3.7.2. Perspectiva interna

- Implementar un modelo eficiente de gestión del riesgo que permita disminuir los índices de morbi/mortalidad y contribuya a estabilizar el costo médico.
- Lograr la integración de la red pública.

3.7.3. Perspectiva del aprendizaje

- Implementar una plataforma única y eficiente de tecnología de la información que asegure la disponibilidad oportuna de información para la toma de decisiones.
- Consolidar una cultura de servicio basada en los principios y valores, que asegure la autonomía técnica y administrativa de Savia Salud EPS.
- Diseñar, implementar y mantener un sistema de gestión de la innovación.

4. GESTIÓN DE PLANEACIÓN, PROYECTOS Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

4.1. Modelo de planeación

Uno de los resultados del Plan Estratégico de Savia Salud EPS2013 – 2018 fue el modelo de gestión de proyectos en la organización. Este modelo opera de la siguiente manera:

- Se efectúa una sesión de planeación anual. En esta reunión se definen los objetivos tácticos que cada área debe lograr para alcanzar los Objetivos estratégicos y las Mega metas en el transcurso del año horizonte de esta planeación.
- Cada jefe de área define con su equipo de trabajo los proyectos que considera convenientes para el logro de los objetivos tácticos, se plasman en un Plan Operativo Anual —POA— por cada área con el acompañamiento del área de Planeación.
- Estos Planes Operativos se revisan conjuntamente entre el Jefe de área y el Jefe de Planeación, con periodicidad semestral (o inferior si es necesario).
- Se generan planes de mejoramiento que vayan disminuyendo la brecha entre los resultados esperados y los resultados reales en función del tiempo.

4.2. Proyectos

Durante el 2015 se formularon, diseñaron y ejecutaron total o parcialmente los siguientes proyectos:

4.2.1. Área de Red de servicios

- Proyecto Cama Fija
- Proyecto Savia Cita
- Proyecto Gestión de Material de Osteosíntesis
- Proyecto Auditoría Médica Integral

4.2.2. Área de Gestión del Riesgo

- Proyecto Hemofilia
- Proyecto Enfermedad Renal Crónica
- Proyecto Ejercicio físico como coadyuvante al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles
- Proyecto Riesgo Cardiovascular

- Proyecto Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Proyecto HIV – SIDA
- Proyecto Enfermedades Autoinmunes
- Para el 2016 se plantea en esta Área la puesta en marcha de los proyectos: Epilepsia, Cáncer y Cuidados paliativos

4.2.3. Área de Aseguramiento

- Proyecto Incremento de Afiliaciones en Subsidiado
- Movilidad del Contributivo

4.2.4. Área de Gestión Humana

- Proyecto Alineación organizacional y estructura salarial, que surge a partir de la entrega de operación por parte de Comfama

4.2.5. Área de Calidad

- Proyecto de habilitación de Savia Salud EPS como operadora del régimen subsidiado en el departamento de Antioquia, a través de la Resolución 001621 del 31 de agosto de 2015, por medio de la cual se autorizó el certificado de funcionamiento y/o habilitación de la Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S.

4.2.6. Área de Planeación

- Cocreación del Meta-Repositorio de Historia Clínica Electrónica y transacciones en Salud
- Cocreación del proyecto Suficiencia de UPC, conjuntamente con la fundación Centro de Estudios en Economía Sistémica —ECSIM—
- Cocreación del proyecto Red Integrada de Servicios de Salud, conjuntamente con ECSIM

5. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Durante el año 2015, en el componente de Gestión del conocimiento, que está integrado a la función Planeación, en Savia Salud EPS se ejecutaron las siguientes actividades:

- El desarrollo completo del programa Gestores de innovación empresarial con Ruta N, con el fin de complementar el Sistema de innovación en la organización.
- La caracterización del proceso Gestión de Política de medicamentos, y del proceso de Referencia y contrareferencia, conjuntamente con las áreas encargadas.
- Diseño, adopción y adaptación de instrumentos de planeación y gestión de proyectos aplicando metodologías Clase mundial.

6. GESTIÓN DE CALIDAD

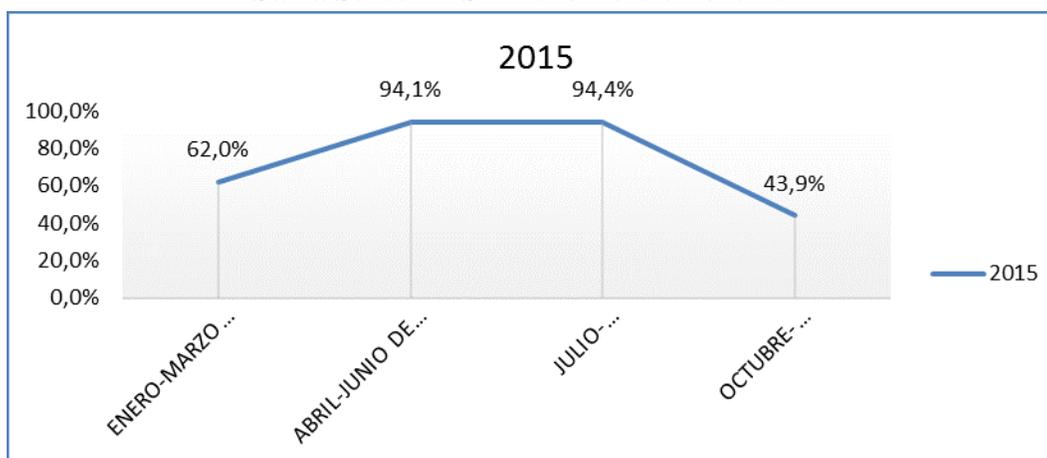
6.1. Habilitación de la EPS

Se logró la habilitación de Savia Salud EPS como operadora del régimen subsidiado en el departamento de Antioquia, a través de la Resolución 001621 del 31 de agosto de 2015, por medio de la cual se autorizó el certificado de funcionamiento y/o habilitación de la Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S.

6.2. Atención al ciudadano

Para este ítem se toma como indicador la proporción de quejas resueltas antes de 15 días, expuestas en el siguiente gráfico:

**Tendencia porcentaje indicador de cumplimiento de 15 días PQRS
Savia Salud EPS. Enero – diciembre 2015**



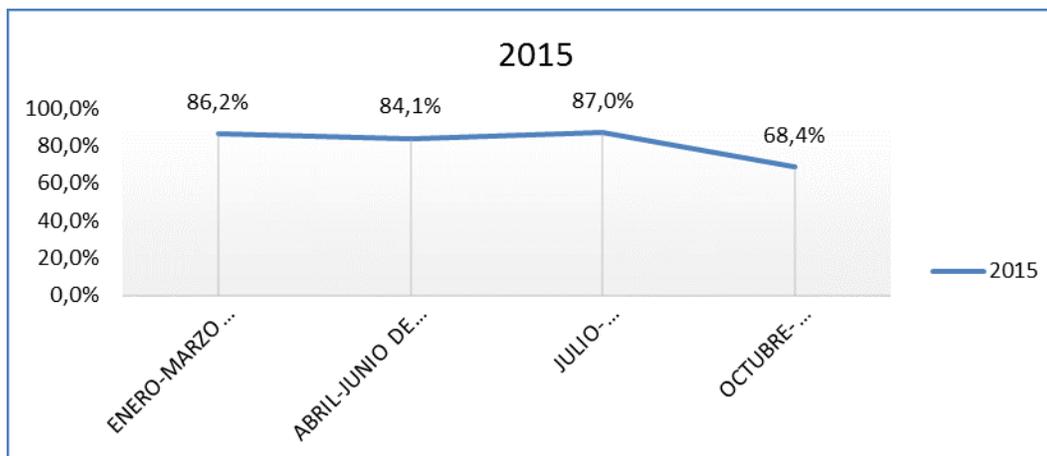
Fuente: Aplicativo Integra Savia Salud EPS

En el segundo y tercer trimestre del 2015, se superó la meta del 90% para la resolución de las PQRS en menos de 15 días. En el último trimestre no se cumplió con la meta establecida del 90%, por las siguientes razones:

- El proceso de recepción de la operación llevada por Comfama y que pasó a Savia Salud EPS.
- La entrada en vigencia de la Resolución 1479 de mayo de 2015, la cual reglamenta la entrega de los medicamentos y procedimientos No POS.

6.3. Tasa de satisfacción global

Comportamiento de la tasa de satisfacción global
Savia Salud EPS. Enero – diciembre 2015



Fuente: Aplicativo Integra Savia Salud EPS

La meta de satisfacción establecida en la EPS es del 85%. En el primer y tercer trimestre se cumplió la meta con un 86,2 y un 87% respectivamente. En el segundo y cuarto trimestre no se alcanzó la meta debido a la insatisfacción que manifestaban los usuarios frente a la inoportunidad en el acceso a servicios, particularmente en la entrega de autorizaciones y medicamentos No POS, coincidiendo también con la recepción de usuarios de Caprecom.

7. GESTIÓN INTEGRAL EN LA ORGANIZACIÓN

7.1. Gestión del aseguramiento, la dinámica en afiliación y los ingresos por UPC

El aseguramiento en salud, dentro del marco de la protección social, es la estrategia o mecanismo estructurado y formal por el cual una persona o familia es protegida o amparada de unos riesgos en salud específicos, a través de un plan de beneficios que se encuentra financiado por una Unidad de Pago por Capitación —UPC.

En el 2015, más específicamente en diciembre, fue presentado el Decreto 2353, que define toda la nueva metodología de la afiliación transaccional a la salud en Colombia, con esta se garantiza una cobertura mayor a la población no afiliada en el país. Lo anterior puede ser positivo para Savia Salud, al contar en el Antioquia con una población superior a las 200.000 personas sin cobertura en salud, según las cifras brindadas por la Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia —SSSA.

Savia Saludes hoy en día la EPS de mayor número de afiliados en el departamento, lo que la ubica como una de las cinco EPS más grandes del país. En la actualidad brinda acceso a la salud a cerca de un millón setecientas mil personas en condiciones de vulnerabilidad y pobreza. De ellas, cerca de 30 mil por movilidad al régimen contributivo. Esto hace parte de un gran compromiso social y de política pública de salud por parte del Departamento de Antioquia, el Municipio de Medellín y Comfama.

Desde que inició Savia Salud—que alcanzó 32 meses de operación hasta diciembre de 2015—, se han presentado descuentos por restituciones por 99.600 millones de pesos, lo que a la fecha representa un 4,3% de menores ingresos. Estas restituciones ocurren, pero deben reducirse en un 60% hacia futuro, para ello es necesario acudir al Congreso, además se está solicitando al Ministerio que permita recuperar ágilmente el gasto generado en la prestación de servicios de salud a la población objeto de restitución, cuando la misma procede.

Savia Salud debe mejorar su ingreso pleno al operar el aseguramiento del régimen contributivo para población asalariada en general, dado los pobres resultados en el año 2015 de la aplicación del Decreto 3047 de 2014, que se refiere a la movilidad entre regímenes. Hacia el futuro este esfuerzo debe ser orientado a los municipios donde se estén desarrollando proyectos de obra pública como las Autopistas de la Prosperidad o Hidroituango, y en los cuales el modelo de atención de Savia puede ser más cercano y mejor para la población.

7.1.1. Afiliación al modelo de movilidad régimen contributivo

En octubre del 2014 empezó para Savia Salud la puesta en marcha del Decreto 3047, concerniente a la movilidad entre regímenes. Esto permitió que a lo largo del 2015 unas 36.000 personas, en algún momento del año, contaran con los servicios brindados en el régimen contributivo de Savia Salud. A diciembre 31, la cifra de afiliados activos en movilidad contributiva fue de 28.491 afiliados, menos de la mitad de la meta esperada. Estos están mayoritariamente en el Valle de Aburrá, especialmente en Medellín, que concentra alrededor del 72% del total. Los siguientes comportamientos explican por qué se frustró un mejor resultado para Savia:

- Dificultades en la diferenciación de prestación de servicios básicos de salud con relación a las EPS del régimen contributivo, que tienen horarios extendidos y asignación de citas por teléfono y teléfonos móviles, en comparación con las ESE.
- Contratos laborales de corta duración que hace que los cotizantes se opongan a la afiliación de su grupo familiar por el concepto errado de pérdida de derechos y subsidios.
- Alta competitividad comercial de parte de las EPS del régimen contributivo, con relación directa con las oficinas de personal de las empresas, lo que ha generado una pérdida significativa de usuarios, porque además al perder empleo se quedan en las mismas.

En el siguiente cuadro puede observarse cómo las EPS del régimen contributivo ya tienen 8,21% de los afiliados al régimen subsidiado de Antioquia y más del 13% de los afiliados de Medellín, lo que representa para Savia Salud menores ingresos, cercanos a los 47 mil millones de pesos de población joven y productiva, que para la ESE Metrosalud representaron 13 mil millones menos de ingresos.

Estas dificultades se han intentado contrarrestar incrementando los puntos de atención al afiliado en Medellín, articulando esfuerzos comerciales orientados a las principales empresas con base en el Valle de Aburrá, y buscando participación en eventos de ciudad en Medellín en donde se hace especial énfasis en la importancia de continuar en Savia Salud.

Expectativa y plan de acción para el año 2016

En el año 2016, respaldados por la obra pública y social de la Nación, el Departamento y el Municipio, se espera poder crecer de manera importante en el régimen contributivo en todo el departamento. La expectativa de crecimiento por este concepto es de alrededor de 30.000 afiliados más de los que se cuantificaron en diciembre 31 del 2015.

La aspiración es crecer en provincia, haciendo especial énfasis en los municipios categoría cuarta a sexta. Para ello se requiere incrementar el patrimonio en 1.200 millones de pesos, pues según la normatividad vigente esto permitiría la habilitación en régimen contributivo, de tal forma que la entidad pueda operarlo plenamente.

7.1.2. La Gestión del aseguramiento y la dinámica en afiliación

Tamaño del mercado y participación:

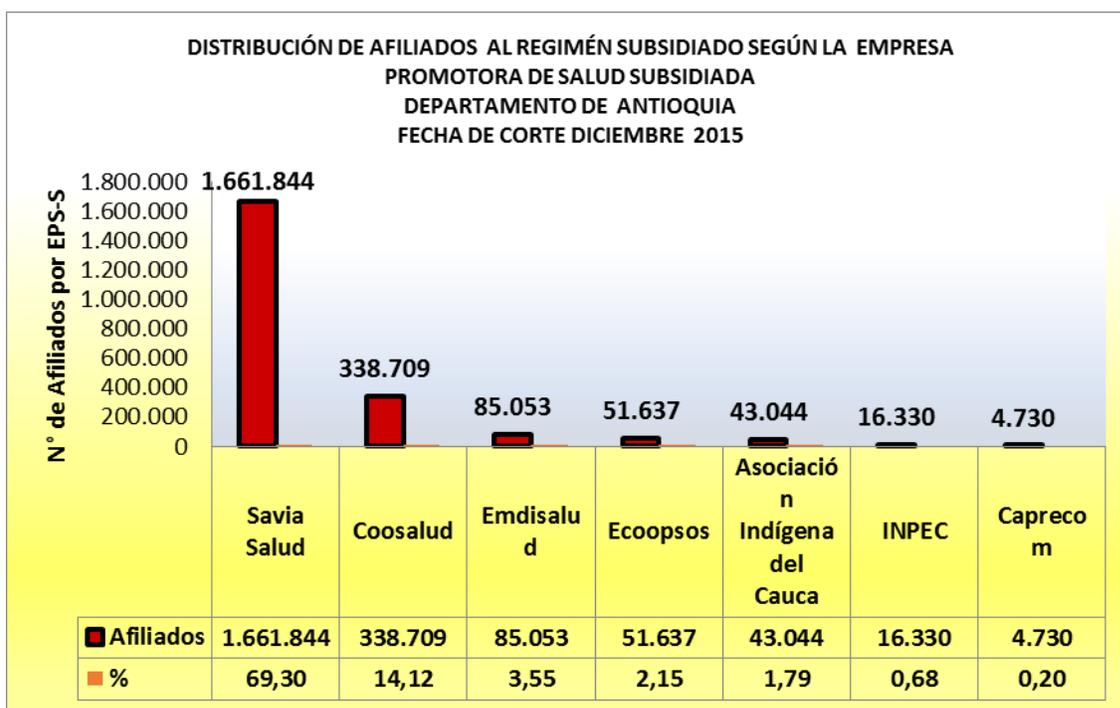
Cifras consolidadas a Diciembre de 2015 (Estadísticas DSSA A DIC 31 DE 2015)

- Población de Antioquia (DANE 2015): 6.456.299
- Total de afiliados al régimen subsidiado 2015: 2.398.182
- Total de afiliados al régimen contributivo en el año: 3.471.485
- Cobertura: 92,71%% (en Antioquia creció 0,66% con relación a diciembre del 2014)

Total de afiliados por EPS al régimen subsidiado			
Código EPS-S	Nombre EPS-S	Nro. Afiliados	% afiliados
EPSS40	Savia Salud	1.661.844	69,30
ESS024	Coosalud	338.709	14,12
ESS002	Emdisalud	85.053	3,55
ESS091	Ecoopsos	51.637	2,15
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca	43.044	1,79
RES006	Inpec	16.330	0,68
EPS020	Caprecom	4.730	0,20
Subtotal de afiliados a EPS en régimen subsidiado		2.201.347	91,79
EPSS10	Sura	57.457	2,40
EPSS16	Coomeva S.A.	38.310	1,60
EPSS37	La Nueva EPS	21.670	0,90
EPSS02	Salud Total	19.673	0,82
EPSS23	Cruz Blanca	4.362	0,18
EPSM03	Cafesalud EPS	53.840	2,25
EPSS18	Servicio Occidental	526	0,02
EPSS05	Sanitas S.A.	919	0,04

EPSS17	Famisanar	83	0,00
EPSS33	Salud Vida EPS	5	0,00
Subtotal de afiliados en régimen subsidiado por Movilidad a EPS contributivas		196.845	8,21
Total general de afiliados al régimen subsidiado		2.398.192	

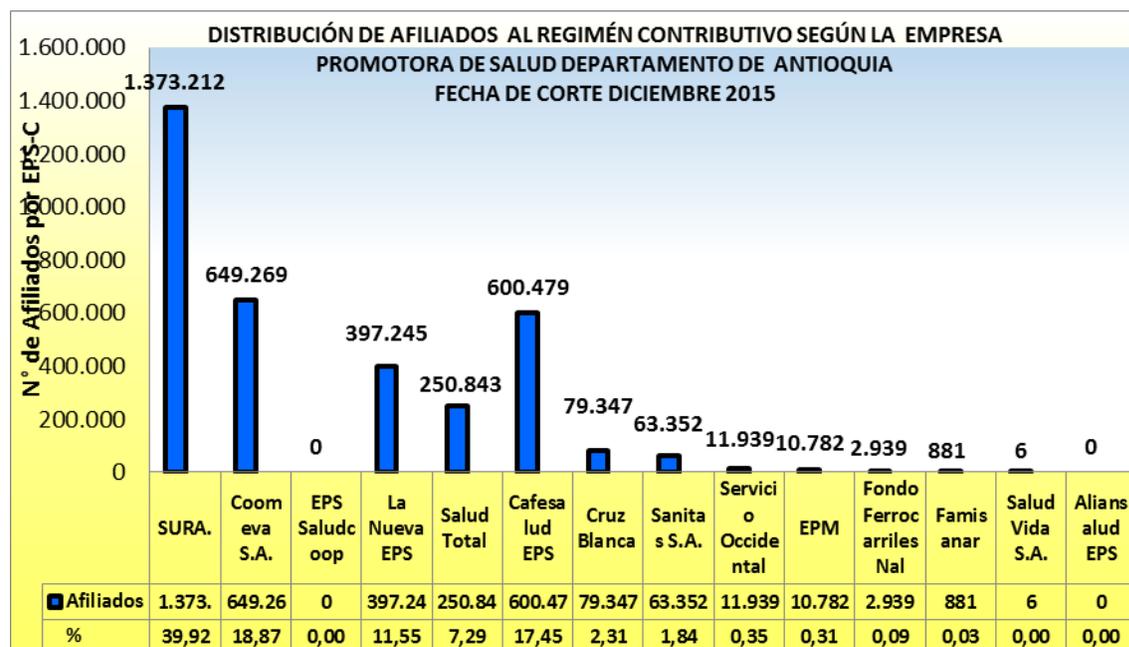
Fuente SSSA - diciembre 2015



Total de afiliados por EPS régimen contributivo - diciembre 2015			
Código SNS	Nombre EPS	Nro. de afiliados	%
EPS010	Sura	1.373.212	39,56
EPS016	Coomeva S.A.	649.269	18,70
EPS013	EPS Saludcoop	0	0,00
EPS037	La Nueva EPS	397.245	11,44
EPS002	Salud Total	250.843	7,23
EPS003	Cafesalud EPS	600.479	17,30
EPS023	Cruz Blanca	79.347	2,29
EPS005	Sanitas S.A.	63.352	1,82

EPS018	Servicio Occidental	11.939	0,34
EAS016	EPM	10.782	0,31
EAS027	Fondo Ferrocarriles Nal	2.939	0,08
EPS017	Famisanar	881	0,03
EPS033	SaludVida S.A.	6	0,00
EPS001	Aliansalud EPS	0	0,00
Total Afiliados al Régimen Contributivo EPS C		3.440.294	99,10
EPS040	Savia Salud	28.491	0,82
ESSC24	Coosalud	2.355	0,07
ESSC02	Emdisalud	138	0,00
EPSC20	Caprecom	138	0,00
ESSC91	Ecoopsos	43	0,00
ESSC62	ASMET Salud-CM	26	0,00
Total de afiliados en régimen contributivo por movilidad		31.191	0,90
Total de afiliados		3.471.485	

Fuente SSSA - diciembre 2015



A diciembre de 2015 Savia Salud EPS tiene una participación en el mercado del régimen subsidiado en Antioquia del 69,30%. En el 2014 la participación era del 71,48. Esto representa un decrecimiento en la participación del régimen subsidiado de 2,18%, que corresponde a unos 50 mil afiliados.

Las pérdidas de afiliados en el régimen subsidiado se deben en gran parte a la entrada en operación del Decreto de Movilidad, que autorizó a las EPS del régimen contributivo a mantener sus afiliados en régimen subsidiado cuando perdieran el empleo y viceversa. Esta disminución era mucho mayor para Savia, superior a 110 mil afiliados, pero logró compensarse gracias al traslado, en octubre del 2015, de los afiliados de Caprecom. Para contrarrestar esta dinámica de pérdida de afiliados se incrementó la captación de afiliables al régimen subsidiado con puntos de afiliación en las ESE de todo el departamento, y con estrategias de articulación con mesas de aseguramiento en el Municipio de Medellín mediante actividades de carácter social como Medellín Solidaria, Buen Comienzo y Colegios Saludables.

7.1.3. Estado y población actual en los municipios de Antioquia en los que Savia Salud hace presencia

Número total de municipios: 116

Distribución absoluta y relativa de afiliados según subregiones de Antioquia Diciembre 2015, según Base de Datos Unica de afiliados de Minsalud

Subregión	Afiliados BDUA DIC 2015	%
Valle de Aburrá	723.823	43,6%
Urabá	245.296	14,8%
Oriente	195.644	11,8%
Suroeste	151.265	9,1%
Norte	130.910	6,3%
Occidente	80.192	4,8%
Nordeste	66.174	4,0%
Magdalena Medio	51.144	3,1%
Bajo Cauca	44.396	2,7%
Total	1.661.844	100,0%

Los afiliados del Valle de Aburrá representan el 43,6%, cifra menor que la de 2014, que fue de un 47%, a expensas de Medellín. Bajó también en Urabá en un dos%. El cuadro expone también que el 80% de los afiliados está en las cuatro primeras regiones.

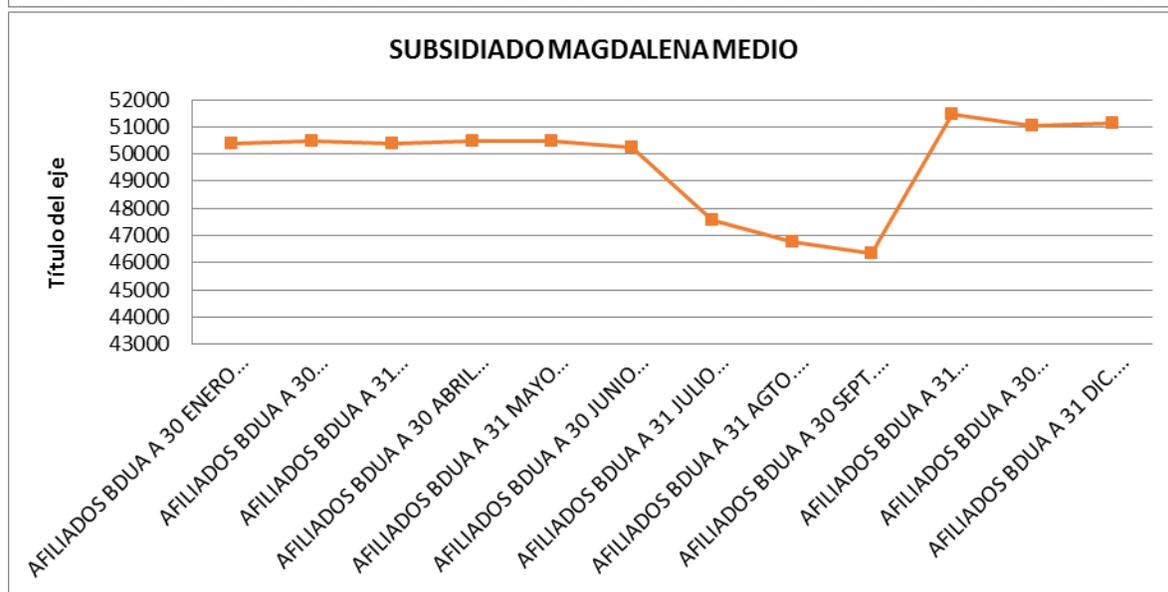
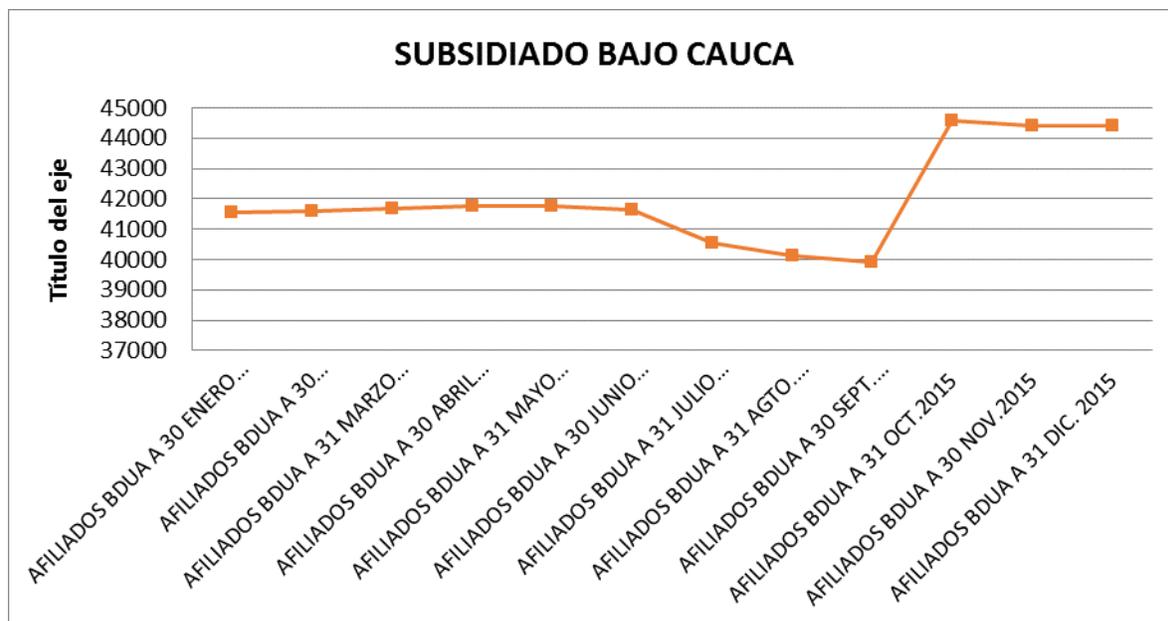
7.1.4. Dinámica de crecimiento o disminución según subregiones 2014- 2015

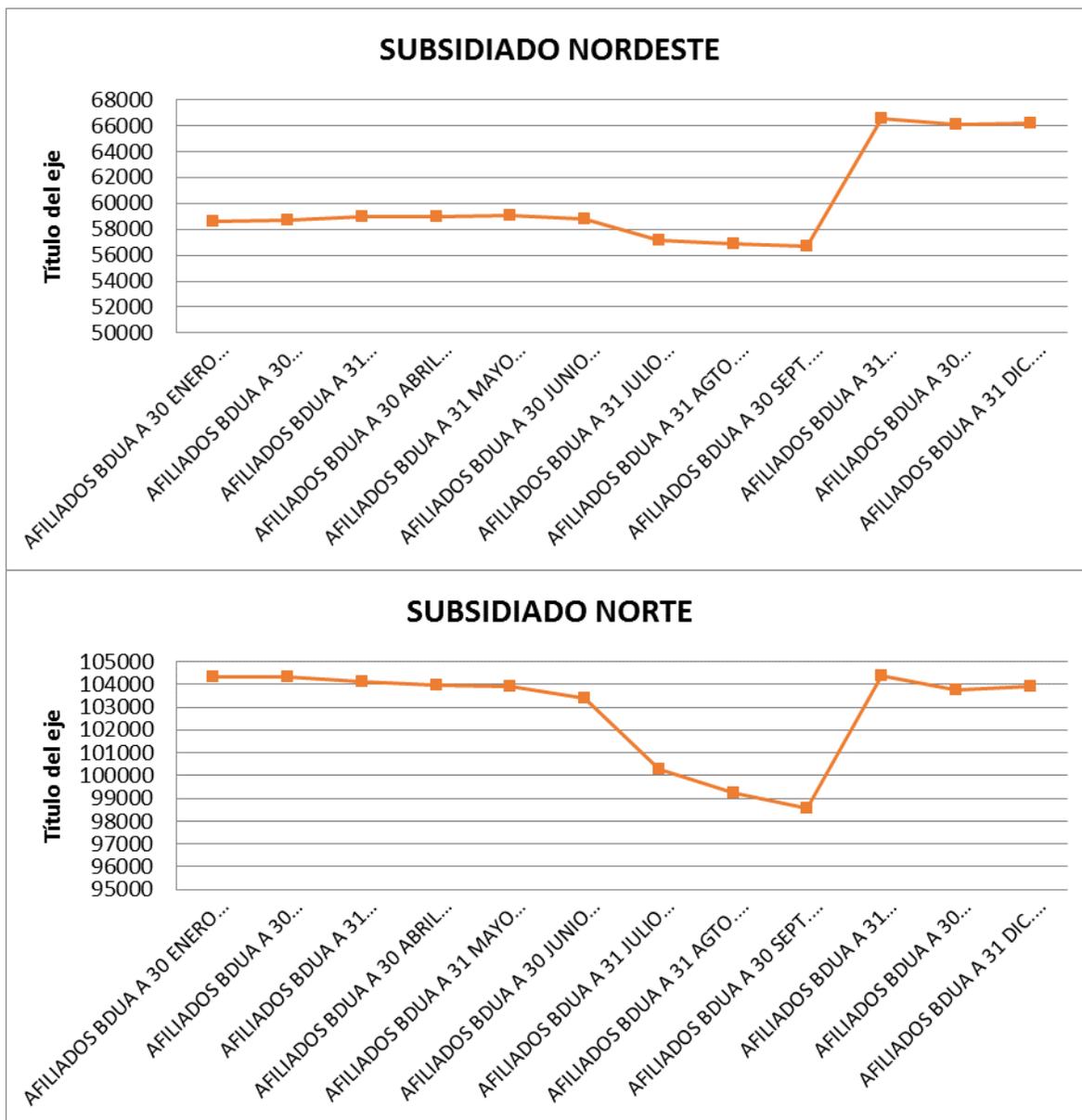
La pérdida neta de población en el régimen subsidiado en términos porcentuales con relación a diciembre del 2014, representa un 1,98%, equivalente a 33.179 afiliados a diciembre del 2015. Esta pérdida se da específicamente en las subregiones del Valle de Aburrá y Urabá, que son las que concentran la mayor oferta de servicios de las EPS del régimen contributivo. La pérdida neta hubiese sido mayor de no ser por los afiliados provenientes de Caprecom, que pesan en Bello, Marinilla y Turbo especialmente. En la subregión Norte se presenta el decrecimiento por la operación del proyecto Hidroitango, que ha sido de especial interés para Sura y el entonces grupo Saludcoop.

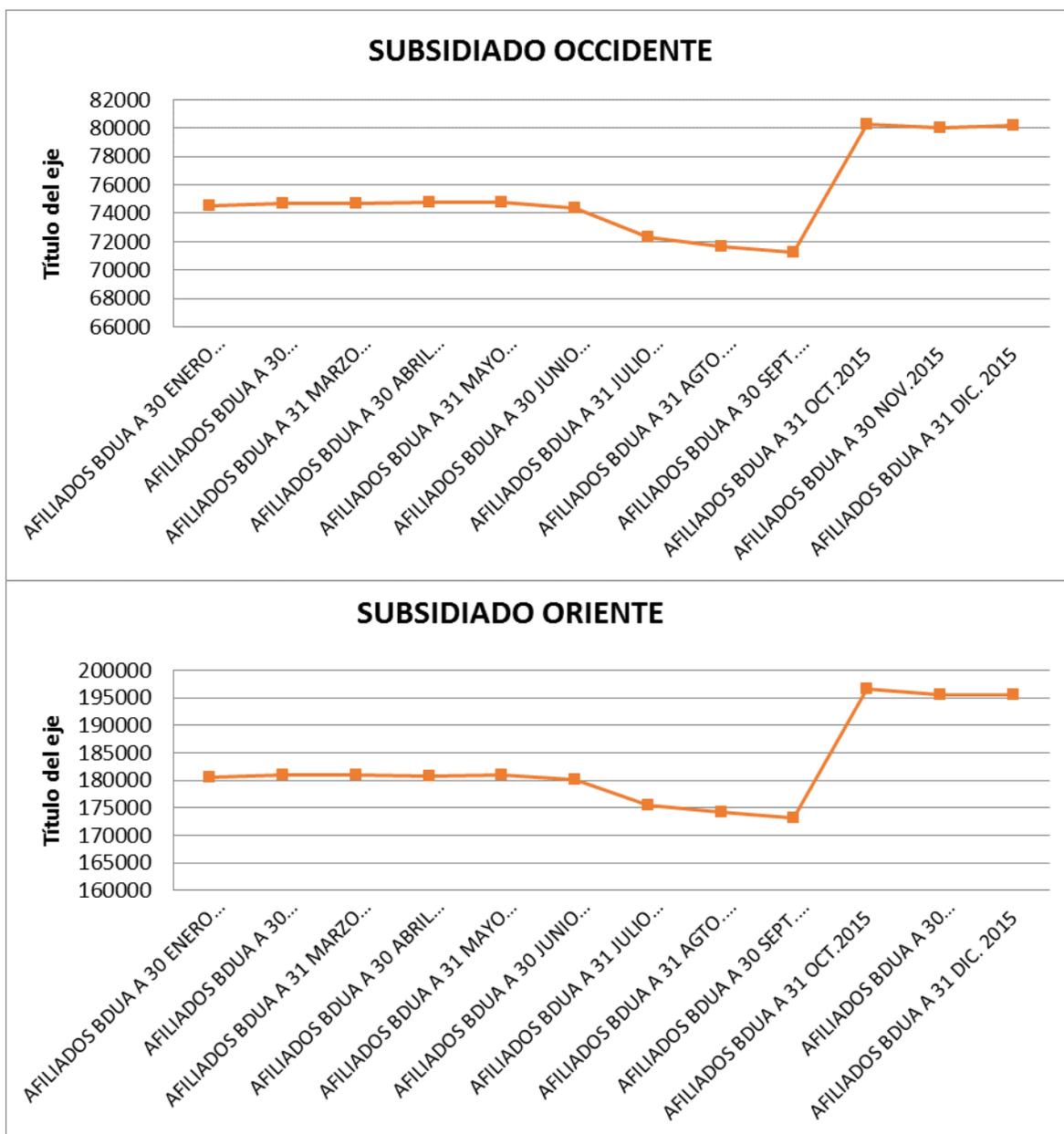
Al sumar la movilidad del régimen contributivo, un total de 28.491 afiliados a diciembre del 2015, vemos que la cifra neta de pérdida de población para Savia Salud durante el año fue de 4.688 afiliados, lo que representó en términos porcentuales una pérdida en la cifra final global de un 0,28% del total de la población de Savia Salud.

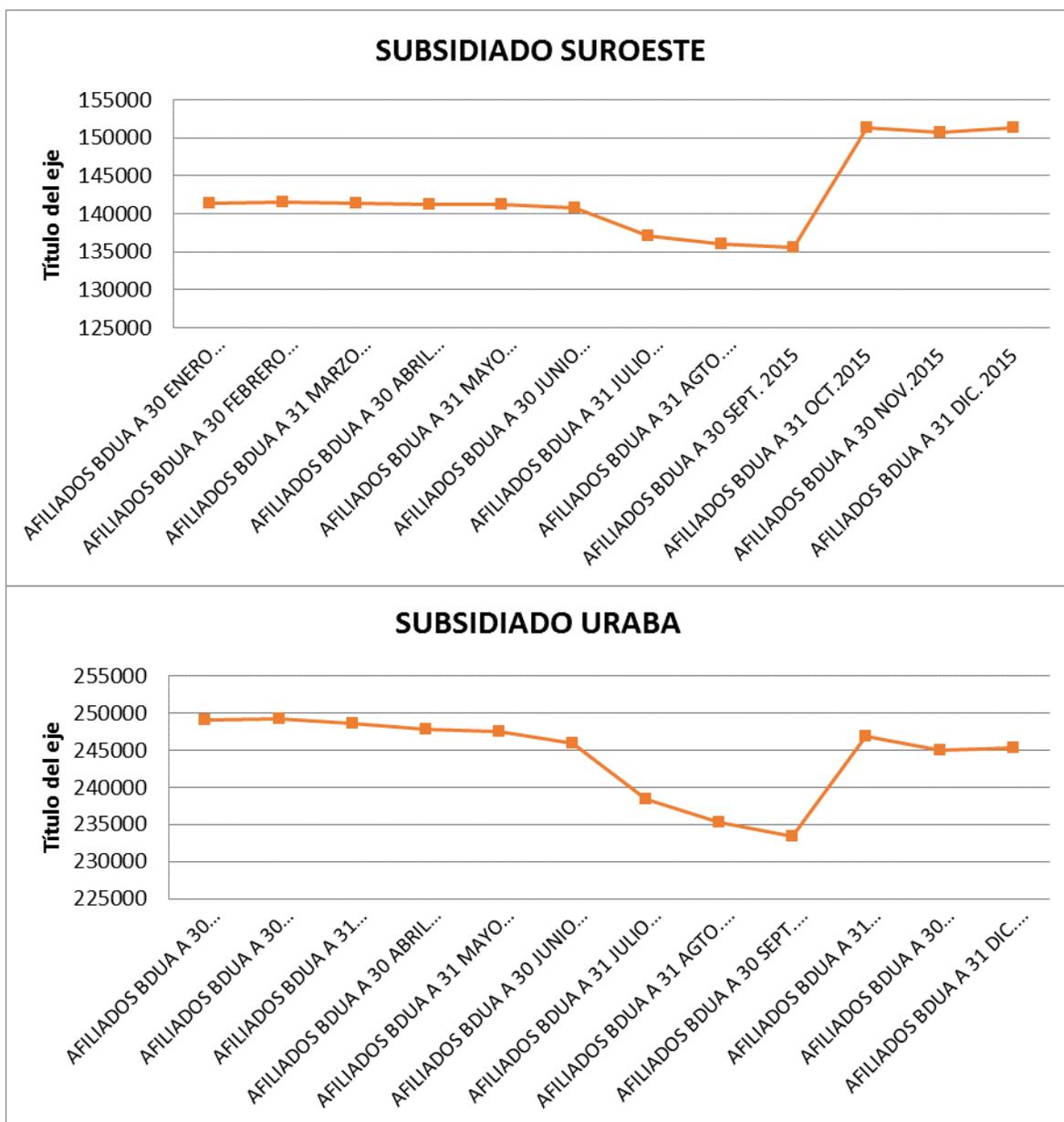
En las gráficas siguientes se presenta la dinámica mensual de afiliados y se evidencia la recuperación por el ingreso de Caprecom, en octubre del 2015. De lo contrario la pérdida neta sería de más de 70 mil afiliados. Todas las regiones crecieron significativamente en octubre, salvo el Valle de Aburrá, como se detalla en las siguientes gráficas.

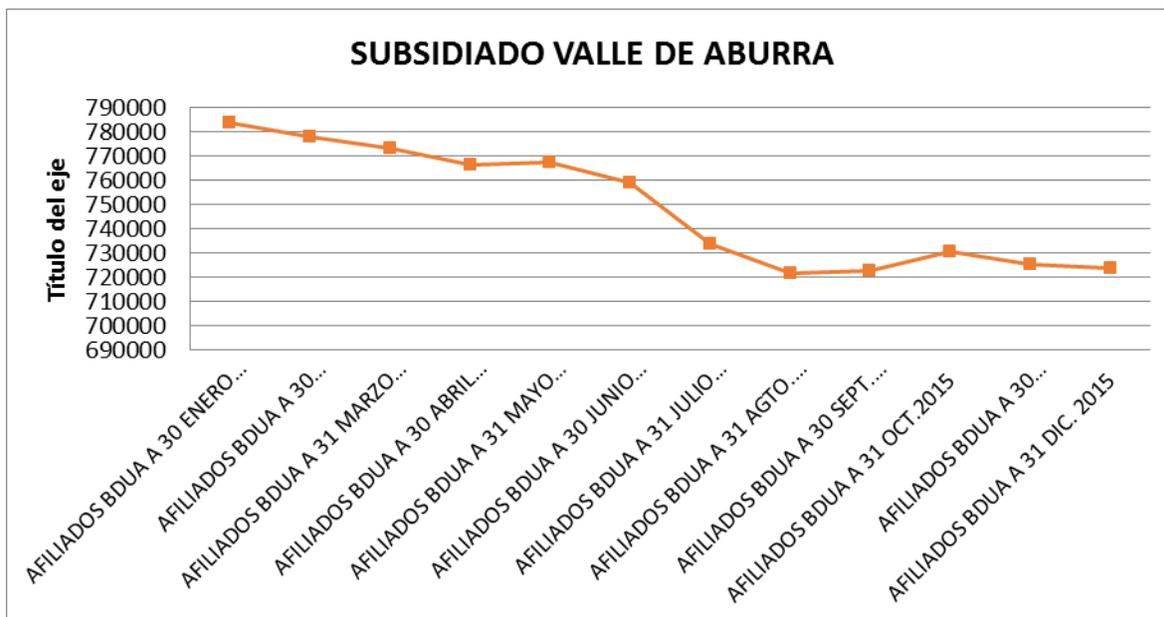
Comportamiento mensual por subregión año 2015 / Efecto Caprecom en octubre











7.1.5. Las restituciones

Las restituciones son un menor ingreso de UPC generado por descuentos que el Ministerio de Salud, a través del administrador fiduciario Sayp, realiza a las EPS por la aplicación de novedades de afiliación en la base de datos. Estas novedades pueden ser propias y reportadas por la misma EPS, o pueden ser aplicadas de manera directa por el administrador fiduciario al considerar que otra EPS tiene derecho a reclamar la UPC generada por un afiliado en uno o varios meses.

Con la tutela presentada por Savia Salud en diciembre del 2014 y fallada a su favor en primera instancia —apelada por el Ministerio de Salud y Protección Social ante el Consejo de Estado, el cual se ratificó a favor de Savia Salud en marzo del 2015—, se obliga al Ministerio a respetar el debido proceso. En tanto, esa cartera instruyó al consorcio Sayp a brindar la información requerida para el correcto análisis de la información y pueda así, Savia Salud, validar o desvirtuar lo que se pretende restituir por parte del consorcio.

Estos descuentos no controlables son la causa principal de la pérdida financiera y su mayor amenaza hacia futuro. Para Savia Salud el 65% de las restituciones no es procedente o válido, por no recibir del consorcio la información que permita validarlas o desvirtuarlas, no cumpliendo el debido proceso reglamentado en el Código Contencioso Administrativo, al que se refiere el fallo de la tutela.

Lo anterior, además, es contrario a la lógica y principios de cualquier sistema de seguros,

porque en la realidad, la EPS del régimen subsidiado, en este caso Savia Salud, asume el pago del siniestro hasta por doce meses, en los cuales recibe la prima correspondiente. Pero después de haber asumido el riesgo y pagar o deber los servicios, se le descuenta la prima —UPC—, y se le entrega a una EPS del régimen contributivo, que no debería haberse demorado más de cuatro meses en validar su afiliado. Como tal, solo sobre ese periodo, debería poder realizar reclamo.

Las restituciones de 2015 sumaron 44.104 millones de pesos, equivalente aproximadamente al 3,9% de los ingresos operacionales. A pesar de varios requerimientos al Ministerio de Salud y al administrador fiduciario Sayp, aún no se cumple con el debido proceso que el fallo de tutela le garantiza a Savia Salud por lo cual, en octubre, la Procuraduría General de la Nación requirió al Ministerio de Salud por no cumplir.

Esto causa una disminución de las restituciones al 1,7% de los ingresos pero aun así, Savia Salud no termina de recibir la información mínima exigida por el debido proceso por lo que se hace compleja la validación de los descuentos realizados.



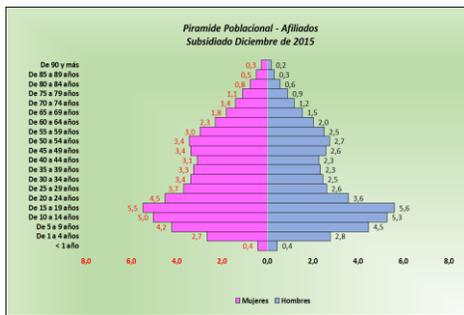
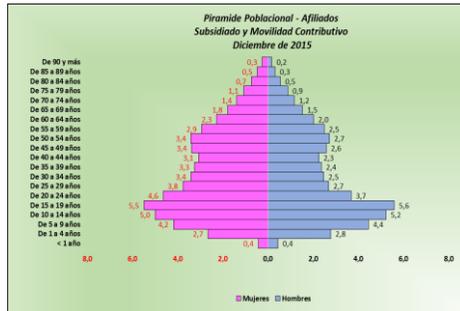
El Ministerio de Salud argumenta que gran proporción de las restituciones se justifican incluso porque se deben cruzar con reconocimientos de UPC. Es un argumento que Savia Salud no cuestiona, pero sí exige que se le entregue por parte de Sayp la información clara y oportuna, afiliado por afiliado, cuando ocurre el doble fenómeno: reconocimiento-restitución, y el motivo precisamente que causa el exceso del descuento.

