

**BALANCED SCORECARD
CASO CAPRUIS**

GONZALO GÓMEZ PATIÑO

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECAÑICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
MAESTRÍA EN GERENCIA DE NEGOCIOS – MBA
BUCARAMANGA
2013**

BALANCED SCORECARD

CASO CAPRUIS

GONZALO GÓMEZ PATIÑO

**Trabajo de grado presentado para optar por el título de
Magíster en Gerencia de Negocios**

Director

Mg. ORLANDO E. CONTRERAS PACHECO

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECAÑICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
MAESTRÍA EN GERENCIA DE NEGOCIOS – MBA
BUCARAMANGA**

2013

El presente documento se considera de uso privado del autor y ha sido realizado con fines académicos. No se autoriza su publicación por cuanto no ha sido revisado por la Junta Directiva de la institución para su aprobación.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	18
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO	20
1.1 JUSTIFICACIÓN	20
1.2 OBJETIVO GENERAL	20
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
1.4 ALCANCE	21
1.5 METODOLOGÍA	21
2. ASPECTOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN	23
2.1 RAZÓN SOCIAL	23
2.2 NATURALEZA JURÍDICA	23
2.3 RESEÑA INSTITUCIONAL	23
2.4 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO VIGENTE	25
2.4.1 Misión	25
2.4.2 Visión	25
2.4.3 Principios	25
2.4.4 Valores	26
2.5 PLAN DE DESARROLLO 2010 - 2019	27
2.6 DIRECCIÓN CORPORATIVA	27
2.6.1 Dirección y administración	27
2.6.2 Estructura organizacional	28
2.6.3 Rentas	28

2.6.4 Fondos CAPRUIS	29
2.6.5 Reglamentos	31
2.6.5.1 Reglamento de prestación de servicios	31
2.6.5.2 Reglamento de inversiones	31
2.7 INFRAESTRUCTURA FÍSICA	32
3. MARCO TEÓRICO	33
3.1 EL MODELO BALANCED SCORECARD BSC	33
3.1.1 Perspectivas del Balanced Scorecard (BSC)	34
3.1.1.1 Perspectiva Financiera	34
3.1.1.2 Perspectiva Cliente	35
3.1.1.3 Perspectiva Procesos Internos	36
3.1.1.4 Perspectiva de Formación y Crecimiento	36
3.1.2 Mapa estratégico	37
3.1.3 Tabla de indicadores	39
3.1.4 Los Cuadros de Mando	40
3.1.5 El Balanced Scorecard en instituciones de salud	41
3.2 CINCO FUERZAS DE MICHAEL PORTER	42
3.2.1 Barreras de entrada - nuevos competidores	42
3.2.2 El poder de negociación de los proveedores	42
3.2.3 El poder de los compradores	43
3.2.4 Amenaza y poder de los sustitutos	43
3.2.5 El poder de los competidores	43
3.3 ANÁLISIS PESTEL	43
3.4 ANÁLISIS DOFA	44

4. DIAGNÓSTICO EXTERNO.	45
4.1 ANÁLISIS PESTEL	45
4.1.1 Políticos y legales	45
4.1.2 Económicos	48
4.1.3 Sociales	51
4.1.4 Tecnológicos	55
4.2 Análisis cinco fuerzas de Porter	59
4.2.1 Poder de negociación de los proveedores	60
4.2.2 Rivalidad entre competidores existentes	61
4.2.3 Poder de negociación de los clientes	62
4.2.4 Amenaza de entrada de nuevos competidores	63
4.2.5 Amenaza de posibles productos sustitutos	64
4.3 ANÁLISIS DOFA – OPORTUNIDADES Y AMENAZAS	65
5. MARCO ESTRATÉGICO Y DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL DE LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UIS – CAPRUIS	70
5.1 ANÁLISIS DEMOGRÁFICO	70
5.1.1 Análisis demográfico por tipo de vinculación	70
5.1.2 Análisis demográfico por edades	72
5.1.3 Comportamiento de la pirámide poblacional de CAPRUIS Vs Sistema General de Seguridad Social en Salud del país	74
5.2 MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	76
5.3 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO	78
5.3.1 Prevalencia de enfermedad crónica	80
5.3.2 Incidencia y prevalencia de cáncer en CAPRUIS	82
5.4 SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD	84

5.4.1 Acreditación Institucional	84
5.5 RECURSOS FINANCIEROS	87
5.5.1 Indicador: Participación de los Gastos Operacionales en el Ingreso Operativo	91
5.5.2 Indicador: Rentabilidad Marginal	92
5.5.3 Indicador: Tasa de Crecimiento Real	93
5.6 TALENTO HUMANO	94
5.7 INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	95
5.7.1 Red Informática	95
5.8 ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA EN CURSO	96
5.9 ANÁLISIS DOFA – DEBILIDADES Y FORTALEZAS	96
6. MARCO ESTRATÉGICO DE CAPRUIS	102
6.1 REDIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	102
6.1.1 MEGA	102
6.1.2 Declaración de la nueva visión	102
6.1.3 Declaración de la nueva misión	102
6.1.4 Valores institucionales	102
6.1.5 Factores críticos de éxito	104
6.2 ANÁLISIS MATRIZ DOFA	106
7. FORMULACIÓN DEL BALANCED SCORECARD	107
7.1 ORIENTADORES ESTRATÉGICOS	107
7.2 FORMULACIÓN Y DISEÑO DE LA NUEVA ESTRATEGIA	107
7.3 ELABORACIÓN DEL MAPA ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	109
7.4 PERSPECTIVAS ESTRATÉGICAS	110

7.4.1 Perspectiva Valor Compartido	110
7.4.1.1 Detección temprana de enfermedades catastróficas o alto costo y control adecuado de enfermedades crónicas no transmisibles	110
7.4.1.2 Asegurar el crecimiento del portafolio de inversiones	114
7.4.1.3 Racionalizar los costos y gastos asociados a la operación misional	115
7.4.2 Perspectiva Clientes	116
7.4.2.1 Mantener una alta percepción del servicio por parte del usuario	116
7.4.2.2 Promover la cultura del autocuidado	117
7.4.3 Perspectiva procesos internos	118
7.4.3.1 Lograr y mantener el cumplimiento de los estándares de acreditación	118
7.4.3.2 Asegurar la adherencia a guías de manejo basadas en la evidencia médica	119
7.4.3.3 Fortalecer los programas de prevención y promoción orientados a hábitos de vida saludable	120
7.4.3.4 Aumentar la cobertura del programa de gestión del riesgo en salud a nivel individual y colectivo	121
7.4.4 Perspectiva activos intangibles	122
7.4.4.1 Asegurar las competencias requeridas para la prestación del servicio	122
7.4.4.2 Promover una cultura organizacional enfocada en la seguridad del paciente	123
7.4.4.3 Diseñar e implementar un sistema integrado de información	124
7.4.4.4 Diseñar un plan de mejoramiento institucional con énfasis en la gestión del talento humano	125
7.5 CUADRO DE MANDO INTEGRAL	126
8. DESCRIPCIÓN DE LA HERRAMIENTA DE SOFTWARE PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL BALANCED SCORECARD	127
8.1 HOJA DE ACCESO	127

8.2 HOJA MAPA ESTRATÉGICO	127
8.3 HOJA CUADRO DE MANDO INTEGRAL – BASE DE DATOS	127
8.4 HOJA BALANCED SCORECARD	127
8.5 HOJAS PERSPECTIVAS	127
9. CONCLUSIONES	129
10. RECOMENDACIONES	131
BIBLIOGRAFÍA	133
WEBGRAFÍA	137

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Poder de negociación de los proveedores	60
Tabla 2. Rivalidad entre competidores existentes.....	61
Tabla 3. Poder de negociación de los clientes.....	62
Tabla 4. Amenaza de entrada de nuevos competidores.....	63
Tabla 5. Amenaza de posibles productos sustitutos	64
Tabla 6. Matriz de impacto ponderado – Análisis externo – Perspectiva valor compartido	66
Tabla 7. Matriz de impacto ponderado – Análisis externo – Perspectiva cliente (usuario).....	67
Tabla 8. Matriz de impacto ponderado – Análisis externo – Perspectiva procesos.....	68
Tabla 9. Matriz de impacto ponderado – Análisis externo – Activos intangibles	69
Tabla 10. Pacientes con diagnóstico de cáncer activos y en seguimiento año 2012	83
Tabla 11. Estándares de acreditación.....	86
Tabla 12. Indicador - participación de gastos y costos operacionales en el ingreso operativo	91
Tabla 13. Rubros de mayor participación en los costos operativos	92
Tabla 14. Indicador de rentabilidad marginal portafolios de inversión – CAPRUIS.....	93
Tabla 15. Indicador tasa de crecimiento real portafolios de inversión – CAPRUIS.....	94
Tabla 16. Matriz de impacto ponderado – Análisis interno – Perspectiva valor compartido	97
Tabla 17. Matriz de impacto ponderado – Análisis interno – Perspectiva cliente (usuario).....	98

Tabla 18. Matriz de impacto ponderado – Análisis interno – Perspectiva procesos99

Tabla 19. Matriz de impacto ponderado – Análisis interno – Perspectiva activos intangibles.....100

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Organigrama general de CAPRUIS	28
Figura 2. Perspectivas del BSC	37
Figura 3. Proceso de creación de valor	38
Figura 4. Crecimiento poblacional CAPRUIS 2005 -2012 desagregado por tipo de vinculación	71
Figura 5. Pirámide poblacional CAPRUIS 2012.....	72
Figura 6. Pirámide poblacional CAPRUIS 2012 discriminada por tipo de afiliación	72
Figura 7. Pirámide poblacional CAPRUIS 2012 vs régimen contributivo de Colombia.....	75
Figura 8. Total consultas por tipo y año: 2005 – 2012	79
Figura 9. Prevalencia de enfermedad crónica CAPRUIS 2006 – 2012. Población a riesgo	80
Figura 10. Prevalencia de enfermedad crónica CAPRUIS 2006 – 2012. Población a riesgo: Mayores de 18 años.....	81
Figura 11. Estándares de acreditación	87
Figura 12. Comportamiento de ingresos y egresos último quinquenio	88
Figura 13. Valor de mercado fondos CAPRUIS – pesos corrientes.....	89
Figura 14. Participación de los costos frente a los ingresos operacionales	90
Figura 15. Mapa estratégico de CAPRUIS	109

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Metodología	139
Anexo 2. Glosario	142
Anexo 3. Infraestructura física	148
Anexo 4. Antecedentes y cinco principios del Balanced Scorecard.....	150
Anexo 5. Problemas tradicionales de la gestión y su solución en el BSC.....	153
Anexo 6. Implementación de la herramienta Balanced Scorecard.....	154
Anexo 7. El Cuadro de Mando Integral en el sector salud: Italia, España y Portugal. Una revisión de la literatura reciente.....	156
Anexo 8. Estudio de la Red Universitaria de Servicios de Salud – RUSS	159
Anexo 9. Tendencias en la mortalidad por cáncer en Colombia.....	161
Anexo 10. Análisis poblacional de CAPRUIS y proyecciones.....	166
Anexo 11. Encuestas de satisfacción	169
Anexo 12. Índice de consultas por paciente, índice de diagnósticos por consulta, índice de uso – año e índice de diagnósticos por paciente.....	170
Anexo 13. Objetivos y estándares del Sistema Único de Acreditación para Instituciones de Salud	175
Anexo 14. Análisis de la estrategia en curso	186
Anexo 15. Análisis DOFA	190
Anexo 16. Cuadro de Mando Integral	191
Anexo 17. Encuesta Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA)	192
Anexo 18. Encuesta de seguridad del paciente	193
Anexo 19. Instrumento de medición de motivación McClelland.....	195

Anexo 20. Hoja de acceso herramienta de software.....	200
Anexo 21. Hoja Mapa Estratégico.....	201
Anexo 22. Hoja Cuadro de Mando Integral – Base de Datos	202
Anexo 23. Hoja Balanced Scorecard	203
Anexo 24. Hojas Perspectivas	204

RESUMEN

BALANCED SCORECARD CASO CAPRUIS *

AUTOR: Gonzalo Gómez Patiño **

PALABRAS CLAVES: Balanced Scorecard, Planeación Estratégica, Redireccionamiento, Matriz DOFA.

CONTENIDO:

La Caja de Previsión Social de la Universidad industrial de Santander “CAPRUIS”, es una entidad administradora de planes de beneficios en salud, sin ánimo de lucro. Actualmente goza de estabilidad financiera, unos usuarios con altas expectativas del servicio que reciben y un Plan de Desarrollo con un horizonte de tiempo del año 2010 al 2019 que involucra todas las áreas de la organización.

Como es bien sabido, para que una organización sea competitiva y asegure su perdurabilidad en el tiempo, debe tener una planeación estratégica adecuada, un equipo empoderado y alineado con la estrategia y una herramienta de medición para efectuar seguimiento y conocer el progreso de la misma. Bases sobre las que se formula el Balanced Scorecard de CAPRUIS.

Para planificar el direccionamiento estratégico, es necesario analizar el contexto externo e interno; de acuerdo a esta información ubicar la institución y visualizar su proyección. El análisis del sector externo, realizado por medio del análisis PESTEL, cinco fuerzas competitivas de Porter y la Matriz DOFA, proporciona información fundamental para la definición de la estrategia. En el diagnóstico interno, se estudian todas las áreas de CAPRUIS, tomando como base información histórica de la institución, análisis de la Alta Dirección y la Matriz DOFA., que permiten establecer su capacidad competitiva

El presente análisis es el punto de partida para establecer la proyección de la empresa, formular su redireccionamiento y definir la estrategia por medio del Mapa, soportado en el Balanced Scorecard. Finalmente se diseña una herramienta informática que permita de manera integral evaluar indicadores, para monitorear la efectividad de la estrategia formulada y tomar decisiones basadas en resultados.

*Proyecto de Grado

**Universidad Industrial de Santander, Facultad de ingenierías Físico Mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Director. Mg. Orlando E. Contreras Pacheco.

ABSTRACT

BALANCED SCORECARD CASE CAPRUIS *

AUTHOR: Gonzalo Gómez Patiño **

KEY WORDS: Balanced Scorecard, Estrategic Planning, Redirection, DOFA Matrix.

CONTENT:

The Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander “CAPRUIS”, it’s a nonprofit health benefict package administrator institution. Which has financial stability, a user network with high expectations about the service they receive, and a Development Plan with a timeline from 2010 to 2019 that involves all the organization areas.

As it is well known, in order for an organization to be competitive and ensure its stability throughout time, It must have: a Strategic Planning, a committed team and a measurement tool which provides traceability and the necessary information about the progress of the organization. Therefore these are the bases over the establishment for the Balanced Scorecard for CAPRUIS.

To plan the Strategic Addressing it is necessary to analyze the internal and external environment factors. According to this information place the Institution and visualize its projection. The external factor analysis was made by the PESTEL analysis, Porter Competitive Forces and DOFA analysis: these tools provide elemental information for establishing the Strategy. On the other hand, for the internal factor analysis, every area of CAPRUIS was studied taking as a precedent the historic information of the Institution, high direction and DOFA analysis as well, which allows to determine it’s competitive capacity.

Therefore, the present analysis is the first step for establishing the Institution Projection, proffer its redirecting and defining the Strategy through the Map supported on the Balanced Scorecard. Finally it is designed an informatics tool which allows to integrate the indicators evaluation in order to measure the effectiveness of the proffer Strategy and making decisions result based.

* Graduation Project

**Universidad Industrial de Santander, Faculty of Physical and Mechanical Engineering, School of Industrial and Business Studies. Director. Mg. Orlando E. Contreras Pacheco.

INTRODUCCIÓN

La Caja de Previsión Social de la Universidad industrial de Santander “CAPRUIS”, es una Entidad de previsión social y prestadora de servicios de salud, sin ánimo de lucro, creada mediante Acuerdos Nos. 017 de 1970 del Consejo Superior Universitario y 150 de 1970 del Consejo Directivo de la Universidad Industrial de Santander, como un Fondo Delegatario de la UIS, con patrimonio y rentas propias. En el año 2001 con la promulgación de la ley 647, que facultó a la Universidades estatales para organizar su propio sistema de seguridad social en salud, el Honorable Consejo Superior de la Universidad Industrial de Santander mediante el Acuerdo 024/01, autorizó a CAPRUIS como Entidad delegataria de la Universidad, para administrar su propio régimen de salud.

La Caja como Entidad Aseguradora y Prestadora de Servicios en Salud, se enfrenta hoy a nuevos retos, originados por el entorno económico, el desarrollo tecnológico, el acelerado envejecimiento de su población usuaria y consecuentemente una alta incidencia de enfermedades de alto costo. En respuesta a esta problemática, la Entidad formuló un Plan de Desarrollo con un horizonte de tiempo del año 2010 al 2019, el cual se abordó desde una propuesta metodológica que comprende siete (7) Líneas Estratégicas: Desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad, Adopción de un Modelo Integral en Salud, Fortalecimiento de los Programas de Promoción y Prevención, Aseguramiento y Sostenibilidad Financiera, Gestión del Talento Humano, Desarrollo de la Infraestructura Física y Tecnológica, y Promoción de la Investigación en Salud. Si bien el plan de desarrollo fue aprobado por la Honorable Junta Directiva en el año 2010, su implementación se inició hacia el año 2011, pero se encontró que adolece de un sistema de monitoreo que proporcione una visión compacta e integral de la Institución y que permita comunicar oportunamente a todos los niveles de la Caja, si se están alcanzando los objetivos y metas definidas

De acuerdo a la situación planteada, se considera la implementación de un sistema de gestión integral que relacione la estrategia con las operaciones, conocido como Balanced Scorecard o Cuadro de Mando Integral.

Para la elaboración de esta herramienta se iniciará con el diagnóstico externo del sector, utilizando los modelos PESTEL y las 5 fuerzas del Diamante de Porter que ofrecerán una visión amplia sobre la situación y comportamiento del sector; seguido, se realizará el diagnóstico interno de la institución enfocado en las áreas de servicio, financiera, talento humano y aseguramiento de la calidad entre otras, que permitirá conocer el funcionamiento y relevancia dentro de los procesos. Tanto el análisis externo e interno servirán como base para diseñar la Matriz DOFA que permitirá definir los factores, iniciativas estratégicas a seguir y los factores claves de éxito. Finalmente se creará el Mapa Estratégico con las respectivas directrices, el Cuadro de Mando Integral con sus indicadores y una herramienta de software para su implementación.

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 JUSTIFICACIÓN

La Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander tiene definido un direccionamiento estratégico (Plan de Desarrollo 2010 – 2019), pero adolece de un sistema de monitoreo que proporcione una visión integral de la Institución, que permita comunicar oportunamente a todos los niveles de la Organización, si se están alcanzando los objetivos y metas.

En la Entidad en estudio, se tiene control sobre los indicadores operativos básicos, pero existe la necesidad de realizar un análisis conjunto en el que se vea la interrelación que hay entre factores tangibles e intangibles con el fin de hacer la MEGA y visión un fin ejecutable, mediante la implementación de estrategias a largo plazo aterrizadas en el corto plazo.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Formular una herramienta de apoyo a la gestión integral en CAPRUIS, orientada a traducir la estrategia en términos operativos, apoyados en la metodología del Balanced Scorecard (BSC).

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Redireccionar el marco estratégico de CAPRUIS, para definir las pautas que llevarán a formular y ejecutar la estrategia.
- Elaborar un diagnóstico estratégico de CAPRUIS, para analizar la situación de sus entornos competitivos y operativos, así como la marcha de la estrategia existente.
- Definir los factores claves de éxito y diseñar el mapa estratégico, fundamentados en los objetivos de las perspectivas del Balanced Scorecard.

- Formular un Balanced Scorecard con objetivos, unidades de medida, metas e iniciativas estratégicas, que permitan medir el desempeño de la organización.
- Desarrollar una herramienta de software de apoyo a la implementación del Balanced Scorecard, que permita a la alta dirección la apropiación de la información relevante como soporte a la toma de decisiones.

1.4 ALCANCE

El alcance del presente trabajo de aplicación comprende el diseño de un sistema de indicadores de gestión al plan estratégico de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander – CAPRUIS, mediante la aplicación del modelo del Balanced Scorecard. Este modelo consta de un análisis situacional de la Entidad, el diseño de un mapa estratégico, la elaboración del cuadro de mando integral, el planteamiento de iniciativas estratégicas para el logro de los objetivos y el diseño de una herramienta adecuada para el seguimiento de los indicadores de gestión.

1.5 METODOLOGÍA

Para el logro de los objetivos formulados en el trabajo de aplicación a realizarse en la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander “CAPRUIS” se utilizó metodología descriptiva en la elaboración del diagnóstico externo; el diagnóstico de la institución, direccionamiento y estrategia se soporta en el logro alcanzado por medio de diversas reuniones del equipo directivo de la entidad, en cabeza de un experto en el tema y del conocimiento y experiencia del autor.

En el anexo 1 se suministra información detallada sobre la aplicación de la base metodológica y teórica del documento.

Para facilitar la lectura del documento en el anexo 2 se presenta un Glosario con la terminología utilizada.

2. ASPECTOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

A continuación se presenta información relevante acerca de la Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander – CAPRUIS, con el objeto de mostrar en forma resumida su evolución a través del tiempo.

2.1 RAZÓN SOCIAL

Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander – CAPRUIS.

2.2 NATURALEZA JURÍDICA

CAPRUIS es una entidad de previsión social y prestadora de servicios de salud, sin ánimo de lucro, creada mediante los acuerdos número 017 de 1970 del Consejo Superior Universitario y 150 de 1970 del consejo directivo de la Universidad Industrial de Santander, como un fondo delegatario de la UIS, con patrimonio y rentas propias, representado judicial y extrajudicialmente por su Gerente.

Tiene personería jurídica según Resolución N° 0211 del 26 de noviembre de 1970 de la Gobernación de Santander.

2.3 RESEÑA INSTITUCIONAL

Inicialmente y de acuerdo con los Estatutos, el objeto de CAPRUIS era dar cumplimiento, como delegataria de la Universidad, a las disposiciones que por concepto de las prestaciones sociales se reconocieran o pactaran en favor de los empleados y trabajadores de la misma Universidad o de CAPRUIS.

En el año 1993, con la promulgación de la Ley 100 de 1993 (Ley de Seguridad Social en Salud), se congeló el régimen de afiliaciones a nuevos cotizantes, y se definió el traslado del uno por ciento de la cotización al Fondo de Solidaridad y

Garantía (FOSYGA) para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

A partir del año 1995 la Universidad Industrial de Santander asumió el trámite para el reconocimiento y pago de las pensiones; para que CAPRUIS asumiera exclusivamente la seguridad social en salud de los servidores y pensionados de la Universidad y de CAPRUIS.

CAPRUIS fue autorizada mediante el Decreto 404/1996 para continuar prestando los servicios de salud y amparar a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad, solamente a los servidores que se encontraban en relación laboral o período de jubilación al 23 de diciembre de 1993.

En noviembre de 1997, el Consejo Superior de la Universidad Industrial de Santander promulgó el Acuerdo No. 070, y definió la disponibilidad del cien por ciento (100%) de los aportes en salud para que CAPRUIS continuara prestando los servicios en las mismas condiciones de calidad y oportunidad como hasta el momento lo había venido haciendo.

La Ley 647 del 28 de Febrero de 2001 (Congreso Nacional), creó el Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud que facultó a las Universidades Estatales u Oficiales para que en uso de la autonomía universitaria, organicen un sistema propio de salud para sus funcionarios y pensionados.

El Consejo Superior de la Universidad Industrial de Santander, mediante el Acuerdo 024 de 2001, autorizó a CAPRUIS como entidad delegataria de la Universidad, para administrar su propio Sistema de Seguridad Social en Salud, y dependiente de ella.

El sistema universitario de seguridad social en salud (Ley 647/01), fue modificado en el año 2011 por la ley 1443, ampliando la posibilidad de afiliación a las personas que terminando su relación laboral con la Universidad se pensionen por una administradora de pensiones pública o privada.

2.4 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO VIGENTE

2.4.1 Misión

Somos una Entidad sin ánimo de lucro que presta servicios de salud en forma integral a través de la promoción de conductas saludables y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación al personal vinculado y pensionado de la Universidad Industrial de Santander y su grupo familiar. Estos servicios se prestan en forma directa por medio de convenios a nivel local y nacional, con un talento humano competente, fundamentados en principios de respeto, tolerancia, calidad, solidaridad y trato humanizado.

2.4.2 Visión

Para el año 2015, CAPRUIS será una Entidad acreditada, resultado de un trabajo estratégico, atención humanizada y mejoramiento continuo de la calidad, que permitirá la atención integral de nuestra población usuaria mediante la prestación de servicios de promoción de conductas saludables, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

2.4.3 Principios

Son las normas de conducta propias de CAPRUIS que sirven para precisar su identidad y por las cuales rige su actuar. Estos son:

- **Trato Humanizado:** Atención amable, respetuosa y agradable, mostrando interés sincero por las necesidades e inquietudes de los usuarios y compañeros.

- **Trabajo en Equipo:** Es la manera de trabajar coordinada y responsablemente, con propósitos comunes, a través de estrategias, procedimientos y metodologías, que permitan lograr las metas propuestas.
- **Eficiencia:** Optimización y maximización de los recursos para alcanzar los objetivos propuestos de la mejor manera posible, a través de la aplicación de los procedimientos que aseguren el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- **Integridad:** Honradez y rectitud en la conducta de cada uno de los empleados, acorde con los valores institucionales y la atención al usuario.
- **Calidad:** Conjunto de características propias que tienen la capacidad de satisfacer las necesidades y expectativas del cliente interno y externo.

2.4.4 Valores

Son las pautas que orientan en CAPRUIS el comportamiento humano hacia el desarrollo social y la realización personal; éstas son:

- **Respeto:** Actitud de comprensión consigo mismo, los compañeros, usuarios, familiares e Institución, y que permite entender su actuación y mantener la cordura y tolerancia en todas las circunstancias.
- **Compromiso:** Actitud positiva y responsable que permite alcanzar las metas y objetivos trazados por la organización, demostrando voluntad, esfuerzo y sentido de pertenencia en el desarrollo de sus actividades.
- **Responsabilidad:** Capacidad de cumplir a cabalidad los deberes, incluyendo la iniciativa para la realización de las actividades y puntualidad en la atención al usuario.

- **Confiabilidad:** Calidad personal que se refiere a la actuación segura hacia el cumplimiento de compromisos definidos, conforme a los criterios éticos institucionales.

2.5 PLAN DE DESARROLLO 2010 - 2019

La Entidad cuenta con un Plan de Desarrollo en el cual se tienen establecidas las siguientes líneas estratégicas:

- Desarrollo de un Sistema de Gestión de la Calidad.
- Adopción de un Modelo de Gestión Integral en Salud con Enfoque de Medicina Familiar y Gestión de Riesgos.
- Fortalecimiento de los Programas de Promoción y Prevención.
- Aseguramiento y Sostenibilidad Financiera.
- Gestión del Talento Humano.
- Desarrollo de Infraestructura Física y Tecnológica.
- Promoción y Desarrollo de la Investigación en Salud.

2.6 DIRECCIÓN CORPORATIVA

A continuación se presenta la estructura y fuentes de financiación de CAPRUIS.

2.6.1 Dirección y administración

La Caja está dirigida y administrada por una Junta Directiva y un Gerente.

La Junta Directiva como máximo órgano directivo y en representación de los diferentes estamentos de la Universidad Industrial de Santander, está conformada por:

- El Rector de la UIS, o su delegado.
- Dos (2) representantes de la Universidad y sus suplentes, nombrados por el Rector.

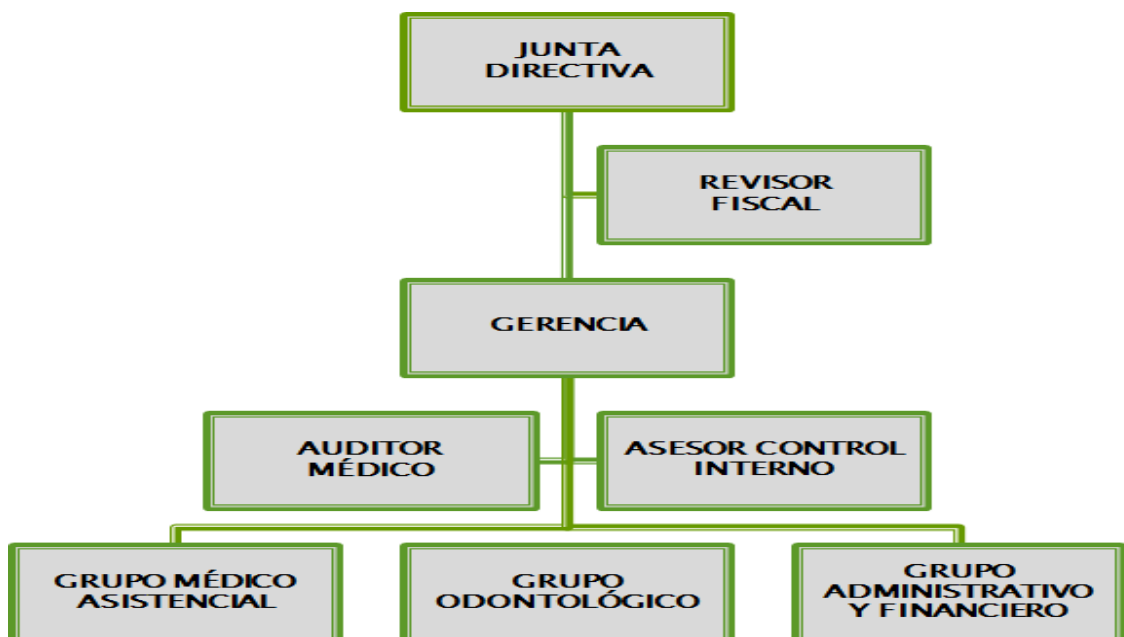
- Dos (2) representantes del sector docente de la Universidad y sus suplentes, elegidos por el profesorado de la UIS.
- Dos (2) representantes del sector administrativo y sus suplentes, elegidos por los empleados administrativos de la UIS.

El Gerente es el representante legal de la Caja, su administrador inmediato y el ejecutor de las determinaciones de la Junta Directiva.

2.6.2 Estructura organizacional

A continuación se presenta el organigrama general de la Entidad (Figura 1).

Figura 1. Organigrama general de CAPRUIS



Fuente: CAPRUIS.

2.6.3 Rentas

Son rentas de la Caja:

- Los aportes mensuales obligatorios para salud, de los empleados y pensionados de la Universidad Industrial de Santander, con destino a la financiación del Plan Obligatorio en Salud.
- Los aportes mensuales adicionales solidarios, de los empleados y pensionados de la Universidad Industrial de Santander, con destino a la financiación del Plan Adicional de Beneficios en Salud.
- Los rendimientos financieros, producto de las inversiones que realiza la Entidad.
- La venta de servicios por la prestación de servicios médico asistenciales a los usuarios de la Red Universitaria de Servicios de Salud – RUSS, a la Universidad Industrial de Santander - Programa de Salud Ocupacional, a las Administradoras de Riesgos Profesionales – ARL y recobros al SOAT.

2.6.4 Fondos CAPRUIS

- **Fondo común**, es un fondo de liquidez que recibe los aportes obligatorios y del plan adicional de beneficios, además de los excedentes de funcionamiento.
- **Fondo de reserva**, creado mediante Acuerdo 070/97 del Consejo Superior de la UIS, es un fondo para acumulación de capital, de naturaleza de largo plazo y cuyo propósito principal es proporcionar solidez financiera, que permita enfrentar en forma solvente el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Según Acuerdo 065 del 29 de julio de 2011 del Consejo Superior de la UIS, fue modificada su financiación quedando establecida de la siguiente forma:

- ✓ Medio (0.5) punto porcentual mensual sobre la nómina de sueldos y pensiones ordinarias de los empleados y jubilados de la UIS afiliados a CAPRUIS, que asumirá CAPRUIS de sus rentas propias.
- ✓ Un (1) punto porcentual mensual sobre el valor de la nómina de sueldos y pensiones ordinarias de los empleados y jubilados de la UIS afiliados a CAPRUIS, con cargo a la UIS.
- ✓ Medio (0.5) punto porcentual mensual que será asumido por los afiliados cotizantes a CAPRUIS.

Este Fondo de Reserva a su vez se subdivide en Fondo de Reserva Recursos Propios y Fondo de Reserva Recursos UIS (los recursos trasladados de presupuesto de la Universidad – 1%).

- **Fondo pasivo pensional**, que fue creado según Acuerdo 014/08 de la Junta Directiva de CAPRUIS, con el objetivo de garantizar la liquidez para el cumplimiento efectivo del pasivo pensional del personal de la Caja. Este fondo se financia con el 12% de los rendimientos del Fondo de Reserva Recursos Propios.
- **Fondo para la atención de enfermedades de alto costo y el fortalecimiento de los programas de promoción y prevención**, creado como un fondo de destinación específica, según Acuerdo 004/10 de la Junta Directiva de CAPRUIS, el cual se financia con recursos correspondientes al 41% de los rendimientos del Fondo de Reserva Recursos Propios.

2.6.5 Reglamentos

2.6.5.1 Reglamento de prestación de servicios

El Reglamento Prestación de Servicios de CAPRUIS, está contenido en el Acuerdo 010 de 2005 de la Junta Directiva, ratificado según Resolución 975 del 22 de Septiembre de 2005 de la Rectoría de la Universidad Industrial de Santander.

El reglamento de Prestación de Servicios, abarca los siguientes aspectos: Afiliación y cobertura familiar, aportes, periodos mínimos de cotización, cobertura de servicios y periodo de protección laboral, plan de beneficios en salud, exclusiones y limitaciones, incapacidades por enfermedad general, atención de accidentes de tránsito y eventos catastróficos, deberes y derechos, y disposiciones generales.

2.6.5.2 Reglamento de inversiones

Las inversiones que administra la Caja, están reglamentadas en el Acuerdo 015 de 2005 de la Junta Directiva de CAPRUIS, por el cual se adopta el Manual de Políticas y Procedimientos para el manejo de las inversiones de CAPRUIS.

En el manual de inversiones, se provee de un marco regulatorio, que abarca aspectos económicos, estratégicos y legales, a través de la definición de objetivos, políticas, estrategias, y procedimientos, que ha de seguir la Gerencia de la Entidad en la administración de sus recursos financieros, que contribuyan a la minimización de los riesgos propios de este tipo de actividad y a la maximización de los beneficios.

La Entidad en la administración de sus portafolios asume una posición de inversionista y no de especulador. Las políticas institucionales para su administración, son en extremo conservadoras, y se han edificado sobre los principios de la seguridad y la liquidez, antes que en la búsqueda de rentabilidades

crecientes; en este sentido, los portafolios de inversión se encuentran en activos financieros de renta fija, calificados como seguros y poco volátiles.

2.7 INFRAESTRUCTURA FÍSICA

CAPRUIS se encuentra localizada dentro del campus de la Universidad Industrial de Santander, que le ha proveído de un edificio que cuenta con tres (3) niveles en los que funcionan: consultorios médicos y odontológicos, terapia física, farmacia, gimnasio, área administrativa y gerencial.

En el anexo 3 se suministra información acerca de la funcionabilidad de la infraestructura física.

3. MARCO TEÓRICO

La base teórica del documento se fundamenta en: Análisis PESTEL y cinco (5) fuerzas competitivas de Michael Porter para el desarrollo del diagnóstico externo. El Análisis DOFA y Modelo BSC se aplicarán para el desarrollo de los objetivos.

3.1 EL MODELO BALANCED SCORECARD BSC

El BSC indudablemente recoge la idea de usar indicadores para evaluar la estrategia, pero agrega, además, otras características que lo hacen diferente y más interesante, y le han permitido evolucionar desde su propia e inicial definición en 1992:

"Un conjunto de indicadores que proporcionan a la alta dirección, una visión comprensiva del negocio", para "ser una herramienta de gestión que traduce la estrategia de la empresa en un conjunto coherente de indicadores."

El BSC –conocido también como "Tablero de Mandos Estratégicos" o "Cuadro de Mando Integral" -permite canalizar las habilidades, los conocimientos y el esfuerzo de una organización hacia el logro de la MEGA, misión y objetivos estratégicos, proporcionando una visión integral del desempeño de la empresa; el vincular los indicadores financieros con indicadores claves de gestión relacionados con la satisfacción del cliente, los procesos internos del negocio y el fortalecimiento del capital intelectual, logra ubicar a la estrategia en el centro de la organización y se enfoca hacia las diferentes áreas que la integran.

El Cuadro de Mando Integral (CMI), pretende unir el control operativo a corto plazo con la MEGA, visión y la estrategia a largo plazo de la empresa; de esta manera, la empresa se centra en unos pocos indicadores fundamentales relacionados con los objetivos más significativos. En otras palabras, la organización se ve obligada a controlar y vigilar las operaciones de hoy porque afectan al desarrollo del

mañana. Esto quiere decir que el concepto de CMI se basa en tres dimensiones del tiempo: Ayer, hoy y mañana.

La correcta selección de los indicadores tiene gran importancia, puesto que los mismos han de explicar las razones del éxito o fracaso de la empresa, y sirve de alarma para poner en marcha acciones correctivas inmediatas.

La inestabilidad y complejidad del mercado, debida en gran parte al desarrollo tecnológico había mostrado fallas en los sistemas de gestión basados únicamente en los aspectos financieros de una entidad. Los sistemas que habían aparecido en años anteriores se enfocaron en sólo dos aspectos importantes de la organización: Calidad y clientes; pero fracasaban al momento de explicar de modo integral el funcionamiento de la empresa y las causas de los resultados obtenidos.

En los anexos 4 y 5 se suministra información sobre los antecedentes, principios y problemas de la gestión con su respectiva solución del Balanced Scorecard.

3.1.1 Perspectivas del Balanced Scorecard (BSC)

El BSC consiste en convertir la estrategia en objetivos a largo plazo, mediante planes operativos que conlleven a su ejecución. Está compuesto por cuatro (4) perspectivas que son:

3.1.1.1 Perspectiva Financiera

Históricamente los indicadores financieros han sido los más utilizados, pues son el reflejo de lo que está ocurriendo con las inversiones y el valor añadido económico, de hecho, todas las medidas que forman parte de la relación causa-efecto, culminan en la mejor actuación financiera.

En el caso de entidades sin ánimo de lucro, la perspectiva financiera es sustituida por el concepto de valor compartido. Este puede ser definido como las políticas y prácticas operacionales que mejoran la competitividad de una empresa a la vez que ayudan a mejorar las condiciones económicas y sociales en las comunidades donde opera. La creación de valor compartido se enfoca en identificar y expandir las conexiones entre el progreso económico y social.

El concepto descansa en la premisa que tanto el progreso económico y social deben ser abordados usando principios enfocados en el valor. El valor es definido por los beneficios en relación con los costos, no solo por los beneficios. La creación de valor es una idea reconocida desde hace tiempo en los negocios, donde las utilidades son los ingresos recibidos menos los costos incurridos. Sin embargo, las empresas rara vez han abordado los problemas de la sociedad desde la perspectiva del valor y se han limitado a tratarlos como temas periféricos¹.

3.1.1.2 Perspectiva Cliente

Como parte de un modelo de negocios, se identifica el mercado y el cliente hacia el cual se dirige el servicio o producto. La perspectiva del cliente es un reflejo del mercado en el cual se está compitiendo. Brinda información importante para generar, adquirir, retener y satisfacer a los clientes, obtener cuota de mercado, rentabilidad, etc. "La perspectiva del cliente permite a los directivos de unidades de negocio articular la estrategia de cliente basada en el mercado, que proporcionará unos rendimientos financieros futuros de categoría superior." (Kaplan & Norton).

