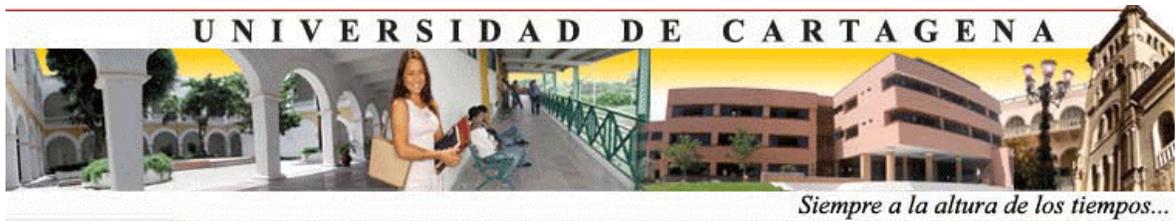


**PLAN DE GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA
CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
2010 - 2012**



ALUMNOS

CARLOS ALBERTO CANCHILA BARRIOS
MÉDICO GINECOOBSTETRA
canchila.carlos@gmail.com

CARMEN PÉREZ ÁLVAREZ
FISIOTERAPEUTA
mochy-21@hotmail.com



UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
PROMOCIÓN XX
CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.
OCTUBRE DE 2011

**PLAN DE GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA
CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
2010 -2012**



ALUMNOS

CARLOS ALBERTO CANCHILA BARRIOS
MEDICO GINECOOBSTETRA
canchila.carlos@gmail.com

CARMEN PEREZ ALVAREZ
FISIOTERAPEUTA
mochy-21@hotmail.com

**Proyecto de grado para optar al título de Especialista en Gerencia de los
Servicios de Salud**

MBA. Fernán E. Fortich Palencia
Director del proyecto

Dra. Mónica de la Valle
Coordinadora de la especialización

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
PROMOCIÓN XV
CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.
OCTUBRE DE 2011

**PLAN DE GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA
CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA 2010 -
2012**

TABLA DE CONTENIDO

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 Descripción del problema	10
1.2 Formulación del problema	15
1.3 Justificación	15
1.3.1 Delimitación del estudio	16
II. OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo General	17
2.2 Objetivos Específicos	17
III. MARCOS TEORICO	18
3.1 Marco Histórico	18
3.1.1 Antecedentes jurídicos	18
3.1.2 Antecedentes operativos	19
3.1.3 Antecedentes administrativos	20
3.1.4 Antecedentes de Mercadeo	21
3.2 Marco Jurídico	21
3.3 Marco Conceptual	26
3.4 Marco Institucional	34
3.4.1 Identificación de la entidad	34
3.4.2 cultura corporativa	35
3.4.3 Estructura Organizacional	36
3.4.4 Portafolio de servicios	36
3.5 Operacionalización de variables	37
IV. DISEÑO METODOLOGICO	38
4.1 Tipo de Estudio	38
4.2 Población y muestra	39
4.3 Fuentes de información	38
4.4. Técnica e instrumento de recolección de la información	39
V. ANALISIS SITUACIONAL RETROSPECTIVO	40
5.1 Diagnostico situacional del aseguramiento	40
5.1.1. Tipos y caracterización de los afiliados de la caja	40
5.1.2 Nivel Educativo de los usuarios	40
5.1.3 Ocupación	41
5.1.4 Aspectos demográficos	42
5.2. Diagnostico situacional de servicios asistenciales autónomos	44

5.3. Diagnostico situacional de la red de servicios de salud	45
5.3.1. Red prestadora de servicios de salud con contratos vigentes	46
5.4 Diagnostico situacional del funcionamiento administrativo	47
5.5 diagnostico situacional del funcionamiento de gestión de la calidad	48
5.5.1. sistema único de habilitación	48
5.5.2 sistema único de acreditación	48
5.5.3. programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la salud	48
5.5.4 Sistema de información en salud para la calidad	49
5.6. diagnostico situacional del funcionamiento financiero	57
5.6.1 Informe póliza de alto costo	57
5.6.2 Informe de costos asistenciales	61
5.6.3 Situación de costo de medicamentos	62
5.6.4 Situación de costos de hospitalización	63
5.6.5 Análisis de ordenes medicas	64
5.6.6. situación de costo de servicios complementarios y tratamiento	66
5.7 Análisis de la cartera por prestación de servicios de la salud	67
5.8 Evaluación de estados financieros retrospectivos diciembre 31 de 2006 a agosto 30 de 2010.	71
5.8.1 Estructura de los estados financieros	71
5.8.2 Análisis horizontal del balance	72
5.8.3 Análisis horizontal de los estados de actividad económica y financiera	76
5.8.4 Análisis vertical de los estados de actividad económica y financiera	77
5.9 Análisis de las razones financieras de la CAJAPREUDC	78
5.9.1 Análisis de liquidez	78
5.9.2 Análisis de solvencia	78
5.9.3 Análisis de rotación	79
5.9.4 Análisis de rentabilidad	79
5.9.5 Análisis de endeudamiento o fragilidad	80
VI. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION EN SALUD	80
6.1 Ventajas del modelo de atención en la CAJAPREUDEDEC	80
6.2 Políticas del modelo de atención de CAJAPREUDEDEC	81
6.3 Estrategias para remoción de obstáculos del modelo de atención de CAJAPREUDEDEC	83
6.3.1 Función de producción	83
6.3.2 Función del recurso humano	84
6.3.3 Función de mercadeo	85
6.3.4 Función de procesos y procedimientos administrativos	86
6.3.5 Función de sistema obligatorio de garantía de la calidad	87
6.3.6 Función financiera	88
6.3.7 Función de proyectos de desarrollo institucional	89
6.3.8 Función gerencial y estratégica	89

6.4 Desarrollo del paradigma biomédico del modelo	90
6.4.1 PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO FINANCIERO DE CAJAPREUDEC.	
6.4.2 PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE CAJAPREUDEC.	
6.4.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA AUTÓNOMOS.	
6.4.4 PRESTACIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS AUTÓNOMOS.	90
6.4.5 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD EN LA RED.	
6.4.6 PROGRAMA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, FARMACOVIGILANCIA, TECNOVIGILANCIA Y FARMAECONOMÍA DE CAJAPREUDEC.	
6.4.7 PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD – PAMEC EN CAJAPREUDEC.	
6.5 Desarrollo del paradigma biopsicosocial del modelo	91
6.5.1 Programa de medicina preventiva y salud familiar	91
6.6 Modelo de vigilancia en salud pública observatorio epidemiológico de la CAJAPREUDC	91
6.7 Estrategias de implementación de la UPGD	95
6.8 Factores condicionantes del desarrollo del modelo	96
VII. BASES ESTRATEGICAS DEL PROCESO DE PLANEACION	97
7.1 Línea de base y compromiso de la función de producción	97
7.2 Línea de base y compromiso de la función de procesos y procedimientos administrativos.	98
7.3 Línea de base y compromisos de la función de gestión de la calidad	99
7.4 Línea de base y compromiso de la función financiera	100
7.5 Línea de bases y compromisos de la función gerencial y estratégica	100
VIII. PROSPECTIVA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	101
IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	102
BIBLIOGRAFIA	104

RELACIÓN DE GRÁFICOS RELACIÓN DE GRÁFICOS

Grafico No. 1 Pirámide poblacional de la caja de previsión social de la universidad de Cartagena	42
Grafico No. 2 Distribución de la población según el sexo	44
Grafico No. 3 Distribución porcentual según el factor de riesgo “promiscuidad”	56
Grafico No. 4 Distribución porcentual de usuarios según la variable de Sustancias psicoactivas	56
Grafico No. 5 Avisos presentados	63
Grafico No. 6 Comportamiento de costos totales	65
Grafico No. 7 Situación de las Hospitalizaciones	67
Grafico No. 8 Comportamiento órdenes médicas	69
Grafico No. 9 Comportamiento servicio de complementario y tratamiento	70
Grafico No. 10 Cartera acumulada por tipo de proveedor	73

RELACIÓN DE TABLAS

Tabla No. 1. Distribución del nivel de estudio de los usuarios	40
Tabla No. 2. Distribución de la ocupación de los usuarios de CAJAPREUDEC	41
Tabla No. 3. Distribución de la población de usuarios por grupos etáreos 2010	41
Tabla No. 4 Listado de IPS de la red de servicios de la caja y tarifas de contratación.	49
Tabla No. 5 Red de prestadores externos en otras ciudades del país	49
Tabla No. 6 Estado auditoría de cuentas médicas	52
Tabla No. 7 Distribución porcentual de los usuarios que trasnochan	53
Tabla No. 8 Distribución % de la variable “hacer algún tipo de ejercicio	54
Tabla No. 9 Distribución porcentual de la variable sobrepeso	55
Tabla No.10 Morbilidad por grupo etáreo de los usuarios Caja de Previsión U de C	57
Tabla No. 11 Morbilidad Oral por grupos de edad en usuarios de la Caja	58
Tabla No. 12 Avisos presentados a 31 de octubre de 2010	62
Tabla No. 13 Consolidado de reclamaciones octubre 31 de 2010	63
Tabla No. 14 Comportamiento proyectado de costos asistenciales	65
Tabla No. 15 Costos Medicamentos	66
Tabla No. 16 Situación costo de hospitalizaciones	67
Tabla No. 17 Comportamiento de Órdenes Médicas	68
Tabla No. 18 Variación en órdenes de servicios a octubre	69
Tabla No. 19 Cartera por Tipo de Proveedor	71
Tabla No. 20 Cuadro de edades de cartera	73

JURADOS

NOMBRE DEL JURADO

CARGO O PROFESIÓN

ACEPTACIÓN

NOTA DE ACEPTACIÓN



Cartagena de Indias D.T y C.; Octubre de 2011

DEDICATORIA.

“A mi madre forjadora del conocimiento y de mis principios éticos y morales, A mi esposa por su dedicación permanente a la sana convivencia A mis hijos por enseñarme que el amor se fortalece con cada amanecer.”

Carlos Alberto

“A Dios mi amigo incondicional, gracias por mantenerme firme en él y por guiarme en sus caminos A mis padres Adalberto y Olinda por su amor, comprensión y apoyo A mi hermano por su motivación para seguir adelante.”

Carmen María Pérez

**PLAN DE GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA
CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
2010 -2012**

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena es una entidad que tiene como Misión el aseguramiento financiero y asistencial de todos sus usuarios, pero esta labor no la podrá desarrollar por sí sola, sino con la colaboración, comprensión y acompañamiento de sus estamentos.

Desde el pasado 12 de octubre de 2010, que asumió una nueva administración de la entidad; han pretendido cambiar el modelo de atención HOSPITALOCÉNTRICO que actualmente se tiene por qué les ACARREA ALTOS COSTOS FINANCIEROS, SIN TRANSICIÓN EPIDEMIOLOGICA, por un modelo DE MEDICINA FAMILIAR, CON ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA; esto quiere decir, que dicha responsabilidad es, no solo la entrega de medicamentos y tener toda la red asistencial abierta a los requerimientos de salud de todos, sino que existe en la entidad una preocupación por salud y bienestar, a través del seguimiento, la prevención y promoción del concepto de usuario atendido en el contexto familiar de todos sus cotizantes, donde es posible gestionar el control de los factores de riesgos.

Pero para que este modelo funcione debe existir la voluntad política y de entendimiento de sus órganos de gobierno y la comunidad usuaria; ya que creemos que si, esta entidad por muchos años ha tratado de satisfacer todas las

necesidades y exigencias de sus beneficiarios, sin importar como se ha comportado financieramente y la manera como paga sus costos y gastos.

El ámbito problemático del contexto financiero y operativo encontrado por la administración entrante en octubre de 2010 fue el siguiente:

Deudas por pagar por más de \$2.804.569.566= de las cuales son facturas sin CDP por \$1.123.567.842= hechos que en la actualidad está repercutiendo en el presupuesto de la vigencia 2011.

Cuentas represadas sin auditar por valor de \$666.127.858,00 y todavía no han depurado el déficit real, porque siguen apareciendo más cuentas, amén de que en forma artificial en el año 2009 tuvieron una utilidad de \$20.524 por valor de \$227.077 millones y lógicamente arrastrando saldos irreales en el 2010 y afectando el estado de resultado del 2011 en ese mismo monto lo que obligo a que se revirtiera dicho saldo.

Los costos o gastos (Hospitales, medicamentos, clínicas, médicos especialistas, tratamientos odontológicos, lentes y monturas etc. Superan a los ingresos en un 65% entre enero y febrero de 2011.

La nómina es el 16% del total de los ingresos y la han reducido en un 3% en esta vigencia con respecto al 2010.

En el 2010 se efectuaron 3.637 consultas de especialistas los cuales se le reconocieron para pagar la suma total de \$1.574.646.552 que corresponden al 21% del total de los ingresos percibidos, lo que causa preocupación manifiesta de la administración actual.