Administración de la base de datos de afiliados:

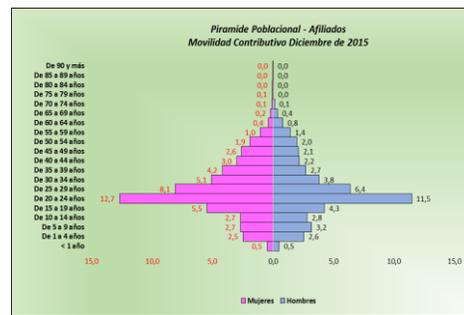
El porcentaje promedio de cargue en Base de Datos Única de Afiliados —BDUA—, para Savia Salud ha estado en un 99,4%, lo cual es un indicador del excelente manejo de la base

de datos y de la óptima calidad de la afiliación.

7.1.6. Análisis demográfico de los afiliados y su dinámica



Población adulta y mayor que cuesta



Población joven, sana y productiva

Las características demográficas de Savia Salud en su conjunto, revelan que Medellín tiene mayor proporción de afiliados mayores a los 45 años de edad, lo que causa mayor gasto en salud. Específicamente para el caso de las mujeres de este grupo de edad, en Medellín representan una mayor proporción (35%) que el total de las EPS (31%).

De acuerdo con el cálculo de uno de los índices mundialmente utilizado para caracterizar la edad de una población (índice de Friz), a diciembre del 2015 Savia Salud EPS tenía una población total caracterizada como madura, con una distribución subregional así:

- Urabá, Bajo Cauca, Magdalena Medio, Norte, Nordeste y Occidente tienen una población catalogada como joven.
- El Valle de Aburrá, Suroeste y Oriente tienen una población madura, siendo la del Valle de Aburrá la más madura.

La pérdida de población contributiva en 2015, que es adulta joven y relativamente sana, hace que Medellín en especial y el Valle de Aburrá en general, muestren una pérdida en ese segmento de la pirámide poblacional, unido además a la baja natalidad y menor mortalidad. Estos factores causan dicho fenómeno, como puede verse en las pirámides inferiores del siguiente gráfico:

Es necesario entonces captar población joven y sana, en especial fuera del Valle de Aburrá, a través del régimen contributivo y en especial en provincia, porque es la más sana de todas las poblaciones.

7.1.7. Recepción de la operación de oficinas de Comfama en noviembre del 2015

A raíz de la entrega de la operación de la EPS por parte de Comfama, Savia Salud EPS administra ahora de manera directa la operación en 116 municipios de Antioquia. Esta operación se recibió con el montaje de 134 oficinas, 284 gestores de servicios y 9 supervisores, para así garantizar la atención al afiliado. En los primeros meses hubo dificultades operativas en la infraestructura y la consecución de todo el recurso humano necesario para la misma, lo que afectó la oportunidad en autorizaciones y la atención al usuario en general, dado que Comfama no pudo ceder los locales ni todos los gestores por su proyecto de ruralidad. Hoy en día estas dificultades se han subsanado en una gran medida y las acciones allí se desarrollan con normalidad en términos generales.

7.2. Modelo de gestión del riesgo integral en salud

Un modelo de Gestión comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

Los determinantes de la salud se definen como aquellos factores que pueden influir o afectar positiva o negativamente la salud de un individuo y por ende de toda la población. Savia Salud EPS decidió no solo plantear un modelo de atención para sus afiliados, sino encaminar las acciones a través de un Modelo Integral de Gestión del Riesgo en Salud y la integración de la red prestadora de servicios, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población.

Los objetivos específicos del Modelo Integral de Gestión del Riesgo en Salud son:

- Mejorar el estado de salud de los afiliados a través de estrategias de identificación y tratamiento del riesgo.
- Alinear el riesgo en salud identificado y la estrategia organizacional que permita focalizar acciones eficientes y efectivas.

- Consolidar el proceso garantizando que se aplica de manera sistemática ejecutando el ciclo PHVA.
- Evaluar el impacto de la gestión del riesgo técnico en la organización.

El modelo se rige por los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, planteados en el artículo tercero de la Ley 1438 de 2011. Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud, está basado en las siguientes características del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud:

- *Accesibilidad:* es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de 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.

El modelo propuesto tiene como premisas básicas:

- Las intervenciones sobre la población deben ser pertinentes y basadas en evidencia científica.
- Los procesos de atención en los niveles de prestación deben estar estandarizados.
- Busca mejorar la oportunidad, accesibilidad y calidad, disminuyendo los tiempos de espera y retrasos en la atención.
- Pretende un abordaje desde el riesgo primario y poblacional por ciclo vital.
- Mejorar los resultados en salud.

Con el fin de encaminar sus acciones de manera focalizada, el modelo de gestión del riesgo diferencia su abordaje de acuerdo al curso de vida en consideración con la caracterización poblacional, el perfil epidemiológico, el riesgo individual, las diferencias de género y la

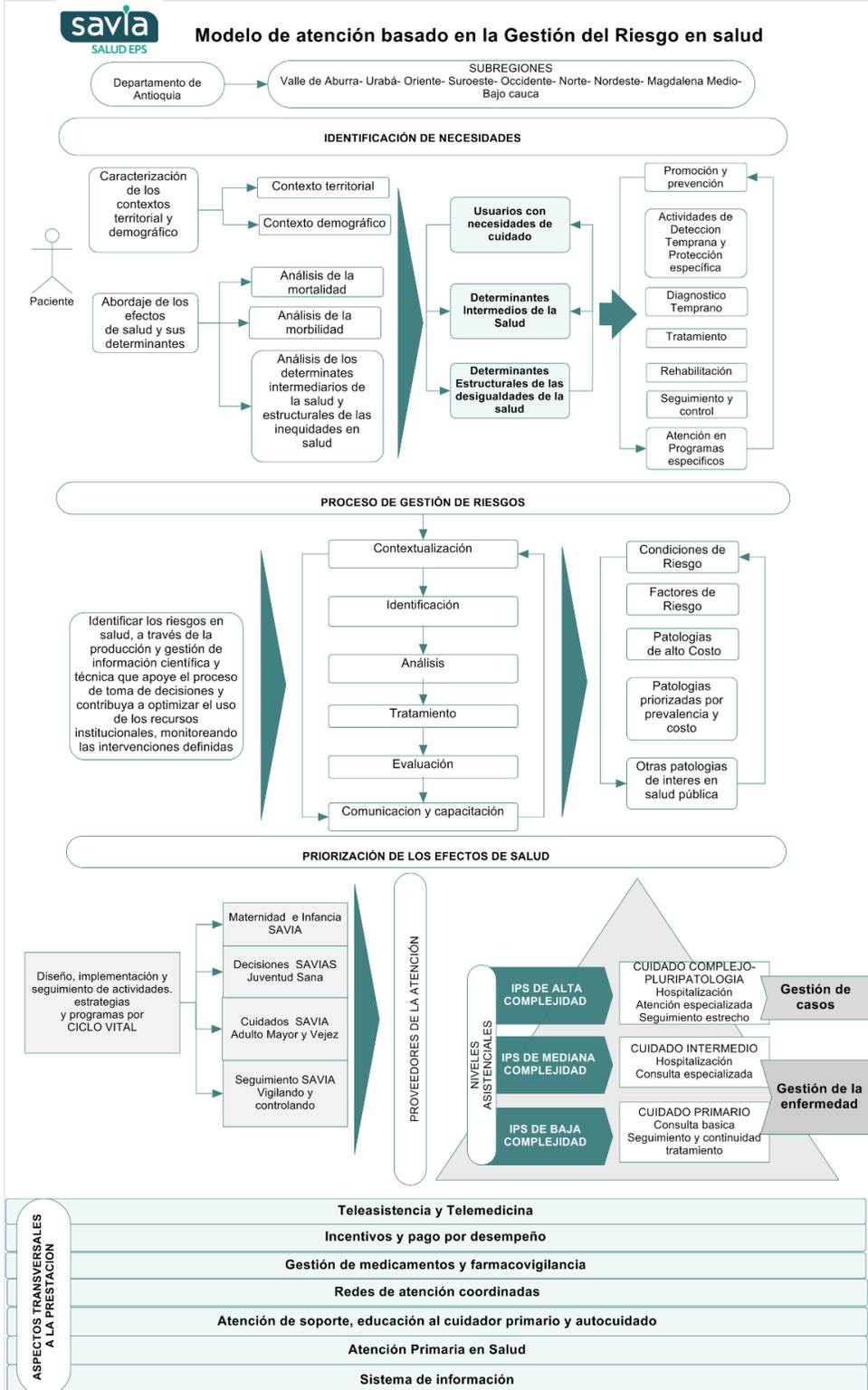
vulnerabilidad de los grupos poblacionales. Cada persona al entrar en contacto con el modelo de gestión, debe ser abordada desde la perspectiva de individuo, de su inserción en su núcleo familiar y en la comunidad a la que pertenece.

El alcance desde el cliente interno incluye todas las áreas de la organización y los procesos que intervienen directamente con la garantía de la atención a los usuarios desde el aseguramiento, como son los siguientes procesos: políticas de servicio al cliente, atención al ciudadano, gestión, satisfacción del cliente, gestión del riesgo en salud, relacionamiento ente territorial/red/EAPB, ingreso a municipios, direccionamiento y control sobre autorizaciones (acceso), control de afiliación y novedades de traslado, control sobre asignación de IPS, comunicación externa/interna, relaciones públicas/eventos, planeación de abastecimiento en servicios de salud, gestión técnica de contratos, evaluación de la red, gestión de alianzas, gestión del costo médico y auditoría médica presencial, entre otros.

El alcance del modelo desde el cliente externo incluye las entidades territoriales, la red de prestadores de servicios de salud y los proveedores de insumos y medicamentos.

La gestión del riesgo es el eje central y se constituye en una herramienta útil para la gestión eficiente de los recursos, que permite contrarrestar el elevado riesgo y la incertidumbre de las actividades con el fin de generar valor y mejorar el desempeño, minimizando las pérdidas y maximizando el valor.

Figura 1. Esquema del Modelo Integral de Gestión del Riesgo en Salud



Fuente: MD-GR-01 Modelo de Atención-Versión 4. Savia Salud EPS

En mayo del 2015 se realizó una evaluación satisfactoria del Modelo Integral de Gestión del Riesgo, sin embargo está sujeto a la revisión y ajustes pertinentes a la luz de la Política de Atención integral en Salud, planteada desde el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2016.

Como estrategias transversales a todos los niveles de atención se plantean las siguientes:

- El sistema de información como soporte fundamental para tomar decisiones en salud, basado en resultados y objetivos medibles.
- La atención primaria en salud que debe superar las barreras geográficas.
- La teleasistencia y telemedicina como estrategia que mejora el acceso y pertinencia, especialmente en zonas dispersas o donde la cobertura por profesionales especializados se ve limitada;
- La educación al paciente y su familia, quienes hacen parte fundamental de procesos de autocuidado, conservación y recuperación de la salud.
- La gestión de medicamentos y farmacovigilancia como estrategia para mejorar la relación entre el gasto y los resultados en salud.
- La implementación de estrategias de pago por desempeño e incentivos para fomentar acciones de gestión individual en los niveles de atención.
- La coordinación de la atención en los diferentes escenarios que faciliten la continuidad del cuidado de una manera resolutive y pertinente.

Mediante la implementación del Modelo Integral de Gestión del Riesgo en Salud, se busca resolver los problemas detectados en los tres niveles de atención. La entrada principal para la definición del modelo la constituyen la caracterización poblacional y su perfil epidemiológico, acompañados de reportes y análisis de datos que nutren la cadena de información susceptible a analizar y priorizar, así como la declaratoria en salud que facilita la identificación y el nivel de los riesgos potenciales a los que está expuesta la población afiliada a la EAPB, y que orientan la necesidad de una atención anticipatoria en salud, enmarcada dentro de las estrategias y programas que ofrece la EAPB.

La identificación y el análisis de riesgos en salud se realizan por medio de varias fuentes:

- Caracterización de la población basada en el Plan Decenal de Salud Pública.
- Reportes de la Cuenta de Alto Costo por enfermedad renal crónica y sus patologías precursoras, VIH, cáncer, hemofilia, el censo de enfermedades huérfanas, entre otros. Adicional al reporte de las actividades definidas por la Resolución 4505 de 2012.
- Caracterizaciones específicas para grupos poblacionales o con patologías definidas.

La identificación y análisis de riesgos por patologías busca determinar aquellos componentes que deben ser objeto de tratamiento mediante una intervención, estrategia o programa. Se realiza a nivel departamental, regional y por municipio, cuando aplica.

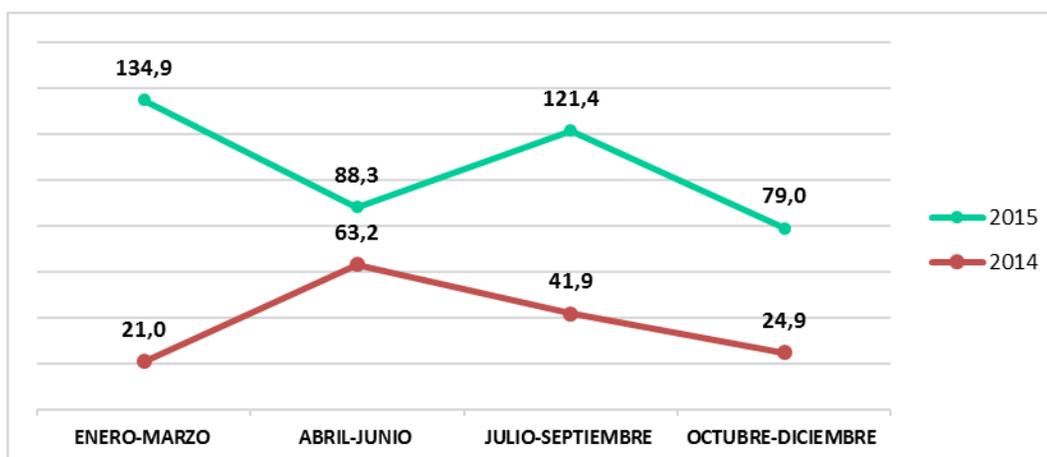
La identificación y análisis de riesgos por individuos busca identificar las condiciones clínicas y factores de riesgo que deben ser objeto de actividades de protección específica y detección temprana, así como la presencia de comorbilidades objeto de inclusión en programas o estrategias definidas. Los pacientes se pueden clasificar de acuerdo a los factores de riesgo identificados o condiciones de salud que finalmente quedaran alineadas a los programas o estrategias de la EPS en cohortes o en seguimiento individual del caso.

7.3. La gestión en salud pública

7.3.1. Indicadores de salud pública

Savia Salud ha priorizado la medición de los indicadores que son centinela para el país, alineados con las prioridades institucionales específicamente para el grupo poblacional de gestantes, niños y niñas. Lo anterior, teniendo en cuenta que en el departamento de Antioquia persisten condiciones de salud desfavorables que limitan el desarrollo humano integral, asociadas a las características de la transición demográfica propia de una sociedad en proceso de modernización con tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento decrecientes, las cuales son evidentes en la caracterización de la población.

7.3.1.1. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos



Fuentes: 2014-Comfama Operador / 2015: SIVIGILA e Indicadores estratégicos de Savia Salud

La mortalidad materna se define como toda muerte ocurrida por causa del embarazo, parto o puerperio, o por complicaciones de alguna enfermedad agravada por la

gestación, el parto o hasta 6 semanas después de este. Para el caso de Colombia, la meta era reducir a 48,8 las muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos durante el cuatrienio 2010-2014, y aunque se ha presentado una reducción significativa aún está lejos de cumplirse la meta establecida.¹

Se evidencia para la vigencia de 2015 que la razón de mortalidad materna en Savia Salud EPS, está por encima del objetivo del milenio, que es 45/100.000 nacidos vivos (NV), que pierde en relación con el año anterior, aunque la cifra incluye muertes indirectas, ello exige un mejor control de la calidad del parto, lo que se pretende intervenir en 2016 con el apoyo del Centro Nacer, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

La razón de muertes maternas (MUMA) para Antioquia es de 32 por 100.000 NV y para Medellín es de 23 por 100.000 NV², lo que evidencia que la EPS quedó bastante lejos de cumplir la meta, por lo cual se han implementado planes de mejora con las IPS para impactar este resultado a través de la estrategia de incentivos.

De los 10 casos presentados en el 2015, cinco fueron por mortalidad directa: dos casos por hemorragia obstétrica, dos casos por trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio y un caso por embarazo terminado en aborto. Aunque esto reduzca la estadística a la mitad, no se logra la meta establecida.

Es importante tener en cuenta que las muertes maternas evitables están relacionadas con los retrasos tipo III y IV: fallas en la calidad de la atención del parto. Dos de las diez muertes fueron no evitables y por causas indirectas (microangiopatía trombótica y enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio).

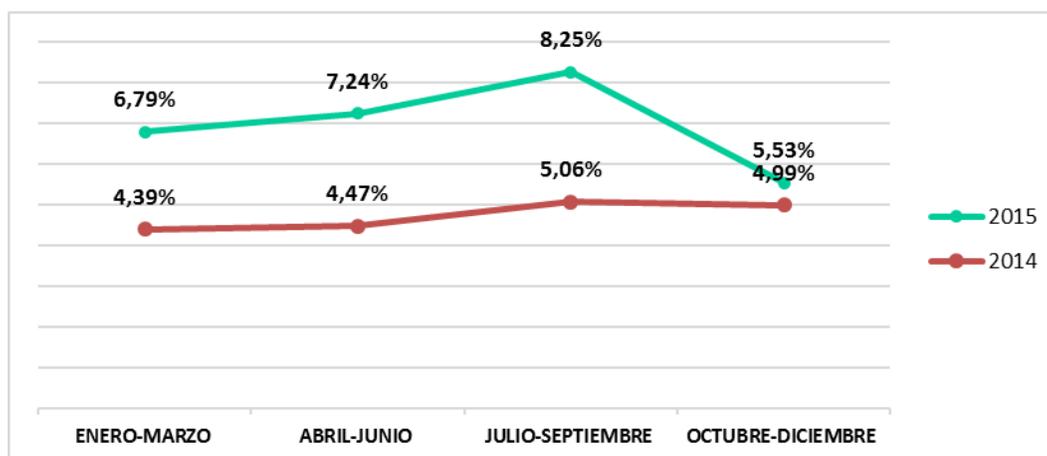
Para poder garantizar un cumplimiento de la meta es necesario fortalecer la capacitación al personal de la salud, evaluar los procesos, protocolos y guías de atención documentados por las IPS y la adherencia del personal a estas, e implementar procesos de autocontrol y auditorías internas por parte de la IPS y auditorías externas por parte de la aseguradora.

¹ Asivamosensalud.org. (2016). *Estado de salud*. [online] Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/9> [Acceso: 5 Abril. 2016].

² Aguirre, A., (2009). *La mortalidad infantil y la mortalidad materna en el siglo. XXI*. México: CIEAP/UAEM,

Dado estos resultados la EPS tomó la decisión de contratar la Universidad de Antioquia y su Grupo Nacer para que en el último trimestre del año 2015 y el primero del 2016, evaluara el componente de Gestantes. Esto incluye seguimiento, capacitación y asesoría técnica en aspectos relevantes de todo el proceso de atención, no solo durante el control prenatal como se ha hecho, sino también en el parto y el puerperio. Uno de los objetivos de este acompañamiento es la presentación e implementación de una propuesta que fortalezca la estrategia de incentivos para avanzar en la evaluación de la calidad de la atención en las IPS de primer nivel de atención, de acuerdo con las guías actuales basadas en la evidencia científica.

7.3.1.2. Proporción de bajo peso al nacer por 100 nacidos vivos



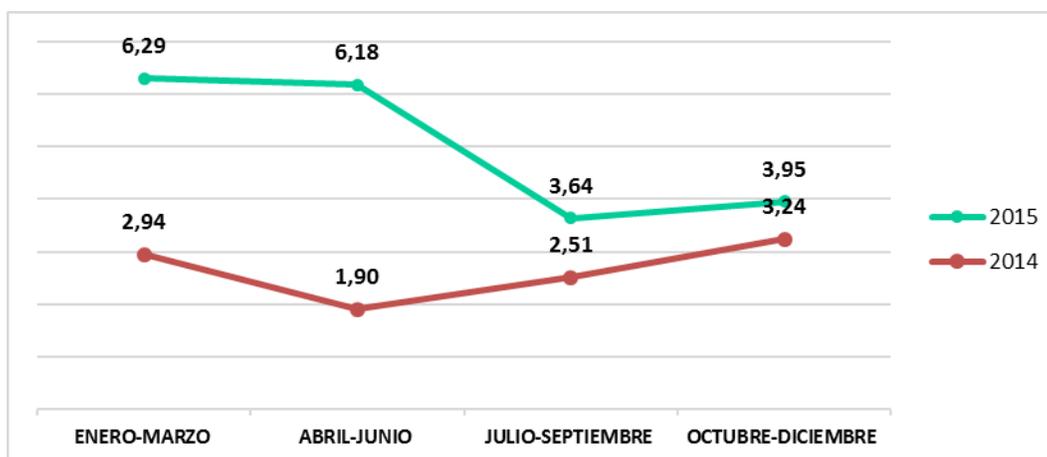
Fuente: 2014-Comfama operador
Fuente: 2015 - SiviGila e Indicadores estratégicos Savia Salud

Se observa una prevalencia de bajo peso al nacer (BPN) por debajo del porcentaje nacional (8,93%), cumpliendo así la meta de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (<10%). Sin embargo, se observó un incremento de la tendencia para el año 2015, en comparación con el año anterior, a excepción del último trimestre en donde los valores llegan a cifras similares en ambos años (5%).

Se identificó que una de las mayores causas del bajo peso al nacer es el embarazo en adolescentes, para lo cual se seguirá trabajando en el cuarto componente de incentivos, enfocado en la prevención del embarazo en este grupo poblacional a través de la implementación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, así como en el componente de gestantes con la captación temprana del control prenatal.

Llama la atención lo anterior dados los avances con el programa de Madre Canguro, en el cual se cubren 6.330 niños.

7.3.1.3. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos



Fuente: 2014-Comfama operador - Fuente: 2015 - Sivigila e Indicadores estratégicos Savia Salud

La Circular 056 de 2009 definió que la meta es de 16/1.000 nacidos vivos y la meta nacional, según objetivos del Milenio (ODM) para 2015 era reducir a 16.68 la tasa de mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos). La EPS está por debajo de éstas metas, sin embargo en el año 2015 se evidencia una mayor tendencia con respecto al año anterior, por lo cual se sigue trabajando en el cuarto componente de incentivos con la estrategia AIEPI, que permita mejorar la adherencia del personal de la salud a los criterios no negociables de la valoración clínica para identificar las enfermedades prevalentes de la infancia.

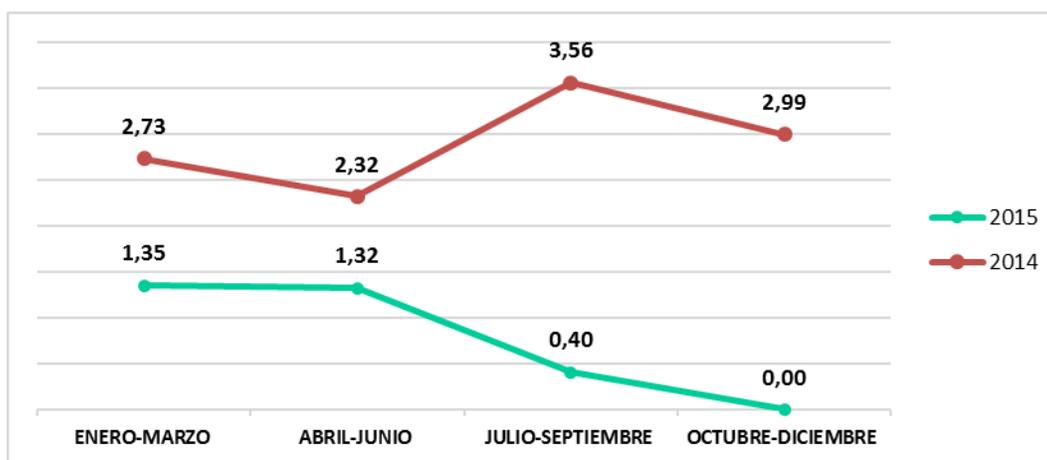
7.3.1.4. Número de casos de transmisión vertical de VIH

La estrategia de cero transmisiones verticales de VIH, incluye en lo posible embarazos planeados, ingresos rápidos al CPN, el manejo preventivo con terapia antirretroviral (TAR) durante la gestación, intraparto y al nacimiento; parto por cesárea y reemplazo de la lactancia materna por fórmula láctea.

Para el año 2015, el acceso oportuno al CPN, a los programas especializados en manejo de VIH con los que cuenta la EPS y a la terapia antirretroviral, hicieron posible el cumplimiento de la estrategia y el logro de cifras mínimas para este evento. Sin embargo,

los embarazos en adolescente van en aumento; las características sociales, culturales y de acceso de nuestra población hacen que en algunas subregiones como el Urabá antioqueño, el magdalena medio y el bajo cauca, tengan una mayor posibilidad de la ocurrencia de gestaciones con ingreso tardío al CPN o con tratamiento inadecuado para evitar el riesgo de transmisión vertical.

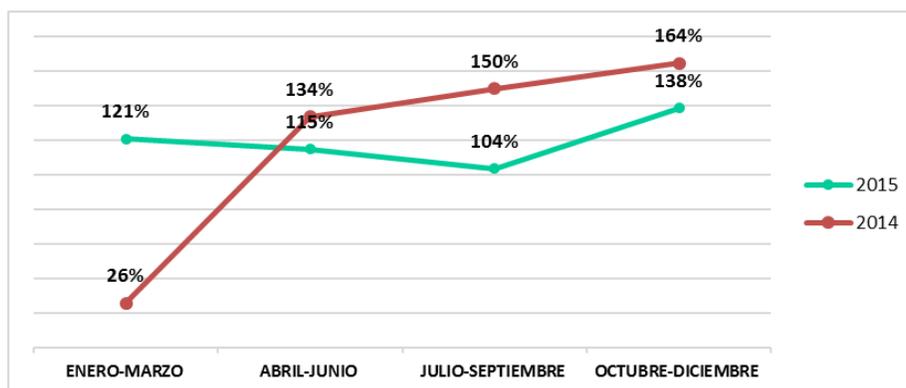
7.3.1.5 Tasa de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos



Fuente: 2014-Comfama operador - Fuente: 2015 - Sivigila e Indicadores estratégicos Savia Salud

Se identifica una disminución de la incidencia en el año 2015 con respecto al año anterior, lo cual es consecuente con los esfuerzos de Savia Salud EPS por mejorar la captación temprana de las gestantes a través de la estrategia de incentivos, ya que al aumentar las cifras de detección oportuna de sífilis gestacional, se disminuye la incidencia de sífilis congénita, teniendo en cuenta que todos los casos de sífilis congénita son evitables y corresponden a fallas durante la atención de sífilis gestacional por falta de adherencia a guías clínicas y protocolos en el control prenatal.

7.3.1.6. Porcentaje de cobertura con BGC en niños menores de 1 año

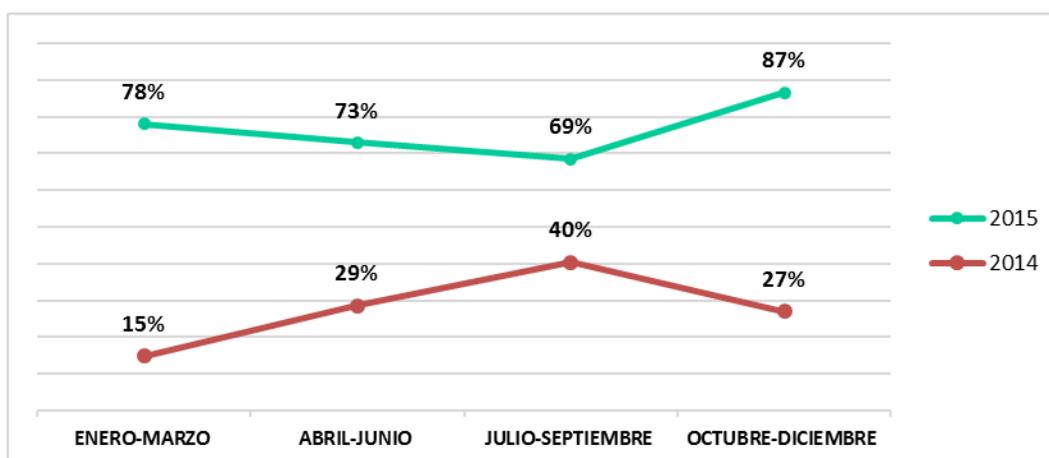


Fuente: 2014-Comfama operador - Fuente: 2015 - Sivigila e Indicadores estratégicos Savia Salud

Se cumple ampliamente la meta nacional de cobertura superior al 95%, reflejada por el esfuerzo de que todo niño y niña con nacimiento institucional, egrese con la aplicación de los biológicos indicados para el recién nacido de acuerdo con el Programa Ampliado de inmunizaciones —PAI.

Se debe validar con la BDUA y aseguramiento la afiliación de estos niños y niñas, porque las dosis iniciales quedan cargadas a Savia Salud EPS por la afiliación de la madre y, posteriormente, pasan a otro asegurador por afiliación del padre al régimen contributivo en otra EAPB, lo que puede generar cumplimientos superiores a la meta del 100%.

7.3.1.7. Porcentaje de cobertura con SRP en niños y niñas de 1 año



Fuente: 2014-Comfama operador
Fuente: 2015 - Sivigila e Indicadores estratégicos Savia Salud

Se evidencia en 2015 un aumento en la cobertura de triple viral para sarampión, rubeola y parotiditis (SRP), lo que da cuenta de la implementación de los planes de acción realizados en conjunto con la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y las secretarías municipales para impactar en las bajas coberturas con el PAI. Para tal efecto, se priorizaron 31 municipios, en especial Medellín, a los cuales se les ha realizado seguimiento de los planes de acción, en conjunto con la Procuraduría General de la Nación y las entidades territoriales.

7.3.2. Eventos de Notificación Obligatoria – Sivigila-3

Durante el año 2015 se notificaron al Sivigila 16.477 casos de eventos de interés en salud pública relacionados con la población afiliada a Savia Salud EPS. Estos casos fueron notificados por 401 IPS o secretarías de salud de los municipios de Antioquia, y otras 122 IPS por fuera del departamento.

En la siguiente tabla se relacionan los números de casos notificados por subregión:

**Número de casos notificados de eventos de interés en salud pública
Según región de afiliación, año 2015**

Región	Casos	Porcentaje	Población afiliada [1]*	Tasa * 1000
Bajo Cauca	343	2,1	44.644	7,7
Magdalena Medio	379	2,3	51.647	7,3
Nordeste	604	3,7	66.832	9,0
Norte	912	5,5	105.301	8,7
Occidente	516	3,1	81.044	6,4
Oriente	1773	10,8	198.917	8,9
Suroeste	1615	9,8	152.934	10,6
Urabá	2263	13,7	246.762	9,2
Valle de Aburrá	8072	49,0	746.916	10,8
Total	16.477	100,0	1.694.997	9,7

El Valle de Aburrá y el Suroeste tienen la tasa más alta, lo que evidencia además un mejor reporte, en especial de las violencias de género como el evento más frecuente, seguido de mordeduras potencialmente transmisoras de rabia, como se observa en el siguiente cuadro.

³ Datos del Sistema de Vigilancia Sivigila, retroalimentados por el Instituto Nacional de Salud, con corte a 03 de marzo de 2016. Base de datos de cierre 2015. Se excluyen 4.966 casos descartados, duplicados o de usuarios que no existen en la base de datos de la población afiliada a Savia Salud EPS.

Se relacionan según evento, el número de casos notificados de eventos de interés en salud pública, año 2015

Componente	Cod INS	Evento	Casos	% del total de casos
Enfermedades no transmisibles	110	Bajo peso al nacer	659	4,0
	549	Morbilidad materna extrema	304	1,8
	560	Mortalidad perinatal y neonatal tardía	303	1,8
	550	Mortalidad materna	10	0,1
Causa externa	875	Violencias de género	2.812	17,1
	356	Intento de suicidio	14	0,1
	908	Suicidio	5	0,0
Infecciones de transmisión sexual	850	VIH/Sida/mortalidad por sida	313	1,9
	750	Sífilis gestacional	193	1,2
	740	Sífilis congénita	7	0,0
Micobacterias	815	Tuberculosis	808	4,9
	825	Tuberculosis fármacorresistente	38	0,2
	450	Lepra	4	0,0
Mortalidad	600	Mortalidad por IRA	14	0,1
	580	Mortalidad por dengue	2	0,0
	112	Mortalidad por desnutrición	1	0,0
	590	Mortalidad por EDA 0-4 años	1	0,0
Transmitidas por vectores	210	Dengue	1.464	8,9
	465	Malaria	1.207	7,3
	895	Zika	10	0,1
Otros	999	Otros	8.308	50,4
Total			16.477	100,0

Durante el año 2015 diez eventos agruparon el 80% de los casos notificados, siendo en orden de mayor frecuencia:

- La violencia de género, que incluye violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer y violencia sexual (17,1%)
- Agresiones por animales potenciales transmisores de rabia (16,2%)
- Varicela (10,6%)
- Dengue (8,9%)
- Malaria (7,3%)

- Intoxicaciones por sustancias químicas (6.4%)
- Tuberculosis (4.9%)
- Bajo peso al nacer (4.0%)
- Leishmaniosis cutánea (2.5%)
- Enfermedades transmitidas por alimentos o agua (2.2%)

7.3.3. Actividades de detección temprana y protección específica

Savia Salud diseñó un mecanismo de pago global prospectivo para las actividades de protección específica y detección temprana, enfocado en el fortalecimiento del reporte en el aplicativo de la Resolución 4505. Ello busca fortalecer la gestión del riesgo individual en cinco componentes priorizados o trazadores de la acusación del presupuesto: vacunación, control del recién nacido, crecimiento y desarrollo, planificación familiar y consulta del joven.

Fueron solo diez las instituciones que lograron durante el año 2014 causar en su totalidad el presupuesto global prospectivo de Protección Específica y Detención Temprana —PEDT— Ello demuestra la debilidad de la capitación como mecanismo de contratación o pago; es decir, que 106 hospitales no hicieron la tarea completa, que además no fue exigida sino en un nivel aceptable, que es lo requerido por el Ministerio de Salud.

A continuación los municipios que lograron causar la totalidad de dicho presupuesto:

- El Carmen de Viboral
- Heliconia
- Santo Domingo
- El Santuario
- San Vicente
- La Unión
- Andes
- San Rafael
- Abejorral
- Nariño

En referencia a las metas establecidas para las actividades de detección temprana de alteraciones del riesgo y protección específica, es importante precisar que a la luz de la normatividad, en un principio se determinaban unas metas de programación de actividades según la Resolución 3384. Sin embargo, para la vigencia de 2011 esta fue derogada en algunos de sus principios por la Ley 1438, en la cual se establece que las EPS garantizarán

la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública del plan de beneficios con las redes definidas, para una población y espacio determinados, cuyo seguimiento se verifica con los reportes de la Resolución 4505, que mide el riesgo individual de los usuarios.

Para la vigencia de 2014 y 2015, las estimaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, fueron notificadas por Savia a los hospitales de los municipios que corresponden al total de la población susceptible para cada actividad, teniendo en cuenta la edad, el sexo y la frecuencia de uso. Para realizar la respectiva evaluación de los resultados obtenidos con respecto a cada una de las estimaciones, se inició la valoración de acuerdo a los indicadores de cobertura en las actividades de promoción y prevención generados desde el Ministerio por los reportes de la Resolución 4505 de 2012. Ello evidenció una gran debilidad en el reporte de la información, debido a la reciente adaptación de las IPS a la estrategia, la adecuación de sus sistemas de información y el proceso de capacitación del personal para cumplir con la misma. Por lo tanto la EPS evaluó los resultados de las estimaciones, con la validación de los reportes de Registro Individuales de Prestación de Servicios —RIPS—, no con la Resolución 4505, y realizó un informe de cada IPS con actas de revisión y conciliación. El 66.4% (77 IPS) de las 116 instituciones, superaron el 80% de cumplimiento de las estimaciones para las actividades de promoción y prevención evaluadas en el Presupuesto Global Prospectivo; el 19% (22) causó entre el 50 y el 80% de cumplimiento; y el 14.7% (17) menos del 50%.

Para la vigencia del año 2015, durante el proceso de contratación y conciliación se advirtió a la red de prestadores que el único mecanismo de evaluación serían los reportes de la Resolución 4505 de 2012, pactando un aumento del porcentaje estimado con respecto al periodo anterior, cuyo reporte y evaluación única sería a través de esta Resolución. Para ello se les brindó un acompañamiento desde la EPS para mejorar la calidad del reporte, generando un validador alineado al anexo técnico de dicha Resolución y una mesa de ayuda con asistencia técnica continua.

En la siguiente tabla se visualiza la programación de las estimaciones para la vigencia de 2015, cuya evaluación solo se puede generar al terminar el segundo trimestre de 2016, cuando el Ministerio de Salud publique los resultados de cargue de Resolución 4505 para el año 2015.

ACTIVIDAD	Tipo Estimación	Estimación MSPS	
		Año	Trimestre
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION PAI			
Dosis Triple Viral niños de un año **(PGP)	Poblacional***	21389	5347
Vacuna Contra el VPH	ExAnte	158681	39670
SALUD ORAL			
Aplicación de flúor tópico	ExAnte	522193	130548
Aplicación de sellantes	ExAnte	418860	104715
Controles de placa bacteriana	ExAnte	1126113	281528
Detartraje supragingival	ExAnte	1362544	340636
DETECCION DE ALTERACIONES DE LA GESTANTE			
Consulta primera vez por medico en gestante	Contingente	24736	6184
Consulta de control prenatal de bajo o alto riesgo por medico o enfermera	Contingente	98944	24736
Consulta odontológica general en gestante	Contingente	24736	6184
Consejería en VIH para gestante	Contingente	24736	6184
Toma de ELISA para VIH gestante	Contingente	24736	6184
Suministro acido fólico en gestante	Contingente	111312	27828
Suministro de calcio en gestante	Contingente	111312	27828
Suministro de sulfato ferroso en gestante	Contingente	111312	27828
Hemoclasificación en gestante	Contingente	24736	6184
Hemograma completo en gestante	Contingente	24736	6184
Glicemia en gestante	Contingente	24736	6184
Serología gestante	Contingente	24736	6184
Uroanálisis en gestante	Contingente	24736	6184
Ultrasonografía pélvica obstétrica en gestante	Contingente	24736	6184
ATENCION DEL PARTO			
Atención del Parto o Cesárea	Contingente	23499	5875
Serología post Parto	Contingente	23499	5875
Consulta médica de control post parto	Contingente	23499	5875
DETECCION DEL ALTERACIONES DEL RECIEN NACIDO			
Aplicación de vitamina K	Contingente	23499	5875
Examen de hemoclasificación en recién nacidos.	Contingente	23499	5875
Toma y análisis de la hormona estimulante de la tiroides (TSH)	Contingente	23499	5875
Consulta médica de control del recién nacido, por médico o enfermera **(PGP)	Contingente	23499	5875
CRECIMIENTO Y DESARROLLO			
Consulta de crecimiento y desarrollo de primera vez por médico única vez **(PGP)	ExAnte	263932	65983
Consulta de control de crecimiento y desarrollo medico – enfermera, menor de un año.	ExAnte	32770	8193
Consulta de control de crecimiento y desarrollo medico – enfermera, para niños de 12 a 23 meses	ExAnte	31857	7964
Consulta de control de crecimiento y desarrollo medico – enfermera, para niños de 2 a 7 años	ExAnte	161595	40399
Consulta de control de crecimiento y desarrollo medico – enfermera, para niños de 8 a 9 años	ExAnte	32357	8089
DETECCION DE ALTERACIONES DEL JOVEN			
Consulta del desarrollo en el joven por médico. Adolescencia temprana (personas de 10 a 13 años)	ExAnte	17452	4363
Consulta del desarrollo del joven por médico. Adolescencia media (personas de 14 a 16 años) **(PGP)	ExAnte	18935	4734
Consulta del desarrollo del joven por médico. Adolescencia final (personas de 17 a 21 años) **(PGP)	ExAnte	18211	4553
Consulta del desarrollo del joven por médico. Adulto Joven (personas de 22 a 24 años) **(PGP)	ExAnte	13882	3471
Consulta del desarrollo del joven por médico.(personas de 25 a 29 años). **(PGP)	ExAnte	11377	2844
Hemoglobina, para personas de 10 a 13 años	ExAnte	8558	2140

PLANIFICACION FAMILIAR			
Consulta de planificación familiar primera vez ** (PGP)	Contingente	38834	9708
Consulta inserción DIU	Contingente	1604	401
Consulta control post inserción DIU	Contingente	25176	6294
Consulta inserción de implante Subdérmico	Contingente	2926	731
Consulta de control post inserción de implante Subdérmico	Contingente	14351	3588
Consultas de control a mujeres que planifican con anticonceptivos hormonales orales o inyectables mensuales	Contingente	103256	25814
Entrega de anticonceptivos orales o inyectables mensuales de ciclo	Contingente	309767	77442
Estimación del número de consultas de control a mujeres que planifican con anticonceptivos hormonales inyectables trimestrales	Contingente	14440	3610
Entrega de anticonceptivos inyectables trimestrales	Contingente	28881	7220
Procedimiento de esterilización femenina	Contingente	3416	854
Consulta de control post esterilización femenina	Contingente	3416	854
Vasectomía	Contingente	784	196
Consultas de control post esterilización masculina	Contingente	1175	294
Tratamientos de anticoncepción de emergencia a entregar	Contingente	35393	8848
DETECCION TEMPRANA DEL CANCER DE CERVIX			
Citología cervicouterina	ExAnte	135577	33894
DETECCION TEMPRANA DEL CANCER DE MAMA			
Mamografías	ExAnte	56075	14019
DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO			
Consulta de detección de alteraciones del adulto por médico	ExAnte	109785	27446
Colesterol alta densidad en adultos	ExAnte	109785	27446
Colesterol baja densidad en adultos	ExAnte	109785	27446
Colesterol total en adultos	ExAnte	109785	27446
Creatinina adultos	ExAnte	109785	27446
Glicemia basal en adultos	ExAnte	109785	27446
Parcial de orina en adultos	ExAnte	109785	27446
Triglicéridos en adultos	ExAnte	109785	27446
DETECCION DE ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL			
Medición de agudeza visual	ExAnte	58393	14598
Consultas de oftalmología para detección de las alteraciones de agudeza visual	ExAnte	54367	13592

*: Fuente, Cubo de estimaciones de las actividades de Protección Específica y Detección Temprana PEDT. Ministerio de Salud y Protección Social. Población a Diciembre 31 de 2014. (Consulta generada 30/01/2015).

******(PGP): Componentes que acorde a la modalidad de contratación hacen parte del seguimiento a Pago Global Proyectivo

******: Población afiliada Activa a 31 de diciembre de 2014

7.4. Estrategias y programas de salud pública

7.4.1. Estrategia de Incentivos

Durante el año 2013 se logró realizar una primera fase o piloto con los hospitales públicos como prestadores de la salud básica, que buscó familiarizarlos con la metodología de incentivos económicos para medir y, en consecuencia, reconocer el mayor esfuerzo realizado por la IPS en las actividades de demanda inducida a unas actividades y programas establecidos. Las metas definidas fueron bajas, lo que facilitó el logro de los incentivos y se les reconoció un 4% del Valor Monetario Fijo Capitado (VMF) contratado con las IPS que asumieran el reto de incluir en el contrato los incentivos. Sin embargo, la evaluación de los componentes establecidos se le realizó a todas las instituciones independientemente del tipo de contratación.

Esta primera etapa le permitió a Savia Salud EPS contar con una línea de base en alta proporción, que tuvo como fuente a los RIPS. El informe final de los incentivos 2013 reportó mejoría con relación en captación de usuarios con patologías precursoras de enfermedad renal crónica y eventos cardiovasculares, pasando de una captación menor al 30% en el año 2012, a una captación para el año 2013 de usuarios hipertensos del 49,7% y

de usuarios diabéticos del 48%, teniendo en cuenta las prevalencias esperadas para cada patología.

Estos resultados representan un avance. Sin embargo, hacen evidente la deuda en salud, donde para el periodo de abril de 2014 a marzo de 2015 se esperaba estar por encima del 75% de captación de estos usuarios en algunas regiones.

La captación oportuna antes de la semana doce de gestación, de las usuarias para el control prenatal se logró solo en cuatro instituciones lo que orientó a la EPS a ampliar el tiempo de captación enfatizando en la calidad del control prenatal.

Los resultados en citología cérvicouterina fueron mejores con relación a la oportunidad en el reporte de las citologías alteradas, aun así faltó incrementar el porcentaje de captación que para el 2013 estuvo cercano al 40% y se esperaba que para el 2014 estuviera por encima del 70% en algunas regiones y mejorar aún más la oportunidad en la detección de las usuarias en estadios tempranos de la enfermedad.