¹ La creación de valor compartido – Michael Porter y Mark R. Kramer Harvard business review ene-feb 2011.

3.1.1.3 Perspectiva Procesos Internos

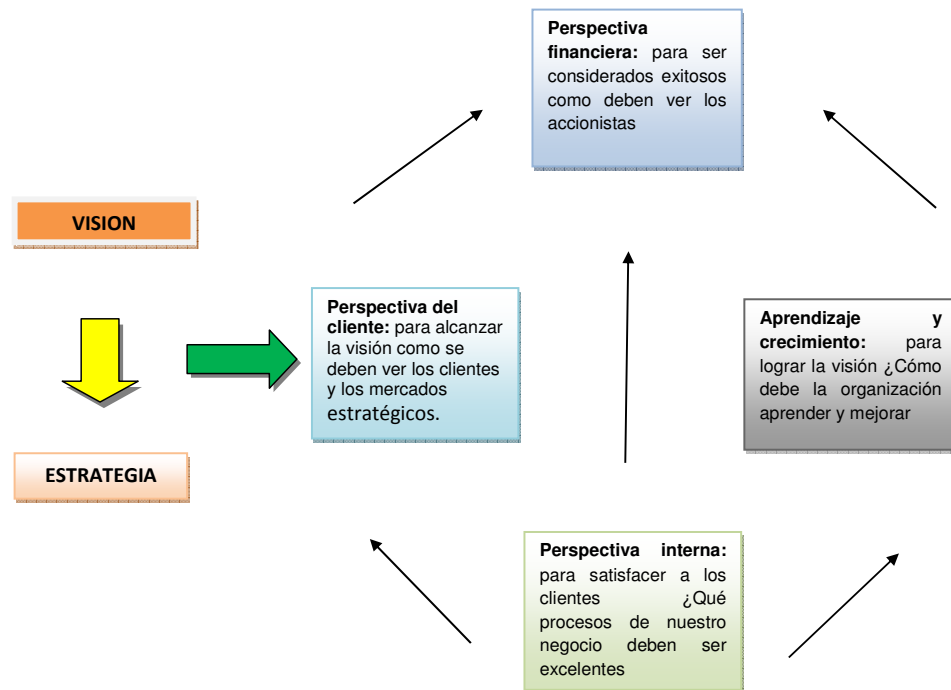
Para alcanzar los objetivos de clientes y financieros es necesario realizar con excelencia ciertos procesos que dan vida a la empresa. Esos procesos en los que se debe ser excelente son los que identifican los directivos y ponen especial atención para que se lleven a cabo de una forma perfecta, y así influyan para conseguir los objetivos de accionistas y clientes.

3.1.1.4 Perspectiva de Formación y Crecimiento

Es la perspectiva que corresponde a los activos intangibles, que se constituye en el factor clave de éxito de las empresas, se debe prestar especial atención, sobre todo si piensan obtenerse resultados constantes a largo plazo. Hay que lograr formación y crecimiento en 3 áreas: personas, sistemas y clima organizacional. Normalmente son identificadores relacionados con capacitación a personas, software o desarrollos, máquinas e instalaciones, tecnología y todo lo que hay que potenciar para alcanzar los objetivos de las perspectivas anteriores.

En la figura 2 se presenta un esquema del Balanced Scorecard y sus perspectivas:

Figura 2. Perspectivas del BSC



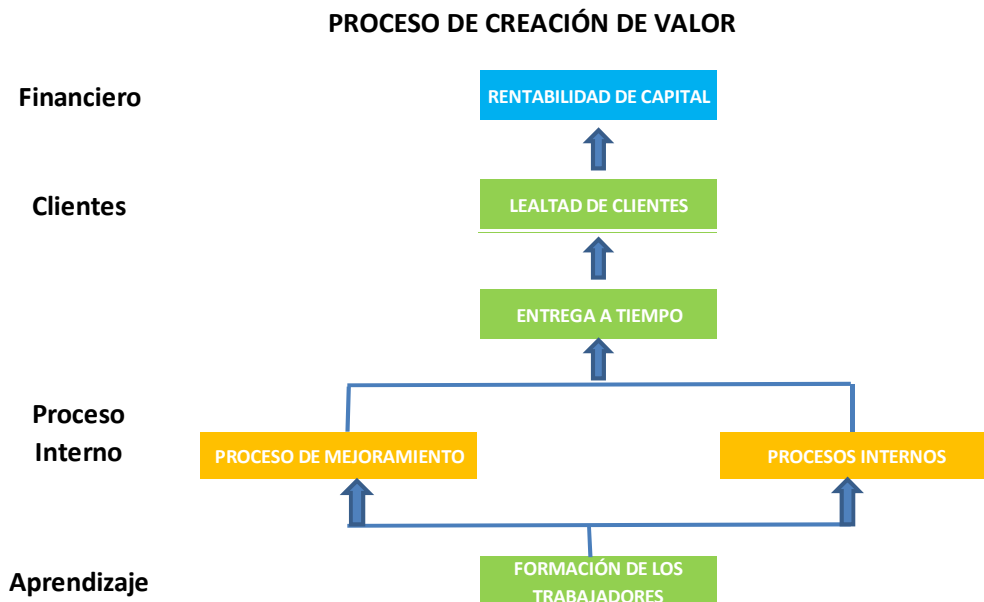
Fuente: Norton y Kaplan 2.006.

El Balanced Scorecard (BSC) sugiere que estas perspectivas abarcan todos los procesos necesarios para el correcto funcionamiento de una empresa y deben ser consideradas en la definición de los indicadores.

3.1.2 Mapa estratégico

En la figura 3 se muestra una representación visual, que describe el proceso de creación de valor mediante una serie de relaciones causa y efecto entre los objetivos de las cuatro perspectivas del BSC.

Figura 3. Proceso de creación de valor



Fuente: Cuadro de Mando Integral Kaplan y Norton.

La estructura de un mapa estratégico brinda un marco integral y lógico para diseñar y ejecutar una estrategia. El mapa estratégico es un gran avance gerencial que permite a las organizaciones gestionar la estrategia de manera más eficiente y lograr una ejecución exitosa.

Un mapa estratégico debe proporcionar un modo simple coherente y uniforme para describir la estrategia de una empresa con el fin de poder establecer objetivos e indicadores y, lo que es más importante, poder gestionarlos. De este modo el mapa estratégico se convierte en el eslabón que faltaba entre la formulación de la estrategia y su ejecución. Para que esto sea así, el mapa estratégico debe cumplir según Kaplan y Norton (2004) varios principios básicos:

- La estrategia equilibra fuerzas contradictorias.

- La estrategia se basa en una propuesta de valor diferenciada para el cliente.
- El valor se crea mediante procesos internos de negocios:
 - ✓ Gestión de operaciones.
 - ✓ Gestión del cliente.
 - ✓ Gestión de la innovación.
 - ✓ Gestión de procesos reguladores y sociales.
- La estrategia debe relacionarse con todos los procesos internos para ser integral.
- El valor de los activos intangibles nace de su capacidad para ayudar a la implantación de la estrategia.

3.1.3 Tabla de indicadores

El objetivo esencial para seleccionar indicadores concretos para un Cuadro de Mando Integral, es identificar los indicadores que mejor comunican el significado de una estrategia. Como sea, que cada estrategia es única, cada cuadro de mando debería ser único y contener varios indicadores únicos.

Los indicadores de gestión son parámetros numéricos, que a partir de datos previamente definidos y organizados, permiten tener una idea del cumplimiento de los planes establecidos, y permiten la toma de decisiones para corregir las desviaciones.

El equilibrio entre los indicadores es lo que da nombre a la metodología, pues se presenta un balance entre los externos relacionados con accionistas y clientes, y los internos de los procesos, capacitación, innovación y crecimiento; también existe un equilibrio entre indicadores de resultados, los cuales ven los esfuerzos

(principalmente económicos) pasados e indicadores que impulsan la acción futura (capacitación, innovación, aprendizaje, etc.).

El BSC permite tener el control del estado de salud corporativa y la forma como se están encaminando las acciones para alcanzar la visión. A partir de la visualización y el análisis de los indicadores balanceados, pueden tomarse acciones preventivas o correctivas que afecten el desempeño global de la empresa.

3.1.4 Los Cuadros de Mando

Los Cuadros de Mando son documentos donde se recogen los indicadores más relevantes para realizar el control de la gestión al nivel que se desee, bien sea a nivel de una unidad organizativa, un área o toda la organización. Los Cuadros de Mando son muy útiles para controlar procesos regulares con un flujo de información continuo. Permiten agrupar la información más relevante (esto es, útil para tomar decisiones), necesaria para tener un conocimiento permanente de la situación de la gestión y su evolución en el tiempo. Los Cuadros de Mando son informes para el control de la gestión cuyo contenido está orientado, normalmente, a la dirección (al nivel de mando correspondiente) y responde a un análisis de las necesidades de información de la misma para identificar las desviaciones transcendentales en las distintas líneas de actuación de la organización y sus causas, que permita realizar las acciones de corrección que sean necesarias para alcanzar los objetivos previstos.

Los Cuadros de Mando Integrales recogen información desde distintas perspectivas de la organización: Financiera, de clientes, de procesos internos y de infraestructura (personas, tecnología, activos, etc.). Proporcionan a la dirección un amplio marco que traduce la visión y estrategia de una organización en un conjunto coherente de indicadores.

En el anexo 4 se suministra información sobre antecedentes y principios del BSC y en el anexo 5 problemas tradicionales de la gestión y su solución en el BSC.

3.1.5 El Balanced Scorecard en instituciones de salud

- **Aplicación del Cuadro de Mando Integral para organizaciones de salud**

Las entidades de salud necesitan tener definidos un "conjunto equilibrado de parámetros, tales como: la eficacia clínica, la experiencia de servicios de los usuarios, la eficacia de gestión de riesgos, la eficacia de los recursos y la eficacia estratégica" (Moullin, 2002, p. 199). ²Esto con el fin de tener la posibilidad de realizar seguimiento y control a la gestión organizacional.

El primer artículo del BSC en la asistencia de salud se escribió en 1994 (Inamdar y Kaplan, 2002. Zelman et al, 2003) ³y examinó la fuerte necesidad de "mejora continua de calidad" en el ámbito de la atención de la salud (Griffith, 1994).

En el artículo Use of the balanced scorecard en health care se presentan experiencias exitosas de la aplicación de la herramienta en organizaciones de servicios de salud. Se identifican 25 casos de aplicación en hospitales de Estados Unidos y Canadá, 27 departamentos universitarios, 28 departamentos de cuidado a largo plazo, 29 centros psiquiátricos, 30 compañías farmacéuticas, 31 organizaciones nacionales de salud, entre otros centros de salud en Canadá y Estados Unidos (Zelman, Pink, y Matthias, 2003)⁴.

² Delivering Excellence in Health and Social Care: Quality, Excellence and Performance Measurement. Open University Press, Buckingham.

³ Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. Journal of Healthcare Management, 47(3), pp. 179-196.

⁴ Use of the Balanced Scorecard in Health Care. Journal of Health Care Finance, 29(4), pp. 1-16.

El cuadro de mando integral es utilizado por diferentes tipos de organizaciones de salud, y se modifica para reflejar las realidades de cada grupo de usuarios. La creciente tendencia a la aplicación de este enfoque, se debe a su capacidad y flexibilidad de adaptación ante diversas circunstancias.

Los anexos 6 y 7 contienen información sobre la implementación de la herramienta BSC, aplicación del Cuadro de Mando Integral dentro del sector salud en Italia, España y Portugal y su utilización como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias.

3.2 CINCO FUERZAS DE MICHAEL PORTER

De acuerdo a su artículo inicial publicado en la revista Harvard Business Review #57 de 1979 y su readaptación en enero de 2008 para la misma revista, el modelo de las 5 fuerzas del profesor de la Universidad de Harvard: Michael Porter permite realizar un análisis de lo atractivo o no de un sector en especial; esto para poder evaluar la posición actual y futura del negocio objeto de estudio y concluir si se augura rentabilidad para cualquier operador desde la óptica de sus competidores. Las cinco fuerzas descritas en este modelo son:

3.2.1 Barreras de entrada - nuevos competidores

Hace referencia a la dificultad que puede encontrar un nuevo competidor para ingresar a un determinado sector; si las barreras de ingreso son altas, esto dificulta la entrada de otros actores, caso contrario sí estas barreras son de fácil acceso.

3.2.2 El poder de negociación de los proveedores

Esta fuerza depende del tipo de producto y la concentración de la cantidad de proveedores en el mercado, esta puede ser fuerte o débil dependiendo de las condiciones del mercado en la industria del proveedor y la importancia del producto que ofrece.

3.2.3 El poder de los compradores

Los clientes de un determinado sector pueden tener el poder suficiente para manipular los precios a la baja o exigir determinadas características en los productos incidiendo directamente en la rentabilidad del negocio.

3.2.4 Amenaza y poder de los sustitutos

Los bienes o servicios sustitutos son aquellos que pueden remplazar a otro directamente o cumplir funciones similares. Su capacidad de influir en un negocio depende del precio y calidad que puedan ofrecer para desplazar al de la competencia.

3.2.5 El poder de los competidores

La fuerza que ejercen los operadores que se encuentran en el negocio para mantener su posición competitiva o presentarse como mejor alternativa que las empresas rivales.

3.3 ANÁLISIS PESTEL

Es un análisis del macro entorno estratégico, en el que se encuentra la organización, mediante el análisis de distintos factores: Políticos - legales, Económicos, Socio culturales y Tecnológicos. Estos factores manejan, entre otras, estas variables.

- Políticos - legales: Normatividad y protección medio ambiental, políticas fiscales, legislación en materia de salud y política fiscal.
- Económicos: Crecimiento económico, tipo de interés y políticas monetarias, política tributaria y tipo de cambio.
- Socio culturales: Demografía, cambios en el estilo de vida, educación y sensibilización respecto a la salud, seguridad y bienestar.

- Tecnológicos: Inversión en administración, tasa de transferencia tecnológica, invención en desarrollo.

3.4 ANÁLISIS DOFA

El análisis DOFA es una herramienta utilizada para la planeación estratégica, acrónimo de Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas. Resume los aspectos clave de un análisis del entorno de una actividad empresarial y de la capacidad estratégica de una organización. El DOFA es un instrumento metodológico que permite identificar debilidades y fortalezas al interior de una organización, así como amenazas y oportunidades en el contexto externo de la misma. Todo esto con el fin de determinar los factores clave de éxito de la organización.

4. DIAGNÓSTICO EXTERNO.

El análisis externo entrega una amplia visión del comportamiento del sector salud de las instituciones médicas en Colombia, que servirá como fundamento para el desarrollo de estrategias posteriores. Este se encuentra soportado en la metodología PESTEL, el análisis de las 5 fuerzas competitivas de Michael Porter y análisis de factores externos (Oportunidades y amenazas) de la matriz DOFA.

4.1 ANÁLISIS PESTEL

Con el objetivo de comprender el crecimiento o declive del mercado y la posición potencial de la organización, se realizó el análisis PESTEL, a partir de los aspectos: Políticos - legales, económicos, sociales, tecnológicos y ambiental.

4.1.1 Políticos y legales

- **Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021:** El presidente Juan Manuel Santos en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 20120 – 2014 “Prosperidad para Todos”, estableció el Plan Decenal de Salud Pública que se constituye en un gran compromiso para el gobierno, dado que se plantea a mediano plazo, comprometiendo más de un período de gobierno.

Los ejes temáticos o dimensiones que están incluidos en el PDSP, son seis (6):

- ✓ **Salud ambiental:** promueve la calidad de vida individual, familiar y colectiva y concibe al ser humano como integrante y en relación con los ecosistemas.
- ✓ **Salud mental y convivencia:** Se deriva de la interacción de las emociones, ideas, creencias, percepciones y conocimientos; los cuales están estrechamente relacionados con la salud física y con la salud social.

- ✓ **Seguridad alimentaria y nutricional:** se refiere a la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, así como el acceso y consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad y calidad, para llevar una vida saludable y activa.
- ✓ **Salud sexual y reproductiva:** implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no y el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres.
- ✓ **Vida saludable y condiciones crónicas:** busca el goce efectivo del derecho a la salud, el desarrollo de aptitudes y condiciones personales y sociales favorables para la prevención de los factores de riesgo comunes y los determinantes sociales de la salud.
- ✓ **Riesgos colectivos para la salud:** Entre los riesgos figuran el cambio climático, la alteración de los sistemas ecológicos y biofísicos de la tierra, los daños en la producción alimentaria, la disminución de las fuentes de agua potable y la contaminación ambiental.

El PDSP es referente obligado para los planes y proyectos de las empresas administradoras de planes de beneficio – EAPB, como es el caso de CAPRUIS.

- **Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS:** En Colombia, la reforma del sistema de salud se inició hace 20 años con la promulgación de la ley 100/93, llevando la cobertura de aseguramiento de niveles inferiores al 33% de la población a más del 95% en la actualidad. No obstante el sistema ha entrado en una crisis operativa y gerencial que se refleja en deficiente atención a los usuarios, corrupción e ineficiencia en el uso de los recursos, y una enorme presión jurídica y fiscal sobre el modelo.

El gobierno nacional ha presentado ante el Congreso de la República, el proyecto estatutario 209-13, de reforma al sistema de salud, que si bien en el texto inicialmente presentado excluye explícitamente a los regímenes exceptuados y sistemas especiales como es el caso de las universidades; los críticos aseguran que no es equitativo que sean excluidos de la reforma, dado que correspondiendo solamente al 5% de la población consumen 2.5 billones de pesos (cerca del 10.5% del presupuesto nacional del gasto en salud).

Siendo que la ley 100/93, es para el Sistema Universitario de Seguridad Social el referente del plan de beneficios, de manera indirecta su reforma afectaría este sistema, razón por la cual es importante comentarlo. Los principales aspectos que contemplan la reforma son:

- ✓ El estado actuará como afiliador, recaudador y pagador.
- ✓ Se sustituye el Plan obligatorio de salud-POS, por el Plan Único de Salud, que estructura la prestación del servicio sobre una concepción integral de salud, privilegiando la estrategia de atención primaria y definiendo una lista de exclusiones (procedimientos y medicamentos que no serán cubiertos por el sistema).
- ✓ Se define la obligación del estado de propiciar un programa de cultura sanitaria, para que derecho-habientes del sistema se constituyan en guardianes de su salud y la de su comunidad.
- ✓ Se establece que se reconocerá en el acto médico el compromiso social de la medicina y respetará la autonomía intelectual de los facultativos en la toma de decisiones.

- ✓ La regulación de precios de medicamentos y tecnología estará a cargo del Ministerio de Protección Social.

4.1.2 Económicos⁵

La economía colombiana se encuentra en mejores condiciones para afrontar la crisis comparativamente con la recesión de finales de la década del 90, debido a los ajustes que se han realizado internamente que fortalecieron las finanzas del gobierno, disminuyeron el endeudamiento, el fortalecimiento del sistema financiero y las menores tasas de inflación. Sin embargo, el sector externo presenta mayor vulnerabilidad ya que aparte de la recesión de nuestro principal socio comercial Estados Unidos, el comercio con Venezuela y Ecuador se ha reducido sustancialmente, el flujo de inversión extranjera directa se ha disminuido y los precios de las materias primas han bajado. A estos factores se les unen los internos, como son la fragilidad de las finanzas públicas por cuenta de los menores ingresos y del menor crecimiento de la economía que mostrarán un aumento del déficit fiscal.

En 2012 la producción colombiana creció 4,0%, desacelerándose de manera significativa después del 6,6% alcanzado en 2011, especialmente durante el segundo semestre, debido al menor dinamismo de la inversión y de las exportaciones netas.

Lo anterior, junto con unas buenas condiciones climáticas, la ausencia de presiones de costos y las disminuciones o pocos ajustes de los precios internacionales crearon condiciones propicias para la reducción de la tasa de inflación. Fue así como entre diciembre de 2011 y septiembre de 2012 la inflación pasó de 3,73% a la meta de largo plazo (3%). Esta tendencia decreciente se acentuó en el cuarto trimestre, de tal manera que al concluir el año se registró una

⁵ http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/ijd_mar_2013_0.pdf

inflación de 2,44%, por debajo de los pronósticos de los analistas del mercado. Esta tendencia ha continuado y en mayo se ubicó en 2%.

Los pronósticos del Banco de la República indican que la inflación podría acercarse lentamente al 3% durante los próximos cuatro trimestres, para mantenerse en niveles ligeramente inferiores a este rubro en la segunda mitad de 2014. Estos datos muestran unas expectativas totalmente ancladas a la meta de inflación establecida entre 2% y 4%, a pesar de implicar un repunte de la inflación.

En el 2012 la variación del IPC para salud fue del 4,27%. Esto se justifica debido a la alta demanda de productos y servicios de salud, por lo cual los proveedores incrementan los precios para maximizar su beneficio a costa de la necesidad del comprobador.

La Junta Directiva del Banco de la República (JDBR) decidió reducir la tasa de interés de intervención de manera gradual desde un nivel de 5,25% en julio de 2012 a 3,25% en marzo de 2013. La gradualidad de este proceso (25 puntos básicos pb en cada decisión y 50 pb en la última), obedece a la incertidumbre sobre la naturaleza y duración de los choques que han determinado el comportamiento de los precios y del producto. Las reducciones en la tasa de interés de política se han venido transmitiendo progresivamente a las tasas de interés de crédito en todas sus modalidades.

Adicionalmente, en materia de costos laborales se espera que los ajustes para 2013 sean inferiores a los del año anterior, dado el menor aumento del salario mínimo (4,05%) y los efectos de la reforma tributaria vía la disminución de los parafiscales en la nómina. Por esta razón, y porque la tasa de desempleo debería descender poco, no se prevén presiones sobre los precios, originadas en este frente.

Basados en lo anterior y reconociendo la opinión de algunos expertos nacionales, se ha determinado un crecimiento del 3% para los ingresos operacionales de CAPRUIS en el mediano plazo.

- **Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano⁶**

En el año 2012, FEDESARROLLO, realizó una evaluación del sistema de salud colombiano en cuanto a la dinámica del gasto, encontrando que en el año 2011 se destinaron 45 billones para la salud, equivalentes a 9 puntos del PIB, representando cerca de un millón percápita, es decir el 10% del ingreso de cada colombiano. En Estados Unidos el gasto en salud como porcentaje del PIB en 2010 fue el 16,2% según la Organización Mundial de la Salud - OMS.

El análisis desarrollado de los costos percápita por tipo de régimen y su dinámica reciente nos lleva a concluir que el sistema de salud no es sostenible financieramente si no se hacen importantes ajustes que moderen el crecimiento del gasto. En este orden de ideas, los retos que debe enfrentar cada régimen son diferentes. El gasto en los regímenes especiales debe moderar su ritmo de crecimiento o podría tener un fuerte impacto en el presupuesto nacional.

Ahora bien, en las actuales condiciones el régimen contributivo genera un déficit – por efecto del aumento del gasto vía recobros al Fosyga- que afecta a todos los actores que hacen parte de este régimen. Si bien hay esfuerzos para su control, no es claro que las medidas tomadas sean lo suficientemente fuertes para su solución. Vale la pena mencionar que el aumento del gasto es un problema general de todos los sistemas de salud y la experiencia muestra que se deben diseñar en forma clara los límites al gasto.

En particular sobre los regímenes exceptuados y especiales (Fuerzas militares, magisterio, Ecopetrol y Universidades), se encontró que el gasto percápita oscila

⁶ Estudio Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano – Fedesarrollo 2012.

entre 2 y 8 la valores de UPC (Unidad de pago por capitación) del régimen contributivo y además el costo en la prestación de servicios medico asistenciales, crece en promedio en un 10.5 % anual. Según el estudio de Fedesarrollo las explicaciones a este fenómeno pueden ser tres: en primer lugar, que las tarifas de las IPS crecen por encima de la inflación; en segundo lugar, que mientras la población de mayor edad (es decir, de alto costo) aumenta año a año significativamente, la dinámica de los nuevos cotizantes no logra compensar este impacto sobre los costos; y por último, que la implementación de nuevas tecnologías en salud genera mayores costos.

El anexo 8 contiene dos estudios de evaluación financiera de la Red Universitaria de Servicios de Salud – RUSS.

4.1.3 Sociales

- Tendencia a los estilos de vida saludables, incidiendo positivamente en la expectativa de vida de la población. Siendo que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. Cada vez es mayor la toma de conciencia acerca del peso que ejerce la conducta, estados psicológicos y el contexto en el que se vive sobre la salud de cada individuo. El bienestar de las personas depende en gran medida de comportamientos tales como desarrollar hábitos de vida saludables, buscar atención médica oportuna y obedecer recomendaciones. Es fácil y menos costoso ayudar a que una persona se mantenga saludable, que curarla de una enfermedad⁷.
- El envejecimiento poblacional hace que los costos en salud de entidades de aseguramiento se incrementen debido a la mayor incidencia de enfermedades

⁷ (Bermúdez, 1993). Becoña, E. Vázquez, F. & Oblitas, L. (2004). "PROMOCIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES". En Investigación en Detalle Número 5. [En línea]. ALAPSA. Bogotá. Disponible en Internet <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>

de alto costo y crónico degenerativas. El 50% del gasto en salud de los adultos mayores, se explica por el gasto en hospitalización. Los adultos mayores beneficiarios de servicios de Salud Pública, consumen el 30% del Gasto Público en salud.⁸ El adulto mayor tiene una limitada reserva fisiológica y muchos de ellos se catalogan con fragilidad y desacondicionamiento con edades mayores de 80 años principalmente; esto crea un mayor costo farmacéutico en el control de enfermedades que no tiene carácter curativo, y además los pone en riesgo de empeorar efectos adversos en el ámbito de la salud y alcanzar la discapacidad y la dependencia más rápidamente⁹. En Colombia la expectativa de vida al nacer de la población total en el año 2011 era de 75 años (hombres 72 y mujeres 78)¹⁰.

- Actualmente se registra mayor predisposición a situaciones provocadoras de estrés sicosocial. Las interacciones entre el trabajo, el medio ambiente, las satisfacciones y las condiciones del trabajador, sus necesidades, cultura y situación personal fuera del trabajo, todo es canalizado a través de percepciones y experiencias que pueden repercutir en la salud, en el rendimiento y la satisfacción laboral del individuo. Los riesgos psicosociales pueden causar en el trabajador efectos psicológicos como estrés, depresión, sentimientos de fracaso y trastornos de la personalidad entre otros. Físicamente pueden causar insomnio, desordenes cardiovasculares, digestivos y osteomusculares¹¹.

⁸ Envejecimiento y Salud http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/2/37482/M_Isabel_Rodriguez.pdf.

⁹ Envejecimiento de la población, un reto para la salud pública. Marta Inés Berrío Valencia. Médica anesthesióloga, Hospital Pablo Tobón Uribe, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. <http://www.revcolanest.com.co/es/envejecimiento-poblacion-un-reto-salud/articulo/90149436/>.

¹⁰ Cia World Factbook.

¹¹ <http://www.ocupacionaljb.com/documentos/boletin%2010.pdf>

- **Situación actual del cáncer en Colombia¹².**

En Colombia, el cáncer representa un problema de salud pública creciente. Abordar la situación actual del cáncer en nuestro país implica describir la situación epidemiológica, considerar algunos de los determinantes generales de la situación y presentar la respuesta social que se ha dado, particularmente desde el sistema de salud y orientada hacia la prestación de servicios oncológicos.

Situación epidemiológica: De acuerdo con las estimaciones de incidencia, en el periodo 2000-2006 se presentaron en Colombia cerca de 70.887 casos anuales nuevos de cáncer¹³: 32.316 en hombres y 38.571 en mujeres. En hombres, la tasa de incidencia ajustada por edad, para todos los cánceres excepto piel fue de 186,6; en mujeres fue de 196,9. Entre los hombres las principales localizaciones fueron en orden decreciente: próstata, estómago, pulmón, colon y recto y linfomas no Hodgkin. En las mujeres las principales localizaciones fueron: mama, cuello del útero, tiroides, estómago y colon, recto y ano¹⁴.

En 2009 se registraron 32.815 defunciones por cáncer, que representaron 17% del total de defunciones; de éstas 160.113 fueron en hombres y 16.702 en mujeres, con una tasa cruda de mortalidad por cáncer de 72,6 por 100.000 y 73,3 por 100.000, respectivamente. Para el área metropolitana de Bucaramanga las tasas crudas de incidencia de cáncer (excepto piel) reportadas en el periodo 2000-2004 fueron 98,1 casos nuevos por 100.000 en hombres y 120 casos nuevos por 100.000 en mujeres¹⁵.

¹² Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2020. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, Empresa Social del Estado 2012.

¹³ Sin incluir el cáncer de piel que es el cáncer más frecuente pero sobre el que no se cuenta con cifras de magnitud.

¹⁴ Pardo C, Cendales R. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006 Bogotá, INC 2010.

¹⁵ Uribe C, Meza E. Incidencia del cáncer en Bucaramanga. Med Unab 2007;108(3): 147-172.

En adultos, las principales localizaciones de cáncer en hombres son el cáncer de estómago, pulmón, próstata, y colon y recto mientras que en mujeres son el cáncer de cuello uterino, mama, estómago y pulmón. No se cuenta con cifras sobre cáncer de piel que es el cáncer más frecuente, ya que los sistemas de información existentes no contemplan su recolección en razón a su alta frecuencia y baja mortalidad. En niños, las principales localizaciones son las leucemias, los tumores del sistema nervioso central y los linfomas.

En niños, el cáncer es una enfermedad rara, que no representa más allá de 3% de los casos nuevos de cáncer en nuestro país. Dentro de los problemas que se han visto asociados con la baja supervivencia de las leucemias pediátricas en nuestro medio están las altas tasas de abandono y de traslados que se tienen por problemas sociales y por la complejidad de la prestación de los servicios de salud en el modelo actual en Colombia^{16 17}.

En Colombia, la variación geográfica en la mortalidad por cáncer también ha sido descrita para los principales cánceres. Así, se observan patrones claramente definidos en la mortalidad por cáncer de estómago que muestra mayor riesgo en la zona Andina y las cordilleras, en cáncer de mama donde el mayor riesgo coincide con los grandes centros urbanos y en cáncer de cuello uterino donde las mujeres con mayor riesgo son las habitantes de departamentos alejados, zonas de frontera y riberas de los grandes ríos¹⁸.

El anexo 9 presenta un informe sobre las tendencias en la mortalidad por cáncer en Colombia.

¹⁶ Suárez A, Guzmán C, Villa B, Gamboa O. Abandono del tratamiento: una causa evitable de muerte en el niño con cáncer Rev Colomb Cancerol 2011;15(1):22-29.

¹⁷ Raba M. Informe del evento leucemias agudas pediátricas, consolidado 2010. Instituto Nacional de Salud 2011.

¹⁸ Piñeros M, Pardo C, Gamboa O, Hernández G. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Bogotá. Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Geográfico Agustín Codazzi; Bogotá: Imprenta Nacional; 2010.

4.1.4 Tecnológicos

- **Las Tecnologías de Información y Comunicaciones - TICs**

La incorporación de las TICs al mundo sanitario, es un motor de cambio para mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, pues favorece el desarrollo de herramientas que se dirigen a dar respuesta en áreas como la dirección, investigación, diagnóstico, tratamiento y programas de prevención y promoción de la salud.

Como ocurre en otros campos, las TICs se están haciendo presentes cada vez más en el ámbito de la salud. La práctica clínica gira alrededor de datos, información y conocimiento; internet se ha convertido en la mayor fuente de información sanitaria no sólo para los profesionales sino también para los pacientes. Además han surgido y siguen surgiendo multitud de iniciativas de aplicaciones médicas que, aparte de los servicios de información, contemplan la posibilidad de consulta a médicos (segunda opinión), los grupos de apoyo entre pacientes, servicios de telemedicina y una amplia gama de posibilidades. El desarrollo de infraestructuras de redes digitales de comunicaciones tipo corporativo y acceso generalizado a internet están permitiendo el flujo de información entre todos los actores, usando historiales clínicos electrónicos en un entorno seguro, mejorando la calidad de los servicios y facilitando una gestión más eficiente y cómoda para los ciudadanos.

Al respecto, Joan Dzenowagis, especialista en TIC de la Organización Mundial de la Salud, señaló para la ONU que “a medida que aumenta la utilización de la ciber salud, se prevé que surgirán nuevos negocios y que proliferarán las oportunidades económicas junto con plataformas para la innovación y los servicios. En los países en que existen mercados de ciber salud establecidos, está cobrando importancia el objetivo de recibir una atención más eficiente, eficaz y

personalizada, y los ciudadanos utilizan y comparten activamente información con miras a obtener mejores servicios, precios y tratamientos”.

En oposición, aparece el riesgo del autodiagnóstico incrementado por cortesía del exceso de información que circula on-line y su pobre interpretación por parte de pacientes que prefieren recurrir antes a una web que a un profesional de la salud.

- **Zonas Francas**

Desarrollo de dos zonas francas en salud en el área metropolitana de Bucaramanga, con mayor disponibilidad de tecnología y diferentes servicios especializados entre los que se destacan¹⁹:

- ✓ Servicios Médico - Hospitalarios
- ✓ Hotel Internacional.
- ✓ Centro de Congresos y Convenciones
- ✓ Centro de Innovación, Investigación Científica y Desarrollo del Conocimiento.
- ✓ Centros de Atención de Clase Mundial, bajo conceptos de Seguridad, Transparencia, Tecnología, Producción Limpia y Buenas Prácticas Empresariales
- ✓ Centro de Oftalmología
- ✓ Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas
- ✓ Centro Cardiovascular
- ✓ Centro Internacional de Cirugía Estética y Reconstructiva
- ✓ Centro de Diagnóstico de Alta Especialización
- ✓ Unidades Tecnológicas de Talla Mundial
- ✓ Centro de Trasplantes y Reemplazos Articulares
- ✓ Centro de Fertilidad, Banco de Células Madre y Banco de Tejidos
- ✓ Centro de Nanotecnología y Genómica
- ✓ Centro de Medicina Nuclear

¹⁹ <http://www.dinero.com/actualidad/nacion/articulo/zona-franca-salud-promesa-para-santander/171604>

- ✓ Hospitalización, urgencias y UCI
- ✓ Centro de Investigación y Transferencia de Tecnología para el Desarrollo del Conocimiento Científico.

El desarrollo de las zonas francas en salud habrá de representar una importante oportunidad de atención para los usuarios por el nuevo apoyo tecnológico que se ofrece, pero significará un mayor costo en la prestación del servicio para las empresas aseguradoras.

- **Industria Farmacéutica**

Nuevos medicamentos, incluyendo vacunas, han revolucionado la práctica médica proporcionando formas de prevenir, tratar o curar una creciente gama de enfermedades.

Muchos de los nuevos productos dan mejores resultados que terapias anteriores, y otros ofrecen esperanza a los pacientes cuando antes no existía.

En el mundo, son lanzados aproximadamente 35 medicamentos nuevos cada año²⁰.

La industria farmacéutica tiene un peso importante en los países por su efecto en el sector de la salud. Su desempeño y su capacidad para resolver los problemas de salud están fuertemente vinculados con su capacidad de innovación o su estrategia imitativa.

4.1.5 Ambiental

Hoy en día, la humanidad contemporánea comprueba cómo se desarrollan la técnica y el progreso; pero, también alrededor de ella, existen preocupaciones por el progresivo deterioro del ambiente. El problema ambiental está profundamente

²⁰ The Pharmaceutical Innovation Platform, IFPMA, 2007

relacionado con el vínculo que tienen los hombres con su entorno y depende también de la relación de los hombres entre sí. El factor demográfico y el uso y consumo de todos los recursos naturales e industrializados que utilizan los humanos a todo lo largo de su vida, además de la infraestructura social, económica y cultural que esto implica, son factores determinantes en la emisión de contaminantes, afección al ambiente y la salud del hombre.

La salud y su ambiente son un prerrequisito para el desarrollo sustentable, pero la salud ambiental no sólo es competencia del sector salud, es un asunto multidisciplinario que compete a todo el mundo.

Se puede definir a la salud ambiental como aquella disciplina que comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales. También se refiere a la teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de presentes y futuras generaciones.

El acelerado proceso de urbanización trae consigo un gran número de enfermedades, originadas por el desempleo, la vivienda precaria, la congestión vial, la contaminación atmosférica, la acumulación creciente de desechos domésticos e industriales, entre otros. También se producen y fomentan estilos de vida negativos para la salud, como el consumo de tabaco, el sedentarismo y la sobre utilización del transporte del automóvil. Se establece así una relación que reafirma la concepción integral y moderna que plantea la salud ambiental, lo cual sugiere que un entorno saludable sustenta y mantiene un modo de vida saludable y viceversa.

El impacto sobre la salud por el deterioro ambiental es a menudo tenue y se pone de manifiesto solo cuando al tratar de corregirlo no siempre es posible. Los

resultados de la contaminación frecuentemente se conocen tan tardíamente, que solo unos pocos pueden establecer una relación entre la causa y el efecto.

4.2 Análisis cinco fuerzas de Porter

Para la elaboración de este análisis el autor hizo uso de una herramienta de libre acceso en internet en la que se evalúa el impacto de una serie de variables en cada fuerza; asignando una puntuación de 1 a 5, con la siguiente escala de valoración: 1 y 2 Débil, 3 Moderado, 4 y 5 Fuerte.

Las tablas 1 a 5 contienen esta información.

4.2.1 Poder de negociación de los proveedores

Tabla 1. Poder de negociación de los proveedores

DETERMINANTES		EVALUACIÓN (1 y 2: Débil 3: Moderado 4 y 5: Fuerte)
1. Concentración	El 31,8% de la ejecución del costo de la Entidad corresponde a compras a laboratorios farmacéuticos y el 41% de esas compras se concentra en 5 laboratorios. Así mismo preocupa el fortalecimiento que se genera por parte de algunos proveedores, por cuanto se están dando fusiones o adquisiciones robusteciéndose con un alto portafolio de medicamentos. De otro lado las compras de servicios médicos hospitalarios, se concentran en dos entidades que se encuentran habilitadas para prestar los cuatro niveles de atención en salud.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5
2. Presencia de entradas sustitutas	No hay sustitutos.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5
3. Importancia relativa para el cliente	La Entidad no es imprescindible, porque no genera grandes volúmenes de compra debido a su escaso número de población afiliada, pero es importante por la liquidez y oportunidad en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales.	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5
4. Impacto en la calidad/ rendimiento	En cuanto a las clínicas se tendría que recurrir a otras ciudades para la prestación del servicio y en cuanto a los laboratorios, a través de intermediarios, generando mayores costos.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5
5. Diferenciación del producto	Fundamentalmente en productos farmacéuticos lo correspondiente a moléculas de investigación o en período de protección de patente, se tiene un alto poder de negociación por parte de los proveedores, por cuanto son productos diferenciadores. Siendo los proveedores quienes disponen las condiciones de negociación.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5
6. Costos por cambio de proveedor	Es viable el cambio de proveedor en los productos o servicios en los que no se tenga exclusividad. La estrategia de negociación conjunta de medicamentos ha posibilitado generar unos mayores volúmenes de compra, fortaleciendo las instituciones de la RUSS ante los proveedores de productos farmacéuticos.	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5
7. Integración hacia adelante	Su objeto social es diferente.	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
FUERZA DE LOS PROVEEDORES		3,4

Fuente: Autor del proyecto.