Estatutos desactualizados

Poco eficiente el manejo de las políticas y gestión del talento humano

La entidad adolece de un manual de funciones actualizado, no hay políticas de asignaciones civiles y la estructura organizacional encontrada, no responde al rol de las necesidades para combinar el riesgo financieros con el asistencial

La auditoria de la calidad en salud; la auditoria clínica; la auditoria concurrente y la auditoria médica de cuentas la encontraron desorganizada, ineficiente y poco funcional.

No existían CDP para los contratos de proveedores de servicios de salud

No había parametrización ni control a los contratos de proveedores, recurso humano y servicios de salud y estos se renovaban automáticamente

Las pólizas de seguros de alto costo la cual es conjunta con otras unidades de salud universitarias y los recobros no se recibieron con un manejo organizado y confiable

Detectaron un mal manejo en la dinámica de provisiones, compras e inventarios de los medicamentos que no respondía a las necesidades inmediatas y sentidas de los usuarios

No funcionaba en forma completa el SIAU; sin responsable de la gestión Del talento humano y en salud familiar solo existía la visita domiciliaria.

No encontraron un proceso de planeación que proyectará el quehacer institucional

Encontraron una resistencia a prestarles servicios a nuestros usuarios por parte de las unidades de salud de Bogotá y Atlántico

Los manuales administrativos; los protocolos operativos y los flujogramas de procesos y procedimientos se encontraron disfuncionales unos y desactualizados otros.

Con el fin de estructurar en forma definitiva un diagnóstico integral de la empresa en términos de su función de producción, mercadeo, recurso humano, sistema obligatorio de garantía de la calidad, financiera, de procesos y procedimientos y gerencial de la empresa, teniendo como menester los anteriores ámbitos problemáticos y re direccionamientos estratégicos para su mejoramiento continuo y fortalecimiento institucional con metas de logros concretas; es menester, formular preparar y ejecutar el respectivo Plan de Gestión Gerencial para proyectar la labor institucional de la presente administración logrando además la mejora de la prestación del servicio donde el único ganador sea el usuario objeto del presente trabajo de grado.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las gestiones operativas, administrativas y financieras que se requieren para el fortalecimiento institucional de la CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, en el periodo 2010 - 2012?

1.3 JUSTIFICACION

La Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena es la entidad encargada de prestar los servicios de salud a los trabajadores, pensionados y sus respectivos beneficiarios de la Universidad de Cartagena, como entidad pública en cumplimiento de lo establecido por La Ley 152 de 1994 en lo relacionado con los componentes de planeación del desarrollo, de acuerdo a sus estatutos en relación con su rol institucional y de conformidad con las normas inherentes a la Previsión Social en Salud y demás conexas, en función del quehacer de sus ejecutorias; por eso al desarrollar el presente trabajo de grado de planeación en la gestión gerencial se justifica por que le permite a la entidad establecer los lineamientos a seguir, buscando posicionar a la entidad a la vanguardia de las entidades que componen el Sistema Universitario de Salud en Colombia, así como los propósitos estratégicos, objetivos a corto y mediano Plazo y las estrategias y orientaciones generales de la política institucional a seguir en la actual administración.

Este trabajo de grado estructura para la Caja un plan de gestión que además pretende definir las directrices generales que deben orientar a la entidad dentro de los próximos Dos Años.

Para el efecto, hemos tenido en cuenta los antecedentes retrospectivos internos y externos que de una u otra forma inciden en la entidad, los cuáles después de un análisis situacional integral; han servido de insumos para proyectar la entidad hacia un proceso de fortalecimiento y transformación institucional con los beneficios consecuentes para los trabajadores, empleados y pensionados de la Universidad de Cartagena, actualmente afiliados, con sus respectivos beneficiarios; que como usuarios del servicio tenemos claro y reiteramos como los verdaderos ganadores.

1.3.1 DELIMITACION DEL ESTUDIO

El presente estudio de formular, preparar y evaluar un Plan de gestión gerencial para el fortalecimiento de la CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, registrará las siguientes delimitaciones:

ESPACIAL: La Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena, presta sus servicios administrativos y de servicios de salud del primer nivel de atención en su sede propia localizada en el barrio san diego, Calle del Sargento Mayor No. 6-39 Tel. 6601982 – 6641421 – 6600675 www.cajaprev.gov.co - Cartagena de Indias, Colombia

TEMPORAL: El presente estudio lo hacemos coincidir con el periodo por el cual fue elegido el actual gerente, quien es uno de los alumnos de la especialización y responsable del este trabajo, es decir de octubre de 2010 a octubre de 2012. Y el trabajo de grado lo formulamos de Diciembre de 2010 hasta Marzo de 2011 para los ajustes correspondientes por parte de los responsables de su revisión y evaluación en la Especialización que cursamos en la Universidad de Cartagena.

Además se establecen las líneas de base con corte a Octubre de 2010 y metas de logros para sus responsabilidades en el riesgo financiero del aseguramiento, riesgo en salud de los servicios, calidad de la prestación, satisfacción del usuario, manejo de la red prestadora de servicios y la representación del afiliado ante dichos prestadores; en prospectiva a octubre de 2012.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Formular, preparar y evaluar un Plan de gestión gerencial de la CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, que sea guía para la acción de un mejoramiento continuo de procesos misionales, con líneas de base problemáticas, propuestas de solución y metas de logros y resultados claros que la fortalezcan a corto y mediano plazo, para una atención a sus afiliados cotizantes y beneficiarios de calidad.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Realizar un diagnóstico integral a través de un análisis situacional retrospectivo que permita determinar las fallas y los problemas identificados a resolver como entidad administradora de planes de beneficios del sistema general de seguridad social en salud, perteneciente al sistema universitario de salud estatal.

Plantear una propuesta de modelo de atención en salud para sus afiliados que permita equilibrar el buen estado de salud de los usuarios y la auto sostenibilidad financiera de la empresa.

Sentar las bases estratégicas a desarrollar para resolver cada uno de los problemas de la entidad mediante un proceso de planeación ordenado con la respectiva retroalimentación.

Establecer en términos de Redireccionamiento estratégico las líneas de base, los compromisos y los indicadores y metas de logros que se deben cumplir para

alcanzar lo propuesto en la formulación, preparación y evaluación de sus procesos misionales en el contexto de la prospectiva de desarrollo institucional.

III. MARCO TEORICO

3.1 MARCO HISTÓRICO

3.1.1 ANTECEDENTES JURIDICOS

Con fundamento en La Ley 6ª. de 1945, el Consejo directivo de la Universidad de Cartagena, organiza la Caja de Previsión Social del alma mater y es así como mediante la expedición de la ordenanza No. 033 de 1966, asume los servicios asistenciales, prestacional y pensionales inicialmente del personal docente y administrativo.

Para el desarrollo de la anterior responsabilidad surge a la vida jurídica LA CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, creada mediante el ACUERDO No, 075 de Octubre 1 de 1968, emanado del Consejo Superior de la Universidad de Cartagena de ese entonces, para lo cual dentro de sus estatutos se caracteriza como una entidad pública, cuya personería jurídica se establece en su acto de creación contemplada en la Ordenanza 033 de 1966 en comento; en virtud de la cual se fijan las reglas básicas de su organización, dirección y funcionamiento.

Con la Ley 100 de 1993, por la cual se reorganiza en el país el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con tres regímenes distintos como son el subsidiado; el contributivo y el de excepción y un carácter socioeconómico como el subsidio a la oferta, LA CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, se adapta al régimen especial o de excepción mediante el Acuerdo

No. 01 de 1996 emanado del Consejo Superior de la Universidad de Cartagena, de conformidad con la Ordenanza 20 de 1996 y el Decreto No. 1087 de 1996, que reconoce y corrobora su carácter de entidad pública de previsión social.

Como fundamento del desarrollo de la previsión social en el país y concomitante con lo previsto en la Ley 100 de 1993, para garantizar la seguridad social de los trabajadores, empleados, pensionados y beneficiarios del Sistema de Educación Superior en Colombia, regulada por la Ley 30 de 1992; se crea el Sistema Universitario de Salud del país, mediante la Ley 647 de 2001, en donde se reafirma mediante el Acuerdo 29 de Octubre 10 de 2001, la naturaleza pública de LA CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA como una entidad adscrita a la UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, con personería jurídica; autonomía administrativa y patrimonio propio; regida por sus propios estatutos, para lo cual ya tiene como responsabilidad central; la prestación de los servicios de Salud, que hasta la fecha ha venido cumpliendo con la mayor capacidad de respuesta a sus usuarios objeto de su responsabilidad institucional.

3.1.2 ANTECEDENTES OPERATIVOS

Desde las diferentes etapas jurídicas LA CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA ha tratado de dar capacidad de respuesta a sus afiliados y beneficiarios en torno a los componentes de prestaciones sociales, pensiones y prestación de servicios de salud y en la medida en que ha venido estatutariamente dándole su rol normativo, se ha venido adaptando a las obligaciones establecidas, hasta alcanzar hoy una responsabilidad con los empleados, trabajadores y pensionados de la Universidad de Cartagena, teniendo como responsabilidad del aseguramiento, el manejo del riesgo, la garantía de acceso a su servicios de salud por parte de afiliados cotizantes y beneficiarios; generar la calidad de la prestación del servicio y representar al afiliado y

beneficiario ante la red prestadora de servicios de salud, con quien tienen relación contractual de prestación de servicios; siendo una de sus políticas la garantía de la calidad y calidez de la atención en salud, constituirse como la mejor opción de su proceso de prevención primaria, secundaria y terciaria objeto de su rol misional.

Por ello, con el paso del tiempo y con la tecnificación de procesos y procedimientos y las exigencias del control interno, los sistemas de información y la garantía de calidad para el sector, se ha venido consolidando su estandarización y sistematización incluida, situación que ha favorecido indudablemente la calidad de la prestación de los servicios a sus usuarios, mejorando los indicadores trazadores y de monitorización inherentes a la atención al afiliado y beneficiario, ampliando la cobertura y mejorando en todos sus ordenes su capacidad técnico científica; para lo cual esta administración deberá seguir generando dinámicas de transformación institucional a la altura de los tiempos.

3.1.3 ANTECEDENTES ADMINISTRATIVOS

Desde su creación la CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA; ha regulado como entidad adscrita a la Universidad de Cartagena, la garantía de la Seguridad Social en Salud de los Trabajadores, empleados y pensionados, en donde el esquema de aseguramiento en salud de la Ley 100 de 1993, refrendada por la Ley 1122 de 2007 y la ley 1438 de enero 19 de 2011; la pone a competir con las Empresas Promotoras de Salud del régimen contributivo, en razón a que la afiliación a la seguridad social en salud, debe ser respetado el fundamento de la libre escogencia es así como los diferentes sujetos beneficiarios de la seguridad social de la Universidad de Cartagena, tienen este derecho.

Sin embargo, ha existido entre los funcionarios y pensionados de la Universidad de Cartagena un sentido de pertenencia con la entidad y un gran número representativo de ellos, ha optado por que esta siga siendo su entidad de aseguramiento en salud, en virtud del régimen de excepción, para lo cual debemos dar una respuesta eficiente y eficaz con la mayor calidez humana posible para ser diferenciador de una atención oportuna y satisfactoria de conformidad con la confianza que le han brindado a la entidad.

3.1.4 ANTECEDENTES DE MERCADEO

Si bien el mercado de la salud, se refiere a afiliados y beneficiarios con necesidades de atención y prestación de servicios de salud, derechos de aseguramiento adquiridos y provisión según plan de beneficios y deseos de satisfacción, la Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena, de conformidad con lo estipulado en la Ley 647 del 28 de Febrero de 2001; *“Por la cual se modifica el inciso 3º del artículo 57 de la ley 30 de 1992”* únicamente podrá tener como afiliados al personal académico, a los empleados administrativos y trabajadores oficiales y a los pensionados del alma mater.

Las estrategias de mercadeo deben ir dirigidas a la toda la población universitaria, ofreciendo unas ventajas diferenciadoras en costo, oportunidad, plan de beneficios y satisfacción del usuario, para diferenciarla del resto de empresas promotoras de salud del régimen contributivo.

3.2 MARCO JURÍDICO

A partir de 1965, la Universidad de Cartagena, creó su propio sistema de salud desarrollando su misión institucional como CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA; en ese entonces mediante la Ordenanza 33 de diciembre 5 de 1966 y el acuerdo 75 del 10 de diciembre de 1968, correspondiente al antiguo Sistema Nacional de Salud Colombiano y en el contexto de la conceptualización de la seguridad y previsión social de dicha época.

En virtud de la Ley 100 de 1993 que reorganizó el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, se estableció en el ARTÍCULO 279. EXCEPCIONES. *El Sistema Integral de Seguridad Social contenido en la presente Ley no se aplica a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la presente Ley*, ni a los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas. <Aparte subrayado condicionalmente EXEQUIBLE> Así mismo, se exceptúa a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración. Este fondo será responsable de la expedición y pago de bonos pensionales en favor de educadores que se retiren del servicio, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida.