Para la vigencia abril del 2014 y marzo del 2015, con el objetivo de mejorar la gestión del riesgo individual en salud desde el nivel básico de atención y con base en estrategias de reconocimiento monetario que incentivarán a los prestadores a la realización de actividades de demanda inducida en el ámbito comunitario e institucional, la EPS dio continuidad y redefinió el alcance de la Estrategia de Incentivos en los cuatro componentes priorizados, con el fin de:

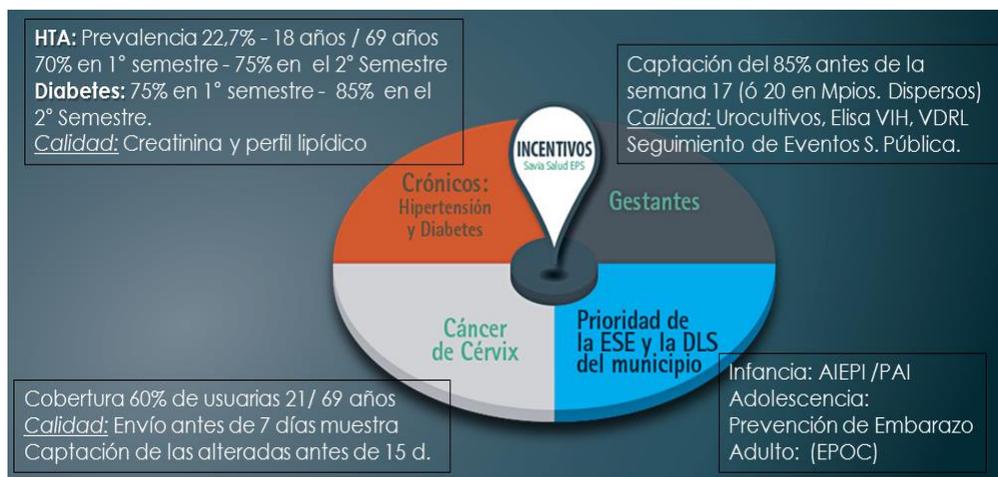
- Avanzar en el incremento de la captación de usuarios con patologías crónicas como hipertensión y diabetes, como precursoras del daño renal, con un manejo adecuado encaminado a mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir las complicaciones.
- Incentivar la captación de las gestantes antes de la semana establecida para cada municipio (15 a 20 según dispersión) y la atención integral durante el periodo de gestación que permita la intervención temprana de los riesgos y garantizar la salud del binomio madre e hijo
- Disminuir la prevalencia de cáncer invasivo de cuello uterino mediante el incremento en la cobertura con citología de las usuarias de 21 a 69 años, la captación temprana de usuarias con alteraciones y la gestión de cada caso de acuerdo a sus necesidades de atención, mejorando los resultados en salud.
- Vincular a las entidades territoriales, las instituciones prestadoras de servicios de salud con Savia para realizar un trabajo articulado y enfocado en la necesidad más representativa de los usuarios de cada uno de los 116 municipios en los que se hace presencia.

Esta estrategia no es solo de ganancia en salud o epidemiológica, va también encaminada a mediano plazo al cumplimiento de la mega meta de Sostenibilidad financiera, toda vez que los incentivos incluyen acciones sobre el desempeño y los resultados en la salud de los

afiliados, razón por la cual se ha venido ajustando para fortalecer la gestión del riesgo, según la priorización de los componentes para el pago de incentivos por gestión a la red de prestadores del nivel básico, que corresponde a la red pública así:

- Componente de crónicos: se tuvieron en cuenta los resultados en hipertensión arterial y diabetes mellitus
- Componente de Gestantes
- Componente de prevención de cáncer cervicouterino
- Componente Prioridad del Municipio (articulación DLS, IPS y Savia Salud EPS):
 - Infancia: Atención Prevalente de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
 - Adolescencia: Prevención del embarazo
 - Adulto: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica —EPOC.

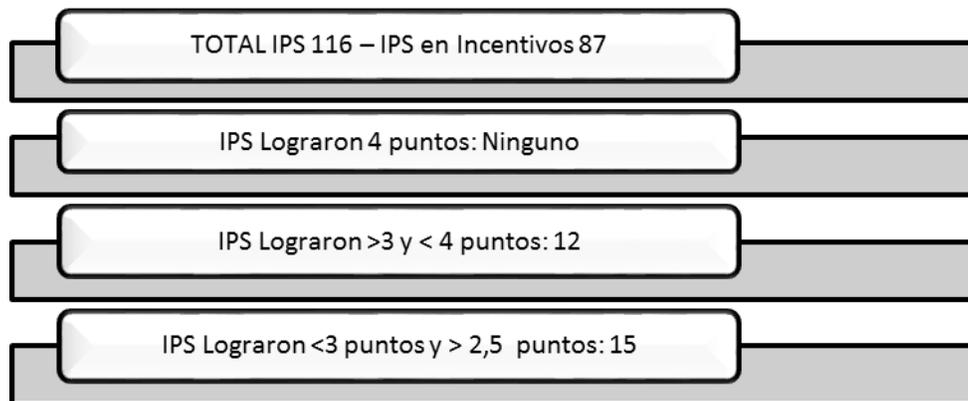
En la siguiente figura se esquematiza el desarrollo con relación a las metas y a la calidad en la atención que se valoran de manera semestral.



Durante el periodo que ya está evaluado para el año 2015 la evidencia de la gestión fue:

- Se cuenta con los resultados finales de la Estrategia de Incentivos del período abril del 2014 a marzo del 2015, en la que se evidencia un avance significativo en los porcentajes de reporte, la calidad de los mismos y la gestión del riesgo en salud de los grupos poblacionales priorizados para esta estrategia.
- Se generó confianza entre los hospitales, municipios y la EPS en referencia a las bondades de la Estrategia de Incentivos, como mecanismo para la garantía de la calidad en la atención en salud, ya que ahora son 87 IPS adheridas a la Estrategia, de un total de 116. Es decir que en el 75% de los municipios donde hace presencia Savia, se está trabajando para mejorar las coberturas de captación de las principales patologías

detectadas en la población, mejorando la calidad de la atención, lo que se ve reflejado en mejores resultados en salud.



Fuente: Informe de incentivos FNSP – Universidad de Antioquia. Operador de la EPS

- Las 116 instituciones recibieron la asistencia técnica presencial de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, operador de la EPS para el seguimiento a la estrategia. Dichas instituciones tuvieron acceso a la plataforma virtual de capacitación (independiente del tipo de contratación), para fortalecer la gestión del riesgo desde el primer nivel de atención.
- Reconocimiento público a las 27 instituciones que obtuvieron mejores resultados en Incentivos, las cuales lograron al menos 2,5 puntos de los 4 potenciales
- Los hospitales con puntaje superior a tres corresponden a un 13,79% (12 instituciones) de los 87 municipios alineados con la estrategia.

En el siguiente gráfico se evidencian los municipios y su valoración:

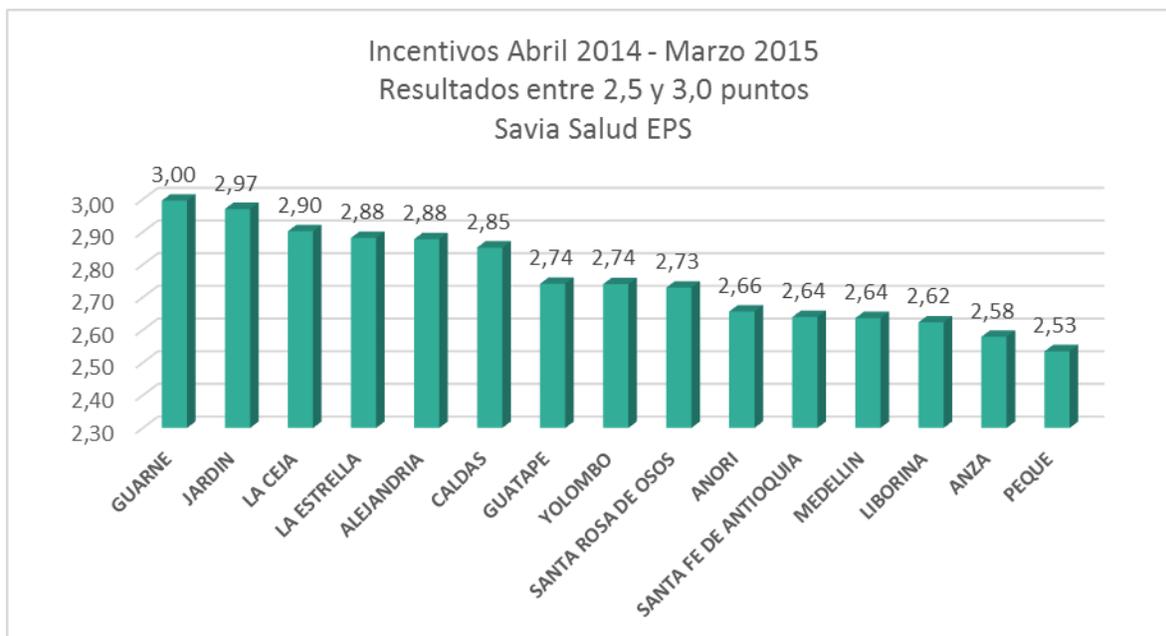


Fuente: Informe de incentivos FNSP – Universidad de Antioquia.

Operador de la EPS

- Los Municipios con puntaje entre 2.5 y 3 corresponden a un 17,24% (15 instituciones) de los 87 municipios alineados con la estrategia. En el siguiente gráfico se evidencia el Nombre de los Municipios y su valoración.

En el siguiente gráfico se evidencian los municipios y su valoración:



La Estrategia de Incentivos permitió obtener los siguientes resultados:

Componente de Crónicos: se incrementó la captación y el control de la población prevalente de hipertensión y diabetes reflejada en la Cuenta de Alto Costo de enfermedad renal. En junio de 2013 Savia presentó cerca de 73 mil crónicos, 96 mil en 2014 y 156 mil en junio de 2015. El logro permite captar de la Cuenta de Alto Costo cerca de 7 mil millones de pesos en 2015, los cuales se invertirán en la captación de 11 mil pacientes crónicos con daño renal avanzado, para llevarlos al programa de prediálisis con un costo promedio al año por paciente de un millón de pesos. Así se evitaría que lleguen a diálisis o trasplante con un costo promedio paciente año de 45 millones. Esto es una barrera que rescata años de vida saludable y evita un gasto adicional de 450 mil millones de pesos, que llevaría a la EPS a un colapso financiero.

Componente de Gestantes: en este punto hay una ganancia que se refleja en los indicadores de salud pública para este grupo de riesgo. Al validar el resultado final de

incentivos alcanzados por las diferentes instituciones, se determina que a nivel del departamento se supera el porcentaje de cobertura esperada de pacientes captadas para CPN, alcanzando un 117.3% (22271/18983), de las cuales un 64.6 ingresa antes de las 17/20 semanas de gestación y con evidencia de realización de VDRL del 40.9% y de la prueba Elisa del 38.4% sobre el total de pacientes captadas. Esto permitió aumentar la notificación de pacientes con sífilis gestacional, tratarlas a tiempo y, por ende, disminuir la incidencia de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos de 2014 a 2015, como se referencia en el numeral de indicadores de salud pública.

Componente de Prevención de cáncer cervicouterino: se evidencia estabilidad en el reporte de citologías realizadas, pasando de 157.278 en la vigencia 2013, a 156.294 en la vigencia de abril de 2014 a marzo de 2015, con un porcentaje esperado de captación del 60% para la vigencia de abril de 2015 a marzo de 2016. Aunque a la fecha no se cuenta con el informe final de este periodo, sí se puede validar a través de los reportes realizados por cada IPS a la Facultad de Microbiología de la Universidad de Antioquia, la cual se encarga del análisis de las muestras de citología y la gestión de los resultados alterados que permiten el seguimiento de las usuarias con patología cervical y/o inicio temprano de tratamiento según el caso. El porcentaje de IPS con lectura de citologías en la Universidad de Antioquia a septiembre de 2015 está en el 76.3% y el porcentaje de IPS con reporte de citologías alteradas entre septiembre de 2014 a septiembre de 2015 es de 83%.

Componente Prioridad del Municipio (articulación DLS, IPS y Savia Salud EPS): en referencia a este componente se evidencia un avance en la implementación de cada uno de las actividades evaluadas teniendo en cuenta la priorización de cada municipio.

Respecto a la **estrategia AIEPI** se pudo evidenciar el avance en todos los municipios que la priorizaron, destacándose el municipio de Medellín, donde se pudo evaluar una adherencia del personal médico a los criterios relevantes denominados no negociables en la HC, el desarrollo del plan operativo y la implementación de una ruta integral de atenciones para los niños y niñas menores de cinco años en la ciudad.

En referencia a la **evaluación de la adherencia del componente de SSAJ**, se logró la implementación de la estrategia de acuerdo con los criterios establecidos en el documento *Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*, publicado en el 2008 por el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones unidas —UNFPA— y teniendo en cuenta la modalidad escogida por la ESE, a saber: CD: Consulta Diferenciada para adolescentes y jóvenes, UA: Unidad

Amigable en salud para adolescentes y jóvenes, o CA: Centro Amigable en salud para adolescentes y jóvenes.

Para el **Componente de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica —EPOC—**, se logró validar la implementación de la guía de abordaje diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica del Programa de EPOC de Savia Salud EPS 2014.

Para la vigencia abril del 2015 a 31 de marzo del 2016 no se cuenta con el informe de ejecución de actividades por parte de la Facultad Nacional de Salud Pública, como operador de la EPS para el seguimiento a la estrategia, toda vez que el cálculo de las mismas se realiza tres meses posteriores al cierre del periodo evaluado.

7.4.2. Estrategia implantes subdérmicos

Con el fin de facilitar el acceso de la población femenina al método anticonceptivo de implantes subdérmicos para controlar el riesgo de embarazo no planeado, especialmente en la población adolescente y joven afiliada a la EPS, y contribuir con la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, la EAPB definió una estrategia de anticoncepción llamada Estrategia de Implantes Subdérmicos, que consiste en capacitar y certificar a los profesionales de salud de la red de prestadores, en la inserción y retiro de Implantes Subdérmicos (Jadelle e Implanon) como uno de los métodos de elección por este grupo poblacional. También se hace la distribución de los implantes directamente a las IPS, para que cuenten con un *stock* mínimo de implantes, con el fin de disminuir las oportunidades perdidas con respecto a la aplicación del mismo y asegurar la cobertura en la inserción.

Durante el año 2015 la evidencia de la gestión y las actividades realizadas fueron:

- A la fecha, 64 IPS (55%), de la red de prestadores de primer nivel de atención, se han comprometido con la estrategia y han solicitado despacho de Implantes Subdérmicos.
- Durante la gestión del proceso, de octubre del 2014 a diciembre del 2015, se registró la solicitud de despacho de 4.640 Implantes, 3.701 Jadelle y 939 Implanon, con un aumento gradual en el segundo semestre de 2015.
- Todas las IPS adheridas a la estrategia con personal capacitado y certificado en la inserción y retiro de implantes.
- Centralización del proceso de solicitud de implantes en el área de gestión del riesgo en salud pública y la distribución de los mismos a través del prestador COHAN.

- Regulación del proceso de autorización de implantes, a través de cargues masivos de usuarias en el listado de seguimiento definido, posterior a la inserción, para disminuir tiempos de espera de las usuarias para acceder al método.
- Mayor adherencia de las usuarias a los métodos de anticoncepción a largo plazo que permite planear la natalidad y postergar el inicio de los embarazos en la población adolescente y joven.

7.4.3. Programa Madre Canguro

Con el fin de atender, disminuir o paliar los efectos de un nacimiento en condiciones de riesgo en los niños y niñas con bajo peso al nacer a término, menores de 2.500 gramos, y pretérmino menores de 38 semanas de gestación, Savia Salud EPS tiene como prioridad, dentro de las estrategias de salud pública, el Programa Canguro. La IPS en la que se registra el nacimiento debe notificar a la EPS inmediatamente se presente un caso susceptible de acceder al programa, realiza la captación de la materna en riesgo de parto prematuro, o del niño que cuenta con los criterios de elegibilidad para ser ingresado y se integra al programa de la IPS o de la zona encargada. En todos los casos se debe cumplir con los Lineamientos para la implementación de programas Madre Canguro del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este programa, adicionalmente, busca suplir las necesidades en salud, educación y seguridad de las familias con niños y niñas canguro, brindando servicios especializados en su ámbito ambulatorio y hospitalario, dependiendo de la etapa a la que pertenezca el menor con el objetivo de aumentar la posibilidad de sobrevivida y la calidad de vida de las familias canguro, lo que adicionalmente permite y posibilita un uso racional de la tecnología e insumos disponibles con el compromiso de la autoevaluación continua y la sostenibilidad en el tiempo.

Savia Salud EPS tiene contrato para la ejecución del programa con los siguientes municipios e instituciones:

- Programa Madre Canguro Integral: sede en la ciudad de Medellín y tiene cobertura para todos los municipios del departamento de Antioquia.
- Programa Canguro del Hospital General de Medellín; sede en las instalaciones del hospital en la ciudad de Medellín y atiende a los menores con criterios de inclusión nacidos en la institución hasta la finalización de la etapa 1 de atención en la cual el menor cumple 40 semanas de edad corregida.
- Programa Canguro de la subregión del Urabá antioqueño: sede en el municipio de Turbo, en las instalaciones de la ESE Hospital Francisco Valderrama. Tiene cobertura para los municipios de la subregión de Urabá.

El seguimiento al programa se realiza de la siguiente manera:

- De forma semestral, el Programa Madre Canguro Integral realiza entrega de indicadores con los que se analiza el comportamiento del programa durante seis meses, comparando con los años anteriores, los cuales sirven como línea de base.
- Gestión de los eventos de BPN desde el área de gestión del riesgo en salud pública, con el envío de la base de datos de Medellín y Antioquia a los operadores contratados para su diligenciamiento y gestión.
- Envío de base de datos a los municipios y hospitales para que capten a los menores que no están siendo atendidos por programa canguro y diligenciamiento de las variables.
- Reuniones con nutricionista de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, el programa Maná y Savia Salud EPS, para buscar alternativas de lineamientos para el manejo de los menores que no pueden asistir a un programa canguro.
- Valoración por enfermería: contamos con un área privada para la adaptación canguro ambulatoria, asegurando la capacitación de la familia en el método madre canguro y reforzando el entrenamiento en lactancia materna, cuidados del recién nacido, entre otros aspectos. Se realiza detección de riesgo y evaluación de la competencia de la familia del niño para ser cuidado con la metodología canguro.
- A los niños y niñas con esta condición se les garantiza: valoración pediátrica; entrega de todos los medicamentos a través de un proveedor debidamente habilitado; educación de la familia; carnet de salud familiar; apoyo del grupo de psicología; valoración con oximetría dinámica; entre otros.

Para la vigencia de 2015 se contó con 6.330 niños y niñas activos en el Programa Madre Canguro, desde el nacimiento hasta el año de vida por edad corregida, de los cuales un 16.2% estaban en seguimiento hasta la semana 40, el 50.9% en seguimiento hasta un año corregido, y el 32.9% en seguimiento de alto riesgo hasta un año corregido.

7.4.4. Programa de ejercicio físico en enfermedades crónicas no trasmisibles

Este Programa busca posicionar el ejercicio físico grupal con fines terapéuticos como una estrategia de atención en salud no farmacológica y complementaria en el manejo y mejoría de los biomarcadores de riesgo y de calidad de vida de los usuarios vinculados a los programas de riesgo cardiovascular en el Valle de Aburá y subregiones del departamento, adscritos a Savia Salud EPS. La actividad física es transversal a todos los procesos de atención en pacientes con patología crónica, constituye una complementación terapéutica del tratamiento médico de base y tiene el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes intervenidos.

La población objetivo del programa son los pacientes obesos II con comorbilidades mayores, y obesos mórbidos que requieren cirugía bariátrica, con el fin de garantizar la pérdida de peso y mejorar las condiciones fisiológicas previo al procedimiento, disminuir las complicaciones inherentes al acto quirúrgico y poder conservar los beneficios evitando la reganancia de peso luego de la intervención quirúrgica en el mediano y largo plazo. También se prioriza en el programa de actividad física a los pacientes diabéticos y post infarto rehabilitados que salen luego de seis meses de control en las unidades cardioambulatorias, las cuales realizan la rehabilitación cardiovascular y metabólica, evitando así la rehospitalización y, lo más importante, la repetición del infarto.

Un logro relevante es que el 5% de todas las personas obesas desisten de la cirugía bariátrica al alcanzar metas terapéuticas y estar expuestos al programa. Actualmente en el programa se intervienen 268 pacientes obesos mórbidos en ejercicio físico, el 10% de ellos desisten del procedimiento quirúrgico, lo cual recupera el 100% del valor del programa y la intervención del grupo multidisciplinario en la primera fase.

En la medida que la EPS aumente la cobertura del programa que se oferta como complemento terapéutico y los pacientes expuestos a la estrategia sean de alto y muy alto riesgo metabólico, cardiovascular y renal, por cada 27 pacientes con alto riesgo controlado se evitará un evento cardiovascular cada año, que cuesta 11 millones de pesos, lo cual suma en la contención del costo médico de la EPS a mediano y largo plazo.

La evaluación de ingreso a la estrategia es realizada por el médico especialista en ejercicio físico, en cada una de las sedes del Valle de Aburrá y municipios cercanos, con los siguientes objetivos:

- Caracterizar la población a intervenir.
- Aplicar formato de ingreso a la estrategia (herramienta de medición).
- Clasificar el riesgo cardiovascular global (probabilidad de sufrir un evento vascular en cinco años).
- Prescribir el ejercicio físico.
- Solicitar copias de exámenes de laboratorio generados desde la IPS
- Firmar consentimiento informado.
- Tomar conducta clínica (derivar a unidades demostrativas o solicitar interconsulta con otras especialidades).
- Definir línea de base individual y poblacional.

El programa de ejercicio físico es transversal a todos los procesos de atención en pacientes con patología crónica y constituye un complemento terapéutico del tratamiento médico de base, lo cual tiene el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes intervenidos.

La ampliación de cobertura total pasó de 200 usuarios en 2014, a 1.668 usuarios en 2015, para un crecimiento de 834%. Esto se logró por:

- La implementación y puesta en marcha de 7 (UD) nuevas en el Valle de Aburrá y 1 (UD) en la subregión de Occidente.
- Contratación de dos educadores físicos en las 12 (UD) en el Valle de Aburrá exclusivamente para 400 usuarios vinculados a Savia Salud. sobre los cuales tenemos gobernabilidad.
- Edición del video institucional del programa de obesidad, como base para ampliar en otros municipios.
- En sinergias con municipios e Indeportes para la capacitación y estandarización de 25 educadores físicos con el acompañamiento del médico deportólogo, líder del programa, en el tema de la ejecución de los test de campo de cardio, fuerza, flexibilidad. Lo anterior se realizó en los municipios de Bello, Copacabana, Yarumal, Apartadó, Chigorodó, Carepa y Santafé de Antioquia. Los 25 educadores físicos fueron aportados por las secretarías de salud de cada municipio para el manejo y ejecución del programa, permitiendo la vinculación no solo de usuarios de Savia Salud, sino también de usuarios con enfermedades crónicas de otras EPS. Este proyecto logró una cobertura reportada de 1.268 usuarios de Savia Salud en los municipios de Bello, Copacabana, Santafé de Antioquia y Apartadó.
- Contratación de IPS especializada para la evaluación y manejo por psicología y psiquiatría de los pacientes obesos II y obesos mórbidos que desean realizarse el bypass gástrico.
- Inicio de la derivación a las (UD) de los usuarios pos infarto rehabilitados por SICOR, CEMDE y el Instituto del corazón.

Durante el año 2015 la evidencia de la gestión fue:

- Se pasó de tener 9 (UD) en el 2014, a tener 16 (UD) en el 2015. Esto tanto en el Valle de Aburrá como en las subregiones Norte, Urabá y Occidente.
- Se pasó de tener control (governabilidad) sobre 200 usuarios manejados por el líder del programa en 7 (UD) en el Valle de Aburrá en 2014, a tenerlo sobre 400 usuarios controlados por dos educadores físicos, contratados por Savia Salud para manejar 12 unidades demostrativas en el Valle de Aburrá en el 2015.

- Evaluación de impacto en los indicadores de peso, perímetro de cintura y número de metros recorridos en 12 minutos: disminución promedio del 6% del peso corporal. Disminución promedio de 5 cm en el perímetro de cintura y aumento promedio de 126 metros más recorridos en 12'. Estos datos con respecto a la evaluación inicial en el 2014 para 188 pacientes seguidos por 8 meses.
- De 500 usuarios caracterizados, evaluados y vinculados a la estrategia por la IPS especializada en el 2014, pasamos a 1.123 usuarios en el 2015.
- De un promedio de 11 cirugías/mes bypass gástrico- sleeve gástrico en el 2014, bajamos a 7 cirugías/mes en el 2015.

7.4.5. Programa de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

El objetivo del programa es estructurar e implementar un modelo de atención integral direccionado a la población de usuarios con diagnósticos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cual se fundamente principalmente en el cumplimiento de indicadores y metas de gestión que permita detectar e intervenir oportunamente las principales causas de morbimortalidad de los usuarios afiliados al régimen subsidiado y vinculados al SGSSS de Savia Salud EPS.

Logros en cobertura en 2015:

- El total de población cubierta por la estrategia fue de 4.456 usuarios con diagnóstico confirmado de EPOC en el primer nivel de atención con estadios leves, moderados y graves controlados de su enfermedad.
- En la IPS especializada se concentran los usuarios con estadios graves, muy graves de la enfermedad, en su gran mayoría oxígeno-requiere, exacerbadores recurrentes y posthospitalizado. Allí se le hace seguimiento e intervención a 396 usuarios, de los cuales 364 se direccionaron para evaluación y para definir la conducta a seguir por medicina especializada por alto riesgo y comorbilidades mayores.

Los municipios e instituciones intervenidas con la estrategia son:

- Municipios del Valle de Aburrá: Bello, Barbosa, Copacabana, Girardota, Itagüí, Sabaneta y La Estrella.
- Subregión de Occidente: Anzá.
- Subregión del Norte: Yarumal
- Subregión del Oriente: Rionegro
- Red Metrosalud: Santa Elena, San Javier, 12 de Octubre, Santa Cruz, Manrique.
- Red de asistencia Social al adulto mayor Alcaldía de Medellín: Hogar Siggem Salud y Vida, Fundación Opción Colombia, Corporación Hogar Sendero de Luz, Corporación

Hogar Social El Amparo, Fundación Destellos Calidad de Vida, Corporación Hogar Gerontológico Samaná Wasi, Refugio de Ancianos San Cristóbal.

Las actividades realizadas fueron:

- Actividades realizadas en el Primer Nivel de atención: 7.580
- Actividades realizadas en IPS Especializada: 12.273
- Capacitación al nivel básico en manejo de la EPOC para municipios de la red norte y sur del Valle de Aburrá, Medellín, Anzá, Yarumal y Rionegro.
- Estandarización de indicadores.
- Definición de la ruta de atención para el abordaje integral de pacientes con EPOC.
- Diseño, socialización y seguimiento del proceso para solicitud, autorización y entrega de Oxígeno a la población con criterios para uso del medicamento según criterio médico; se articuló el modelo entre el centro regulador, grupo de auditores concurrentes de las diferentes clínicas y hospitales de la ciudad, central de autorizaciones operador Comfama y Savia Salud EPS.
- Implantación Incentivos por desempeño en EPOC en los municipios de Bello y Anzá.
- Estandarización de las frecuencias de uso de las consultas y los procedimientos diagnósticos de seguimiento de EPOC.
- Captación hospitalaria de pacientes con diagnóstico de EPOC para ingreso a la estrategia.

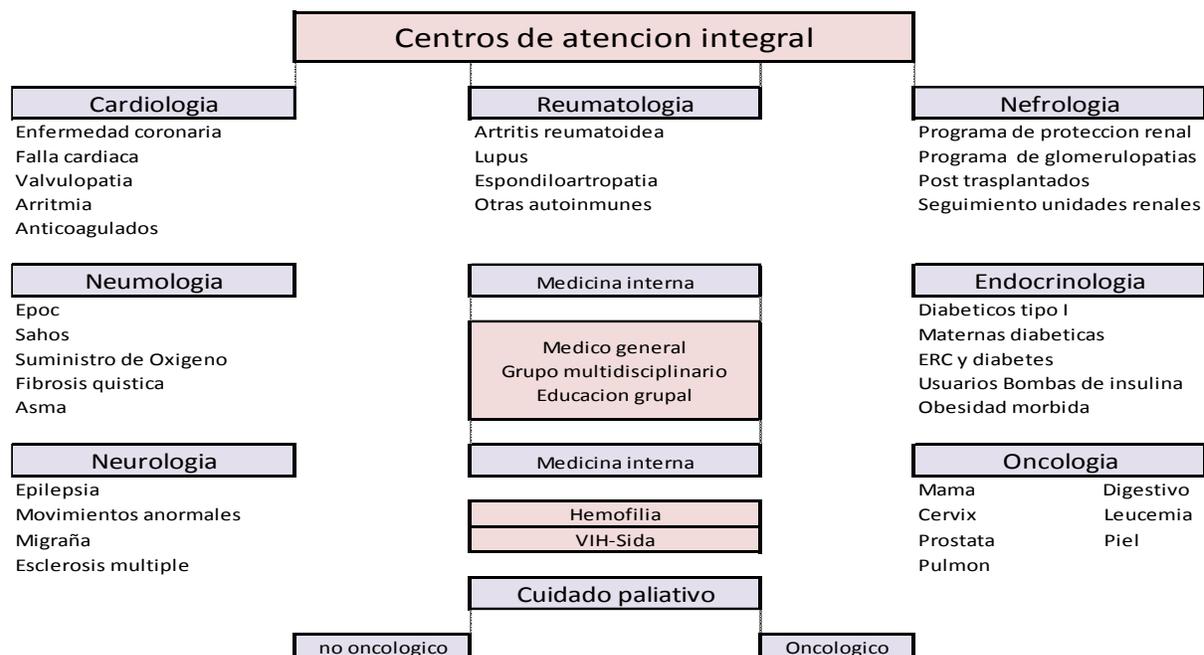
Durante el año 2015 la evidencia y logros de la gestión fue:

- Empoderamiento del primer nivel de atención para seguimiento y consolidación del programa de EPOC.
- Evaluación, clasificación y manejo integral por grupo interdisciplinario en las jornadas de EPOC realizadas por concentración a 5.570 pacientes, las cuales incluían (gases arteriales, espirometría, medicina general, medicina interna, enfermería, terapia respiratoria y vacunación).
- Desmonte de oxígeno en un 24% de la población evaluada e identificada como alto riesgo con diagnóstico de EPOC.
- Captación temprana de pacientes hospitalizados con diagnóstico de EPOC para ingreso a la estrategia.
- Entre pacientes y cuidadores, se educaron 4.456 en el primer nivel de atención y 3.952 en la IPS especializada sobre generalidades de la EPOC, el manejo de inhaladores, las técnicas de ahorro de oxígeno, higiene y manejo de equipos y dispositivos médicos.
- Disminución en el número de consultas por urgencias y hospitalizaciones de pacientes expuestos a la estrategia.

7.5. Patologías y estrategias de alto costo y alto valor

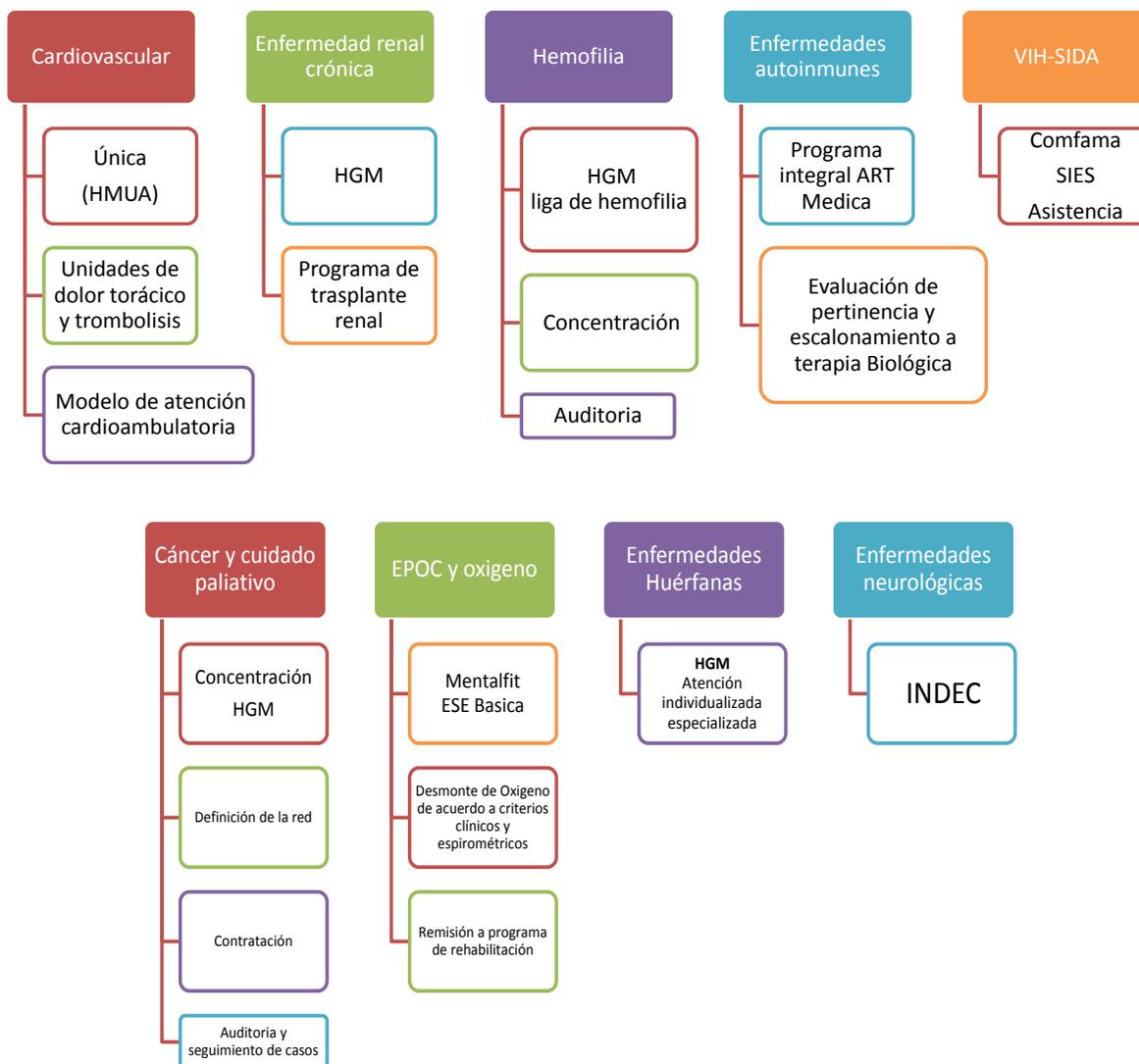
Como asegurador Savia Salud EPS define su política macro en el diseño de las intervenciones y priorizaciones de la política pública en el departamento de Antioquia, con el propósito de impactar las enfermedades de alto costo y alto valor que afectan la población que tiene a cargo.

En el siguiente gráfico se esquematizan las líneas priorizadas en la atención de las enfermedades crónicas no trasmisibles. La priorización pretende impactar en el corto, mediano y largo plazo la principal causa de muerte, que es la enfermedad cardiovascular y la segunda causa de costos para la EPS. Específicamente la enfermedad renal crónica se interviene desde 2013, que con este modelo de priorización trata mediante mayores coberturas y calidad en atención básica de hipertensos y diabéticos, de evitar el daño del órgano blanco afectado, el riñón en este caso, y susceptible de ser intervenido cuando ya se ha afectado su función en la mediana y alta complejidad (Ver Nefrología). De manera similar tenemos programas a través de Centros de Atención Integral, propuestos en cada una de las especialidades priorizadas que se describen a continuación:



Fuente: Macroproceso Gestión del riesgo Savia Salud EPS.

Las IPS definidas como centros integrales de atención de patologías de alto costo y valor se han concentrado en menor número a las que tenía Comfama EPS, teniendo en cuenta para su diseño el perfil epidemiológico y de carga de enfermedad de la población. La EPS en alianza con instituciones de la red pública se ha fortalecido en el Valle de Aburrá en la atención altamente especializada. La red de atención se describe a continuación:



Fuente: Macroproceso Gestión del riesgo Savia Salud EPS.

Síntesis de resultados 2013- 2015 de la gestión de riesgo y su efecto en el costo de los centros de alto costo y valor, en pesos corrientes:

Presentamos los logros en dos abordajes:

En pesos corrientes: los cuadros siguientes muestran el aumento de pacientes por periodo —en el 2013 fueron ocho meses—, y la dinámica de la reducción del costo promedio paciente año, quinta columna de izquierda a derecha, entre los tres años de Savia Salud, para los 7 programas en los que se ha consolidado la gestión de riesgo.

PROGRAMA	AÑO	Número de pacientes	COSTO TOTAL Millones de \$	Costo promedio paciente año Millones de \$	Dinamica con respecto al año anterior	SINERGI AS
RIESGO CARDIOVASCULAR	2013	sd	sd	sd		HMUA- Unica-
	2014	4727	53.789	11,4		
	2015	4268	46.069	10,8	-5%	
ENFERMEDAD RENAL CRONICA	2013	3790	52.856	13,9		HGM Living lab Ude A
	2014	4270	56.020	13,1	-6%	
	2015	6558	60.781	9,3	-29%	
HEMOFILIA TRASTORNOS AFINES	2013	67	27.946	417,1		HGM Liga de Hemofilia de Antioquia
	2014	92	18.334	199,3	-52%	
	2015	103	18.432	178,9	-10%	

Como puede verificarse, ha sido significativa la reducción de costos que incluye tanto la diálisis como la prediálisis, en el transcurso de los tres años, en especial en 2015, que baja un 29%. El crecimiento de 73% en pacientes en enfermedad renal crónica con respecto a 2013, es evidencia de la captación, fruto de los incentivos por desempeño.

El programa de hemofilia presenta su mejor logro en reducción de costos paciente año en 2014, con un 52% con respecto a 2013 con estrategias que se explican más adelante. Crece significativamente el número de pacientes.

PROGRAMA	AÑO	Número de pacientes	COSTO TOTAL Millones de \$	Costo promedio paciente año Millones de \$	Dinamica con respecto al año anterior	SINERGIAS
VIH	2013	1.989	11.464	5,8		Comfama
	2014	2.268	19.106	8,4	45%	Sies Salud
	2015	2.905	25.252	8,7	4%	Tecnologia
ENFERMEDADES AUTOINMUNES	2013	624	3.863	6,2		ART Medica
	2014	969	8.532	8,8	42%	
	2015	1.872	8.585	4,6	-48%	
EPOC	2013	3.558	14.127	4		Mentalfit IPS Basicas
	2014	4.826	13.213	2,7	-33%	
	2015	5.570	13.733	2,5	-7%	
Ejercicio fisico en enfermedades cronicas y Obesidad Morbida	2013	375	1.367	3,6		HMUA- Inder Medellin- y Secretarias de Salud
	2014	462	874	1,9	-47%	
	2015	661	932	1,4	-26%	

En VIH el crecimiento de pacientes es altísimo y crece el costo, ello se explica porque se captan en fase de Sida y con complicaciones. En 2015 se logró estabilizar, pero los pacientes que se reciben de Caprecom incrementaron el costo.

Los pacientes con enfermedades autoinmunes crecen en un 200%, pero el costo promedio paciente año bajó en un 26%; EPOC y el ejercicio físico no solo reducen su costo, sino que también tienen efecto indirecto como es el caso de menos hospitalizaciones para el primero y menos cirugías bariátricas para el último caso

Tanto EPOC como los eventos intervenidos a través del programa de ejercicio físico, ya comentados, presentan reducción significativa en costos.

Lo anterior es la mejora muestra de la viabilidad financiera de la EPS hacia futuro, porque el incremento en coberturas ya se ha logrado y hay eventos como el cáncer y enfermedades terminales en los cuales la tarea ya se ha iniciado, y debe rendir sus frutos en 2016 y 2017.

El otro abordaje es desde el costo evitado, en el caso que las estrategias no se hubieran aplicado, y el costo promedio paciente año de 2013, como línea de base, se ajustara a los pesos ajustados al IPC salud, tanto tanto en 2014 como en 2015, y obviamente con el incremento de pacientes que se ha dado por diferentes causas, como se observa en el cuadro anterior, el cuadro resumen es el siguiente:

Programa	Costos Evitados bienio	Año 2015	Año 2014
Programa de Hemofilia y Trastornos Afines	-49.733	-27.989,7	-21.743
Programa de Enfermedad Renal Crónica	-44.218	-38.043,8	-6.174
Programa de EPOC	-16.963	-10.163,7	-6.799
Programa de Riesgo Cardiovascular	-4.177	-4.177,4	0
Ejercicio Físico en Enfermedades Crónicas y Obesidad Mórbida	-2.557	-1.671,6	-885
Programa de Enfermedades Autoinmunes	-1.670	-3.937,3	2.267
Programa de atención a personas viviendo con el virus del VIH	12.614	7.160,0	5.454
Total	-106.705	-78.823,6	-27.881

En el bienio salvo VIH, los otras 6 eventos generaron ahorros considerables por las diferentes estrategias que se explican mas adelante.

El resultado de cada año y el bienio resulta de multiplicar el numero de pacientes por el costo promedio paciente año en los pesos ajustados por IPC.

7.5.1. Programa de hemofilia y trastornos afines

La hemofilia es un trastorno hemorrágico congénito vinculado al cromosoma X, provocado por la deficiencia del factor VIII de coagulación (FVIII) en el caso de la hemofilia A, o del factor IX (FIX) en el caso de la hemofilia B.

El objetivo del programa es garantizar una gestión clínica y social en pacientes diagnosticados con hemofilia basado en indicadores y metas con disminución de los desenlaces clínicos prevenibles.

A continuación, como línea de base del año 2013, se describe el número de prestadores en el ámbito ambulatorio en la atención de los pacientes en condición de hemofilia y los costos de once meses previo al ingreso de Savia Salud EPS como EAPB.

Consolidado de costos y prestadores / junio 2012 a abril 2013

Comfama EPS

DESCRIPCION DX	IPS	Número de pacientes	VALOR AUTORIZADO JUNIO 2012- ABRIL 30 2013
DEFICIENCIA HEREDITARIA DEL FACTOR IX	CLINICA VIDA	2	\$ 290.700.000
	COA	2	\$ 25.732.800
	MEDICARTE	2	\$ 249.188.400
	NEOVID	4	\$ 1.026.735.000
Total DEFICIENCIA HEREDITARIA DEL FACTOR IX		10	\$ 1.592.356.200
DEFICIENCIA HEREDITARIA DEL FACTOR VIII	CLINICA VIDA	14	\$ 2.981.545.000
	COA	4	\$ 91.275.000
	HPTU	1	\$ 3.745.000.000
	MEDICARTE	21	\$ 7.921.335.420
	NEOVID	17	\$ 11.259.990.000
Total DEFICIENCIA HEREDITARIA DEL FACTOR VIII		57	\$ 25.999.145.420
ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND	MEDICARTE	1	\$ 235.335.000
	NEOVID	1	\$ 118.875.000
Total ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND		2	\$ 354.210.000
Total general		69	\$ 27.945.711.620

Fuente: Información entregada por Comfama. Mayo 2013- Línea de Base

Con esta línea de base, cuatro prestadores en el ámbito ambulatorio y uno, el Hospital Pablo Tobón Uribe, en el ámbito hospitalario, y un costo promedio paciente año de 442 millones de pesos, con rangos amplios y un costo promedio altísimo en NEOVID de 662 millones, en comparación con las otras IPS con menos de la mitad, Savia Salud EPS en alianza con el Hospital General de Medellín concentró y estandarizó la prestación de la atención allí. Inicialmente el HGM compraba el factor antihemofílico y lo dispensaba al paciente, posteriormente Savia Salud compró directamente el factor a la industria farmacéutica mediante convocatoria pública, y el HGM continuó en la dispensación y atención del paciente en condición de hemofilia.

Las oportunidades de mejora detectadas en la atención del paciente en condición de hemofilia y trastornos afines para el año 2014 fueron:

- Falta de algunos puntos de control y de comunicación efectiva establecidos para la referencia y contrarreferencia.
- Altas tasas de hospitalización y de consultas al servicio de urgencias — altos costos evitables.
- Alto porcentaje de pacientes con severidad de la enfermedad.
- Pacientes no adherentes al factor-demandas e intereses específicos de los usuarios.
- Las autorizaciones no son integrales y hay demoras.
- Falta de resultados del seguimiento fármacoterapéutico en toda la población
- Proceso de facturación y de auditoría no estandarizado —no hay un proceso de auditoría de cuentas sistemático — proceso reactivo.

A partir del 2015 se propusieron las siguientes actividades enfocadas al ajuste y rediseño del programa:

ATENCIÓN CLÍNICA

- Redefinir el modelo de atención
- Evaluar bajo indicadores de resultado
- Evaluar al 100% de pacientes para valorar indicación clínica de profilaxis y dosis terapéuticas deseadas
- Cambio de medicamento de acuerdo a convenios preestablecidos
- Redefinir ruta de atención para contención de urgencias y hospitalizaciones
- Por el alto número de pacientes con artrosis se requiere una evaluación urgente de la efectividad de la profilaxis
- Valorar necesidad de integrar un rehabilitador al modelo
- Revisar modelo de prestación odontológico

ADMINISTRATIVO

- Elaborar una base de datos para seguimiento y control de cada caso que permita análisis estadísticos
- Enviar comunicación escrita a pacientes con derechos, deberes, justificación de los cambios, exigencia de stiker con copia a personería y liga de hemofilia
- Realizar un modelo de contratación costoefectivo con seguimiento estricto por parte de un líder- ej. Riesgo compartido
- Crear staff de seguimiento a casos y de seguridad clínica
- Garantizar oportunidad en los procesos de autorizaciones y la integralidad de la atención--

SOCIAL

- Reconocimiento del perfil de riesgo del paciente
- Articular el trabajo de los usuarios con mayores dificultades para la adherencia con la Liga de hemofilia y otros niveles

Los objetivos específicos del programa son:

- Establecer un modelo de atención fundamentado en buenas prácticas clínicas y guías basadas en la mejor evidencia científica disponible aplicada al entorno específico.
- Mejorar la capacitación del paciente para manejo de eventos agudos y la adherencia al tratamiento multimodal mediante la implementación de un programa educativo que fortalezca el autocuidado con acompañamiento de su red de apoyo familiar, social y de salud de la región.
- Garantizar los aspectos éticos y de eficiencia en la atención de la patología a corto, mediano plazo y largo plazo
- Mantener un equipo de trabajo idóneo y una red de apoyo en todos los niveles de atención para que realice un seguimiento oportuno y continuo a los pacientes y se puedan controlar los desenlaces evitables.
- Garantizar la medición y el análisis sistemático de los indicadores de gestión del riesgo y metas consensuadas con la IPS de atención (Hospital General de Medellín), estandarizando las intervenciones y el seguimiento de los pacientes con diagnóstico de hemofilia.

Para la implementación del programa, se estableció un seguimiento continuo desde octubre de 2013 al número de pacientes activos, número de pacientes en profilaxis, dosis por kilogramo de los pacientes en profilaxis, revisiones periódicas a las hospitalizaciones y su evitabilidad.

A partir de enero de 2015 se asignaron dos hematólogos para el seguimiento exclusivo de la población, uno para adultos y otro para niños. La Liga de hemofilia de Antioquia desde abril de 2015 es el soporte de red social y dispensación del factor en el hogar de los pacientes (Home care) por su conocimiento amplio de la población objetivo y sus necesidades en salud y determinantes sociales, y en mayo el operador logístico COHAN comenzó la entrega centralizada de medicamentos.