Debido al impacto que genera sobre los costos operativos la compra de medicamentos y servicios médicos de alta complejidad, el alto poder de negociación de los proveedores constituye un factor crítico para la Institución. Esto se presenta principalmente por el bajo margen de negociación que tiene CAPRUIS y la reducida posibilidad de conseguir sustitutos, máxime cuando existe un entorno de tanta regulación en donde la disponibilidad de los medicamentos es un tema tan crítico por la urgencia de las necesidades.

Por otra parte, cabe anotar que la política de CAPRUIS, es disponer y entregar medicamentos de primer nivel de calidad, así mismo garantizar oportunidad en la prestación del servicio, aspectos que impactan fuertemente su estructura de costos.

Esta fuerza es bastante importante y debe tenerse muy en cuenta en el momento de la formulación de estrategias. La calificación obtenida fue de 3,4/5,0

4.2.2 Rivalidad entre competidores existentes

Tabla 2. Rivalidad entre competidores existentes

DETERMINANTES		EVALUACIÓN (1 y 2: Débil 3: Moderado 4 y 5: Fuerte)
1. Crecimiento de la población objetiva.	De acuerdo a la legislación no se tienen rivales directos en el ámbito del Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud, pero dadas las condiciones de poder adquisitivo de la población usuaria se contemplarían dentro de los rivales: las empresas de medicina prepagada y pólizas de salud. El crecimiento de la potencial población usuaria es lento en razón a los condicionamientos legales que limitan la prestación del servicio a la población con dependencia laboral de la Universidad y sus pensionados, excluyendo a miembros del núcleo familiar cotizante.	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
2. Costos fijos	No se tienen altos costos fijos.	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
3. Sobrecapacidad intermitente	La capacidad instalada se ajusta a la demanda del servicio.	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
4. Diferenciación de producto	La Entidad ofrece un producto diferenciado.	☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
5. Identidad de marca	La población afiliada tiene un alto sentido de pertenencia por la Entidad.	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
6. Costos Variables o de Cambio	El régimen legal ofrece la libertad de libre tránsito entre el Sistema General de Seguridad Social y el Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud, pero se da un porcentaje muy bajo de traslados al régimen general.	☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
7. Concentración y balance	Hay un alto nivel de satisfacción con la prestación del servicio.	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
8. Barreras de salida	No existe un producto sustituto en el mercado que ofrezca mejores condiciones de servicio.	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5
FUERZA DE LOS RIVALES		1,5

Fuente: Autor del proyecto.

La competencia que representan para CAPRUIS otras empresas prestadoras de servicios de salud es mínima. Esto se debe principalmente al régimen especial al que pertenece la entidad, encontrándose protegida por la legislación y restringiendo el ingreso de otros competidores. La entidad cuenta con otras

ventajas como: Bajos costos fijos, relación proporcional entre la capacidad instalada y la demanda.

Al tener en cuenta estos aspectos, se llega a la conclusión que el impacto de esta fuerza no es importante y por ello la calificación obtenida fue de 1,5/5,0

4.2.3 Poder de negociación de los clientes

Tabla 3. Poder de negociación de los clientes

DETERMINANTES		EVALUACIÓN (1 y 2: Débil 3: Moderado 4 y 5: Fuerte)
1. Concentración	Los usuarios se encuentran concentrados en la Universidad Industrial de Santander, además agrupados en asociaciones y agremiaciones que les conceden mayor poder de negociación.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5
2. Costo del producto	El 99% de la población afiliada se encuentra vinculada al plan adicional de beneficios asumiendo un 2,5% de aporte adicional.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5
3. Diferenciación del Producto	Se ofrece un producto diferenciado, diseñado específicamente para esta población.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5
4. Costos Variables o de Cambio	Los costos de cambio son altos, por cuanto los servicios que ofrece un sistema de medicina prepagada o pólizas de salud son mas costosos y con menores beneficios.	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
5. Integración hacia atrás	No existe amenaza de integración hacia atrás.	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
6. Impacto en la calidad / rendimiento	Es muy importante para su calidad de vida.	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
7. Información del comprador	El afiliado tiene a su disposición toda la información necesaria para garantizar la libre elección del producto.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5
FUERZA DE LOS CLIENTES		3,0

Fuente: Autor del proyecto.

Esta fuerza obtiene una puntuación moderada. A pesar de los clientes tener una “baja” capacidad de negociación, resultan beneficiados con un producto diferenciado que suple una necesidad vital. Los costos asociados a la adquisición del servicio, aunque un poco más altos para efectos de competencia con el régimen contributivo; son comparables con la cobertura de una medicina prepagada que si presenta una oferta de valor mucho más costosa.

En todo caso, lo relevante de esta fuerza es que el plan de beneficios en salud suministrado por CAPRUIS a su población usuaria es superior al que puede ofertar una EPS o una empresa de medicina prepagada. Situación que se refleja en las bajas posibilidades de deserción o retiros hacia otras empresas aseguradoras.

A pesar de lo mencionado, la satisfacción de los usuarios y la creación de cultura de salud es supremamente importante ya que es uno de los factores que influyen en la sostenibilidad del modelo. Su calificación es de 3,0/5,0

4.2.4 Amenaza de entrada de nuevos competidores

Tabla 4. Amenaza de entrada de nuevos competidores

DETERMINANTES		EVALUACIÓN (1 y 2: Débil 3: Moderado 4 y 5: Fuerte)
1. Economías de escala y experiencia	La barrera de entrada es alta por cuanto existe un condicionamiento legal que no admite la entrada de nuevos competidores al Sistema Universitario de Seguridad Social.	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
2. Diferencias de producto	Se ofrece un producto diferenciado con beneficios adicionales a los que pueda ofrecer cualquier otro sector.	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
3. Identidad de marca	Los usuarios con alto poder adquisitivo podrían adherirse a una nueva marca, en la que eventualmente se puedan ofrecer ventajas adicionales a un mayor costo.	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5
4. Costos variables	El usuario tendría que asumir mayores costos para lograr beneficios similares o adicionales.	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5
5. Requerimientos de capital	La empresa que quisiera ofertar un producto específico para las universidades podría ser una empresa ya constituida, por lo tanto no tendría mayores requerimientos de capital para la entrada.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5
6. Acceso a la distribución	Los nuevos entrantes podrían ser ofertantes con una distribución del producto a nivel nacional.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5
7. Ventajas de costos	Una empresa con experiencia y conocimiento del sector podría tener condiciones de economía de escala que le permitan disminuir los costos de producto.	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5
8. Políticas Gubernamentales	La Ley 647/01 establece un condicionamiento en cuanto a quienes y en que condiciones se puede ofertar el servicio del Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud.	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
AMENAZA DE NUEVOS COMPETIDORES		2,5

Fuente: Autor del proyecto.

Al igual que en la fuerza de la rivalidad entre los competidores, la amenaza de ingresos de otros competidores es baja. CAPRUIS ofrece un producto diferenciado y de calidad que supera las expectativas de los clientes, por lo que estos no se encuentran interesados en buscar otra alternativa.

En este apartado, es importante advertir que la incertidumbre en la normatividad futura en Colombia hace impredecible entender cuál será el futuro de los regímenes especiales (en donde hace parte CAPRUIS) y por ende la implantación de un nuevo modelo o la adaptación del modelo estándar a los actuales usuarios de la Caja. Ello hace que esta fuerza, aunque baja, no sea despreciable y obtenga un puntaje de 2,5/5,0.

4.2.5 Amenaza de posibles productos sustitutos

Tabla 5. Amenaza de posibles productos sustitutos

DETERMINANTES		EVALUACIÓN (1 y 2: Débil 3: Moderado 4 y 5: Fuerte)
1. Precios Desempeño	Los productos sustitutos que podrían ser: medicina prepagada o pólizas de salud, ofrecen un menor plan de beneficios a un mayor costo, aunque tienen a favor la cobertura nacional.	☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
2. Costos variables	El costo del producto dependería tanto del número de usuarios por núcleo familiar como del grupo etareo en el que se ubique cada afiliado, por lo tanto el costo variaría de acuerdo al riesgo que asuma la empresa ofertante del producto.	☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
FUERZA DE LOS SUSTITUTOS		2,0

Fuente: Autor del proyecto.

A pesar de existir sustitutos como: Medicina prepagada y otras entidades de salud para los beneficiarios de los cotizantes de CAPRUIS, estas alternativas no satisfacen completamente las necesidades de los usuarios, representando una amenaza baja.

De acuerdo a los resultados arrojados por este análisis se concluye que la fuerza que tiene mayor poder y a la vez incidencia en la operación de la institución es la

alta capacidad de negociación de los proveedores. La posibilidad de que los usuarios migren hacia otras entidades es mínima debido a la alta favorabilidad en la percepción del producto y beneficios obtenidos.

La calificación otorgada a esta fuerza es de 2,0/5,0.

4.3 ANÁLISIS DOFA – OPORTUNIDADES Y AMENAZAS

La Alta Dirección de CAPRUIS, en cabeza del autor del documento y asesorada por un experto en la materia, analizaron el impacto de los factores externos desde cada perspectiva del BSC, clasificándolos en alto, medio y bajo dependiendo de la trascendencia que tienen dentro de la organización.

Tabla 6. Matriz de impacto ponderado – Análisis externo – Perspectiva valor compartido

ENTORNO - ANALISIS EXTERNO							
PERSPECTIVA VALOR COMPARTIDO - FINANCIERA							
OPORTUNIDADES (+)	IMPACTO			AMENAZAS (-)	IMPACTO		
	ALTO	MEDIO	BAJO		ALTO	MEDIO	BAJO
VC01. Sistema especial de salud que no compensa ante el FOSYGA.	X			VC01. Debilitamiento del sistema universitario de seguridad social en salud (Estudios de la RUSS, que declaran inviabilidad del sistema).	X		
VC02. Proyecto de reforma de seguridad social en salud que prioriza la atención primaria.		X		VC02. Intención política de suprimir regímenes exceptuados y especiales en salud.	X		
VC03. Plan decenal de salud pública.			X	VC03. Decrecimiento en las tasas de interés.		X	
				VC04. Reforma estatutaria del sistema de seguridad social en salud.		X	
				VC05. Desinterés de las compañías aseguradoras en ofertar pólizas para el cubrimiento de patologías de alto costo.		X	
				VC06. Desarrollo de alta tecnología en salud con alto impacto financiero.	X		

Fuente: Autor del proyecto.

La oportunidad que causa mayor impacto es que la institución no compensa ante el FOSYGA, ofreciéndole “autonomía” en el manejo de los recursos obtenidos por los pagos de los usuarios. Sumado a esto sin ser menos importantes se encuentra el proyecto de reforma de seguridad social y el plan decenal de salud pública que funcionan como lineamientos para mejorar los programas de salud de la institución.

En cuanto a las amenazas, causan gran impacto, situaciones difíciles de manejar directamente debido a su carácter político y legal como el debilitamiento del

sistema universitario de seguridad social en salud y la Intención política de suprimir regímenes exceptuados y especiales en salud.

Tabla 7. Matriz de impacto ponderado – Análisis externo – Perspectiva cliente (usuario)

ENTORNO - ANALISIS EXTERNO							
PERSPECTIVA CLIENTE (USUARIO)							
OPORTUNIDADES (+)	IMPACTO			AMENAZAS (-)	IMPACTO		
	ALTO	MEDIO	BAJO		ALTO	MEDIO	BAJO
C01. Oportunidad de oferta tecnológica en salud (Zona franca en salud área metropolitana).		X		C01. Aumento de la cobertura de aseguramiento en salud que limita oportunidad de atención en IPS.		X	
C02. Alianza con el área de salud ocupacional de la UIS.		X		C02. Limitada capacidad de crecimiento en afiliados cotizantes.		X	
C03. Tendencia a los hábitos de vida saludable.	X						

Fuente: Autor del proyecto.

Desde la perspectiva de los usuarios, la oportunidad que tiene mayor impacto es la tendencia a los hábitos de vida saludable, representando un avance en materia de salud, pues actualmente la población ha generado conciencia sobre la implicación que esto tiene sobre su calidad de vida y bienestar. Representan oportunidades las posibilidades de ampliar los servicios por medio de la alianza con el área de salud ocupacional de la Universidad y aprovechar la creación de la zona franca en salud.

Las amenazas son de impacto medio y se encuentran focalizadas en aspectos relacionados con la limitante legal para la consecución de usuarios cotizantes y la necesidad de aumentar los recursos económicos para el aumento de cobertura en salud.

Tabla 8. Matriz de impacto ponderado – Análisis externo – Perspectiva procesos

ENTORNO - ANALISIS EXTERNO							
PERSPECTIVA PROCESOS							
OPORTUNIDADES (+)	IMPACTO			AMENAZAS (-)	IMPACTO		
	ALTO	MEDIO	BAJO		ALTO	MEDIO	BAJO
P01. Manual tarifario único.		X		P01. Alto costo en la prestación de servicios no POS.	X		
P02. Desarrollo de guías de atención por parte del Ministerio de Protección Social.		X		P02. Escasa oferta de médicos especialistas en algunas áreas.	X		
P03. Desarrollo de programas académicos de medicina familiar y atención primaria en salud.	X						
P04. Negociación conjunta de medicamentos con la RUSS.	X						
P05. Alianza con Departamento de Epidemiología de la UIS, para validación científica de costo efectividad de programas de atención.	X						

Fuente: Autor del proyecto.

Desde la perspectiva de procesos, entre las oportunidades que causan alto impacto se destacan: El avance en creación de programas con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la atención a los usuarios; por otra parte la oportunidad de optimizar los gastos de los medicamentos mediante una negociación conjunta hará más competitiva la entidad en este aspecto, pues como se analizó en las 5 fuerzas competitivas, este uno de los factores que tiene mayor incidencia y disminuye su capacidad de negociación.

Las amenazas latentes inciden directamente en la estructura de costos y el servicio prestado a los usuarios.

Tabla 9. Matriz de impacto ponderado – Análisis externo – Activos intangibles

ENTORNO - ANALISIS EXTERNO							
PERSPECTIVA ACTIVOS INTANGIBLES (TALENTO HUMANO, CAPITAL INFORMATICO Y CULTURA ORGANIZACIONAL)							
OPORTUNIDADES (+)	IMPACTO			AMENAZAS (-)	IMPACTO		
	ALTO	MEDIO	BAJO		ALTO	MEDIO	BAJO
AI01. Proyecto del Ministerio de Protección Social de cofinanciar formación de profesionales en atención primaria y medicina familiar.		X		AI01. Alta demanda de médicos especialistas.		X	
				AI02. Investigación por intermediación laboral.	X		

Fuente: Autor del proyecto.

La oportunidad en esta perspectiva se enfoca en solucionar la carencia para las instituciones de salud, de conseguir profesionales en la especialidad de atención primaria y medicina familiar.

5. MARCO ESTRATÉGICO Y DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL DE LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UIS – CAPRUIS

El diagnóstico interno suministra información sobre la situación actual de diversas áreas de la institución. Incluye: análisis demográfico, modelo de prestación de servicios, análisis epidemiológico, sistema de garantía de calidad, indicadores financieros y talento humano, infraestructura física, infraestructura tecnológica y avance del plan de desarrollo 2010 – 2019.

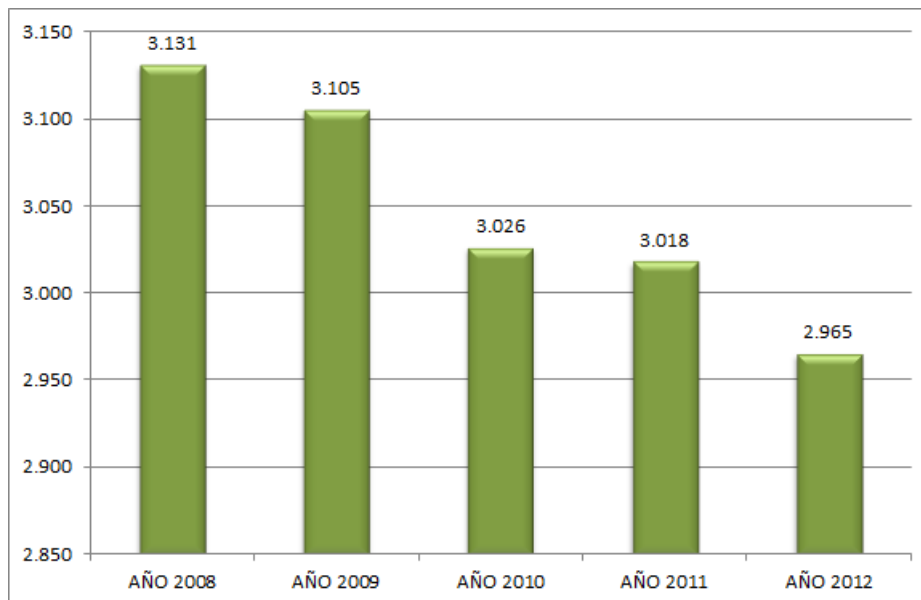
5.1 ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

La población de CAPRUIS tiene una tendencia reduccionista, según lo observado en los registros de afiliación, para el 2005 la población total era de 3273 personas entre afiliados y beneficiarios, pasando a 3105 para finales de 2009 y para 2010 un total de 3026 usuarios, actualmente esta tendencia persiste observando para 2012 una población total de 2965 usuarios.

5.1.1 Análisis demográfico por tipo de vinculación

En la figura 4 se puede visualizar el comportamiento de la población por tipo de vinculación en los años 2.008 – 2.012.

Figura 4. Crecimiento poblacional CAPRUIS 2005 -2012 desagregado por tipo de vinculación



CONCEPTO	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	% VAR 2008 – 2012
COTIZANTES	1.450	1.473	1.498	1.513	1.503	3,7%
Activos	832	845	844	836	813	-2,3%
Pensionados	618	628	654	677	690	11,7%
BENEFICIARIOS	1.681	1.632	1.528	1.505	1.462	-13,0%
TOTAL	3.131	3.105	3.026	3.018	2.965	-5,3%

Fuente: Bases de datos CAPRUIS 2005 - 2012.

Al cierre del año 2012, el total de usuarios fue de 2.965 personas; de los cuales el 50,7% (1.503) correspondió a cotizantes y el 49,3% (1.462) a beneficiarios. Al comparar el total de la población con la registrada al cierre del año 2008, se observa una disminución del 5,3%.

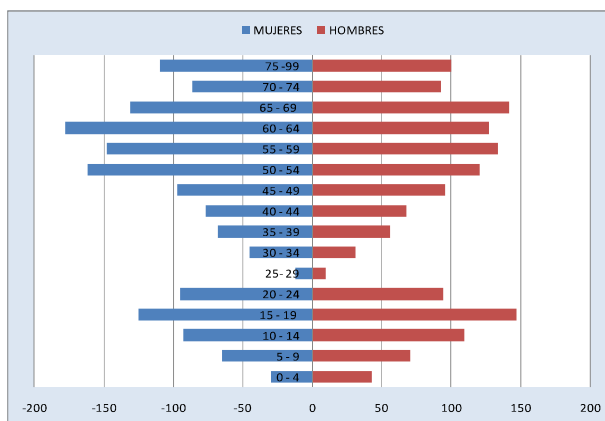
Del total de cotizantes, el 54,1% corresponde a personal activo de la UIS; en tanto que el 45,9% son pensionados afiliados a la Caja.

Al comparar el año 2012 contra el año 2008, se evidencia un incremento del 3,7% en el número de cotizantes, de los cuales los afiliados activos registran disminución del 2,3% frente a los pensionados que muestran un incremento del 11,7%.

5.1.2 Análisis demográfico por edades

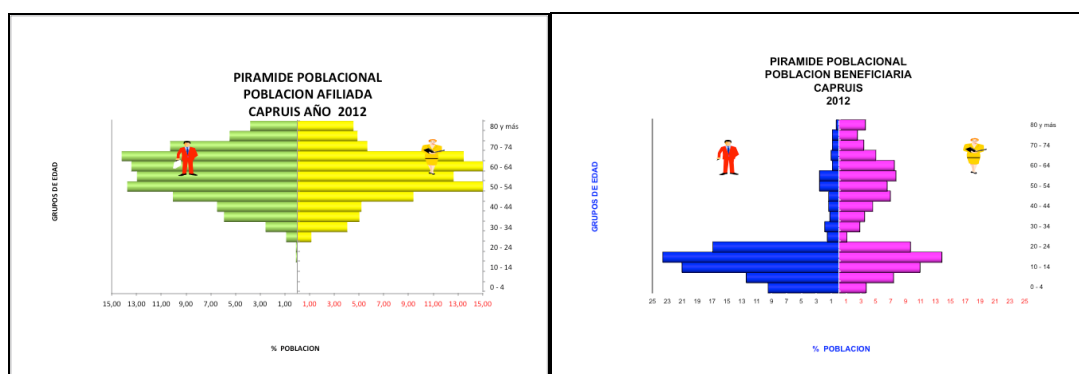
En las figuras 5 y 6 se presenta la composición etaria de los usuarios de CAPRUIS.

Figura 5. Pirámide poblacional CAPRUIS 2012



Fuente: Bases de datos CAPRUIS 2012.

Figura 6. Pirámide poblacional CAPRUIS 2012 discriminada por tipo de afiliación



Fuente: Bases de datos CAPRUIS 2012.

La población de CAPRUIS, presenta dos subpoblaciones determinadas por las características de la afiliación y su tiempo de permanencia con la Entidad, es así como en la pirámide poblacional se observan dos núcleos poblacionales divididos en la edad de los 25 años (correspondiente a la edad de los beneficiarios a la cual hay retiro forzado de la Entidad) y un segundo núcleo con su mayor proporción en mayores de 50 años (51.7% del total de la población para 2012). El porcentaje de mayores de 60 años (32,6% del total de la población 2012 de 2965 usuarios) es 3,6 veces más que este porcentaje en la población Colombiana (9,1% ENS 2005 y 10% ENS 2010). La relación mujer: hombre prácticamente es de 1:1 y se mantiene a lo largo de todos los grupos etarios. El índice de masculinidad para el 2010 fue de 94,2% y de 95,5% para principios del año 2012 (es decir por cada 95,5 hombres hay 100 mujeres).

La razón afiliado/beneficiario es de 1:1,1, es decir por cada 10 afiliados hay 11 beneficiarios. La densidad familiar se aproxima a 2,9 individuos por familia (Medicina Familiar 2013), pero es importante recalcular y actualizar esta información, en el contexto de densidad de usuarios de CAPRUIS por grupo familiar y la densidad familiar en sí misma.

Se cuenta con datos relacionados con la actividad laboral de los afiliados, pero es importante en la gestión de riesgos actualizarlos periódicamente.

La población de CAPRUIS tiene una baja natalidad (0,4%) (Datos 2009), una alta concentración poblacional entre los 15 y 22 años y un adelgazamiento progresivo en los grupos de edad productiva (25 a 39 años) y ampliación para el subgrupo etario de 40 a 60 años.

Para la Caja, persisten las dos pirámides al paso del tiempo por las características de vinculación y las disposiciones de permanencia de los usuarios en la Entidad.

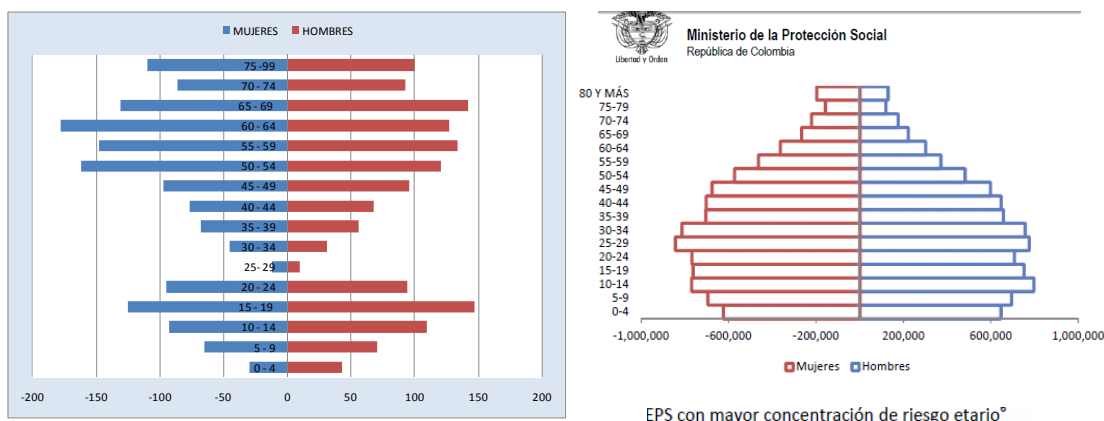
En las edades de 25 a 29 años la población tiene una tendencia a desaparecer de igual manera CAPRUIS registra mayor concentración de población en los grupos etarios de 45 a 65 años, se evidencia una pirámide caracterizada por la fecundidad y mortalidad decrecientes que corresponde a un perfil constrictivo propio de poblaciones en envejecimiento. Se correlaciona esta información con la distribución de tratamientos farmacológicos, la prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas y la mayor inversión de recursos financieros, humanos y físicos que se llevan a cabo e invierten para dar respuesta a la epidemiología de esta población.

Para obtener mayor información sobre el análisis poblacional y proyección de crecimiento, ver anexo 10.

5.1.3 Comportamiento de la pirámide poblacional de CAPRUIS Vs Sistema General de Seguridad Social en Salud del país

En la siguiente figura se presenta una comparación de la pirámide poblacional de CAPRUIS con la del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud del País (S.G.S.S.S.).

Figura 7. Pirámide poblacional CAPRUIS 2012 vs régimen contributivo de Colombia



Fuente: Bases de datos CAPRUIS 2012 y MPS-BDUA.

El sistema de CAPRUIS, presenta diferencias importantes, especialmente en la población infantil, donde a pesar que se evidencia baja natalidad en ambas poblaciones, ésta es mucho más marcada para CAPRUIS. Por otra parte en la pirámide de CAPRUIS, se muestra una alta concentración poblacional en los grupos de edad entre 15 y 19 años y un adelgazamiento progresivo en los grupos de edad productiva (25 a 39 años); a diferencia del SGSSS, donde se mantiene la base amplia de los grupos de edad productiva y el creciente adelgazamiento a los grupos de mayor edad.

Lo anterior permite concluir, que la pirámide poblacional de CAPRUIS está caracterizada por la fecundidad y mortalidad decrecientes que corresponde a un perfil propio de poblaciones en envejecimiento; lo cual justifica la prevalencia e incidencia de enfermedades crónico degenerativas que demandan una mayor inversión de recursos tanto humanos como financieros para garantizar la cobertura y cubrimiento de los servicios asistenciales.

5.2 MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CAPRUIS es una Entidad Administradora de Planes de Beneficios, que desarrolla estrategias y acciones entorno a garantizar a sus afiliados un modelo de aseguramiento alternativo al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS definido en la Ley 100 de 1993.

En procura de marcar la diferencia con las Empresas Promotoras de Salud - EPS, CAPRUIS ha desarrollado procesos administrativos ágiles y asistenciales amplios, lo que ha permitido que los usuarios se sientan realmente beneficiados de contar con esta opción de aseguramiento en el servicio de salud, evidenciado en las encuestas de percepción del servicio realizadas en las últimas vigencias; en el año 2012 el índice de satisfacción para los servicios en planta fue del 94,58%, para la atención ambulatoria externa 97,27% y para los servicios de hospitalización y urgencias 92,35%. (Ver anexo 11).

Al igual que el entorno, la Caja ha fundamentado la prestación del servicio en un modelo Biomédico, con énfasis en el aspecto curativo, donde se procura la atención del paciente de manera individualizada a través de diferentes especialidades, que manejan aisladamente los síntomas que correspondan a su disciplina, quedando en ocasiones el paciente con múltiples enfoques. El sistema de salud coexiste con la transición demográfica, situación a la que no es ajena CAPRUIS, cuya población se caracteriza por presentar una tasa de natalidad baja, frente a un envejecimiento progresivo; por lo cual, tienden a incrementarse las enfermedades crónicas no transmisibles y la carga de enfermedad.

Los Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad que realiza CAPRUIS, tienen como propósito lograr un diagnóstico precoz de patologías, fomentar hábitos saludables y contribuir a mejorar la calidad de vida de los afiliados a la Caja, dando cumplimiento además, a las normas técnicas y guías

de atención establecidas en las Resoluciones 412/00 del Ministerio de la Protección Social, y la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), acerca de los cinco (5) enfoques principales para el manejo de las enfermedades que son: La prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y cuidado paliativo.

Además de cumplir con los programas establecidos en el marco legal, CAPRUIS ofrece programas adicionales con un componente innovador de atención interdisciplinaria en modalidad de circuito y con un alto énfasis en educación. Los programas referidos son: De Riesgo Cardiovascular “De Todo Corazón”, Detección Temprana de Cáncer de Prostata, Programa Adicional de Inmunización, Atención Domiciliaria, Acondicionamiento Físico y Programa de Nefroprotección.

En la medida en que las estructuras demográficas continúen en proceso de envejecimiento, la población concentrada en los rangos de edad superiores y que tienen mayor tendencia a sufrir enfermedades crónicas no transmisibles, requerirán atención paliativa y curativa permanente, generando un incremento exponencial en los costos asistenciales, que en el caso de no ser intervenido en forma efectiva y oportuna, podría en el mediano plazo conducir a la inviabilidad financiera de las organizaciones administradoras de planes de beneficios.

El modelo de salud actual de CAPRUIS, propende por mejorar y mantener en buen estado de salud a la población afiliada, a través de servicios con calidad; no obstante, a fin de garantizar la viabilidad financiera de la Entidad, según lo previsto en el Plan de Desarrollo Institucional, se ha elaborado un proyecto de modelo de atención en salud integral con un enfoque de medicina familiar y gestión anticipada de riesgos, denominado Modelo de Atención y Gestión Integral de Salud - MAGIS.

El MAGIS se propone identificar, evaluar y seleccionar, según su magnitud y naturaleza los factores de riesgo para la incidencia de enfermedades agudas y crónicas e implementar acciones costo efectivas en el escenario más adecuado, según el nivel de riesgo y las preferencias del usuario.

El modelo de acuerdo al diagnóstico individual y colectivo generará acciones de bajo costo como el fortalecimiento de la relación médico paciente, la educación a los usuarios y la canalización a los programas preventivos. Así mismo se contemplan acciones intersectoriales que promuevan la coparticipación de usuarios y entidades, con el fin de intervenir los determinantes no relacionados con la atención en salud, las cuales se considera deben disminuir la probabilidad de enfermar y por ende los costos en la atención.

Dentro del proceso de validación del MAGIS se aplicó un instrumento de evaluación del riesgo a efectos de determinar las características sociodemográficas e identificar los principales factores condicionantes para enfermar a los que se encuentra expuesta la población participante, de tal manera que permita inferir el riesgo poblacional.

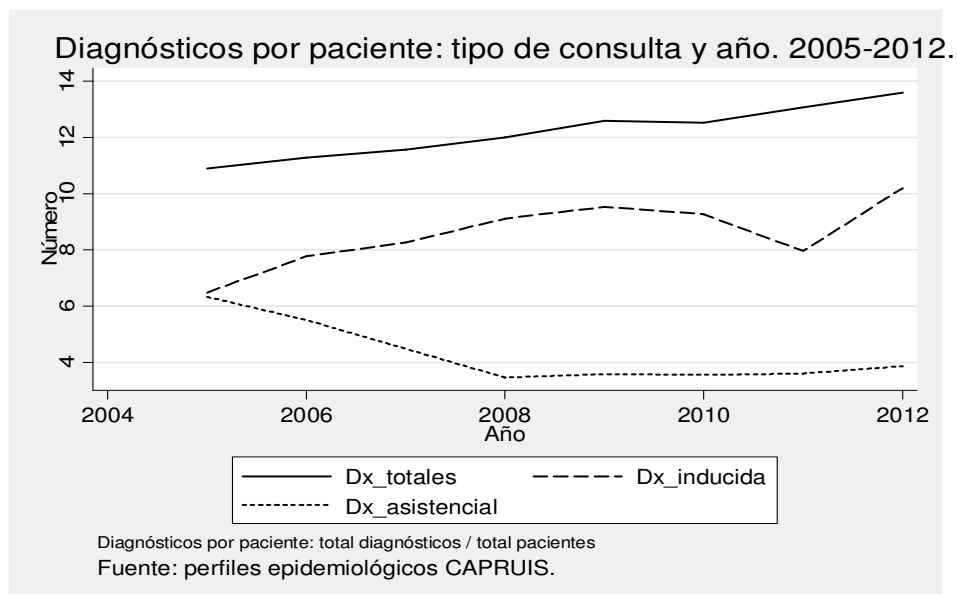
5.3 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

Un aspecto importante de resaltar, es la oportunidad con que CAPRUIS conoce el perfil de morbilidad de sus usuarios, pues cinco días después de terminado el período de interés, el perfil epidemiológico de ese período es conocido.

Los usos, alcances y limitaciones de los indicadores presentados, son discutidos y definidos dentro del contexto de CAPRUIS, por su “Comité de Análisis o de “Vigilancia Epidemiológica”.

En la figura 8, se representa gráficamente el comportamiento del tipo de consulta por paciente durante los años 2.005 – 2.012.

Figura 8. Total consultas por tipo y año: 2005 – 2012



Año	Total Consultas	Consulta inducida	Consulta asistencial
2005	19233	6083	13150
2006	19081	9839	9242
2007	18977	9575	9402
2008	18918	10342	8576
2009	19817	11340	8477
2010	21082	12513	8569
2011	21497	12768	8729
2012	21867	12611	9256

Fuente: Bases de datos CAPRUIS 2012.

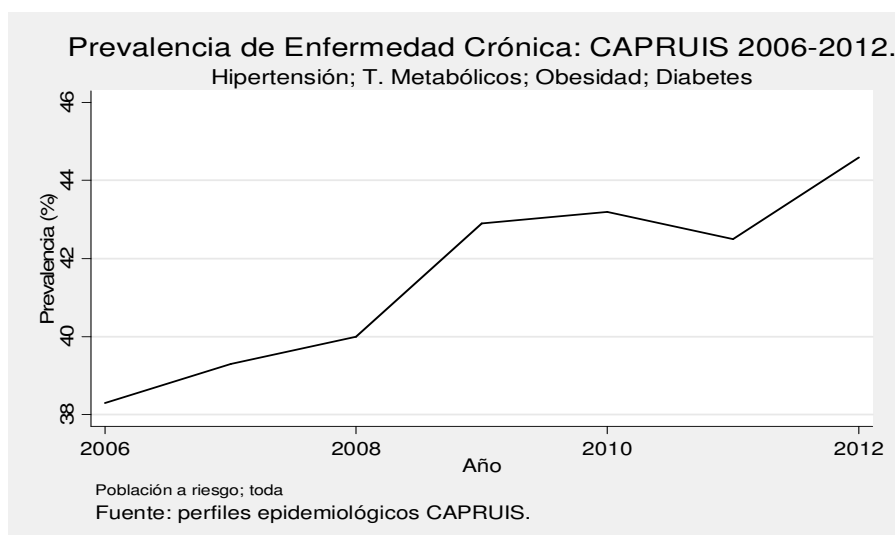
En la figura anterior, se puede observar que el número total de consultas ha aumentado de manera sostenida en el período 2005 - 2012 (2.634 en valores absolutos; 21.867 – 19.233). Este aumento a partir de 2007 ha sido claramente a expensas de la consulta inducida, lo que a su vez se traduce, como el efecto de la política institucional de atender con más énfasis a los pacientes desde la perspectiva de la promoción y la prevención.

En el anexo 12 se presenta detalle sobre: índice de consultas por paciente, índice de diagnósticos por consulta, índice de uso – año e índice de diagnósticos por paciente.

5.3.1 Prevalencia de enfermedad crónica

Como es de esperar, a mayor población a riesgo, y dado el envejecimiento acelerado de la población afiliada sin relevo generacional, se presentará un aumento sostenido de diagnósticos relacionados con enfermedad crónica no transmisible. La siguiente tabla resume esta situación para los cuatro diagnósticos de interés agregados.

Figura 9. Prevalencia de enfermedad crónica CAPRUIS 2006 – 2012.
Población a riesgo



Año	Población Total	Con Dx. Enf. Crónica	Prevalencia (%)
2006	3254	1247	38,3
2007	3058	1203	39,3
2008	3125	1251	40,0
2009	3106	1334	42,9
2010	3027	1307	43,2
2011	3017	1283	42,5
2012	2965	1323	44,6

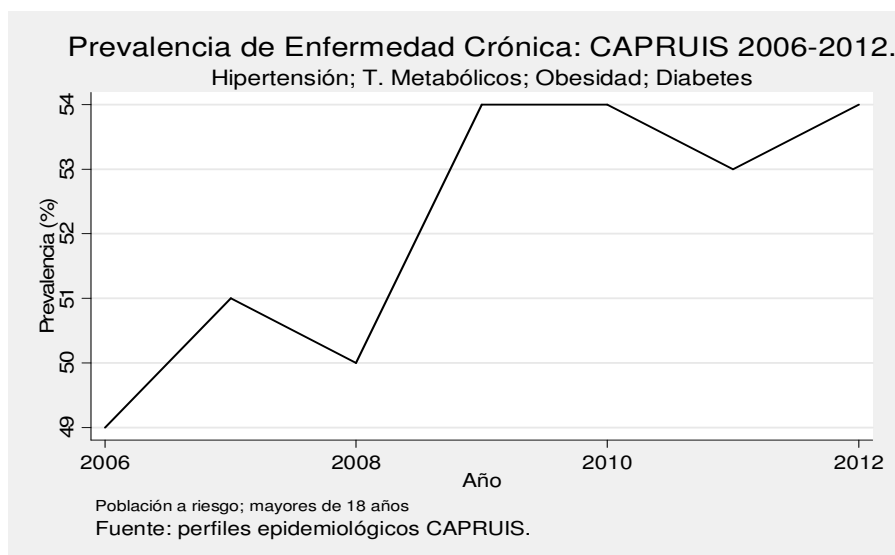
Fuente: Bases de datos CAPRUIS 2012.

Como se puede observar la prevalencia de “Enfermedad Crónica; (*Hipertensión Esencial, Trastornos Endocrinos, Nutricionales y Metabólicos, Obesidad y Diabetes Mellitus*)” en CAPRUIS, ha aumentado en los últimos seis años 6.3 puntos porcentuales.

En 2012 los 1323 pacientes con estos diagnósticos fueron atendidos el 26.83% en la consulta asistencial y el 73.17% en la consulta inducida.

Si en la anterior figura sólo se tuvieran en cuenta los diagnósticos para la población mayor de 18 años y consecuentemente la población a riesgo fuera la de más de 18 años, la prevalencia de enfermedad crónica sería de 50% (Entre 49% en 2006 y 54% en 2012). A pesar de presentarse un incremento de 5 puntos porcentuales, la situación es aún más crítica pues uno de cada dos afiliados tiene al menos un diagnóstico de enfermedad crónica no transmisible.

Figura 10. Prevalencia de enfermedad crónica CAPRUIS 2006 – 2012.
Población a riesgo: Mayores de 18 años



Fuente: Bases de datos CAPRUIS 2012.

La morbilidad para CAPRUIS mantiene un comportamiento similar a lo largo del tiempo, en el que las enfermedades crónicas como Hipertensión esencial, Diabetes mellitus y otros Trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos se encuentran entre las primeras causas de la consulta Inducida; en tanto que las enfermedades de las vías respiratorias superiores, inferiores, enfermedades de la piel y tejido subcutáneo, dorsopatías y aquellas relacionadas con la menopausia, ocupan los primeros renglones en la consulta asistencial. Este fenómeno se identifica como efecto de la transición epidemiológica incompleta²¹ .