En 1994 la CAJA DE PREVISION DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA se reformó ajustándose a la Ley 100 de 1993; desde ese entonces, la Caja tiene autonomía administrativa y financiera, *es una EPS creada por ordenanza departamental en 1994*, con personería jurídica y financiera, que presta servicios de IPS de primer nivel, y el segundo y tercero lo compra a proveedores externos, clínicas y hospitales de la ciudad, públicos y privados. Es decir; le abrió la posibilidad a los empleados, funcionarios y directivos de las universidades públicas para que siguieran conservando su afiliación de régimen excepcional.

Como para efectos de beneficiarios y plan de beneficios, las universidades debían tener en cuenta los contenidos esenciales previstos en el Capítulo III de la Ley 100

y el aporte de solidaridad sería efectuado según lo establece el artículo 204 de la misma ley; en esta primera etapa de adaptación debían compensar al FOSYGA.

La Ley 647 del 28 de febrero de 2001, modificó el artículo 57 de la Ley 30 de 1992, estableciendo que el carácter especial del régimen de las universidades estatales u oficiales, incluiría la organización y elección de su propia seguridad social en salud y que ese sistema propio sería organizado por la universidad como una dependencia especializada, con una estructura de dirección y funcionamiento establecida para el efecto. Sin embargo, las universidades pueden abstenerse de organizarlo, para que sus servidores administrativos y docentes, y sus pensionados o jubilados, elijan libremente su afiliación a las entidades promotoras de salud previstas por la Ley 100 de 1993

El literal c del Artículo 2 de la Ley 647 de 2001 contemplaba que el sistema universitario estatal de salud solo podía tener como afiliados a los miembros del personal académico, a los empleados y trabajadores, y a los pensionados y jubilados de la respectiva universidad, garantizando el principio de libre afiliación; esta afiliación se considerará equivalente para los fines del tránsito del sistema general de la Ley 100 al sistema de las universidades o viceversa, sin permitirse afiliaciones simultáneas.

La administración y financiamiento de estos sistemas le da facultades para realizarla la propia universidad, con las cotizaciones en los términos y límites máximos previstos en el inciso 1° del artículo 204 de la Ley 100. El sistema puede prestar directamente servicios de salud y/o contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud, por ello, se genera una situación jurisdiccional favorable, en donde las universidades se convirtieron en régimen especial desde el año 2001 y no aportan a la Subcuenta de Compensación por decisión propia; lo que le permite cuantiosos ahorros anuales.

El Decreto 4248 de Noviembre 2 de 2007, emitido por el Ministerio de la Protección Social, estableció las reglas para garantizar la afiliación y la prestación del servicio de salud de los pensionados del sistema general de pensionados y acoge los lineamientos del artículo 2 de la ley 647 de 2001; en los contextos que afectan directamente el Sistema Universitario de Salud, entre las cuales podemos destacar la estipuladas por su artículo 3 en cuanto a pensionados de las universidades estatales u oficiales, el sistema general de pensiones lo requiere por escrito en 15 días para que en un plazo de 10 días escoja la empresa promotora de salud donde se debe afiliarse para que le presten estos servicios o en su defecto si no lo hace esta lo escogerá a su nombre, si el pensionado escoge una distinta a las EPS – C le da un plazo adicional de 10 días para que escoja o en su defecto al escogerla la AFP (administradora de fondo de pensiones) por 3 meses y hasta 9 meses si el pensionado no dice lo contrario y legaliza la afiliación formalmente, con reconocimiento de tiempos de afiliación, cotizaciones y periodos de carencia; con una anotación adicional en su artículo cuarto “El pensionado vinculado al servicio de salud de una universidad estatal u oficial, que se encuentre recibiendo la atención por procedimientos de alto costo, deberá permanecer en este servicio de salud por lo menos dos años después de culminados éstos”.

Con la ley 1438 de enero 19 de 2011 o Trireforma de la Salud, en el capítulo II de administración del aseguramiento en salud, artículo 32 de Universalización del aseguramiento, estipula en su PARÁGRAFO 2º.- Quienes disfruten de los regímenes especiales y de excepción permanecerán en ellos; las entidades administradoras de estos regímenes deberán entregar información periódica que solicite el Ministerio de la Protección Social. Ello nos refrenda el carácter de entidad de aseguramiento en salud de la Caja de previsión Social de la Universidad de Cartagena con igual comportamiento que una empresa promotora de salud.

Con fecha 28 de marzo de 2011 y después de amplios debates con objeciones de presidencia y conceptos de la corte, desde el año 2006, Se aprobó por fin con el numero de LEY 1443 DE 2011; LA MODIFICACION DEL ARTICULO 2 DE LA LEY 647 DE 2001; En el sentido de LA AFILIACION DEL REGIMEN DE EXCEPCION DEL SISTEMA UNIVERSITARIO ESTATAL que dice: “Únicamente podrá tener como afiliados a los miembros del personal académico, a los empleados y trabajadores de la respectiva Universidad, y a las personas que al término de su relación laboral se encuentren afiliados al Sistema Universitario de Salud y adquirieran el derecho a la Pensión con la misma Universidad o con el Sistema General de Pensiones.”

“Se garantizará el principio de libre afiliación y la afiliación se considerará equivalente para los fines del tránsito del sistema general de la Ley 100 de 1993 al sistema propio de las universidades o viceversa, sin que sean permitidas afiliaciones simultáneas.”

Igualmente en su artículo segundo contempla: “Adiciónese un literal al artículo 2° de la ley 647 de 2001, así:

f) Para los efectos de la presente Ley se dará aplicación a la Planilla Integrada de Aportes consagrada en el Decreto 1931 de 2006 y las normas que lo modifiquen o adicionen.”

EL CAPITULO IV; DE LA LEY 1122 DE ENERO 9 DE 2007; Define en su artículo 14. *Organización del Aseguramiento*. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero (*Funcion1*), la gestión del riesgo en salud (*Función 2*), la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo (*Función 3*), la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud (*Función 4*) y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario (*Función*

5). Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Artículo 19. *Aseguramiento del alto costo.* Para la atención de enfermedades de alto costo las entidades promotoras de salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación que sobre la materia expida el Gobierno Nacional.

El párrafo del Artículo 4o. del Decreto 1018 de 2007 determina “*Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y LAS UNIVERSIDADES EN SUS ACTIVIDADES DE SALUD*”

3.3 MARCO CONCEPTUAL

Han transcurrido 18 años desde que se sancionó y promulgó la Ley 100 de 1993. Este tiempo ha sido suficiente para madurar el sistema y evidenciar aquellas instituciones en las que se requieren ajustes, los cuales fueron realizados con las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011; en términos de Dirección y Regulación; Aseguramiento; prestación de Servicios de Salud; Inspección Vigilancia y Control; salud pública y financiación; afirman los estudiosos que el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud ha planteado reformas profundas en el modelo de salud colombiano, mejorando la cobertura de aseguramiento en salud, los recursos disponibles para el sector y el acceso a los servicios, en comparación

con lo que se evidenciaba en el decenio de los ochenta; pero lo que no entendemos es porque si existen dichos avances; especialmente en cuanto al destino de los hospitales públicos ESE,s; su financiación se cierne como solución a su Autosostenibilidad la prestación de servicios con operadores externos; ya unos en 100%; lo que implica en corto plazo su manejo totalmente privatizador y el control interno deberá girar sobre estas formas de prestación de servicios que deben evitar las practicas inseguras.

- ❖ Ya está claro que el Modelo de Pluralismo Estructurado en el Sistema General de seguridad social en salud no tiene reversa.
- ❖ Ya está claro que los recursos de la salud pública deben resolver la universalidad, la solidaridad y la eficiencia siempre estarán condicionados a las transferencias de las participaciones, pero nunca podrán generarse autónomamente por parte de las regiones.
- ❖ Ya está claro que la UPC es el apalancamiento ideal para el desarrollo empresarial del esquema de aseguramiento en salud, pero LAS INSTITUCIONES DEL SGSSS son sujetos pasivos de los estudios de suficiencia y condiciones de contratación.
- ❖ Ya está claro que la Autosostenibilidad de los hospitales públicos o privados depende de una acertada contratación, una adecuada facturación y un óptimo recaudo por sus servicios prestados y las entidades responsables de pago deben generar condiciones de equilibrio para exigir una calidad optima de los servicios y demás indicadores trazadores y SIVIGILA al respecto en su red prestadora de servicios.
- ❖ Ya está claro que la política principal del gobierno nacional para resolver la crisis de los hospitales públicos, es la administración delegada, el Outsourcing o la administración por intermedio de operadores externos.

- ❖ Ya está claro que la cosmovisión de los gerentes de las IPS,s colombianos; para que puedan transformar sus instituciones convenientes socioeconómicamente y factibles técnicamente, es el desarrollo de una cosmovisión de emprendimiento con metas de logros concretas de productividad, competitividad y rentabilidad económica y social.¹

La Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena como UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL adscrita a la UNIVERSIDAD DE CARTAGENA; ha venido acogándose a estos nuevos lineamientos muy a pesar de tener unos estatutos obsoletos en muchos de sus apartes vigentes del acuerdo 01 del año 1996; actuando concertadamente con el sistema universitario estatal de salud; pero no ha modernizado la gestión institucional; En términos del cumplimiento y requerimientos del Modelo de Salud acorde a su carga de la enfermedad con POS ilimitado, a toda leche y sin control; a la forma de cumplir con el sistema obligatorio de la garantía de la calidad entre ellos un SIIS moderno y eficaz y el PAMEC. Integrado entre otros conexos de su rol institucional.²

Para la obtención de sus recursos todavía contempla en dichos estatutos los de pensiones y prestaciones económicas que no es su función hoy y no registra pagos moderadores en los mismos, ni rendimientos financieros y unos criterios de Autosostenibilidad que aguanten la carga económica de la enfermedad de sus afiliados que va en ascensor; mientras sus recursos por la escalera.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen (*subrayado nuestro; la ley habla de régimen de excepción*) son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento

¹ EL MECI EN LOS HOSPITALES PUBLICOS COLOMBIANOS.- Fortich, Fernan – P.29 Julio 2011.

² **Diagnostico de la Caja de Previsión de la Universidad de Cartagena –informe de Gerencia a la Junta Directiva – Canchila Barrios Carlos - Febrero de 2011.**

A) Entonces si reconocemos que somos unos de los tipos de EPS de que habla la ley 100 de 1993, el Consejo Superior es el que debe indicarle a la Caja, aprobando unos nuevos estatutos como es que como asegurador debe asumir el riesgo transferido por el usuario y como es que debe cumplir las obligaciones transferidas en el POS. Se DENOTA, que si asume exactamente como lo hace la EPS que si lo recobra al FOSYGA lo NO POS; entonces no existirá aliciente para que los afiliados sigan en la CAJA, porque no hay derechos Diferenciadores y deja de ser excepcional y convertirse en lo mismo que el contributivo, a pesar de que no le pagan por UPC, si no por aportes sin compensación para que asuma lo integral del servicio.) ¿Entonces si no hay factores de beneficios diferenciadores, da lo mismo estar en una EPS que en la CAJA; que objeto tiene seguir afiliado?; si el rol único que le quedo a la Previsión Social es el de prestar los servicios de salud a los usuarios, ya que no maneja ninguno de los riesgos adicionales del Sistema General de seguridad social y de protección social.³

Y en cuanto al desarrollo de un modelo de atención en salud autónomo en cumplimiento de los anteriores preceptos jurídicos y responsabilidades asignadas tenemos el siguiente glosario de términos:

B) **MODELO DE ATENCIÓN.** Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la

³ **Propuesta para un Modelo de Atención en Salud de la Caja de Previsión Social Universidad de Cartagena – Mimeo para la Discusión – Fortich, Palencia Fernán Eugenio; Fortich, Revollo Álvaro José Enero 2011**

responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y Contrarreferencia;

- C) **PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.** Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados;
- D) **RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.** Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y Contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos;
- E) **REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. LA REFERENCIA es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

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

- F) ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD. Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales;

- G) SALUD PÚBLICA.- Esta constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.(Artículo 32 de la Ley 1122 de 2007)

- H) PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA. Es la guía técnica y operativa que estandariza los criterios, procedimientos y actividades que permiten sistematizar las actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

- I) RED DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA. Conjunto de personas, organizaciones e instituciones integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como otras organizaciones de interés distintas del sector, cuyas actividades influyen directa o indirectamente en la salud de la población,

que de manera sistemática y lógica se articulan y coordinan para hacer posible el intercambio real y material de información útil para el conocimiento, análisis y abordaje de los problemas de salud, así como el intercambio de experiencias, metodologías y recursos, relacionados con las acciones de vigilancia en salud pública.

- J) UNIDAD NOTIFICADORA. Es la entidad pública responsable de la investigación, confirmación y configuración de los eventos de interés en salud pública, con base en la información suministrada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos y cualquier otra información obtenida a través de procedimientos epidemiológicos.