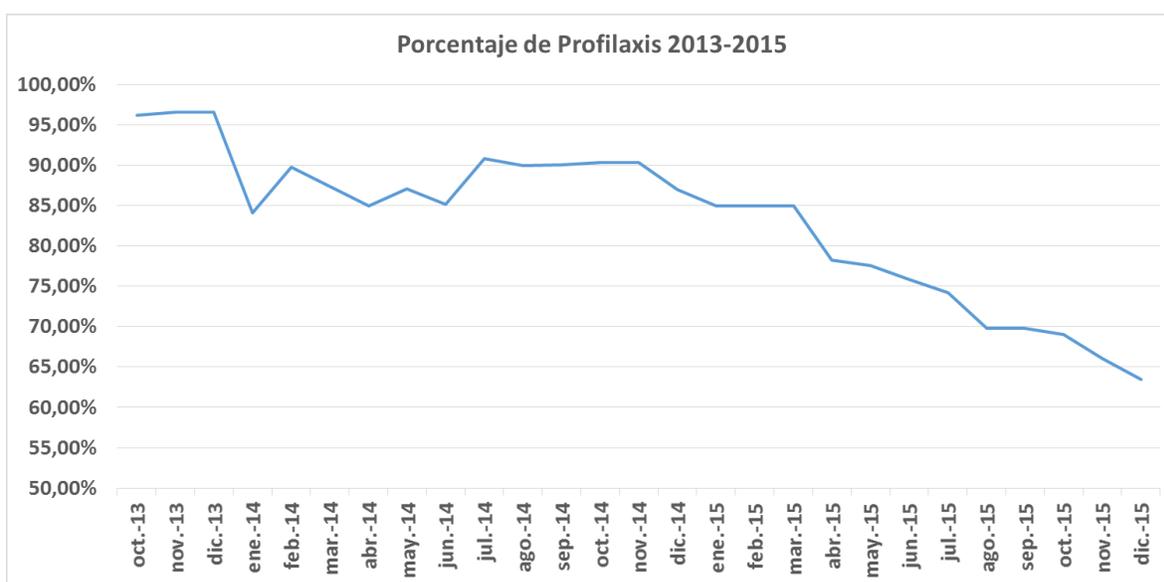
El siguiente cuadro y gráfico muestra el seguimiento a la población en el ámbito de hospitalización y la medición de los desenlaces clínicos:

A partir de abril se logra disminuir la población con profilaxis, consumo del factor, las hemorragias articulares o hemartrosis y las hospitalizaciones.

MESES	Pacientes	Inmunoto lerancia	Retiros	Nuevos	Profilaxis	% profilaxis	Sin profilaxis	Hematrosis	% Hemartrosis	Dosis Factor Extra	Hospitalizaciones	% hospitalizacio
oct-13	↓ 52			0	50	↑ 96,15%	2	3	↓ 5,77%		4	↑ 7,69%
nov-13	↓ 58			4	56	↑ 96,55%	2	10	↑ 17,24%		11	↑ 18,97%
dic-13	↓ 58			0	56	↑ 96,55%	2	5	↓ 8,62%		5	↑ 8,62%
ene-14	↑ 69	2	0	11	58	↓ 84,06%	11	2	↓ 2,90%	2	4	↓ 5,80%
feb-14	↑ 68	1	2	0	61	↑ 89,71%	7	5	↓ 7,35%	3	4	↓ 5,88%
mar-14	↑ 71	2	1	4	62	↑ 87,32%	9	5	↓ 7,04%	5	3	↓ 4,23%
abr-14	↑ 73	2	0	2	62	↓ 84,93%	10	3	↓ 4,11%	4	1	↓ 1,37%
may-14	↑ 77	2	0	4	67	↓ 87,01%	10	10	↓ 12,99%	10	1	↓ 1,30%
jun-14	↑ 81	2	0	4	69	↓ 85,19%	12	3	↓ 3,70%	3	6	↓ 7,41%
jul-14	↑ 87	2	0	6	79	↑ 90,80%	8	5	↓ 5,75%	5	8	↑ 9,20%
ago-14	↑ 89	2	0	2	80	↑ 89,89%	9	6	↓ 6,74%	4	7	↑ 7,87%
sep-14	↑ 90	3	0	1	81	↑ 90,00%	9	5	↓ 5,56%	3	7	↓ 7,78%
oct-14	↑ 92	2	3	5	84	↑ 91,30%	8	6	↓ 6,52%	5	6	↓ 6,52%
nov-14	↑ 93	2	0	1	84	↑ 90,32%	9	5	↓ 5,38%	5	3	↓ 3,23%
dic-14	↑ 92	2	1	0	80	↓ 86,96%	12	6	↓ 6,52%	5	5	↓ 5,43%
ene-15	↑ 93	1	0	1	79	↓ 84,95%	14	3	↓ 3,23%	0	9	↑ 9,68%
feb-15	↑ 93	2	0	0	79	↓ 84,95%	14	4	↓ 4,30%	4	7	↓ 7,53%
mar-15	↑ 93	2	0	0	79	↓ 84,95%	14	5	↓ 5,38%	5	10	↑ 10,75%
abr-15	↑ 91	3	2	0	72	↓ 79,12%	20	4	↓ 4,40%	4	4	↓ 4,40%
may-15	↑ 90	2	4	3	69	↓ 76,67%	21	1	↓ 1,11%	2	3	↓ 3,33%
jun-15	↑ 90	2	0	0	69	↓ 76,67%	21	2	↓ 2,22%	1	12	↑ 13,33%
jul-15	↓ 92	2	0	2	69	↓ 75,00%	23	7	↑ 7,61%	9	4	↓ 4,35%
ago-15	↓ 92	2	2	2	67	↓ 72,83%	25	4	↓ 4,35%	4	2	↓ 2,17%
sep-15	↓ 93	1	0	1	67	↓ 72,04%	29	4	↓ 4,30%	5	8	↓ 8,60%
oct-15	↑ 100	1	0	7	69	↓ 69,00%	31	3	↓ 3,00%	3	3	↓ 3,00%
nov-15	↑ 104	1	0	4	68	↓ 65,38%	36	2	↓ 1,92%	4	5	↓ 4,81%
dic-15	↑ 104	1	0	0	66	↓ 63,46%	37	2	↑ 1,92%	12	5	↓ 4,81%

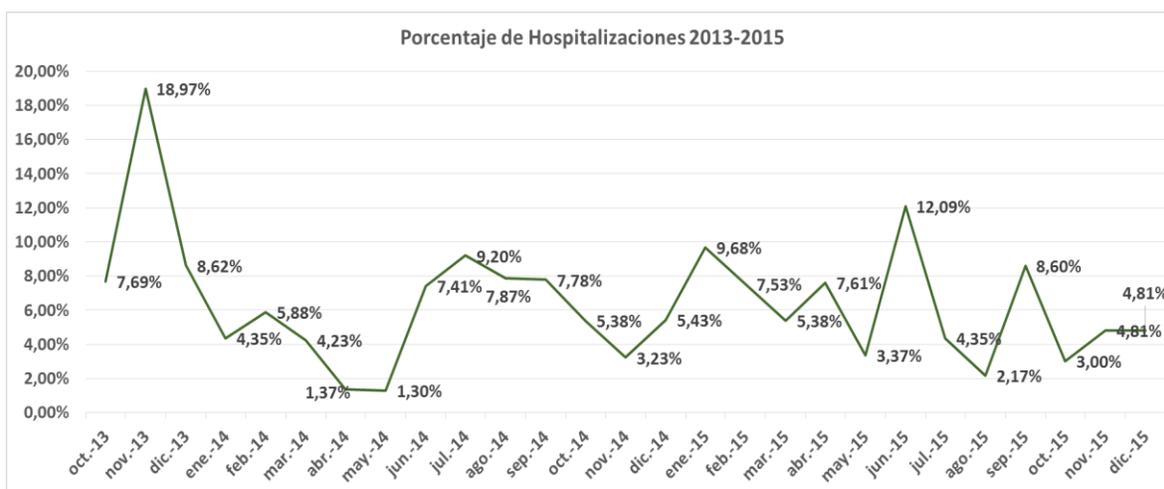
A diciembre de 2015 el programa cuenta con 104 pacientes: 60 en el área metropolitana y 44 en resto de las subregiones de Antioquia,

La siguiente gráfica muestra la disminución de los pacientes en profilaxis, ajustando dosis y necesidad de factor antihemofílico:



Durante el año 2015, se observa una disminución en el porcentaje de usuarios con profilaxis debido a estrategias de reclasificación de los pacientes, adecuación de dosis, validación de indicaciones clínicas y altas exigencias con los usuarios para que se adhieran al tratamiento de manera efectiva. A la fecha de corte del 30 de noviembre, la profilaxis la recibía el 64% de los pacientes

La siguiente gráfica muestra el seguimiento de los desenlaces clínicos en el 2015:



Con relación al porcentaje de pacientes hospitalizados se observa una variabilidad importante durante todo el periodo, pero en el último semestre del 2015 hay una tendencia a la estabilización. En un alto porcentaje las causas de hospitalización son no evitables, asociadas a traumas que generan hospitalizaciones de muy alto costo, y otras causas no directamente relacionadas con complicaciones clínicas de la patología.

Las actividades realizadas fueron:

- Redefinición del modelo de atención
- Contratación directamente con el laboratorio para la compra del factor
- Registro de historia clínica de hematología
- Estandarización de indicadores
- Reclasificación de los pacientes y adecuación de dosis
- Búsqueda e inclusión de nuevos pacientes al programa
- Manejo de eventos urgentes domiciliarios evitando hospitalizaciones innecesarias
- Autorización de transporte por parte de la EPS a los pacientes que los profesionales de trabajo social identifiquen que lo requieren
- Implementación de proceso de autorizaciones de la mayoría de prestaciones requeridas para el manejo multidisciplinario de los pacientes. Disponer de autorizadas propias

para el programa, lo que facilitó el direccionamiento de todas las autorizaciones de los pacientes del programa para el HGM.

- Visitas domiciliarias
- Definición Red de apoyo social y familiar
- Acompañamiento psicosocial a la madre
- Atención psicosocial a paciente hospitalizado
- Manejo de estancias prolongadas por diversas causas no asistenciales
- Inclusión en Programa de Reorientación por abuso de sustancias psicoactivas
- Reportes legales y seguimiento (Restablecimiento de derechos - retiro de sistema familiar de origen - reubicación en familia extensa -violencia intrafamiliar) –
- Realización de AQV -Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria a la madre de pacientes
- Capacitación y sensibilización en instituciones educativas
- Consejería Genética - Inclusión en el programa de planificación familiar Jóvenes por la Vida
- Gestión de recursos e inclusión en actividades de carácter social a la población
- Definición de plan de mejora a cada prestador
- Reporte de información según Resolución 123 de 2015 (cuenta de alto costo)

Durante el año 2015 la evidencia de la gestión fue:

- Implementación *Home care* en el área metropolitana, en un 94% para dispensación del factor y durante las 24 horas atención oportuna de los sangrados.
- Disminución de hospitalizaciones
- Disminución en el porcentaje de usuarios con profilaxis

7.5.2. Programa de Protección Renal (predialisis) y dialisis o trasplantes como terapia de remplazo renal

La enfermedad renal crónica se caracteriza por una pérdida progresiva de la función del riñón. Se divide la enfermedad en estadios para caracterizarla, lo cual permite al clínico facilitar su abordaje, los pacientes más afectados por la enfermedad están en las fases IIIB y IV que deben estar en predialisis y la fase V, terapia de reemplazo renal que en nuestro medio son los dializados y candidatos al trasplante de riñón.

Desde el 2013 se implementó en la primera fase del proyecto de enfermedad renal crónica el Programa de Protección Renal, en alianza con el Hospital General de Medellín y Savia Salud EPS. Mediante este se concentró la población proveniente de las IPS: Comfama IPS, Dialyser (programa Preven Ser) y Fresenius Medical Care (Fm prever). Fueron

concentrados 2.500 pacientes, número que creció en 103%, con 5.661, pacientes a diciembre del 2015, en el Valle de Aburrá, Oriente y Suroeste.

En esa unidad ambulatoria de atención está dispuesto para el manejo de los pacientes afectados por la enfermedad renal crónica (ERC) un grupo de expertos conformado por médicos nefrólogos, médicos generales, nutricionistas, trabajadores sociales y químicos farmacéuticos que realizan el monitoreo a la adherencia, farmaseguridad y la dispensación de los medicamentos.

El número de atenciones al año en el programa de prevención renal en el ámbito ambulatorio en enfermedad renal crónica dependen de la gravedad y el estadio de la ERC. Es así como la gravedad detectada al ingreso y la evolución de la enfermedad evidenciada en el seguimiento de cada caso particular definen las intervenciones y estandariza las acciones de cada estadio de la enfermedad.

Tabla. Numero de pacientes en los programas de proteccion renal discriminada por prestador a 31 de diciembre de 2015

Prestador/Estadio ERC	Estadio 1-2	Estadio 3	Estadio 4	Estadio 5	Total	%
<i>PPR HGM-Savia</i>	753	2656	870	96	4375	84,77
<i>Ingresos nuevos sin clasificar</i>					88	1,71
<i>Postrasplantados</i>					311	6,03
TRASPLANTADOS 2015					44	0,85
<i>PPR RTS Baxter</i>	1	191	140	11	343	6,65
Total	754	2847	1010	107	5161	100,00

** Fuente: IPS Especializadas en programa de proteccion renal (PPR) con fecha de corte 31 de diciembre de 2015*

Las actividades realizadas fueron:

- Inicio de la segunda fase del proyecto con concentración de los pacientes con otras enfermedades renales, entre ellas las glomerulopatías, también se concentró en esta unidad los pacientes que tenían un año luego del trasplante renal.
- Mejoramiento de la cobertura en el número de usuarios en el centro de atención integral (alianza HGM-Savia) que aumentó los usuarios de 3.500 a 5.000 a diciembre de 2015.
- Por el incremento de la población atendida se aumentaron los nefrólogos de 2 a 4 especialistas.
- Se implementó el modelo del pago diferido del trasplante renal
- Se instaló un autorizador de Savia Salud en el programa de protección renal, lo que generó mayor oportunidad, adherencia y satisfacción del usuario del programa.

Durante año 2015 la evidencia de la gestión fue:

- Se contuvo en promedio en los 12 meses 110 pacientes con enfermedad renal estadio 5 en manejo médico que no requirieron terapia de reemplazo renal con mejoramiento de indicadores de calidad de vida y disminución de costos para la EPS en la gestión del programa preventivo (prevención terciaria).
- En las unidades renales, se disminuyó las frecuencias de hospitalizaciones pasando de 1.03 a 0.95 además de la disminución en la estancia hospitalaria que pasó de 12 días a 10 pacientes en los pacientes prevalentes.
- Se centralizó la entrega de medicamentos en los pacientes con ERC y postrasplantados

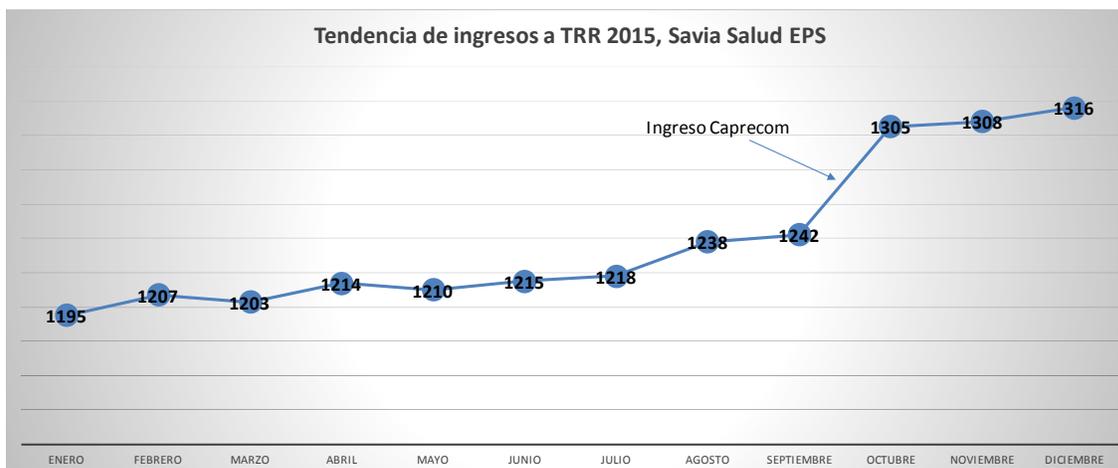
En terapia de reemplazo renal en el ámbito ambulatorio, con fecha de corte 31 de diciembre se tenían 1.316 pacientes en esta modalidad de tratamiento, el 70% de los cuales están en hemodiálisis y el restante 30% en la modalidad de diálisis peritoneal, la siguiente tabla consolida los prestadores y el tipo de terapia de reemplazo renal.

Tabla. Numero de pacientes en terapia de reemplazo renal discriminada por prestador a 31 dic de 2015

Prestador/Tipo de terapia	Hemodialisis	DP Manual	DP Automatizada	Total	%
RTS Baxter	330	134	65	529	40,2
FMC	307	78	34	404	30,7
Dialyser	180	18	47	245	18,6
Davita	83	13	9	105	8,0
FRC	33	0	0	33	2,5
Total	933	243	155	1316	100,0

* Fuente: IPS Especializadas en terapia de reemplazo renal (TRR) con fecha de corte 31 de diciembre de 2015

La gráfica muestra la tendencia de los ingresos de pacientes a terapia de reemplazo renal en el último año a Savia Salud EPS.



En la segunda fase del proyecto a partir del mes de septiembre de 2014, fueron incluyéndose pacientes para el seguimiento luego de un año de trasplante de riñón. A 2015 se tienen hoy 305 en la fase de posttrasplante.

7.5.3. Programa de Atención Cardiovascular

Luego de un evento cardiovascular como el infarto agudo de miocardio y similares, los pacientes son invitados a participar en un programa de seguimiento multidisciplinario en el ámbito ambulatorio. Se han priorizado cuatro estrategias que incluyen pacientes postevento coronario, falla cardíaca, arritmias y valvulopatías descompensadas.

El programa pretende que una vez el usuario sea intervenido en los centros integrales de atención de alta complejidad en el ámbito hospitalario y resuelta su urgencia vital pueda continuar la atención en los centros cardioambulatorios que para el caso de los pacientes vecinos al Valle de Aburrá su exposición a la estrategia sea de seis meses, en estas instituciones cardioambulatorias se priorizan las acciones educativas, adherencia al tratamiento, autocuidado y se refuerzan los cambios de estilos de vida.

Los pacientes de las subregiones tienen la posibilidad de acceder al servicio ambulatorio ya que la EPS tiene dispuesto hogares de paso en el Valle de Aburrá, lo cual tiene el propósito de que al menos durante un mes el paciente tenga exposición a la estrategia de prevención terciaria en rehabilitación cardíaca ambulatoria antes de ser referido con recomendaciones ajustadas a su riesgo en salud a su municipio de origen. Este paciente debe egresar con las citas definidas por la subespecialidad de cardiología ajustadas a su riesgo y debe quedar con seguimiento por el centro integral de atención ambulatorio y ser derivado con recomendaciones a la red que garantice la continuidad en el segundo nivel liderado por el médico internista para el manejo de las comorbilidades y el cumplimiento de metas y recomendaciones al médico tratante del primer nivel de atención cerrando así el ciclo de atención médica.

El objetivo del programa es mejorar los indicadores de calidad de vida y disminuir los eventos vasculares y los costos interviniendo el ámbito hospitalario y ambulatorio de los pacientes detectados con riesgo vascular de Savia Salud EPS.

La estrategia actualmente atiende unos 650 pacientes en promedio al mes, que son captados desde el ámbito hospitalario. El 50% de ellos con problemas coronarios, 25% con falla cardíaca y el restante 25% con problemas de arritmias y valvulopatía en la estrategia de anticoagulación.

El asegurador monitoriza la prestación del servicio en el ámbito hospitalario basado en guías de práctica clínica del MPS y APP. Este ejercicio se hace en acompañamiento con asesores externos, en este caso con un cardiólogo, cuyo propósito es garantizar el uso apropiado de hemodinamia, ganando en costo-efectividad, indicador que actualmente está por encima del 85% y tiene seguimiento mensual en la alianza con el hospital Manuel Uribe Ángel y su unidad cardiovascular Única, al cual se le hace seguimiento mensual.

Las actividades realizadas fueron:

- La red se concentra en 6 hospitales, donde se brinda el 90% de la patología cardiovascular.
- Mejoramiento del indicador de rehabilitación cardiaca que paso del 4 al 46% de los casos detectados en el ámbito hospitalario
- Potencialización de los hogares de paso, que permiten albergar la población de las subregiones, fortaleciendo así el número de pacientes expuestos a la rehabilitación (prevención terciaria) y evitando repetición de eventos y mortalidad.
- Un autorizador de Savia Salud en el Hospital Manuel Uribe Ángel, lo que generó mayor oportunidad, adherencia y satisfacción del usuarios

Durante el año 2015 la evidencia de la gestión fue:

- Centralizar el 30% de los eventos cardiovasculares de Savia Salud EPS en Única, del HMUA
- El 85% de los procedimientos realizados con criterios de uso apropiado
- Meta de 70/30 en stent medicados/convencionales, resultado de 74:26 en el 2015

7.5.4. Programa de atención a personas viviendo con el virus del VIH

El objetivo del programa es brindar una atención personalizada con altos estándares de calidad a los usuarios con diagnóstico de VIH/Sida afiliados a Savia Salud EPS, garantizando un abordaje eficiente e integral de la patología y sus comorbilidades, con el fin de mejorar la calidad de vida y el reintegro optimo a su cotidianidad.

Prevalencia: en el mes de diciembre de 2015, se reportan 3.222 pacientes activos en los programas especializados de VIH en el régimen subsidiado, lo que representa una prevalencia de la enfermedad de 172.66 por 100.000 afiliados a Savia Salud, una de las más altas del país. A diciembre de 2015 se tienen 51 pacientes del régimen contributivo activos en el programa de VIH, 182,1 casos por cien mil afiliados.

Incidencia: en promedio se presentan 46 ingresos al mes de casos nuevos al programa. En el 2015 se reportaron 557 casos nuevos de VIH, lo que representa una incidencia acumulada de la enfermedad de 14.96 por 100.000 afiliados, aumentando el 18% de población en el año.

Durante el año 2015 hubo 214 retiros de pacientes del programa de VIH, por fallecimiento, causas administrativas y portabilidad interna.

El porcentaje de pacientes con Terapia Antiretroviral TAR es del 82%. La meta propuesta por La OMS es de 95%. El porcentaje de usuarios con algún medicamento No POS es de 18.83%, menor a lo reportado en la literatura.

En la siguiente grafica se observa la tendencia por número de usuarios en el programa.

Comportamiento del programa VIH comparativo 2014 - 2015

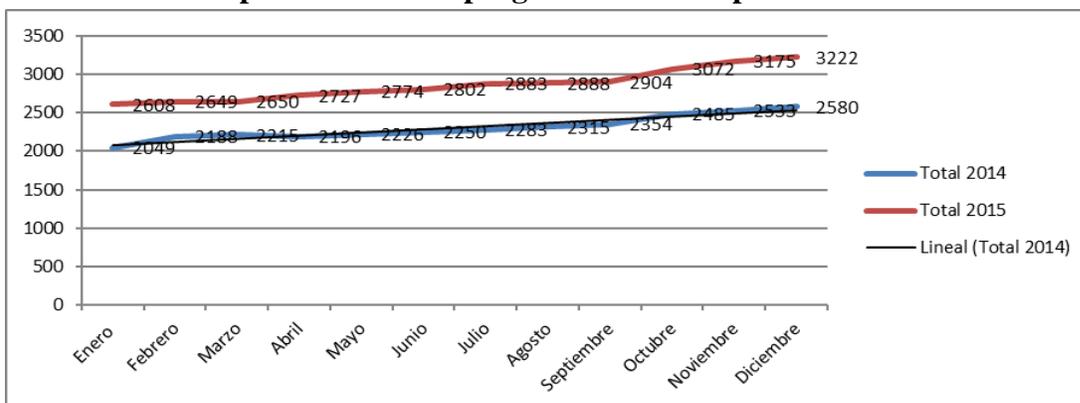
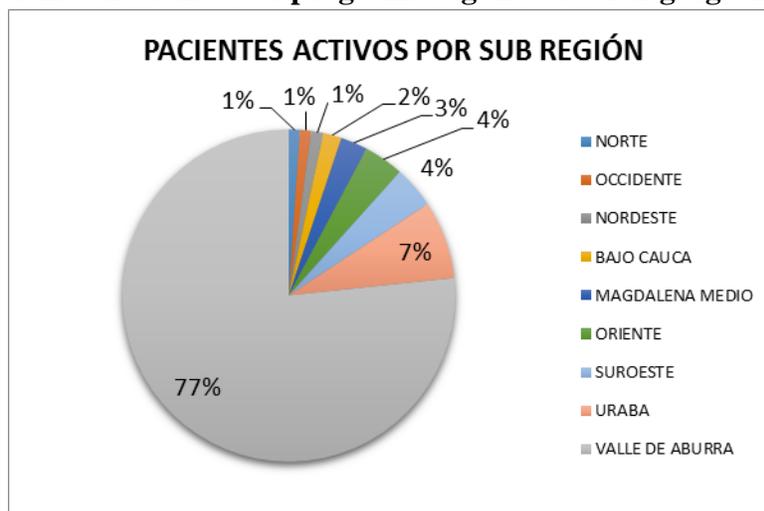


Gráfico. Pacientes del programa según ubicación geográfica



En el anterior gráfico, el Valle de Aburrá presenta el mayor porcentaje de los pacientes activos del programa, con el 77%, seguido por la subregión de Urabá, con el 7%.

Con corte a diciembre del 2015 se presentaron 16 pacientes gestantes activas en el programa de VIH, de las cuales el 100% se encuentra con terapia antirretroviral y citas por programa de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) con ginecólogos expertos del Hospital San Vicente Fundación en manejo de gestantes con infección VIH.

Se observa una disminución significativa de las pacientes con ingreso tardío, o sea en el tercer trimestre de gestación, con el consiguiente aumento de las pacientes que ingresaron antes. Se evidencia también el trabajo mancomunado con los prestadores en la captación temprana de las mujeres en gestación, antes de la semana 14, trabajando así en la estrategia de disminución y erradicación de transmisión vertical del virus.

En la siguiente tabla se relaciona la Prevalencia con corte a septiembre de 2015, de los municipios que superan la prevalencia de la EPS. Valle de Aburrá supera significativamente y el peso de Sabaneta es contundente; también llama la atención Venecia, por ser municipio relativamente estable, aunque el caso de Bolombolo como corregimiento puede aportar casos al municipio.

Prevalencia por municipio 2015 (septiembre 2015)

Municipio	Total Afiliados	Total Pacientes con VIH	Prevalencia
Bello	72.542	191	263.30
Caldas	15.853	32	201.85
Copacabana	15.191	28	184.32
Envigado	16.799	45	267.87
Girardota	11.711	22	187.86
Itagüí	40.427	111	274.57
Medellín	545.054	1748	320.70
Puerto Berrio	21.217	58	273.37
Sabaneta	4.854	20	412.03
Venecia	6.084	17	279.42
Zaragoza	3.017	9	298.31
Total general	1.621.815	2904	179.06

Fuente: Sistema de información y programa VIH-Sida Savia Salud EPS

Las actividades realizadas fueron:

- Gestión diaria de los casos más relevantes y coordinación de la atención con la IPS de atención que corresponda
- Garantizar el cumplimiento de las rutas de atención definidas, validar y adecuar de ser necesario de acuerdo a las mejoras de los procesos
- Apoyo y asesoría en aspectos técnicos y operativos al grupo de gestión del riesgo y de red de la EPS
- Caracterización de la población
- Ajuste en la Ruta de atención de acuerdo a las nuevas guías del Ministerio de Salud en 2014
- Reporte CAC de acuerdo a la frecuencia establecida y medición de indicadores de gestión.
- Aumento en la captación de casos susceptibles de reporte a la CAC por cada IPS especializada
- Implementación de indicadores para IPS especializada estandarizados (Cuenta de Alto Costo) y alineados a la contratación por resultados en salud
- Concentración de la entrega de medicamentos TAR en un solo proveedor (COHAN), se incluye ajuste del proceso
- Auditoría y seguimiento a la operación de cada IPS especializada

Durante el año 2015 la evidencia de la gestión fue:

- Contar con prestadores especializados en el manejo de la patología
- Se actualizó la ruta de VIH/Sida y se envió para difusión —pendiente capacitación a la red.
- Tener un tablero de indicadores estandarizado para evaluación clínica y de seguimiento al programa
- Se tiene un alto porcentaje de asistencia al programa
- Alta cobertura con tratamiento antiretroviral
- Mejoramiento en la tamización a gestantes para VIH

7.5.5. Programa de Enfermedades Autoinmunes

Las enfermedades autoinmunes son causadas por el sistema inmunitario, que ataca las células del propio organismo en vez de protegerlo. Existe una respuesta inmune exagerada contra sustancias y tejidos que normalmente están presentes en el cuerpo y que son reconocidos como extraños.

Existen un sinnúmero de enfermedades autoinmunes sistémicas, las cuales no afectan un órgano específico, se producen cuando los anticuerpos atacan antígenos no específicos en más de un órgano en particular. La artritis reumatoidea es la de mayor prevalencia, le sigue el lupus eritematoso sistémico y la espondilitis anquilosante. Savia Salud reportó a la Cuenta de Alto Costo en artritis reumatoidea 1.151 pacientes, es una enfermedad de alto costo por el uso de medicamentos biológicos para su control. La prevalencia estimada es del 0.4% de la población en nuestro medio, esto quiere decir que deberíamos tener 6.860 casos, lo cual supone cobertura actual del 21%.

El objetivo del Programa de Autoinmunidad es gestionar el riesgo para mantener la población controlada y disminuir el impacto social y económico, mediante intervenciones tempranas en todas las patologías autoinmunes con énfasis de la AR, en donde se concentra el mayor número de pacientes con esa condición. En Savia Salud, 73% de los pacientes tienen caracterizada la AR por graves desenlaces a corto plazo, según la actividad de la enfermedad; a mediano afectando la funcionalidad y calidad de vida; y a largo plazo por pensiones tempranas, prótesis y mortalidad. Se pretende adicionalmente evitar hospitalizaciones y atenuar el impacto económico que genera para el sistema de salud y la sociedad en general, así como el gasto de bolsillo familiar del enfermo.

El programa establecido por Savia Salud EPS y atendido con el prestador ART Médica como el principal aliado racionalizando el medicamento biológico o biotecnológico. Se pretende controlar al paciente con su enfermedad de base, disminuir complicaciones y hospitalizaciones evitables, e impactar los costos realizando procedimientos menores: en especial las infiltraciones que obedecen al número total de artrocentesis y/o infiltraciones en articulaciones o tejidos blandos, como estrategia terapéutica integral del programa de autoinmunidad, los sitios más intervenidos fueron: hombro, rodilla y codo.

Las terapias de rescate constituyen una medida de emergencia en pacientes con intensa actividad de la enfermedad, van de la mano de las consultas prioritarias y tienen una relación directa con intervenciones que evitan las consultas por urgencias y las hospitalizaciones prevenibles de los pacientes, tal es el caso de las crisis poli-articulares en artritis reumatoide y las exacerbaciones cutáneas, renales, articulares y de SNC en pacientes con LES y en otras enfermedades autoinmunes.

El siguiente cuadro muestra la distribución absoluta y relativa del número de pacientes, en dos grupos de patologías autoinmunes: artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmunes, y el porcentaje del uso de biológicos en cada grupo, según la IPS que los atiende.

Tabla. Numero de pacientes con artritis reumatoidea y otras enfermedades autoinmunes por IPS especializada

<i>IPS Especializada</i>	<i>Ambito</i>	<i>Patología</i>	<i>N</i>	<i>biologicos</i>	<i>%</i>
Neovid	ambulatorio	Artritis Reumatoidea	667	98	14,7
ART Medica	ambulatorio	Artritis Reumatoidea	745	70	9,4
ART Medica	ambulatorio	Otras Autoinmunes	553	48	8,7
Total			1965	216	11,0

* FUENTE: IPS especializada-Savia Salud EPS, fecha de corte 31 diciembre de 2015

Obsérvese que ART Médica logra un protocolo con un consumo de medicamentos biológicos menor en un 36% que Neovid.

Las actividades realizadas fueron:

- Disminución de tres a dos IPS especializadas en el manejo de las enfermedades reumatológicas autoinmunes
- Estandarizar la prestación en las IPS especializadas
- Las IPS especializadas ya no intermedian el biológico, solo se dedican al control clínico de los pacientes

Durante el año 2015 la evidencia de la gestión fue:

- Criterios de uso apropiado para el manejo de medicamentos biológicos
- Disminuir a menos del 15% el uso de medicamentos biológicos, es decir al 11%
- Mejoría en indicadores de calidad de vida medidos a través del euroq5d y otros
- Savia Salud EPS compra directamente a la multinacionales el biológicos y suministra el medicamento mediante su operador logístico

7.5.6. Programa de Atención Integral al Paciente Oncológico

El cáncer constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales. El crecimiento del cáncer en el perfil de salud de los colombianos amerita intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para lograr el impacto esperado a nivel poblacional e individual sobre su incidencia, discapacidad, calidad de vida y mortalidad. Actualmente, el avance en el conocimiento científico, el ritmo en el desarrollo de nuevas tecnologías y el cambio en los sistemas de salud, imponen retos específicos para el control del cáncer⁴.

Se calcula que cada año se presentan en el mundo más de 11 millones de casos nuevos de cáncer, de los cuales cerca del 80% se presentan en países en vía de desarrollo. Para estos países el control del cáncer y otras enfermedades crónicas impone retos particulares, pues

⁴ Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021. Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE.

generalmente este grupo de patologías coexisten con necesidades básicas insatisfechas y con una carga alta por enfermedades transmisibles en una franja importante de la población⁵.

La agencia Globocan⁶ presentó para Colombia, en el año 2012, la incidencia estimada, la mortalidad y la sobrevivida a cinco años tanto para hombres como para mujeres por tipo de cáncer. Para los hombres se encuentra una mayor incidencia en cáncer de próstata, estómago, pulmón, colon y recto y linfoma no Hodking. Para las mujeres se encuentra una mayor incidencia para el cáncer de mama, cáncer de cérvix, colon y recto, estómago, tiroides y pulmón. Para ambos sexos se encuentra el cáncer de próstata, cáncer de mama, estómago, colon/recto y pulmón.

Un análisis realizado entre el periodo 2000 - 2010⁷ que presenta la situación de cáncer en el departamento de Antioquia, muestra que durante la última década se presentaron 12.411 muertes por tumores distribuidos así: 6.424 muertes por cáncer de pulmón, 2.365 por cáncer de próstata, 2.268 por cáncer de mama y 1.354 por cáncer de cérvix. Durante este periodo no se observan cambios importantes en el comportamiento de este evento. Se resalta el carcinoma de pulmón como el de mayor mortalidad con tasas que oscilaron entre 15 y 16 por 100.000 habitantes; la disminución presentada en las tasas del carcinoma de próstata y cérvix no son representativas y el carcinoma de mama mostró tendencia al aumento.

Con relación a la morbilidad por tumores malignos priorizados, en Antioquia, con excepción del tumor maligno de la mama que presenta dos picos, uno en el 2003 y otro en el 2008, las demás localizaciones se han presentado relativamente estables. Cérvix y pulmón con tendencia a la baja y próstata con tendencia al aumento.

Con relación a la distribución general de los principales tumores malignos, en el periodo 2000 - 2010, el primer lugar lo ocupa el cáncer de mama, observándose un porcentaje acumulado del 15%. Esta localización ha permanecido constante en esta posición, tanto en el acumulado para la década, como en el análisis anual de los datos.

Savia Salud EPS reportó a la Cuenta de Alto Costo, hasta el primero de enero de 2015, 8.135 casos. El 70% de los casos detectados son mujeres y el 63% de los casos prevalentes se concentran en la población de los grupos poblacionales de 45-59 años y en el 60-74

⁵ Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021. Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE.

⁶ GLOBOCAN 2012 (IARC) Section of Cancer Surveillance (2/10/2014) disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx

⁷ Capítulo 7. VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES. SITUACIÓN DE CÁNCER EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DEL PERIODO 2000 – 2010. Disponible en <http://www.dssa.gov.co/minisitio-dssa/index.php/diagnostico-de-la-situacion-salud/vida-saludable-y-condiciones-no-transmisibles>

años. En las subregiones del Valle de Aburrá, Urabá, Suroeste y Oriente es donde está concentrada el 85% de la población.

Por número de casos las primeras cinco categorías más frecuentes son tumores malignos de la mama, tumores malignos de los órganos digestivos, melanoma y otros tumores malignos de la piel, tumores malignos de los órganos genitales femeninos y tumores (neoplasias) malignos del tejido linfático de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines. Con relación a los costos se encuentran en orden descendente los tumores (neoplasias) malignos del tejido linfático de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, tumores malignos de los órganos digestivos, tumores malignos de la mama, tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos y tumores malignos de los órganos genitales femeninos.

El propósito de la estrategia en cáncer es optimizar el proceso de atención de los pacientes de cáncer, eliminando las barreras que impiden o retardan el acceso a los servicios de salud para su diagnóstico y/o tratamiento, a través de un modelo de atención soportado en las actividades de promoción, prevención y detección temprana como el eje fundamental para diagnósticos en estadios tempranos y así garantizar una disminución en la morbilidad y complicaciones asociadas a mediano y largo plazo.

El objetivo general del modelo de atención propuesto y diseñado durante el año 2015 fue implementar una estrategia de atención innovadora para la población de Savia Salud EPS, para el abordaje integral y eficiente de la patología oncológica comenzando por los tipos de Cáncer más prevalentes y priorizados.

Los objetivos específicos propuestos fueron:

- Implementar estrategias de captación y detección temprana en la población con riesgo de desarrollar cáncer, inicialmente cáncer de mama.
- Garantizar acceso, oportunidad y continuidad a la población con diagnóstico de cáncer de mama con el fin de evitar la progresión de la enfermedad, a través de una gestión eficaz que permita optimizar el tiempo de atención.
- Disminuir los costos de atención en salud derivados de las barreras de acceso y las complicaciones asociadas a la atención inadecuada y fragmentada de la atención oncológica en cáncer de mama.
- Promover alianzas con cada Región del departamento que permitan la entrada en operación de las redes integradas de atención con eje central para el éxito del modelo propuesto.
- Establecer un seguimiento clínico basado en resultados en salud, articulando la red de prestadores oncológicos.

Con relación a los objetivos específicos del centro de autorizaciones para oncología enfocados en el objetivo 2 del modelo:

1. Gestionar oportunamente las lesiones altamente sospechosas de cáncer que faciliten la toma de decisiones y direccionamiento.
2. Gestionar oportunamente los casos confirmados de cáncer por criterio histopatológico.
3. Facilitar la coordinación asistencial durante todo el proceso de atención en la fase aguda del tratamiento y en los seguimientos clínicos posteriores.
4. Medir los tiempos de la atención oncológica de manera permanente y sistemática.
5. Mantener una comunicación permanente con el usuario que favorezca la participación activa y la corresponsabilidad durante el tratamiento.

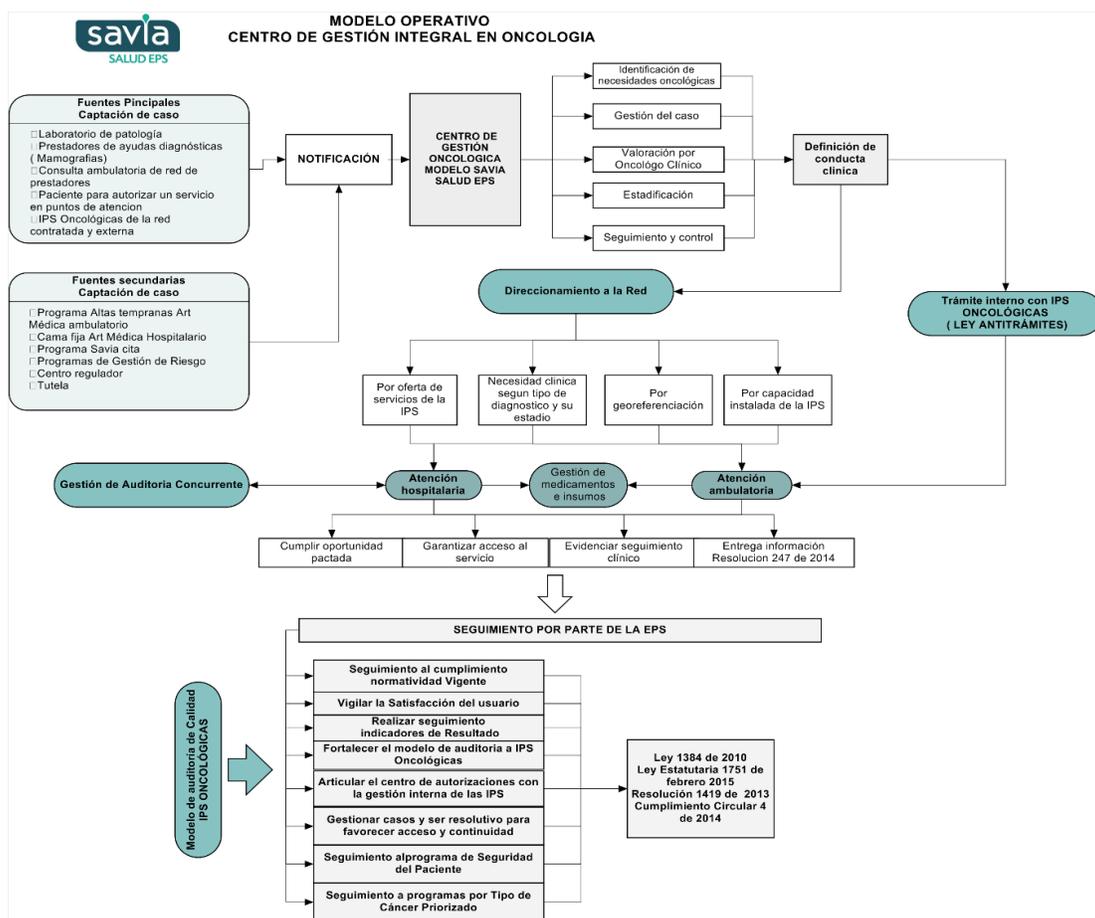
Las actividades realizadas durante el año 2015 fueron:

- Caracterización de la población oncológica 2014-2015 y Estudio Baseline en el último año de vida de la población fallecida susceptible de recibir cuidados paliativos.
- Reporte CAC Resolución 247 de 2014.
- Definición de Ruta crítica de Leucemia pediátrica.
- Revisión del programa de Cáncer de cérvix- operación.
- Propuesta de programa específico de cáncer de mama: flujogramas, rutas y guía de manejo.
- Trabajo articulado con el Área Metropolitana en capacitación al nivel básico en manejo de patología mamaria.
- Capacitaciones a las subregionales en compañía de la SSSA para oncología.
- Trabajo en prueba piloto de vigilancia epidemiológica en cáncer de mama y cáncer de cérvix en compañía de la SSSA y el INS.
- Trabajo en conjunto con Metrosalud para articulación de consultorios Rosados con rutas de atención en la EPS.
- Definición de IPS especializada preferenciales en oncología por calidad del servicio y tarifa.
- Con el laboratorio de anatomía patología se pacto envió semanal de resultados positivos para cáncer.
- Diseño del modelo organizacional de cuidados paliativos.
- Cálculo de paquetes de contratación en cuidados paliativos.
- Alianzas con fundaciones para direccionar de acuerdo a necesidades sociales e involucramiento del paciente en redes sociales afines a la patología y grupos de apoyo.
- Definición de indicadores.

Durante el año 2015 la evidencia de la gestión fue:

- Implementación del Centro de Gestión Integral en Oncología.
- Inicio de centralización de la atención a los pacientes con cáncer de mama y cáncer de cérvix en una IPS con atención integral. El ingreso de una médica mastóloga que está valorando los casos nuevos ha mejorado el acceso y la oportunidad en la atención.
- Capacitación a la red de atención de primer nivel.
- Definición de un modelo de auditoría integral a las IPS oncológicas como respuesta a la Resolución 1419 de 2013.

El modelo de atención está en su fase de implementación, que inicio en septiembre de 2015. Savia Salud EPS pretende inicialmente impactar los tiempos que en cáncer son críticos y trabajar desde la prevención de la enfermedad, detección temprana, diagnóstico precoz, captación, tratamiento y seguimiento. En la figura siguiente se plasma el Modelo operativo del Centro de Gestión Integral en Oncología y están definidas las actividades del *back office*.



Fuente: Elaboración propia

7.5.6.1. Programa de Cáncer de Cérvix con enfoque Preventivo

El propósito del modelo de detección temprana del Cáncer de Cérvix radica en el mejoramiento de la oportunidad del diagnóstico histológico de las lesiones precancerosas y cancerosas del cuello uterino. Así mismo, se pretende facilitar el acceso al tratamiento pertinente y oportuno de acuerdo a las condiciones de cada usuaria.

Cronología del desarrollo del modelo entre mayo del 2013 y diciembre del 2015:

Mayo del 2013: inició operación del régimen subsidiado por parte de Comfama para Savia Salud.

Diciembre del 2013: se da inicio a Estrategia ASC-US en la ESE Metrosalud, la cual consiste en brindar capacitación y asesoría a IPS de primer nivel para la evaluación de los casos de mujeres mayores de 21 años con resultado de ASC-US en su citología y la toma de conducta desde la IPS según opciones recomendadas por la guía de manejo

Enero del 2014: se inicia, como valor agregado al proceso, el seguimiento personalizado de las mujeres diagnosticadas con cáncer de Cérvix, con el fin de garantizar el inicio oportuno del tratamiento oncológico, eliminando barreras de acceso administrativas como la asignación de citas y generación de autorizaciones. También enfrentando barreras geográficas por medio de la autorización de subsidios de transporte para las usuarias con imposibilidad económica de desplazarse.

Abril del 2014: se construye y se da inicio al proceso de contrarreferencia desde la Unidad Video Diagnóstica de la Mujer hacia la red de primer nivel de atención, para reporte de los resultados obtenidos en colposcopias y biopsias.

Septiembre del 2014: desde la EAPB Savia Salud se define cambiar el direccionamiento del manejo oncológico para el HMUA, con el fin de lograr un manejo integral (quimioterapia, radioterapia, cirugía) de las usuarias con diagnóstico de cáncer.