5.3.2 Incidencia y prevalencia de cáncer en CAPRUIS

Se realiza una revisión de incidencia y prevalencia del cáncer en CAPRUIS en la vigencia 2.012, con el propósito de evaluar el impacto en los costos, de esta patología en particular.

²¹ La morbilidad se caracteriza por la alta incidencia y prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, coexistiendo con las enfermedades infecciosas, situación evidente en el último quinquenio, donde la carga de la enfermedad ha aumentado progresivamente, acorde con el envejecimiento de la población, el cual se constituye en factor determinante para la calidad de vida de los usuarios y el impacto financiero para la entidad.

Tabla 10. Pacientes con diagnóstico de cáncer activos²² y en seguimiento²³ año 2012

TIPO DE CÁNCER	Nº USUARIOS	VALOR
TUMOR MALIGNO DE MAMA	21	\$ 111.455.764
TUMOR MALIGNO DE PROSTATA	15	\$ 47.581.155
LINFOMA Y LEUCEMIA	9	\$ 280.213.813
TUMOR MALIGNO DE TIROIDES	8	\$ 28.016.552
TUMOR MALIGNO DE COLON	7	\$ 218.523.773
TUMOR MALIGNO DE OROFARINGE	5	\$ 19.416.817
TUMOR MALIGNO DE UTERO Y OVARIO	5	\$ 14.909.096
TUMOR MALIGNO DE RIÑÓN	5	\$ 33.052.838
TUMOR MALIGNO DE VEJIGA	4	\$ 6.146.734
TUMOR MALIGNO DE TESTICULO	2	\$ 3.800.000
TUMOR MALIGNO DE PULMON	2	\$ 23.421.746
TUMOR MALIGNO DE ESTOMAGO	1	\$ 5.597.278
TUMOR MALIGNO DE HIGADO	1	\$ 59.447.520
TUMOR CEREBRAL	1	\$ 36.721.739
TOTAL AÑO 2012	86	\$ 888.304.825

Fuente: Bases de datos CAPRUIS 2012.

Durante el año 2012, la Caja presentó un registro acumulado de 86 pacientes con diagnóstico de cáncer, de los cuales 20 se detectaron en el transcurso de la vigencia.

Las patologías más frecuentes son el cáncer de mama con 21 eventos, el cáncer de próstata con 15 eventos y las leucemias y linfomas con 9 eventos.

Es importante destacar, que para la atención de las enfermedades catastróficas o de alto costo como las neoplasias, consideradas como generadoras de mortalidad por causa evitable, se desarrollan en CAPRUIS los Programas de Prevención de Cáncer de Próstata, Prevención de Cáncer de Cérvix, Prevención de Cáncer de Seno y el Programa de Detección Temprana de Alteraciones del Adulto; cuyo

²² Tratamiento Activo: Término con que se clasifican aquellos pacientes que se encuentran actualmente bajo algún tipo de intervención ya sea farmacológica, radioterapia, terapia biológica o tratamiento quirúrgico.

²³ Seguimiento: Término utilizado para clasificar a los pacientes que recibieron intervención prescrita, pero que actualmente son sometidos a seguimiento y control periódico, con el objetivo de evaluar el estado de la enfermedad.

objetivo se dirige a detectar en estadio temprano la enfermedad, para proporcionar acciones de diagnóstico y tratamiento requerido.

5.4 SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

CAPRUIS cumple con lo establecido en el sistema obligatorio de garantía de calidad, según Decreto 2309/02 y Decreto 1011/06, habiendo recibido de parte de la Secretaria de Salud de Santander el correspondiente certificado de habilitación de los servicios que presta en la sede ubicada en el campus universitario.

Desde el año 2011 de manera voluntaria inició el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad, de acuerdo a las normas ISO 9001 versión 2008.

La certificación ICONTEC ISO 9001:2008 proporciona una base sólida para el sistema de gestión de calidad de CAPRUIS, en cuanto al cumplimiento satisfactorio de los requisitos del sector y la excelencia en el desempeño, características compatibles con otros requisitos y normas, así como una mejora en la orientación hacia el cliente y el incremento en la competitividad, constituye el paso previo para la Acreditación Institucional. En el mes de mayo del presente año fue otorgada a la Entidad por parte del ICONTEC la referida certificación para los servicios de afiliación, consulta externa en medicina general y especializada, odontología, fisioterapia, nutrición, suministro de medicamentos, programas de prevención y promoción y procesos de apoyo y evaluación.

5.4.1 Acreditación Institucional

Tal como lo establece el plan de desarrollo, la Entidad inicia el proceso de acreditación de sus servicios, el cual es optativo para las entidades administradoras de planes de beneficio – EAPB e instituciones prestadoras de servicios de salud-IPS, que quieran demostrar altos niveles de calidad, es decir por encima de las condiciones mínimas que exigen el sistema único de habilitación.

El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, busca afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones con base en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas.

La norma define los ejes de la acreditación en salud para el periodo 2010-2014 que serán: humanización de la atención, seguridad del paciente, gestión de tecnología, enfoque de riesgo, transformación y medición de la cultura organizacional y responsabilidad social empresarial; atributos a partir de los cuales se elabora el cuadro balanceado.

Los estándares de acreditación son 158, que se agrupan en categorías de: Estándares de mejoramiento (5), apoyo (79) y asistenciales (74). Ver anexo 13.

En desarrollo de la metodología definida por el Ministerio de Protección Social, la Entidad realizó una revisión de los 158 estándares establecidos en el manual de acreditación, para definir la línea de base del proceso, con los siguientes resultados:

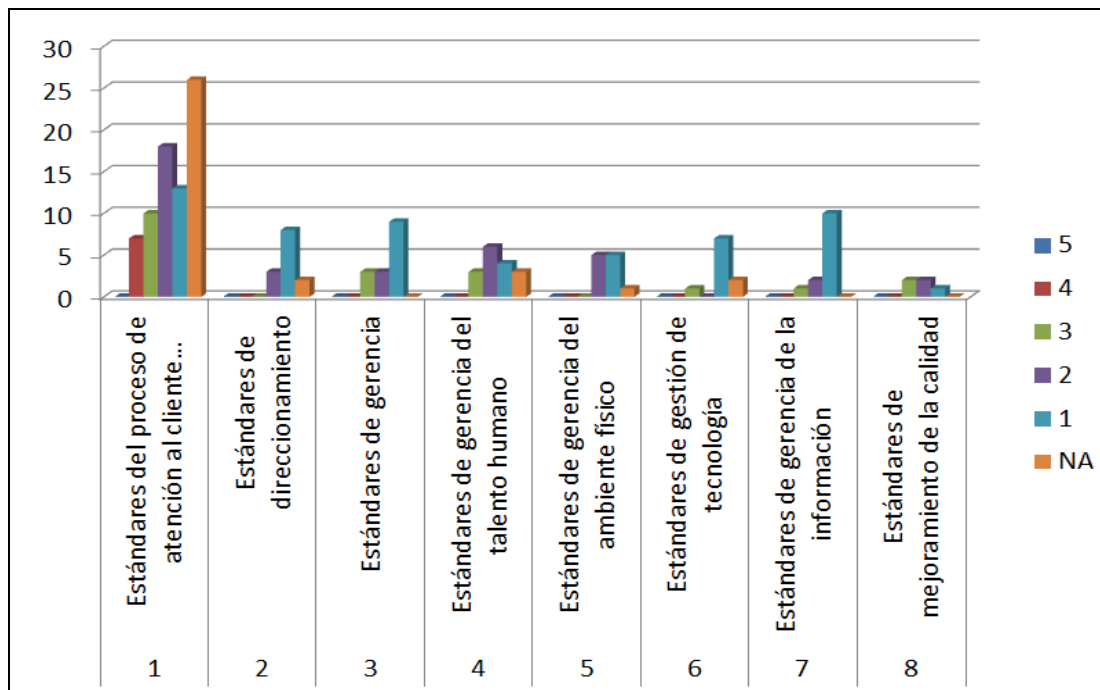
Tabla 11. Estándares de acreditación

Estándares de acreditación	Escala de calificación						TOTAL
	5	4	3	2	1	NA	
Estándares del proceso de atención al cliente asistencial	0	7	10	18	13	26	74
Estándares de direccionamiento	0	0	0	3	8	2	13
Estándares de gerencia	0	0	3	3	9	0	15
Estándares de gerencia del talento humano	0	0	3	6	4	3	16
Estándares de gerencia del ambiente físico	0	0	0	5	5	1	11
Estándares de gestión de tecnología	0	0	1	0	7	2	10
Estándares de gerencia de la información	0	0	1	2	10	0	13
Estándares de mejoramiento de la calidad	0	0	2	2	1	0	5
TOTAL	0	7	20	39	57	34	

NA	Requisito no aplicable
1 NO SE TIENE	Requisito aplicable, pero no diseñado, ni desarrollado, ni implementado
2 EN DESARROLLO	Requisito con avance parcial en documentación. Requiere revisión y ajustes
3 DOCUMENTADO	Requisito documentado total o significativamente.
4 IMPLEMENTADO	Requisito documentado en su totalidad, socializado y con evidencias
5 MEJORADO	Requisito implementado, verificado, en proceso de mejoramiento continuo

Fuente: Base de datos CAPRUIS 2013.

Figura 11. Estándares de acreditación



Fuente: Base de datos CAPRUIS 2013.

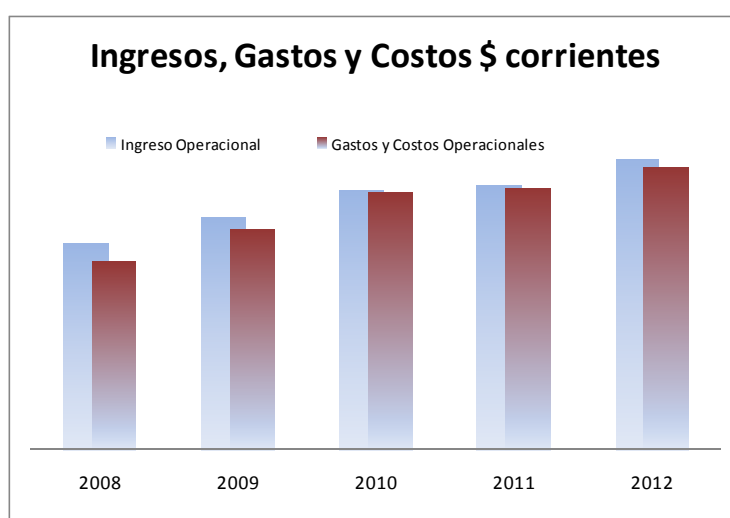
De acuerdo a la evaluación, de los 157 estándares el 21,7% (34) no aplican pues corresponden a entidades hospitalarias, el 36,3% (57) no se han diseñado, el 24,8% (39) se encuentran en desarrollo, el 12,7% (20) están documentados en su totalidad y el 4,5% (7) ya se implementaron.

5.5 RECURSOS FINANCIEROS

El objeto social de CAPRUIS, se fundamenta en la prestación eficiente y oportuna, de los servicios médico asistenciales; en este sentido, para lograr el cumplimiento de este propósito a futuro, se requiere el manejo adecuado de los recursos financieros confiados a la administración; es por esto, que la autosostenibilidad no es el punto de llegada para la gestión, sino un punto de partida, y la garantía de ella para tiempos venideros, se encuentra en la óptima administración de estos recursos.

A continuación en la figura 12 se presenta el comportamiento de ingresos y egresos durante los años 2.008 – 2.012.

Figura 12. Comportamiento de ingresos y egresos último quinquenio

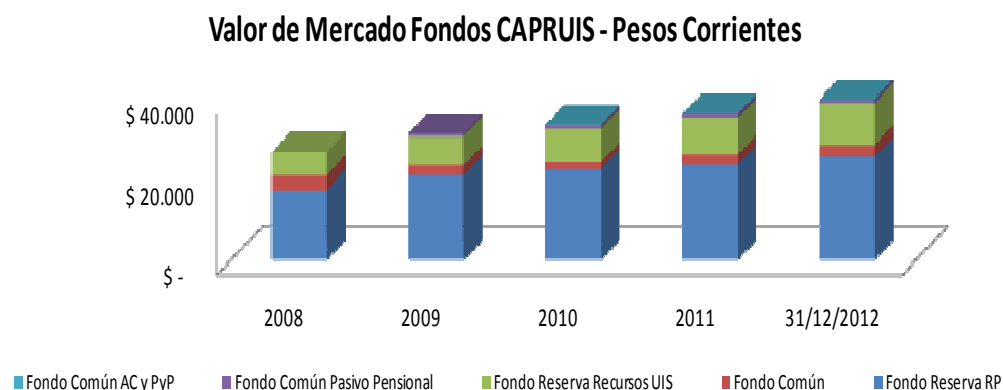


Millones de Pesos \$ Corrientes	2008	2009	2010	2011	2012
Ingreso Operacional	\$ 8.416,6	\$ 9.471,8	\$ 10.584,1	\$ 10.754,9	\$ 11.785,5
Gastos y Costos Operacionales	\$ 7.672,2	\$ 8.959,6	\$ 10.454,1	\$ 10.599,2	\$ 11.478,9
Variación del Ingreso Operativo		12,5%	11,7%	1,6%	9,6%
Variación de Gastos y Costos Operacionales		16,8%	16,7%	1,4%	8,3%

Fuente: Base de datos CAPRUIS 2012.

Al evaluar el comportamiento de los ingresos, costos y gastos del último quinquenio, se puede observar que durante los años 2009 y 2010, el ritmo de crecimiento del ingreso fue menor al de los costos y gastos de la operación, tendencia que de mantenerse podría haber generado un período en el que el ingreso de la operación no lograra cubrir los costos y gastos derivados de la misma; situación que conllevaría a la Entidad a apropiarse de las reservas administradas para garantizar la prestación y calidad del servicio, pudiendo llegar a generar su agotamiento.

Figura 13. Valor de mercado fondos CAPRUIS – pesos corrientes



Valor de Mercado Millones de Pesos (\$)	2008	2009	2010	2011	2012	% Variación 2011 Vs 2012
Fondo Común	\$ 3.620,52	\$ 2.518,72	\$ 1.834,48	\$ 2.630,77	\$ 2.972,36	13,0%
Fondo Común PP	\$ 0,00	\$ 658,79	\$ 904,38	\$ 1.116,33	\$ 1.421,56	27,3%
Fondo Común AC y PyP	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 176,14	\$ 5,98	\$ 6,28	5,0%
Fondo Reserva RP	\$ 17.405,37	\$ 20.984,09	\$ 22.403,61	\$ 23.586,90	\$ 25.637,96	8,7%
Fondo Reserva RU	\$ 5.803,47	\$ 7.179,64	\$ 8.250,26	\$ 9.027,66	\$ 10.401,55	15,2%
TOTAL	\$ 26.829,35	\$ 31.341,25	\$ 33.568,87	\$36.367,65	\$ 40.439,71	11,2%

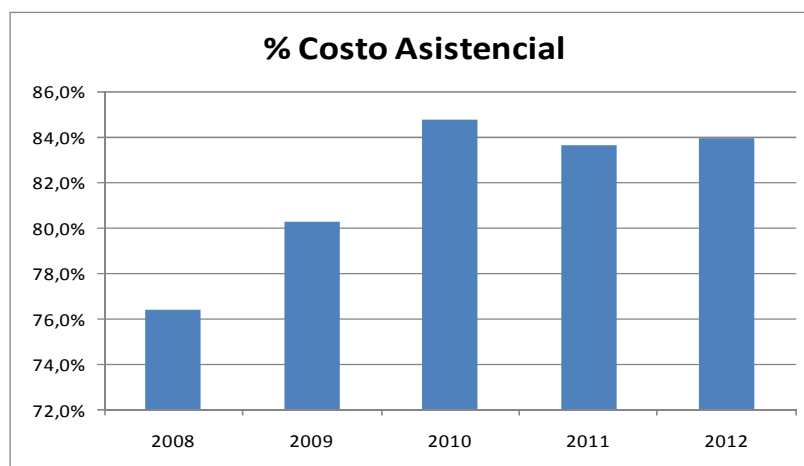
Fuente: Base de datos CAPRUIS 2012.

Como se puede notar en la figura 13, el comportamiento de los costos y gastos operativos en el período 2008 – 2010 conllevó el decrecimiento de los activos financieros correspondientes al Fondo Común.

Teniendo en cuenta lo anterior, durante el año 2011 la Comisión Asesora en el Área Financiera realizó diferentes proyecciones en un horizonte de diez años, en las cuales se pudo estimar que en el año 2013 se extinguiría el Fondo Común y para el año 2016 se agotarían las reservas. Por tal razón, se plantearon diversas estrategias dirigidas a la disminución de los costos asistenciales y al aumento de los ingresos, con el propósito de garantizar la viabilidad de la operación y la calidad en la prestación del servicio a los usuarios.

El resultado positivo de las estrategias implementadas, se puede evidenciar en el crecimiento logrado a partir del año 2011, en los portafolios de inversión de CAPRUIS.

Figura 14. Participación de los costos frente a los ingresos operacionales



Millones de Pesos \$ Constantes	2008	2009	2010	2011	2012
Ingreso Operacional \$ Constantes	\$ 9.411,1	\$ 10.383,3	\$ 11.245,4	\$ 11.016,8	\$ 11.785,5
Costos de Operación \$ Constantes	\$ 7.188,3	\$ 8.335,5	\$ 9.531,7	\$ 9.214,9	\$ 9.897,0
% Costo Asistencial	76,4%	80,3%	84,8%	83,6%	84,0%

Fuente: Base de datos CAPRUIS 2012.

Los costos relacionados con la actividad misional de CAPRUIS (Figura 14), han tenido un comportamiento variado en los años analizados: El año 2010 permite observar un crecimiento importante, lo que obligó a la adopción de las medidas de contención antes referidas; resultado que se hace evidente en el comportamiento registrado en el año 2011.

Sin embargo el fortalecimiento de los programas de promoción y prevención y el envejecimiento de la población que conlleva la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y de alto costo, requieren el monitoreo de los resultados financieros de la operación, para establecer factores críticos que afectan viabilidad y futuro.

De acuerdo a lo anterior, la Entidad realiza evaluación permanente de indicadores, costos y gastos.

5.5.1 Indicador: Participación de los Gastos Operacionales en el Ingreso Operativo

$$\% \text{ Gastos Operación} = \text{Gastos y Costos de Operación} / \text{Ingreso Operacional}$$

Esta relación permite identificar por cada cien pesos de ingreso operativo, cuántos pesos se consumen cubriendo los gastos de la operación.

Es deseable que el porcentaje de gastos de operación disminuya, ya que esto ayuda para que la entidad presente un mayor superávit en su operación y con ello logre mejoría en la eficiencia de la actividad, declarando un punto positivo a la gestión.

Tabla 12. Indicador - participación de gastos y costos operacionales en el ingreso operativo

CONCEPTO	dic-11	dic-12	Var %
Gastos y Costos Operación	10.599,2	11.478,9	8,3%
Ingreso Operacional	10.754,9	11.785,5	9,6%
%Gastos Operación	98,55%	97,40%	-1,2%

$$\% \text{Gastos Operación} = \text{Gastos y Costos Operación} / \text{Ingreso Operacional}$$

Fuente: Base de datos CAPRUIS 2012.

Al analizar el porcentaje de gastos y costos de operación a cierre del año 2012, se evidencia que por cada cien pesos vendidos o de ingresos operativos logrados, se gastaron \$97,4 pesos para cubrir los gastos y costos de operación, valor inferior al registro presentado en el año inmediatamente anterior pues los costos y gastos de la operación crecieron a un menor ritmo que los ingresos en el período evaluado, declarando un positivo resultado en términos de eficiencia operativa.

Tabla 13. Rubros de mayor participación en los costos operativos

RUBROS DE MAYOR PARTICIPACIÓN EN LOS COSTOS OPERATIVOS	VALOR (\$) Millones Año 2011	VALOR (\$) Millones Año 2012	% PART 2011	% PART 2012	H% 11-12
Servicios ambulatorios - Consulta externa - Medicamentos	3.081,00	3.150,00	34,2%	31,8%	2,2%
Apoyo terapéutico - Alto Costo y Fortalecimiento PyP	1.245,35	1.894,98	13,8%	19,1%	52,2%
Hospitalización - Estancia general	1.199,10	1.231,44	13,3%	12,4%	2,7%
Servicios ambulatorios - Consulta externa – Otros	592,17	549,74	6,6%	5,6%	-7,2%
Servicios ambulatorios - Consulta especial	531,57	518,83	5,9%	5,2%	-2,4%
Servicios conexos a la salud - Otros serv	304,16	489,32	3,4%	4,9%	60,9%
Apoyo diagnóstico – Imagenología	289,75	351,44	3,2%	3,6%	21,3%
Servicios ambulatorios - Salud oral	304,19	299,37	3,4%	3,0%	-1,6%
Apoyo diagnóstico - Laboratorio clínico	271,04	269,31	3,0%	2,7%	-0,6%
Servicios ambulatorios - Otras actividades	132,30	247,35	1,5%	2,5%	87,0%
Apoyo terapéutico - Rehabilitación y ter	203,81	223,70	2,3%	2,3%	9,8%
Servicios ambulatorios - Promoción y prevención	157,40	215,19	1,7%	2,2%	36,7%
Apoyo diagnóstico - Otras unidades de apoyo	155,10	134,30	1,7%	1,4%	-13,4%
Apoyo terapéutico - Banco de componentes	178,54	128,13	2,0%	1,3%	-28,2%
Urgencias – Observación	98,41	97,87	1,1%	1,0%	-0,5%
Hospitalización - Salud mental	40,69	39,12	0,5%	0,4%	-3,9%
Quirófanos y salas de parto – Quirófanos	17,17	20,58	0,2%	0,2%	19,8%
Apoyo terapéutico - Terapias oncológicas	171,40	18,25	1,9%	0,2%	-89,4%
Apoyo diagnóstico - Anatomía patológica	18,25	13,26	0,2%	0,1%	-27,3%
Apoyo terapéutico - Banco de sangre	1,63	4,13	0,0%	0,0%	154,0%
Hospitalización - Recién nacidos	2,80	0,69	0,0%	0,0%	-75,4%
TOTAL COSTOS DE OPERACIÓN	8.995,85	9.897,01	100,0%	100,0%	10,0%

Fuente: Base de datos CAPRUIS 2012.

Como se puede observar en la tabla anterior, el 63.3% del costo operativo está representado en tres rubros, medicamentos con un 31.8%, alto costo y fortalecimiento de los programas de promoción y prevención con el 19.1% y hospitalización – estancia general con el 12.4%.

5.5.2 Indicador: Rentabilidad Marginal

Se calcula la rentabilidad promedio lograda por los portafolios de la Entidad y se enfrentan con un referente del mercado de la renta fija como es la Tasa de Referencia Bancaria TRB, logrando los siguientes resultados:

**Tabla 14. Indicador de rentabilidad marginal portafolios de inversión –
CAPRUIS**

Portafolios de inversión – CAPRUIS	dic-11	dic-12
Rentabilidad Portafolio EA	6,58%	5,22%
TRB EA	4,81%	4,16%
Rentabilidad Marginal	1,69%	1,02%
$\text{Rentabilidad Marginal} = (1 + \text{Rentabilidad Portafolio EA}) / (1 + \text{TRB}) - 1$		
Portafolios de inversión – CAPRUIS	dic-11	dic-12
Rentabilidad Portafolio EA	6,58%	5,22%
Tasa Inflación	3,73%	2,44%
Rentabilidad Marginal (Real)	2,75%	2,71%
$\text{Rentabilidad Marginal Real} = (1 + \text{Rentabilidad Portafolio EA}) / (1 + \text{Tasa Inflación}) - 1$		

Fuente: Base de datos CAPRUIS.

A diciembre 31 de 2012, la rentabilidad marginal para los portafolios de CAPRUIS es de 1,02% superior al promedio de mercado, más al compararla con el mismo período del año anterior, se observa una rentabilidad marginal en descenso, hecho totalmente atribuible al crecimiento general de las tasas de interés, pero en esencia esto da fe, de que se trata de un portafolio de títulos de bajo riesgo, principalmente deuda pública, que adicionalmente ostenta las menores tasas de interés como respuesta lógica a su nivel de riesgo, trayendo consigo este tipo de respuestas. Sin embargo si se establece la rentabilidad real frente a la inflación (2,44%) el resultado es superior 2,71%.

5.5.3 Indicador: Tasa de Crecimiento Real

Se calcula el crecimiento nominal logrado por cada portafolio de la entidad y se enfrenta a la inflación presentada en cada período, logrando los siguientes resultados:

Tabla 15. Indicador tasa de crecimiento real portafolios de inversión – CAPRUIS

Concepto	dic-11	dic-12	Var %
Portafolios de inversión – CAPRUIS	36.367,6	40.439,7	11,20%
Tasa Inflación			2,44%
Tasa de Crecimiento Real			8,55%
Tasa de Crecimiento Real = (1+ Tasa Crecimiento) / (1+ Tasa Inflación) - 1			

Fuente: Base de datos CAPRUIS.

Los portafolios de inversión de CAPRUIS a cierre del año 2012 lograron un crecimiento real del 8,55%, como resultado de los planes de contingencia implementados, en procura de lograr cobertura real entre el ingreso y los costos y gastos asociados a la operación.

5.6 TALENTO HUMANO

Dentro de las políticas de desarrollo del talento humano, funciona el Comité de Bienestar Social, encargado de proponer y desarrollar actividades de bienestar para los empleados y sus familias; y el Comité de Salud Ocupacional, que se encarga de actividades tendientes a garantizar la seguridad de los empleados en el trabajo.

En razón a que la planta de cargos no alcanza a cubrir todos los servicios y procesos que realiza la Institución, se cuenta con el apoyo de personal vinculado en la modalidad de contrato de prestación de servicios, para las áreas de: Medicina especializada, fisioterapia, contabilidad, revisoría de cuentas, asesoría financiera y asesoría jurídica.

De igual forma, para el desarrollo de los procesos administrativos (atención al usuario, garantía de calidad, registro contable y sistemas de información) y de promoción y prevención, se cuenta con personal provisto por una empresa de outsourcing.

Teniendo en cuenta los resultados de las encuestas de clima y cultura organizacional y de acuerdo a múltiples oficios presentados por el personal a la Junta Directiva de la Entidad, en los cuales manifiestan una alta inconformidad con la remuneración y condiciones de vinculación laboral, se contrató un estudio técnico y jurídico. El referido estudio se realizará según la guía de modernización de entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, siendo su objeto la evaluación de cargas laborales, propuesta salarial y actualización de manuales de funciones y procedimientos en CAPRUIS que permita el funcionamiento ágil de la entidad y responder así a las exigencias del entorno.

5.7 INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

5.7.1 Red Informática

En el área administrativa y financiera, se cuenta con un software que integra la información de las áreas contable, tesorería, almacén y presupuesto.

Además la Entidad ha desarrollado aplicaciones, que han facilitado y agilizado el manejo de los procesos misionales y de apoyo, así:

- Para el proceso de afiliación, se cuenta con un módulo que permite el registro y control de las afiliaciones y las novedades que se generan por este concepto.
- Para las áreas médico asistenciales, se cuenta con un módulo de desarrollo propio, que permite el registro, manejo y control de la información generada a los pacientes durante la consulta en planta; el sistema tiene restricciones y seguridades que garantizan la confiabilidad de la información. Esta aplicación fue creada bajo herramientas de desarrollo como FoxPro para Windows, aplicando los criterios de la normatividad gubernamental para las entidades de salud, considerando el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10),

Código Único de Procedimientos de Salud (CUPS) y directivas trazadas por la Entidad, para el manejo de:

- ✓ Cuotas Asistenciales por anualidad: Discriminadas para cotizantes y beneficiarios y aplicadas a consultas médicas, remisiones a especialistas, terapias físicas/respiratorias/domiciliarias y medicamentos.
- ✓ Controles para manejo del Plan Obligatorio de Salud- POS en la prescripción de medicamentos y procedimientos.
- ✓ Controles en cantidad máxima a prescribir de medicamentos.

No obstante lo anterior, las aplicaciones desarrolladas por la Entidad, no permiten la integración de la información, lo que dificulta la generación oportuna de informes para el análisis y toma de decisiones y para el envío a entes de control; por lo que se ha detectado una oportunidad de mejora, la adquisición de un software, que permita contar con un sistema de información integral, que contemple desde la prestación del servicio, los costos generados en la atención, así como las áreas contable y financiera.

5.8 ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA EN CURSO

La Junta Directiva mediante acuerdo 001/10 aprobó el Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2010 - 2019, el cual contempla siete (7) líneas estratégicas.

En el anexo 14 se encuentran los objetivos y avances del Plan de Desarrollo formulado para los años 2.010 – 2.019.

5.9 ANÁLISIS DOFA – DEBILIDADES Y FORTALEZAS

A partir del análisis DOFA, se hizo un análisis del perfil de capacidad interna de la Institución para detectar las debilidades y fortalezas, que se relacionan a continuación.

Tabla 16. Matriz de impacto ponderado – Análisis interno – Perspectiva valor compartido

CAPRUIS - ANALISIS INTERNO							
PERSPECTIVA VALOR COMPARTIDO - FINANCIERA							
FORTALEZAS (+)	IMPACTO			DEBILIDADES (-)	IMPACTO		
	ALTO	MEDIO	BAJO		ALTO	MEDIO	BAJO
VC01. Solidez financiera, representada en el crecimiento progresivo de los portafolios de inversión.	X			VC01. Inversión de la pirámide poblacional.	X		
VC02. Administración de liquidez.	X			VC02. Alto porcentaje de población a riesgo de enfermar.	X		
VC03. Prestigio empresarial.	X			VC03. Alta incidencia de enfermedades de alto costo.	X		
VC04. Alto índice de años de vida saludable.		X		VC04. Crecimiento de costos operativos mayor al índice de inflación.	X		
VC05. Cumplimiento oportuno a los requerimientos del usuario.	X			VC05. Vinculación de nuevos cotizantes con salarios bajos.		X	

Fuente: Autor del proyecto.

Las principales fortalezas que generan alto impacto dentro de la Institución, son: La solidez financiera, representada en liquidez que permite atender oportunamente los requerimientos en salud de los usuarios, sin necesidad de acudir a su fondo de reservas y la orientación a la prestación de un excelente servicio, acompañado de programas de prevención que inciden en la expectativa de vida de los usuarios y por consiguiente en la estructura de costos a mediano plazo.

Por otra parte, las debilidades que más impactan, son las que se relacionan directamente con la edad de la población y la dificultad para el ingreso de nuevos usuarios (cotizantes). Como es de conocimiento universal, una población longeva es susceptible a enfermar, factor que genera mayores costos operativos para el cubrimiento de estos sucesos y afecta la estructura financiera de la Institución.

Tabla 17. Matriz de impacto ponderado – Análisis interno – Perspectiva cliente (usuario)

CAPRUIS - ANALISIS INTERNO							
PERSPECTIVA CLIENTE (USUARIO)							
FORTALEZAS (+)	IMPACTO			DEBILIDADES (-)	IMPACTO		
	ALTO	MEDIO	BAJO		ALTO	MEDIO	BAJO
C01. Alto índice de satisfacción del servicio.	X			C01. Deficiente red nacional de prestadores.		X	
C02. Calidad del servicio.	X			C02. Imposibilidad de aseguramiento de beneficiarios cotizantes y beneficiario adicional.		X	
C03. Proyecto de implementación de Modelo de Atención Integral con Enfoque en Medicina Familiar y Gestión del Riesgo.	X						
C04. Oportunidad en la atención.	X						

Fuente: Autor del proyecto.

Las fortalezas de CAPRUIS en relación con la perspectiva del cliente, se pueden resumir en una alta percepción de calidad en el servicio que reciben los usuarios. Esto es fruto de políticas de servicio y programas enfocados a la mejora de la calidad de vida de los usuarios. Reflejan un gran impacto debido a que los clientes se consideran el pilar fundamental de la organización.

Las debilidades causan impacto medio y se focalizan en la baja cobertura que tienen los servicios para los usuarios que se trasladan a otras ciudades y en las restricciones legales para asegurar a cotizantes y beneficiarios.

Tabla 18. Matriz de impacto ponderado – Análisis interno – Perspectiva procesos

CAPRUIS - ANALISIS INTERNO							
PERSPECTIVA PROCESOS							
FORTALEZAS (+)	IMPACTO			DEBILIDADES (-)	IMPACTO		
	ALTO	MEDIO	BAJO		ALTO	MEDIO	BAJO
P01. Certificación ISO 9000 ver 2008.	X			P01. Modelo de atención en salud no integrado.	X		
P02. Acreditación en salud en proceso.	X			P02. Incipiente programa de gestión del riesgo en salud.	X		
P03. Bajo índice de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR).	X			P03. Baja adherencia a guías de manejo.	X		
P04. Baja incidencia de eventos adversos en salud.	X			P04. Se adolece de un sistema de costeo de los procesos de atención.		X	
P05. Plan adicional de beneficios en salud.	X			P05. Infraestructura física con altas barreras de acceso.		X	
P06. Programas de prevención y promoción, innovadores y con valor agregado.	X						
P07. Atención interdisciplinaria.	X						
P08. Atención humanizada.	X						
P09. Facilidad de acceso a la prestación del servicio.	X						
P10. Conocimiento del cliente.	X						

Fuente: Autor del proyecto.

En esta perspectiva, todas las fortalezas causan alto impacto porque se involucran las iniciativas y programas para beneficio de los usuarios, aspectos que reflejan una institución con capacidad de gestión y orientación al cliente.

Tabla 19. Matriz de impacto ponderado – Análisis interno – Perspectiva activos intangibles

CAPRUIS - ANALISIS INTERNO							
PERSPECTIVA ACTIVOS INTANGIBLES (TALENTO HUMANO, CAPITAL INFORMATICO Y CULTURA ORGANIZACIONAL)							
FORTALEZAS (+)	IMPACTO			DEBILIDADES (-)	IMPACTO		
	ALTO	MEDIO	BAJO		ALTO	MEDIO	BAJO
AI01. Talento humano competente y comprometido.	X			AI01. Escala salarial.	X		
AI02. Bajo índice de rotación de personal.	X			AI02. Remuneración no competitiva a nivel de profesionales especialistas.	X		
AI03. Software asistencial de desarrollo propio que permite actualización oportuna.		X		AI03. Planta de personal insuficiente.	X		
AI04. Cultura organizacional.	X			AI04. Heterogeneidad en la vinculación del talento humano.	X		
				AI05. Alto stress psico-social.		X	
				AI06. Dificultad en adaptación al cambio.	X		
				AI07. Software administrativo - asistencial no integrado.	X		
				AI08. Deficiente infraestructura de telecomunicaciones.	X		
				AI09. Deficiente implementación y manejo de TIC's.	X		

Fuente: Autor del proyecto.

El talento humano es un factor relevante para el logro de los objetivos de la organización. Se destacan como fortalezas de gran impacto el compromiso y la alineación con los objetivos organizacionales.

Las debilidades de alto impacto, se relacionan principalmente con la retribución económica no competitiva que garantice la permanencia de los médicos. En cuanto a implementación de TICs se detectan insuficiencias que repercuten en un

sistema poco funcional por la falta de integración de todos los procesos que faciliten el control y trazabilidad de los servicios.

6. MARCO ESTRATÉGICO DE CAPRUIS

Por medio del desarrollo del marco estratégico, el personal involucrado identificará los lineamientos a seguir dentro del redireccionamiento. El objetivo principal es que dichos lineamientos se conviertan en referentes de actuación para los colaboradores de la Institución.

6.1 REDIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

6.1.1 MEGA

Ser una entidad acreditada, que alcance en el año 2.019:

- Un nivel de percepción favorable en el servicio del 97% para los usuarios.
- Vincular el 90% de población usuaria en un programa de gestión de riesgo.
- Contar con solidez financiera suficiente, mediante un crecimiento real del 30%, correspondiente a los portafolios de inversión de los fondos de reserva, que garantice la prestación del servicio ante cualquier contingencia en salud.

6.1.2 Declaración de la nueva visión

Mantener y mejorar el estado de salud de la población usuaria en términos de autopercepción de salud, satisfacción y calidad de vida.

6.1.3 Declaración de la nueva misión

Somos una organización dedicada al mejoramiento de la calidad de vida de nuestra población, con un modelo de atención integral con un enfoque de medicina familiar y gestión de riesgo, apoyados en un talento humano calificado y comprometido con la calidad, trato humanizado y la seguridad del paciente.

6.1.4 Valores institucionales

Las pautas que orientan en CAPRUIS el comportamiento humano hacia el desarrollo social y la realización personal son:

- **Respeto por la dignidad humana:** Es la actitud en el reconocimiento de los intereses y sentimientos del otro, valorando los derechos, condición y circunstancias de las personas.
- **Compromiso:** Actitud positiva y responsable que permite alcanzar las metas y objetivos trazados por la organización, demostrando voluntad, esfuerzo y sentido de pertenencia en el desarrollo de sus actividades.
- **Responsabilidad:** Capacidad de cumplir a cabalidad los deberes, incluyendo la iniciativa para la realización de las actividades y puntualidad en la atención al usuario.
- **Confiabilidad:** Calidad personal que se refiere a la actuación segura hacia el cumplimiento de compromisos definidos, conforme a los criterios éticos institucionales.
- **Eficiencia:** El personal de CAPRUIS, se encuentra enfocado en la utilización de forma adecuada los medios y recursos con los cuales se cuenta, para alcanzar los objetivos y metas programadas, optimizando el uso de los recursos y el tiempo disponibles.
- **Accesibilidad:** Los usuarios de la institución se les facilitara el uso de las instalaciones y los servicios ofrecidos.
- **Oportunidad:** Los servicios se suministran en el tiempo y las circunstancias que el usuario lo requiere.

- **Trabajo en Equipo:** Confluir las habilidades, conocimientos y experiencia de cada uno de los integrantes del equipo de trabajo para el logro de los objetivos de la organización.
- **Orientación al usuario:** Empeño individual y esfuerzo de ser útil a los demás en lo que sea necesario; dar oportuna atención en los requerimientos, apertura y receptividad para atenderlos cortésmente.
- **Excelencia administrativa y operacional:** Implementar y fortalecer los sistemas de calidad, a partir del desarrollo de procesos ágiles e innovadores que permitan optimizar la eficacia y eficiencia administrativa y operativa en beneficio de los usuarios.

6.1.5 Factores críticos de éxito

Las condiciones que deben darse para alcanzar los objetivos estratégicos que se buscan, son la base que permitirá definir los factores críticos de éxito de CAPRUIS, son fundamentalmente las siguientes:

- Conocer, analizar y dar una respuesta adecuada y oportuna a las expectativas razonables, solucionar los problemas y satisfacer las necesidades de pacientes, familias y usuarios, con la calidad esperada.
- Disponer de directrices coherentes que posibiliten la adecuación de los recursos actuales y futuros a las necesidades asistenciales, estructuradas que permitan conseguir una organización integral, flexible y coordinada.
- Entorno agradable y seguro en el que se integre la autonomía y autoridad en la toma de decisiones.

- Acceso a la formación continuada y al desarrollo profesional, unido a un adecuado clima laboral que fomente la creatividad y gestión del conocimiento.
- Liderazgo por parte de la dirección abierto y participativo, con responsabilidad y compromiso de cada uno de los trabajadores, eficiencia en la utilización de recursos, transformación de datos en información útil, relevante y oportuna.

En atención a los lineamientos expuestos, en modalidad de talleres con el grupo de Alta Dirección, se analizó cada proceso estratégico con el propósito de identificar los factores críticos para el éxito, que propendan por el cumplimiento de la MEGA institucional. Se definen los siguientes:

EQUIPO CALIFICADO: Contar con personal que cumple los requisitos, habilidades y competencias para cada cargo.