- K) UNIDAD PRIMARIA GENERADORA DE DATOS – UPGD. Es la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila. Usuarios del Sistema. Toda entidad e institución, persona natural o jurídica que provea y/o demande información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

- L) EVENTOS. Sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de un individuo o una comunidad y que se clasifican en condiciones fisiológicas, enfermedades, discapacidades y muertes; factores protectores y factores de riesgo relacionados con condiciones del medio ambiente, consumo y comportamiento; acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades y demás factores determinantes asociados.

- M) EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. Aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del

Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo–efectividad de las intervenciones, e interés público; que además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública.

- N) FACTORES DE RIESGO / FACTORES PROTECTORES. Aquellos atributos, variables o circunstancias inherentes o no a los individuos que están relacionados con los fenómenos de salud y que determinan en la población expuesta a ellos, una mayor o menor probabilidad de ocurrencia de un evento en salud.
- O) VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA. Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.
- P) ATENCION PRIMARIA: Es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, de la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del SGSSS. Estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes como son los servicios de salud, la acción intersectorial / intrasectorial por la salud, y La participación social, comunitaria y ciudadana. (Ley 1438 de 2011 Ponencias)
- Q) SALUD FAMILIAR: La Medicina Familiar busca el cuidado activo e integral de los pacientes cuya enfermedad puede ser modificable a través de medidas no

farmacológicas como inicio de terapia. Su fundamento es el mantenimiento de la salud por medio de acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de un individuo. En la actualidad existen instituciones de salud con enfoque de Salud Familiar, cuyo modelo de atención es el manejo interdisciplinario del individuo y su entorno, con la máxima atención de su familia.

Se consideran Sistemas Especiales aquellos que son organizados y administrados por *LAS UNIVERSIDADES ESTATALES U OFICIALES DE CONFORMIDAD CON LO DETERMINADO EN LA LEY 647 DE 2001 Y LAS DEMÁS QUE LA ADICIONAN, MODIFICAN O REGLAMENTAN.*

“De acuerdo con las nuevas facultades conferidas por la ley 1122 de 2007, la Superintendencia realizará las funciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) a las entidades exceptuadas de la ley 100 de 1993 Y AL SISTEMA DE SALUD DE LAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS”.⁴

“En consecuencia, la función de inspección, vigilancia y control con destino a las entidades o dependencias encargadas de los regímenes de excepción o especiales se hará 1) EXIGIENDO LA OBSERVANCIA DE LOS PRINCIPIOS Y FUNDAMENTOS DEL SERVICIO PÚBLICO ESENCIAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD; 2. LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS; REPRESENTAR AL AFILIADO ANTE LA RED Prestadora de Servicios de Salud 3. LA ATENCIÓN EN SALUD SIN NINGÚN CONDICIONAMIENTO O PRESIÓN; GARANTIA DE ACCESO A LOS SERVICIOS; 4. LA EFICIENCIA EN EL RECAUDO, FLUJO, ADMINISTRACIÓN, CUSTODIA Y APLICACIÓN DE LOS RECURSOS CON DESTINO AL ASEGURAMIENTO y LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, 5) LA PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS

⁴ Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud – Capítulo EAPB Enero 2011

AFILIADOS COMO FORMA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA. (SUBRAYADO NUESTRO PARTICIPACION COMUNITARIA Y DEBERES Y DERECHOS DE LOS AFILIADOS) 6) LA DEFINICIÓN DE MECANISMOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO (SUBRAYADO NUESTRO RESPONSABILIDAD FISCAL Y SOCIAL y 7.) LA PROTECCIÓN DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD, INDIVIDUAL Y COLECTIVA, EN CONDICIONES DE DISPONIBILIDAD, ACCESIBILIDAD, ACEPTABILIDAD Y ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LAS FASES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Los sistemas exceptuados de acuerdo con las características propias de su organización, serán sujetos a la Inspección, Vigilancia y control en los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales e información, de conformidad con los conceptos establecidos en la Ley 1122 de 2007.⁵

En ejercicio de las facultades mencionadas y en concordancia con los ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, el alcance en cada uno de ellos será:

1. FINANCIAMIENTO: Se vigilará la eficiencia, eficacia y efectividad en el recaudo, flujo, administración y aplicación de los recursos de salud.
2. ASEGURAMIENTO: Se vigilará el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población objeto a un plan de beneficios del régimen.
3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD PÚBLICA: Se vigilará que la prestación de servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y

⁵ Circular Única Supersalud – EAPB 2011

estándares de calidad, en las fases de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

4. ATENCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL: Se vigilará que se garantice el cumplimiento de los derechos de los usuarios y la participación social de acuerdo con los mecanismos propios de cada sistema.

5. EJE DE ACCIONES Y MEDIDAS ESPECIALES: Se realizará intervención forzosa administrativa para administrar las entidades vigiladas que cumplen funciones de administradores de recursos de la seguridad social del sistema especial o exceptuado.

6. INFORMACIÓN: Se vigilará que las entidades especiales o exceptuadas garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia y finalmente vigilar que la afiliación corresponda a los sujetos con derechos plenos a pertenecer a los mencionados regímenes, evitar la doble afiliación y el libre tránsito entre sistemas.

3.4 MARCO INSTITUCIONAL

3.4.1 IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD

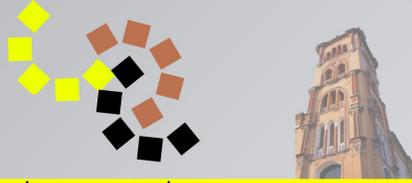
CONCEPTO	DETALLES
MODELO EMPRESARIAL	CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL EN SALUD
NATURALEZA JURÍDICA	PÚBLICA
CARÁCTER DE LA ENTIDAD	ADSCRITA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
REPRESENTANTE LEGAL	CARLOS ALBERTO CANCHILA BARRIOS
IDENTIFICACIÓN	CC. 73.072.183 DE CARTAGENA
CÓDIGO PRESTADOR	1300100964-01
NIT	806000509-0
ACTO DE CREACIÓN CONSTITUCIÓN	ACUERDO No. 075 DE OCTUBRE 1 DE 1968
ACTO DE CONSTITUCIÓN VIGENTE	ACUERDO 29 DE OCTUBRE 10 DE 2001
SISTEMA UNIVERSITARIO DE SALUD	LEY 647 DE 2001
DIRECCIÓN	Centro Calle Sargento Mayor # 6 – 39
TELÉFONO	6601983
EMAIL.	caja_prevision_unicartagena@yahoo.es

3.5. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

En el marco de los objetivos misionales los servicios que ofrece nuestra entidad están ajustados al perfil epidemiológico de la institución tratando de ofrecer servicios que más utilizan nuestros usuarios para brindarle facilidad en el acceso a los servicios.

- Endocrinología ambulatoria de mediana complejidad.
- Enfermería ambulatoria de baja complejidad.
- Fisioterapia ambulatoria de baja complejidad.
- Medicina General ambulatoria de baja complejidad.
- Medicina Interna ambulatoria y media.
- Odontología ambulatoria de baja complejidad.
- Ortopedia ambulatoria de mediana complejidad.
- Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica:
- Servicio farmacéutico de baja Complejidad.

3.5.1 CULTURA CORPORATIVA



Calidad somos todos!
Caja de Previsión Social U de C

Universidad De Cartagena
Siempre a la altura de los tiempos

MISIÓN

Somos la Entidad del Régimen Especial del Sistema Universitario en Salud de la Universidad de Cartagena, administradora y prestadora de servicios de salud que trabaja para brindar a sus usuarios una atención con calidad y eficiencia, enfocados en el bienestar integral de sus usuarios generando impacto positivo en la salud de los mismos, bajo la ética y sentido humanizado aplicando el uso óptimo de los recursos y la capacidad instalada, apoyados con personal idóneo y avances tecnológicos para contribuir con el mejoramiento de la salud de los usuarios.

VISIÓN

Seremos en el año 2015 la entidad líder en el aseguramiento y prestación de servicios de salud dentro del sistema universitario estatal de la Región Caribe, enfocados en el usuario y su grupo familiar, que garantice el autocuidado de su salud para lograr el mejoramiento de la calidad de vida.

VALORES

- HONESTIDAD
- JUSTICIA
- RESPONSABILIDAD
- TOLERANCIA
- RESPETO
- COMPROMISO
- SOLIDARIDAD
- TRANSPARENCIA
- SENTIDO DE PERTENENCIA
- PROBIIDAD
- TRABAJO EN EQUIPO
- LIBERTAD



Fuente: Taller de Cultura Corporativa CAPREUDEDEC Mayo 2011



Calidad somos todos!
Caja de Previsión Social U de C

Universidad De Cartagena
Siempre a la altura de los tiempos

POLITICA DE CALIDAD

La Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena en cumplimiento de su objeto social y requisitos legales está comprometida con el mejoramiento continuo de sus procesos, proporcionando los recursos necesarios y adecuados para prestar los servicios de salud orientados a la excelencia y satisfacción de sus usuarios a partir del compromiso, sentido de pertenencia y un alto valor ético de sus funcionarios.

OBJETIVOS DE CALIDAD

1. Implementar, desarrollar y mantener los sistemas de gestión de la Caja de Previsión Social de la Universidad De Cartagena.
2. Optimizar el uso de los recursos de la organización.
3. Garantizar a los usuarios una atención cálida, oportuna, accesible y segura, fortaleciendo y monitoreando los servicios de salud prestados por la institución y de su red prestadora.
4. Fomentar una cultura de mejoramiento continuo, en un ambiente adecuado de trabajo.
5. Asegurar la continua actualización, mantenimiento y seguridad de la información, optimizando los medios necesarios para la operación del día a día.
6. Fomentar la capacitación y el desarrollo del talento humano.
7. Incorporar e implementar tecnologías adecuadas para el desarrollo de la organización.
8. Desarrollar e implementar la autoevaluación en todos los procesos de la caja de previsión social de la universidad de Cartagena, con el fin de identificar oportunidades de mejora.



Fuente: Taller de Cultura Corporativa CAPREUDEC Mayo 2011

3.5.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



Fuente: Taller de Estructura organizacional CAJAPREUDEC Febrero 2011

3.6 TIPOS Y CARACTERIZACION DE LOS AFILIADOS DE LA CAJA

La institución maneja los siguientes tipos de usuarios: Cotizantes, dentro de los cuales están los trabajadores activos, los pensionados y sustitutos de pensión. Los beneficiarios y los usuarios RUS (Red Universitaria de Salud) son pacientes de convenios interadministrativos con la red pública de universidades de Colombia que solicitan los servicios de salud a través de esta entidad

A Octubre 31 de 2.010 contaba con 3.016 usuarios, los cuales reciben la atención en la ciudad sede y en otras ciudades de Colombia donde la institución tiene convenios con clínicas y hospitales distribuidos así en 2.010:

Cartagena: 2.955	Bogotá: 18	Medellín: 20	Barranquilla: 16
Sincelejo: 1	Cali: 1	Montería: 3	Bucaramanga: 2

3.6.1 NIVEL EDUCATIVO DE LOS USUARIOS

Tabla1. Distribución del Nivel Educativo de los Usuarios

GRADO DE ESTUDIO	NUMERO DE USUARIOS	%
BASICA PRIMARIA	4	4%
BASICA SECUNDARIA	6	6%
BACHILLERATO Y MEDIA VOCACIONAL	30	28%
PROFESIONAL	24	23%
POSTGRADO	35	33%
MAESTRIAS	5	5%
DOCTORADO	2	2%
TOTAL	106	100%

Fuente: Documento de la División Administrativa - 2010

Como se puede observar en la Tabla No.1 el nivel educativo de los usuarios de la Caja es alto, el 59,4% son profesionales universitarios y menos del 10% no

alcanzaron a graduarse de bachilleres. Lo anterior podría tener un impacto en el grado de mejoramiento de la salud, en razón a que esta población tiene mayor acceso a la información relacionada con el área y se parte del supuesto de que a mayor nivel de instrucción, mayor adherencia a los tratamientos, mejor calidad de vida, etc.; esto puede ser objeto de investigaciones futuras.

3.6.2 OCUPACION

En cuanto a la ocupación, se sabe que ciertas ocupaciones hacen a las personas más propensas a padecer ciertas enfermedades, algunas por que generan estrés, otras por que exponen a la persona a sustancias tóxicas, otras por que en razón de la posición del cuerpo durante su desempeño generan algún tipo de lesión, etc.