Septiembre del 2014: se redefine en conjunto con la UVDM el proceso para gestión y reporte de los casos de usuarias no contactadas o que no asisten a las citas.

Septiembre del 2014: la EAPB contrata la lectura centralizada de citologías directamente con el laboratorio Escuela de Microbiología de la Universidad de Antioquia, quienes notifican semanalmente, en nombre de las IPS, las citologías leídas, mejorando la cantidad, calidad y confiabilidad de la información. Este laboratorio venía leyendo y reportando las citologías de 6 de las 116 ESE, entre ellas la ESE Metrosalud.

Octubre del 2014: se inician gestiones con la Unidad Video Diagnóstica para el acceso remoto a través de conexión por VPN, la cual se requería para envío de los listados de usuarias para colposcopia y para la consulta de la gestión realizada por la UVDM para el contacto de estas usuarias.

Febrero del 2015: debido a dificultades de oportunidad y obtención de información con el HMUA se cambia nuevamente el direccionamiento de usuarias para tratamiento oncológico al Centro Oncológico de Antioquia, IPS que desde el comienzo de la operación venía manejando estas usuarias y reportando información oportunamente.

Febrero del 2015: se da inicio a la estrategia ASC-US con los demás municipios del departamento. Se inicia proceso de asesoría y capacitación para la asimilación de la estrategia.

Febrero del 2015: se da inicio al envío de información a la UVDM vía acceso remoto y a la consulta de gestión para contacto de usuarias.

Febrero del 2015: realización de 4 talleres para el personal asistencial de la ESE Metrosalud mediante articulación entre Comfama y el proyecto de investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, para fortalecimiento de estrategias de IEC en los programas de Detección Temprana Ca Cérvix en Medellín.

Marzo del 2015: se logra consolidar y reportar a la red de primer nivel de atención, la información de usuarias que, a pesar de requerir Colposcopia, no lograron ser ubicadas y citadas para este procedimiento o que habiendo sido contactadas no asistieron a la cita. Se continúa realizando reporte trimestral.

Abril del 2015: se interviene la subregión de Urabá y acercamiento con los proyectos extramurales de Medellín con el fin de ubicar y atender oportunamente las usuarias con citología alterada, por ser las más afectadas con la no ubicación de las usuarias y la inasistencia a las citas.

Mayo del 2015: por solicitud de la EPS Savia Salud se realiza evaluación técnica y administrativa al servicio de colposcopias de la Clínica Pajonal en Cauca, quienes tenían contrato para la prestación de este servicio, el resultado fue desfavorable y se les solicitó plan de mejora. La EPS definió no generar autorizaciones para este prestador hasta no tener un nuevo seguimiento y un concepto favorable.

Mayo del 2015: se revisa el proceso de ingreso a la atención oncológica en el COA y se redefine el proceso con el fin de garantizar el inicio oportuno del tratamiento oncológico.

Septiembre del 2015: la EPS Savia Salud inicia el proceso de autorización de las atenciones oncológicas y cambia el direccionamiento de los casos nuevos de cáncer de cérvix para la Clínica el Rosario.

Los siguientes son los avances detallados obtenidos a través de la gestión realizada:

- Aumento en la captación de reportes de citologías alteradas, pasando de un promedio mensual de 937 citologías alteradas entre mayo y diciembre del 2013 a un promedio mensual de 1.247 en el 2014, y de 1.281 de enero a septiembre del 2015. Ello se logra porque aumentó las IPS con lectura de citologías en el laboratorio de la Universidad de Antioquia, pasando del 11.5% en noviembre del 2013 al 76.3% en septiembre del 2015.
- Registro de más de 34.000 usuarias con citología alterada, definición de conducta a seguir para cada caso según guía de manejo de patología cervical.
- Aumento de IPS sumadas a estrategia ASC-US. Durante el primer semestre del 2015 el 35,9% de las IPS con registro de citologías alteradas se sumaron a la estrategia y, a septiembre de 2015, este porcentaje se aumentó al 51.75% de la red contratada.
- Con la Unidad Video Diagnóstica de la Mujer, IPS de elección para la realización de colposcopias y conizaciones, se logra en la región de Urabá la efectividad de captación oportuna de usuarias, pasando de un promedio de 65 atenciones mensuales entre enero y abril a un promedio de 88.3 entre mayo y septiembre.
- Ubicación y atención efectiva de 16.345 usuarias, 85% de las 19.238 remitidas para Colposcopia entre mayo de 2013 y septiembre de 2015.
- Seguimiento estrecho, en trabajo conjunto con la UVDM, los Gestores de Salud y las IPS de la red contratada, a las usuarias que no se lograron ubicar en los primeros contactos para la cita de Colposcopia; de 3.995 usuarias no ubicadas, se logró el contacto y la atención efectiva de 942 (23.57%).
- Aumento de indicador de Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino (Porcentaje de Mujeres con NIC III). En este importante indicador de resultado se logró un aumento progresivo, con un promedio de 68.4% entre Mayo y Diciembre de 2013, 70.53% en el 2014 y 75.73% de enero a septiembre del 2015. Para las usuarias diagnosticadas únicamente dentro del modelo, el resultado es aún más positivo, con un promedio de 79.3% de oportunidad en la detección.
- Seguimiento individualizado a 263 usuarias con diagnóstico nuevo de cáncer de cérvix, apoyo administrativo mediante interacción con el área de autorizaciones de Comfama y con las IPS de la red contratada con el fin de facilitar la realización de estudios de extensión y el acceso a la consulta especializada para inicio de tratamiento oncológico.

El inicio de lectura de citologías centralizado en el Laboratorio de Microbiología de la Universidad de Antioquia, sumado al reporte mensual de casos alterados desde las IPS de la red, permitió el incremento de IPS con reporte, mejorando considerablemente la oportunidad y la calidad en los reportes recibidos. Estos resultados significan mayores oportunidades de intervención temprana a las alteraciones que pueden desencadenar un

Cáncer de Cérvix y se ven reflejados en el resultado del indicador de oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino.

7.5.6.2. Programa de Cuidados paliativos

El modelo de gestión del Riesgo de Savia Salud EPS pretende implementar estrategias costo-efectivas a través de la gestión integral de sus programas de atención.

En los últimos años se ha producido un aumento progresivo de la incidencia, la prevalencia y la mortalidad debidas a enfermedades crónicas evolutivas, que están relacionadas con el envejecimiento de la población y con el aumento de la supervivencia de muchas enfermedades crónicas, tales como el cáncer. Este cambio en las necesidades requería del desarrollo de nuevas fórmulas de atención y de organización sanitaria y asistencial⁸.

Como ha destacado la OMS, los cuidados paliativos son uno de los pilares de la atención a los pacientes con cáncer y otros procesos crónicos en fases avanzadas y terminales. Sin embargo, existe una considerable heterogeneidad en la distribución de los recursos y en los modelos de atención. Conviene, por tanto, avanzar hacia un acceso más equitativo y una utilización más efectiva, eficiente y ética de los recursos. Mejorar la calidad de los cuidados paliativos requiere también la incorporación continuada de la evidencia científica y la evaluación sistemática y regular del proceso de atención⁹. Más de la mitad de las personas que mueren anualmente en España lo hacen en el curso de una etapa avanzada o terminal de su enfermedad y, por ello, son tributarias de atención paliativa¹⁰.

En Colombia fallecen unas 200.000 personas al año, el 70% de ellas mueren como consecuencia de enfermedades crónicas y un tercio de ellos, 47 mil, por cáncer

En el país, durante el año 2014, la Ley 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra) se promulgo para regular los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. Previamente la Ley Sandra Ceballos (1384 de 2010) ya había normado explícitamente el cuidado paliativo como parte del manejo integral del paciente con cáncer en los diferentes niveles de complejidad.

⁸ Estrategia Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio Sanidad y Consumo, Madrid 2007. Disponible en www.estrategiaencuidadospaliativos.es. Consultado el 17 de noviembre 2009

⁹ Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. SANIDAD 2007. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO disponible en www.estrategiaencuidadospaliativos.es. Consultado el 17 de noviembre 2009

El Programa de Cuidados Paliativos de Savia Salud se enmarca en la necesidad de mejorar la atención de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles y que requieren un manejo integral en cualquier fase de la enfermedad en busca de impactar en la calidad de vida.

El objetivo del programa es garantizar una atención integral y costo efectiva con altos estándares de calidad para las personas con patologías crónicas, degenerativas e irreversibles que necesitan cuidados paliativos y/o al final de la vida, que permita el alivio del sufrimiento a través de una atención multidisciplinaria humanizada, extensiva a su grupo familiar.

Las actividades realizadas con éste programa que se encuentra en fase de diseño fueron:

- Estudio Baseline (descripción inicial de la organización y análisis del consumo de recursos sanitarios y costes en el último año de vida de la población fallecida susceptible de recibir cuidados paliativos).
- Revisión y asesoramiento del modelo organizativo y del Manual del programa de Cuidados Paliativos.
- Provisión de herramientas clínico-asistenciales necesarias para el desarrollo del programa, así como una batería de indicadores necesarios para la evaluación del programa.
- Reajuste del Plan de Ejecución de Proyecto (PEP) y adaptación del cronograma a las nuevas fechas establecidas (15 de enero a 15 de junio de 2016).
- Planificación de reuniones de coordinación necesarias para el seguimiento del programa.
- Descripción del proceso de seguimiento del método *Newpalex* en la organización. El modelo de trabajo será presentado por el Director de Calidad de New Health Foundation en reunión presencial el Medellín.
- Elaboración del procedimiento de adaptación del Manual Organizativo de Savia Salud al método *Newpalex*.

7.5.6.3. Programa de Patología Mamaria

Este Programa se encuentra en fase de implementación y ajuste desde noviembre de 2015, alineado al Centro de Gestión Integral de Oncología.

10 McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. J Pain Symptom Manage 2006; 32: 5-12.

El objetivo del programa es la identificación oportuna y eficaz de todas las necesidades clínicas de las usuarias que presenten alguna alteración benigna o maligna de la mama, favoreciendo las intervenciones de las lesiones altamente sospechosas y las ya confirmadas, con el fin de acortar tiempos en la atención y que impacten en la oportunidad del diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación.

El Programa de Atención Integral de la Patología Mamaria ha avanzado en aspectos puntuales de la ruta de atención como:

- La sensibilización del personal de atención primaria para el reporte oportuno de los casos sospechosos o confirmados de cáncer de mama.
- La comunicación virtual permanente entre el consultorio de mastología y el Centro de Gestión Oncológica, una mayor oportunidad para la valoración de primera vez por mastología (12-15 días en promedio).
- La creación de la red virtual con una IPS de ayudas diagnósticas (EMMSA) para priorizar biopsias y estudios de extensión.
- El mejoramiento en la calidad del reporte de las patologías y las inmunohistoquímicas.
- Valoración de los casos de cáncer en grupo oncológico interdisciplinario y en oportunidad en el manejo quirúrgico del cáncer de mama.

A final de 2015 se enfrenta la crisis de la atención por la desfinanciación de los servicios No POS para el departamento de Antioquia, lo que lleva a perder en oportunidad e integralidad de tratamiento para este y otros tipos de cáncer como los del sistema digestivo y nervioso central.

7.5.7. Programa de Epilepsia

El programa está dirigido al manejo integral de la epilepsia con énfasis en el seguimiento de los pacientes no controlados y de los pacientes que requieren antiepilépticos de segunda generación.

Los objetivos específicos del programa de epilepsia son:

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes controlando las frecuencias de las crisis
- Disminuir hospitalizaciones, consultas por urgencias, complicaciones, eventos adversos e ingresos a UCE y/o UCI
- Mejorar la oportunidad, continuidad y accesibilidad a la consulta ambulatoria en las dos sedes de atención.
- Evitar duplicidad innecesaria de ayudas diagnósticas.
- Notificar los factores de riesgo detectados en la población que generan gravedad y descompensaciones agudas.

- Apoyar la implementación del componente de AIEPI en epilepsia para los pacientes pediátricos que son derivados al primer nivel de atención.

Savia Salud EPS tiene identificados en su base de datos 12.439 pacientes (fuente: Sistema de Información Savia Salud EPS) que corresponde al 50% de la población esperada con diagnóstico de epilepsia que deberían ser, según prevalencia de la enfermedad en nuestro medio: 24.675 (estudio del INDEC). Los pacientes reportados en el programa de atención integral de Savia Salud EPS valorados en el Instituto de Neurología de Colombia son 4.500 pacientes que corresponde al 36% de lo detectado por base de datos.

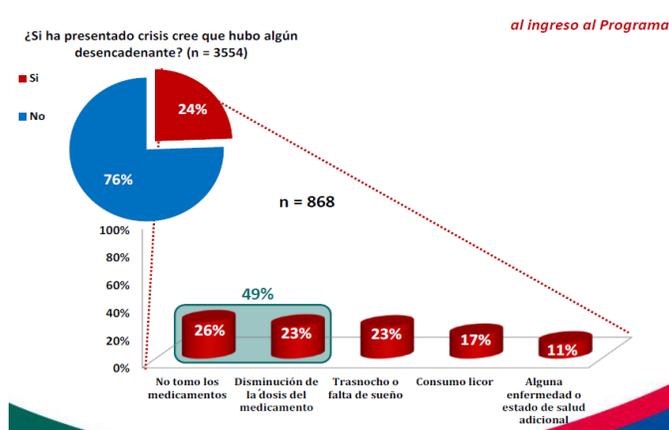
Los casos están distribuidos así en Antioquia: Bajo Cauca (132), Magdalena Medio (260), Nordeste (359), Norte (676), Occidente (440), Oriente (1.428), Suroeste (752), Urabá (1.144) y Valle de Aburrá (7.230), la tercera parte de la población con dx de epilepsia son menores de 18 años.

Con el Instituto Neurológico de Colombia Savia Salud EPS se viene trabajando desde el inicio de 2014 en la estructuración del proceso de atención.

Los siguientes hitos resumen las actividades realizadas con el INDEC en el manejo de epilepsia:

- 2.602 atenciones en consulta externa en 1.442 pacientes nuevos del 1 de enero al 31 de diciembre del 2014
- 3.736 atenciones en consulta externa en 2.406 pacientes nuevos del 1 de enero al 31 de diciembre del 2015
- Aumento en un 43.5% el número de atenciones en el programa
- Aumento en un 66.9% el número de pacientes atendidos en el programa
- Total pacientes en el Programa de Epilepsia: 3.848
- 4479 Pacientes atendidos por Diagnóstico de Epilepsia

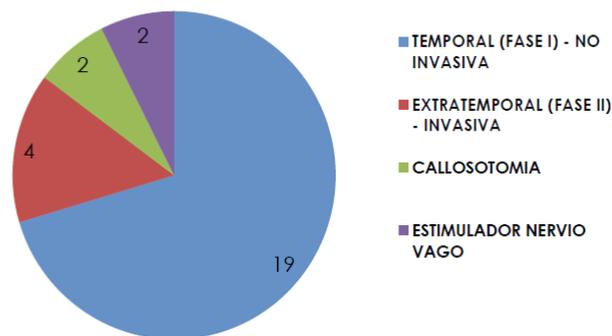
En una evaluación de 3.554 pacientes epilépticos y preguntando si las crisis se han presentado por algún desencadenante, el 50% de los pacientes refiere que fueron dos sus causas: el no tomar el medicamento y el disminuir la dosis; otras causas referidas fueron: 23% por haber trasnochado, 17% por consumo de licor y 11% por alguna enfermedad o estado de salud.



Fuente: INDEC.

En una evaluación de los ingresos al Programa de Epilepsia que inciden en las recaídas es evidente el tema de barreras de acceso para la cita médica y el suministro no oportuno de los medicamentos, lo cual incrementó las atenciones por urgencias y las hospitalizaciones, problemática que se ha abordado en conjunto con la IPS especializada como plan de mejoramiento en el 2015.

Proporción de Cirugías de Epilepsia realizadas por tipo. Pacientes SAVIA SALUD EPS



Fuente: INDEC

Las actividades realizadas fueron:

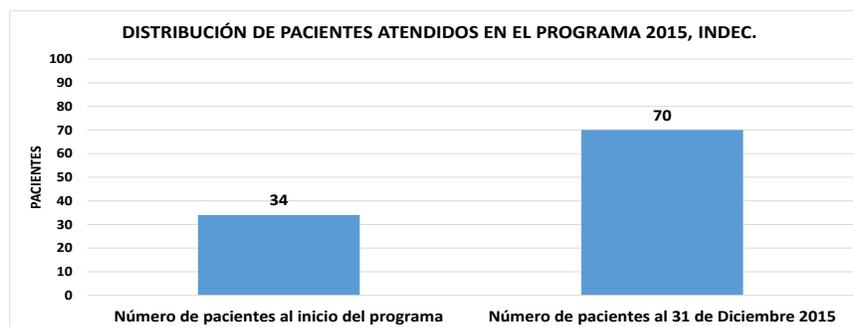
- Se implementaron dos programas adicionales: el de enfermedades desmielinizantes y programa de movimientos anormales con el INDEC.
- Disminución del costo por indicaciones precisas de uso de biológicos en enfermedades desmielinizantes
- Estandarización de las frecuencias de uso de las consultas y los procedimientos diagnósticos y de seguimiento de sus enfermedades de base.
- Un autorizador de Savia Salud en el INDEC, lo que generó mayor oportunidad, adherencia y satisfacción del usuario

7.5.8. Programa de Enfermedades Desmielinizantes

Los estudios en Colombia han demostrado que la esclerosis múltiple se presenta de 1,4 a 4,8 casos por cada 100.000 habitantes, dependiendo de la ubicación geográfica. Aunque aún no existen estudios publicados sobre cómo se ha ido aumentando la incidencia en el departamento de Antioquía.

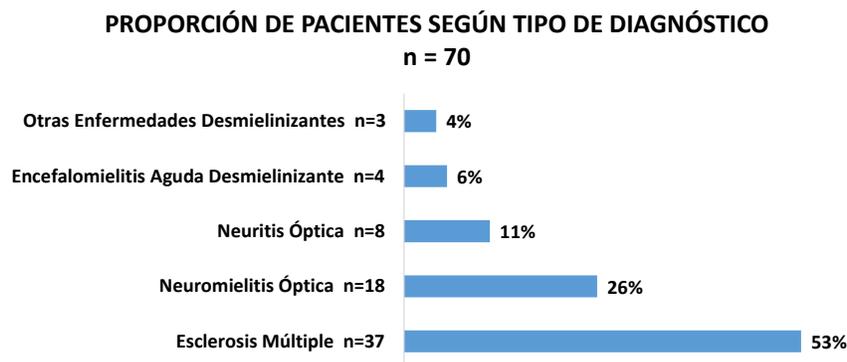
Desde que inició el programa de enfermedades desmielinizantes en el Instituto Neurológico de Colombia, aumentó en forma importante el número de pacientes captados por el programa y el número de diagnósticos de *novo*. La experticia y el conocimiento del equipo médico, asociado a un reconocimiento en el medio, han permitido que se acerquen y se concentre un mayor número de personas al programa.

La siguiente gráfica muestra la concentración de pacientes con enfermedades desmielinizantes en el Instituto Neurológico de Colombia, desde el inicio de la estrategia, de mayo hasta diciembre de 2015. Allí se están realizando diagnósticos oportunos de este tipo de enfermedades, así como el retiro de medicamentos biológicos de alto costo en pacientes sin indicaciones de este tipo de terapia.



Fuente: Gestión del riesgo Savia Salud EPS/IPS especializada INDEC

A continuación se describen el tipo de enfermedades reconocidas en pacientes con enfermedades desmielinizantes.



A través de este programa, por reevaluación de nueve usuarios en el INDEC y la adecuación de la indicación clínica de medicamentos biológicos, se disminuyeron 304'268.688 pesos en consumo de medicamentos.

7.6. Reportes cuenta de alto costo 2015

7.6.1. Normatividad que soporta cada reporte

Patología	Normatividad
Hemofilia	Resolución 123 de 2015
VIH/ Sida	Resolución 4725/11 y resolución 783/2012
Cáncer	Resolución 0247/2014
Erc	Resolución 2463/14
Artritis	Resolución 1393/2015

7.6.2. Fechas de reporte

Cada resolución expedida define unas fechas de reporte, las cuales están sujetas a cambios por nueva normatividad e inclusión de otras patologías, y deben corresponder a la situación de la EPS en la fecha de corte respectiva.

Con estas fechas se debe dar cumplimiento a los reportes de las variables definidas en el anexo técnico de la resolución.

Patología	Corte	Reporte	Inicio auditoría	Fin auditoría
Hemofilia	31 de enero	30 de marzo	25 de abril	16 de mayo
VIH I	31 de enero	30 de abril	31 de mayo	13 de julio
Cáncer	1 de enero	5 de mayo	18 de julio	23 de septiembre
ERC	30 de junio	30 de agosto	3 de octubre	16 de noviembre
Artritis	30 de junio	30 de septiembre	21 de noviembre	12 de diciembre
VIH II	31 de julio	31 de octubre	25 de enero	4 de marzo

7.6.3. Etapas generales del proceso

1. Recolección de la información
2. Estructuración BD con criterios establecidos
3. Validación de datos variables clínicas y administrativas
4. Envío del informe a la CAC por medio del aplicativo Web
5. Correcciones coincidentes
6. Correcciones compartidos
7. Aplicación de novedades resultantes de las mesas de aclaración de compartidos
8. Publicación de cuadro de Totales para revisión por parte de las EPS/EOC (totales antes de auditoría)
9. Entrega de la Base de datos a la auditoria
10. Proceso de Preauditoría (Interna por parte de la EPS)
11. Ejecución Auditoria (firma auditora contratada por la CAC)
12. Publicación cuadro de totales definitivo
13. Cálculo de ajuste y definición de compensación (CAC)
14. Publicación de los resultados a EPS/EOC- aplicación resoluciones para redistribución de recursos según por parte del Ministerio de Protección social y Ministerio de Hacienda.

7.6.4. Información reportada por patología

Para el año 2015 se cumplió con todos los reportes en las fechas definidas, de acuerdo con el tiempo establecido para ello. Como soporte están los radicados exitosos de la información.

7.6.4.1. Reportes para VIH con fecha de corte a enero 31 del 2014

De las IPS básicas se cargó un 77% de la información susceptible de reporte:

% REPORTE	Reportados a la CAC			Susceptibles a reportar			Reportados por la IPS		
	Gestantes	TB	Total	Gestantes	TB	Total	Gestantes	TB	Total
77%	15.746	717	16.463	20.348	1.162	21.510	18.726	973	19.699

Muchos de los registros reportados por la IPS (3.236) no se pudieron cargar a la CAC, porque el documento de identidad no coincidía con la base de datos, el afiliado no estaba activo en la fecha de corte (2015-01-31), la fecha en la que se realizó el procedimiento de Elisa era superior a la fecha de corte, o tenía inconsistencias en los datos reportados. De los 22 municipios que no reportaron datos, seis los enviaron extemporáneamente.

En el archivo adjunto se presenta el detalle por municipio.

Con respecto a los pacientes con VIH se reportaron 2.956. El siguiente es el detalle:

IPS	Activo	Perdido	Retirado	Fallecido	Total
Cac anteriores (sin IPS)	1	42	1		44
Comfama	1.375	117	117	37	1.646
SIESS	1.096	50	81	39	1.266
Total	2.472	209	199	76	2.956

7.6.4.2. Reporte para hemofilia

Con corte a enero del 2015 se reportaron un total de 148 usuarios: 47 portadoras y 101 pacientes con hemofilia y otras coagulopatias. Son 93 los usuarios que están en el Programa de Hemofilia, 4 usuarios son atendidos en el HMUA, 2 en el HSVP y 2 en le HPTU.

El 44,5% de los usuarios reportados en CAC residen en Medellín, 17,8% en los municipios del Valle de Aburrá, en Urabá el 10,9%, en Oriente el 9,9%, en el Suroeste el 8,9%, en el Nordeste el 1,9%, en el Bajo Cauca el 3%, y en el resto de las subregiones un 1%.

INSTITUCION	NUMERO DE PACIENTES
Hospital General de Medellín	92
Hospital Manuel Uribe Ángel *	4
Total	96
Nota: *los 4 usuarios de hemofilia atendidos en el Hospital Manuel Uribe Ángel están a cargo a la SSSA	

Clasificación de los usuarios en el Programa de Hemofilia por tipo de Hemofilia y severidad de la enfermedad - marzo 2015 Savia Salud

Pacientes reportados a la Cuenta Alto Costo por hemofilia	
Tipo de hemofilia	Número de Usuarios
Hemofilia A	80
Hemofilia B	11
Déficit factor V y FVIII	1
Enfermedad Von Willebrand	6
Déficit factor X	1
Factor VII	1
Factor XI	1
Portadoras	47
Total	148

Tratamientos reportados por usuarios a la Cuenta de Alto Costo de hemofilia (Fuente: CAC hemofilia):

Pacientes a demanda: 10 (9,9%); profilaxis primaria: 26 (25,7%); profilaxis secundaria: 6 (5,9%); profilaxis terciaria: 50 (49,5%).

Presencia de inhibidores: 12 (baja respuesta: 7; alta respuesta: 5).

No tienen inhibidores: 76 usuarios.

Usuarios que reciben ITI: 1; Usuarios que no reciben ITI: 91; Desconocido: 9.

Conclusiones del reporte de la CAC hemofilia de Savia Salud 2015:

- La prevalencia de usuarios con diagnóstico de hemofilia y otras coagulopatias es del 6,03 por 100.000 habitantes. La prevalencia mundial es de 10 por 100.000, según la Federación Mundial de Hemofilia.
- La mayoría de los usuarios son de género masculino (94%).
- El 62,3% de los usuarios residen en el Valle de Aburrá, seguido por Urabá, Oriente y Suroeste.
- El 55,5% son mayores de 18 años. El 44,5 son menores de 18 años.
- Las comorbilidades asociadas son del 0% para hepatitis B, del -2,99% para hepatitis C y de 1,9% para el VIH.
- El 55,4% de los pacientes tiene artropatía crónica. solo 4 pacientes tienen reemplazo articular (3,9%).
- Los usuarios no fueron evaluados por químico farmaceuta, solo el 19,8% fue evaluado por fisioterapia y el 78% por fisiatra.

7.6.4.3. Reporte para cáncer

En total se reportaron 8.135 pacientes, distribuidos por tipo de diagnóstico así:

Categoría diagnóstica	Frecuencia
Tumores malignos de la mama	1.603
Melanoma y otros tumores malignos de la piel	1.302
Tumores malignos de los órganos digestivos	1.165
Tumores malignos de los órganos genitales femeninos	994
Tumores (neoplasias) malignos del tejido linfático de los órganos hematopoyéticos y de tejidos a fines	779
Tumores malignos de los órganos genitales masculinos	496
Tumores malignos de la glándula tiroides y de otras glándulas endocrinas	378
Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos	362
Tumores malignos del labio de la cavidad bucal y de la faringe	206
Tumores malignos de las vías urinarias	191
Tumores (neoplasias) in situ	187
Tumores malignos del ojo del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	175
Tumores malignos de los tejidos mesoteliales y de los tejidos blandos	114
Tumores (neoplasias) malignos de sitios mal definidos secundarios y de sitios no especificados	109

Tumores malignos de los huesos y de los cartílagos articulares	72
Tumores malignos (primarios) de sitios múltiples independientes	2
Total general	8.135

7.6.4.4. Reporte para ERC y precursoras (Hipertensión arterial y diabetes mellitus)

Se reportaron 162.905 pacientes discriminados por estado de afiliación así:

Se identifica CAC actual y CAC anterior, porque se tienen 24.625 pacientes que fueron reportados en la CAC del año pasado pero que para el reporte de este año no fueron notificados por las IPS.

Novedad	CAC actual	CAC anterior	Total
Activos	136.815	15.950	152.765
Desafiliados	911	6.871	7.782
Fallecidos	554	1.804	2.358
Total general	138.280	24.625	162.905

El resaltado en color rojo (6.871 afiliados), corresponde a aquellos que fueron notificados en la CAC del año 2014 pero que en 2015 no fueron notificados. De ellos 4.771 aparecen como activos en la base de datos de afiliados, pero no se tiene información de atenciones prestadas entre el 01 de julio del 2014 y el 30 de junio del 2015.

De los 152. 675 afiliados reportados como activos se tienen:

Atención	Afiliados
HTA	114.446
DM	6.568
HTA+DM	31.120
ERC	631
TOTAL	152.765

Los pacientes con ERC estadio 5, fueron 1.497 distribuidos por TRR así:

Atención	Afiliados
ERC estadio 5	1.497
HD: Hemodiálisis	802
DP: Diálisis	343
TX: Trasplante	282
MD: Tratamiento médico	70

Con relación a las prevalencias de hipertensión y diabetes para el año 2015, comparativamente con el reporte del año 2014, en las siguientes tablas se puede observar la tendencia al aumento en la cobertura del reporte para todo el departamento de Antioquia y posteriormente para Medellín.

Departamento de Antioquia

PATOLOGIA		jun-14		jun-15		AUMENTO EN EL REPORTE
		Total casos reportados CAC	Prevalencia (%)	Total casos reportados CAC	Prevalencia (%)	
HIPERTENSION	Población activa de 18- 69 años	1.065.075		1.010.919		
	Prevalencia esperada HTA 18- 69 años	242.837	22,80%	230.490	22,80%	
	Prevalencia SAVIA SALUD EPS HTA 18- 69 años	56.936	5,35%	93.024	9,20%	40,36
	Pacientes HTA por captar	185.901	17,45%	137.466	13,60%	
	Poblacion activa de 18- 69 años	1.065.075		1.010.919		
DIABETES	Prevalencia esperada 18- 69 años	37.384	3,51%	35.483	3,51%	
	Prevalencia SAVIA SALUD EPS 18- 69 años	11.308	1,06%	24.560	2,43%	69,22
	Pacientes DM por captar	26.076	2,45%	10.923	1,08%	
	Total Pob. Savia salud entre 18 a 69 años	1.065.075		1.010.919		

Fuente: Reporte Cuenta de Alto Costo 2014-2015- departamento de Información y Estadística- Departamento de Gestión del Servicio- Subdirección Salud- Comfama.

A continuación se listan los municipios que enviaron la información y su porcentaje de cumplimiento con relación a la población identificada como susceptible de reportar:

Informe de GESTIÓN 2015

CÓDIGO	MUNICIPIO	SUBREGION	SUSCEPTIBLES DE REPORTAR 2015				DATOS REPORTADOS 2015				% REPORTE 2015
			HTA	HTA + DM	DM	TOTAL	TOTAL	HTA + DM	DM	TOTAL	
05001	MEDELLIN	VALLE DE ABURRA	45.368	7.650	10.567	63.585	39.052	16.537	3.290	58.879	93%
05002	ABEJORRAL	ORIENTE	1.109	25	119	1.253	1.065	206	12	1.283	102%
05021	ALEJANDRIA	ORIENTE	173	28	22	223	159	31	13	203	91%
05034	ANDES	SUROESTE	1.605	139	232	1.976	350	61	4	415	21%
05040	ANORI	NORDESTE	152	6	8	166	134	25	7	166	100%
05044	ANZA	OCCIDENTE	541	6	42	589	401	71	9	481	82%
05045	APARTADO	URABA	1.830	360	167	2.357	2.350	381	347	3.078	131%
05051	ARBOLETES	URABA	924	115	108	1.147	730	162	81	973	85%
05059	ARMENIA	OCCIDENTE	85	2	4	91	61	0	1	62	68%
05079	BARBOSA	VALLE DE ABURRA	1.178	181	366	1.725	1.154	500	47	1.701	99%
05086	BELMIRA	NORTE	366	13	37	416	264	15	0	279	67%
05088	BELLO	VALLE DE ABURRA	6.913	382	1.831	9.126	7.006	1.760	255	9.021	99%
05091	BETANIA	SUROESTE	283	17	57	357	225	73	16	314	88%
05093	BETULIA	SUROESTE	1.188	28	44	1.260	644	74	25	743	59%
05101	BOLIVAR	SUROESTE	909	52	167	1.128	394	126	12	532	47%
05107	BRICERO	NORTE	144	4	17	165	112	18	4	134	81%
05113	BURITICA	OCCIDENTE	178	7	37	222	165	31	8	204	92%
05125	CAICEDO	OCCIDENTE	504	19	53	576	435	85	13	533	93%
05129	CALDAS	VALLE DE ABURRA	1.707	244	146	2.097	1.371	451	117	1.939	92%
05134	CAMPAMENTO	NORTE	292	13	37	342	259	41	8	308	90%
05138	CANAÓGORDAS	OCCIDENTE	929	21	74	1.024	713	71	6	790	77%
05142	CARACOL	MAGDALENA MEDIO	332	29	25	386	298	20	11	329	85%
05145	CARAMANTA	SUROESTE	276	36	22	334	268	58	16	342	102%
05147	CAREPA	URABA	972	122	244	1.338	868	219	104	1.191	89%
05148	CARMEN DE VIBORAL	ORIENTE	1.256	38	93	1.387	1.154	165	15	1.334	96%
05150	CAROLINA	NORTE	263	21	44	328	170	33	0	203	62%
05154	CAUCASIA	BAJO CAUCA	1.430	129	263	1.822	903	124	50	1.077	59%
05172	CHIGORODO	URABA	1.475	99	296	1.870	827	284	141	1.252	67%
05190	CISNEROS	NORDESTE	658	45	88	791	589	86	0	675	85%
05197	COCORNA	ORIENTE	675	103	124	902	263	41	19	323	36%
05206	CONCEPCION	ORIENTE	343	10	29	382	326	12	0	338	88%
05209	CONCORDIA	SUROESTE	1.302	30	177	1.509	1.264	165	8	1.437	95%
05212	COPACABANA	VALLE DE ABURRA	1.494	281	313	2.088	1.687	415	16	2.118	101%
05240	EBEJICO	OCCIDENTE	1.007	51	143	1.201	1.032	147	0	1.179	98%
05264	ENTRERRIOS	NORTE	278	14	51	343	229	48	8	285	83%
05266	ENVIGADO	VALLE DE ABURRA	2.521	100	194	2.815	2.411	251	8	2.670	95%
05282	FREDONIA	SUROESTE	1.037	32	79	1.148	873	151	34	1.058	92%
05308	GIRARDOTA	VALLE DE ABURRA	1.066	86	471	1.623	1.097	109	38	1.244	77%
05310	GOMEZ PLATA	NORTE	654	18	31	703	606	48	13	667	95%
05315	GUADALUPE	NORTE	268	20	63	351	310	50	18	378	108%
05318	GUARNE	ORIENTE	1.211	42	239	1.492	934	137	31	1.102	74%
05321	GUATAPE	ORIENTE	276	25	62	363	187	27	16	230	63%
05353	HISPANIA	SUROESTE	41	5	1	47	35	1	2	38	81%
05360	ITAGUI	VALLE DE ABURRA	4.353	264	546	5.163	439	184	122	745	14%
05364	JARDIN	SUROESTE	922	31	102	1.055	875	155	22	1.052	100%
05380	LA ESTRELLA	VALLE DE ABURRA	775	51	310	1.136	481	202	5	688	61%
05390	LA PINTADA	SUROESTE	393	12	97	502	298	104	42	444	88%
05400	LA UNION	ORIENTE	531	74	53	658	503	105	33	641	97%
05411	LIBORINA	OCCIDENTE	427	31	108	566	447	86	23	556	98%
05425	MACEO	MAGDALENA MEDIO	562	42	105	709	215	53	8	276	39%
05475	MURINDO	URABA	45	6	10	61	48	7	0	55	90%
05480	MUTATA	URABA	404	71	93	568	137	38	11	186	33%
05483	NARIÑO	ORIENTE	556	46	107	709	667	21	4	692	98%
05490	NECOCLI	URABA	691	163	82	936	616	166	65	847	90%
05501	OLAYA	OCCIDENTE	233	14	27	274	189	31	4	224	82%
05541	EL PEÑOL	ORIENTE	908	29	119	1.056	831	117	16	964	91%
05543	PEQUE	OCCIDENTE	109	3	33	145	99	27	9	135	93%
05579	PUERTO BERRIO	MAGDALENA MEDIO	1.207	127	154	1.488	173	72	6	251	17%
05585	PUERTO NARE	MAGDALENA MEDIO	501	54	128	683	162	31	20	213	31%
05607	EL RETIRO	ORIENTE	381	15	66	462	365	69	19	453	98%
05615	RIONEGRO	ORIENTE	2.098	141	251	2.490	927	173	97	1.197	48%
05628	SABANALARGA	OCCIDENTE	318	21	105	444	254	21	8	283	64%
05631	SABANETA	VALLE DE ABURRA	655	32	77	764	499	96	36	631	83%
05642	SALGAR	SUROESTE	496	54	52	602	460	76	32	568	94%
05647	SAN ANDRES DE CUERQUIA	NORTE	307	39	51	397	303	13	12	328	83%
05649	SAN CARLOS	ORIENTE	540	32	26	598	269	38	7	314	53%
05652	SAN FRANCISCO	ORIENTE	327	21	25	373	79	0	0	79	21%
05656	SAN JERONIMO	OCCIDENTE	121	13	28	162	97	44	2	143	88%
05658	SAN JOSE DE LA MONTAÑA	NORTE	170	6	39	215	122	50	1	173	80%
05659	SAN JUAN DE URABA	URABA	589	73	116	778	385	69	74	528	68%
05660	SAN LUIS	ORIENTE	755	48	134	937	673	122	27	822	88%
05664	SAN PEDRO	NORTE	734	26	53	813	375	106	7	488	60%
05665	SAN PEDRO DE URABA	URABA	1.195	140	183	1.518	612	182	66	860	57%
05667	SAN RAFAEL	ORIENTE	809	162	50	1.021	813	152	54	1.019	100%
05670	SAN ROQUE	NORDESTE	974	85	98	1.157	972	97	71	1.140	99%
05674	SAN VICENTE	ORIENTE	1.066	68	95	1.229	636	129	40	805	66%
05679	SANTA BARBARA	SUROESTE	843	55	168	1.066	824	165	54	1.043	98%
05686	SANTA ROSA DE OSOS	NORTE	1.234	89	178	1.501	998	278	23	1.299	87%
05690	SANTO DOMINGO	NORDESTE	678	27	97	802	541	93	30	664	83%
05697	SANTUARIO	ORIENTE	969	130	133	1.232	836	382	62	1.280	104%
05736	SEGOVIA	NORDESTE	146	17	18	181	113	1	3	117	65%
05756	SONSON	ORIENTE	2.149	96	276	2.521	1.878	343	81	2.302	91%
05761	SOPETRAN	OCCIDENTE	442	45	135	622	442	119	34	595	96%
05789	TAMESIS	SUROESTE	143	11	18	172	45	17	14	76	44%
05790	TARAZA	BAJO CAUCA	273	21	30	324	124	32	6	162	50%
05792	TARSO	SUROESTE	436	20	34	490	390	45	20	455	93%
05809	TITIRIBI	SUROESTE	447	25	57	529	362	66	6	434	82%
05837	TURBO	URABA	1.156	143	232	1.531	1.373	291	104	1.768	115%
05847	URRAO	SUROESTE	1.410	68	95	1.573	932	71	42	1.045	66%
05856	VALPARAISO	SUROESTE	349	17	31	397	182	1	16	199	50%
05858	VEGACHI	NORDESTE	767	36	71	874	797	8	32	837	96%
05861	VENECIA	SUROESTE	628	28	61	717	692	0	0	692	97%
05873	VIGIA DEL FUERTE	URABA	38	25	3	66	28	8	12	48	73%
05885	YALI	NORDESTE	257	20	52	329	286	46	16	348	106%
05887	YARUMAL	NORTE	2.010	77	257	2.344	1.495	0	0	1.495	64%
05890	YOLOMBO	NORDESTE	576	27	150	753	537	143	23	703	93%
05893	YONDO	MAGDALENA MEDIO	170	31	42	243	134	53	16	203	84%
05895	ZARAGOZA	BAJO CAUCA	183	15	22	220	141	25	2	168	76%
TOTAL			124.669	13.665	22.870	161.204	100.546	28.333	6.362	135.241	84%

Los municipios que no enviaron la información fueron los siguientes:

CODIGO	MUNICIPIO	SUBREGION	PACIENTES SUSCEPTIBLES DE REPORTAR				OBSERVACIONES
			DM	HTA	HTA-DM	TOTAL	
05004	ABRIAQUI	OCCIDENTE	2	151	19	172	Envío datos extemporáneo y datos faltantes
05030	AMAGA	SUROESTE	16	385	77	478	
05031	AMALFI	NORDESTE	9	246	14	269	
05042	ANTIOQUIA	OCCIDENTE	45	385	111	541	Envío datos extemporáneo y datos faltantes
05055	ARGELIA	ORIENTE	14	490	35	539	
05237	DON MATIAS	NORTE	18	729	62	809	
05250	EL BAGRE	BAJO CAUCA	6	94	19	119	Envío datos extemporáneo y datos faltantes
05284	FRONTINO	OCCIDENTE	7	209	31	247	Envío los datos pero no en la estructura de la Res 2463
05313	GRANADA	ORIENTE	25	636	33	694	
05347	HELICONIA	OCCIDENTE	23	246	23	292	
05361	ITUANGO	NORTE	58	858	140	1.056	Solicitó tiempo
05376	LA CEJA	ORIENTE	61	393	48	502	
05576	PUEBLORRICO	SUROESTE	5	97	6	108	Envío datos extemporáneo y datos faltantes
05591	PUERTO TRIUNFO	MAGDALENA MEDIO	48	168	13	229	Envío los datos pero no en la estructura de la Res 2463
05604	REMEDIOS	NORDESTE	21	124	14	159	
05819	TOLEDO	NORTE	4	270	18	292	
						6.506	

7.6.4.5. Reporte para VIH con corte al 31 de julio de 2015

Se reportaron 2.549 pacientes activos con VIH, 1.765 de Comfama y 1.336 de SIES.

VIH	Comfama	Comfama Apartadó	SIES	Total
Tiene VIH	1.567	198	1.336	3.101
Activos	1.271	145	1.133	2.549
Fallecidos	53	3	41	97
Desafiliados	230	47	160	437
Imposible de ubicar	13	3	2	18
Menor de 18 meses	33		34	67
Activos	32		27	59
Desafiliados	1		2	3
Sin VIH			5	5
Total general	1.600	198	1.370	3.168

Se reportaron 437 pacientes desafiliados debido a que 23 de ellos están en el contributivo de Savia, 140 son pacientes que tienen la novedad 9 “Imposible de ubicar” en varios reportes a la CAC, y los 274 restantes son retiros por base de datos.

7.6.4.6. Reporte para artritis reumatoide

Este es el primer reporte para esta patología. En total se reportaron 1151 usuarios, distribuidos en las siguientes IPS:

IPS	Número de pacientes
NEOVID	604
ART Médica	493
Medicarte	54
Total general	1151

7.6.5. Resultados de auditorías

A Continuación se describen los resultados de las auditorías realizadas por parte de la Cuenta de Alto Costo según tipo de reporte.

7.6.5.1. Auditoría para hemofilia

Fue realizada en mayo del 2015. No se presentaron glosas.

7.6.5.2. Auditoría para VIH corte a enero 2015

Fue realizada entre el 1 y 18 de septiembre de 2015. Total de población auditada: 3219 pacientes. Es de anotar que las glosas de VIH fueron de pacientes reportados con novedad 9 (paciente no adherente e imposible de ubicar) y esta condición no es criterio para redistribución de recursos.

DISTRIBUCION DE POBLACION	TOTAL DE POBLACION AUDITADA	TOTAL DE GLOSAS	% GLOSA	OBSERVACIONES
INCIDENTES	558	2	0,36	Un caso ingreso posterior a la fecha de corte; otro sin soporte de HC
PREVALENTES	2195	14	0,64	4 casos van a comité, los 10 casos restantes fueron reportados con novedad 9 pero no tenian soporte de HC (Casos que no se han localizado y vienen desde UNION HAART y estan activos a la fecha de corte
MENORES DE 18 MESES EXPUESTOS AL VIRUS DE VIH	71	1	1,41	Se lleva caso a comité con soporte de HC
GESTANTES	117	10	8,55	2 casos se reportaron como gestantes sin estar embarazadas; los 8 casos restantes los municipios no enviaron la HC a pesar de haberse solicitado varias veces
TUBERCULOSIS	278	5	1,80	Sin soporte de HC, los municipios no enviaron la HC a pesar de haberse solicitado varias veces
TOTAL	3219	32	0,99	

Fuente: Reporte CAC-VIH. 2015

7.6.5.3. Auditoría para Enfermedad Renal Crónica y precursoras

Fue realizada del 21 al 30 de octubre del 2015. Los hallazgos principales de la Auditoría fueron:

Población	Auditados	Total Glosas	Comité	% Glosas
Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5	1488	3	NA	0,2%
Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5	NA	NA	7	NA
Pacientes con Diagnostico de HTA y DM	473	20	NA	4,2%
Total Población Auditada	1.961	23	7	-----

Causas glosas pacientes auditadas con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5:

Glosas: 3

Identificación	Unidad renal	TRR	Causa Glosa

21655514	FMS	Diálisis	Solo diálisis agosto 2014, no se reporta la novedad
15506382	FMS	Diálisis	Sale de diálisis por mejoría en agosto del 2014, no remisión a por, no reportado con la novedad
596482	FMS	Diálisis	Fallecido antes de la fecha de corte (falleció 26/06/2015)

Pacientes para comité: 7

Identificación	Unidad renal	TRR	Causa -Comité
1023830898	RTS	Diálisis	Última TFG 21
3374620	RTS	Diálisis	Última TFG 31,2(Creatinina 2,43 / Peso 54 / Talla 160)
1040750513	FMS	Diálisis	Última TFG 46 (Creatinina 2,02 / Peso 65 / Talla 153 / Edad 20 Años)
70320559	FMS	Diálisis	Última TFG 24,6 (Creatinina 3,1/ Peso 68,5 Talla 1,75 / Edad 20 Años)
15401253	FMS	Diálisis	Última TFG 26.4
43733645	FMS	Diálisis	Última TFG 27
1037597385	RTS	Diálisis	TFG actual 27.7 (creatinina 4.37 / edad 26 peso 70 / talla 1,64)

Pacientes auditados con diagnóstico de HTA y DM: 473 - Glosas: 20. Motivo: falta de Historia clínica no enviada por el Primer nivel de atención.

7.6.5.4. Auditoría para cáncer

Se realizó las últimas tres semanas de diciembre de 2015. Se auditaron en total 4.221 historias clínicas con la mayor objetividad posible, teniendo en cuenta que un alto porcentaje quedaron con “dato no disponible” debido a que la información que enviaron las IPS se encontraba de manera separada, adicionalmente la calidad de algunas historias clínicas no permitió la verificación de todos los datos.