ATENCIÓN HUMANIZADA: Atender a los usuarios de CAPRUIS con respeto, dignidad, calidez, tolerancia y privacidad.

ATENCIÓN OPORTUNA: Es la prestación de servicios en concordancia con lo planeado y respondiendo a tiempo a las necesidades de los usuarios.

INVOLUCRAR A LA FAMILIA: Comprometer y educar a la familia en el cuidado de la salud mental y manejo de la enfermedad.

COMPROMISO CON EL MEJORAMIENTO CONTINUO: Asegurar sistemáticamente el ciclo PHVA en todos los procesos.

ACREDITACIÓN: Reconocimiento a la Entidad por el cumplimiento de los máximos estándares de calidad definidos en el Sistema Único de Acreditación en Salud por el ente acreditador.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Estructura funcional para la seguridad del paciente, implementación de estrategias para el fortalecimiento de la seguridad que incentive el reporte de eventos, identificación de riesgos asistenciales y definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación.

CLIMA ORGANIZACIONAL: Se incentiva y respeta la opinión de los colaboradores. A partir de resultados evaluados se generan planes de mejoramiento, a los cuales se les realiza seguimiento en el tiempo para verificar su cumplimiento.

6.2 ANÁLISIS MATRIZ DOFA

El análisis DOFA, permitió clasificar los factores internos y externos que impactan directamente en el presente y futuro de la organización. De acuerdo a esto se proponen estrategias que permitan aprovechar las fortalezas a nivel interno con las oportunidades del entorno para potencializarlas y de igual forma contrarrestar las amenazas y debilidades. Dentro del análisis BSC se profundiza sobre las propuestas para el cumplimiento de las estrategias. Ver anexo 15.

7. FORMULACIÓN DEL BALANCED SCORECARD

La Caja de Previsión Social de la UIS, requiere una herramienta que permita entender la formulación e implantación de las diferentes estrategias para asegurar el seguimiento y control permanente de la Institución de acuerdo con los lineamientos del sector salud y las expectativas de los usuarios.

El diagnóstico interno y externo, ubican a la Institución dentro de un contexto que determinó las falencias o aspectos a mejorar y los que se deben reforzar para lograr la excelencia institucional, los cuales constituyen el punto de partida para desarrollar la estrategia BSC.

7.1 ORIENTADORES ESTRATÉGICOS

De acuerdo a la evaluación del equipo directivo de la Entidad, se definen como orientadores estratégicos para la conceptualización del mapa los siguientes:

- Eficiente prestación del servicio.
- Sostenibilidad financiera.
- Gestión tecnológica e informática.

7.2 FORMULACIÓN Y DISEÑO DE LA NUEVA ESTRATEGIA

La Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander, hasta el momento ha operado en unas condiciones relativamente estables, pero la inversión de la pirámide poblacional, la alta incidencia de enfermedades crónico degenerativas y de alto costo, así como las condiciones adversas del entorno, hacen imperativo que se realice un estricto seguimiento al plan estratégico, en el que se involucren tanto los activos intangibles como los tangibles.

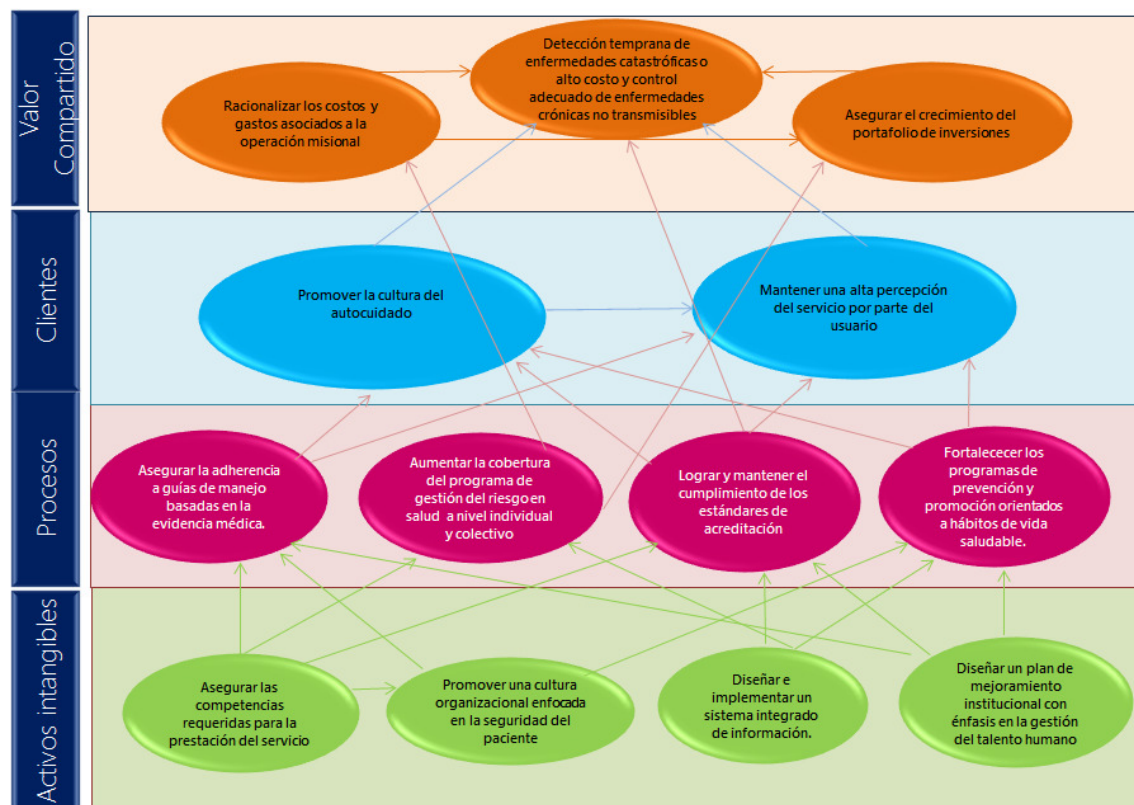
El Cuadro de Mando Integral propuesto en la literatura de administración empresarial, se usa ampliamente en la práctica como un instrumento útil para ayudar en la implementación efectiva de la estrategia de las organizaciones y se

aplica con éxito tanto en instituciones de salud como en entidades públicas o sin ánimo de lucro, pero su adopción requiere adecuar el instrumento genérico a las realidades específicas de cada sector.

En declaraciones de la Organización Mundial de la Salud, se describe un papel muy importante de los sistemas de salud: "... las circunstancias actuales en el cuidado de la salud, hacen que el momento sea único para la salud mundial porque está siendo reconocida cada vez más, como un elemento clave para el desarrollo económico sostenible y la gobernanza eficaz" - OMS 2001. Además el informe mundial de la salud 2000, declaró que los gobiernos deben velar porque el sistema sanitario de cada país proporcione los servicios de salud óptimos para su población. Estas descripciones e informes expresan que para lograr los objetivos reales y principales de los sistemas de salud, debe hacerse hincapié en el desarrollo de la supervisión, medición y regulación de la actuación de los proveedores de servicios de salud, por medio de una herramienta que sea adaptable a cualquier organización y que también tenga la capacidad para gestionar el rendimiento de las organizaciones de una manera estratégica, como es reconocido el Balanced Scorecard.

7.3 ELABORACIÓN DEL MAPA ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

Figura 15. Mapa estratégico de CAPRUIS



Fuente: Autor del proyecto.

La elaboración del Mapa Estratégico se sustenta en la teoría del BSC y la matriz DOFA que se realizó a la Institución para plantear las iniciativas estratégicas que garanticen el cumplimiento de la MEGA institucional.

El establecimiento de los objetivos se basa en una función de causalidad, toma como fundamento que las perspectivas se enlazan entre sí y que el cumplimiento de los objetivos de una, dependen de la correcta ejecución de la anterior. Es así como, el cumplimiento de los objetivos de valor compartido se logrará en la medida que los clientes se encuentren satisfechos y muestren una alta adherencia a la cultura del autocuidado; por eso es necesario garantizar unos altos

estándares de calidad en la prestación del servicio. Finalmente, se tiene la perspectiva de activos intangibles que se encarga de la ejecución de toda la estrategia.

7.4 PERSPECTIVAS ESTRATÉGICAS

De acuerdo a lo establecido por Kaplan y Norton, para la elaboración de los mapas estratégicos se consideran cuatro perspectivas: financiera, clientes, procesos y activos intangibles. Dadas las condiciones particulares de la Entidad en estudio, de Entidad Administradora de Planes de Beneficio – EAPB, su carácter público, por consiguiente sin ánimo de lucro, pero si con una enorme responsabilidad de garantizar excelencia en el servicio, sin descuidar su viabilidad financiera, se propone adaptar el instrumento genérico, sustituyendo la perspectiva financiera por valor compartido.

7.4.1 Perspectiva Valor Compartido

El principio de valor compartido involucra crear valor económico de tal manera que también lo haga para la sociedad, al abordar sus necesidades y desafíos. Las empresas deben proyectar su éxito de negocio con el progreso social. El valor compartido no es responsabilidad social ni filantropía y tampoco sustentabilidad, sino una forma de éxito económico. No está en el margen de lo que hacen las empresas, sino son un eje central.

7.4.1.1 Detección temprana de enfermedades catastróficas o alto costo y control adecuado de enfermedades crónicas no transmisibles

En el diagnóstico interno se observó que la población de CAPRUIS, se concentra en el grupo de mayores de 50 años que representan el 52% del total de usuarios. Esta población está sometida a un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles y de alto costo. El cubrimiento de estas enfermedades significó el 38% del total de costos operativos en el año 2012, con tendencia a aumentar debido al envejecimiento de la población.

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir los costos operativos, se propone implementar la medición del impacto de los programas de gestión integral del riesgo en salud, así como los programas de prevención y promoción, los cuales se enfocan a garantizar una intervención temprana a nivel poblacional.

Se realizará la medición en particular de las siguientes patologías por considerarse enfermedades trazadoras de la calidad de la atención y por el alto impacto que representan en la ganancia de años de vida saludables para la población.

Estos programas se controlarán con cuatro indicadores:

- *Porcentaje de pacientes diagnosticados en estadio temprano de cáncer de mama = (Número de pacientes diagnosticados en estadio temprano de cáncer de mama / Número total de pacientes diagnosticados con cáncer de mama) x 100.*

La observación de las guías clínicas y protocolos de manejo, por parte de los profesionales, así como la cultura de autocuidado de los pacientes, aumenta la posibilidad de detección temprana del cáncer y del éxito del tratamiento. El objetivo de los exámenes para detectar el cáncer de seno en sus primeras etapas consiste en encontrar el tumor canceroso antes de que empiece a causar síntomas.

El cáncer de mama, es el tumor que se diagnostica con mayor frecuencia en la población de mujeres de CAPRUIS; el poder detectar y tratar la enfermedad en una etapa temprana puede traer como resultado una mayor posibilidad de recuperación, asegurar calidad de vida al usuario diagnosticado y disminución de los costos del tratamiento.

La meta del indicador al 2019 será del 95%.

- *Porcentaje de pacientes diagnosticados en estadio temprano con cáncer de próstata = (Número de pacientes diagnosticados en estadio temprano con cáncer de próstata / Número total de pacientes diagnosticados con cáncer de próstata) x 100*

Debido a que no se conoce la causa exacta del cáncer de próstata, hasta el momento no es posible prevenir la mayoría de los casos de la enfermedad, pero existen protocolos para garantizar su diagnóstico precoz y que reducen por consiguiente las complicaciones y mortalidad.

El objetivo de las pruebas de detección precoz es ayudar a las personas a vivir vidas más saludables y por más tiempo.

Las pruebas de detección temprana del cáncer de próstata tienen el fin de encontrar el cáncer temprano, con la esperanza de que pueda ser tratado con más eficacia.

La meta del indicador al 2019 será del 95%.

- *Porcentaje de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en cumplimiento de metas = (Número de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en metas / Número total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial) x 100*

La hipertensión arterial es un problema de salud pública de primer orden en todo el mundo, ya que constituye un importante factor de riesgo cardiovascular y está asociada a una mayor probabilidad de complicaciones. Según diversos estudios

de vigilancia epidemiológica realizados en Estados Unidos y distintas naciones europeas, hasta una cuarta parte de la población adulta sufre de hipertensión arterial, y a pesar de las distintas opciones terapéuticas disponibles en la actualidad, de comprobada eficacia y seguridad, es preocupante, que el porcentaje de pacientes con cifras tensionales controladas mediante el tratamiento no supere el 45%.

Es necesario controlar la hipertensión arterial, pues este proceso – complejo y multidimensional – debe tener como objetivos la prevención, la detección temprana y un tratamiento oportuno y adecuado para evitar complicaciones. Ahí es donde el autocuidado se convierte en el pilar fundamental en el manejo de la hipertensión arterial²⁴.

La línea de base de este indicador se encuentra en el 42%, la meta al 2019 se establece en un 70%.

- *Porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes en cumplimiento de metas = (Número de pacientes con diagnóstico de diabetes con hemoglobina glicosilada menor de 7 / Número total de pacientes con diagnóstico de diabetes) x 100*

La diabetes se define como un estado hiperglucémico que con el correr de los años se manifiesta por daño a múltiples órganos, siendo la primera causa de ceguera, de falla renal y de amputaciones en los adultos, y una de las principales causas de enfermedad cardíaca y de trombosis. Desde que se descubrió la hemoglobina A1C (HbA1c), ésta ha sido el indicador más fiel para monitorear los pacientes diabéticos y gracias a la estandarización alcanzada en la prueba en los

²⁴ Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Artículo de investigación de la Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Diana Marcela Achury, Gloria Judith Sepúlveda, Sandra Mónica Rodríguez.

últimos años, la American Diabetes Association (ADA) la incorporó recientemente como el primer criterio de diagnóstico de diabetes en individuos asintomáticos o con sospecha clínica de esta enfermedad.

La medición actual de este indicador registra un 35% de cumplimiento, la meta al 2019 se fija en un 70%.

7.4.1.2 Asegurar el crecimiento del portafolio de inversiones

A diferencia de las entidades privadas que pertenecen al sector salud, CAPRUIS es una entidad sin ánimo de lucro que propende por el bienestar de sus afiliados, esto limita la institución a formular su estrategia de crecimiento basada en el aumento de base de cotizantes que es la estrategia utilizada frecuentemente en este tipo de organizaciones. Por ello es importante el manejo adecuado de los recursos financieros confiados a la administración.

La actuación de la Caja en materia de inversiones, se encuentra definida en el Manual de Políticas y Procedimientos para la Administración de las Inversiones en CAPRUIS, el cual provee a la entidad, de un marco regulatorio para la eficiente administración de sus inversiones, que abarca los aspectos económicos, estratégicos y legales, y que tiene como propósito lograr la minimización de los riesgos propios de este tipo de actividad y la maximización de los beneficios.

Una gestión óptima de las inversiones propende en primer término, por la mayor seguridad del portafolio (asociada al retorno del capital invertido y por tanto a la solidez de los emisores e intermediarios partícipes); en segunda medida y bajo este escenario de seguridad, por la rentabilidad (que hace relación con la obtención de mayores beneficios); y en tercer lugar la liquidez del portafolio, preocupación natural del administrador (identificado como la facilidad de transformar en efectivo), que ha de garantizar el permanente flujo de recursos para CAPRUIS en reconocimiento de las necesidades misionales de la Entidad.

Así mismo con una gestión óptima de las inversiones, se garantiza el crecimiento real de los portafolios de la Entidad, correspondientes al fondo de reserva. Para ello se propone un Programa de gestión financiera, liderado por la Gerencia y el área financiera. Para hacer seguimiento se utilizará el siguiente indicador:

- *Porcentaje de crecimiento real del valor de los portafolios de inversión correspondiente a los fondos de reserva de la Entidad = $((1 + (\text{Valor del portafolio actual} / \text{Valor del portafolio en el período anterior} - 1)) / (1 + \text{Tasa inflación}) - 1) \times 100$*

7.4.1.3 Racionalizar los costos y gastos asociados a la operación misional

De acuerdo con el análisis del comportamiento de los ingresos y gastos del último quinquenio, se precisa que, a pesar que el crecimiento del ingreso logra absorber los costos y gastos derivados de la operación, estos últimos a cierre del año 2012, presentan un crecimiento del 8,3% frente al mismo período del año anterior, lo que evidencia situaciones de alerta, tales como: el aumento de los costos derivados de la atención de enfermedades de alto costo, presencia de nuevas patologías y envejecimiento de la población (aspecto que demanda mayores recursos).

Por tal razón se requiere el monitoreo de los resultados financieros de la operación, para establecer factores críticos que afectan la viabilidad financiera de la Entidad en el tiempo.

El indicador para hacer seguimiento al cumplimiento de éste objetivo es:

- *Porcentaje de costos y gastos operacionales = $(\text{Total costos y gastos operacionales} / \text{Total ingreso operacional}) \times 100$*

7.4.2 Perspectiva Clientes

La calidad en la prestación de los servicios es para CAPRUIS una prioridad. Se relaciona directamente con la satisfacción del usuario, con sus necesidades y expectativas y con la percepción que tiene del servicio que recibe. En otras palabras, y de acuerdo con Pérez Hernández de Velasco, el “valor percibido” por el afiliado²⁵.

Por ello dentro de la misión propuesta en el re direccionamiento estratégico, se prioriza el mejoramiento de la calidad de vida de la población y en el BSC se proponen 2 lineamientos.

7.4.2.1 Mantener una alta percepción del servicio por parte del usuario

Actualmente la percepción de la calidad en el servicio por parte de los usuarios se ubica en 95%, un indicador alto para las instituciones de salud; en aras de alcanzar la excelencia institucional, se propone mantener este indicador con proyección de aumentar el nivel de satisfacción a 97% en el año 2.019.

Por lo expuesto, se debe hacer un seguimiento permanente por medio de una encuesta de satisfacción, que a su vez permitirá detectar oportunamente las falencias y corregirlas.

El seguimiento a esta iniciativa se realizará mediante la encuesta de satisfacción de servicios que se aplica actualmente en la Entidad. Se propone el siguiente indicador:

- *Porcentaje de satisfacción del servicio = (Pacientes encuestados satisfechos / Total pacientes encuestados) x 100*

²⁵ PÉREZ, FERNÁNDEZ DE VELASCO, José Antonio. Gestión de la calidad Empresarial: calidad en los servicios y atención al cliente. Calidad total. Editorial Esic. Madrid. Página 94.

7.4.2.2 Promover la cultura del autocuidado

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones que sobre éstas realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; éstas prácticas son habilidades aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que pertenece.²⁶

Por medio de programas de sensibilización que se dirigen a los usuarios, CAPRUIS pretende liderar una cultura en la que las personas se auto responsabilicen de su bienestar, mediante la promoción de hábitos de vida saludable y el diagnóstico precoz de patologías intervenibles de tal manera que permitan mejorar su calidad de vida.

Para detectar el grado de concientización y prácticas que utilizan los usuarios se realizará una encuesta, en forma periódica a una muestra aleatoria de la población, para detectar la capacidad de autocuidado, es decir, habilidad que tienen los usuarios de asumir la responsabilidad del cuidado de su propia salud. El instrumento de evaluación propuesto es “Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA)”, segunda versión en español adaptada para la población colombiana.²⁷

La escala consta de 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas, donde el número uno (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de la capacidad de agencia y el cinco (totalmente de acuerdo), el más alto. Ver anexo 17.

²⁶ TOBÓN GARCÍA, Ofelia y GARCÍA OSPINA, Consuelo. Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud. Editorial Universidad de Caldas. 2004. Página 33.

²⁷ VELANDIA, ARIAS Anita y RIVERA ALVAREZ, Nelly. Confiabilidad de la escala “Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA)”, segunda versión adaptada a la población colombiana. Avances en enfermería VOL XXVII No. 1 Enero-Junio 2009.

El indicador que facilitará el análisis de esta encuesta es:

- *Porcentaje de pacientes con percepción de autocuidado = (Pacientes encuestados con percepción de autocuidado / Total de pacientes encuestados) x 100.*

Al ser un instrumento cuya aplicación se inicia en la Institución, por consenso de expertos se toma como línea de base un valor de 30% de percepción de autocuidado. Se plantea alcanzar un nivel de aceptación de la práctica del autocuidado de un 70 % para el año 2019.

7.4.3 Perspectiva procesos internos

Para ejecutar satisfactoriamente el proyecto estratégico, es necesario alinear los procesos que influyen directamente en el logro de la mega visión, por esto las estrategias de esta perspectiva se enfocan al cumplimiento de los estándares del sistema de acreditación en salud y programas para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

7.4.3.1 Lograr y mantener el cumplimiento de los estándares de acreditación

Actualmente la Entidad cuenta con la experiencia que se obtuvo al lograr la certificación ICONTEC ISO 9001:2008, para ejecutar procesos de gestión de calidad. Para mantener la calidad y con el objetivo de obtener la acreditación en salud, que proyectará a CAPRUIS como una Institución competitiva con altos niveles de calidad, se hace imperativo mantener algunos estándares que se aplican actualmente e iniciar con el cumplimiento de otros que se encuentran dentro del sistema.

El seguimiento al cumplimiento de este objetivo se realizará mediante el siguiente indicador:

- *Porcentaje de estándares del programa de acreditación en salud cumplidos = (Numero de estándares de acreditación con calificación superior a 4 / Total de estándares aplicables) x 100.*

De acuerdo al diagnóstico realizado, se parte de una línea de base de 4.5% de cumplimiento, se plantea una meta del 90% al 2019.

7.4.3.2 Asegurar la adherencia a guías de manejo basadas en la evidencia médica

Para CAPRUIS el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio, así como suministrar la información necesaria para facilitar la efectividad de las decisiones clínicas que se toman, son aspectos prioritarios, por eso la implementación de guías clínicas y protocolos es particularmente importante. Dado lo anterior, se implementarán las guías aprobadas por el Ministerio de Protección Social para la atención de las enfermedades de mayor ocurrencia a nivel nacional.

Con el propósito de garantizar un diagnóstico acertado y oportuno que se refleje en una buena percepción de la calidad del servicio; y así mismo disminuya los costos de la no calidad, es relevante la aplicación de guías clínicas y protocolos, pues responde además a una de las exigencias dentro del proceso de Acreditación Institucional.

CAPRUIS mediante prácticas de Auditoria Clínica, debe asegurar la adherencia a las guías clínicas y protocolos establecidos para el proceso de atención de los usuarios.

Para hacer seguimiento a este objetivo se utilizará el indicador:

- *Porcentaje de historias clínicas con adherencia a las guías clínicas y protocolos = (Numero de historias clínicas con adherencia a las guías clínicas y protocolos / Total historias clínicas auditadas) x 100.*

Para la cabal aplicación y medición de este indicador, se requiere previamente adelantar un proceso de capacitación y socialización de las guías y protocolos suministrados por el Ministerio de Protección Social, dirigido al personal médico y de apoyo. En el 2013 se estima una adherencia del 30% con incrementos graduales hasta lograr un 90% en el año 2019.

7.4.3.3 Fortalecer los programas de prevención y promoción orientados a hábitos de vida saludable

Con los programas de promoción y prevención se pretende generar acciones en la intervención de factores de riesgo y la potencialización de la salud, fomentando hábitos de vida saludable, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los afiliados y su grupo familiar.

Como se ha mencionado anteriormente las variables: inversión de la estructura poblacional, alta incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y de enfermedades de alto costo, pueden ser intervenidas mediante una concientización sobre la relevancia de los hábitos de vida saludable y participación activa en los programas medico preventivos. Para ello se propone el refuerzo de los programas de prevención y promoción.

El seguimiento a esta iniciativa se realizará por medio del siguiente indicador:

- *Porcentaje de cobertura de los programas de prevención y promoción = (Número de programas de prevención y promoción que cumplen metas de cobertura / Número total de programas de prevención y promoción) x 100.*

7.4.3.4 Aumentar la cobertura del programa de gestión del riesgo en salud a nivel individual y colectivo

La gestión del riesgo en salud se define como el proceso de gestión de la salud de una población o una persona, que busca reducir o mejorar la condición de salud disminuyendo la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad, combinando: 1) Medidas preventivas, enfocadas a anticiparse modificando factores de riesgo y aumentando factores protectores para evitar que ocurra la enfermedad; y 2) Medidas mitigadoras que modifican los efectos de la enfermedad evitando complicaciones.

En CAPRUIS se plantean tres frentes para la determinación del riesgo en salud: 1) Gestión del riesgo individual, el cual está a cargo de los médicos generales y es inherente a la atención diaria, donde cada contacto es una oportunidad de educación, detección, evaluación, monitoreo y gestión de riesgo; 2) Determinación de riesgos globales de la población, a cargo del Departamento de Epidemiología, producto de los análisis epidemiológicos y vigilancia de los eventos y patologías; y 3) Determinación de los riesgos globales a través de un instrumento de gestión de riesgo aplicado de manera individual por los médicos especialistas en medicina familiar, donde se determinarán los riesgos globales de la población y permitirán la génesis de políticas de intervención de los mismos.

A la fecha se ha logrado intervenir el 10% de la población mediante la aplicación del instrumento de gestión de riesgo individual, que permitirá extrapolar los datos para determinar las estrategias a implementar, con el fin de generar el control de riesgo a nivel colectivo.

Es importante precisar, que este objetivo hace parte del nuevo modelo de salud propuesto para CAPRUIS (Modelo de Atención y Gestión Integral en Salud – MAGIS).

El indicador para conocer el progreso de este objetivo es:

- *Porcentaje de población vinculada a los programas de gestión de riesgo = (Número de pacientes vinculados al programa de gestión de riesgo / Población objeto) x 100.*

7.4.4 Perspectiva activos intangibles

Para sustentar los procesos internos y dar sentido a las relaciones causa efecto debe existir necesariamente una alineación de los recursos de la organización con la estrategia, es decir, los activos intangibles deben estar alineados con la creación de valor que permitan entregar una propuesta que satisfaga a los usuarios.

Las personas, los sistemas y el clima organizacional son factores determinantes para el cumplimiento de los objetivos organizacionales. En este sentido, los lineamientos se encaminan a la permanente motivación del talento humano, a su capacitación para garantizar las competencias laborales necesarias para el ejercicio de cada uno de sus cargos acorde a la dinámica institucional y la optimización de los sistemas de información para apoyar las decisiones propias de la gestión.

Como parte de la cultura organizacional es prioritario mantener un equipo de trabajo en el que la cohesión juegue un papel importante y en el que además se promueva la participación de los funcionarios en las decisiones que afectan la oferta de servicios de salud.

7.4.4.1 Asegurar las competencias requeridas para la prestación del servicio

Uno de los pilares de la Institución es la calidad en el servicio. Para alcanzar con efectividad esta meta, el talento humano de la organización debe cumplir con el perfil y habilidades necesarias para desarrollar su labor. Bajo esta premisa, se

construye un instrumento de evaluación de competencias, individualizado por profesión y especialidad que permita identificar las capacidades individuales del equipo de trabajo para de esta forma reforzarlas y facilitar el logro de los objetivos organizacionales.

De acuerdo con el Ministerio de Salud, las competencias son el conjunto de conocimientos, habilidades, comportamientos y motivaciones de las personas que desempeñan los diferentes cargos.

A cada uno de los cargos de acuerdo con las especialidades se aplicará el siguiente indicador:

- *Porcentaje de cumplimiento de competencias = (Número de cargos que cumplen competencias / Total de cargos evaluados) x 100.*

El no cumplimiento de las competencias arroja información importante para plantear estudios de capacitación con miras a superar las deficiencias.

De acuerdo a la evaluación realizada se parte de una línea de base de un 80% de cumplimiento de competencias y se espera hacia el 2019 garantizar el cumplimiento de las competencias para la totalidad de los cargos.

7.4.4.2 Promover una cultura organizacional enfocada en la seguridad del paciente

Atendiendo los lineamientos establecidos para la Acreditación Institucional, CAPRUIS busca promover un entorno de confianza entre usuarios y la Entidad; esto con la finalidad de disminuir el riesgo en la atención en salud brindada y prevenir la ocurrencia de eventos adversos mediante el despliegue de metodologías y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro en la prestación del servicio.

Ante la complejidad de los sistemas de prestación de salud, se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás. Para garantizar la seguridad del paciente, es necesario promover la participación responsable de los diversos actores involucrados.

Por lo anterior, se hace necesario implementar de manera constante las barreras de seguridad necesarias, que en este caso para CAPRUIS se tomará como indicador estratégico para el seguimiento del objetivo planteado. Para su medición se aplicará la “Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente” definida por el Ministerio de Protección Social. Ver anexo 18.²⁸

Se plantea la medición mediante el siguiente indicador:

- *Porcentaje de percepción de clima de seguridad del paciente = (Número de evaluados con percepción de seguridad del paciente superior a 90 puntos / Total de evaluados) x 100.*

Esta encuesta se contempla como requisito de los estándares de acreditación en salud, se estima un porcentaje de percepción de clima de seguridad del paciente del 70% y se espera cumplir al 2019 en un cien por ciento.

7.4.4.3 Diseñar e implementar un sistema integrado de información

CAPRUIS cuenta con sistemas de información por áreas. Para permitir un control adecuado de los procesos de la Institución que faciliten la administración integral de los recursos, se propone la integración del software para optimizar el flujo de información y apoyar la toma de decisiones, el seguimiento permanente y la medición de los indicadores para implementar los correctivos necesarios que

²⁸ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. 2008.

garanticen la gestión. Para esto se propone que durante el año 2.013 se realice el diseño de este software, el cual para el año 2.016 deberá estar completamente desarrollado y para el 2017 se prevé la implementación del mismo en paralelo con el software existente.

Este objetivo se medirá de acuerdo al *porcentaje de cumplimiento en la implementación del software integrado*.

7.4.4.4 Diseñar un plan de mejoramiento institucional con énfasis en la gestión del talento humano

Dentro de la matriz DOFA se detectaron una serie de debilidades desde la perspectiva de activos intangibles que se relacionan directamente con las inconformidades que refiere el talento humano de la Entidad.

En el entorno complejo del sistema de seguridad social, es fundamental diseñar estrategias que apoyen un alto desempeño laboral, fomentando una cultura organizacional acorde a las necesidades de la empresa y de su talento humano.

Para dar solución a las inconformidades que se detectaron, se hace necesaria la implementación de correctivos que apunten a mejorar el grado de motivación del talento humano en la organización. Una de las bases importantes para lograr el cumplimiento de los objetivos estratégicos es la motivación, por esto es necesario que las empresas consideren la importancia de la misma como un camino que permitirá impactar sobre su productividad y esto a su vez sobre su desarrollo.

En su teoría de las necesidades adquiridas, David MacClelland, buscó determinar la posible existencia de motivos aprendidos, que influyen en el comportamiento de las personas en el trabajo y señala que la cultura determina en ellas su deseo de superarse, imponerse o afiliarse a sus semejantes, que corresponden a las tres necesidades definidas por el autor: logro, poder y afiliación ²⁹

Para monitorear el nivel motivacional del talento humano, se propone utilizar el instrumento de medición de los factores de acuerdo al postulado de McClelland, el cual se encuentra en el anexo 19.

²⁹ McClelland, D. C (1.966) That Urge to Achieve. From think Magazine 32 no 6 (November-December) International Business Machines Corporation, p. 19-23

Este instrumento debe ser aplicado en dos tiempos sobre las mismas personas (uno para cada cuestionario) y los resultados deben ser registrados en una tabla de cálculo, la cual alimenta la gráfica final en donde se determina finalmente la brecha que existe entre la Descripción del Trabajo o el Cargo (lo que es) y la Manera de Ser o Actuar del Empleado (Cómo se siente ocupando ese cargo) en cada una de las tres dimensiones propias del modelo.

Cada una de las dimensiones mostrará por tanto dos resultados y lo ideal es encontrar que estén muy próximos los resultados entre sí, de tal forma que los sentimientos de logro, poder y afiliación se encuentren alineados con la percepción de lo que representa su trabajo en la realidad.

El indicador de medición será:

- *Porcentaje de alineación del talento humano en el logro, poder y afiliación = (Número de personas encuestadas con nivel de alineación superior al 90% / Total de personas encuestadas) x 100*

La aplicación del referido instrumento se propone a partir de la vigencia 2014, estimándose para esta primera medición una alineación del cincuenta por ciento y proyectada al 2019 en un noventa por ciento.

7.5 CUADRO DE MANDO INTEGRAL

Ver anexo 16.

8. DESCRIPCIÓN DE LA HERRAMIENTA DE SOFTWARE PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL BALANCED SCORECARD

8.1 HOJA DE ACCESO

Esta hoja contiene el nombre de la Empresa, del autor del proyecto y como su nombre lo indica, permite el acceso a cada una de las hojas que conforman la herramienta. Ver anexo 20.

8.2 HOJA MAPA ESTRATÉGICO

En esta hoja se representa el Mapa Estratégico, cuya elaboración se sustenta en la teoría del BSC y la matriz DOFA que se realizó a la Institución para plantear las iniciativas estratégicas que garanticen el cumplimiento de la MEGA institucional. Ver anexo 21.

8.3 HOJA CUADRO DE MANDO INTEGRAL – BASE DE DATOS

En ésta hoja se registra la información, correspondiente a objetivos, indicadores, variables de medición, metas, resultados e iniciativas, que se reflejan en las demás hojas de la herramienta. Requiere el registro periódico de los resultados obtenidos para cada indicador. Ver anexo 22.

8.4 HOJA BALANCED SCORECARD

En ésta hoja se muestra en forma consolidada cada una de las perspectivas, objetivos estratégicos e indicadores, con los resultados logrados (se despliegan las fechas desde el año 2013 hasta el 2019) para cada año. Contiene semáforos de acuerdo al nivel de exigencia de la Entidad. Ver anexo 23.

8.5 HOJAS PERSPECTIVAS

En la hoja perspectiva valor compartido, perspectiva de clientes, perspectiva procesos internos y perspectiva activos intangibles, se selecciona (se despliegan

los indicadores correspondientes a cada perspectiva) el indicador que se quiere evaluar, mostrando en forma consolidada los resultados obtenidos en cada período. Estas hojas también contienen semáforos de acuerdo al nivel de exigencia de la Entidad. Ver anexo 24.

9. CONCLUSIONES

- El concepto de Balanced Scorecard no es garantía ni es sinónimo de éxito empresarial, su gran fuerza radica en lograr alinear la plataforma estratégica de la organización con la operación, a través de un conjunto de indicadores claves, lo que permite expresar la estrategia en términos tangibles y obtener para su ejecución, el apoyo en todos los niveles de la Entidad.
- Para las empresas administradoras de planes de beneficios – EAPB, como es el caso de CAPRUIS, el Balanced Scorecard se constituye en un instrumento de apoyo al proceso de acreditación institucional, que permite el cierre del ciclo de mejora y avanzar en la competencia por la calidad en la prestación de servicios.
- Con el diseño del sistema de indicadores de gestión se consolida una herramienta fundamental para el proceso de planificación estratégica en CAPRUIS y se establecen las bases para fomentar una cultura de transformación organizacional al interior de la Entidad. La representación de la nueva estrategia en el cuadro de mando integral, ofrece un gran soporte que permite tener el foco en la institución para no relegar a un segundo plano la planeación en medio del trabajo cotidiano.
- CAPRUIS es una Institución que presenta solidez financiera y registra una alta satisfacción de sus usuarios, variables que la ubican en un status de competitiva; pero formular estrategias y planes de desarrollo no es suficiente para proyectarse, es imprescindible contar con una herramienta como el Balanced Scorecard que garantice el seguimiento al cumplimiento de las estrategias.

- En la teoría del BSC la perspectiva financiera es un fin para las organizaciones con ánimo de lucro; pero en el caso CAPRUIS, cuyo objetivo fundamental es el bienestar de la comunidad usuaria en condiciones de auto sostenibilidad, se le debe dar prioridad a la perspectiva valor compartido, denotando la importancia del progreso social.
- La aplicación informática desarrollada, registra la información del sistema de indicadores de gestión y permite monitorear el cumplimiento de objetivos estratégicos a través de reportes gráficos y cualitativos de los indicadores establecidos. Esta herramienta es de gran utilidad para la alta dirección ya que ofrece una visión consolidada y detallada del funcionamiento de la Entidad en el transcurso del tiempo.

10.RECOMENDACIONES

- Se requiere presentar y sustentar ante la Honorable Junta Directiva de CAPRUIS el proyecto de redireccionamiento estratégico, para obtener su aprobación, apropiación de recursos y dar viabilidad a su ejecución.
- En buena parte la estrategia fracasa no por estar mal formulada, sino por estar mal o insuficientemente implementada, razón por la cual es fundamental que se garantice la apropiación presupuestal para su cabal ejecución; así como reivindicar la importancia del talento humano en la Entidad.
- Al plantearse la adopción de la metodología Balanced Scorecard como instrumento de gestión de la entidad caso de estudio, es imprescindible tener en cuenta las especificidades del sector y las realidades particulares de la organización. El BSC se revela como instrumento suficientemente flexible que permite acomodar variaciones para ajustarse a cada condición estratégica.
- En apoyo a la ejecución de la planeación propuesta, es fundamental que ésta se acompañe de un plan de medios de comunicación a nivel organizacional, que permita la socialización del proyecto a todos los niveles.
- Es primordial dar cumplimiento a los planes de capacitación requeridos, para lograr la cualificación del talento humano.
- El presente proyecto de Balanced Scorecard estratégico, debe acompañarse de tableros de mando integral de categoría táctica y operativa, para garantizar el seguimiento integral a la ejecución.
- Es vital la implementación y seguimiento a los programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de los pacientes, teniendo en cuenta las condiciones de la

población de la Entidad, en particular, la inversión de la pirámide poblacional y la alta incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y de alto costo.

- Para el éxito del proyecto, se requiere la creación del área de control estratégico, que apoye el seguimiento de la planeación propuesta.
- Se requiere diseñar un plan de contingencia, para intervenir y generar un frente común ante las decisiones políticas y legales (normativas) que afectan al Régimen Universitario de Seguridad Social en Salud.
- Se recomienda utilizar el tablero de comando integral para focalizar la estrategia, poner en marcha las iniciativas estratégicas e iniciar la medición de los indicadores, para de esta forma, sustentar el desarrollo de los procesos de gestión institucional.

BIBLIOGRAFÍA

ECHEVERRIA, Luis Alfredo. BRAVO CASTILLO, Mario. Planeación y control integrado de gestión a partir del modelo del sistema viable y el Balanced Scorecard. 2010. Editorial Bonaventuriana.

KAPLAN, Robert. NORTON, David. Cuadro de mando Integral. Año 1997. Ediciones Gestión, 2000.

KAPLAN, Robert. NORTON, David. The execution Premium. Año 2008. Ediciones Deusto.

MARTINEZ PEDROS, Daniel. MILLA GUTIERREZ, Artemio. La Elaboración del Plan Estratégico y su Implantación a través del Cuadro de Mando Integral, 2005. Ediciones Díaz de Santos.

OLVE, Nils-Goran. ROY Jan. WETTER, Magnus. Implantando y Gestionando el Cuadro de Mando Integral. 2000, Ediciones gestión 2000.

SERNA GOMEZ, Humberto. Gerencia estratégica. 2008. Tres R Editores.

PORTER, Michel. KRAMER Mark R. La creación de valor compartido. Enero – febrero 2011. Harvard Business Review.

KAPLAN, Robert. NORTON, David. Having trouble with your strategy? Then map it. 2000. Harvard Business Review.