Tabla 2. Distribución de la Ocupación de los Usuarios de CAJAPREUDEC

OCUPACION	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Docente	12	12,10%	12,10%
Estudiante	6	6,10%	18,20%
Jubilado o Pensionado	35	35,40%	53,50%
Otro	21	21,20%	74,70%
Trabajador Area Administrativa	25	25,30%	100,00%
Total	99	100,00%	100,00%

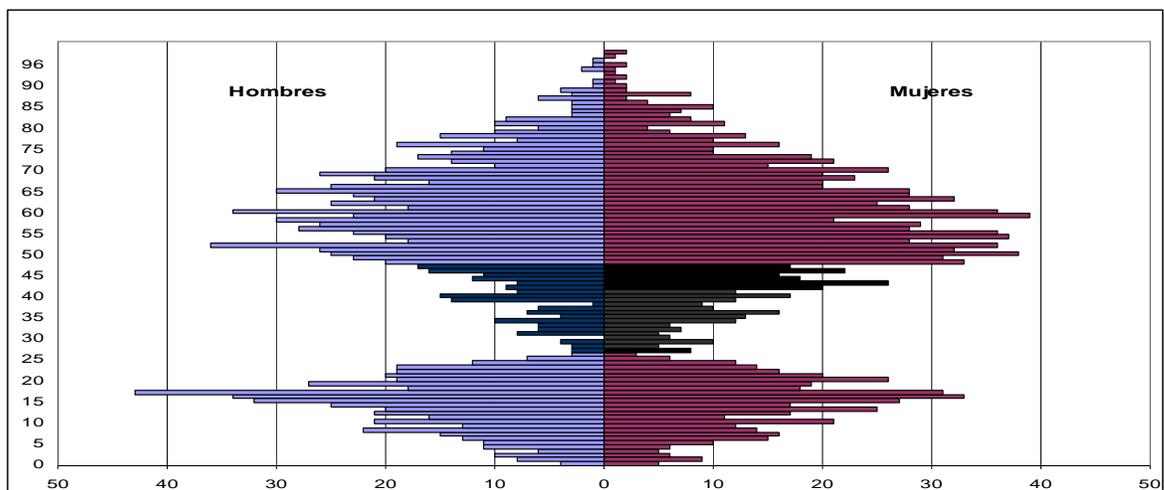
Fuente: Información oficina de afiliaciones 2010

La Tabla No. 2 muestra que la mayoría de los usuarios (35,4%) son jubilados o pensionados. El 21,2% dijo no estar en ninguna de las categorías mencionadas y se ubicaron como amas de casa, trabajadores del área de la salud, auxiliares contables, modistas, hijos de pensionados o simplemente beneficiarios de un afiliado.

3.6.3 ASPECTOS DEMOGRAFICOS

El estudio de la población de usuarios de la Caja, permite determinar las características sociales y de su desarrollo a través del tiempo. Los datos demográficos refieren, entre otros, la distribución por grupos etáreos, nivel educativo, actividades económicas y estado civil; las modificaciones de la población, nacimientos, matrimonios y fallecimientos; esperanza de vida, estadísticas sobre migraciones entre otras estadísticas económicas y sociales.

Gráfico 1. PIRAMIDE POBLACIONAL DE LA CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA



Fuente: Estudio Oficina de atención al usuario y enfermera profesional

El gráfico muestra una pirámide de forma atípica, con una base angosta en razón a la escasa población infantil por las bajas tasas de natalidad y un notable estrechamiento en las edades de 25 a 45 años que corresponde a adultos jóvenes y que representan un 13.5%. El mayor porcentaje de la población se ubica por encima de los 50 años, y hay un pico entre los 15 y los 20 años también. La forma de la pirámide se asemeja a una de tipo regresivo, diferente a la de la

población colombiana en general donde todavía predomina una pirámide poblacional expansiva. Sería correcto decir entonces, que se trata de una población envejecida con un crecimiento natural reducido.

Lo anterior se refleja cómo se expondrá en el aparte sobre Morbilidad, en un perfil sui generis, diferente a la mayoría de la población dentro del sistema de salud en Colombia.

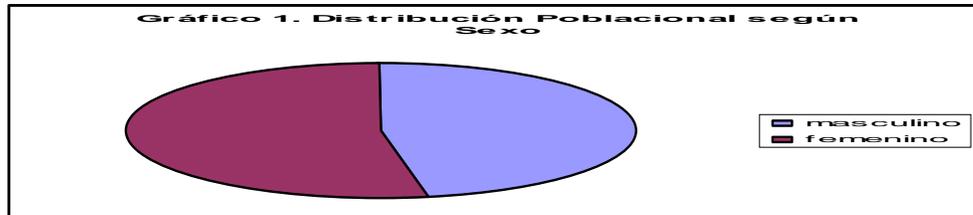
a) Distribución por grupos de edad:

Tabla 3. Distribución de la Población de Usuarios Grupo Etáreos 2010

GRUPOS ETAREOS	COTIZANTES		BENEFICIARIOS		TOTAL	SEXO		GRAN
SEXO	M	F	M	F	M	F	TOTAL	
MENOR 1 AÑO			3	9	3	9		12
1-4 AÑOS	1	1	31	39	32	40		72
5-14 AÑOS	3	2	171	150	174	152		326
15-44 AÑOS HOMBRES	181		226		407			407
15-44 AÑOS MUJERES		152		286		438		438
45-59 AÑOS	263	218	62	222	325	440		765
MAYOR O IGUAL 60 AÑOS	413	294	49	240	462	534		996
	861	667	542	946	1.403	1.613		3.016
	1.528		1.488					
TOTAL GENERAL	3.016				3.016			

Como puede observarse en la Tabla No. 3; más de la mitad de la población (59%) es mayor de 45 años, lo cual indica una morbilidad esperada relacionada con enfermedades crónicas. La población menor de 5 años escasamente llega al 2.79%.

Grafico No. 2 Distribución de la Población Según el Sexo:



b) Mujeres en edad fértil:

De las 1.613 usuarias de la Caja, 438 (27.1%) se encuentran en edad reproductiva (de 15 a 49 años). Los programas de planificación familiar y control prenatal para esta población son llevados por los ginecoobstetras adscritos de la institución.

c) Población infantil:

Para este análisis se tomará como población infantil a los usuarios entre 0 y 14 años, los cuales representan el 14.18% del total. Los menores de 5 años representan el 2.1%.

3.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES
ANALISIS SITUACIONAL DE LA EMPRESA	El diagnóstico estratégico es un conjunto de interacciones de sus actividades contempladas en portafolio de servicios como punto de partida para establecer como fueron sus operaciones y procesos y conocer a la fecha su real situación técnica, operativa, financiera y administrativa.	Toda empresa ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS DEL SISTEMA UNIVERSITARIO DE SALUD tiene una función de ADMINISTRACION DEL RIESGO FINANCIEROS, DEL RIESGO EN SALUD, DE GARANTIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS, LA CALIDAD DEL SERVICIO A LOS USUARIOS Y DE REPRESENTARLO ANTE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS que le permite su desarrollo empresarial.	DE ACCESO/OPORTUNIDAD, DE CALIDAD TECNICA DE GERENCIA DEL RIESGO Y DE SATISFACCION LEALTAD, DE SIVIGILA, DE RIESGOS FINANCIEROS
MODELO DE ATENCION EN SALUD	El tipo de servicios de salud que la sociedad desea y decide sostener y recibir. Es la "imagen-objetivo" en salud. Constituye la representación de la gama de actividades mediante las cuales se aplican directamente los beneficios de las ciencias de la salud y del desarrollo social a las personas, a la población y al ambiente. El "modelo" tiene también la connotación de "ejemplar" o "deseable", de manera que la imagen descrita es la de una <u>Atención Satisfactoria</u> .	Mejorar la calidad de la atención; Colocar la Atención Primaria como centro del sistema ; Jerarquización Institucional; Dedicación exclusiva; Práctica basada en la evidencia científica; Nuevo papel para los profesionales de la salud ; Trabajo en equipo; Desarrollar actividades docentes e investigativas y Responsabilidad de la comunidad usuaria (afiliados de CAJAPREUDEC).	TRAZADORES Y DE TRANSICION EPIDEMIOLOGICA
COMPROMISOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO	La gerencia del mejoramiento continuo parte de la base de que mientras mas involucrado se encuentre un empleado en la determinación de las metas organizacionales, se sentirá mas comprometido en alcanzarlas, pues las considerara como propias. por ello la gerencia de mejoramiento continuo se fundamenta en lograr un alto nivel de participación de los colaboradores de una entidad a través del trabajo en equipo, especialmente en el mejoramiento permanente de los procesos internos y externos; controlados mediante técnicas estadísticas específicas y siempre con el objetivo fundamental de satisfacer las necesidades y expectativas del cliente, tanto interno como externo.	Se cimientan en una teoría bien interesante: que al ser humano, como individuo, le produce una inmensa satisfacción personal el hacer bien las cosas, el sentirse que ha mejorado en relación con su situación anterior, y que, de otra parte, como miembro de una comunidad, le ocurre algo similar al verse útil y productivo para ella, al observar que quien tiene algún tipo de relación con el la valora positivamente.	DE EFICIENCIA, EFICACIA, ECONOMIA, EQUIDAD Y DE GESTION DEL RIESGO FINANCIERO

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

En virtud de que se le hace una evaluación de su rol misional es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo con manejo de variables cuantitativas como entidad administradora de planes de beneficios que es la CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA para construir unas líneas de base y formular, preparar y evaluar a través de unos compromisos de mejoramiento continuo las metas de logros en relación al espacio y al tiempo del 2010 a 2012.

4.2 POBLACION Y MUESTRA

Todos los afiliados cotizantes y beneficiarios de la Caja de Previsión social de la Universidad de Cartagena, establecidos en el respectivo diagnostico; no hay muestras pues no se requiere tener tabulaciones al respecto.

4.3 FUENTES DE INFORMACION

Primaria: Encuesta de satisfacción 2010

Interna: la suministrada por los trabajadores en cada una de las unidades y arreas funcionales de la empresa.

Secundarias: los distintos documentos inherentes al desarrollo institucional de la entidad aprobados por la junta directiva y demás desarrollos de los órganos de gobiernos actuales

Externa: los estipulados por la normatividad vigente y los acuerdos contractuales con la red prestadora de servicios de salud.

4.4. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

VARIABLES	DIMENSIONES	TECNICAS	INSTRUMENTOS	FUENTES
ANALISIS SITUACIONAL DE LA EMPRESA	Toda empresa ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS DEL SISTEMA UNIVERSITARIO DE SALUD tiene una función de ADMINISTRACION DEL RIESGO FINANCIEROS, DEL RIESGO EN SALUD, DE GARANTIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS, LA CALIDAD DEL SERVICIO A LOS USUARIOS Y DE REPRESENTARLO ANTE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS que le permite su desarrollo empresarial.	VERIFICACION DOCUMENTAL	PLANEACION ESTRATEGICA SITUACIONAL Y DOFA	INFORMACION INTERNA DE LAS AREAS Y UNIDADES FUNCIONALES
MODELO DE ATENCION EN SALUD	Mejorar la calidad de la atención; Colocar la Atención Primaria como centro del sistema ; Jerarquización Institucional; Dedicación exclusiva; Práctica basada en la evidencia científica; Nuevo papel para los profesionales de la salud ; Trabajo en equipo; Desarrollar actividades docentes e investigativas y Responsabilidad de la comunidad usuaria (afiliados de CAJAPREUDEC).	VERIFICACION DOCUMENTAL	METODOLOGIAS DE LA OMS/OPS	SECUNDARIA E INTERNA DE LA CAJA
COMPROMISOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO	Se cimientan en una teoría bien interesante: que al ser humano, como individuo, le produce una inmensa satisfacción personal el hacer bien las cosas, el sentirse que ha mejorado en relación con su situación anterior, y que, de otra parte, como miembro de una comunidad, le ocurre algo similar al verse útil y productivo para ella, al observar que quien tiene algún tipo de relación con el la valora positivamente.	ENFOQUE DE HABILIDADES GERENCIALES EN SALUD	EXPERIENCIA GERENCIAL	SECUNDARIA E INTERNA DE LA CAJA

V. ANALISIS SITUACIONAL RETROSPECTIVO

5.1 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SERVICIOS ASISTENCIALES AUTONOMOS

La Caja de previsión dentro de sus instalaciones presta servicios asistenciales de primer nivel de resolutiveidad en odontología, medicina general, fisioterapia, fonoaudiología, salud ocupacional, nutrición, psicología y entrega de medicamentos en la farmacia. También presta servicios de promoción, prevención y fomento de la salud y tiene un programa especial de visitas domiciliarias.

Presta servicios de consulta externa especializada en las áreas de Medicina Interna, Cirugía, Psiquiatría y Endocrinología.

No existen estudios de medicina basada en la evidencia que determinen sobre la base del perfil epidemiológico la carga económica de la atención, la evaluación y actualización constante de las guías de práctica clínica y la labor costo/efectiva entre lo hospitalocéntrica y la promoción y prevención para generar metas de salud positiva, indicadores de mortalidad evitables y estilos de vida saludables que desaceleren las cargas hospitalarias y de cuidados intensivos con altos costos para la caja.

Aunque funciona la oficina de admisiones y tesorería con funcionarios de amplia experiencia; No funciona el Sistema de Información y atención al usuario - SIAU como lo establecen las normas vigentes.