Dificultades en el proceso:

- A pesar de haberse solicitado las HC desde la fecha de radicación del reporte (mayo 5 del 2015), las historias clínicas (HC) no fueron enviadas por las IPS, se debieron solicitar de manera urgente casi 2.300 historias clínicas. No todas las IPS enviaron la información solicitada ni antes ni durante la Auditoría. El mayor porcentaje de glosa fue por falta de soporte de las HC.
- La calidad de la información de las HC para algunas IPS es muy deficiente (se realizará un informe específico con estos hallazgos dentro del programa de Auditoría de calidad a las IPS oncológicas).
- Algunos auditores concurrentes de la EPS no colaboraron con la consecución de las HC que se les solicitaron. Esto hubiera impactado en el porcentaje de glosa, sin embargo de algunas IPS oncológicas la respuesta fue rápida y oportuna. De otras desafortunadamente la respuesta fue reactiva, aduciendo la fecha y el personal que no tenían disponible para dar respuesta a nuestra solicitud de soportes. Esta situación se informará mediante un comunicado a la Superintendencia de Salud y a la Cuenta de Alto Costo.

Oportunidades de mejora:

- El reporte para cáncer en el año 2016 debe adecuarse en términos de proceso para mejorar la calidad de la información reportada y evitar reporte de pacientes sin diagnóstico o con información incompleta. Se debe establecer una estrategia desde Savia Salud EPS para finalmente poder evidenciar la mejora del reporte, el seguimiento a los pacientes con cáncer y la calidad de la Auditoría posterior al reporte del 2016.
- Con las IPS oncológicas, se debe establecer un plan de mejoramiento con relación a la calidad de la información reportada y de las historias clínicas. Adicionalmente, se les debe solicitar a partir de enero de 2016 con las facturas para pago, un CD con los soportes de historias clínicas de los usuarios que atienden de manera mensual y así disminuir la falta de soportes en la Auditoría del 2016.

7.6.6. Mecanismo de Redistribución de Recursos

7.6.6.1. Reporte ERC y Precursoras (hipertensión arterial y diabetes mellitus)

De la redistribución de recursos correspondiente al año 2015 se recibió notificación en enero de 2016 (Ver Resolución 962 de 2011).

Los casos reportados, en ambos regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS—, con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en terapia de reemplazo renal (TRR) son: 30.390 (60,18% en el contributivo y 39.82% en el subsidiado).

Para esta vigencia, según la Resolución 0248 de 2014, se determinó la desviación de prevalencia de ERC en TRR de la entidad respecto a la prevalencia país, y la gestión de riesgo de la ERC, la cual se evaluó a través de tres indicadores: captación de precursoras, pacientes con precursoras estudiados para ERC e incidencia de ERC5.

Como efecto de la aplicación de la Resolución 0248 de 2014, en la población afiliada a 30 de junio de 2015 y después de auditoría, Savia Salud EPS su entidad tiene 1.466 casos de ERC en TRR, que representan una prevalencia de 87,84 por 100.000 afiliados, junto con los siguientes indicadores de gestión de riesgo en enfermedad renal para su entidad: Porcentaje de Captación de Precursoras (Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus) 42,10; Porcentaje de Estudiados para ERC 66,19 e Incidencia de ERC5 15,27 por 100.000 afiliados.

Los recursos que recibe Savia Salud EPS por ajuste de siniestralidad por alta prevalencia o mayor concentración de riesgo equivalen al 40%, por un valor de \$3.029.606.408,63

En cuanto a la distribución por gestión de riesgo, según los resultados, se observó que la entidad solamente cumplió la meta definida para los siguientes indicadores: Estudio ERC.

Por lo tanto por gestión de riesgo recibirá el valor de \$3.469.684.024,42.

Por lo anterior, como resultado final, la entidad debe recibir recursos de UPC por un valor neto de \$6.499.290.433,05 como ajuste por riesgo en ERC, mediante el procedimiento definido en el Decreto 3511 de 2009.

De los recursos que se giren a la entidad, se descontará el 2%, el cual se destina para la administración de la CAC, según lo establece el Decreto 3511 de 2009.

La Cuenta de Alto Costo, según el mecanismo de ajuste por riesgo, proporcional al recaudo pagará a la entidad dicho valor y el giro se realizará según disponibilidad de recursos. Los pagos se efectuarán en 11 cuotas durante el año 2016, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 962 de 2011.

7.6.6.2. Reporte para VIH

A continuación se presenta un análisis de la aplicación de este mecanismo para la EPS, tanto para el año 2014 como para el 2015.

Reporte VIH (Vigencia 2014)

El reporte con base en el cual se realizó esta redistribución fue el correspondiente al reporte de enero de 2014. Este fue auditado por la CAC en el mismo año. El periodo de reporte fue el correspondiente al 1 de julio de 2013 hasta el 31 de enero de 2014. Semestre primero de operaciones de Savia Salud EPS (mayo 2013).

Para ese momento se reportaron 1.980 usuarios que equivalen a una prevalencia de 115,25 por 100.000 afiliados. El dinero a redistribuir fue de \$1.186.691.639,85 para una población BDUA de 1.717.873 afiliados, que equivale a un 4,07% de la población total BDUA del país.

Los indicadores evaluados fueron:

Proceso

- Porcentaje de gestantes tamizadas para VIH/Sida (peso del 30%)
- Porcentaje de personas viviendo con VIH/Sida con TAR con última carga viral adecuada (indetectable o menor a mil copias) (peso del 30%)
- Porcentaje de personas con detección temprana de VIH/Sida en estadios A1, B1, A2 o B2 del CDC 1993 (peso del 30%)

Resultado

- Prevalencia del VIH/Sida (Peso del 10%)
- Este fue el resultado de la EPS comparativamente con los resultados del País: ningún indicador se cumplió.

Como ningún indicador se cumplió, la EPS debe entregar la totalidad del dinero a la CAC. Este dinero se debe consignar (\$1.186.691.639,85) en 1 cuota durante el mes de diciembre de 2015.

Reporte VIH (Vigencia 2015)

Los casos reportados como personas viviendo con VIH son: 57.525 casos en el SGSSS (59,52% en el contributivo y 40,48% en el subsidiado). La prevalencia país es 133,67 por 100.000 afiliados.

Para esta vigencia, según la Resolución 1912 de 2015, se determinó la desviación de prevalencia de PVVIH de la entidad respecto a la prevalencia país y la gestión de riesgo de la enfermedad, la cual se evaluó a través de tres indicadores: tamizaje en gestantes, detección temprana y carga viral adecuada en PVVIH en Terapia Antiretroviral.

Teniendo en cuenta lo anterior, la información reportada por Savia Salud arroja los siguientes resultados:

- Prevalencia: 147,32
- Tamizaje en gestantes: 79,16%
- Detección temprana: 52,75%
- Carga viral adecuada en PVVIH en TAR: 64,19%.

Por lo tanto, el mecanismo de distribución de recursos da como resultado que la entidad debería aportar \$1.196.007.857,36 al Fondo Común. Sin embargo, teniendo en cuenta sus indicadores en gestión de riesgo, tiene a favor \$496.296.511,20 de los cuales se descontará el 2% para la administración de la CAC, según lo establece el Decreto 3511 de 2009.

Por lo anterior, como resultado final, la entidad debe girar a la CAC \$709.637.276,38, como ajuste por riesgo con incentivos a la gestión, mediante el procedimiento definido en el Decreto 3511 de 2009. Este dinero se debe consignar en 11 cuotas durante el año 2016 (Resolución 5036 de 2015) cada una por valor de \$64.512.479,67.

7.7. Los medicamentos y la implementación de la política farmacéutica y gestión de medicamentos en Savia Salud EPS

Los medicamentos juegan un rol fundamental en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), no solamente porque son necesarios para el restablecimiento de la salud o la mejoría de la calidad de vida, sino también porque el gasto en salud por concepto de estos se ha elevado exponencialmente en la última década. Estudios corroboran que de un grupo de 93 países, Colombia paga los precios más altos por medicamentos. Hasta 240% más que países de ingresos altos. Además, desde el ingreso de los medicamentos biotecnológicos al mercado colombiano en 2005, el gasto en medicamentos se cuadruplicó.

Antioquia y Medellín no han sido la excepción a la crisis que enfrenta el país en materia de acceso a medicamentos y sostenibilidad financiera del sistema de salud, especialmente en lo que respecta al régimen subsidiado. Es así como Savia Salud EPS ha visto amenazada su capacidad para cumplir su función de garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad en la prestación de los servicios de salud a sus afiliados, ya que, al igual que la mayoría de las

EPS del país, enfrenta los problemas estructurales y financieros propios del sistema, los cuales se han visto acentuados como consecuencia del aumento en los precios de los medicamentos e insumos médicos, acompañado de una marcada presión tecnológica de la industria farmacéutica y dispositivos médicos, el uso permanente de la vía judicial como medio para acceder a determinados servicios y productos, y los retos que ha planteado la normativa expedida recientemente para lo No POS.

Es por esto que Savia Salud diseñó una Política Farmacéutica, la cual entró en su fase de implementación en marzo de 2015 y está orientada a la selección, compra inteligente, contratación de red dispensadora de medicamentos, administración del servicio, gestión farmacéutica, uso adecuado y auditoría de los medicamentos. Esto, con el fin de ejercer mayor control sobre los procesos. Estos deberán estar encaminados a contribuir a la sostenibilidad financiera de la EPS y el uso racional de los medicamentos, con el objetivo de cumplir la misión de la entidad en prestar un mejor servicio para los usuarios.

7.7.1. Política Farmacéutica de Savia Salud EPS

La Política Farmacéutica (PF) de Savia Salud tiene como objetivo contribuir, mediante la gestión del riesgo en el acceso, calidad y uso de los productos farmacéuticos, a la protección efectiva de la garantía del derecho a la salud, a través de la prestación de servicios que permitan obtener resultados que impacten positivamente en la calidad de vida de los afiliados. La PF de Savia Salud está enmarcada en cuatro grandes estrategias y nueve actividades expuestas en el siguiente gráfico.

En cuanto a autorizaciones de servicios los medicamentos representan el mayor valor anual, con \$86.773 millones y un promedio mes de \$7.231 millones, representando un valor de 15% menor al gasto de este ítem en 2014, que fue de \$102.277 millones, dando cuenta de una importante gestión sobre este rubro.

Estrategias y actividades de la Política Farmacéutica de Savia Salud EPS



Fuente: Savia Salud EPS

De las nueve actividades detalladas a la derecha en la figura anterior, en el 2015 se ha avanzado en lo siguiente:

7.7.1.1. Uso del Código Único de Medicamento (CUM) como identificación principal de los medicamentos

Debido a que un porcentaje alto de las IPS de la red, pública y privada, no estaban cumpliendo con los requisitos establecidos en el Artículo 1 de la Resolución 0255 de 2007, la cual tiene por objeto adoptar el Código Único Nacional de Medicamentos (CUM) como dato único de reporte y trazabilidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, Savia Salud EPS decidió exigir el uso del CUM como código identificador para el reporte del servicio prestado de medicamentos, con el fin de dar cumplimiento a la norma.

Además, el CUM permite identificar los medicamentos según su principio activo, concentración, forma farmacéutica, marca y cantidad, este constituye una herramienta útil para la generación de información más precisa, tanto de los consumos de medicamentos como de la distribución del gasto farmacéutico. El CUM, además, permite que haya una

mejor trazabilidad de los medicamentos que consume la población de usuarios de la EPS, lo que a su vez ayuda a que la auditoría de cuenta sea mucho más precisa y a obtener información clínica más confiable para fines de farmacovigilancia y otros procesos afines.

7.7.1.2. Modelo de negociación

Savia Salud EPS ha planteado un modelo de negociación directa con la industria farmacéutica o, en su defecto, con los propietarios del registro sanitario, con el fin de lograr tarifas más competitivas que permitan hacer un uso mucho más racional de los recursos destinados a la compra de medicamentos, lo cual a su vez posibilite aumentar la cobertura para sus afiliados.

Este modelo de negociación ha llevado a que la EPS pueda generar ahorros importantes en materia de medicamentos para enfermedades de alto costo, tal y como es el caso del programa de Hemofilia, donde se lograron pactar tarifas hasta un 20% por debajo del precio regulado por el Gobierno y hasta un 50% por debajo de la tarifa facturada por la IPS (*ver informe de Gestión del Riesgo, hemofilia*).

7.7.1.3. Prácticas para la contratación

Savia Salud EPS realizó una convocatoria pública para la contratación de dispensadores de medicamentos que cumplieran con el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico contenido en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), y que implementarán políticas de dispensación afines con la normatividad colombiana.

En este sentido, la EPS seleccionó dos prestadores de medicamentos, la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN) y Colsubsidio, cuya operación dio inicio a principios de abril del 2015. Sin embargo, por motivos ajenos a la EPS, en el mes de mayo, Colsubsidio dio por terminado el contrato de prestación de servicios, motivo por el cual la operación se vio concentrada en COHAN, ocasionando que en los meses de junio y julio se presentaran dificultades en la oportunidad y la calidad de la prestación de servicios. Esta situación se vio mitigada en la medida en que COHAN ha ampliado su cobertura e incrementado el personal.

Estrategias en la contratación de medicamentos

Para el 2015 Savia Salud EPS contrató los medicamentos bajo los siguientes modelos: Cápita con las Empresas Sociales del Estado (ESE) municipales, Pago por producto dispensado (evento), Pago por producto dispensado para las patologías de alto costo y alto valor con IPS de la red, y Presupuesto Global Prospectivo (PGP) con COHAN para toda la población en el departamento de Antioquia, el cual inició en el mes de julio de 2014.

Colsubsidio no firmó el contrato para medicamentos de alto costo y valor, por los temores de recuperación de cartera para lo No POS, entre otras

Programas, procesos e institución a cargo

Programa	Autorización de Servicios (Medicamentos)	Atención Clínica	Aplicación	Dispensación/Suministro (según sea el caso)
Talla baja y Pubertad precoz	Sede Savia Salud Industriales	Dr. Juan Carlos Velázquez (Endocrinólogo Pediatra)	Helpharma	Helpharma
EM, ELA y ND	Sede INDEC Savia Salud	INDEC	INDEC	INDEC
Epilepsia	Sede INDEC Savia Salud	INDEC	INDEC	INDEC
Movimientos Anormales (Parkinson y demás)	Sede INDEC Savia Salud	INDEC	INDEC	INDEC
Artritis Reumatoidea	Sede Artmedica Savia Salud	Artmedica Neovid	Artmedica Neovid	COHAN
Otras autoinmunes (Psoriasis, Enf. Inflamatoria Intestinal,	Sede Artmedica Savia Salud	Savia Cita (Medicina Interna)	Artmedica	COHAN
HPN, SHUA y Mucopolisacaridosis	Sede Savia Salud Industriales	HGM	Helpharma	Audifarma
Enfermedad Renal Crónica (incluye diálisis)	Sede Savia Salud la 33	Alianza HGM-Savia Salud	Proveedores de Diálisis	COHAN
VIH / SIDA	Sede SIES-COHAN	SIES y COMFAMA	No Aplica	COHAN
Hemofilia	Sede Savia Salud la 33	Alianza HGM-Savia Salud	Liga de Hemofilia de Antioquia (extramural) y HGM	COHAN
Programa Medicamentos No POS y exclusiones del POS	Sede Savia Salud Industriales	No Aplica	Helpharma	COHAN (ambulatorios) - Helpharma (infusión)
HPN, SHUA y Mucopolisacaridosis	Sede Savia Salud Industriales	HGM	Helpharma	Audifarma

INDEC: Instituto Neurológico de Colombia
 COHAN: Cooperativa de Hospitales de Antioquia
 HGM: Hospital General de Medellín
 HPN: Hemoglobinuria Paroxística Nocturna
 SHUA: Síndrome Hemolítico Urémico Atípico
 EM: Esclerosis Múltiple
 ELA: Esclerosis Lateral Amiotrófica
 ND: Neuritis Desmielinizante

Fuente: Savia Salud EPS

El contrato de cápita con las ESE incluyó aproximadamente 263 medicamentos contenidos en el POS (entre moléculas, concentraciones y formas farmacéuticas). En el caso de COHAN se contrataron en total 131 medicamentos incluidos en el POS bajo el modelo de PGP; y 314 por evento, entre COHAN y otras IPS. De esta forma, Savia Salud EPS buscó dar cobertura total a los medicamentos incluidos en el POS para el tratamiento de la población a que asiste la EPS. Todos estos medicamentos y el modelo de contratación están claramente definidos en un listado oficial que ha sido socializado con la red de prestadores.

La EPS también contó con la dispensación de medicamentos por parte de la IPS Helpharma, desde julio de 2015, quien concentra principalmente medicamentos POS y No POS de algunas enfermedades de alto costo, como por ejemplo fibrosis quística. Con ello se ha logrado brindar acceso integral al tratamiento de estos pacientes mediante la atención de un prestador especializado en este tipo de patologías. De julio a diciembre de 2015 Helpharma concentró 158 pacientes y la facturación por estos ascendió a \$435.019.165

Además, la EPS contrató la dispensación de medicamentos biotecnológicos para enfermedades desmielinizantes con el Instituto Neurológico de Colombia (INDEC), con el fin de concentrar la población de enfermedades afines por especialidad y prestar una atención integral.

Adicionalmente, Savia Salud EPS ha venido asumiendo la compra al prestador Audifarma, de medicamentos como Vimizim® y Xoliris® para 14 pacientes de enfermedades huérfanas, que le representaron a la EPS un total de \$9.490'388.356 durante el 2015, solo por concepto de esos dos medicamentos. Es importante aclarar que por tratarse de medicamentos vitales no disponibles¹¹ (que además son No POS), el pago de estos debe ser anticipado, lo que representa un riesgo jurídico para la EPS. Sin embargo, en aras de proteger la vida y la calidad de vida de los pacientes de estas patologías, se han realizado dichas compras y se ha garantizado el acceso al tratamiento.

Como una muestra del esfuerzo financiero que realizó Savia Salud EPS durante el año 2015 para cumplir con la sentencia T-760 de 2008, y bajo la nueva normatividad de la Resolución 1479 de 2015, por concepto de medicamentos No POS se dispensaron \$18.394'443.772 —entre junio y diciembre de 2015—, que corresponden al 57% del total facturado por COHAN, siendo mayor que el valor facturado por productos POS \$13.862'998.367 (ver tabla).

Facturación COHAN a Savia Salud EPS Segundo semestre 2015.

Periodo	POS	NO POS	TOTAL GENERAL
Jun	\$ 1.458.465.449	\$ 2.161.609.993	\$ 3.620.075.442
Jul	\$ 2.409.526.472	\$ 4.038.623.055	\$ 6.448.149.527
Ago	\$ 2.027.805.939	\$ 2.817.699.848	\$ 4.845.505.787
Sep	\$ 1.873.473.236	\$ 1.699.250.402	\$ 3.572.723.638
Oct	\$ 2.117.800.886	\$ 2.706.165.195	\$ 4.823.966.081
Nov	\$ 2.046.904.606	\$ 2.708.504.531	\$ 4.755.409.137
Dic	\$ 1.929.021.779	\$ 2.262.590.748	\$ 4.191.612.527
Totales	\$ 13.862.998.367	\$ 18.394.443.772	\$ 32.257.442.139

Fuente: COHAN

En cuanto al programa de VIH/Sida, se detectó que la mayor parte del costo de los medicamentos del programa se concentra en productos No POS. De los 18 medicamentos

¹¹ Son medicamentos que no tienen registro sanitario INVIMA para su comercialización y uso en el país, pero se aprueba su importación para casos especiales como el de los pacientes de enfermedades huérfanas.

No POS analizados, nueve no tienen alternativa genérica disponible y el resto sí la tiene, de estos, 5 son de Terapia Antirretroviral (TAR). Se puede concluir que el incremento en la tarifa del medicamento innovador en comparación con el genérico es mayor del 50% en todos los casos:

Porcentaje de incremento en la tarifa para medicamentos innovadores para el programa de VIH/Sida con relación a la alternativa genérica

MEDICAMENTO INNOVADOR	Laboratorio	% incremento en el valor usando innovador
2 LAMIVUDINA 300 MG + ABACAVIR 600 MG TABLETA (KIVEXA)	GLAXOSMITHKLINE COLOMBIA S.A.	52%
3 EMTRICITABINA 200MG+TENOFIVIR 300MG+EFAVIRENZ 600MG TAB (ATRIPLA)	GILEAD SCIENCES, INC.	64%
16 ABACAVIR + LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA (TRIZIVIR)	GLAXOSMITHKLINE COLOMBIA S.A.	70%
17 ATAZANAVIR 200 MG (REYATAZ)	BRISTOL MYERS SQUIBB DE COLOMBIA S.A.	60%
18 ATAZANAVIR 300 MG (REYATAZ)	BRISTOL MYERS SQUIBB DE COLOMBIA S.A.	60%

Fuente: Informe VIH/Sida Savia Salud EPS

De igual forma, 2 de estos 5 medicamentos, KIVEXA® y ATRIPLA®, ocupan las posiciones 2 y 3 en el impacto del costo para medicamentos No POS asociados al programa de VIH/Sida. Sin embargo, en cuanto a estos mismos dos medicamentos, es importante aclarar que por ejemplo, KIVEXA® tiene una alternativa genérica, el LAMCAVIR®, que permite mantener el esquema de tratamiento de 1 tableta (no de 4 tabletas como con la alternativa POS) a un costo casi equivalente al del tratamiento POS conjugado y 52% menor al KIVEXA®.

Comparativo tarifa de KIVEXA vs sus alternativas genérica y POS

Medicamento	Tarifa/Un	POS/No POS
LAMIVUDINA 150 MG TABLETA (HUMAX) (\$ 135 x 2)	\$ 1.750	POS
ABACAVIR 300 MG TABLETA (HUMAX) (\$ 740 x 2)		
LAMIVUDINA 300 MG + ABACAVIR 600 MG TABLETA (LAMCAVIR)	\$ 1.955	No POS
LAMIVUDINA 300 MG + ABACAVIR 600 MG TABLETA (KIVEXA)	\$ 4.073	

Fuente: Informe VIH/Sida Savia Salud EPS

En cuanto a ATRIPLA®, si bien la combinación de sus tres principios activos (Emtricitabina+Tenofovir+Efavirenz) es No POS, tiene una alternativa POS equivalente que es el biconjugado Emtricitabina+Tenofovir y Efavirenz por separado. Aunque es cierto que la alternativa genérica aumenta la cantidad de tabletas a tomar de 1 a 2, el medicamento innovador resulta un 64% más costoso que su alternativa genérica más costo-efectiva.

Además, el prescribir ATRIPLA® no solo se desconoce lo estipulado por la Ley, que dice que solo se hará uso de alternativas No POS una vez se hayan agotado las alternativas del POS, sino que también se le impone al paciente incurrir en trámites administrativos innecesarios al solicitar al Comité Técnico Científico (CTC), un tratamiento que de por sí tiene alternativas incluidas en el POS, con todos los inconvenientes que eso conlleva.

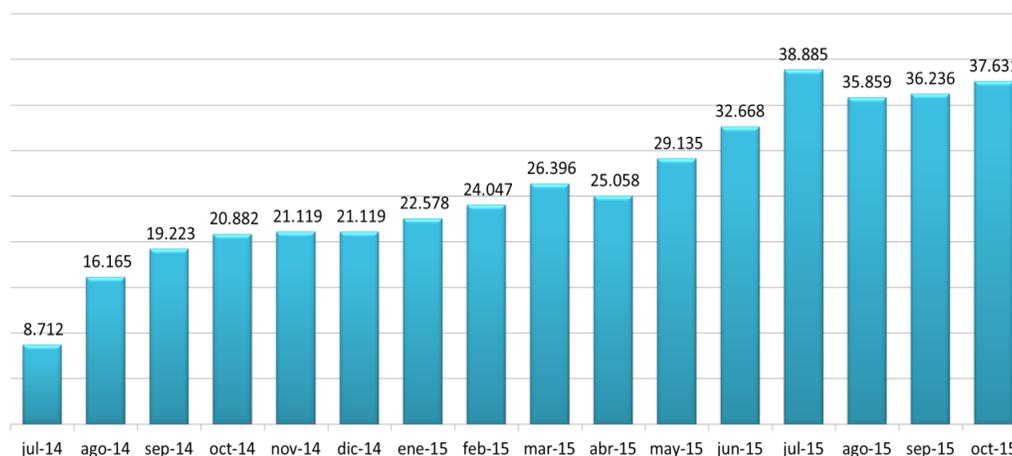
Por lo anterior, la EPS tomó la decisión de migrar a alternativas genéricas aprobadas por el Invima y con mejores resultados de costo-efectividad, que permitan generar mayores ahorros pero siempre dando acceso a medicamentos efectivos, seguros y de buena calidad.

Cobertura en la prestación bajo el modelo PGP

En cuanto al contrato de Presupuesto Global Prospectivo, es importante tener en cuenta que al tratarse de la COHAN, el prestador puede dispensar medicamentos tanto en los servicios farmacéuticos propios como en los que tiene en convenio con los hospitales departamentales y municipales. Es así como se ha dado cobertura por encima del 90% a la población a través de la red pública y los servicios farmacéuticos propios.

De julio de 2014 a octubre de 2015, el total acumulado del PGP ascendió a \$414.314.615 y se atendieron 415.713 usuarios, creciendo mes a mes como se muestra en el gráfico a continuación:

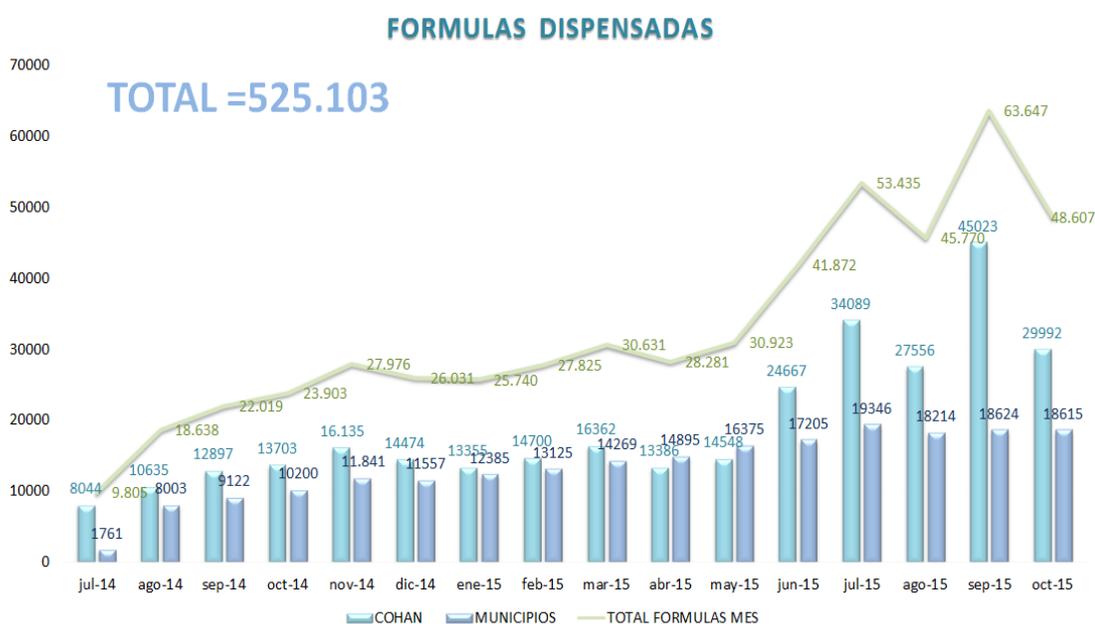
Población atendida por COHAN a octubre de 2015 - modelo de contratación de PGP



Fuente: COHAN

El número de fórmulas dispensadas mes a mes desde julio de 2014 ha venido aumentando paulatinamente, con un marcado incremento desde junio de 2015 como se puede observar en el gráfico 2. Lo anterior debido al desestimulo de la demanda de No POS para ser sustituido por las alternativas del POS, producto de la Resolución 1479 de 2015, que definió como pagador directo del No POS al ente territorial departamental. A pesar de esto, y de que la EPS sigue garantizando el POS, la industria farmacéutica continúa la presión tecnológica para la prescripción de No POS.

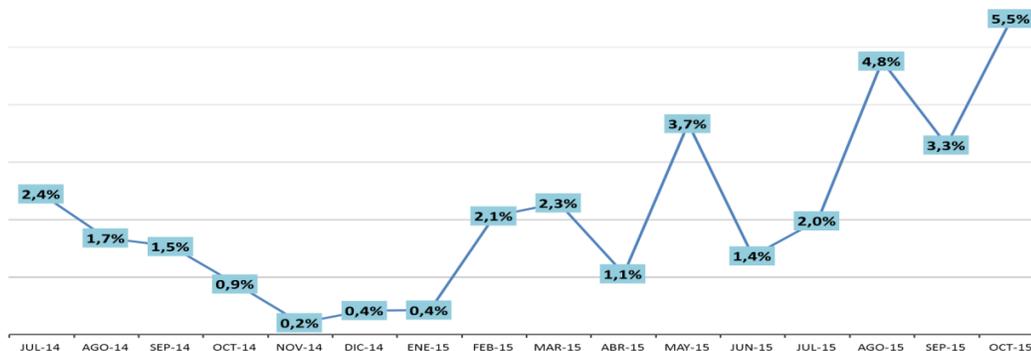
Fórmulas dispensadas a octubre de 2015 - modelo de contratación de PGP



Fuente: COHAN

De igual forma, el número de fórmulas con medicamentos pendientes se ha visto aumentado desde mayo del 2015, por las razones expuestas anteriormente, pasando de un promedio de 1,3 a un promedio de 3,5.

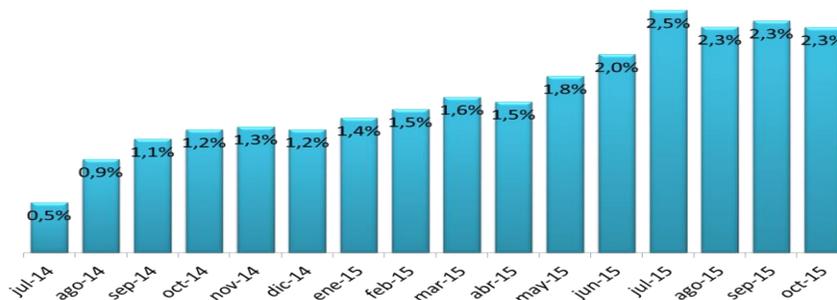
Fórmulas con medicamentos pendientes dispensadas por COHAN a octubre de 2015 - modelo de contratación de PGP



Fuente: COHAN

En relación a la frecuencia con la que los pacientes de la EPS hacen uso de los servicios farmacéuticos para acceder a los productos contratados en el PGP, de julio de 2014 a octubre de 2015 se registró una frecuencia de uso acumulada de 25,4% de pacientes atendidos, con un promedio de 1,6% por mes.

Frecuencia de uso de los servicios farmacéuticos de COHAN para los productos incluidos en el PGP a octubre de 2015



Fuente: COHAN

El modelo de contratación por PGP buscó, entre otras cosas, minimizar los trámites administrativos para los pacientes, ya que estos no requieren autorización para acceder a los medicamentos contratados. El comportamiento de la frecuencia de uso de los servicios farmacéuticos para los productos incluidos en el PGP da cuenta del impacto positivo que ha tenido el modelo de contratación, en la medida de que en promedio un cuarto de la población total de la EPS ha podido acceder a dichos productos sin ningún tipo de barrera administrativa.

Los medicamentos de mayor costo en el PGP son los siguientes:

PRODUCTOS	% RELATIVO
INSULINA GLARGINA 100UI/ML AMP X 10ML (LANTUS) (AC) (REG)	27.74%
INSULINA GLARGINA 100UI/ML AMPX3ML PEN(LANTUS SOLOSTAR)(REG)	10.73%
INSULINA GLULISINA 100 UI/ML AMP X 10ML (APIDRA) (REG)	6.14%
INSULINA GLULISINA 100UI/ML PEN X 3ML (APIDRA SOLOSTAR)(REG)	3.92%
TIRAS DE EXAMEN DE GLUCO SANGRE AMBULAT(ON CALL SIMPLE)XTIRA	3.43%
INSULINA DETERMIR 100UI/ML PLUMA X 3ML(LEVEMIR FLEXPEN)(REG)	3.07%
LEVETIRACETAM 1000 MG TABLETA (CEUMID) (REG)	2.63%
LACOSAMIDA 200 MG TABLETA (VIMPAT / BIOPAS)	2.24%
LACOSAMIDA 100 MG TABLETA (VIMPAT / BIOPAS)	1.83%
ATORVASTATINA 20 MG TABLETA (GENFAR) (REG)	1.72%
LEVETIRACETAM 1000 MG TABLETA (GENFAR) (REG)	1.61%
ATORVASTATINA 40 MG TABLETA (GENFAR) (REG)	1.53%
LEVETIRACETAM 100 MG SOL ORAL (CONVULAM)(REG) FCO X 300 ML	1.29%
ATORVASTATINA 40 MG TABLETA (BUSSIE) (REG)	1.21%
LEVONORGES MICRONIZADO IMPLANTE SUBDER 75 MG (JADELLE) KIT	1.20%
ESOMEPRAZOL 20 MG TABLETA (GENFAR)	1.05%

Fuente: COHAN

En cuanto a los medicamentos de mayor costo en eventos (POS y No POS) respecto del valor total de la facturación, se puede evidenciar el gran peso que tiene la prescripción de pañales, nutriciones enterales, medicamentos para patologías respiratorias, trasplante de órganos y epilepsia.

Medicamentos de mayor costo en eventos respecto del valor total

PRINCIPIO ACTIVO	% RELATIVO
FACTOR ANTIHEMOFILICO VII	5.6%
PAÑALES	5.5%
TACROLIMUS	4.3%
MICOFENOLATO DE MOFETILO	4.1%
AMINOACIDOS ESENCIALES VAINILLA POLVO	3.8%
IMIGLUCERASA	1.7%
BOSENTAN	1.7%
SALMETEROL+FLUTICASONA	1.4%
ADALIMUMAB	1.3%
INDACATEROL	1.3%
LEVETIRACETAM	1.1%
ACETAMINOFEN + HIDROCODONA	1.0%
RISPERIDONA	1.0%
LINEZOLID	1.0%

Fuente: COHAN

Además de la dispensación de medicamentos, el contrato de PGP con COHAN busca dar cobertura a otro tipo de actividades tales como el programa de atención farmacéutica. Según el Artículo 3° del Decreto 2200 de 2005, la Atención farmacéutica es “la asistencia a un paciente o grupos de pacientes, por parte del químico farmacéutico, en el seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico, dirigida a contribuir con el médico tratante y otros profesionales del área de la salud en la consecución de los resultados previstos para mejorar su calidad de vida”.

Es así como COHAN ha diseñado e implementado un programa de atención farmacéutica dirigido a los pacientes de patologías crónicas como diabetes, hipertensión arterial, trasplante, epilepsia y enfermedad mental, el cual ha tenido un impacto positivo en el tratamiento de los pacientes de estos programas, y a su vez ha aportado información valiosa a la EPS con relación al comportamiento y estado real de dicha población.

Comité Técnico-Científico —CTC

El primero de octubre de 2015, Savia Salud EPS asumió la operación del Comité Técnico-Científico. El apoyo operativo para la toma de decisiones del CTC fue adjudicado por invitación abierta a la empresa Asesorías, Servicios y Productos para la Salud —ASPS— S.A.S. por un período mínimo de un año.

ASPS planteó un cronograma de trabajo inicial que consta de tres fases así:

- **Fase 1: Empalme**

Duración: dos meses

Durante esta fase se realizará el diagnóstico del funcionamiento del CTC, el ajuste del diseño preliminar de la operación, un levantamiento de línea de base, diagnóstico situacional, evaluación de la productividad esperada y establecimiento de metas.

- **Fase 2: Estabilización de los procesos de apoyo al CTC**

Duración: tres meses

Se realizan los rediseños de la operación del CTC con el fin de intervenir aquellos procesos que estén generando ineficiencia para el logro de los objetivos propuestos, y garantizar el normal funcionamiento de las operaciones.

- **Fase 3: Consolidación de la operación del CTC**

Duración: siete meses

Implementación del modelo propuesto para la intervención de los procesos, procedimientos y dispositivos No POS, esperando generar resultados en uso racional de dichas alternativas.

7.7.2. Otras estrategias

Intervención en el modelo de atención

Con el prestador COHAN se ha implementado un modelo de autorización coordinada con la prestación del servicio, con el objetivo de disminuir el tiempo de atención y respuesta para los pacientes pertenecientes a programas de las siguientes patologías:

- Hemofilia (2014)
- VIH (2015)
- Pacientes con patologías que requieran medicamentos de infusión (2015)
- Enfermedad renal (2014)
- Programa canguros (2014)
- Altas tempranas (2015)
- Enfermedades desmielinizantes (2015)

Intervención de sistemas de información

En conjunto con COHAN, se han desarrollado e implementado dos herramientas para mejorar los canales de comunicación y los tiempos de respuesta para las solicitudes asociadas a medicamentos:

- *Módulo de PQRS*: desarrollo de una herramienta para la automatización y gestión de preguntas, quejas, reclamos y solicitudes asociadas a la oportunidad en la entrega de medicamentos (junio de 2015).
- *HERINCO*: implementación de una herramienta para la prescripción y gestión de los medicamentos orientada a disminuir los tiempos de espera en las centrales de autorizaciones y facilitar el aprovisionamiento de inventarios de medicamentos para garantizar la oportunidad en la entrega (noviembre de 2015).
- *Denominación Común Internacional (DCI) Cumplimiento al Decreto 2200 de 2005*: En cumplimiento de la normativa colombiana, Savia Salud EPS ha exhortado en repetidas oportunidades a su red de prescriptores a acogerse a los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005, los cuales establecen que la prescripción debe realizarse en la Denominación Común Internacional (DCI) de los medicamentos.

Por tal motivo, la EPS implementó desde el mes de septiembre de 2015 un modelo piloto con los medicamentos antirretrovirales, para el cual modificó la parametrización en el sistema de información, y de esta forma garantizar el cumplimiento de dicha normatividad. Este modelo viene siendo replicado con otros grupos de medicamentos, dando prioridad a los que están contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

7.7.3. Retos de Savia Salud EPS en el área de medicamentos

En junio de 2015 entró en operación la Resolución 1479 del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual, entre otras cosas, modificó el modelo bajo el cual se realiza la facturación y pago de las prestaciones que no están contenidas en el POS para el régimen subsidiado de salud. Dicho modelo establece que los prestadores deberán facturar directamente al ente territorial departamental, quien a su vez realizará el pago de dichas prestaciones previo proceso de auditoría.

Este cambio ha generado una enorme distorsión en la prestación de servicios No POS, ya que la responsabilidad de garantizar el pago recae ahora sobre el Departamento y no sobre la EPS, lo cual ha generado incertidumbre entre los prestadores, quienes ante la falta de claridad sobre la auditoría de la facturación y los tiempos de pago, se han abocado a negar la prestación de los servicios No POS. Esto disminuyó la prescripción de servicios y medicamentos No POS, lo que confirma que ha existido un abuso en la prescripción de los mismos.

En el caso específico de dispensación de medicamentos y dispositivos médicos, el impacto que ha tenido la Resolución 1479 de 2015 ha sido muy importante, ya que luego de expedida, COHAN siguió entregando medicamentos No POS con relativa regularidad durante los meses de junio, julio y los primeros días de agosto. Sin embargo, al no haber sido posible establecer un convenio de prestación con el ente territorial departamental, COHAN suspendió la dispensación de medicamentos y dispositivos médicos No POS. Ante esta situación, la EPS decidió asumir el pago de algunas de estas prestaciones para posterior recobro a la Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia, con el objetivo de no poner en riesgo la vida y calidad de vida de los pacientes de algunas enfermedades de altísimo riesgo, como lo son oncología, enfermedad renal, trasplante de órganos, VIH/Sida, tuberculosis y fibrosis quística.

Ya que el Departamento de Antioquia se acogió al modelo II de la Resolución 1479 de 2015, el mayor reto en materia de medicamentos en la actualidad, es llegar a un acuerdo de operación de este esquema planteado con el ente territorial departamental, bajo un modelo de corresponsabilidad que permita garantizar la continuidad en la prestación de los servicios y que promueva el uso racional de dichas alternativas No POS para proteger la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

7.7.4. Conclusión

Si bien el contexto para la prestación del servicio de dispensación de medicamentos y dispositivos médicos durante el año 2015 fue bastante complejo, Savia Salud EPS hizo enormes esfuerzos financieros y avanzó significativamente en la implementación de modelos de negociación y atención que contribuyeron al acceso a estos productos y a la

sostenibilidad financiera de la EPS, tal es el caso del modelo de PGP y el modelo de negociación en el programa de hemofilia.

De igual forma, la EPS avanzó en la implementación de la normatividad colombiana vigente en materia de medicamentos, permitiendo, por un lado, obtener información más confiable para la EPS y en general para el sistema de salud mediante la implementación del CUM como código identificador de medicamentos, y, por otro lado, generar mayores ahorros para la EPS por medio del uso de medicamentos genéricos de excelente calidad y mejor relación de costo-efectividad, acogiéndose a lo establecido por la legislación farmacéutica colombiana vigente y a la política farmacéutica nacional. Tal es el caso de los medicamentos del programa de VIH/Sida, en donde se han logrado resultados importantes en materia de costo-efectividad.

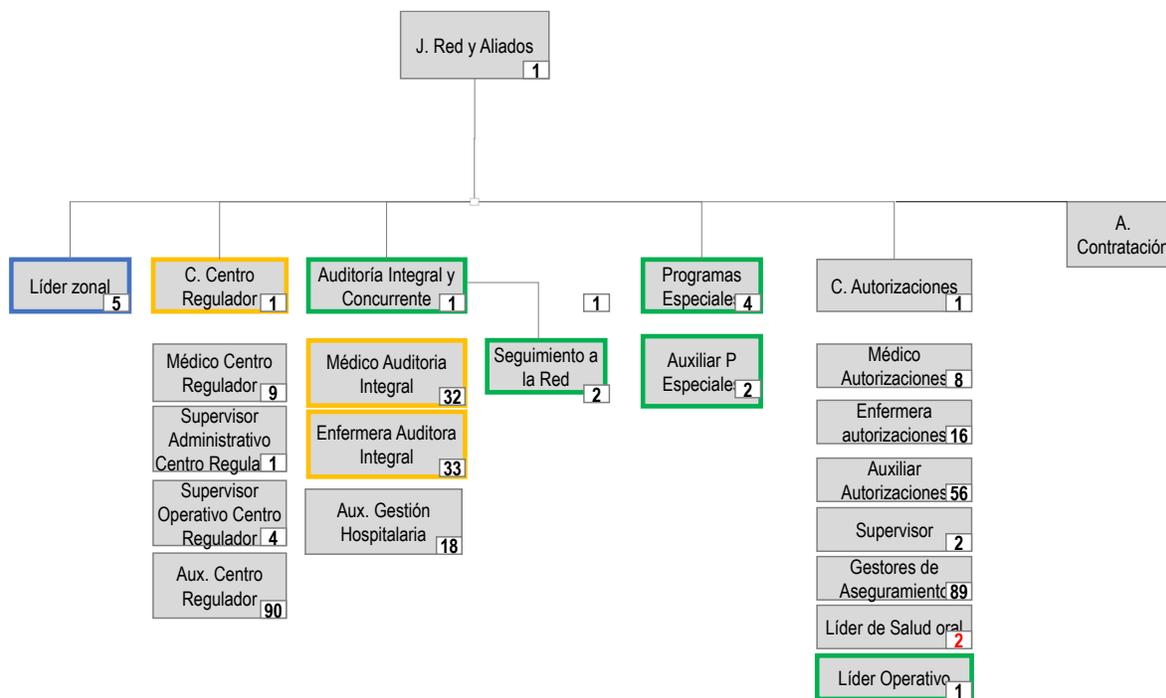
El objetivo de Savia Salud EPS para el 2016 en materia de medicamentos y dispositivos médicos, será fortalecer y afianzar los avances logrados durante el año 2015, y continuar con la implementación de las demás estrategias y actividades de la Política Farmacéutica, con el objetivo de seguir fomentando el uso racional de este tipo de productos, y así contribuir a la sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano y al mejoramiento de la salud y calidad de vida de los afiliados.

7.8. Gestión de red de servicios

7.8.1. Modelo

El modelo de red de servicios se basa en los principios de cogestión del riesgo y resultados por desempeño, busca garantizar el acceso de la población a los servicios de salud con condiciones de equidad, eficiencia y calidad, generando autocuidado de la salud y mejoramiento de las condiciones de vida de los afiliados, propone un esquema de atención para establecer la forma de organización de los niveles de servicio y los sistemas de derivación dentro de la misma red. Además, se establecen las modalidades de atención (ambulatoria y hospitalaria). Asimismo, determina el tipo de servicios que se entregarán por cada nivel y las áreas geográficas que comprenden el ámbito de acción para los municipios en donde tiene presencia la EPS, que para el departamento de Antioquia se denominan subregiones.

7.8.2. Estructura del área



La jefatura de Red y Aliados comprende las áreas de Centro Regulador, Auditoría concurrente (Integral), autorizaciones, contratación y programas especiales.

La función principal de esta área es garantizar el acceso en la prestación de los servicios de salud mediante la conformación de la red integrada de prestadores de servicios para responder a las necesidades en salud de los afiliados a Savia Salud EPS. Para ello se requiere ejercer la operación de la misma.

Durante el año 2015 y en articulación con el operador Comfama, se iniciaron o fortalecieron 3 proyectos que buscan contribuir al logro de los objetivos establecidos en el plan estratégico de Savia Salud EPS. Esos tres proyectos con Cama Fija, Savia Cita y Material de osteosíntesis (MOS).

Adicionalmente se fortalecieron los procesos de autorizaciones y Auditoría presencial, con la apertura de varias sedes descentralizadas que mejoraron de manera notable la accesibilidad para los afiliados, en Auditoría presencial se viró un número importante de IPS de alta complejidad a un modelo integral, que pretende mejorar los resultados frente a las IPS y agilizar el proceso hasta la finalización de la cuenta médica.

Para el mes de septiembre de 2015 se inició el proceso de empalme (entrega de la operación) por parte de Comfama a Savia Salud EPS, este supuso un enorme esfuerzo por todas las áreas, finalizando el mes de diciembre.