KAPLAN, Robert. NORTON, David. Mastering the management system. Enero 2008. Harvard Business Review.

KAPLAN, Robert. NORTON, David. "The Balanced Scorecard: Measures that drive performance" Harvard Business Review, 1.992.

BERMÚDEZ, BECOÑA, E. VÁZQUEZ, F. OBLITAS, L. Promoción de los Estilos de Vida Saludables. 2004. ALAPSA. Bogotá.

URRUTIA, Ignacio. ERIKSEN, Scott D. Measuring Business Excellence. 2005. Emerald Article: Application of the Balanced Scorecard in Spanish private health-care management.

PARDO, C. CENDALES, R. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006. Bogotá, INC 2010.

URIBE, C. MEZA, E. Incidencia del cáncer en Bucaramanga. Revista Médica UNAB 2007, Página 108(3): 147-172.

SUÁREZ, A. GUZMÁN, C. VILLA, B. GAMBOA, O. Abandono del tratamiento: una causa evitable de muerte en el niño con cáncer. Revista Colombiana Cancerología 2011; Página 15(1):22-29.

RABA, M. Informe del evento leucemias agudas pediátricas, consolidado 2010. Instituto Nacional de Salud 2011.

PIÑEROS, M. PARDO, C. GAMBOA, O. HERNÁNDEZ, G. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Bogotá. Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Geográfico Agustín Codazzi; Bogotá: Imprenta Nacional; 2010.

PÉREZ, FERNÁNDEZ DE VELASCO, José Antonio. Gestión de la calidad Empresarial: calidad en los servicios y atención al cliente. Calidad total. Editorial Esic. Madrid. Página 94.

TOBÓN GARCÍA, Ofelia. GARCÍA OSPINA, Consuelo. Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud. Editorial Universidad de Caldas. 2004. Página 33.

VELANDIA ARIAS, Anita. RIVERA ALVAREZ, Nelly. Confiabilidad de la escala “Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA)”, segunda versión adaptada a la población colombiana. Avances en enfermería VOL XXVII No. 1 Enero-Junio 2009.

McCLELLAND, D. C (1.966) That Urge to Achieve. From think Magazine 32 No.6 (November-December) International Business Machines Corporation. Page 19-23.

MURILLO, R. DÍAZ, S. SÁNCHEZ, O. PERRY, F. PIÑEROS, M. POVEDA, C. et al. Pilot Implementation of Breast Cancer Early Detection Programs in Colombia. Breast Care 2008. Page 3:29-32.

PIÑEROS, M. HERNÁNDEZ, G. BRAY, F. Increasing mortality rates of common malignancies in Colombia.an emerging problem. Cancer 2004; Page 101(10):2285-2292.

GONZÁLEZ, M. y cols. Tendencias en la mortalidad por cáncer en Colombia 1985-2005. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2003. Página 8(3):41-50.

BRAVO, LE. CARRASCAL, E. GARCÍA, LE. COLLAZOS, T. GUTIÉRREZ, A. Supervivencia de cáncer de cuello uterino en Cali: un estudio de base poblacional. Informe técnico Convenio 941 – 2006 suscrito entre el INC y la Universidad del Valle.

QUINN, MA. BENEDETT, JL. ODICINO, F. MAISONNUEVE, P. BELLER, U. CREASMAN, WT. et al. Carcinoma of the cervix uteri. FIGO 6th Annual Report on the results of treatment in gynecological cancer. Int J Gynecol Obstet 2006. Page 95 (Suppl. 1) S43-103.

BRAY, F. MOLLER, B. Predicting the future burden of cancer. Nat Rev Cancer 2006. Page 6(1):63-74.

ANAND, P. KUNNUMAKKARA, AB. SUNDARAM, C. HARIKUMAR, KB. THARAKAN, ST. LAI, OS. et al. Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. Pharm Res 2008. Page 25(9)2097-2115.

WEBGRAFÍA

<http://www.infoviews.com.mx/Bitam/ScoreCard/>

<http://www.slideshare.net/jcfdezmxmanag/balanced-scorecard-aplicacin-e-implementacin>

<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/20517/Capitulo1.pdf>

<http://www.slideshare.net/jcfdezmxmanag/balanced-scorecard-aplicacin-e-implementacin>

<http://www.infoviews.com.mx/Bitam/ScoreCard/>

http://www.slideshare.net/patricio_ARG/mapas-estrategicos

<http://www.slideshare.net/jcfdezmxmanag/balanced-scorecard-aplicacin-e-implementacin>

<http://www.bdigital.unal.edu.co/1225/1/ivandariolopezlopez.2004.pdf>

<http://www.dinero.com/actualidad/nacion/articulo/zona-franca-salud-promesa-para-santander/171604>

http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/ijd_mar_2013_0.pdf

<http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>

http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/2/37482/M_Isabel_Rodriguez.pdf

<http://www.revcolanest.com.co/es/envejecimiento-poblacion-un-reto-salud/articulo/90149436/>.

www.elsevier.com/locate/eswa

<http://www.ocupacionaljb.com/documentos/boletin%2010.pdf>

<http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Políticas de estado>. Consultado: enero 14, 2009.

Anexo 1. Metodología

Revisión bibliográfica.

Búsqueda y clasificación de la información (fuentes primarias y secundarias) concerniente a planeación estratégica, sistemas de indicadores de gestión, metodología del cuadro de mando integral (CMI) / Balance Scorecard (BSC), y legislación en salud aplicable al caso en estudio.

Redireccionamiento estratégico.

Se desarrolló en la modalidad de talleres con la coordinación de un experto y la participación del equipo directivo de la Entidad. Se revaluó la MEGA, Misión, Visión, Principios y Valores de la Institución.

Análisis PESTEL.

Se aplicó el análisis PESTEL, que es una herramienta para el diagnóstico estratégico del entorno de negocios, el cual ofrece un esquema ordenado para analizar los factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ambientales y legales que afectan a la Entidad.

Es de gran utilidad para comprender el crecimiento o declive de un mercado, y en consecuencia, la posición potencial y dirección de un negocio.

La herramienta se aplicó teniendo en cuenta un entorno nacional y regional.

Modelo de cinco fuerzas de Michael Porter.

Es un modelo para determinar las consecuencias de la rentabilidad a largo plazo por medio de la evaluación de sus objetivos y recursos frente a las fuerzas que rigen la competitividad: Amenaza de entrada de nuevos competidores, el poder de negociación de proveedores, el poder de negociación de los clientes, productos sustitutos y lucha por una posición en el mercado. De acuerdo al conocimiento y

experiencia adquirida dentro del sector y utilizando herramientas bibliográficas, el autor realiza un análisis de estas fuerzas y la incidencia que ejercen en la institución.

Análisis DOFA.

Apunta al diagnóstico estratégico de la Institución, obteniendo información sobre el entorno, con el fin de identificar allí oportunidades y amenazas, así como sobre las condiciones fortalezas y debilidades internas de la Organización. Por medio de talleres realizados con participación de la Alta Dirección, se realizó el diagnóstico estratégico de la Institución, obteniendo información sobre el entorno, con el fin de identificar allí oportunidades y amenazas, así como sobre las condiciones fortalezas y debilidades internas de la Organización. Posterior a este diagnóstico, se diseñan estrategias que permitan potencializar las fortalezas y aprovechar las oportunidades minimizando los efectos de amenazas y debilidades.

Determinación de factores claves de éxito

Al igual que en la propuesta de redireccionamiento y la elaboración de la matriz DOFA, en conjunto con la Alta Dirección se definen los factores claves de éxito, entendiendo estos como las necesidades identificadas de los stakeholders que permiten definir lineamientos en la prestación del servicio, garantizando la excelencia operacional y logrando el reconocimiento por parte de ellos.

Diseño del Cuadro de Mando Integral (CMI).

Este cuadro traduce la MEGA y la estrategia de una organización en un amplio conjunto de medidas de la actuación, que proporcionan la estructura necesaria para un sistema de gestión y medición desde cuatro perspectivas: Valor compartido (financiera), usuarios (clientes), procesos internos y activos intangibles. Tomando como base el diagnóstico realizado, el plan de desarrollo 2.010 – 2.019 y el redireccionamiento estratégico propuesto, se procede a diseñar

el cuadro de mando integral como herramienta para hacer seguimiento a las actividades propuestas.

Diseño de herramienta de software de apoyo al cuadro de mando integral.

Esta herramienta permite registrar y procesar la información requerida por el sistema de indicadores de gestión. El diseño fue coordinado por el autor del presente trabajo de aplicación y se ejecutó con el apoyo de un ingeniero de sistemas.

Anexo 2. Glosario

Accesibilidad: Condición que relaciona la población que necesita servicios de salud con el sistema de prestación de servicios de calidad.

Adherencia: Ceñirse o apegarse a un referente.

Atención primaria: Servicios de salud que satisfacen la mayoría de las necesidades de atención básica de salud con el transcurso del tiempo. La atención primaria incluye exámenes físicos, tratamiento de las afecciones médicas comunes y atención preventiva, como las inmunizaciones y la detección temprana. Los médicos de atención primaria son generalmente los primeros profesionales de la salud a quienes los pacientes consultan para la atención médica básica. Si es necesario, esos profesionales pueden enviar al paciente a consultar con un especialista.

Calidad de vida: Percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno.

Consulta asistencial: Consulta a la que el paciente asiste por iniciativa propia, obtenida por solicitud directa.

Consulta inducida: Consulta recomendada por el médico a manera de prevención para la salud del paciente.

Eficacia: Capacidad de cumplir con la producción comprometida y de logro de objetivos.

Eficiencia: Obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos.

Efectividad: Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles. También se le denomina medida de impacto.

Enfoque de riesgos: El profesional reconoce que cada paciente pertenece a una población de riesgo, determinado por su ciclo vital individual, ciclo vital familiar, historia familiar, estilo de vida o epidemiología de la población de CAPRUIS.

Factor de riesgo: Factor que se relaciona con una mayor probabilidad de padecer una enfermedad. Algunos ejemplos de factores de riesgo para el cáncer son: edad, antecedentes familiares de ciertos cánceres, consumo de productos del tabaco, ciertos hábitos de alimentación, obesidad, falta de ejercicio, exposición a la radiación.

Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA: Es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud..

Gestión del recurso humano: Sistema de administración y desarrollo de los recursos humanos consistente en un conjunto de políticas, normas y procedimientos destinados a organizar los elementos humanos que se requieren, crear y mantener condiciones necesarias para garantizar la mejor utilización de este recurso y mantener equilibrio entre la empresa y sus funcionarios.

Gestión tecnológica: Incluye todas aquellas actividades que capacitan a una organización o a un conjunto de organizaciones, para hacer el mejor uso posible de la ciencia y la tecnología generada de forma externa o interna. Este conocimiento conduce hacia un mejoramiento de sus capacidades de innovación, de forma que ayuda a promocionar la eficacia y eficiencia de las organizaciones para obtener ventajas competitivas.

Incidencia: Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

MEGA: La MEGA (Meta Grande y Audaz) constituye el máximo norte estratégico de la firma, es una visualización de la Meta más ambicionada en la que se pueda pensar y a largo plazo.

Misión: Se define como la finalidad o razón de ser de la organización. Representa una declaración concisa, con una orientación interna, de la razón de la existencia de la organización. El propósito básico hacia el que se dirigen sus actividades y los valores que guían las actividades de los empleados. La misión también debe describir cómo espera competir la organización y entregar valor a los clientes.

Pacientes en cumplimiento de metas: Pacientes que cumplen con el objetivo definido en el plan de manejo.

Plan Obligatorio de Salud (POS): Establecido en el Artículo 142 de la Ley 100 de 1993 como aquél que permite la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad

que se definan. Hace referencia a los medicamentos y procedimientos en salud incluidos para tal fin.

Prevalencia: De acuerdo a lo que establece la ciencia epidemiológica (aquella referida al estudio de las epidemias), el término prevalencia hace referencia al número total de casos de enfermos para un tipo específico de enfermedad, en un momento y lugar particular y especial. En este sentido, la noción de prevalencia se vincula con la definición oficial que establece que toda prevalencia es el hecho de sobresalir o destacarse de algún objeto, alguna persona o alguna situación. De este modo, la prevalencia es entendida como la acción de sobresalir o resaltar de un tipo específico de enfermedad en un tiempo y espacio determinados.

Prevención: Conjunto de acciones que tienen por objeto identificar, controlar, reducir o eliminar los riesgos derivados de la organización del trabajo, que pueden afectar la salud individual y colectiva en los lugares de trabajo, con el fin de evitar que ocurran los accidentes laborales o enfermedades profesionales, u ocasionen mayores daños o secuelas en los trabajadores, en conclusión es detectar, evitar, controlar, minimizar, o eliminar los efectos y las consecuencias de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

Promoción: Conjunto de actividades, intervenciones y programas dirigidos a las personas cuyo objeto es orientar el desarrollo o fortalecimiento de actitudes y hábitos que favorezcan la salud y el bienestar, así como la participación activa en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas relacionados con las condiciones de trabajo y de vida.

Redireccionamiento estratégico: Se refiere a la forma por la cual una organización pretende aplicar una determinada estrategia para alcanzar los objetivos propuestos.

Régimen contributivo: Establecido en el Título III de la Ley 100 de 1993, Capítulo 1, Artículo 202 como el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Régimen subsidiado: El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

Red Universitaria de Servicios de Salud - RUSS: Red de prestación de servicios conformada de manera informal como apoyo a la prestación del servicio en las regiones o ciudades en las que la universidad responsable del aseguramiento no cuenta con sede propia o contratos de prestación de servicios con IPS para ofertar el servicio a sus usuarios. Esta red está integrada por las unidades de salud, fondos o cajas de previsión en salud de las universidades de Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia, Universidad del Valle, Universidad de Nariño, Universidad del Cauca, Universidad de Cartagena, Universidad de Córdoba, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Universidad del Atlántico y la Universidad Industrial de Santander.

Salud Ocupacional: Se encarga de la protección, conservación y mejoramiento de la salud de las personas en su entorno laboral, contra los riesgos relacionados con agentes físicos, mecánicos, químicos, biológicos, orgánicos, sustancias peligrosas para el organismo y otros que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo.

Seguridad del paciente: 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 en salud o de mitigar sus consecuencias.

Servicio de información y atención al usuario (SIAU): Mecanismo de interacción por el cual se canalizan y resuelven (peticiones, quejas, reclamos, solicitudes, sugerencias y reconocimientos) “PQRSR” que son inherentes al servicio atención que recibe la persona y que permite definir planes de mejora continua por parte de la institución.

Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS): Es el conjunto de instituciones y procedimientos mediante el cual el Estado garantiza la prestación de servicios de salud a los colombianos y colombianas de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones contenidas en la Ley 1122 de 2007.

Visión: Es una declaración concisa que define los propósitos a mediano y largo plazo (de tres a diez años) de la organización. La visión debe ser externa y orientarse hacia el mercado, así como expresar qué percepción quiere la empresa que el mundo tenga de ella. La visión presenta una imagen del futuro que aclara el rumbo de la organización y ayuda a las personas a comprender por qué y cómo deben apoyar la organización.

Anexo 3. Infraestructura física

CAPRUIS se encuentra localizada dentro del campus de la Universidad Industrial de Santander, que le ha proveído de un edificio que cuenta con tres (3) niveles. En el primer nivel se encuentran ubicados tres consultorios donde se atiende medicina general y especializada (pediatría, ginecología y medicina interna), tres consultorios odontológicos, un área de enfermería para realizar procedimientos de pequeña cirugía e inyectología, la sección de farmacia, central de citas y archivo de historias clínicas.

En el segundo nivel, funciona un consultorio donde se atiende consulta de medicina especializada, el área de trabajo social, un área para la coordinación de enfermería y para promoción y prevención, el área de fisioterapia (7 módulos para terapia física y 1 para terapia respiratoria), la oficina de información, un área de archivo, y un espacio para la toma de muestras del laboratorio clínico de la UIS.

En el tercer nivel, se encuentra la gerencia, secretaría de gerencia, sala de juntas, coordinación médica, nutrición, un consultorio de medicina general, gimnasio, almacén, control interno, auditoría médica, y el área administrativa y financiera que comprende: Talento humano, presupuesto, contabilidad, tesorería, facturación, revisión de cuentas, sistemas y comunicación organizacional.

Las instalaciones físicas se han adecuado, con las indicaciones y parámetros dados para la atención de servicios de salud del nivel I, de conformidad con los requisitos básicos exigidos en el proceso de habilitación; sin embargo, a efectos de cumplir a cabalidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, se requiere adelantar de manera urgente, un proceso de mejora, en lo correspondiente a: Construcción de una rampa de acceso a los servicios de CAPRUIS para los usuarios con discapacidad; construcción de tanques de agua con mayor capacidad, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio;

ubicación y adecuación de una sede alterna para los casos de cierres temporales de la UIS y la atención de especialidades de mayor demanda.

Anexo 4. Antecedentes y cinco principios del Balanced Scorecard

Antecedentes del Balanced Scorecard.

En la evolución de los sistemas de gestión administrativa, el antecedente más reconocido del Balanced Scorecard, es el Tableau de Bord o cuadro de mando surgido en Francia, el cual presentaba indicadores financieros y no financieros para controlar los diferentes procesos de negocios.

En la era industrial dominada por los activos tangibles, los indicadores financieros eran los adecuados para evaluar las inversiones, propiedades, instalaciones y equipamiento registrados en los balances de las empresas. Las cuentas de resultados también podían reflejar los gastos asociados con el uso de los activos tangibles para producir ingresos y beneficios.

Desde la década de los sesenta existían diferentes acercamientos para el control de los procesos de negocios. La idea siempre giraba en torno a seleccionar un conjunto de indicadores que pudieran ser contruidos para apoyar la gestión, sólo que normalmente las áreas de negocio eran definidas y fijas. De hecho, los acercamientos eran de compañías muy específicas, no como parte de una cultura general que comenzara a extenderse.

En el año 1992 Kaplan y Norton introducen el concepto de Balanced Scorecard, como un instrumento para medir resultados, no como herramienta para aplicar una estrategia. Los autores partían de la premisa de que basarse exclusivamente en indicadores financieros lleva a las organizaciones a cometer muchos errores, en razón a que son datos tardíos, puesto que informan de los resultados, es decir, de las consecuencias de acciones pasadas. La confianza exclusiva en indicadores financieros daba lugar a comportamientos a corto plazo que sacrificaban la creación de valor a largo plazo por la obsesión en conseguir rentabilidad

inmediata³⁰. Hacia el año 1996 publicaron su primer libro denominado: “The Balanced Scorecard”³¹, en el que se presenta un enfoque de la metodología como un sistema de medición del desempeño, planteándose como piedra angular de un sistema de gestión que impulsaría la implementación de las estrategias.

La metodología del Balanced Scorecard BSC está basada en cinco (5) principios:

- Traducir la estrategia en términos operativos: el CMI (Cuadro de Mando Integral) proporciona un marco que permite describir y comunicar una estrategia de forma coherente y clara. Ello se traduce en mapas estratégicos y el cuadro de mando integral, creando una referencia común y comprensible para la totalidad de sus unidades y empleados.
- Alinear la organización con la estrategia: Todas las unidades de negocio quedan vinculadas a la estrategia a través de los temas y objetivos comunes que aparecen en sus cuadros de mando.
- Hacer que la estrategia sea el trabajo diario de todo el mundo: Las organizaciones basadas en la estrategia necesitan que todos los empleados comprendan la estrategia y realicen su trabajo diario de forma que contribuyan a su éxito. No se trata de dirigir desde arriba hacia abajo sino de comunicar desde arriba hacia abajo.
- Hacer de la estrategia un proceso continuo: Norton y Kaplan la llamaron “el proceso de doble bucle” porque integra la gestión táctica (presupuestos financieros y revisiones mensuales) y la gestión estratégica en un proceso continuo y sin fisuras.

³⁰ MARTINEZ PEDROS , Daniel, MILLA GUTIERREZ, Artemio , La elaboración del plan estratégico y su implantación a través del cuadro de mando integral, 2.005 , Ediciones Díaz de Santos , Pág.192.

³¹ R.S. KAPLAN Y D.P. NORTON, “The Balanced Scorecard: Measures that drive performance” Harvard Business Review, 1.992.

- Movilizar el cambio mediante el liderazgo de los directivos: La experiencia ha demostrado repetidamente que la condición más importante para el éxito es la propiedad y participación activa del equipo directivo³².

³² KAPLAN, Robert S. y NORTON, David P. Como utilizar el cuadro de Mando integral para implantar y gestionar su estrategia.

Anexo 5. Problemas tradicionales de la gestión y su solución en el BSC.

En la siguiente tabla, se presenta un listado de problemas comúnmente asociados a la gestión de las empresas, en el que se plantean soluciones mediante la aplicación del método tradicional y el uso del Balanced Scorecard (BSC), evidenciando la efectividad de esta última metodología.

Problemas tradicionales de la gestión y su solución en el BSC

Problema	Método Tradicional	Balanced Scorecard
- Proporciona información engañosa para tomar decisiones.	- El uso de indicadores de resultados pasados pueden llevar a emplear medidas no acordes a la estrategia.	- El análisis conjunto de indicadores de progresos puede clarificar la toma de decisiones dentro del marco estratégico.
- No considera los requisitos actuales de la empresa y su estrategia.	- Al ignorar otros indicadores menos tangibles la empresa puede recibir una falsa apreciación sobre la real situación competitiva.	- El uso de indicadores no financieros permite percibir la figura completa y tomar las decisiones correspondientes.
- Alienta el pensamiento a corto plazo.	- El análisis financiera puede inducir a decisiones que aunque mejoren la situación financiera actual comprometen el buen desempeño futuro.	- Al visualizar completamente los efectos y las causas de una decisión se puede lograr un equilibrio entre el largo y el corto plazo y obtener los mejores resultados.
- Aporta información abstracta para los trabajadores.	- Los indicadores tradicionales no le demuestran a los trabajadores la relación entre su trabajo y el desempeño de la organización.	- El CMI provee un esquema de indicadores de causa y efecto que permite a los trabajadores identificar el papel de su trabajo en la consecución de los objetivos de la entidad.

Fuente: MARTINEZ PEDROS, Daniel, MILLA GUTIERREZ, Artemio. La Elaboración del Plan Estratégico y su implantación a través del Cuadro de Mando Integral, 2005. Ediciones Díaz de Santos.

Anexo 6. Implementación de la herramienta Balanced Scorecard

La implementación de la herramienta Balanced Scorecard debe ser realizada mediante las técnicas habituales de gestión de proyectos, de modo tal que aseguren su correcta formulación e implantación. Para ello se establecen una serie de etapas que se describen a continuación:

Desarrollo de la estrategia.

En esta fase previa se deben establecer los siguientes aspectos:

- Definir el direccionamiento estratégico: MEGA, visión, misión y valores.
- Análisis estratégico: tres fuentes aportan el input para esta actualización, siendo entorno externo, entorno interno y evaluación de la estrategia existente.
- Formulación de la estrategia: Previo a la implementación del BSC, es necesario que se realice un proceso formal de planificación estratégica.

Planificación de la estrategia.

En esta etapa del proceso se elaboran los mapas estratégicos, iniciativas estratégicas y se define la tabla de indicadores / metas.

Alineación de la organización con la estrategia.

Es fundamental que la organización conozca la estrategia convirtiéndose en el trabajo diario de todos los miembros de la organización, para lo cual, se deben adelantar las siguientes fases:

- Trasladar la estrategia a la gestión operativa a través del recorrido por el mapa estratégico.
- Alineamiento de las diferentes partes de la organización con la estrategia.

- Motivación hacia el comportamiento estratégico

Planificación de las operaciones.

Las organizaciones deben alinear sus actividades de mejora a los procesos con las prioridades estratégicas. En esta etapa se deben identificar los factores críticos de éxito y definir su intervención.

Control y seguimiento.

Formular la estrategia no es suficiente. Se debe realizar un chequeo permanente del nivel de consecución de los objetivos estratégicos con el fin de identificar el éxito o fracaso en las acciones desarrolladas para alcanzar la estrategia. Este proceso de control debe permitir la comunicación de los resultados a la organización, ya que si no se tienen puntos intermedios de control, no se sabrá anticipadamente si se están realizando correctamente las tareas y si estas repercuten en el éxito de la estrategia de la empresa.

Prueba y adaptación de la estrategia.

La empresa debe verificar que las presunciones estratégicas fundamentales siguen siendo válidas, en el transcurrir del proceso de implementación³³.

³³ MARTINEZ PEDROS , Daniel y MILLA GUTIERREZ ,Artemio.- La Elaboración del Plan Estratégico y su implantación a través del cuadro de mando integral. 2005. The execution Premium Kaplan y Norton, 2008.

Anexo 7. El Cuadro de Mando Integral en el sector salud: Italia, España y Portugal. Una revisión de la literatura reciente.

El BSC ha sido adoptado por una amplia gama de organizaciones de salud, incluidos los sistemas hospitalarios, hospitales, centros psiquiátricos y las instituciones nacionales de salud. Varios artículos han descrito el uso y los beneficios potenciales de esta herramienta en diversos establecimientos de salud: las asociaciones comunitarias de salud (Hageman et al 1999.), los hospitales infantiles (Meliones et al 2001.), los departamentos sanitarios de los ejércitos (AMEDD) (Holt 2001), y los servicios de consulta externa (Curtright, Stolp-Smith y Edell 2000). Aunque muchas organizaciones de salud han puesto en práctica con éxito el BSC, Neely y Bourney (2000) afirman que hasta un 70% de estas organizaciones dejan de aplicarla con éxito. Es razonable esperar que el éxito de la implementación del BSC no sólo depende de la selección de las medidas que sean pertinentes, manejables, e importantes, sino también de cómo el liderazgo, los supervisores y los empleados adquieren conocimientos sobre su estado³⁴.

La tendencia actual en el campo de la salud es poner adelante las iniciativas orientadas a la descentralización y la oferta de servicios de salud y hospitales de mayor autonomía de gestión y otras herramientas útiles para ayudar a tener éxito en un mercado competitivo. Como consecuencia de estas nuevas tendencias, los proveedores de salud tienen que ser conscientes del impacto relativo de sus activos en su desempeño, y reconocer que se trata de los activos intangibles que hacen la mayor diferencia en un mercado competitivo (Santos y Fidalgo, 2004).

³⁴ BSC métricas II (Muhammad, 2007).

El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias.

En un estudio reciente, Bohmer (The four habits of high-value health care organizations. N Engl JMed. 2011;365:2045–7) identifica cuatro hábitos que distinguen a las organizaciones sanitarias más exitosas y que obtienen mejores resultados:

- Planificación de objetivos y sus medios para alcanzarlos.
- Diseño de la organización, sus políticas y las infraestructuras físicas y tecnológicas.
- Medición y el seguimiento de resultados.
- Revisión continua de las prácticas clínicas respecto a la evidencia científica disponible.

En su traslación al ámbito de la gestión sanitaria, tanto los desarrollos teóricos como las experiencias reales de aplicaciones del CMI han mostrado la necesidad de adaptar el instrumento genérico a las realidades del sector y las realidades particulares de cada organización. Afortunadamente, con esta necesidad de adaptación en mente, el CMI se revela como un instrumento suficientemente flexible que permite acomodar variaciones para ajustarse a cada realidad estratégica. De esta forma, el CMI puede contribuir efectivamente a una mejor implementación de la estrategia a partir de la medición y el seguimiento de resultados también en las organizaciones sanitarias.

Gracias a la adopción del BSC se ha logrado hacer una integración de la estrategia con los procesos críticos de las instituciones, promoviendo de esta manera cambios positivos a nivel de los factores críticos de éxito. Logrando la descentralización de actividades e involucrando al personal y mejorando los

índices de oportunidad en servicios y el crecimiento técnico y humano de los trabajadores³⁵.

Según Chow, Ganulin, Haddad y Williamson (1998) el BSC es una poderosa herramienta que puede ser usada por organizaciones de salud para hacer frente a desafíos tales como cambios demográficos, incrementos en la expectativa de los clientes y de la competencia y presiones gubernamentales.

³⁵ <http://www.bdigital.unal.edu.co/1225/1/ivandariolopezlopez.2004.pdf>

Anexo 8. Estudio de la Red Universitaria de Servicios de Salud – RUSS

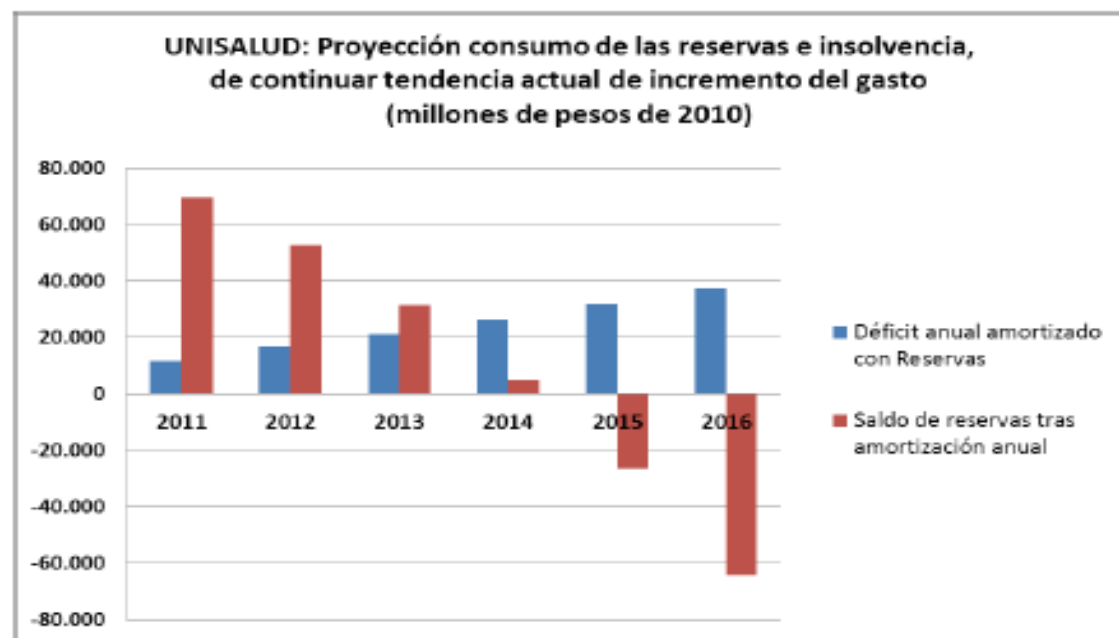
Generan especial preocupación los estudios realizados por las universidades más representativas del sistema en los que se precisa la inviabilidad económica de las instituciones.

- **Estudio Universidad Nacional de Colombia³⁶:** Uno de los estudios corresponde al realizado por Unisalud en convenio con el Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID – de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional, para evaluar la sostenibilidad del servicio de salud en el contexto del régimen de excepción permitido por la autonomía universitaria - Ley 647/01. Una de las principales conclusiones del análisis financiero es:

✓ “... de no acometerse ninguna acción que cambie el rumbo de la tendencia que vienen presentando los ingresos y los gastos, las reservas seguirán cayendo, de modo que se agotarán en 2014, es decir, no habrá reservas suficientes para cubrir el déficit de 2015 y para la operación de ese año se requerirán \$26.542 millones que la entidad no tendrá”.

³⁶ Estudio Unisalud en convenio con el Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID – de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional. 2012.

Agotamiento de las reservas – Unisalud año 2016



Fuente: Unisalud convenio con CID – Facultad de Economía Universidad Nacional.

- **Estudio Actuarial Universidades Atlántico, Antioquia y Valle³⁷:** De otro lado las Universidades referidas contrataron un estudio técnico actuarial y financiero de sus servicios de salud, el cual fue elaborado por un especialista en actuarios, el cual determinó que en promedio sus gastos exceden un 24,6% de sus ingresos, concluyéndose que los ingresos no son suficientes para cubrir las necesidades en salud de su población asegurada, declarándose su inviabilidad económica. Así mismo se pudo determinar que el mayor egreso de sus costos en salud corresponde a procedimientos, hospitalizaciones y medicamentos no POS. Además se estableció que la carga epidemiológica de las poblaciones estudiadas muestra que más del 60% de la población es mayor de 45 años lo que aumenta el riesgo de tener muchas personas clínicamente comprometidas con enfermedades crónicas y de alto costo.

³⁷ Estudio técnico actuarial, financiero, servicios de salud Universidades. Marzo 2013.

Anexo 9. Tendencias en la mortalidad por cáncer en Colombia

Socialmente también se presentan diferencias y desigualdades en el comportamiento de los distintos cánceres. Así por ejemplo, el cáncer de cuello uterino afecta principalmente a las poblaciones más alejadas y pobres así como a mujeres del régimen subsidiado; a su vez, casi un 50% de las defunciones por cáncer de mama corresponden a mujeres del régimen contributivo. Esto implica 13 cargas diferenciales en los años de vida potencial perdidos entre regímenes para estos dos cánceres³⁸.

El comportamiento de la mortalidad por cáncer para los principales cánceres ha sido en general el incremento, tanto en hombres como en mujeres, con excepción del cáncer de estómago^{39 40}. En la última información disponible sobre las tendencias de la mortalidad se observa una tendencia al incremento de la mortalidad por cáncer de próstata, colon y recto en ambos sexos, mama y pulmón en mujeres. Una buena noticia es la tendencia significativa a la disminución en la mortalidad por cáncer de cuello uterino⁴¹.

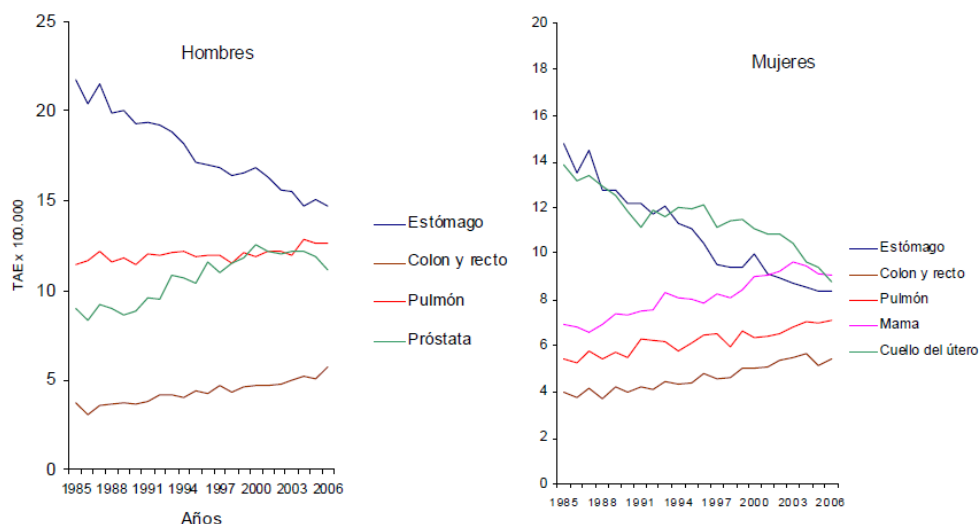
³⁸ Murillo R, Díaz S, Sánchez O, Perry F, Piñeros M, Poveda C, et al. Pilot Implementation of Breast Cancer Early Detection Programs in Colombia. *Breast Care* 2008;3:29-32.

³⁹ Piñeros M, Hernández G, Bray F. Increasing mortality rates of common malignancies in Colombia: an emerging problem. *Cancer* 2004; 101(10):2285-2292.

⁴⁰ González M, y cols. Tendencias en la mortalidad por cáncer en Colombia 1985-2005. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2003;8(3):41-50.

⁴¹ Piñeros M, Pardo C, Gamboa O, Hernández G. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Bogotá. Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Geográfico Agustín Codazzi; Bogotá: Imprenta Nacional; 2010.

Tendencias en la mortalidad por cáncer, principales localizaciones, Colombia 1985 – 2006. (Tasas ajustadas por edad).



Fuente: Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2020. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, Empresa Social del Estado 2012.

La tasa estandarizada por edad de mortalidad por cáncer de cuello uterino en 2009 fue de 8 por 100.000⁴²; la meta propuesta de reducción en el Plan Nacional de Salud Pública para 2010 es una tasa de mortalidad de 7,6 por 100.000 y de 4,5 por 100.000 en 2019⁴³.

Con base en el porcentaje de las muertes que puede atribuirse al tabaco y a las defunciones por enfermedades cardiovasculares y por tumores malignos de esófago, páncreas, vejiga, pulmón y cavidad oral, se estima que en 2008 el número de colombianos que murieron por causas relacionadas con el tabaco fue de 21.765, lo que corresponde a un 11,1% del total de defunciones de ese año.

⁴² Esta tasa se calculó con redistribución de las muertes por cáncer de útero mal definido (C55), de forma proporcional entre cáncer de cuerpo de útero (C54) y cáncer de cuello de útero (C53).

⁴³ República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

Las elevadas razones de mortalidad/incidencia para los principales cánceres indican un mal pronóstico, lo que podría atribuirse a estados muy avanzados al momento del diagnóstico o a falta de eficacia en el tratamiento. En el caso de cáncer de mama, la información disponible sobre el estadio clínico al diagnóstico indica que en Bogotá, 60% de los cánceres son diagnosticados en estados avanzados.

La información sobre supervivencia a nivel poblacional, provista por el Registro Poblacional de Cáncer de Cali, muestra para el cáncer de cuello uterino una supervivencia a 5 años de 45%⁴⁴, compatible con datos internacionales⁴⁵.

Determinantes generales de la situación: La situación epidemiológica descrita es determinada por factores múltiples que están en el contexto económico, social, cultural y de las características del sector de la salud de los países. Algunos de los principales determinantes generales están dados por los cambios sociales y demográficos que Colombia ha experimentado en las últimas décadas. El primero de ellos se relaciona con el volumen de la población: el número total de habitantes se triplicó en los últimos cincuenta años, la esperanza de vida pasó de ser 48 años en 1950 a 72 años en 2007 y la fecundidad bajó de cerca de 7 hijos por mujer a 2,6 hijos por mujer⁴⁶.

De otro lado, la población pasó de ser predominantemente rural a ser predominantemente urbana, lo que tiene a su vez grandes implicaciones sobre las condiciones de vida de la población, en términos de la industrialización y las oportunidades laborales, el nivel educativo, la exposición a carcinógenos

⁴⁴ Bravo LE, Carrascal E, García LE, Collazos T, Gutiérrez A. Supervivencia de cáncer de cuello uterino en Cali: un estudio de base poblacional. Informe técnico Convenio 941 – 2006 suscrito entre el INC y la Universidad del Valle.

⁴⁵ Quinn MA, Benedett JL, Odicino F, Maisonnueve P, Beller U, Creasman, WT et al. Carcinoma of the cervix uteri. FIGO 6th Annual Report on the results of treatment in gynecological cancer. Int J Gynecol Obstet 2006;95 (Suppl. 1) S43-103.

⁴⁶ República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Visión Colombia II Centenario: 2019. Disponible en <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Políticas de estado>. Consultado: enero 14, 2009.

ambientales, el acceso a servicios de salud, las condiciones y estilos de vida y en general todos aquellos factores que se han catalogado como factores de riesgo en cáncer.

Todos los cambios mencionados han contribuido a una modificación en la estructura por edad de la población que muestra un envejecimiento con incremento en la población mayor de 60 años. A nivel general se estima que los cambios en la estructura poblacional junto con el crecimiento de la población podrían explicar hasta dos terceras partes de la carga futura del cáncer⁴⁷, dado que la edad es uno de los factores de mayor efecto sobre el riesgo de cáncer.

Sin desconocer que los cambios sociodemográficos y económicos subyacen al perfil de los factores de riesgo para cáncer, éstos se constituyen en una línea de base importante para la medición de impacto de las acciones que se propongan.