5. 2 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

En razón a que el esquema de aseguramiento de los afiliados cotizantes y beneficiarios de la caja se le deben garantizar en el manejo del riesgo el acceso a los servicios de salud de mediana y alta resolutivead; estos servicios se vienen haciendo mediante la contratación con la red pública y privada de la ciudad de Cartagena y de las demás entidades pares del sistema universitario de salud en las ciudades donde residen nuestros afiliados y beneficiarios, especialmente en Bogotá, Barranquilla y el eje cafetero; además efectuando por parte de la Caja la representación de dichos usuarios ante las IPS,s que conforman su red prestadora de servicios de salud.

5.2.1 RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD CON CONTRATOS VIGENTES

Tabla No. 4 Listado de IPS,s de la Red de Servicios de la Caja y Tarifas de Contratación.

INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	FORMA DE PAGO
Centro Médico Inmunoalergias	SOAT 2006
Clínica San Felipe de Barajas	SOAT 2008
Medihelp	SOAT 2009
Laboratorio Eduardo Fernández	SOAT 2006
Promotora Bocagrande	SOAT Vigente menos el 7%
Clínicas las peñitas	SOAT 2008
Hospital San Vicente de Paul	SOAT Vigente
Laboratorio Sleiman	SOAT 2006
Clínica Psiquiátrica de la Costa	SOAT 2008
Hospital Universitario del Caribe	SOAT 2008
Clínica Pragma	SOAT 2008
Clínica Cartagena del Mar	SOAT Vigente menos el 7%
Hospital Infatil Napoleón Franco Pareja	SOAT 2008
Centro Médico Comfamiliar	SOAT 2008
Clínica Universitaria San Juan de Dios	SOAT Vigente menos el 7%
Clínica San José de Torices	SOAT 2008
Liga contra el Cáncer	SOAT 2008
Profamilia	SOAT 2008
Laboratorio Especializado Díaz Feliz	SOAT 2006
Laboratorio María Inés Severiche	SOAT 2006
Laboratorio Luis Carlos Andrade	SOAT 2006
Laboratorio Clínico Automatizado	SOAT 2006
Clínica General del Norte	SOAT 2009
Augusto Martínez Visbal (Radiología)	SOAT Vigente menos el 30%
Clínica Blas de Lezo	SOAT Vigente menos el 7%

Fuente: oficina de gestión de calidad y auditoria 2010

Además de la contratación con el sistema universitario de salud a saber:

Tabla No. 5. Red de prestadores Externos en otras ciudades del país

CIUDAD	UNIVERSIDAD	DIRECCION	TELEFONO
Barranquilla	U. del Atlántico	Carrera 59 No. 70 - 52	3680740 Ext. 111
Pasto	U. de Nariño	Carrera 23 No. 18 - 92	7235657
Tunja	U. Tecnológica y Pedagógica de Col.	Calle 24 # 5 - 63 Hosp. Antiguo	7437173
Cali	U. del Valle	Carrera 46 No. 9C-85	3912306
Bogotá	U. Nacional	Dg. 40 Edif. Uriel Gutiérrez	3165282
Manizales	U. Nacional	Carrera 27 No. 64 -60	8810000
Bucaramanga	U. Ind. de Santander	Carrera 27 con Cll. 9 ciudad	6343580
Sincelejo	Clínica Las Peñitas	Sincelejo	
Montería	U. de Córdoba	Carrera 6 No. 76 - 103	7860197
Popayán	U. del Cauca	Cll. 4 No. 3 - 57	8244112
Medellín	IPS Universitaria	Carrera 51 No. 62 - 42	2630171 Ext. 100
Medellín	U. Nacional	Calle 55 # 63 - 199 Bloque 50	2305776 - 2600053

La caja cuenta en varias ciudades del país con IPS que prestan los servicios a los usuarios que residen en dichas ciudades o se desplazan temporalmente a ellas.

Los contratos de prestación de servicios de salud, no están perfectamente regularizados ni parametrizados que permitan un control de servicios, pagos moderadores, calidad del servicio, seguimiento a la atención del paciente en forma oportuna, prácticamente no existe auditoria concurrente, control al PAMEC; ni solicitud de autorizaciones de las IPS y funcionamiento de los estados y las etapas de atención del paciente y facturación del servicio, hasta el punto que muchos pacientes después de estar hospitalizados 10 días en una institución de la red es cuando la caja se entera; con tiempos de cuentas medicas incumplidos, no encontramos al día ni la conciliación de saldos, ni la conciliación de pagos y mucho menos el proceso de disponibilidad y registro presupuestal reglamentario.

5.3 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO ADMINISTRATIVO

Los procesos y procedimientos del área administrativa tiene controles deficientes; no existe una área responsable directa de todas las regulaciones laborales, no hay evaluación de desempeño, oportunidad en los contratos del recurso humano; los manuales de procedimientos no están actualizados y las políticas de operación de la entidad generan deficiencias y desactualizaciones como los parámetros de las asignaciones civiles; la clasificación de empleos y el manual de funciones obsoleto. El proceso de compras sin CDP por cifras abultadas es preocupante; no se encontró un Programa anual mensualizado de Caja, no se conocía el plan financiero de la entidad, aunque se encontraron empleados muy competentes en algunas áreas de dicha división. Las compras de medicamentos se encontraron descentralizadas en el jefe de farmacia con un stock preocupante.

5.4 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE GESTION DE LA CALIDAD

5.4.1 SISTEMA UNICO DE HABILITACION

El Sistema único de habilitación, enmarcado en la Resolución 1043 de 2006, define los estándares de calidad enfocados a proteger al paciente, con unas acciones de mejora para el fortalecimiento del modelo de atención en salud que responde a las necesidades de la población y al mejoramiento del sistema de información, sin embargo en la Caja la autoevaluación y registro se encontraron con deficiencias.

5.4.2 SISTEMA UNICO DE ACREDITACION

Solo se encontró en la visión, que decía que en el 2010 la Caja estaría acreditada.

5.4.3 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA SALUD

La ejecución del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad (PAMEC), se encuentra enfocado en los estándares de acreditación para entidades adaptadas a planes de beneficios (EAPB) y debe ser objeto de ACCIONES DE MEJORA tales como: Capacitación del recurso humano; Conformación del equipo de calidad; Fortalecimiento del reporte de indicadores de calidad por parte de los prestadores; Incluir contratos de prestación de servicios, la obligatoriedad del reporte de Indicadores y Garantizar la oportunidad, calidad y seguridad de la información. Funciona el Comité Técnico Científico, pero debe normalizarse con los nuevos procesos de autorización de servicios y funcionar con mayor dinamismo.

Tabla No. 6 ESTADO AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS

PERIODO	VR FACTURAS RADICADAS	VR AUDITADO	VR GLOSADO	%
oct-12	2.267.687.745,00	No Establecido muchas cuentas represadas	72.652.758,00	3.2
dic-12	553.272.236,00	553.272.236,00	36.884.076,00	11

Fuente: Área Contable y financiera 2010

A octubre 12 de 2011 se reciben un número indeterminado de facturas represadas por revisión y el valor glosado que estipulan están en trámites de conformidad y respuesta por parte de los prestadores y prácticamente la auditoria concurrente no funciona. A 12 de Diciembre de 2010, previa relación de las facturas pendientes por revisar, se auditaron el 2.1% del total de las facturas relacionados por un valor de \$ 343.550.867 del total de facturas radicadas, la cual generó una glosa de \$ 36.884.076 correspondiente al 11% del total auditado; se debe reorganizar estructuralmente la forma y el modelo de generar las dinámicas propias de la auditoria del aseguramiento.

5.4.4 SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD PARA LA CALIDAD

a) FACTORES DE RIESGO

Por definición Factor de Riesgo es “toda circunstancia o situación que aumenta la probabilidad de una persona de contraer una enfermedad”; de tal manera que se exploraron todos aquellos factores que pudieran afectar a los usuarios de esta entidad y esto fue lo que se encontró:

Al preguntar si *toman licor*, el 45,5% de los encuestados contestó que lo hacen ocasionalmente, 38,4% dijo que nunca toma y un 14,1% refiere que toma una o dos veces por semana. Estos datos son del mayor interés por que se ha

relacionado la ingestión frecuente de alcohol con enfermedades como la cirrosis, el cáncer de laringe, vejiga, páncreas, de cavidad oral y el de mama entre otros.

El trasnocho es un hábito de vida poco saludable que genera a largo plazo diversos trastornos. En la población infantil ocasiona disminución en los niveles de hormona del crecimiento, en los adultos se asocia con la presencia de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica, Trastornos Depresivos y otras enfermedades mentales.

En la tabla abajo relacionada se observa que es bajo el porcentaje de personas que trasnochan con frecuencia (6%)

Tabla No. 7. Distribución Porcentual de los Usuarios que Trasnocan

Transnocha	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Dos veces por semana	2	2,00%	2%
Más de dos veces por semana	4	4,00%	6,10%
Nunca	37	37,40%	43,40%
Ocasionalmente	50	50,50%	93,90%
Otra	4	4,00%	98,00%
Una vez por semana	2	2,00%	100,00%
Total	99	100,00%	100,00%

Se investigó la intensidad *de horas laboradas* por la población de usuarios y se determinó mediante la encuesta que el 20.2% trabaja mas de 8 horas diarias mientras que el 25% no trabaja. Este grupo de personas se encuentran en situaciones extremas, unas por una elevada carga laboral que a largo plazo repercutirá en la salud y las otras por que podrían ser también sedentarias y esto es un factor de riesgo para la obesidad y la enfermedad coronaria entre otras enfermedades.

Cuando se indagó sobre el hábito de *hacer ejercicios* esto fue lo que se encontró:

El 48,5% de los usuarios de la caja hace ejercicios más de dos veces por semana como muestra la Tabla 6. Algunos lo hacen con caminatas, practican deportes o van al gimnasio. Hay un porcentaje apreciable (10%) que escogió la opción “otro” y que aclaró que no practica ningún tipo de ejercicio físico.

Tabla No. 8. Distribución % de la Variable “Hacer algún tipo de ejercicio”

Hace algún tipo de ejercicio	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Acumulada
1 vez al mes	9	9,10%	9,10%
1 vez por semana	7	7,10%	16,20%
2 veces por semana	25	25,30%	41,40%
Mas de 2 veces por semana	48	48,5,%	90,00%
Otro	10	10,11%	100,00%
Total	99	100,00%	100,00%

Fuente: Estudio de Enfermería de la caja 2010.

El 92,9% de los usuarios de la Caja no *fuman*, el 5,1% si fuman y el 2,0% no respondió la pregunta.

Del total de encuestados, el 27,3% dijo sufrir de *estrés laboral*, el 26% no respondió la pregunta y el 46,5% dijo no padecerlo.

Cuando se preguntó por la variable *sobrepeso* los resultados fueron estos:

Tabla 9. Distribución porcentual de la variable Sobrepeso

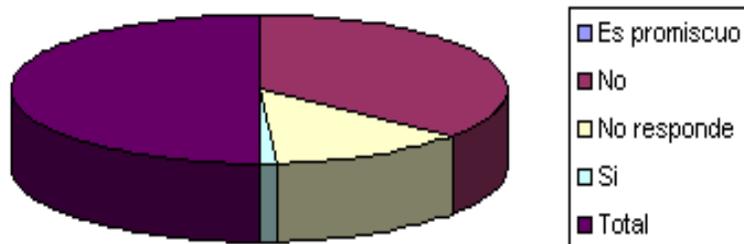
Tiene Sobrepeso	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Acumulada
No	56	56,60%	56,60%
No responde	5	5,10%	61,60%
Si	38	38,40%	100,00%
Total	99	100,00%	100,00%

Fuente: RIPS e informe de PyP 2010

Se realizó una valoración subjetiva, ya que el usuario fue quien determinó la presencia o ausencia de sobrepeso. Se encontró que un porcentaje importante de la población tiene este factor de riesgo (38%). Si a esto le sumamos que el 40,4% de los usuarios ha presentado alguna vez cifras elevadas de los lípidos (colesterol y/o triglicéridos), esto se constituye en un factor de riesgo para enfermedad coronaria e hipertensión.

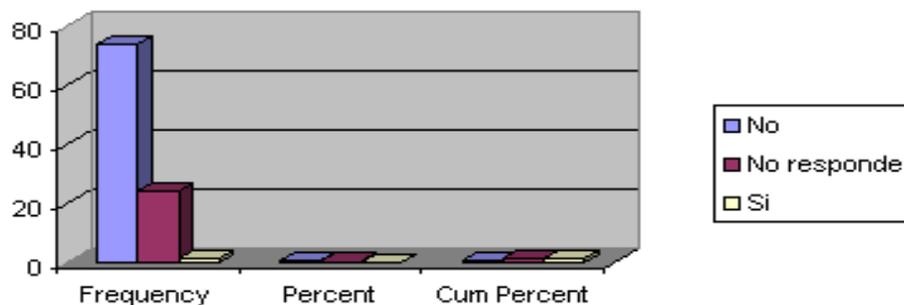
Hay factores de riesgo que se investigaron pero se les dio a los encuestados la opción de no responder la pregunta si no lo deseaba, en razón a que tienen una connotación social especial. Es el caso del *consumo de sustancias psicotrópicas* y la promiscuidad sexual. La pregunta sobre *promiscuidad* la contestaron positivamente el 2,0%. El 71,7% respondió que no es promiscuo y el 26,3% no respondió la pregunta.