7.8.3. Contratación Red Pública

La contratación de la red pública está definida normativamente por el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, en tal sentido Savia Salud EPS realiza contratación directa con las Empresas Sociales del Estado (ESE) hospitales municipales del nivel básico y departamental de segundo y tercer nivel. Para las ESE del nivel básico se contrata con base en un valor fijo/mes que se reconoce por la realización de las actividades en salud que se definen para este nivel de atención, adicionalmente, están consideradas otras actividades por evento y en muchos casos se realiza contratación por presupuesto global prospectivo.

Para el caso de la red pública de segundo y tercer nivel de atención se realiza la contratación fundamentalmente por servicio prestado y/o conjuntos integrales.

El siguiente fue el estado de la contratación del año 2015 para la red básica:

ESTADO DE LA CONTRATACIÓN 2015				
RED PÚBLICA				
NIVEL	EN PROCESO DE NEGOCIACION	CONTRATADO	TOTAL GENERAL	% PARTICIPACION EN META
I NIVEL	6	104	110	95%
II NIVEL	1	17	18	95%
III NIVEL	1	6	7	86%
TOTAL	8	127	135	94%

Para el nivel básico, de un total de 110 contratos a suscribir, se pudo legalizar un total de 104, correspondiente a un cumplimiento del 95%. Las IPS con las cuales no se logró la firma del contrato fueron:

- E.S.E Hospital German Vélez Gutiérrez - Betulia: No se logró acuerdo en forma de pago de parto.
- E.S.E Hospital Guillermo Gaviria Correa - Caicedo: Tarifa que reconoce la EPS para el primer nivel bajo la modalidad de valor monetario persona.

- E.S.E Hospital Horacio Muñoz Suescún – Sopetrán: Tarifa que reconoce la EPS para el primer nivel bajo la modalidad de valor monetario persona.
- E.S.E Hospital La Anunciación - Mutatá: Tarifa que reconoce la EPS para el primer nivel bajo la modalidad de valor monetario persona.
- E.S.E Hospital San Vicente de Paul – Pueblorrico: No acuerdo con la modalidad de pago presupuesto global prospectivo para promoción y prevención, desea se le reconozca por capitación.
- E.S.E Hospital Santa Margarita – Copacabana: No acuerdo en forma de pago de parto.

Con relación a la forma de pago más utilizada para la compra de los servicios de salud en este nivel de atención, fue en primer lugar el valor monetario persona mes “capitación”, seguido por el pago por evento “servicio” y finalmente el presupuesto global prospectivo, el cual es utilizado para servicios preventivos en las ESE, donde puede además coexistir con cápita.

Referente a la red de segundo nivel de atención, de un total de 18 contratos a suscribir, se pudo legalizar un total de 17, correspondiente a un cumplimiento del 95%. La IPS con la cual no se logró la firma del contrato fue la E.S.E Hospital La Merced, de Ciudad Bolívar.

La forma de pago más utilizada en la compra de servicios para este nivel de atención fue el pago por evento “servicio” y en segundo lugar, el pago por paquete integral.

En el tercer nivel de atención, de un total de 7 contratos a suscribir, se legalizaron 6, para un cumplimiento del 86%. Las IPS con la cual no se logró la firma del contrato fue:

- ESE Hospital Universitario de Santander: No disposición para recaudar cuotas de recuperación (copagos y cuotas moderadoras) en las atenciones ambulatorias y hospitalarias. Esta IPS atiende la población de Yondó para actividades e intervenciones de mediana y alta complejidad. Dada la dificultad de acceso hacia Medellín, esta IPS brinda mejor ubicación y acceso.

La principal forma de pago en la compra de servicios para este nivel fue el pago por evento “servicio”.

En total, de 135 contratos a suscribir en el año 2015, se legalizaron 126, correspondientes al 93% del total, cifra inferior en 6 puntos porcentuales al cumplimiento del año 2014. Es de resaltar que este año hubo mayores dificultades para la contratación, debido a la conversión de actividades de promoción y prevención y partos a modelo de pago prospectivo.

7.8.4. Contratación de la Red Privada

Dentro de la política contractual de Savia Salud Eps, se tiene prevista la invitación amplia a todas las instituciones públicas o privados con las que pueda cumplir a cabalidad su objeto social, con el fin de garantizar la pluralidad, transparencia y eficiencia de los recursos puestos bajo su administración, logrando así mejores condiciones contractuales y de servicios que redunden en beneficio de su afiliados y de la organización.

Es así como en el año 2015 se realizó la invitación para conformar y/o complementar la red de prestación de servicios de baja, mediana y alta complejidad para la vigencia primero de julio de 2015 al 30 de junio de 2016. Los servicios objeto de la invitación contemplan fundamentalmente los incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y están dirigidos a la red privada, es potestativo de la red pública participar o no en la misma, por lo explicado anteriormente.

Un grupo de servicios no fue incluido en la invitación, debido a su especialización o a que ya venían operando mediante contratos provenientes de invitaciones específicas, entre los que se encuentran:

- Odontología
- Medicamentos
- Hogares de paso
- Atención domiciliaria
- Material de osteosíntesis
- Nefrología (diálisis)
- VIH

En total se presentaron 156 propuestas, de las cuales se seleccionaron 94 para conformar y/o complementar la red de prestación de servicios, de estos, la gran mayoría (147) correspondió a prestadores privados y 9 a públicos.

Se logró la legalización o perfeccionamiento de 92 de los 94 prestadores seleccionados, correspondientes al 98%. Quedaron faltando el Hospital Pablo Tobón Uribe y la Clínica Cardiovid.

El aumento promedio de las tarifas para el 2015 fue de 4.5% comparado con el 2014, y la diferencia con el IPC 2014 (3,6%) fue 0,9% por encima y similar al incremento del SOAT para el mismo año (4,6%). Prácticamente se mantuvo el valor relativo de las tarifas, lo cual contribuyó con una moderación en el incremento del costo médico.

De manera simultánea se definieron “presupuestos para la ejecución contractual para todas las IPS, constituyéndose en un logro de la contratación”. Estos permiten un control del egreso y monitoreo del mismo, por los equipos de Auditoría dentro de las IPS. Entre las IPS suman \$587.250.000.000 de presupuesto, que sería el valor máximo anual de

facturación para las mismas y propendería por un equilibrio técnico en los resultados financieros.

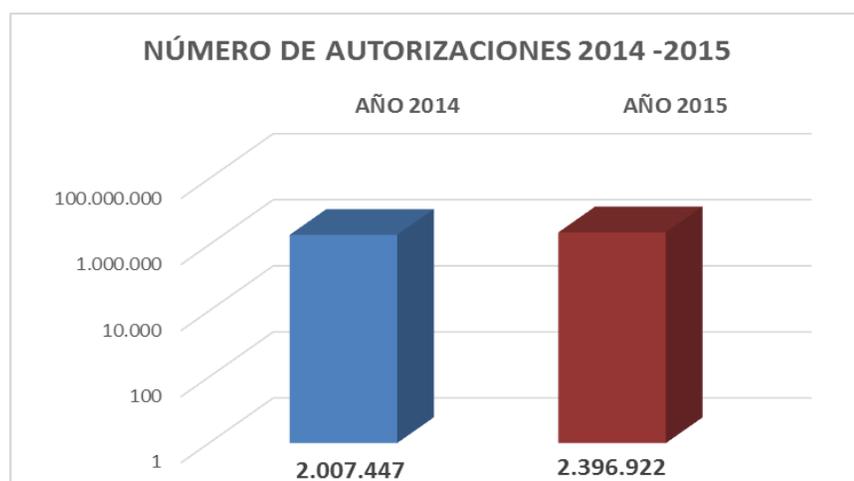
7.8.5. Autorizaciones de servicios de salud

El proceso de autorizaciones pasó a ser operado directamente por Savia Salud EPS a partir del primero de noviembre del 2015, momento hasta el cual venía a cargo de Comfama, sin embargo, es importante mencionar que ya se venía apoyando esta labor en aquellos programas de interés para Savia Salud, como por ejemplo el programa de Hemofilia, VIH/Sida, Renal, servicios No POS, entre otros, en oficinas propias. Desde este proceso se realiza el control del direccionamiento de los servicios de salud a los prestadores de la red, lo que implica a su vez la intervención del costo médico, puesto que cada autorización de servicios se convierte en una obligación por pagar, a la cual se debe hacer reserva técnica.

Número de servicios de salud autorizados

Para el año 2015 los servicios de salud autorizados previamente por Savia Salud EPS fueron 2.395.922. Al comparar el número de autorizaciones con el año 2014, donde se expedieron 2.007.447, el incremento fue del 19,35%, con un pico que sobrepasó las 250.000 autorizaciones en octubre de 2015, lo cual es atribuible al traslado de la población de Caprecom EPS a Savia Salud.

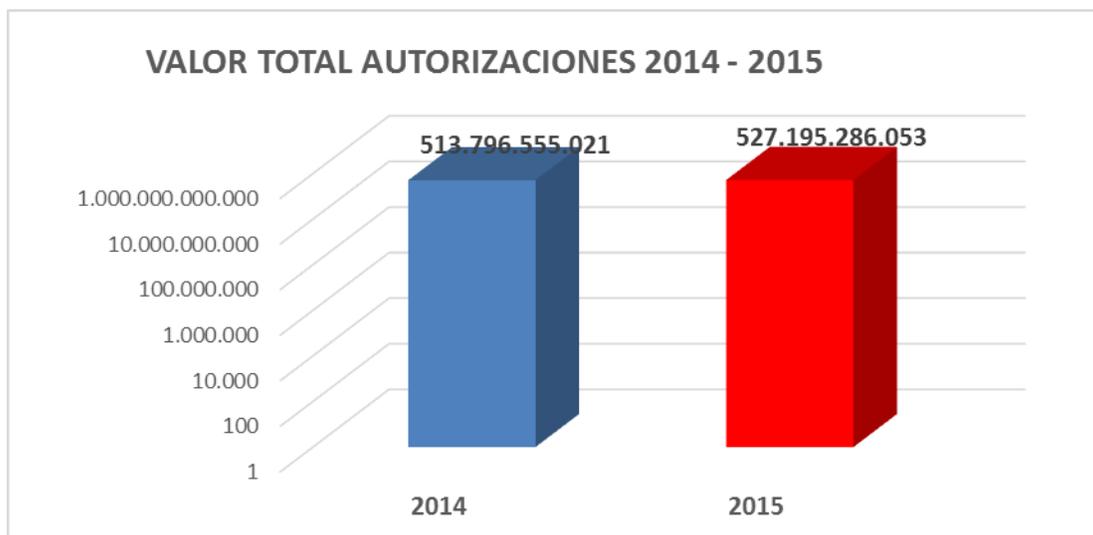
Para los meses de noviembre y diciembre de 2015 se observó un descenso del número de autorizaciones reportadas, lo cual coincide con la recepción de la operación y lo que se debe a faltantes técnicos de información.



Fuente: Entregables Operador e información Savia Salud

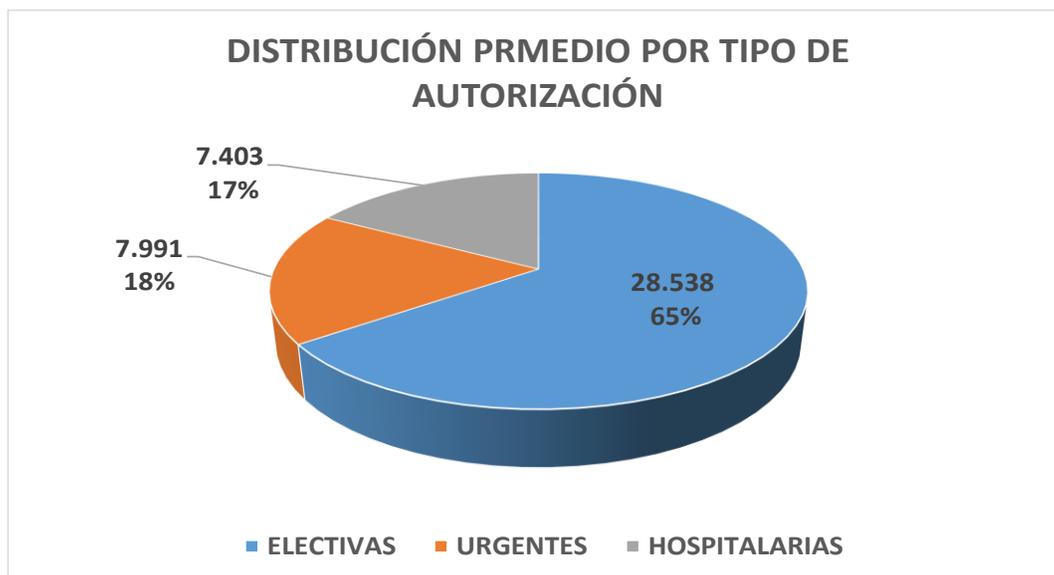
Valor autorizado

El valor de los servicios autorizados previamente, durante el año 2015 fue de \$527.195.286.053, contra \$513.796.555.021 del año 2014, representando un incremento del 2,6%. Lo anterior corresponde a un promedio mensual del costo de los servicios autorizado de \$ 43.932.940.504 para 2015, y \$42.816.379.585 para 2014. El mes de agosto presentó el pico más alto del año (\$53.155.625.062), con un incremento del 24,15% sobre el mismo periodo del 2014.



Fuente: Entregables Operador e información Savia Salud

Al considerar el número total de usuarios que accedieron a los servicios desde las autorizaciones generadas en el año 2015, un total de un millón doscientos sesenta y un mil seiscientos sesenta y tres afiliados (1.261.663) y considerando la población total afiliada a Savia Salud EPS a diciembre del mismo año, un millón seiscientos noventa mil cuatrocientos ocho afiliados (1.690.408) incluidos los usuarios de Caprecom), se tiene que el 74,6% accedió a la prestación de servicios de salud para atenciones de segundo y tercer nivel.



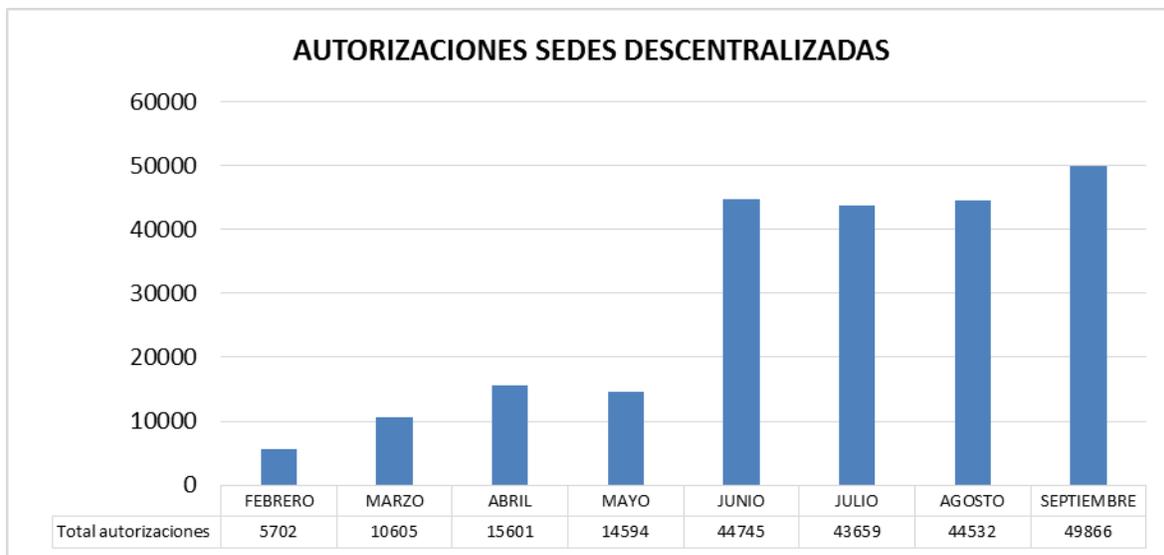
Fuente: Entregables Operador e información Savia Salud

Al desagregar las autorizaciones de servicios para el año 2015, en electivas, urgentes y hospitalarias, se tiene que las primeras representaron el 65%, las urgentes el 18% y las de internación el 16%. Con respecto al costo, las electivas tuvieron un promedio mensual de \$28.538 millones, las urgencias un promedio mes de \$7.991 millones, y las de internación d \$7.403 millones de pesos. Es de anotar que muchos de los servicios prestados no tuvieron autorización previa, ya que los mismos fueron gestionados al momento de presentar la facturación, dado que ese era el modelo de operación anterior.

Si se comparan los periodos mencionados, las especialidades que incrementaron en número de autorizaciones fueron: laboratorio clínico, en 63,39%; atención del paciente quemado; en 56,2%; imágenes diagnósticas, en 28,87%; oftalmología, en 26,35%; ortopedia, en 15,97%; nefrología, en 2,45%; y oncología, en 2,43%.

En contraste, las especialidades que disminuyeron en número fueron medicina interna, con el 75,58%; pediatría, con el 71,96; neurocirugía, en 70,84%; cardiología, en 51,56%; y urología, en 40,3%. Esto es atribuible a los cambios en los modelos de prestación del servicio y a la implementación del programa Savia Cita.

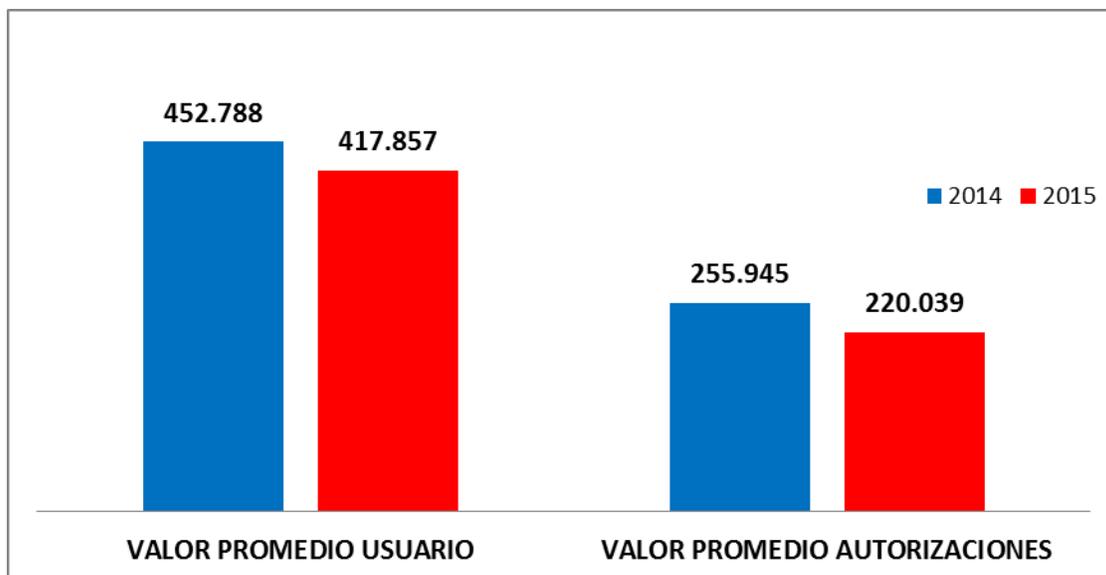
Autorizaciones sedes descentralizadas



Fuente: Coordinación de autorizaciones

La realización de autorizaciones en sedes descentralizadas inició en enero de 2015 como respuesta a la especificidad y proyectos, de manera que se pudiera garantizar el éxito de los mismos, tal como se mencionó anteriormente. Se inició con el montaje de la sede Industriales (enero 2015), para servicios No POS; siguiendo con la sede Av. 33 (enero 2015) donde se llevan los programas de protección renal y hemofilia; sede ART Médica (enero 2015), para reumatología y medicina interna; ESE Hospital Carisma (febrero 2015), para drogodependencia; Hospital Infantil Concejo de Medellín (marzo 2015), para servicios pediátricos; INDEC (mayo 2015), para patologías neurológicas y enfermedades desmielinizantes; HMUA (mayo 2015) para atención del paciente cardiovascular y neuro intervencionismo; Instituto del Corazón (septiembre 2015), para medicina interna; SIES-Comfama para el manejo de VIH, (septiembre 2015); y Laboratorio Echavarría (septiembre 2015), para pruebas de laboratorio clínico.

Costo promedio autorizaciones 2014 – 2015

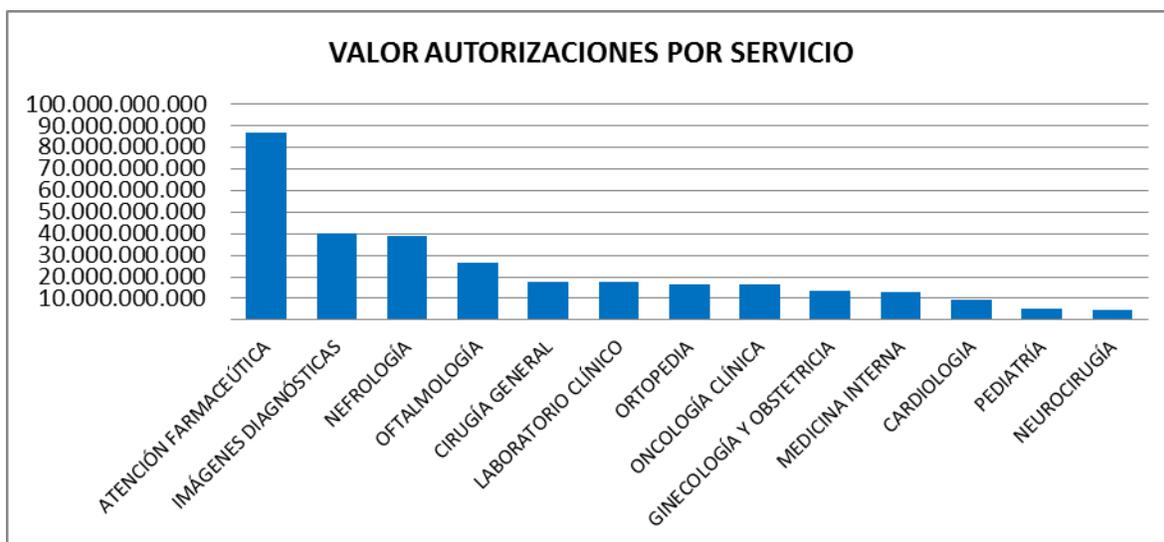


Fuente: Entregables Operador e información Savia Salud

En el año 2015 cada usuario autorizado le costó a la EPS en promedio \$452.788, presentando un decremento de 7,71%, con respecto al año 2014, que fue de \$417.857.

Con relación al costo promedio por autorización, el valor promedio del año 2014 fue de \$255.945, y para el 2015, el promedio anual fue de \$220.039, representando un 14% menos. En la comparación por mes, noviembre es el segundo mes más alto del año, con \$315.369, después del mes de diciembre, que presentó un valor promedio por autorización generada de \$355.992, lo anterior es consecuente con la situación de congestión generada en el periodo de empalme y las ampliación de autorizaciones de carga masiva, que habitualmente son de poco valor relativo y gran volumen.

Valor autorizaciones por especialidad



Fuente: Entregables Operador e información Savia Salud

Para el año 2015, los trece servicios de mayor valor autorizado representan el 58,16% del total de las autorizaciones anuales, siendo los medicamentos el de mayor valor anual, con \$86.773 millones y un promedio mes de \$7.231 millones, representando un valor de 15% menor al gasto de este ítem en 2014, que fue de \$102.277 millones. Ello da cuenta de una importante gestión sobre este rubro.

Le siguen en su orden imágenes diagnósticas, con un promedio de autorización mensual de \$3.321 millones; nefrología, con \$3.232; y oftalmología, con \$2.192 en promedio, siendo la primera especialidad médica por costo. Oftalmología es la especialidad que presenta mayor valor autorizado, por lo cual se decidió intervenir el costo con la inclusión de esta en el programa Savia Cita, desde el primer trimestre del 2015.

Las siguientes tablas resumen el comportamiento de las autorizaciones durante el año 2015 y su comparación con el año inmediatamente anterior:

TABLA RESUMEN AUTORIZACIONES COMPARATIVO 2014- 2015			
ITEM	2014	2015	VARIACION
TOTAL AUTORIZACIONES	2.007.447	2.396.922	19,4%
VALOR DE AUTORIZACIONES	513.796.555.021	527.195.286.053	2,6%
USUARIOS AUTORIZADOS	1.134.741	1.261.663	11,2%

TABLA RESUMEN PROMEDIO AUTORIZACIONES COMPARATIVO 2014- 2015			
ITEM	2014	2015	VARIACION
PROMEDIO COSTO USUARIO	452.788	417.857	-8%
PROMEDIO COSTO AUTORIZACION	255.945	220.039	-14%

7.8.6. Auditoría concurrente – Auditoría Integral

La gestión de auditoría médica concurrente e integral continúa siendo uno de los pilares fundamentales que debe aportar a la sostenibilidad financiera de la EPS y la viabilidad a largo plazo. Esta se ejecuta mediante el seguimiento permanente, sistemático y estructurado de las condiciones en la cuales se prestan los servicios asistenciales a los afiliados a Savia Salud EPS, de manera que se garanticen los atributos de calidad de la atención en salud y el control efectivo del costo en las atenciones de mayor complejidad.

El proceso de Auditoría clínica presencial venía siendo operado por Comfama, para el mes de marzo se define ajustar e implementar, por parte de Savia Salud EPS, una prueba piloto denominada Auditoría Médica Integral —AMI—, cuyos componentes son:

- Seguimiento integrado a la atención.
- Auditoría médica presencial
- Seguimiento a eventos adversos y seguridad del paciente.
- Revisión de la cuenta, conciliación inicial de objeciones, glosas y devoluciones.
- Gestión del evento hospitalario.
- Gestión de los presupuestos concertados con la red de prestadores de mayor complejidad.
- Como producto final facturación por prestación de servicios limpia para pago.

La prueba piloto inició en marzo del 2015, con la empresa de Auditoría médica VCO, en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, posteriormente se extendió a partir del mes de julio al Hospital General de Medellín. Dados los resultados obtenidos, se decidió replicar el modelo con equipo humano propio, dependiente directamente de Savia Salud EPS en las instituciones Hospital Pablo Tobón Uribe, Clínica Universitaria Bolivariana, Clínica Cardiovid y ESE Hospital La María. Posteriormente se contrató con la Universidad CES, la ejecución del modelo para las IPS Clínica Medellín, Clínica El Rosario, IPS Universitaria y Clínica Soma, y se inició con un otros equipos también propios de Savia Salud en las IPS a Hospital San Vicente Fundación sede Medellín, Emmsa, Instituto Neurológico de Colombia, ESE Manuel Uribe Ángel, ESE San Rafael de Itagüí y ESE San Vicente de Paúl de Caldas.

El siguiente cuadro muestra en orden cronológico la implementación del modelo:

IPS Medellín y Oriente	Responsable	Inicio proceso AMI
HMFS	VCO	Mar-15
La María	Savia	Jul-15
HPTU	Savia	Jul-15
HGM	VCO	Jul-15
CUB	Savia	Jul-15
CARDIOVID	Savia	Jul-15
HMUA	Savia	Oct-15
Soma	Ces	Nov-15
IPSU	Ces	Nov-15
INDEC	Savia	Nov-15
ESE Hospital San Rafael [Itagüí]	Savia	Nov-15
EMMSA	Savia	Nov-15
Clínica Medellín	Ces	Nov-15
CLINICA EL ROSARIO	Ces	Nov-15
HUSVF	Savia	Dic-15
Hospital de Caldas	Savia	Ene-16
HOMO	Savia	Mar-16

En el modelo convencional (separada la auditoría médica concurrente de la auditoría de la cuenta médica), continúan las IPS hospitalarias Clínica del Norte, Clínica Sagrado Corazón, Clínica del Prado, Clínica Antioquia y HICM.

De esta forma, la auditoría se está realizando bajo dos modelos, integral y convencional, y tres equipos: el propio de Savia, el contratado con VCO y el contratado con la Universidad CES.

Al finalizar noviembre de 2015 Savia Salud tenía cinco (5) equipos, cada uno con su coordinador, con la responsabilidad de realizar el seguimiento y vigilancia de los resultados en cada IPS.

Igualmente, se cumplieron los procesos de capacitación y de la evaluación de interacción con cada IPS y su equipo responsable, se levantaron las actas de los acuerdos que facilitan

el proceso de interrelación y se concertaron las condiciones de seguimiento y ajustes necesarios para la evaluación del modelo.

De manera simultánea se definieron “presupuestos para la ejecución contractual con todas las IPS, constituyéndose en un logro de la contratación”. Estos permiten un control del egreso y monitoreo del mismo por los equipos de auditoría dentro de las IPS.

La distribución de las IPS por tipo de auditoría y presupuesto es como se relaciona a continuación:

Distribución de IPS por responsable y tipo de auditoría

IPS	Responsable	Tipo de auditoría
HUSVF	SAVIA	AMI
HGM	VCO	AMI
IPSU	CES	AMI
HPTU	SAVIA	AMI
CLÍNICA MEDELLIN	CES	AMI
HMUA	MUA	AMI
HMFS	VCO	AMI
EMMSA	SAVIA	AMI
SOMA	CES	AMI
INDEC	SAVIA	AMI
CLÍNICA EL ROSARIO	CES	AMI
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS [RIONEGRO]	SAVIA	ACP
CARDIOVID	SAVIA	AMI
HOSPITAL LA MARÍA	SAVIA	AMI
HUSVF RIONEGRO	SAVIA	ACP
SOMER	SAVIA	ACP
CLÍNICA DEL PRADO	SAVIA	AMI
SAGRADO CORAZÓN	SAVIA	ACP
CLÍNICA CES	SAVIA	AUTOCONTROL
CLÍNICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA	SAVIA	AMI
SOMER IN CARE	SAVIA	ACP
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL [Itagüí]	SAVIA	AMI
CLÍNICA ANTIOQUIA	SAVIA	ACP

HOSPITAL DE CALDAS	SAVIA	AMI
HOSPITAL DE SABANETA	SAVIA	EN PROCESO
CLÍNICA DEL NORTE	SAVIA	ACP
HOMO	SAVIA	ACP
IDC	SAVIA	EN PROCESO
HOSPITAL CONCEJO DE MEDELLIN	SAVIA	EN PROCESO
IPS UNIVERSITARIA URABÁ	SAVIA	ACP
PANAMERICANA	SAVIA	ACP
FUNDACION SOMA	SAVIA	ACP
CLÍNICA URABÁ	SAVIA	ACP

*AMI (Auditoría Médica Integral)

** ACP (Auditoría Concurrente)

En cada IPS se definieron los mecanismos de análisis para el seguimiento del proceso de AMI o la Auditoría que se realice por parte de Savia Salud, son tres (3) indicadores de gestión, cuyo objetivo es medir los resultados del modelo y trazar las acciones correctivas o planes de mejora:

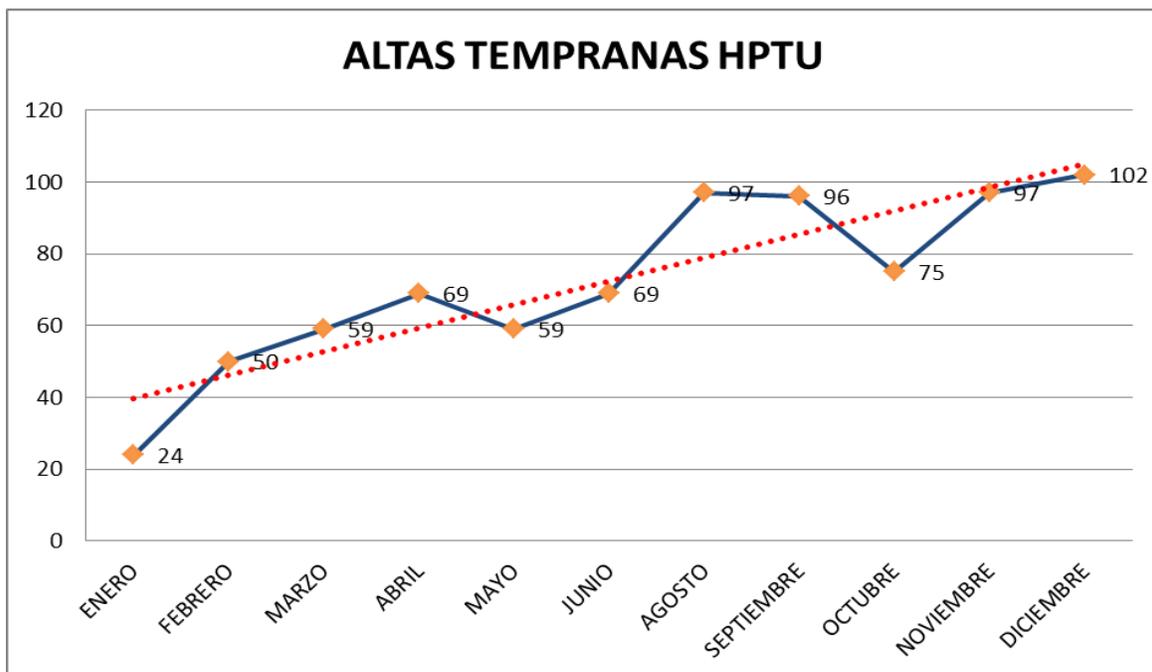
- a. Cumplimiento presupuesto de facturación
- b. Promedio día estancia
- c. Costo medio del evento

A continuación se presentan algunos resultados del modelo de Auditoría Medica Integral (AMI):

Hospital Pablo Tobón Uribe

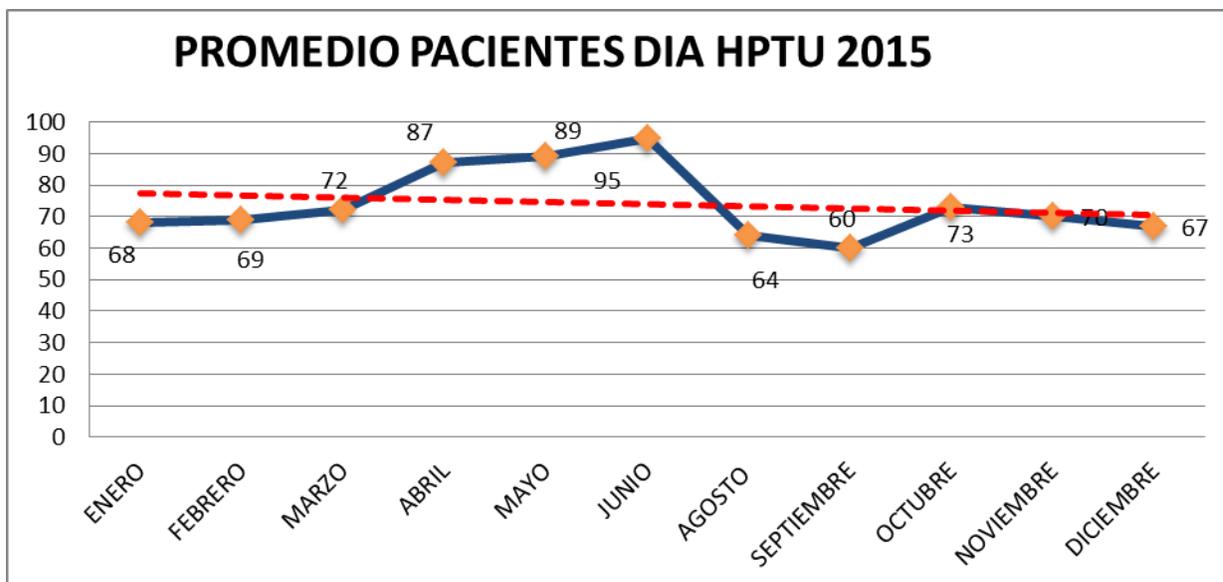
Fue la primera IPS que inició el modelo de auditoría integral propio de Savia. A pesar de ser un modelo aun en pruebas, ya se pueden ver algunos resultados importantes:

Altas Tempranas: con la implementación del modelo se ha facilitado de manera importante el tema de altas tempranas, logrado mediante una adecuada articulación con la IPS, esto indudablemente contribuye a adecuar la estancia por complejidad y la destinación de recursos para la atención.



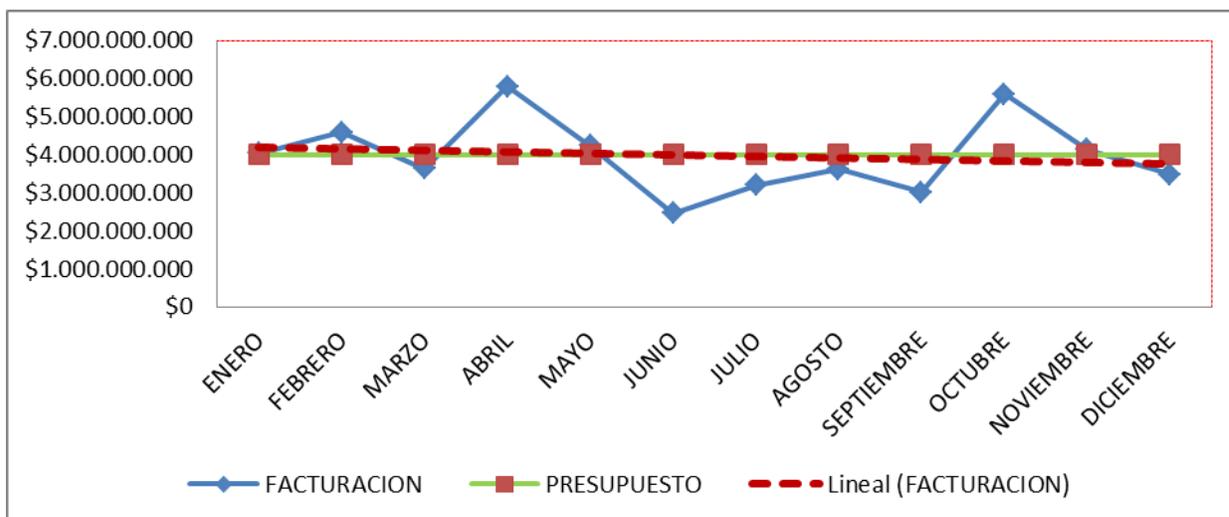
Fuente: Equipo AMI

- Promedio pacientes día: en general se ha presentado una disminución de pacientes hospitalizados por día en el HPTU, adecuando la complejidad de dicha IPS a las patologías manejadas allí. Para el primer semestre de 2015 el promedio era de 80 pacientes por día y en el segundo semestre se logra disminuir a 66 pacientes promedio por día.



Fuente: Equipo AMI

- Facturación por mes 2015: la facturación ha tenido un comportamiento variable con picos importantes en abril y octubre, 5.700 y 5.500 millones respectivamente, manteniendo una ligera tendencia a la baja y al cumplimiento del presupuesto.

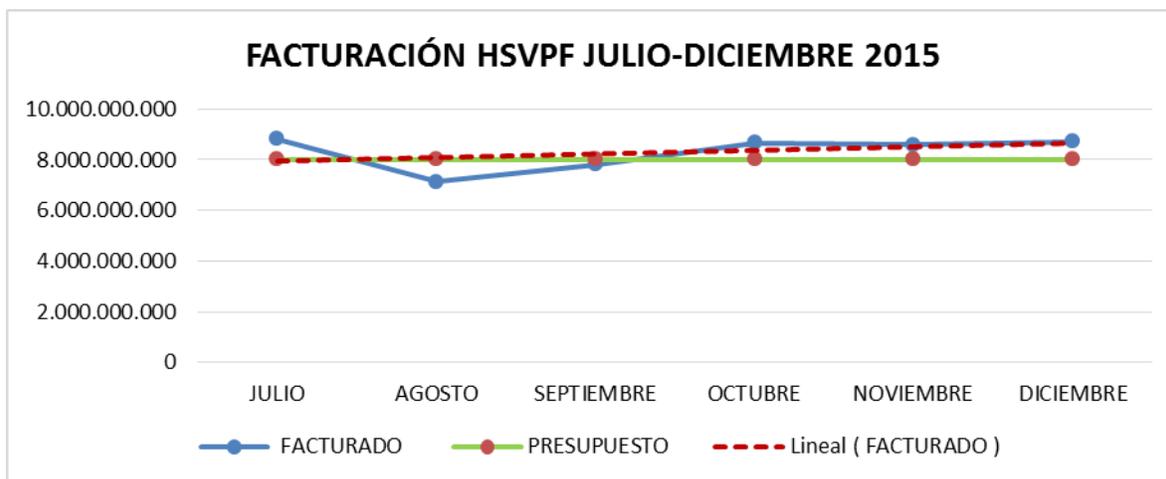


Fuente: Equipo AMI

Hospital San Vicente de Paúl Fundación

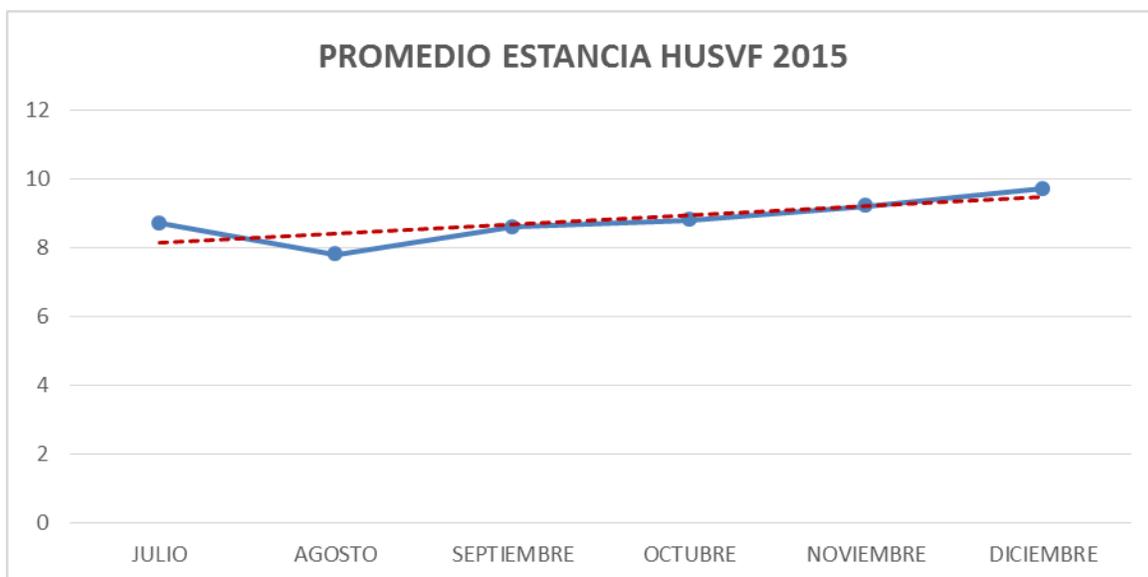
Los principales indicadores del Hospital San Vicente de Paul Fundación son:

- Promedio de la facturación: está alrededor del presupuesto, con 8.292 millones y tendencia ligera al aumento. Sin embargo, como se mencionó anteriormente aún es muy temprano para establecer conclusiones sobre la implementación del modelo es esta IPS.

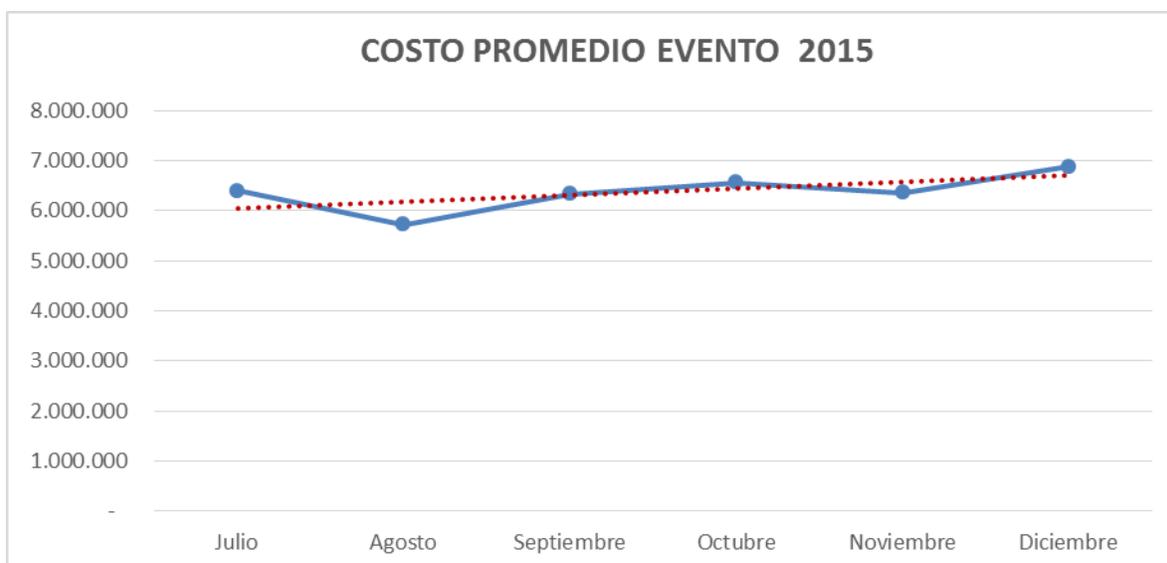


Fuente: Equipo AMI

- Promedio Estancia: la estancia media se ha mantenido en 8,8 días, con una leve tendencia al incremento.



Fuente: Equipo AMI

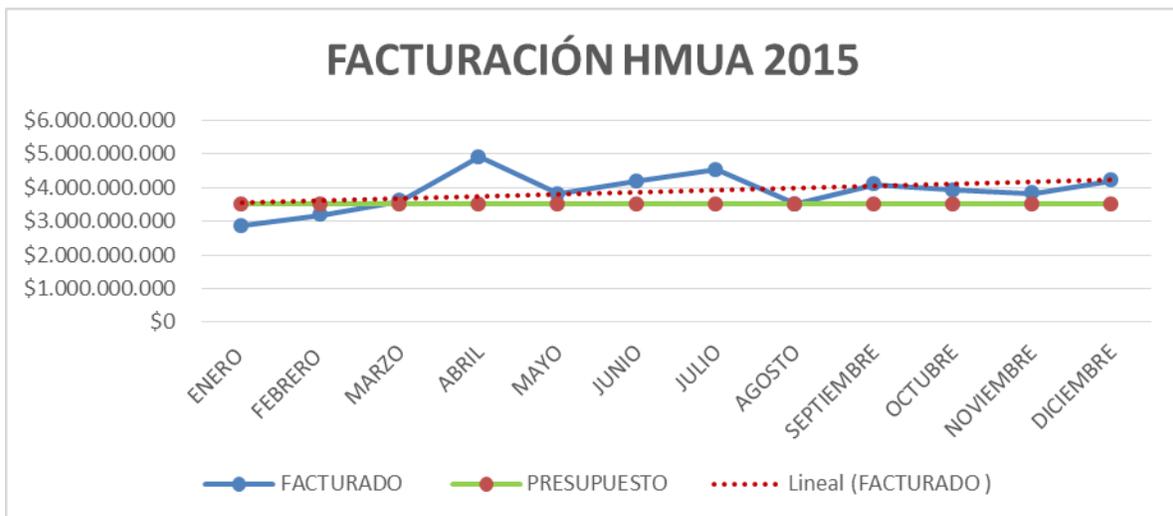


Fuente: Equipo AMI

El costo medio evento se ha mantenido alrededor de \$6.189.000.