Factores de riesgo: La proporción de muertes por cáncer que puede atribuirse a factores de riesgo conocidos, muestra un mayor peso para el tabaco y la dieta, donde se estima que cada uno de ellos aportan un 30% respectivamente^{48 49}. (Tabla 8). Cabe suponer que en Colombia factores como el estado socioeconómico, las infecciones, y las exposiciones ocupacionales tienen porcentajes mayores a las estimaciones mencionadas.

⁴⁷ Bray F, Moller B. Predicting the future burden of cancer. Nat Rev Cancer 2006;6(1):63-74.

⁴⁸ Harvard School of Public Health, Harvard Center for Cancer Prevention. Causes of Human Cancer. Cancer Causes and Control 1996;7(1):S3-S4.

⁴⁹ Anand P, Kunnumakkara AB, Sundaram C, Harikumar KB, Tharakan ST, Lai OS, et al. Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. Pharm Res 2008;25(9):2097-2115.

**Porcentaje estimado del total de muertes por cáncer atribuibles a causas de
cáncer establecidas**

Factor causal	Fracción atribuible (%)
Historia familiar de cáncer	5 a 10
Tabaco	25 a 30
Dieta	30 a 35
Obesidad	10 a 20
Infecciones	15 a 20
Alcohol	4 a 6
Otros	10 a 15

Fuente: Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2020. Ministerio de Salud y
Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, Empresa Social del Estado 2012.

Anexo 10. Análisis poblacional de CAPRUIS y proyecciones.

En la pirámide poblacional de la Caja para el año 2012, se resaltan las siguientes características:

- El 13,9% del total de la población (412 personas) se encuentra en el rango entre 1 y 14 años; con una disminución del 9,6% con respecto a la población del año 2011 (456 personas).
- El 15,5% del total de la población (461 personas) se encuentra en el rango entre 15 y 24 años; con un aumento del 3,1% con relación a la población del año 2011 (447 personas).
- El 18,9% del total de la población (560 personas) se encuentra en el rango entre 25 y 49 años; con una disminución del 7,9% frente a la población del año 2011 (608 personas).
- El 51,7% del total de la población (1.532 personas) son mayores de 50 años; el 63,1% supera los 60 años de edad (967 personas). Al comparar la población mayor de 50 años con respecto a la población del año 2011 (1.507 personas), se muestra un incremento del 1,7%.

Dentro del análisis institucional (Plan de Desarrollo Institucional 2010 – 2019) se realizó la proyección poblacional a 2014 y 2019 basados en supuestos teóricos y los perfiles epidemiológicos previos, en particular en el realizado para el año 2009: La base de la proyección de la población afiliada para 31 de diciembre de 2009, se consideró en promedio cinco (5) nacimientos por año, se tuvo en cuenta la movilidad de la población dentro de los diferentes grupos de edad en el período proyectado; se determinó la población que ingresa anualmente (en promedio de diez (10) cotizantes en el grupo de 15 a 44 años, cada uno con dos (2)

beneficiarios) y se tuvo en cuenta que salen de la pirámide poblacional al cumplir 25 años en el caso de los beneficiarios hijos de los cotizantes (pérdida de los beneficios de acuerdo con la Ley), o cuando cumplen 85 años (si hay fallecimiento), manteniendo constante en el período proyectado las diferentes causas agrupadas de la lista de la Organización Panamericana de la Salud, (Lista-OPS-298). Se encontró que respecto al año 2009:

- La población usuaria menor de un año para el 2019 tendría un decrecimiento del 66.67%.
- La población de 1 a 4 años (89 beneficiarios), se reduciría en un 70,8% para el año 2014 y 66.3% para el 2019.
- Entre los 5 y 14 años, se presentará una disminución del 35,2% para el año 2014 y una reducción del 61.2% para el año 2019.
- El grupo de 25 a 29 años tendería a desaparecer, con una disminución del 97,4% para el año 2019.
- La población de 15 a 44 años disminuiría el 0.98% para el año 2014 y 25.5% para el año 2019.
- La población de 45 a 59 años tendrá una disminución importante del 18% para el 2014 y del 37.5% para el 2019.
- En el grupo de mayores de 60 años, se elevará la población un 29,5% para el año 2014 y en un 52.85% para el año 2019.

- Según las proyecciones la población de 50 años y más que para el año 2009 correspondía a 1.422 (45,8% de población total), en 2014 será del 54,25% y en 2019 del 63,32%.
- La población manteniendo las condiciones administrativas de la Universidad y en base a los supuestos mencionados; partiendo de 3105 usuarios (para el 2009) disminuirá en un 4,25% a 2973 usuarios para el 2014 y un 13,94% para el 2019 es decir a 2672.

Anexo 11. Encuestas de satisfacción

Encuestas de satisfacción servicio en planta

SERVICIO	ÍNDICE DE SATISFACCIÓN	
	2011	2012
SATISFACCIÓN AL USUARIO SERVICIO FARMACIA	99,00%	80,50%
SATISFACCIÓN AL USUARIO SERVICIO DE CITAS	98,00%	97,33%
SATISFACCIÓN AL USUARIO SERVICIOS ASISTENCIALES	99.1%	97,26%
SATISFACCIÓN AL USUARIO SERVICIO FISIOTERAPIA	100,00%	96,89%
SATISFACCIÓN AL USUARIO SERVICIO NUTRICIÓN	100,00%	99,38%
SATISFACCIÓN AL USUARIO SERVICIO ODONTOLÓGICO	99.05%	96,00%
SATISFACCIÓN AL USUARIO SERVICIO DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA	100,00%	95,87%
SATISFACCIÓN AL USUARIO SERVICIO DE ENFERMERÍA	92.5%	92,33%
SATISFACCIÓN AL USUARIO SERVICIO DE COORDINACIÓN MÉDICA	80,00%	95,70%
ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE REAL	96,17%	94,58%

Fuente: Base de datos CAPRUIS.

Encuestas de satisfacción servicios red externa año 2012

ASPECTO EVALUADO	ÍNDICE DE SATISFACCIÓN	
	ATENCIÓN AMBULATORIA	SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS
SATISFACCIÓN EN ASIGNACIÓN DE CITAS O ATENCIÓN POR URGENCIAS	96,94%	78,40%
TRATO Y ATENCIÓN RECIBIDA	97,00%	96,67%
INFORMACIÓN QUE LE BRINDARON SOBRE SU ENFERMEDAD	99,29%	98,00%
PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN	96,28%	93,33%
EN GENERAL SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO	96,83%	95,33%
ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE REAL	97,27%	92,35%

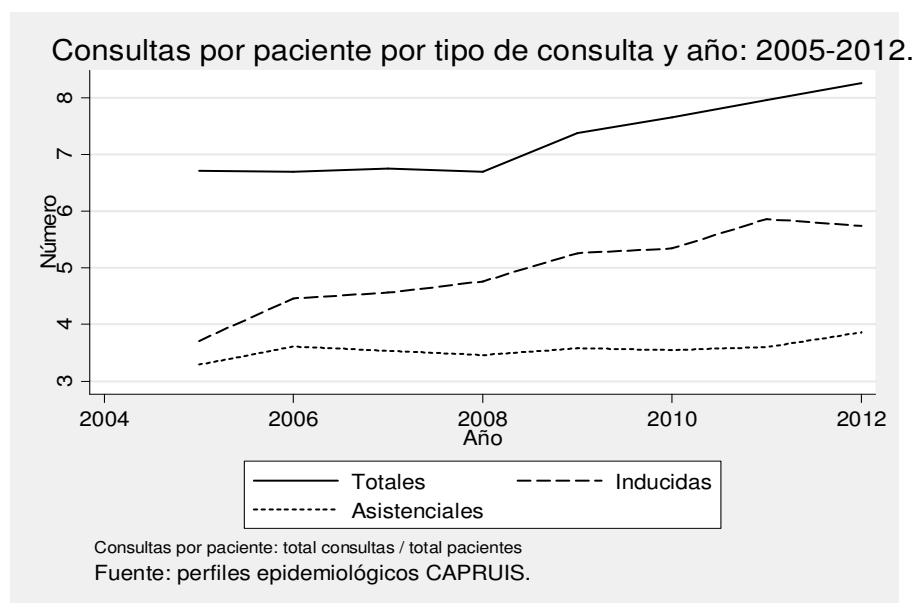
Fuente: Base de datos CAPRUIS.

Anexo 12. Índice de consultas por paciente, índice de diagnósticos por consulta, índice de uso – año e índice de diagnósticos por paciente.

- **Índice de consultas por paciente.**

Refleja cuantas consultas en promedio hace un paciente en el período estudiado.

Consultas por paciente por tipo de consulta y año: 2005 – 2012



Año	Total Consultas por paciente	Inducida Consultas por paciente	Asistida Consultas por paciente
2005	6,71	3,71	3,29
2006	6,69	4,46	3,61
2007	6,75	4,56	3,53*
2008	6,69	4,76	3,46
2009	7,38	5,26	3,58
2010	7,66	5,34	3,55
2011	7,96	5,86	3,60
2012	8,26	5,74	3,86
* Promedio de las categorías adyacentes.			

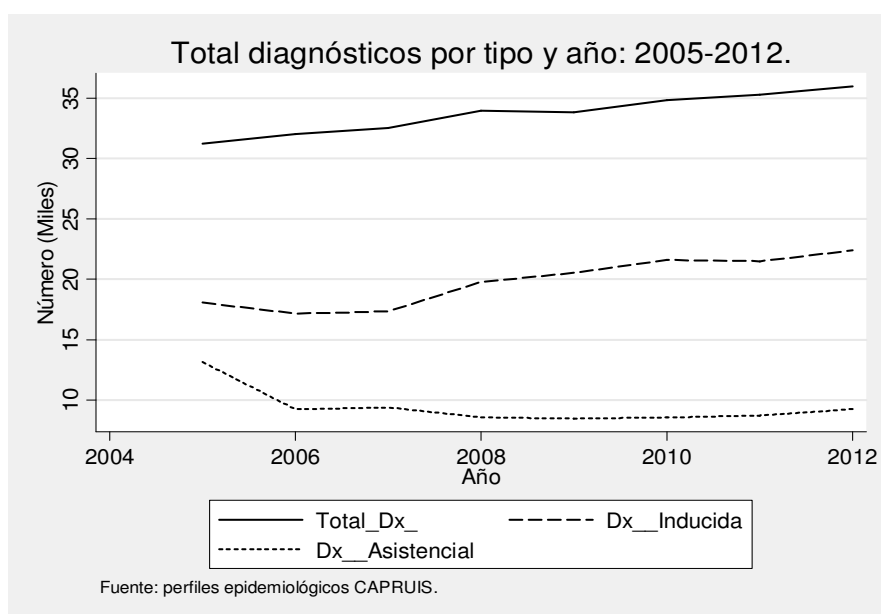
Fuente: Bases de datos CAPRUIS 2012.

Cada paciente que asiste a CAPRUIS en promedio lo hace a 8.26 consultas/año, 5.74 inducidas y 3.86 asistenciales.

- **Índice de diagnósticos por consulta.**

Refleja cuantos diagnósticos en promedio son realizados en cada consulta.

Total diagnóstico por tipo y año: 2005 - 2012



Año	Total Dx.	Dx. Inducida	Dx. Asistencial
2005	31243	18093	13150
2006	32038	17164	9242
2007	32537	17344	9402
2008	33969	19777	8576
2009	33814	20544	8477
2010	34843	21601	8569
2011	35303	21497	8727
2012	35964	22393	9256

Fuente: Bases de datos CAPRUIS 2012.

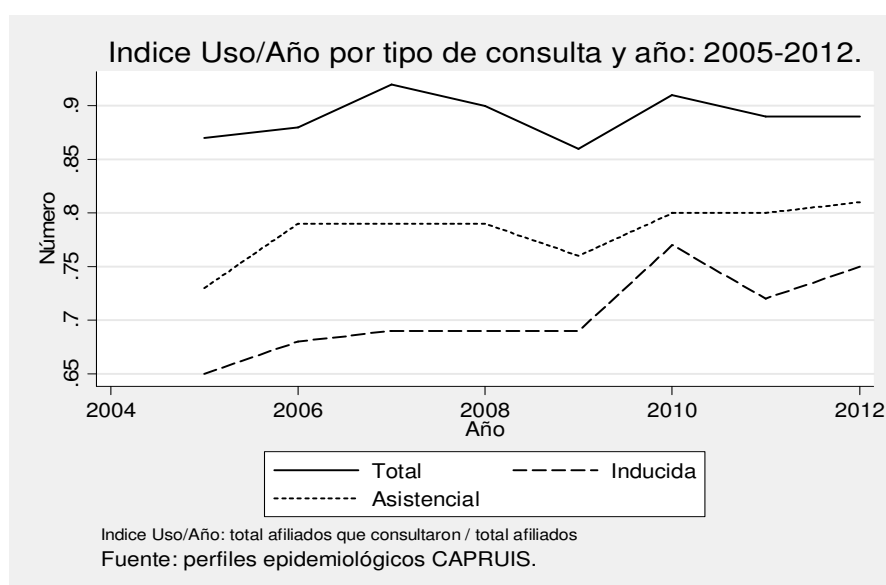
Como consecuencia del aumento de consultas inducidas (23.8% en el período 2005-2012), que en la práctica involucra búsqueda activa para detectar alteraciones de salud de manera temprana, el número de diagnósticos de ésta

también ha aumentado. Nótese como de manera coherente el número de diagnósticos en la consulta asistencial han disminuido de manera sostenida, mientras los realizados en la consulta inducida aumentan.

- **Índice de uso – año.**

Calculado como la razón entre el número de afiliados que consultó y el número total de afiliados en el periodo estudiado. Un valor de 1 (uno) significa que en promedio todos los afiliados (o el 100%) utilizaron el servicio al menos una vez en el período; un valor inferior de uno, significa que no todos los pacientes afiliados consultaron en el periodo estudiado y un valor mayor de 1, que en promedio todos los afiliados consultaron más de una vez en el período estudiado.

Índice uso / año por tipo de consulta y año: 2005 – 2012



Año	Total Uso año	Inducida Uso año	Asistencial Uso año
2005	0,87	0,65	0,73
2006	0,88	0,68	0,79
2007	0,92	0,69	0,79*
2008	0,90	0,69	0,79
2009	0,86	0,69	0,76
2010	0,91	0,77	0,80
2011	0,89	0,72	0,80
2012	0,89	0,75	0,81
* Promedio de las categorías adyacentes.			

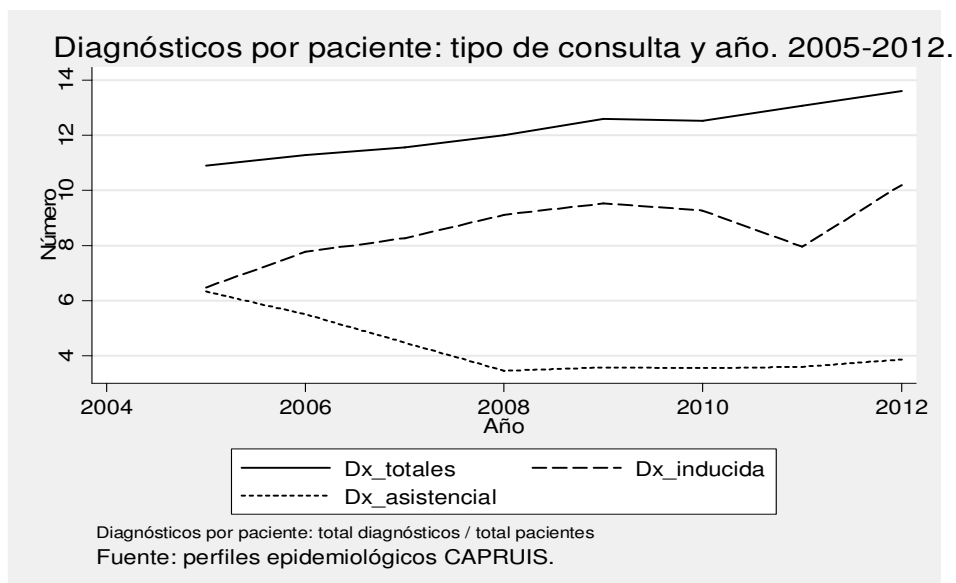
Fuente: Bases de datos CAPRUIS 2012.

El índice Uso/Año es una medida resumen que permite apreciar en qué medida el conjunto de afiliados utiliza los servicios de CAPRUIS; un valor de 1.0 significa que todos los afiliados asistieron o consultaron en el año, ya sea a un servicio o consulta, un índice menor de uno, significa que hay usuarios que en todo el año no consultaron a CAPRUIS por ningún aspecto (Población aparentemente sana) y uno por encima de uno, que en promedio todos los usuarios consultan y además en promedio asisten más de una vez. Como se puede apreciar para la consulta inducida este índice aumentó 0.1 en el período 2005-2012, mientras que el índice para la asistencial aumentó en 0.08. Se puede observar que el total Uso/Año, se mantiene relativamente estable – aumentó 0.02, confirmando el énfasis que se hace en la consulta inducida.

- **Índice de diagnósticos por paciente.**

Refleja cuantos diagnósticos son hechos en promedio por cada afiliado que consultó en el período.

Diagnósticos por paciente: tipo de consulta y año 2005 – 2012



Año	Total Dx. por paciente	Inducida Dx. por paciente	Asistencial Dx. por paciente
2005	10,90	6,48	6,33
2006	11,28	7,77	5,50
2007	11,57	8,26	4,48*
2008	12,00	9,11	3,46
2009	12,59	9,53	3,58
2010	12,52	9,27	3,55
2011	13,07	7,96	3,60
2012	13,59	10,19	3,86

* Promedio de las categorías adyacentes.

Fuente: Bases de datos CAPRUIS 2012.

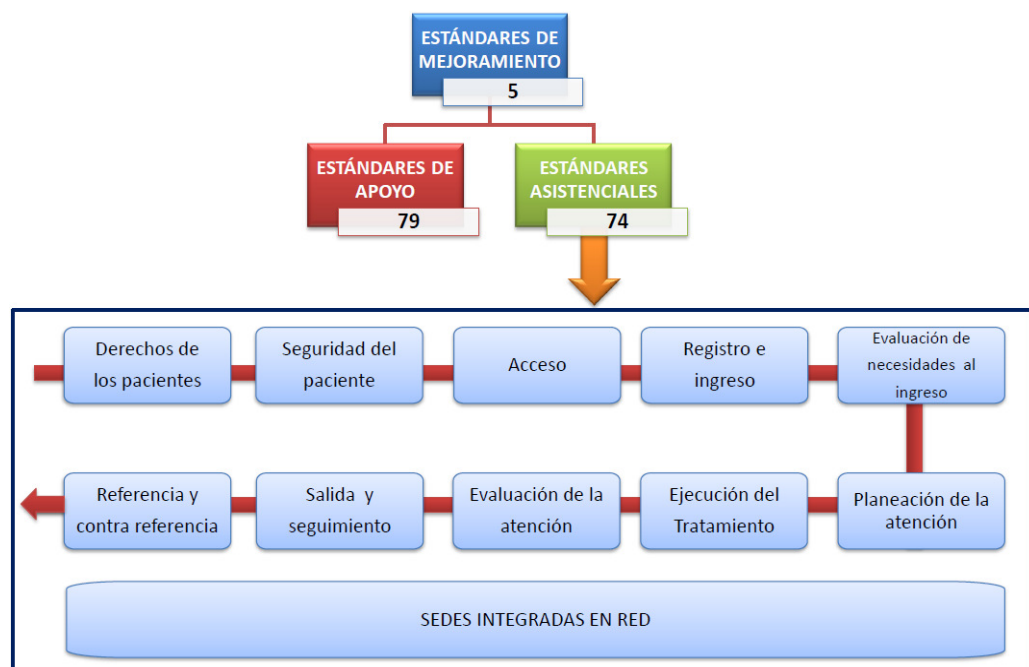
Cada afiliado en CAPRUIS tiene en promedio un total de 13.59 diagnósticos/año, 10.19 cuando es visto en la consulta inducida y 3.86 en la asistencial. Se puede apreciar el incremento del número de diagnósticos en la consulta inducida -de 6.48 a 10.19-, a expensas del detrimento en el número de diagnósticos en la consulta asistencial – de 6.33 a 3.86 -. Lo anterior confirma la vocación de promoción y prevención en CAPRUIS.

Anexo 13. Objetivos y estándares del Sistema Único de Acreditación para Instituciones de Salud

Es importante anotar que el Ministerio de la Protección Social, a través de la Resolución 003557 del 19 de noviembre de 2003, adjudicó el concurso de Méritos MPS-03-2003 que designa al Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC, como entidad acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA)

Los estándares que se aplican evalúan procesos tales como respeto a los derechos de los pacientes, acceso al servicio, atención clínica y soporte administrativo-gerencial, disposiciones que están reglamentadas en la Resolución 1474/02 y en su anexo técnico.

Estándares asistenciales



Fuente: Base de datos CAPRUIS 2013.

Derechos de los pacientes (1 al 4)

- ✓ Declaración de derechos y deberes desde el direccionamiento estratégico Organizacional.
- ✓ Conocimiento y comprensión de los derechos y deberes (despliegue).
- ✓ Actualizar Código de Ética y Código de Buen Gobierno. Creación de Comité de Ética.
- ✓ Asegurar la prestación del servicio, independiente del tipo de contratación que tenga la Organización (revisar contratos con terceros).

Seguridad del paciente (5 al 7)

- ✓ Formulación e implementación de la Política de Seguridad. Creación del Comité de Seguridad.
- ✓ Generación, despliegue y medición de la cultura de seguridad (aplicar encuesta del Ministerio).
- ✓ Aplicación de las recomendaciones de la Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.
- ✓ Involucramiento del paciente y su familia en su seguridad.

Acceso (8 al 15)

- ✓ Definición de mecanismos de identificación redundante.
- ✓ Estandarización del ciclo de atención por parte de todo el personal y verificación del conocimiento.
- ✓ Procedimiento de programación de la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales, del usuario.
- ✓ Definición de indicadores y estándares de oportunidad.
- ✓ Información al usuario sobre los servicios que prestan (revisión de servicios no cubiertos).
- ✓ Estandarización del proceso de asignación de citas. Falta medición de efectividad de medios de comunicación.

Registro e ingreso (16 al 18)

- ✓ Estandarización de procesos de admisiones y preparación del usuario (reforzar información de cuota asistencial).
- ✓ Estandarización de la información a entregar en el momento del ingreso.
- ✓ Existencia de guías y protocolos para la realización de cualquier intervención.

Evaluación de necesidades al ingreso (19 al 21)

- ✓ Identificación, evaluación y respuesta a necesidades educativas del usuario (se debe caracterizar el usuario).
- ✓ Programas de promoción y prevención y evaluación sistemática de necesidades relacionadas (Extender encuesta de análisis de riesgos a todos los usuarios, especialmente si es nuevo).

Planeación de la atención (22 al 39)

- ✓ Procesos de evaluación y gerencia del riesgo: Enfoque de riesgo, riesgos críticos, impacto y resultados.
- ✓ Procesos de planeación de la atención, cuidado y tratamiento planeados. Se debe contar con las guías de medicina basada en evidencia, protocolos y procedimientos.
- ✓ Involucramiento del usuario como corresponsable de su cuidado oral y del éxito del tratamiento odontológico (Ej. entrega de folletos).
- ✓ Seguimiento de los exámenes y procedimientos de imagenología y laboratorio clínico.
- ✓ Identificación de puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos específicos (partos de emergencia, resucitación del recién nacido).
- ✓ Planeación, despliegue y evaluación de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Evaluación del impacto.
- ✓ Información al paciente y familia acerca de las condiciones de su enfermedad o estado actual. Se debe estandarizar.

- ✓ Consentimiento informado: Información de riesgos y beneficios de los procedimientos para toma de decisiones informadas. (no se tienen protocolos).
- ✓ Política de atención humanizada, consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, humanización en la prescripción y administración de medicamentos.
- ✓ Cuidados y asesoría farmacológica al paciente.
- ✓ Metodología definida para la investigación diagnóstica.
- ✓ Muestras de laboratorio referidas: basadas en buenas prácticas que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas.
- ✓ Reporte y entrega de resultados que garanticen confiabilidad y confidencialidad.
- ✓ Procesos de prevención y control de infecciones durante el proceso de atención.

Ejecución del tratamiento (40 al 45)

- ✓ Incorporación en el plan del análisis de riesgo y necesidades del paciente y familia en articulación con el equipo interdisciplinario (Falta documentar).
- ✓ Optimo entendimiento y aceptación del usuario y familia del tratamiento y objetivos.
- ✓ Evaluación de historias clínicas por pares, auditorias para el mejoramiento de la calidad.
- ✓ Procesos de identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar.
- ✓ Derecho a una segunda opinión calificada (incluirlo en derechos y deberes y código de ética).
- ✓ Educación en salud para el usuario.

Evaluación de la atención (46 al 49)

- ✓ Mecanismos que permitan calificar la efectividad, la seguridad, la oportunidad y la validez de la atención a través de información consignada.

- ✓ Monitorización sistemática y periódica de los comentarios de los usuarios (Quejas, Reclamos, Felicitaciones, Solicitudes, etc.).
- ✓ Definición de consultador crónico de un determinado servicio.
- ✓ Evaluación de la efectividad y continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral.

Salida y seguimiento (50 al 51)

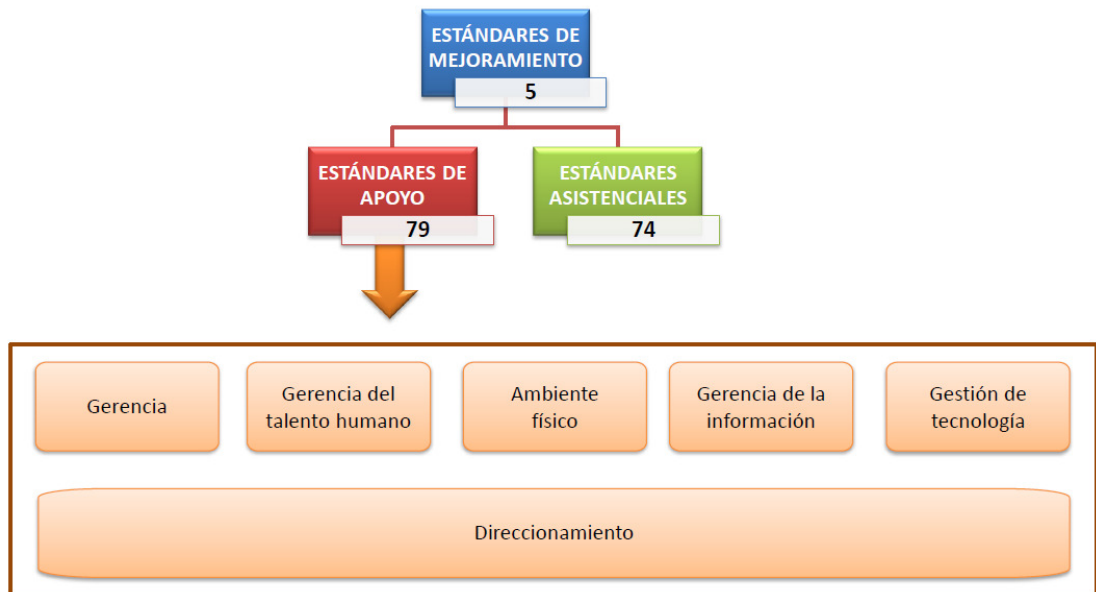
- ✓ Coordinación con otras organizaciones y comunidades para el seguimiento de la prevención de las enfermedades y la salud después de la salida del paciente. (Plan trazador).

Referencia y contra referencia (52 al 57)

- ✓ Guías, criterios explícitos, información clínica para remitir un paciente.
- ✓ Retroalimentación del equipo de salud de los resultados de la atención
- ✓ Remisión a servicios específicos:
 - ❖ Laboratorio
 - ❖ Imágenes diagnósticas
 - ❖ Urgencias
 - ❖ Provisión de medicamentos
 - ❖ Ambulatorio
 - ❖ Hospitalización
 - ❖ Programas de promoción y prevención
- ✓ Mecanismos de remisión del servicio de habilitación. Rehabilitación al egreso del paciente.
- ✓ Tiempos establecidos para los procesos relacionados con el egreso.

- **Estándares de apoyo**

Estándares de apoyo



Fuente: Base de datos CAPRUIS 2013.

Direccionamiento (75 al 87)

- ✓ Proceso periódico y sistemático para definir y plantear el direccionamiento estratégico.
- ✓ Articulación del direccionamiento estratégico con las unidades funcionales.
- ✓ Despliegue y comprensión del direccionamiento por los diferentes niveles de la organización y partes interesadas.
- ✓ Difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico.
- ✓ Desarrollo de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia en torno a los ejes de la acreditación.

- ✓ Despliegue y evaluación por la alta dirección de la política de humanización y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad.
- ✓ Diseño, implementación y evaluación de la política de prestación de servicios de salud.
- ✓ Evaluación integral de la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización.
- ✓ Asesoría y educación continuada a la Junta Directiva.
- ✓ Relación docencia-servicio alineada con el direccionamiento estratégico.

Gerencia (88 al 102)

- ✓ Identificar y actualizar las necesidades y expectativas de clientes y proveedores.
- ✓ Promover, desplegar y evaluar que los colaboradores desarrollen en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud.
- ✓ Definición del tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios a proveer.
- ✓ Definición e implementación del Sistema de Gestión de Riesgo.
- ✓ Referenciación.
- ✓ Desarrollo y logro de metas y objetivos de planes operativos.
- ✓ Implementación de la política de humanización.
- ✓ Cumplimiento del código de ética y código de buen gobierno.
- ✓ Aplicación de los derechos y deberes del cliente interno y del paciente y familia.
- ✓ Mecanismos para prevenir comportamientos agresivos.
- ✓ Asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y del talento humano.
- ✓ Protección y control de los recursos articulados con la gestión del riesgo.
- ✓ Contratación de terceros para la prestación de servicios.
- ✓ Planeación, desarrollo y evaluación de la relación docencia-servicio, prácticas formativas y la investigación.

Gerencia del talento humano (103 al 118)

- ✓ Identificación de necesidades del talento humano consistentes con valores, misión y visión organizacional.
- ✓ Planeación del talento humano (Legislación, cambios en el direccionamiento, oferta-demanda servicios).
- ✓ Asignación del talento humano de acuerdo a las fases de atención (perfil, patrones de carga laboral, distribución de turnos).
- ✓ Competencia del talento humano para desarrollar sus actividades.
- ✓ Verificación de antecedentes y credenciales (confidencialidad y seguridad en el acceso a los registros).
- ✓ Educación, capacitación y entrenamiento que promueva las competencias del personal.
- ✓ Evaluación sistemática de la competencia y el desempeño del talento humano.
- ✓ Cumplimiento de la responsabilidad encomendada.
- ✓ Estrategias de comunicación efectiva entre unidades funcionales, sedes y entre servicios clínicos y no clínicos.
- ✓ Promoción de la transformación cultural a través de la gestión del talento humano.
- ✓ Desarrollo de estrategias para mejorar la calidad de vida de los colaboradores.
- ✓ Satisfacción de los colaboradores y clima organizacional.
- ✓ Planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de la relaciones docencia-servicio e investigación.
- ✓ Supervisión, asesoría, prerrogativas, autorizaciones y acompañamientos al personal en prácticas formativas.
- ✓ Número de personas en prácticas formativas por usuario.

Gerencia del ambiente físico (119 al 129)

- ✓ Identificación y respuestas a las necesidades del ambiente físico.
- ✓ Manejo seguro del ambiente físico.

- ✓ Política de gestión ambiental responsable (cultura ecológica, reciclaje, descontaminación ambiental).
- ✓ Manejo seguro de desechos.
- ✓ Respuesta ante emergencias y desastres internos y externos.
- ✓ Reubicación de usuarios cuando ocurren situaciones que lo ameriten.
- ✓ Riesgo de pérdida de usuario durante el proceso de atención.
- ✓ Política de no fumador.
- ✓ Condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada.
- ✓ Avances en diseños, tecnologías actuales y condiciones de seguridad en construcciones nuevas y/o remodelaciones.
- ✓ Planes de contingencia que garanticen la seguridad en los procesos de remodelación, reparación etc. (Aislamiento del ruido y la contaminación).

Gestión de tecnología (130 al 139)

- ✓ Planeación, gestión y evaluación de la tecnología (eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental).
- ✓ Política de adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de tecnología.
- ✓ Diseño, implementación y evaluación de la seguridad en el uso de la tecnología.
- ✓ Diseño, implementación y evaluación del proceso de mantenimiento (interno o delegado a terceros).
- ✓ Política para la renovación de tecnología.
- ✓ Unificación del uso de tecnología (Sedes integradas en red).
- ✓ Incorporación del uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología a las guías y/o protocolos de manejo clínico.

Gerencia de la información (140 al 153)

- ✓ Identificar y responder a necesidades de información de usuarios y colaboradores de la organización.
- ✓ Planeación de la gestión de Información (necesidades, minería de datos, conservación, indicadores, uso nuevas tecnologías entre otros).
- ✓ Detección de variaciones no esperadas.
- ✓ Adopción de nuevas tecnologías (número de equipos, coberturas, entrenamiento).
- ✓ Transmisión de datos e información (oportunidad, acceso, confiabilidad, seguridad, veracidad).
- ✓ Gestión y minería de datos (transmisión, validación, evaluación).
- ✓ Consolidación de información administrativa y asistencial.
- ✓ Información de registros clínicos (ordenada, legible, clara, custodiada, identificada).
- ✓ Planes de contingencia (prevenir eventos adversos en especial con la historia clínica).
- ✓ Incorporación de acrónimos o siglas definidas y mecanismos para prevenir eventos adversos asociados a su uso, o confusión en las ordenes médicas.
- ✓ Toma de decisiones fundamentadas en la información recolectada, analizada, validada y procesada.

• Estándares de mejoramiento de la calidad (154 al 158)

- ✓ Planeación del mejoramiento continuo (enfoque sistémico, indicadores, impacto, resultados, comunicación).
- ✓ Implementación de oportunidades de mejora (priorización, implementación, operativización, identificación de barreras, desarrollo).
- ✓ Monitorización de la calidad (evaluación, recolección de información, procesamiento, patrones no deseados, seguimiento, retroalimentación y generación de resultados).

- ✓ Comunicación de resultados (al equipo de salud, proveedores, EPS, al paciente y familia, a la comunidad y otras entidades).
- ✓ Mantenimiento y aseguramiento de resultados de la transformación cultural que lleven al aprendizaje organizacional.

Resultados parciales de diagnóstico frente a los estándares definidos en el Manual de Acreditación en Salud.

Anexo 14. Análisis de la estrategia en curso

El Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2010 - 2019, contempla siete (7) líneas estratégicas, las cuales registran los siguientes avances:

- **Línea estratégica: Desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad.**

Objetivo: Desarrollar e implementar el Sistema de Gestión de Calidad, orientado a garantizar el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios médico asistenciales, fundamentado en principios de seguridad y oportunidad, con un talento humano competente y comprometido con los objetivos institucionales, promoviendo la eficacia, eficiencia y efectividad en cada uno de los procesos.

Avance: Se cumplió con la certificación ISO 9000 versión 2008 en el mes de mayo/2013 y se encuentra en proceso la acreditación en salud.

- **Línea estratégica: Adopción de un Modelo de Gestión Integral en Salud con Enfoque de Medicina Familiar y Gestión de Riesgos.**

Objetivo: Implementar un modelo de gestión integral en salud, orientado a mejorar y mantener el estado de salud de la población usuaria, mediante el desarrollo de acciones efectivas en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, con un enfoque preventivo e involucrando elementos del modelo biomédico, de medicina familiar, gestión integral del riesgo y gestión clínica, así como la eficiencia en la utilización de los recursos institucionales.

Avance: Se elaboró el proyecto “Modelo de Gestión Integral en Salud- MAGIS”, el cual fue socializado ante la Junta Directiva, encontrándose en proceso de discusión y análisis.

- **Línea estratégica: Fortalecimiento de los Programas de Promoción y Prevención.**

Objetivo: Generar acciones para el fortalecimiento de los programas de Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad que desarrolla la entidad, por medio de servicios integrales en la intervención de factores de riesgo y la potencialización de la salud, fomentando hábitos de vida saludable, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los afiliados y su grupo familiar.

Avance: Se registra como línea de base, en tabla anexa la cobertura de los programas:

**Cobertura de los programas de promoción y prevención de CAPRUIS –
año 2011 vs 2012**

PROGRAMA	2011			% VAR	2012		
	POBLACIÓN OBJETO	COBERTURA			POBLACIÓN OBJETO	COBERTURA	
		Nº ASISTENTES	%			Nº ASISTENTES	%
CRECIMIENTO Y DESARROLLO (< 10 AÑOS)	236	229	97,0%	-0,8%	215	207	96,3%
VACUNACIÓN	122	117	95,9%	2,5%	120	118	98,3%
PACIENTE SANO - SALUD ORAL (TODA LA POBLACIÓN)	3.026	1.618	53,5%	10,5%	3.018	1.783	59,1%
ATENCIÓN INTEGRAL A LA GESTANTE	10	10	100,0%	0,0%	10	10	100,0%
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL ADULTO (45 - 90 AÑOS)	363	131	36,1%	57,4%	368	209	56,8%
PREVENCIÓN CANCER DE SENO (> 50 AÑOS)	386	350	90,7%	8,9%	386	381	98,7%
PREVENCIÓN CANCER DE PRÓSTATA (> 45 AÑOS)	761	339	44,5%	-16,7%	798	296	37,1%
PREVENCIÓN CANCER DE CÉRVIX (25 - 69 AÑOS)	954	664	69,6%	0,4%	930	650	69,9%
DETECCIÓN TEMPRANA ALTERACIONES VISUALES (NIÑOS (AS) 14, 11 Y 16 AÑOS)	132	126	95,5%	1,2%	118	114	96,6%
DETECCIÓN TEMPRANA ALTERACIONES JÓVENES (POBLACIÓN 10 Y 29 AÑOS)	160	139	86,9%	-3,8%	140	117	83,6%

Fuente: Base de datos CAPRUIS.

- **Línea estratégica: Aseguramiento y Sostenibilidad Financiera.**

Objetivo: Definir un Modelo Financiero, orientado a garantizar la sostenibilidad de la operación, modelo que bajo principios de seguridad y oportunidad, permita implementar acciones en pro de minimizar los riesgos económicos propios de la actividad y maximizar sus beneficios para la población usuaria.

Avance: De acuerdo a lo establecido en esta línea, se han dispuesto mayores recursos para la operación, con el traslado del cuarenta y uno por ciento (41%) de los intereses del fondo de reserva recursos propios y el cincuenta por ciento (50%) de los intereses del fondo de reserva recursos UIS; estos dineros se han destinado al cubrimiento de siniestralidad derivada de la atención de patologías de alto costo y el fortalecimiento de los programas preventivos.

Así mismo, se definieron medidas tendientes a la racionalización del uso del servicio.

- **Línea estratégica: Gestión del Talento Humano.**

Objetivo: Diseñar e implementar un plan de mejoramiento institucional, con énfasis en la gestión del talento humano, con el propósito de optimizar el desempeño laboral hacia el logro de los objetivos institucionales y desarrollando acciones tendientes a mejorar el clima organizacional y permitir elevar la productividad de la Entidad.