Grafico 3. Distribución porcentual según el factor de riesgo "promiscuidad"



A la pregunta sobre consumo de sustancias psicoactivas los encuestados respondieron como muestra el grafico 4: el 74,7% respondió que no, el 24,2% no responde y el 1,0% respondió que si. No deja de llamar la atención que ambas preguntas no fueron respondidas por un sector importante de la población.

Grafico 4. Distribución porcentual de usuarios según la variable "Consumo de sustancias psicoactivas"



b) MORBILIDAD

Tabla No 10 Morbilidad por Grupo Etareó de los Usuarios Caja de Previsión U de C.

Cod.	DESCRIPCION	ENTRE 1 Y 4	ENTRE 5 Y 14	ENTRE 15 Y 44	ENTRE 45 Y 59	MAYOR DE 60	TOTAL
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)			23	251	518	792
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	7	40	147	183	146	523
E785	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA		1	20	68	93	182
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO		1	40	61	50	152
M255	DOLOR EN ARTICULACION			22	47	44	113
H524	PRESBICIA			16	65	31	112
K295	GASTRITIS CRONICA NO ESPECIFICADA		1	30	51	27	109
M626	DISTENSION MUSCULAR		1	19	43	45	108
E119	DIABETES NO ID, SIN MENCION DE COMPLICACION			3	32	71	106
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS	1	2	19	34	28	85

La Tabla 10 reporta que la Hipertensión Arterial es la primera causa de morbilidad, esto se explica por el perfil demográfico de la población. Se observa hubo cambios con respecto al año anterior y predominan los problemas osteomusculares.

Se encontró que la prevalencia de *Hipertensión Arterial* es de 21%, la de *Diabetes* es 6.0% y la de *Enfermedad Coronaria* es de 7,1%.

También se investigó sobre los *antecedentes familiares de enfermedades crónicas* más prevalentes y con mayor externalidad en esta Caja. Se encontró que el 34,3% de los usuarios tiene antecedentes de Diabetes en algún miembro de su familia; 53,5% refirió Hipertensión, 16,2% tuvo antecedentes de enfermedad coronaria y el 22,2% de Cáncer.

Aunque no aparece en las primeras 20 causas de morbilidad, el cáncer se constituye en una enfermedad de gran importancia en la población de esta Caja, por su alta externalidad; con una prevalencia de 9 por 1.000.

Ademas se puede observar que el adulto mayor de 60 años es el más afectado por las diversas patologías que son motivo de consulta, seguido de quienes se ubican entre los 45 y 59 años de edad. Se registran muy pocas consultas en menores de 5 años, primero por que la población en este grupo de edad es muy pequeña y segundo por que los niños son enviados de manera directa al pediatra si así lo solicitan los padres.

El programa de Promoción y Prevención (P y P) cuenta con un número mensual de consultas que es altamente representativo en las estadísticas de morbilidad. Si se excluyeran los pacientes del programa de P y P, la primera causa de morbilidad sería la Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común), seguida del lumbago, los Dolores Articulares, la Presbicia, la Gastritis, la Distensión muscular y por último la Infección de vías urinarias, las otras patologías que muestra la Tabla 10 se controlan dentro del programa; De allí la necesidad de priorizar la Medicina Preventiva en una estrategia de atención primaria.

c) Morbilidad Oral

Tabla 11. Morbilidad Oral por Grupos de Edad en Usuarios de la Caja

COD	DESCRIPCION	DE 0 A 4 AÑOS	DE 15 A 44 AÑOS	DE 45 A 59 AÑOS	MAYOR DE 60	TOTAL
K021	CARIES DE LA DENTINA	5	19	17	12	53
K050	GINGIVITIS AGUDA	4	15	10	8	37
K022	CARIES DEL CEMENTO	1	8	10	2	21
K023	CARIES DENTARIA DETENIDA		3	4	3	10
S025	FRACTURA DE LOS DIENTES		1	5	3	9
K020	CARIES LIMITADA AL ESMALTE		6		2	8
K047	FISTULA		1	3	3	7
K052	PERIODONTITIS AGUDA		1	3	1	5
K083	RAIZ DENTAL RETENIDA		2	1	2	5
K029	CARIES DENTAL, NO		2	2		4

Como se observa en la Tabla No. 11, la primera causa de morbilidad en odontología es la Caries dental, seguido de la Gingivitis aguda, estas patologías son prevalentes en todos los grupos etáreos.

d) MORTALIDAD

- ✓ Mortalidad General: Durante el año 2.009 se registraron 23 muertes, para una tasa de mortalidad de 7.8 por cada 1000 usuarios.
- ✓ Mortalidad por Grupo Etareo: El 82.6% de los afiliados de esta caja, fallecieron después de los 60 años (15), el 69.5% de estos fueron de sexo masculino.
- ✓ Mortalidad Materna, Perinatal, por Tuberculosis (TBC), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA), en menores de 5 años: En 2.009 no se presentaron muertes maternas ni perinatales, no hubo defunciones por TBC o SIDA. En menores de 5 años no se presentaron muertes por IRA o EDA.

e) NATALIDAD

En 2.009 se presentaron 9 nacimientos, para una tasa de natalidad de 3 nacidos vivos por cada 1.000 usuarios.

f) COBERTURAS EN VACUNACION

En el año 2.009, durante el primer semestre se vacunaron 5 de los 6 menores de un año, con todos los biológicos que contempla el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para este grupo etáreo, alcanzando una cobertura del 83%.

Durante el segundo semestre se hizo lo propio y se alcanzó una cobertura del 100%, correspondiendo esto a la 3° dosis de pentavalente y polio y a la dosis de BCG (en mayores de 6 meses).

5.5 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO FINANCIERO

5.5.1 INFORME POLIZA DE ALTO COSTO

El riesgo en salud se encuentra determinado por la mayor o menor posibilidad de que los afiliados padezcan cierto tipo de enfermedades, una de las estrategias para disminuir el impacto de las enfermedades de alto costo y mitigar el riesgo en salud, es la agremiación de los administradores de Planes de Beneficios, tal como ya lo hicieron las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a la luz del Decreto 2699 de 2007. La Caja de Previsión no ha sido ajena a esas circunstancias por lo que su cuerpo directivo decidió en el año 2008 en conjunto con las Universidades (Nacional, Córdoba, Tunja, Santander, Cauca) la unión y la suscripción de una póliza acorde a las características individuales de cada entidad y aprovechando la adquisición en economía de escala.

La existencia del aseguramiento de las enfermedades del alto costo en el Sistema de seguridad Social, es la respuesta técnica prevista por los legisladores y técnicos, frente a los cambios presentados, en el incremento de la cobertura, la mayor oferta de los servicios de salud con calidad, expectativa de aumento de vida de los afiliados por lo que fue necesario contemplar un mecanismo de protección para las entidades encargadas de administrar el aseguramiento de los regímenes.

Para brindar seguridad a los usuarios en salud y reafirmar el aseguramiento, la Ley 100 de 1993 consagró en el artículo 162 parágrafo 4, la figura del reaseguro para las enfermedades de alto costo como norma obligatoria para proteger el

patrimonio del sistema de seguridad social en salud. También es importante recalcar que la Ley 647 de 2001 que reglamenta el Sistema de Seguridad Social de las Universidades Públicas u Oficiales en su literal d) nos remite al plan de beneficios de la ley 100 de 1993, por lo que es una obligación para la Caja la obtención y manejo de este tipo de pólizas. Más aun cuando al Acogerse plenamente a esta ley la Caja no compensa al FOSYGA.

La suscripción de la póliza busca sumar esfuerzos técnicos y administrativos entre las Universidades y los demás actores del Sistema para promover la gestión de riesgos y la generación de resultados en salud para disminuir la tendencia de los eventos de Alto Costo, estabilizar la variabilidad en sus manejos, asegurar la calidad técnico-científica y disminuir el impacto de la carga de enfermedad actual, mediante diversos mecanismos, además con la adquisición de esta se busca:

- Cubrir el detrimento patrimonial, derivado del mayor gasto por atención de pacientes afectados con patologías de Alto Costo.
- Ofrecer protección a mayor desviación.
- Obrar de manera previsiva para que los intereses de la Caja se salvaguarden con los mecanismos de aseguramiento.

La Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena, ha suscrito pólizas para enfermedades de alto costo con la compañía de seguros Q.B.E S.A, y con intermediario de seguros Delima Marsh, con las siguientes condiciones:

DESCRIPCION	2008 - 2009	2010
Valor Prima	\$ 8.598	\$ 5.852
Deducible	\$ 30.000.000	\$ 40.000.000
Limite Asegurado	\$ 200.000.000	200.000.000
Valor Promedio Mes	\$ 25.000.000	\$ 17.000.000

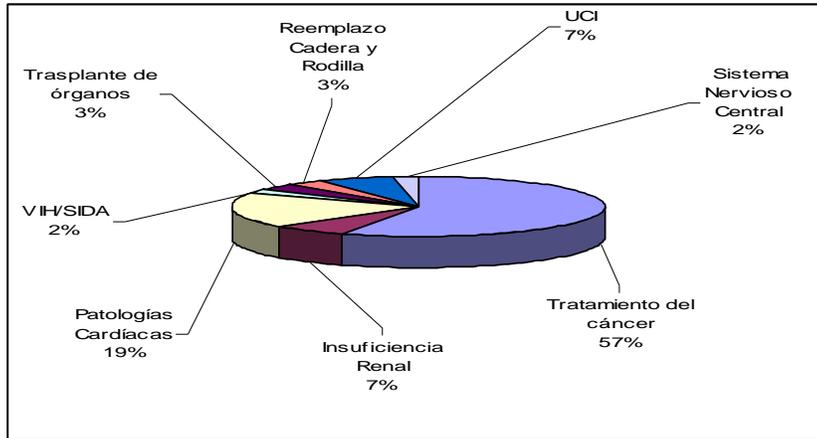
En total se han presentado 90 siniestros durante la vigencia de las dos pólizas discriminadas así:

TABLA No. 12 AVISOS PRESENTADOS A 31 DE OCTUBRE DE 2010

PATOLOGIA	EVENTO	PORCENTUAL
Tratamiento del cáncer	51	57%
Insuficiencia Renal	6	7%
Patologías Cardíacas	17	19%
Tratamiento del VIH/SIDA	2	2%
Trasplante de órganos	3	3%
Reemplazo Cadera y Rodilla	3	3%
UCI	6	7%
Patologías Sistema Nervioso Central	2	2%
TOTAL	90	100%

Existe una marcada incidencia de las patologías de cáncer con un 57% y patologías cardíacas con un 19%, condición que es igual en el sistema de seguridad social en salud y en los fondos de salud de las Universidades públicas u oficiales, denotados en el siguiente grafico:

GRAFICO No. 5 AVISOS PRESENTADOS



RECLAMACIONES: La ejecución de la póliza se encuentra dentro de las expectativas de la entidad, toda vez que hemos logrado garantizar el aseguramiento de la severidad, nuestra entidad ha sido una de las que más reclamos hemos presentado, por lo que nos fue reconocida por la firma Q.B.E, el 3% de las primas pagadas para apoyar los programas de promoción y prevención institucional

TABLA No.13 CONSOLIDADO DE RECLAMACIONES Octubre 31 de 2010

CONCEPTO	CANTIDAD	VALOR
Reclamos Presentados	12	771.914.735
Reclamos Pagados	10	282.355.065
Reclamos Pendiente de pago	3	70.902.297
Reclamos Negados	1	42.637.230
Reclamos con glosas u objeciones	7	179.234.948
Deducible aplicado	10	300.000.000
Reclamos P y P	1	11.190.350
TOTALES	44	1.658.234.625

Si bien el informe recibido sobre las pólizas de alto costo colectiva en el sistema universitario de salud genera confianza, es menester evaluar la situación de dichos recobros en términos beneficio/costo toda vez que no vimos claridad en los procesos de gestión y quedan muchos interrogantes inherentes a lo costo/efectivo y manejo de altas glosas que se han surtido y que desaceleran la realidad económica de dichos procesos sobre todo en el cumplimiento de los pagos y por ende es menester hacer un estudio juicioso de estos seguros dado la siniestralidad de enfermedades catastróficas que genera el perfil epidemiológico de los afiliados de la Caja que cada día es creciente en este sentido. Tampoco estamos de acuerdo en que la renovación del contrato se le presenta a la gerencia dos días ante de su vencimiento, lo cual no permite tiempo del análisis correspondientes.