ESE Hospital Manuel Uribe Ángel

En la ESE Hospital Manuel Uribe ángel (HMUA), hay una leve tendencia al aumento en la Facturación, el promedio estuvo alrededor de los 3.885 millones, con desviación sobre presupuesto de 3.500 millones y desviación del 10%.



Fuente: Equipo AMI

7.8.7. Programas especiales

7.8.7.1. Programa Cama Fija

Es un modelo de gestión hospitalaria, el cual se caracteriza por la contratación de un número determinado de camas hospitalarias a un valor fijo por cada una de ellas, que es reconocido al hospital independientemente de si las mismas sean o no ocupadas por Savia Salud EPS.

Por la problemática específica, la especialidad tratante ha sido la de medicina interna, la cual es la de mayor demanda institucional y la que genera mayores traumatismos por insuficiencia de red y problemática de pertinencia.

Los principales objetivos que persigue el programa son:

- Disminuir el promedio día de estancia hospitalaria
- Aumentar el giro cama hospitalario

- Mejorar el porcentaje ocupacional hospitalario
- Disminuir el número promedio de hospitalizaciones por año y por paciente con patologías crónicas con riesgo de necesitar atención hospitalaria
- Integrar en forma eficaz y eficiente la gestión del proveedor hospitalario con la de Savia Salud y sus demás proveedores, realizando sinergias de todo tipo.

En el año 2015 el número de egresos totales en las diferentes IPS donde funciona el programa fue de 8.796 pacientes, con un promedio mensual de 733 egresos, comparado con los 5.675 egresos del 2014, que tuvo un promedio mensual de 515 egresos, lo que nos da un incremento del 54% en egresos en el año.

Otro dato significativo del programa es que el 57% de los egresos salen con tratamiento ambulatorio, el 21% egresan para manejo por el programa de alta temprana o medicina domiciliaria y solo un 19% son remitidos a otras especialidades u otros niveles de atención. Esto nos confirma la buena resolutivez del programa, pues tenemos al paciente menos días hospitalizados, con más contacto con su familia y menos gasto hospitalario para la EPS.

Cuando inició el programa en el Hospital General de Medellín (en marzo de 2014), el promedio día estancia en la institución era de 10,8 días, luego de iniciado el programa, terminamos el 2014 con 6,6 días, o sea la reducción fue de 4,2 días. Cerrando el año 2015 el promedio se comportó en 6,2 días, representando una mejoría ostensible con relación a la línea de base.

En la IPS Universitaria, la línea de base en agosto de 2014 era de 11,3 días, y terminó el 2015 con 7,1, o sea, 4,2 días promedio menos que en el inicio.

Para estas dos instituciones de alta complejidad, podemos evidenciar importantes mejoras, como la optimización de la prescripción de fármacos y ayudas diagnósticas. Además, hay beneficios para el paciente, que va a estar menos días internado en una institución hospitalaria, con la consecuente disminución de riesgos asociados a la misma, de otra parte se optimiza el uso de la cama, teniendo la posibilidad de hospitalizar más pacientes.

El programa de cama fija en la ESE Hospital La María se inició con la atención de los pacientes de VIH, en los cuales, por lo general, la estancia es prolongada. Lo llamativo es que a pesar de implementar la atención de este tipo de pacientes, el promedio día estancia no se afectó y permaneció estable, es decir, atendimos pacientes más complejos conservando los indicadores de estancia.

En el indicador de giro-cama, encontramos resultados positivos en las diferentes IPS, lo que quiere decir que estamos atendiendo más pacientes con el mismo recurso y resolvemos patologías a mayor número de pacientes.

El programa Cama Fija tiene ocupaciones sostenidas durante todo el año por encima del 90%, misión que no es fácil, por todas las situaciones que afectan la ocupación. Sin embargo, este es otro argumento que se tiene para validar la importancia del programa en la gestión de Savia Salud EPS. La meta es llegar a tener alrededor de un 100% en ocupación.

En el HGM iniciamos el 2014 con un indicador giro-cama de 2,7 y cerramos el 2015 con 5,5. En la IPS Universitaria, iniciamos el 2014 con un giro de 2,6 y cerramos el 2015 con 4,6. Con la evolución de este indicador se corrobora que se genera más acceso al servicio para los pacientes con el mismo recurso, además impacta la alta demanda del servicio de medicina interna.

Los egresos del programa cama fija en el HGM durante 2015 fueron 2.522, si calculamos los 4,6 días que disminuyó el promedio día estancia en el HGM, podemos afirmar que con el programa de Cama Fija, Savia Salud EPS optimizó 11.601 días de hospitalización.

En general se pueden definir los siguientes resultados para el programa:

- Mejor gestión de las remisiones no pertinentes a la alta complejidad de atención, agotando la capacidad resolutive de la mediana y baja complejidad.
- Disminución del número de intervenciones no asociadas con la patología que obliga a la hospitalización y que pueden ser incluso de manejo ambulatorio.
- Aumento del indicador giro-cama, generando entre otros aspectos mayor accesibilidad a los servicios de mayor complejidad de los pacientes internados en la mediana y baja complejidad.
- Mayor gobernabilidad de la red de prestadores: asignación de pacientes de acuerdo con la complejidad efectiva necesaria, oportunidad en la asignación del paciente de acuerdo con la disponibilidad más inmediata en la misma.
- Mejor utilización de la capacidad instalada real de los prestadores, que además permite la utilización de la alta complejidad, manteniendo internado al paciente en la mediana complejidad.
- Mayor costo evitado al disminuir el valor promedio día estancia, al bajar el nivel de complejidad de la atención, principalmente en las contrarremisiones de tercero a segundo nivel.

7.8.7.2. Programa de Medicina Domiciliaria

Para el año 2014 Savia Salud EPS contaba con tres proveedores de medicina domiciliaria, con dificultades de cobertura para el programa, además presentaban inoportunidad en la

gestión. En 2015, Savia Salud EPS, implementó el programa propio de medicina domiciliaria, a través de un operador, con lo cual se ha aumentado la cobertura de las IPS con presencia del programa, además representó disminución de trámites administrativos que mejoran la oportunidad y disminución del tiempo para el egreso del paciente.

En lo corrido de agosto a diciembre de 2015, el programa de medicina domiciliaria de Savia Salud ingresó 850 pacientes desde las diferentes IPS de mayor complejidad, lo que sumado a los más de 5 mil usuarios de los otros proveedores, alcanzó un número aproximado de 6 mil usuarios, que pasaron por el programa durante el 2015, cifra muy superior a los ingresos a medicina domiciliaria del año 2014, que no superó los 300 usuarios. Muchos de estos usuarios irían a ocupar camas hospitalarias, las cuales tiene un costo superior a la de medicina domiciliaria, esto representa ahorros aproximados de un 80% promedio, con relación a la hospitalización en IPS de mediana y alta complejidad.

7.8.7.3. Programa Material de Osteosíntesis (MOS)

En junio del 2014 Savia Salud EPS invitó a presentar propuestas para la adquisición (venta y suministro) de material de osteosíntesis (MOS). El programa inició operación a inicios del 2015, debido a los ajustes previos a la operación, que implicaban temas de referenciación, ajustes técnicos y procesos de negociación.

Los principales objetivos del programa son:

- Garantizar la disponibilidad y el ingreso de MOS en las condiciones establecidas por Savia Salud EPS y negociadas con las IPS y los proveedores.
- Asegurar que el MOS comprado por Savia Salud EPS, cumpla con todas las normas, generando confianza al paciente, al especialista y a la IPS.
- Optimizar el recurso económico.

Las empresas proveedoras de MOS, con las cuales se ha venido desarrollando el programa son:

- Industrias Médicas Sampedro S.A.S.
- Bioart S.A.
- Suplemédicos S.A.S.
- Diverquin S.A.S.
- Ortomac S.A.S.
- Synthes de Colombia S.A.S. ahora Johnson y Johnson de Colombia S.A.S.
- Implantes y Sistemas Ortopédicos S.A.

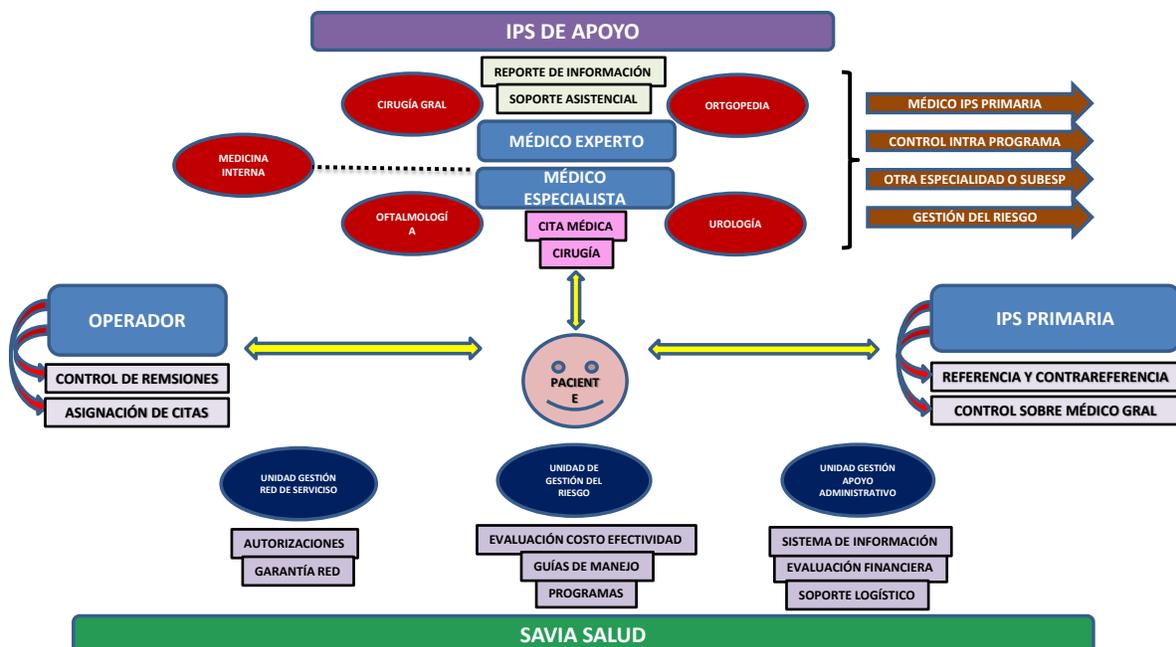
El programa se ha venido consolidando a lo largo del año 2015 y funciona en las siguientes IPS

- Hospital San Rafael de Itagüí
- Nueva Clínica Sagrado Corazón
- Clínica El Rosario sede Centro
- Clínica El Rosario sede Poblado
- Clínica Antioquia sede Itagüí
- Clínica Antioquia sede Bello
- Hospital San Vicente de Paul Caldas
- Hospital San Jerónimo de Montería.

Durante el año 2015 se realizaron 385 cirugías con uso de MOS aportado por Savia Salud EPS, con un ahorro calculado de cerca de 200 millones de pesos.

7.8.7.4. Programa Savia Cita

Este programa pretende tener profesionales especializados, que con su conocimiento y disposición defiendan los intereses del paciente y de Savia Salud EPS, permitiendo en primer lugar brindar una atención en salud oportuna, segura y pertinente a los afiliados, pero a su vez contribuyendo a optimizar el costo médico, y de esta manera, al logro del equilibrio financiero y a la supervivencia institucional.



El modelo parte del empoderamiento del médico general o médico experto para asumir la evaluación adecuada del paciente, y establecer un contacto con el médico especializado para abordar de manera conjunta el manejo del paciente.

De otra parte cobra gran importancia la estandarización de manejo del paciente mediante la adopción de guías, que son concertadas con el médico de Savia Cita, situación que se hace más difícil cuando se trata de profesionales de otras IPS.

Este programa se convierte en una estrategia costo/efectiva para la EPS, por el compromiso que se logra por parte del profesional especializado con el paciente desde la esfera personal y con Savia Salud desde lo institucional, es decir, es la mejor manera de alinear los objetivos institucionales con los de calidad y oportunidad para las atenciones del paciente.

Las especialidades del programa, que inició en el año 2015, son:

	Especialidad
1	Medicina Interna
2	Neumología
3	Pediatría
4	Endocrinología pediátrica
5	Ginecobstetricia
6	Mastología
7	Otorrinolaringología
8	Neurocirugía
9	Neuro intervencionismo
10	Urología
11	Oftalmología
12	Retinología
13	Psiquiatría
14	Fonoaudiología
15	Alergología

Al cierre del 2015 el programa contaba con 15 especialidades, estas son las de mayor frecuencia de solicitud y particularmente importantes, dada la mejora del acceso para los usuarios, además de los costos asociados que generan.

7.9. Gestión de cuenta médica, glosas y recobros

El Área de Cuentas Médicas tiene como objetivo garantizar el procesamiento integral de la facturación que le presentan los diferentes prestadores de servicios de salud a Savia Salud, abarcando las fases de radicación, mantenimiento, auditoría técnica, auditoría médica, listo para pago, respuesta a glosas, recobros y almacenamiento de las facturas.

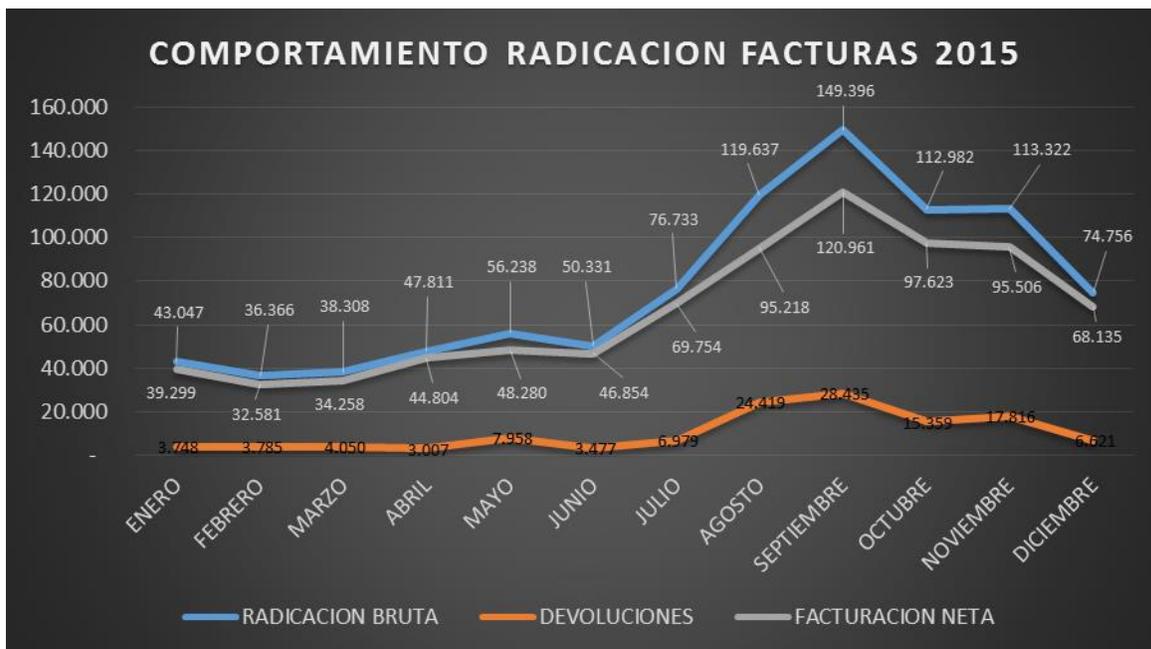
Durante el año 2015 (corte a diciembre) la producción del procesamiento a la facturación presentada a Savia Salud, se resume en el siguiente cuadro:

Estados Facturación	Valor (millones \$)	%
Radicado bruto	\$ 882.666	100%
Devoluciones	\$ 121.974	14%
Radicado neto	\$ 760.692	86%

Fuente: Cierres Contables mensuales Savia Salud. Integra 8.0

La radicación bruta tuvo un promedio mes de \$73.547 millones, teniendo un comportamiento diferente los dos semestres año: en el primer semestre todos los meses estuvieron por debajo del promedio anual, siendo el mes de febrero el más bajo del año con \$36.366 millones; mientras que en el segundo semestre, todos los meses estuvieron por encima del promedio año, siendo el mes de septiembre el más alto del año con \$149.396 millones y presentando el periodo agosto-noviembre una radicación superior a los \$100.000 millones mensuales.

En relación con el año 2014, la radicación bruta del 2015 tuvo una disminución del 12,1%, pasando de \$1.004 billones a \$ 882.566 millones, y de un promedio mensual de radicación de \$83.689 a \$73.547 millones. Entre las variables que explican esta disminución están la disminución del número de afiliados entre 2014 y 2015, y las mejores condiciones de contratación que se negociaron en el año 2015.



Las devoluciones, que corresponden a facturas presentadas por las IPS que no cumplen requisitos de ley para ser radicadas y entrar en el proceso de revisión y pago, representaron el 13,4% de la radicación bruta, conllevando a reprocesos y dificultades para el pago oportuno que Savia Saluda debe hacerles a las diferentes IPS y proveedores. Estas tuvieron un comportamiento estable hasta el mes de julio, con un promedio del 9%, pero en el periodo agosto-noviembre presentaron un incremento notorio, alcanzando valores superiores a los \$15.000 millones, con un promedio para este periodo del 17,2%. Dentro de entre las principales causales analizadas de este incremento están la falta de autorización para unas IPS, con las que se llegó a un acuerdo de atender solo los requerimientos iniciales de urgencias; y la falta de competencia para el pago de atenciones No POS, específicamente después de entrada en vigencia la Resolución 1479 de 2015.

La radicación bruta, considerando el número de facturas en el año 2015, fue de 1.422.192, con un promedio mensual de facturas radicadas de 118.516. En ello se observa un incremento en la facturación desde el mes de julio, alcanzando un pico máximo de 271.972 facturas radicadas que corresponde con los resultados de estrategia conjunta definida con el operador para poner al día la facturación represada, que estaba ocasionando dificultades de relacionamiento con la red de prestadores.

En relación con la radicación bruta y el número de facturas, se presentó una disminución del 8,2% en el año 2015, comparado con el 2014, pasando de un promedio mensual de 129.174 facturas radicadas en el 2014 a 118.516 en el 2015.

La radicación neta, considerando el número de facturas en el año 2015, fue de 1.373.401, con un promedio factura de \$529.084, explicado por el gran número de instituciones de baja y mediana complejidad que facturan servicios de salud a Savia en relación con las de alta complejidad.

7.9.1. Hecho relevante

En el año 2015 se decide asumir el manejo de los procesos no gerenciales que estaban contratados con el operador Comfama, entre ellos, el de cuentas médicas subcontratadas con un tercero. Al respecto, sucedían hechos como los que se enumeran a continuación — entre los principales— que justificaron la decisión desde el Área de Cuentas Médicas:

- Control indirecto y retrospectivo del proceso
- Dificultades de relacionamiento con las IPS por inoportunidad en el procesamiento de las Cuentas Médicas
- Devoluciones y glosas injustificadas
- Gran debilidad en el componente de la auditoría concurrente

En consideración de lo anterior, a partir del 1 de diciembre del 2015, Savia Salud empezó la implementación de un modelo que tiene las siguientes características:

- Un control directo sobre el proceso de la Auditoría de las Cuentas Médicas.
- Combinación de la Auditoría Médica Integral en las IPS de mayor volumen de facturación con la Auditoría retrospectiva en aquellas IPS que prestan mayormente servicios ambulatorios y de menor volumen de facturación.
- Mezcla de operadores externos (dos con auditoría integral y dos con auditoría retrospectiva) con el proceso operado directamente por Savia Salud tanto en la auditoría integral como en la auditoría retrospectiva.

Con el desarrollo de este modelo Savia Salud pretende impactar en la disminución del costo médico, al intervenir de manera oportuna las estancias hospitalarias inadecuadas y prolongadas, tener un control directo y permanente sobre los techos de facturación asignados a los hospitales, intervenir y garantizar las altas tempranas y el programa de atención hospitalaria, y la resolución de glosas de manera directa y oportuna en los hospitales donde se prestan los servicios.

7.9.2. Recuperación de valor

Desde el Área de Cuentas Médicas se procesa la facturación con resultados que conllevan a la recuperación de valor para la Institución como Recobros, Glosas y conciliaciones administrativas.

7.9.2.1. Recobros

Los recobros tienen dos componentes.

1. Recobros a cápita

Estado recobros	VALOR
Marcados en el aplicativo	16.086
Conciliados con acta	2.244

Fuente: Integra 8.0 y actas / Cifras en millones de pesos

Los recobros a cápita marcados en el aplicativo durante el año 2015, fueron de \$16.086 millones que corresponden al 5,3% de la facturación de la capitación anual. Hasta el mes de diciembre de 2015, se habían conciliado con las ESE \$2.244 millones, correspondientes al 14% del valor marcado. Allí se encontraron las siguientes dificultades: el cambio del aplicativo Integra 8.0; la poca receptividad por parte de las ESE al llamado de la conciliación de los recobros; y el proceso de entrega por parte del operador Comfama.

Para subsanar esta situación, se programó para el mes de enero de 2016, la liquidación de los contratos pendientes y aprovechar este espacio para conciliar los recobros de 2015 aún pendientes, así como recuperar a manera de descuentos el valor indicado, con lo cual se mejorarían los indicadores financieros institucionales.

2. Recobros por atenciones NO POS a la SSSA y el Fosyga durante el año 2015, tuvo el siguiente comportamiento:

Recobros	SSSA	FOSYGA	TOTAL	%
Tutelas	\$ 12.142	\$ 4.514	16.656	20%
CTC	\$ 66.737	N.A	66.737	80%
Totales	78.879	4.514	83.393	100%
%	95%	5%	100%	

Cifras en millones de pesos

El promedio mensual de cobros a la SSSA durante el 2015 fue de \$6.570 millones. Allí se observó el siguiente comportamiento por el efecto de la implementación de la Resolución 1479 de junio 2015: en el periodo enero-mayo, un promedio mensual de \$9.080 millones; y de junio a diciembre, de \$5.642 millones. Es decir que hubo una disminución de los cobros en un 37,8%, desde la radicación de facturas a la SSSA.

En el año 2014, los cobros totales a la SSSA fueron de \$107.902 millones y al compararse con el año 2015 se evidencia una disminución anual de \$ 29.023 millones con una variación negativa del 26,8%. Dicha variación es explicada porque en el 2014 se incluyeron los cobros del 2013, y por el efecto del cambio normativo de la Resolución 1479.

7.9.2.2. Glosas

Durante el periodo 2015, la glosa inicial generada a las IPS fue de \$70.987 millones, que sobre un radicado neto de \$ 726.433 millones, corresponde a un 9,7%.

RESULTADOS	VALOR (millones de pesos)	%
Glosa inicial	\$ 70.987	9,7
Saldos pendientes	\$ 48.378	

Fuente: Integra 8.0 conciliada con el Área Contable.

El saldo pendiente de glosas al terminar la vigencia 2015 fue de \$48.378 millones, lo cual evidencia que se gestionaron \$22.609 millones de glosas durante la vigencia en una instancia técnica, quedando en no acuerdos el 6,6% del valor radicado neto.

Las causales de glosas generadas en el proceso de la Auditoría de la cuenta médica durante el 2015, fueron:

CAUSAL	PORCENTAJE
Facturación	30
Tarifa	19
Pertinencia	18
Cobertura	18
Soportes	12
Autorizaciones	2
Total	100

Las dos primeras causales representan el 50%, indicando que aún existen dificultades en la interpretación de manuales tarifarios y zonas grises en la claridad de los contenidos del POS y, de igual manera, dificultades en la facturación de tarifas. Para intervenir estas situaciones, Savia Salud elaboró un manual que contiene los lineamientos para la facturación de servicios y se designó un funcionario para la parametrización de los contratos en el aplicativo Integra 8.0.

7.9.2.3. Conciliaciones

En el 2015, desde el Área de Cuentas Médicas, se realizaron conciliaciones de varias vigencias —en mayor proporción de saldos de glosas de 2014—, con 30 IPS por un valor de \$21.395. Estas IPS aceptaron \$5.125 millones, es decir el 24%, el cual es superior al porcentaje de glosa inicial y final. Esta gestión técnica contribuyó al mejoramiento de los estados financieros de la EPS.

7.10. Gestión de pagos y recaudo

7.10.1. Pagos

Durante el año 2015, Savia Salud EPS realizó los siguientes pagos por servicios de salud, clasificados por cada mecanismo de pago:

AÑO 2015	MECANISMO DE PAGO							TOTAL
	GIRO DIRECTO NACIONAL O TERRITORIAL (84%)					PAGO DE SAVIA		
	Giro Ministerio (Res. 2320/2011)	Giro Esf. Prop. Departament o	Giro Esf. Prop. Municipios	Venta de cartera Fosyga (Res. 3239/2013)	Crédito Findeter	Cruce con recobros	Pago por tesorería	
TOTAL	745.303	114.223	27.333	28.471	71.472	8.490	172.886	1.168.179
	64%	10%	2%	2%	6%	1%	15%	100%

Cifras en millones de pesos. Fuente: SAP / Enero 1 de 2015 al 31 de diciembre 2015

El 84% de los pagos fueron a través de giro directo a prestadores. Vale resaltar el esfuerzo del pago por venta de cartera y el crédito Findeter, que suman cerca de cien mil millones de pesos, los cuales también hacen parte del giro directo.

Savia Salud ha pagado \$302.562 millones por servicios de salud bajo la modalidad de cápita y \$865.616 millones por evento.

7.10.1.1. Venta de cartera Fosyga

En cumplimiento de la Resolución 3239 de 2013 y sus modificaciones, en el año 2015 se realizaron dos operaciones de compra directa de cartera de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con cargo al Fosyga y su posterior pago por parte de Savia Salud EPS.

Operación 1, realizada en abril, pagada en mayo y junio: \$8.955 millones.

Operación 2, realizada en agosto, pagada en septiembre: \$19.515 millones-

7.10.1.2. Línea de crédito con tasa compensada – Findeter

En el mes de septiembre Savia Salud EPS presentó al Ministerio de Salud y Protección Social, la solicitud para acceder a los recursos de la línea de crédito con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. – Findeter. Luego de revisar el cumplimiento de todos los requisitos exigidos en la Resolución 3460 de septiembre de 2015, se aprobó el valor total solicitado por la EPS de \$71.472 millones. Estos recursos fueron trasladados en un 100% a los proveedores de servicios de salud con cartera mayor a 90 días, y también se utilizaron para el pago de conciliación de glosas.

7.10.2. Recaudo UPC

Savia Salud EPS recibió en el año 2015 un billón de pesos por concepto de UPC de Régimen Subsidiado, discriminado por las siguientes fuentes de financiación:

FOSYGA	493.350	45%
Sistema General de Participación (SGP)	415.661	38%
Esfuerzo Propio	155.162	14%
Otras Fuentes (Coljuegos)	23.511	2%
Total	1.087.684	100%

Fuente: Liquidación mensual de afiliados. Ministerio de Salud y Protección Social

Con cargo a estos recursos se autorizaron giros directos a las IPS por valor de \$886.859 millones, se pagaron \$60.000 millones al Ministerio de Salud por la venta de cartera y a la tesorería de Savia Salud EPS ingresaron \$140.825 millones.

7.10.3. Recobros por servicios NO POS

En el año 2015 se radicaron en la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia —SSSA— recobros por valor de \$75.513 millones y se recibieron pagos por \$28.885 millones, adicionalmente, en el mes de junio, Savia Salud EPS firmó un acuerdo de pago con el Departamento de Antioquia por \$71.472 millones, por concepto de recobros No Pos. Este acuerdo fue la garantía para la aprobación del crédito con Findeter. La cartera al 31 de diciembre por este concepto es de \$62.334 millones

En el año 2015 se radicaron en el Fosyga recobros por un valor de \$4.515 millones y se recibieron pagos por \$626 millones. La cartera al 31 de diciembre es de \$3.888 millones.

En conclusión Savia Salud EPS recibió recursos por valor de \$29.461 millones por concepto de recobros No POS.

Savia Salud EPS destinó \$42.315 millones de los aportes de capital para pago a proveedores de servicios de salud.

7.11. Gestión y situación jurídica

7.11.1. Procesos judiciales

- Tutela contra el Ministerio de Salud:

La oficina jurídica frente a la afectación que tenía por los descuentos por las restituciones, interpuso una acción de tutela contra el Ministerio de Salud, la cual le correspondió a la Sala Tercera de Decisión del Tribunal Administrativo de Antioquia. Esta, mediante decisión judicial del día 21 de enero de 2015, emitió el fallo a favor de Savia Salud EPS por el derecho al debido proceso, el cual estaba siendo vulnerado por el Ministerio de Salud y Protección Social al efectuar los descuentos y reintegros por deficiencias en la información, sin permitir el derecho de defensa y contradicción al accionante, es decir a Savia Salud.

El Tribunal ordenó también al Ministerio de Salud y Protección Social que a partir de la notificación de la mencionada providencia, cuando haya de efectuar los descuentos y reintegros a que alude el artículo 17 del Decreto 971 de 2011, deberá adelantar dicho trámite siguiendo el debido proceso, informándole a Savia Salud EPS previamente el alcance de dichos descuentos, con el objeto de que la entidad en vía administrativa, ejerza su derecho de defensa.

Inconforme con la decisión, el Ministerio de Salud y Protección Social impugnó la decisión del Tribunal Administrativo de Antioquia ante el Honorable Consejo de Estado, la cual con ponencia del magistrado Alfonso Vargas Rincón, confirmó la decisión emitida por el Tribunal Administrativo. El magistrado argumentó como razones el respeto al debido proceso y el principio de confianza legítima.

Si bien es cierto que se tuteló el derecho al debido proceso a favor de la EPS, a la fecha este no se garantiza aún en su totalidad, situación que impacta negativamente en las finanzas de la entidad, toda vez que el tema de restituciones sin la garantía del derecho vulnerado va en contravía de los preceptos legales que rigen la materia.

7.11.2. Proyecto reducción de tutelas

En el año 2015 el promedio de acciones de tutela instauradas contra Savia ascendió a 600 por mes. Se mantienen como principales causas de tutela el suministro de medicamentos No POS, donde predominan las solicitudes de medicamentos negados por el CTC, por no cumplir la indicación Invima; seguido por la solicitud de servicios excluidos en el POS (tales como suministro de pañales, viáticos, albergues, sillas de ruedas y atención integral con exoneración de copagos, entre otras), con el agravante de que al ser lo No POS responsabilidad del ente territorial por disposición legal, el número de tutelas por este concepto ha aumentado, ante la imposibilidad de dicho ente de cancelar a tiempo a los prestadores estos servicios.

Savia se ha propuesto la reducción de tutelas, mediante un proyecto que consiste en ubicar funcionarios de la EPS en la Personería de Medellín y algunas personerías municipales del Área Metropolitana, así como en el edificio de La Alpujarra, con el fin de que a través de la entrega de la orden de servicio al usuario, se evite la potencial tutela. A través de mecanismos administrativos ante los diversos actores y de gestión como el anterior, se ha logrado rebajar el número de tutelas en más de 3.678 en el último año.

De igual forma, con la recepción a Comfama del proceso de tutelas producto de la terminación del contrato de operación, se han controlado de manera directa los diferentes riesgos que hacen que la atención inadecuada de una acción de tutela se concrete en desacato, y por ende en sanción pecuniaria o de arresto para el representante de la entidad.

También se creó un grupo para responder las acciones de tutela que se interponen en contra de la EPS, que tiene la responsabilidad de responderlas dentro del término y garantizar el recobro ante la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia o ante el

Fosyga, dada su competencia residual para que con fundamento en la sentencia C-252 de 2010, se ordene el recobro al Fosyga.

Sumado a lo anterior se hizo un convenio con las personerías de Envigado, Itagüí y Bello, mediante el cual se logró, en los dos primeros municipios, la atención de 711 usuarios entre octubre y diciembre del 2015. Con ello se evitó potenciales tutelas y desacatos. Así mismo, en la personería de Bello, se ubicó una colaboradora para evitar tutelas y desacatos con resultados muy satisfactorios para el ciudadano y para Savia Salud EPS.

Esta estrategia de reducción de tutelas vía gestión administrativa se socializara con los personeros electos, pues dicha medida no solo humaniza el servicio, sino que también busca desjudicializar la salud.

7.12. Estado de cumplimiento de las normas sobre propiedad intelectual y derechos de autor y demás obligaciones legales

Savia Salud EPS ha dado cumplimiento a las normas sobre derechos de autor y propiedad intelectual, en tal sentido se ha verificado que:

- Según lo establecido en la Ley 603 de 2000, se han manteniendo vigentes y actualizadas las licencias de software que utiliza y que se ha cumplido con las normas de propiedad intelectual
- Según lo establecido en el Decreto 1406 de 1999, artículos 11 y 12, se han cumplido con los pagos e información al sistema de seguridad social y se está a paz y salvo por este concepto al cierre del ejercicio.

7.13. Gestión del talento humano

7.13.1. Estructura organizacional y planta de cargos

Durante el año 2015 se dio continuidad al proceso de conformación de la planta de cargos, con base en la estructura Organizacional de Savia Salud EPS, aprobada por acta N°27 del 12 de agosto de 2014. Para ello se llevó a cabo el proceso de vinculación de 23 personas, logrando una solidificación de la planta de cargos con un crecimiento significativo, es decir que se pasó de una planta de 27 personas en diciembre del 2014, a contar con 40 empleados con vinculación directa para septiembre del 2015.

En el mes de octubre se llevó a cabo por parte de la junta directiva la aprobación de 2 cargos nuevos, gestor y supervisor. Se trata de cargos multimodales para las áreas de aseguramiento, red y aliados, jurídica y calidad, que permitieron llevar a cabo el proceso de

vinculación del personal para culminar la recepción de la operación de Comfama en los procesos de oficinas de atención al afiliado, autorizaciones, bases de datos, tutelas, centro regulador y atención al ciudadano (PQRS). Por lo anterior, durante los meses de noviembre y diciembre de 2015, se llevó a cabo la contratación de 440 gestores y 11 supervisores. Esto representó también un proceso de absorción del 27.2% de las personas que venían desempeñando esos mismos cargos con el anterior operador, con quienes se hizo un proceso de selección a través de la empresa Gente competente.

Finalizando el año 2015 con 482 empleados vinculados de planta, a continuación se detalla el número de personas en cada uno de los cargos.

Estructura de cargos a diciembre 31 de 2015	
Nombre del cargo	Número de personas en el cargo a diciembre 30 de 2015
Analista aseguramiento	3
Analista auditoría	1
Analista de comunicaciones	1
Analista de contabilidad y presupuesto	2
Analista de contratos	2
Analista de contratos y satisfacción al cliente	1
Analista de garantía de derechos	1
Analista de riesgo en salud	1
Analista de riesgo en salud pública	2
Analista de tesorería y cartera	2
Analista de TI	1
Analista gestión humana	1
Analista TI	1
Auxiliar administrativa	5
Auxiliar aseguramiento	3
Auxiliar cuentas médicas	1
Auxiliar tesorería y cartera	2
Coordinador administrativo	1
Coordinador de auditoría en riesgo	1
Coordinador de riesgo	4
Coordinador de riesgo en auditoría concurrente	1
Coordinador de riesgo en autorizaciones	1

Estructura de cargos a diciembre 31 de 2015	
Nombre del cargo	Número de personas en el cargo a diciembre 30 de 2015
Coordinador de riesgo en salud	1
Coordinador de riesgo en salud pública	1
Coordinadora alto riesgo	1
Coordinadora de comunicaciones	1
Coordinadora de gestión humana	1
Director jurídico	1
Gerente	1
Jefe de control corporativo de aseguramiento	1
Jefe cuentas médicas	1
Jefe de contabilidad y presupuesto	1
Jefe de gestión de calidad	1
Jefe de gestión y control	1
Jefe de planeación y gestión del conocimiento	1
Jefe de riesgo en salud	1
Jefe red y aliados	1
Jefe TI	1
Sub-gerente operativo	1
Total Estructura de Cargos	55
Cargos Multimodales (Aprobados En Octubre 2015)	
Gestor - autorizaciones	54
Gestor - bases de datos	5
Gestor - centro regulador	66
Gestor - aseguramiento	3
Gestor - PQRS	11
Gestor - oficinas de atención al afiliado (Medellín y municipios)	274
Gestor - tutelas	3
Supervisor - oficinas de atención al afiliado	7
Supervisor - centro regulador	4
Total cargos multimodales	427
Total	482

El total de aportes a seguridad social durante el año 2015, con fecha de corte a diciembre 31 de 2015 fue de \$877.048.977.

7.13.2. Capacitación y desarrollo

En el mes de agosto se llevó a cabo el proceso de inducción con el personal nuevo, en el que se contó con la participación 16 personas. En ese mismo mes se realizó el proceso de reinducción institucional con los empleados que habían ingresado en el año 2014, esta actividad contó con 23 asistentes. Se logró así una cobertura del 98% en la actividad.

También se llevó a cabo la capacitación en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y/o Similares (PGIRHS), una actividad que contó con 78 asistentes, entre ellos personal vinculado, temporales y contratistas.

7.13.3 Evaluación de desempeño

Durante los meses de marzo y abril se llevó a cabo el proceso de elaboración y construcción del instrumento para la evaluación de desempeño de los empleados, proceso que tiene como objetivo principal “determinar el valor del trabajo desarrollado por el empleado en la organización y medir el nivel competitivo de la empresa para reflejar la eficiencia y el logro de objetivos de cada área y de la entidad en conjunto”. A la fecha no se ha llevado a cabo la implementación de este instrumento.

8. EFECTOS ECONÓMICOS, FINANCIEROS Y OPERATIVOS DE LA RESOLUCIÓN 1479 DE 2015 QUE MODIFICÓ EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS

Un componente que complica la gestión y la estructura financiera de las EPS, por operar el régimen subsidiado, es el referido a las atenciones de procedimientos, servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud (POS). A diferencia de las EPS del régimen contributivo, es complejo el proceso administrativo de procesamiento, validación y pago, con largos meses para la auditoría por parte del Departamento y obviamente el pago del servicio. Mientras el Fosyga en el régimen contributivo paga a los 120 días, en nuestro caso la mora es no menos de 270 días, y con una glosa del 18% que es muy significativa, equivalente a cerca de 27.000 millones de pesos, en lo transcurrido a junio de 2015.

La Corte Constitucional ordenó en la Sentencia T-760 de 2008 adoptar las medidas necesarias para garantizar los eventos no incluidos en el POS y a facilitar y agilizar el derecho a su recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) tanto a este fondo como a las Entidades Territoriales para el caso del Régimen Subsidiado, soportes que no deben superar la validación o evidencia de que el evento no está incluido en el POS, y que el Comité Técnico Científico (CTC) verificara el haber agotado los contenidos del POS, o la real necesidad del bien o servicio prescrito. Lo cierto es que tanto el Fosyga como el Departamento de Antioquia han exigido trámites y soportes que no agregan valor y en muchos casos cuestan más que el mismo servicio o medicamento entregado.

Por lo anterior, las EPS del régimen subsidiado reciben con esperanza la Resolución 1479 del 6 de mayo de 2015, en la cual se establece el procedimiento para el cobro —ya no recobro— y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, que deben ser suministrados a los afiliados del régimen subsidiado por el Departamento, por la obligatoriedad de la facturación directa de prestadores y proveedores de los servicios de salud a la Entidad Territorial responsable. De tal suerte que las EPS se librarán de la pesada carga financiera y del costo del procesamiento operativo que ello conlleva. La administración departamental no aceptó eliminar reprocesos y soportes que no agregan valor, complicando mucho más la situación

El panorama mejorará cuando Antioquia adopte el modelo Uno que establece la Resolución 1479 de 2015, en el que garantiza directamente el servicio y/o medicamento no cubierto en el POS, mediante contrato directo con la red prestadora, preferencialmente con la red pública, como se hace en la mayoría de los departamentos del país. 120.000 millones de

pesos anuales, lo justifican. La norma ha resultado muy útil porque depura los estados financieros al POS, que es nuestra obligación. Sin embargo, el Decreto 2702 de 2014 de habilitación financiera, permite registrar el ingreso operacional del No POS, solo cuando la factura se radica y se avala por el Departamento, lo que no se logra oportunamente por los requisitos para ello ya comentados.

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. SAVIA SALUD EPS

Estado de Resultados NO POS

Cifras en millones de pesos

Detalle	PyG NO POS Ene- Dic 2015	PyG NO POS Ene- Dic 2014	Variación	Proporción del	
				dic-15	dic-14
Ingresos Operacionales NO POS	66.517	97.734	-31,9%	100%	100%
Costo Médico NO POS	83.180	101.946	-18,4%	125%	104%
Utilidad o Pérdida Técnica	-16.663	-4.212	295,6%	-25,1%	-4,3%
Gastos Operacionales	9.097	0	100,0%	14%	0%
Utilidad o Pérdida Operacional	-25.761	-4.212	511,6%	-38,7%	-4,3%
No Operacionales Neto	0	0	0,0%	0%	0%
Utilidad o Pérdida	-25.761	-4.212	511,6%	-38,7%	-4,3%

Fuente: Estados de resultados a diciembre 2015 – Área de Contabilidad

El cuadro explica lo anterior. Al aumentar la pérdida por No POS en más de 5 veces en relación con el año 2014, por dos hechos claros, casi 17.000 millones de pesos por ingresos aun no causados, que además son mucho menores al costo de los servicios, y, por otro lado, con gastos operacionales cuantiosos que los exige la norma por las glosas en conciliación y el castigo de cartera mayor de 360 días, que suman más de 9.000 millones de pesos. Una pérdida que no debería superar el 5%, se acerca al 39%.

Ello quiere decir que sin dicho monto, la pérdida total consolidada POS y No POS, debería ser de 22.000 millones de pesos menos, arrojando 88.000 millones de pesos y no los 109.000 millones de pesos que se presenta al cierre del año 2015, disminuyendo la pérdida en un 24% y no un 5,5%.

Luego de la aplicación de la norma en comentario, respecto de los servicios No POS a partir de junio de 2015, si debe valorarse que la carga financiera baja significativamente, que debería haber desaparecido, pero cabe comentar que la Supersalud instruyó a las EPS que de todas maneras en caso de riesgo a la salud, estas deben garantizar dichos servicios o medicamentos, que ha exigido autorizaciones cercanas a los 3.000 millones de pesos mensuales por dichos eventos, cifra mucho menor a los 10.000 millones de pesos del año

2014. Definitivamente lo NO POS es un componente contrario a los principios universales del aseguramiento.

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. SAVIA SALUD EPS

Estado de Resultados Total

Cifras en millones de pesos

Detalle	P y G Ene-Dic 2015	P y G Ene-Dic 2014	Variación	Proporción del Ingreso	
				dic-15	dic-14
Ingresos Operacionales	1.190.425	1.144.429	4,0%	100%	100%
Costo Médico Total	1.258.660	1.218.023	3,3%	106%	106%
Utilidad o Pérdida Técnica	-68.235	-73.594	-7,3%	-5,7%	-6,4%
Gastos Operacionales	65.530	53.267	23,0%	6%	5%
Utilidad o Pérdida Operacional	-133.765	-126.860	5,4%	-11,2%	-11,1%
No Operacionales Neto	24.435	11.151	119,1%	2%	1%
Utilidad o Pérdida	-109.330	-115.709	-5,5%	-9,2%	-10,1%

Fuente: Estados de resultados a diciembre 2015 – Área de Contabilidad

Adelantándonos un poco al análisis financiero, pero solo para dimensionar el efecto del No POS en el Consolidado (POS Y No POS) de los resultados de la EPS, se tiene que para el acumulado al cierre de diciembre 31 del año 2013, los ingresos operacionales totales de Savia Salud EPS fueron de 688.675 millones de pesos, y el costo médico total de 674.401 millones de pesos, para una utilidad técnica de 14.274 millones de pesos, equivalente a 2.07%.

Sin embargo, los gastos operacionales por 44.381 millones de pesos, llevan a una pérdida operacional de 30.107 millones de pesos, con ingresos no operacionales por 3.802 millones de pesos y los gastos no operacionales por 5.426 millones de pesos, arroja el desempeño final negativo en 26.311 millones de pesos, para un margen neto de -3.82%, resultado previsible y que estaba dentro de las proyecciones previas a la creación de la EPS.

Para el año 2013 el costo promedio mes de lo No POS fue de 6.500 millones de pesos, que para el año 2014 ascienden a 10.500 millones de pesos, equivalente a un 62%. Dicho incremento tuvo impacto en el consolidado del año 2014, el cual presentó el siguiente resultado: ingresos por 1 billón 144.429 millones de pesos y un costo médico de 1 billón 218.023 millones de pesos, arrojando una pérdida técnica de 73.594 millones de pesos, que equivale a un -6.43%, lo que significa que los ingresos por UPC y No POS, no compensaron el incremento de la prestación de los servicios que crecieron en número, más que en tarifa y explicado en parte por la implementación de estrategias de gestión del riesgo

tanto en las acciones básicas o primarias como del impacto en el alto costo que tienen respuesta en el mediano y largo plazo.

Una vez descontados los gastos operacionales y computada la diferencia neta entre otros ingresos y otros gastos, se obtuvo un resultado negativo de 115.709 millones de pesos, para un margen neto negativo de 10.12%, es decir que se aumentó en 6.3 puntos porcentuales la diferencia negativa respecto de lo obtenido en el año 2013, sustentado en un aumento del costo médico muy por encima de los ingresos operacionales y a la disminución de estos por efectos de los valores de restituciones, tema que se explicará más adelante.

Un panorama diferente se registra al cierre del consolidado del mes de diciembre de 2015, cuando los ingresos operacionales fueron de 1 billón 190.425 millones de pesos y un costo técnico o de siniestralidad de \$1 billón 258.660 millones de pesos, para generar una pérdida contable de 68.235 millones de pesos, cuyo margen bruto es negativo de 5.7% y que descontados los gastos operacionales y no operacionales, sumando por último los ingresos no operacionales, registra un margen neto negativo de 9.2%, un poco más bajo que el consolidado en el año 2014, explicado en la respuesta a un mejoramiento de la UPC, y a las estrategias de gestión del riesgo y financieras adoptadas por la organización en general.

ANEXOS

Anexo 1. Estados financieros y notas a los estados financieros

Anexo 2. Informe de revisoría fiscal