Avance: Se han adelantado acciones en programas de bienestar social, salud ocupacional y riesgo psicosocial. La Junta Directiva de la Entidad está atenta a los resultados del estudio técnico y jurídico contratado, a efectos de tomar decisiones. El referido estudio se realizará según la guía de modernización de entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, siendo su objeto la evaluación de cargas laborales, propuesta salarial y

actualización de manuales de funciones y procedimientos en CAPRUIS que permita el funcionamiento ágil de la entidad y responder así a las exigencias del entorno.

- **Línea estratégica: Desarrollo de Infraestructura Física y Tecnológica.**

Objetivo: Reacondicionar la infraestructura física y actualización tecnológica de los equipos biomédicos, de telecomunicaciones e información, en apoyo a todas las áreas funcionales de la Entidad.

Avance: Como una importante oportunidad de mejora, se encuentra pendiente la adquisición de un software integrado.

- **Línea estratégica: Promoción y Desarrollo de la Investigación en Salud.**

Objetivo: Promover el espíritu investigativo como un proceso continuo y dinámico, paralelo a la prestación de servicios asistenciales, en la búsqueda de la construcción del conocimiento, en beneficio de la calidad de vida de los individuos y de la población objeto.

Avance: Se está ejecutando un convenio interinstitucional con el departamento de epidemiología de la UIS, con el propósito de evaluar la costo efectividad del Programa de Riesgo Cardiovascular denominado “De todo corazón”

Anexo 15. Análisis DOFA

		FORTALEZAS	DEBILIDADES
INICIATIVAS ESTRATEGICAS		VC (F1), VC (F2),VC (F3), VC (F4), VC (F5). PC (F1), PC (F2), PC (F3), PC (F4). PP (F1), PP (F2), PP (F3), PP (F4), PP (F5), PP (F6), PP (F7),PP (F8), PP (F9), PP (F10). AI (F1), AI (F2), AI (F3), AI (F4).	VC (D1), VC (D2),VC (D3), VC (D4), VC (D5). PC (D1), PC (D2). PP (D1), PP (D2), PP (D3), PP (D4), PP (D5). AI (D1), AI (D2), AI (D3), AI (D4), AI (D5), AI (D), AI (D7), AI (D8), AI (D9)
OPORTUNIDADES	VC (O1), VC (O2),VC (O3). PC (O1), PC (O2), PC (O3). PP (O1), PP (O2), PP (O3), PP (O4), PP (O5). AI (O1).	INICIATIVAS ESTRATEGICAS FO. FO1 (VC F1, VC F2, VC O1): Fortalecimiento del portafolio de inversiones para garantizar la prestación del servicio ante cualquier tipo de contingencia. FO2 (PC F3, PC O3): Reforzar los hábitos de vida saludables, procurando mejorar la calidad de vida de la población usuaria. FO3 (PC F3, PC O3):Garantizar un modelo de atención en salud integral involucrando un programa de gestión de riesgo. FO4 (PC F1, PC F2, PC F4 , PC O2): Transmitir el conocimiento y experiencia de uso de buenas practicas para consolidar la alianza con el área de salud ocupacional de la UIS. FO5 (PP F2, PP O2): Implementar las guías de atención en salud del Ministerio de protección social para aplicarlas dentro del proceso de acreditación. FO6 (PC F3, PP F6, VC O3):Evaluar el impacto de los programas de gestion integral del riesgo y programas de prevencion y promocion.	INICIATIVAS ESTRATEGICAS DO DO1 (VC D1, VC D2, VC O3): Enfocar los ejes tematicos, riesgos colectivos para la salud y vida saludable del Plan decenal de salud pública en la población en riesgo de enfermar; como apoyo a la detección temprana de las enfermedades de alto costo. DO2 (VC D2, VC D3, PC O3): El cambio en el comportamiento y adquisición de hábitos saludables por parte de la población, disminuye el riesgo de contraer enfermedades. DO3 (AI D7, AI D8, AI D9, PC O2): Establecer mejoras en procesos de atención y apoyo tecnológico con el fin de garantizar la satisfacción a los requerimiento clientes. DO4 (PC D1, PP O4): Ampliar la cobertura de la red nacional de servicios por medio del los convenios con la RUSS. DO5 (AI D3, PC O2): Realizar estudio técnico juridico de la planta de personal con apoyo de la escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad. DO6 (VC D1 - D2 - PP O3): Creación de nuevos programas de prevención y promoción que correspondan al perfil epidemiologico
AMENAZAS	VC (A1), VC (A2),VC (A3), VC (A4), VC (A5), VC (A6). PC (A1), PC (A2). PP (A1), PP(A2). AI (A1), AI (A2)	INICIATIVAS ESTRATEGICAS FA FA1 (VC F1, VC F2, VC A1, VC A3): Garantizar una solidez financiera y liquidez, para respaldar la calidad del servicio y la viabilidad institucional. FA2 (PP F6, VC A5): Los programas de prevención que se encuentran en proyecto, suministrarán mayor confianza en las aseguradora para otorgar pólizas para cubrimiento de patologías de alto costo. FA3 (PP F1, PP F2, AI A1, AI A2):Fortalecer el programa de auditoria medica para evaluacion de pertinencia. FA4 (PP F1, PP F2, PP A2): Adelantar programas de capacitacion de acuerdo a los standares de acreditación.	INICIATIVAS ESTRATEGICAS DA DA1 (VC A1, VC A2, VC A4, VC D1, VC D5): Realizar gestión ante el Congreso de la República, en el tramite de reforma de la Ley 30/92 y Ley ordinaria en salud DA2 (VC D1, VC A1, PC A2) Ampliar la base de afiliados a docente catedra. DA3 (AI D7, AI D8, VC A6). Mejorar la infraestructura de telecomunicaciones. DA4 (AI D1, AI D2, PP A2):Establecer una escala salarial competitiva. DA5 (AI D7, AI D8, VC A6): Diseñar e implementar un software integrado de informacion. DA6 (PC D1, PP A1).Ampliar la contratacion directa de IPS adscritas a nivel nacional para consolidar la red de prestadores.

VC: Perspectiva valor compartido
PC: Perspectiva cliente (usuario)
PP: Perspectiva procesos
AI: Perspectiva activos intangibles

Fuente: Autor del proyecto.

Anexo 16. Cuadro de Mando Integral

PERSPECTIVA	OBJETIVO	INDICADOR	VARIABLES DE MEDICIÓN	META			RESPONSABLE	INICIATIVA
				2013	2016	2019		
Valor Compartido	Detección temprana de enfermedades catastróficas o alto costo y control adecuado de enfermedades crónicas no transmisibles	Porcentaje de pacientes diagnosticados en estadio temprano de cáncer de mama.	(Número de pacientes diagnosticados en estadio temprano de cáncer de mama / Número total de pacientes diagnosticados con cáncer de mama) x 100	85%	90%	95%	Coordinador Médico	Programa de gestión de riesgo y programas de prevención y promoción
		Porcentaje de pacientes diagnosticados en estadio temprano con cáncer de próstata	(Número de pacientes diagnosticados en estadio temprano con cáncer de próstata / Número total de pacientes diagnosticados con cáncer de próstata) x 100	87%	90%	95%		
		Porcentaje de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en cumplimiento de metas	(Número de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en metas / Número total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial) x 100	42%	55%	70%		
		Porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes en cumplimiento de metas	(Número de pacientes con diagnóstico de diabetes con hemoglobina glicosilada menor de 7 / Número total de pacientes con diagnóstico de diabetes) x 100	35%	50%	70%		
	Asegurar el crecimiento del portafolio de inversiones	Porcentaje de crecimiento real del valor de los portafolios de inversión correspondiente a los fondos de reserva de la Entidad.	$((1 + (\text{Valor del portafolio actual} / \text{Valor del portafolio en el período anterior} - 1)) / (1 + \text{Tasa inflación} - 1)) \times 100$	4%	16%	30%	Financiera - Gerencia	Programa de gestión financiera
	Racionalizar los costos y gastos asociados a la operación misional	Porcentaje de costos y gastos operacionales	$(\text{Total costos y gastos operacionales} / \text{Total ingreso operacional}) \times 100$	95%	90%	85%	Gerencia	Conformación de equipos transfuncionales
Clientes	Mantener una alta percepción del servicio por parte del usuario	Porcentaje de satisfacción del servicio	$(\text{Pacientes encuestados satisfechos} / \text{Total pacientes encuestados}) \times 100$	95%	96%	97%	Trabajo social (SIAU)	Monitoreo permanente de la prestación del servicio
	Promover la cultura del autocuidado	Porcentaje de pacientes con percepción de autocuidado	$(\text{Pacientes encuestados con percepción de autocuidado} / \text{Total de pacientes encuestados}) \times 100$	30%	50%	70%	Jefe de Promoción y Prevención	Programas de sensibilización dirigidos a los usuarios y programas de prevención y promoción
Procesos internos	Lograr y mantener el cumplimiento de los estándares de acreditación	Porcentaje de estándares del programa de acreditación en salud cumplidos.	$(\text{Número de estándares de acreditación con calificación superior a 4} / \text{Total de estándares aplicables}) \times 100$	4,5%	50%	100%	Auditoría Médica	Programa de acreditación en salud
	Asegurar la adherencia a guías de manejo basadas en la evidencia médica	Porcentaje de historias clínicas con adherencia a las guías clínicas y protocolos.	$(\text{Número de historias clínicas con adherencia a las guías clínicas y protocolos} / \text{Total historias clínicas auditadas}) \times 100$	30%	60%	90%	Auditoría Médica	Programa de acreditación en salud
	Fortalecer los programas de prevención y promoción orientados a hábitos de vida saludable.	Porcentaje de cobertura de los programas de prevención y promoción	$(\text{Número de programas de prevención y promoción que cumplen metas de cobertura} / \text{Número total de programas de prevención y promoción}) \times 100$	70%	90%	100%	Coordinador programas de prevención y promoción	Programas de prevención y promoción
	Aumentar la cobertura del programa de gestión del riesgo en salud a nivel individual y colectivo	Porcentaje de población vinculada a los programas de gestión de riesgo	$(\text{Número de pacientes vinculados al programa de gestión de riesgo} / \text{Población objeto}) \times 100$	10%	80%	90%	Coordinador Médico	Programa de gestión de riesgo
Activos intangibles	Asegurar las competencias requeridas para la prestación del servicio	Porcentaje de cumplimiento de competencias	$(\text{Número de cargos que cumplen competencias} / \text{Total de cargos evaluados}) \times 100$	80%	90%	100%	Jefe administrativo y financiero	Programa capacitación en habilidades y competencias
	Promover una cultura organizacional enfocada en la seguridad del paciente	Porcentaje de percepción de clima de seguridad del paciente	$(\text{Número de evaluados con percepción de seguridad del paciente superior a 90 puntos} / \text{Total de evaluados}) \times 100$	70%	90%	100%	Auditoría Médica	Programa paciente seguro
	Diseñar e implementar un sistema integrado de información	Porcentaje de implementación del software integrado.	Porcentaje de cumplimiento en la implementación del software integrado	0%	100%	0%	Area de sistemas	Programa sistema de información
	Diseñar un plan de mejoramiento institucional con énfasis en la gestión del talento humano	Porcentaje de alineación del talento humano en el logro, poder y afiliación.	$(\text{Número de personas encuestadas con nivel de alineación superior al 90\%} / \text{Total de personas encuestadas}) \times 100$	50%	80%	90%	Jefe administrativo y financiero	Programa de gestión de talento humano

Fuente: Autor del proyecto.

Anexo 17. Encuesta Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA)

Estadísticos Descriptivos del ASA						
No.	Item	1	2	3	4	5
1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.					
2	Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.					
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.					
4	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.					
5	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.					
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.					
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.					
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.					
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.					
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.					
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo.					
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.					
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.					
14	Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.					
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.					
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.					
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.					
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.					
19	Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.					
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.					
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.					
22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.					
23	Puedo sacar tiempo para mí.					
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mi me gusta.					

1	Totalmente en desacuerdo
2	En desacuerdo
3	Indeciso
4	De acuerdo
5	Totalmente de acuerdo

Fuente: VELANDIA, ARIAS Anita y RIVERA ALVAREZ, Nelly. Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA)", segunda versión adaptada a la población colombiana. Avances en enfermería VOL XXVII No. 1 Enero-Junio 2009 .

Anexo 18. Encuesta de seguridad del paciente

ENCUESTA DE PERCEPCION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE*						No. _____	
NOMBRE ESE: _____		Fecha diligenciamiento	DD	MM	AA		
NOMBRE IPS: _____							
Estamos interesados en conocer el grado de avances que la Institución tiene frente a seguridad del paciente, por esto lo invitamos a contestar con sinceridad las siguientes preguntas de acuerdo a la percepción que usted tenga en su área de trabajo, en caso de que usted esté en más de una área solo señale una y con base en esta responda el cuestionario. Por favor verifique que conteste todas las preguntas, pues este es un insumo valioso para el fortalecimiento de nuestra institución.							
No.	CATEGORIA	PREGUNTA	SEÑALE LA RESPUESTA				
1	A	¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución?	a. Urgencias __ b. Hospitalización __ c. Consulta Externa __ d. Sala de Partos __ e. Promoción y Prevención __ f. Laboratorio __ g. Vacunación __ h. Rehabilitación __ i. Administrativa __ j. Imágenes diagnósticas __ k. Transporte de Pacientes __ l. Farmacia __ m. Otra: __ Cual _____				
2		¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. Mayor de 10 años	
3		¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. Mayor de 10 años	
4		¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?	a. Menos de 20 horas	b. De 20 a 39 horas	c. De 40 a 69 horas	d. De 70 a 79 Horas	e. De 80 a 99 horas f. 100 horas o más
En las siguientes preguntas, señale con una X la opción que usted considera más acertada			Nunca/rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
			1	2	3	4	5
5	B	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes					
6		Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes					
7		Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes					
8		Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez					
9	C	Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente					
10		El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos					
11		Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad					
12	D	Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan					
13		En esta área, la gente se apoya mutuamente					
14		Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo					
15		En esta área, el personal se trata con respeto					
16	E	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente					
17		El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad					
18		El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto					
19	F	El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos					
20		Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área					
21		En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer					
22	G	El personal siente que sus errores son usados en su contra					
23		Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema					
24		Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida					
25	H	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo					
26		El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente					
27		Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente					
28		Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente					
29	I	La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente					
30		Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria					
31		La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso					

Anexo 18. Continuación.

32	J	Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí					
33		Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente					
34		Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución					
35		Las áreas de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes					
36	K	La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra					
37		Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno					
38		A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución					
39		Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes					
40	L	Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios					
41		La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo					
42		Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área					
43		Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir					
44	M	¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?					
45		Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado?					
46		¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado?					
47	N	En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/índices de atención insegura ha diligenciado y enviado?	a. Ningun reporte	b. De 1 a 2 reportes	c. De 3 a 5 reportes	d. De 6 a 10 reportes	e. De 11 a 20 reportes f. 21 reportes o mas
48	O	Por favor, asignele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente	Excelente	Muy Bueno	Aceptable	Pobre	Maló
49	P	¿Cuál es su cargo en esta institución?	a. Enfermera profesional __ b. Médico __ c. Odontólogo __ d. Médico SSO __ e. Auxiliar de enfermería __ f. Auxiliar de odontología __ g. Auxiliar odontología __ h. Bacteriologo __ i. Personal rehabilitación __ j. Personal psicosocial __ k. Personal de mantenimiento __ l. Líder de proceso __ m. Técnico rayos X __ n. Personal de dirección y gerencia __ o. Personal administrativo __				
50		¿Qué tipo de contrato tiene?	a. Nombrado (carrera adm. o provisional)	b. Cooperativa	c. Contrato de Prestación de Servicios	d. otro. Cual	
51		En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?	a. SI b. NO				
52		¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. Mayor de 10 años	

* Versión revisada y corregida tomada de la adaptación de la Encuesta de Clima de Seguridad propuesta por el AHRQ y adaptada por el Centro de Gestión Hospitalaria

Fuente: Ministerio de Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. 2008 .

Anexo 19. Instrumento de medición de motivación McClelland

CUESTIONARIO DE DESCRIPCION DEL TRABAJO

Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa su trabajo.

5. = **MUY** característico del trabajo.

4. = **BASTANTE** característico del trabajo.

3. = **MODERADAMENTE** característico del trabajo.

2. = **MUY POCO** característico del trabajo.

1. = **NO ES APLICABLE**, no es característico del trabajo.

1.	Mi trabajo requiere habilidades que tengo que practicar y mejorar	5	4	3	2	1
2.	Otras personas tienen que venir a mi cuando hay que tomar decisiones	5	4	3	2	1
3.	En mi trabajo hay muchas oportunidades de conversar y divertirse con otras personas	5	4	3	2	1
4.	El tipo de trabajo que tengo requiere de mi normas muy altas de desempeño	5	4	3	2	1
5.	En mi trabajo me reúno frecuentemente con mis subordinados	5	4	3	2	1
6.	En mi trabajo se espera de mí que ayude a otras personas	5	4	3	2	1
7.	Mi trabajo ofrece muchas oportunidades creatividad e innovación	5	4	3	2	1
8.	Un aspecto importante de mi trabajo es el status que implica	5	4	3	2	1
9.	Mi trabajo requiere mucha cooperación de los demás	5	4	3	2	1
10.	En mi trabajo tengo que relacionarme con muchas personas	5	4	3	2	1
11.	Yo "veo" los resultados finales de mi trabajo; los proyectos no "desaparecen" después de haber hecho yo mi parte	5	4	3	2	1
12.	Gasto mucho tiempo diciéndole a la gente lo que tiene que hacer	5	4	3	2	1
13.	En este trabajo uno llega a conocer muy bien a las otras personas	5	4	3	2	1
14.	Derivo un verdadero sentimiento de orgullo de mi trabajo	5	4	3	2	1
15.	Tengo que supervisar mucha gente	5	4	3	2	1
16.	Lo característico de este trabajo es que da a una persona la oportunidad para lograr algo	5	4	3	2	1
17.	Mi trabajo requiere el simpatizar con los problemas de otras personas	5	4	3	2	1
18.	Me toca asegurar el funcionamiento normal de las cosas	5	4	3	2	1
19.	Tengo frecuente contacto con otras	5	4	3	2	1

Anexo 19. Continuación.

	personas					
20.	Ese trabajo me es de gran ayuda en el adelanto de mi carrera	5	4	3	2	1
21.	Mi habilidad para influir en otros es muy importante en mi trabajo	5	4	3	2	1
22.	Uno de los aspectos más importantes de mi trabajo es el mantener felices a las demás personas	5	4	3	2	1
23.	En este trabajo, la calidad del resultado es esencial, tiene que ser excelente	5	4	3	2	1
24.	Paso la mayor parte de mi tiempo dirigiendo personas	5	4	3	2	1

Anexo 19. Continuación.

PERFILES MOTIVACIONALES INDIVIDUALES

CUESTIONARIO DE LA MANERA DE SER O DE ACTUAR

Encierre en un círculo la respuesta que mejor corresponda a lo que usted cree de sí mismo:

1. = **NO ES** característica de mi manera de ser o de actuar.
2. = **ES POCO** característico de mi manera de ser o de actuar.
3. = **ES BASTANTE** característico de mi manera de ser o de actuar.
4. = **ES MUY** característico de mi manera de ser o de actuar.

1.	Cuando hay que resolver un problema o tomar una decisión, me gusta responsabilizarme de la situación y asumir todas las consecuencias	1	2	3	4
2.	Me agradan los debates y las polémicas	1	2	3	4
3.	Para mí es muy importante que los demás me acepten	1	2	3	4
4.	Me gusta tomar riesgos calculados	1	2	3	4
5.	Prefiero trabajar independiente y ser mi propio jefe en la medida en que me sea posible	1	2	3	4
6.	Me gusta mantener muy buenas relaciones con mis superiores	1	2	3	4
7.	En el desempeño de mi cargo, busco tomar la iniciativa, cambiar métodos, innovar sistemas, etc.	1	2	3	4
8.	Me gusta dirigir a otros y manejar gente	1	2	3	4
9.	Prefiero trabajar en proyectos que exijan trabajo en grupo	1	2	3	4
10.	Me gusta pensar en el futuro y planearlo con anticipación	1	2	3	4
11.	Me gusta pensar en la influencia que tengo sobre los demás y en la manera de aumentarla	1	2	3	4
12.	Me gusta pensar en formas de mejorar las relaciones amistosas con mis compañeros de trabajo	1	2	3	4
13.	Cuando inicio una tarea, continúo con ella hasta terminarla, sin importarme las dificultades que encuentre	1	2	3	4
14.	En términos generales tengo facilidades de comunicación	1	2	3	4
15.	Prefiero estar con otras personas o en frecuente comunicación con ellas bien sea por teléfono, por escrito, etc.	1	2	3	4
16.	Prefiero trabajar con individuos expertos, aunque no sean mis amigos	1	2	3	4

Anexo 19. Continuación.

17.	Para mí es importante tener prestigio y autoridad	1	2	3	4
18.	Prefiero no tomar decisiones si con ello perjudico mis buenas relaciones	1	2	3	4
19.	Dedico buena parte del tiempo en estudiar maneras de mejorar el trabajo, realizar algo importante o avanzar en mi desarrollo, -carrera- y el esfuerzo que pongo para lograrlo, me satisface	1	2	3	4
20.	Me gusta ser líder cada vez que se me presenta la ocasión	1	2	3	4
21.	Me gusta orientar, ayudar, conciliar o dar apoyo moral a otras personas	1	2	3	4
22.	Necesito estar en constante y variada actividad para sentirme bien	1	2	3	4
23.	Me gusta dar opiniones, hacer sugerencias y planear evaluaciones sobre cualquier tema	1	2	3	4
24.	Me gustan las reuniones sociales, los paseos, las fiestas, etc.	1	2	3	4
25.	Necesito que se me esté informando frecuentemente sobre las fallas y virtudes de mi desempeño	1	2	3	4
26.	Los demás me ven como una persona enérgica	1	2	3	4
27.	Temo molestar o hacer enojar a los demás	1	2	3	4
28.	Trabajo bajo metas en mis tareas y en mi vida	1	2	3	4
29.	Las demás personas me ven como exigente	1	2	3	4
30.	Para mí es muy importante lo que los demás piensen de mí.	1	2	3	4

Anexo 19. Continuación.

CORRECCION TEST DESCRIPCION DEL TRABAJO

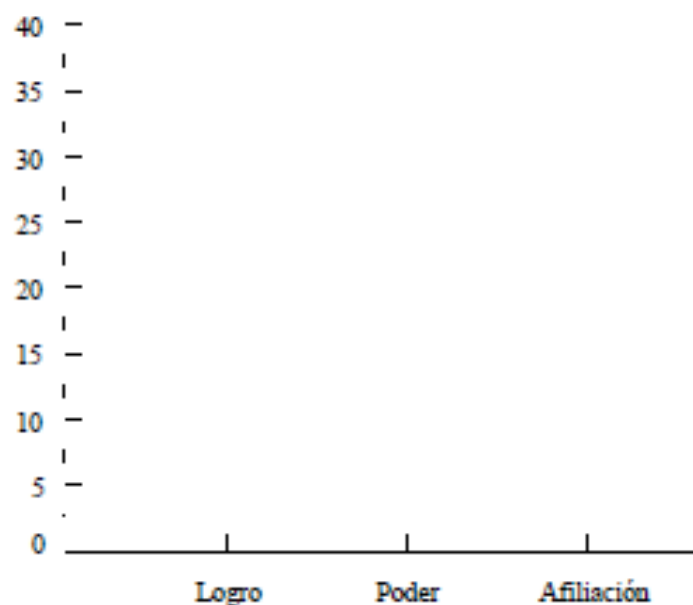
Se suman los valores de los ítems:

											Total
Necesidad de Logro:			1	4	7	11	14	18	20	23	
Necesidad de Poder:			2	5	8	12	15	18	21	24	
Necesidad de Afiliación:			3	6	9	10	13	17	19	22	

CORRECCION TEST MANERA DE SER O DE ACTUAR

Se suman los valores de los ítems:

											Total
Necesidad de Logro:	1	4	7	10	13	16	19	22	25	28	
Necesidad de Poder:	2	5	8	11	14	17	20	23	26	29	
Necesidad de Afiliación:	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	



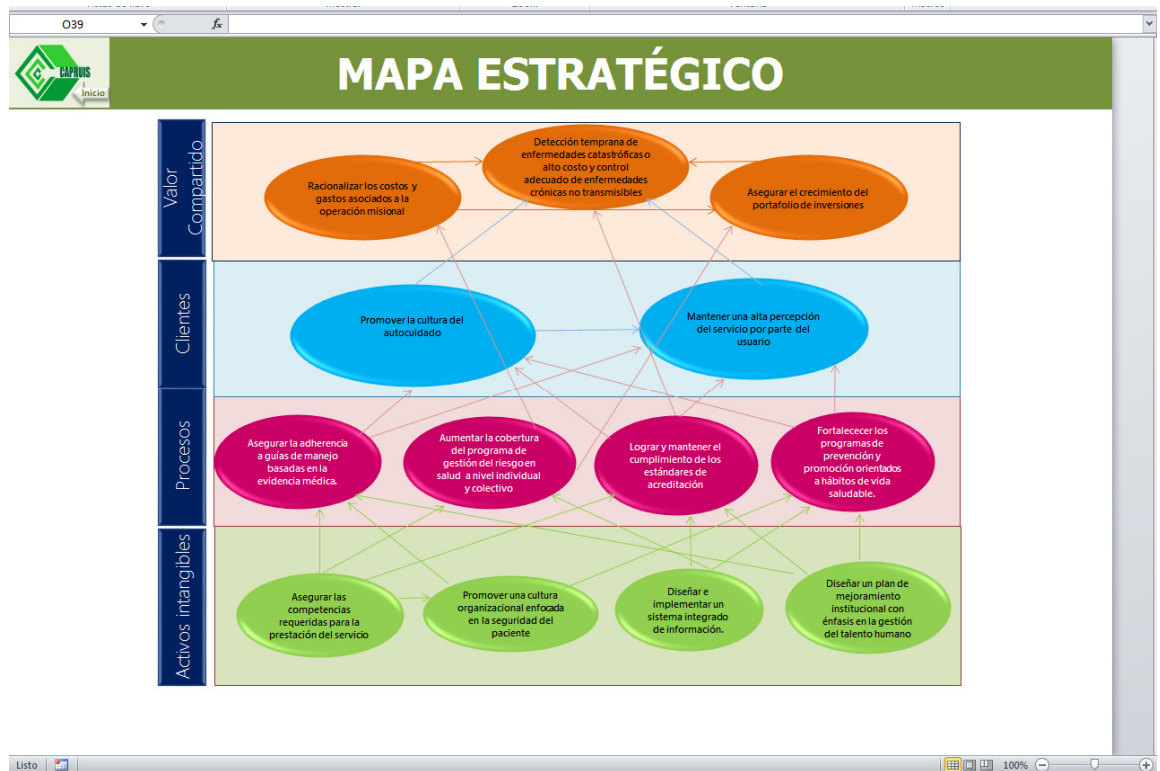
Fuente: McClelland, D. C (1.966) That Urge to Achieve. From think Magazine 32 no 6 (November-December) International Business Machines Corporation, p. 19-23.

Anexo 20. Hoja de acceso herramienta de software



Fuente: Autor del proyecto.

Anexo 21. Hoja Mapa Estratégico



Fuente: Autor del proyecto.

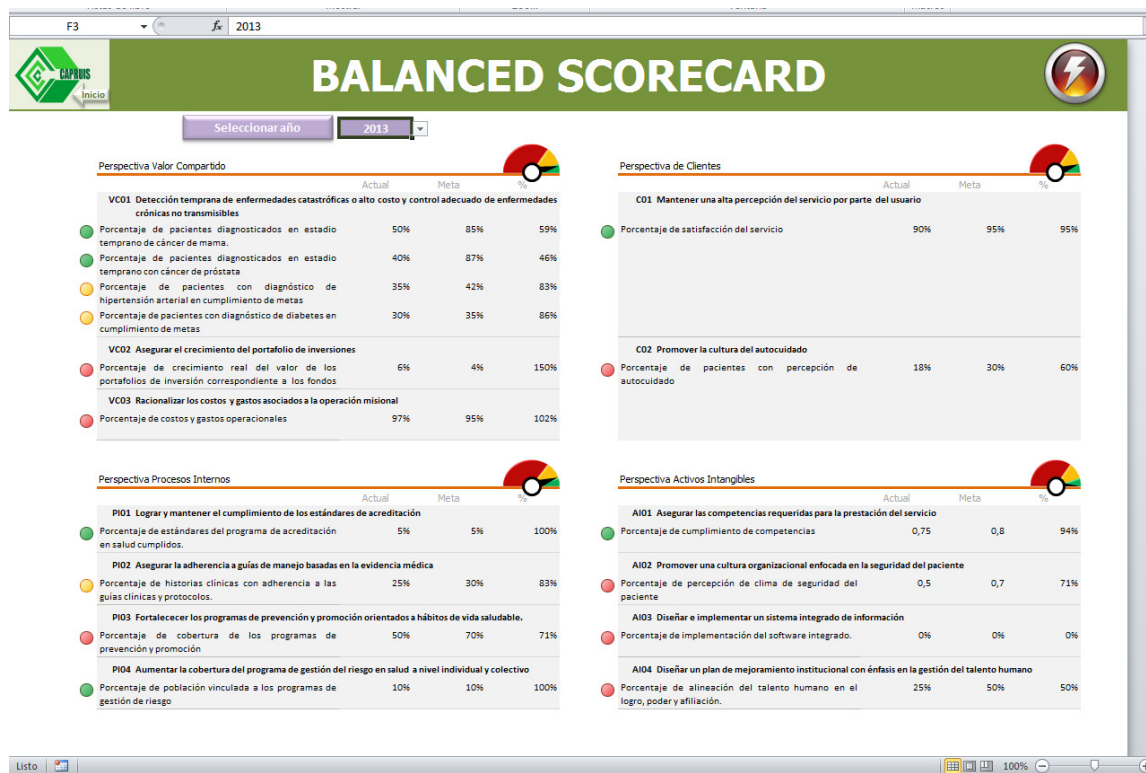
Anexo 22. Hoja Cuadro de Mando Integral – Base de Datos

CUADRO DE MANDO INTEGRAL																
PERSPECTIVA	OBJETIVO	INDICADOR	VARIABLES DE MEDICIÓN	META			RESPONSABLE	RESULTADOS							INICIATIVA	
				2013	2016	2019		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
Valor Compartido	Detección temprana de enfermedades catastróficas o alto costo y control adecuado de enfermedades crónicas no transmisibles	Porcentaje de pacientes diagnosticados en estadio temprano de cáncer de mama.	(Número de pacientes diagnosticados en estadio temprano de cáncer de mama / Número total de pacientes diagnosticados con cáncer de mama) x 100	85%	90%	95%	Coordinador Médico	50%							Programa de gestión de riesgo y programas de prevención y promoción	
		Porcentaje de pacientes diagnosticados en estadio temprano con cáncer de próstata	(Número de pacientes diagnosticados en estadio temprano con cáncer de próstata / Número total de pacientes diagnosticados con cáncer de próstata) x 100	87%	90%	95%		40%								
		Porcentaje de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en cumplimiento de metas	(Número de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en metas / Número total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial) x 100	42%	55%	70%		35%								
		Porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes en cumplimiento de metas	(Número de pacientes con diagnóstico de diabetes con hemoglobina glicosilada menor de 7 / Número total de pacientes con diagnóstico de diabetes) x 100	35%	50%	70%		30%								
	Asegurar el crecimiento del portafolio de inversiones	Porcentaje de crecimiento real del valor de los portafolios de inversión correspondiente a los fondos de reserva de la Entidad.	$((1 + (\text{Valor del portafolio actual} / \text{Valor del portafolio en el periodo anterior} - 1)) / (1 + \text{Tasa inflación}) - 1) \times 100$	4%	16%	30%	Financiera - Gerencia	6%							Programa de gestión financiera	
	Racionalizar los costos y gastos asociados a la operación misional	Porcentaje de costos y gastos operacionales	$(\text{Total costos y gastos operacionales} / \text{Total ingreso operacional}) \times 100$	95%	90%	85%	Gerencia	97%								Conformación de equipos transfuncionales
Clientes	Mantener una alta percepción del servicio por parte del usuario	Porcentaje de satisfacción del servicio	$(\text{Pacientes encuestados satisfechos} / \text{Total pacientes encuestados}) \times 100$	95%	96%	97%	Trabajo social (SIAU)	90%								Monitoreo permanente de la prestación del servicio
	Promover la cultura del autocuidado	Porcentaje de pacientes con percepción de autocuidado	$(\text{Pacientes encuestados con percepción de autocuidado} / \text{Total de pacientes encuestados}) \times 100$	30%	50%	70%	Jefe de Promoción y Prevención	18%								Programas de sensibilización dirigidos a los usuarios y programas de prevención y promoción
Procesos internos	Lograr y mantener el cumplimiento de los estándares de acreditación	Porcentaje de estándares del programa de acreditación en salud cumplidos.	$(\text{Número de estándares de acreditación con calificación superior a 4} / \text{Total de estándares aplicables}) \times 100$	4,5%	50%	100%	Auditoría Médica	4,5%								Programa de acreditación en salud
	Asegurar la adherencia a guías de manejo basadas en la evidencia médica	Porcentaje de historias clínicas con adherencia a las guías clínicas y protocolos.	$(\text{Número de historias clínicas con adherencia a las guías clínicas y protocolos} / \text{Total historias clínicas auditadas}) \times 100$	30%	60%	90%	Auditoría Médica	25%								Programa de acreditación en salud
	Fortalecer los programas de prevención y promoción orientados a hábitos de vida saludable.	Porcentaje de cobertura de los programas de prevención y promoción	$(\text{Número de programas de prevención y promoción que cumplen metas de cobertura} / \text{Número total de programas de prevención y promoción}) \times 100$	70%	90%	100%	Coordinador programas de prevención y promoción	50%								Programas de prevención y promoción
	Aumentar la cobertura del programa de gestión del riesgo en salud a nivel individual y colectivo	Porcentaje de población vinculada a los programas de gestión de riesgo	$(\text{Número de pacientes vinculados al programa de gestión de riesgo} / \text{Población objeto}) \times 100$	10%	80%	90%	Coordinador Médico	10%								Programa de gestión de riesgo
Activos Intangibles	Asegurar las competencias requeridas para la prestación del servicio	Porcentaje de cumplimiento de competencias	$(\text{Número de cargos que cumplen competencias} / \text{Total de cargos evaluados}) \times 100$	80%	90%	100%	Jefe administrativo y financiero	75%								Programa capacitación en habilidades y competencias
	Promover una cultura organizacional enfocada en la seguridad del paciente	Porcentaje de percepción de clima de seguridad del paciente	$(\text{Número de evaluados con percepción de seguridad del paciente superior a 90 puntos} / \text{Total de evaluados}) \times 100$	70%	90%	100%	Auditoría Médica	50%								Programa paciente seguro
	Diseñar e implementar un sistema integrado de información	Porcentaje de implementación del software integrado.	Porcentaje de cumplimiento en la implementación del software integrado	0%	100%	0%	Area de sistemas	0%								Programa sistema de información
	Diseñar un plan de mejoramiento institucional con énfasis en la gestión del talento humano	Porcentaje de alineación del talento humano en el logro, poder y afiliación.	$(\text{Número de personas encuestadas con nivel de alineación superior al 90\%} / \text{Total de personas encuestadas}) \times 100$	50%	80%	90%	Jefe administrativo y financiero	25%								Programa de gestión de talento humano

Fuente: Autor del proyecto.

Nota: Los datos correspondientes al año 2013 son de ejemplo.

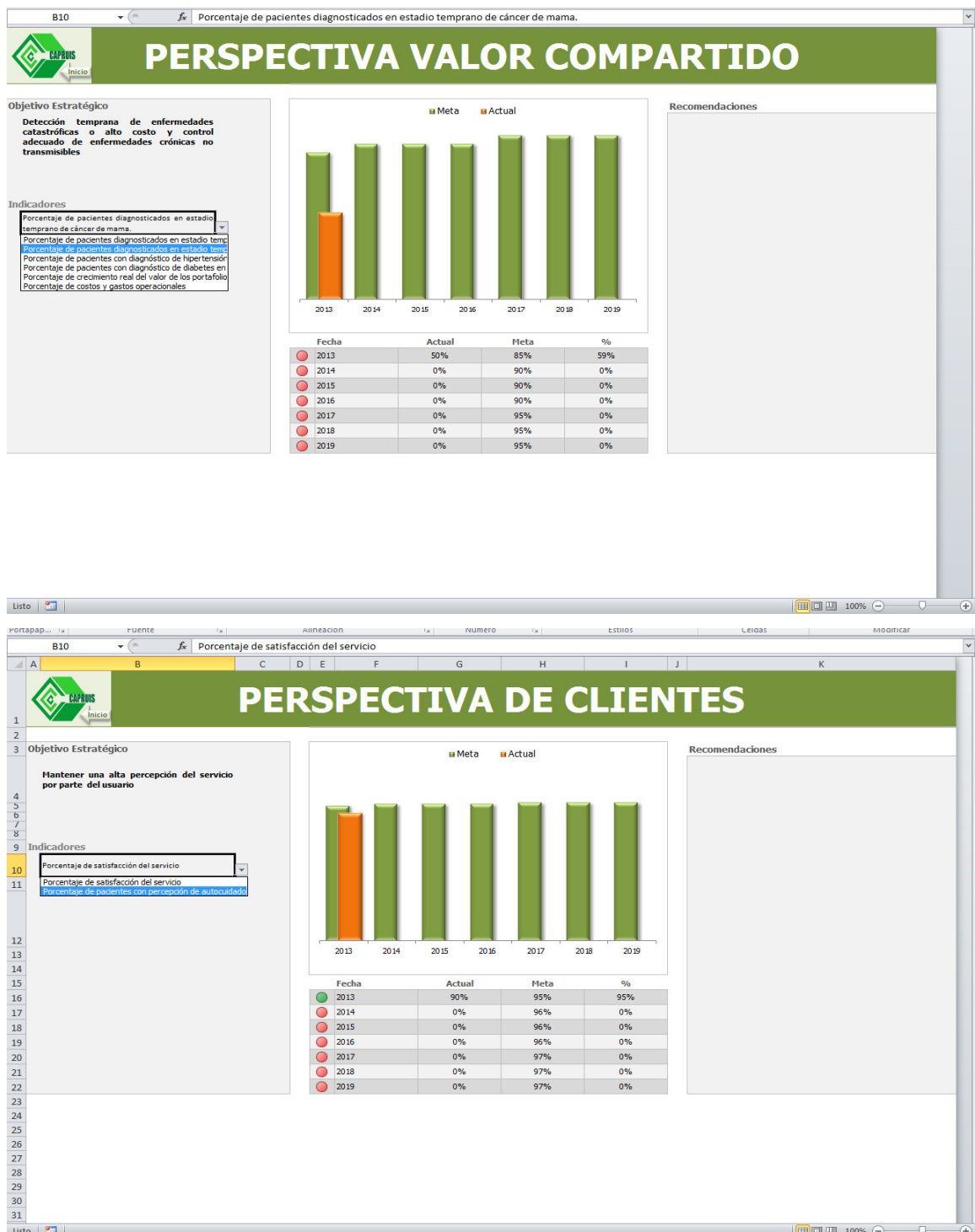
Anexo 23. Hoja Balanced Scorecard



Fuente: Autor del proyecto.

Nota: Los datos correspondientes al año 2013 son de ejemplo.

Anexo 24. Hojas Perspectivas



Anexo 24. Continuación.



Fuente: Autor del proyecto.

Nota: Los datos correspondientes al año 2013 son de ejemplo.