5.5.2 INFORME DE COSTO ASISTENCIALES

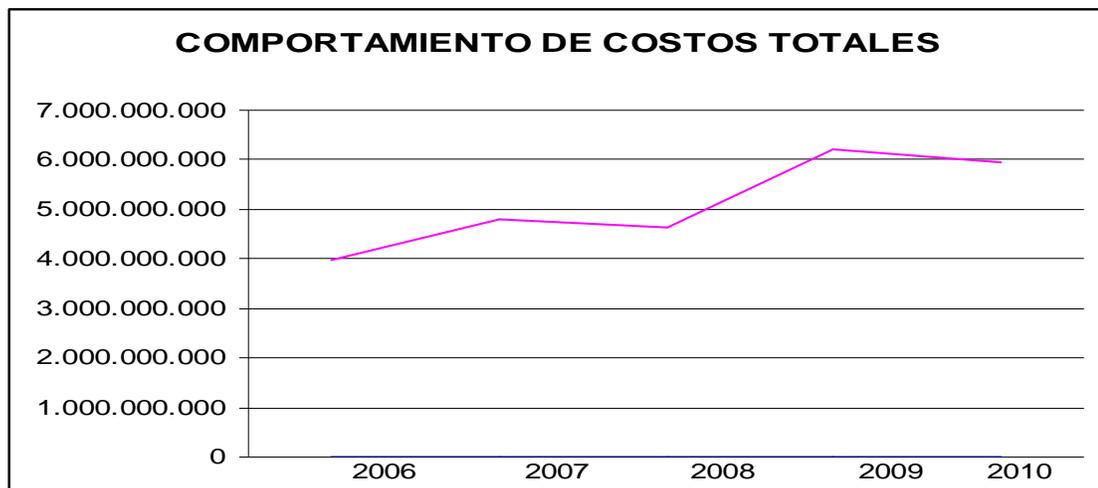
Los costos asistenciales de la Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena, han sufrido un incremento significativo en los últimos años, aproximadamente de un 35% con respecto a los del año 2006, los cuales han impactado la estructura financiera de la entidad, para el análisis en mención y a fin de tener información homogénea la administración anterior nos entrega estas proyecciones de los costos correspondientes al año 2010 hasta el mes diciembre de 2010.

Tabla No. 14 COMPORTAMIENTO PROYECTADO DE COSTOS ASISTENCIALES

AÑO	2006	2007	2008	2009	2010
COSTOS	3.981.499.420	4.790.472.651	4.624.740.881	6.220.823.344	5.960.964.392

En este comportamiento inciden los costos de Hospitalización los cuales ascienden en promedio a \$ 1.399.506.759 y con tendencia a aumentar, seguido del rubro de Medicamentos el cual su costo promedio año es de \$ 2.232.179.424; los Servicios de Apoyo diagnóstico y terapéutico, en promedio suman \$ 1.134.792.490.

GRAFICO No. 6 Comportamiento de costos totales



Se encontraron en la oficina de auditoría un representativo numero de cuentas represadas y un gran número de cuentas medicas sin la ejecución de una auditoria minuciosa que permita generar confianza en los datos recibidos y sobre todo cuentas en trámite sin disponibilidad presupuestal especifica que nos den una realidad del saldo acumulado de costos del 2010.

5.5.3 SITUACION COSTO MEDICAMENTOS

Es el rubro que más impacta los costos asistenciales, ha mantenido un costo cambiante en los últimos años, siendo el año 2008 el de mayor impacto con \$ 2.643.603.249 que representó un 57% de los costos totales de ese periodo. En promedio los costos de medicamentos asciende anualmente a \$ 2.232.179.423,00 lo que representa un costo promedio por usuario año de un valor de \$ 740.112. esta situación es generada por la dispensación de medicamentos no POS.

Tabla No. 15 Costos Medicamentos

AÑO	2006	2007	2008	2009	2010
Medicamento	1.851.020.912	2.332.413.245	2.643.603.249	2.221.167.509	2.112.692.205

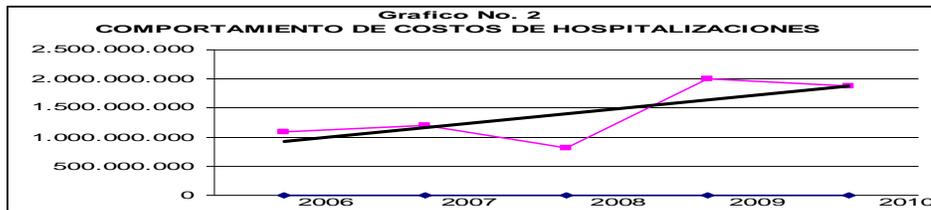
En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, régimen contributivo el costo de los medicamentos en promedio representa el 27.2% del total de la UPC la cual asciende para la presente vigencia a \$ 485.013,60 por lo que destinan por usuario año en medicamento sólo \$132.408 en promedio por usuarios según datos de la ACEMI.

Se detecto al recibo de la entidad; una Mala concepción del proceso de suministro de medicamentos genéricos versus comerciales que incide en el proceso costo/efectivo de la atención, además de visos de mala utilización de manejo de formulas y entrega en algunos casos específicos y el promedio de cumplimiento de entrega de pendientes, los cuales esta administración recibe en más de \$300 millones el costo sin solucionar con oportunidad; es de más de 30 días para entregar al usuario, lo que es altamente preocupante y la causa principal de la insatisfacción de los mismos.

5.5.4 SITUACION COSTOS DE HOSPITALIZACIONES

Es el segundo ítem en relevancia que incide en los costos asistenciales, con un promedio de costo anual de \$ 1.399.506.759, siendo el año 2009 el de mayor impacto con \$ 2.009.412.177, en la presente vigencia se ha presentado incremento significativo y con la proyección realizada llegaría a \$ 1.876.234.690.

Grafico No. 7 Situación de las Hospitalizaciones



Los costos por hospitalizaciones presentan una tendencia al alza, que debe ser intervenida para disminuir los costos asistenciales. Se pudo observar que estos no tienen control alguno en la red prestadora de servicios por falta de una eficiente Auditoria Concurrente y una Auditoria medica de cuentas que cumpla en forma eficiente con los tiempos de las cuentas medicas y los análisis de pertinencia en la atención en salud a los afiliados.

Tabla No 16 Situación Costo de Hospitalizaciones

AÑO	2006	2007	2008	2009	2010
Hospitalización	1.088.281.732	1.205.292.321	818.312.877	2.009.412.177	1.876.234.690

5.5.5 ANALISIS DE ÓRDENES MÉDICAS

Con relación a los costos institucionales correspondientes a las órdenes médicas emitidas, acumulados a 31 de Octubre de 2010, estas ascienden a \$1.359.794.810 pesos, correspondientes a 16.578 ordenes, frente al mismo periodo del año 2009, se presenta una variación del 11% en cuanto al valor de las ordenes emitidas, el cual es elevado teniendo en cuenta el incremento de las tarifas para la presente vigencia que fue de 3.64% (IPC).

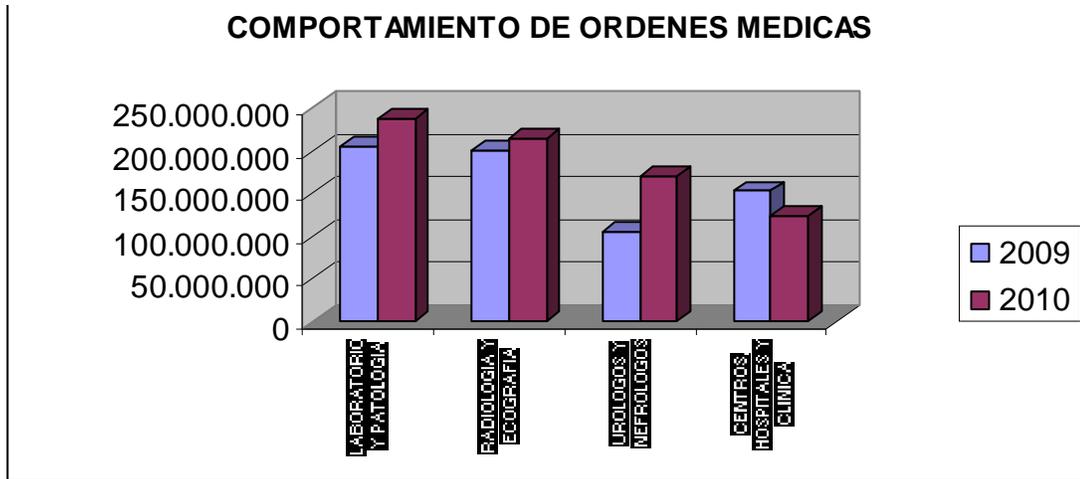
**TABLA No. 17 COMPORTAMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS
A OCTUBRE 2009 VS 2010**

2009	2010	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION PORCENTUAL. %
\$ 1.215.516.638	\$ 1.359.794.810	\$ 144.280.182	11%
15.495	16.578	1.083	9.5%
\$ 121.551.664	\$ 135.979.682	\$ 14.428.018	11%
1.539	1.645	106	7%

Fuente SIAU CAJAPREUDEC 2010

El costo total de las Órdenes medicas emitidas es impactado especialmente por Laboratorios Clínicos y Patología con un 17.5% equivalente a \$ 237.474.928, seguido de Radiología y ecografías con \$ 213.334.918 con un 15.7% de participación, es representativo el costo de Urología y Nefrología en el presente año, el cual asciende a \$170.792.072 que representan un 12.67% del total, en el cuarto lugar tenemos Centros, Hospitales y Clínica con \$ 123.737.214 con 9.1% del total. En términos promedios en estos cuatro ítems representa más del 50% de órdenes expedidas a la fecha.

GRAFICO No. 8 comportamiento ordenes medicas



Fuente: División de Salud - 2010

Son representativas las variaciones presentadas en los servicios de Oncología, Urología y Nefrología, Odontología y Ortopedia con el mismo periodo del año 2009, las cuales superan los indicadores promedio del incremento.

Tabla No.18 VARIACION EN ORDENES DE SERVICIOS A OCTUBRE

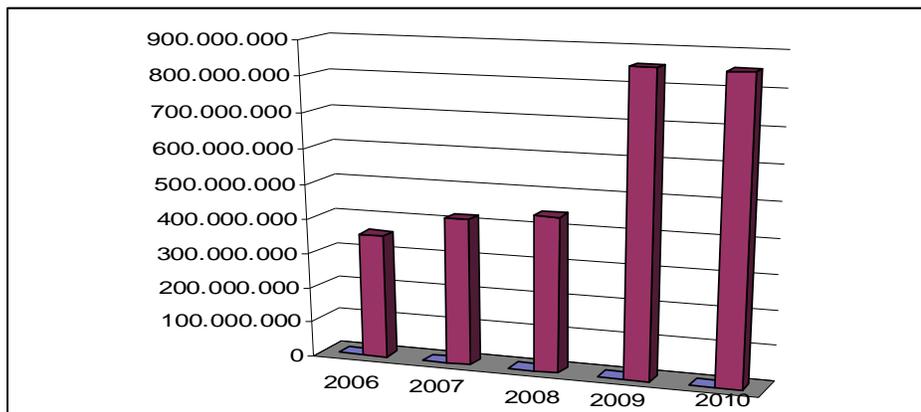
SERVICIO	2009	2010	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION PROCENTUAL%
ONCOLOGIA	14.998.920	29.364.356	14.365.436	49%
UROLOGOS Y NEFROLOGOS	104.754.008	170.792.072	66.038.064	39%
ODONTOLOGIA	48.001.156	73.638.688	25.637.532	35%
ORTOPEDIA	19.390.392	28.690.998	9.300.606	32%

Para el caso de Oncología esta guarda relación con el número de pacientes con patología de cáncer que poseemos a la fecha, los cuales asciende a 43 pacientes, los costos correspondientes a Oncología no incluyen los medicamentos formulados. Urología y Nefrología esta impactado por los pacientes de Insuficiencia renal Crónica (servicio de Hemodiálisis) y los tratamientos médicos de los usuarios con cáncer de Próstata.

5.5.6 SITUACION COSTOS DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS Y TRATAMIENTO

En términos porcentuales es uno de los rubros que más ha crecido, más de un 100%, en el 2006 el costo ascendía a \$356.689.835 y se encuentra proyectado para el 2010 un costo por valor de \$ 853.063.605, el costo promedio de los últimos 5 años asciende \$ 586.003.137.

Grafico No. 9 Comportamiento servicio de complementario y tratamiento



Fuente: Oficina de Sistemas 2010

5.6 ANÁLISIS DE LA CARTERA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La cartera por pagar de la Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena a 31 de Octubre de 2010 asciende a \$ 2.472.162.187, lo que representa un 47% del total del Activo de la entidad en la fecha analizada. El 80% de la cartera está representada por los ítems de Hospitalización, Médicos Especialista y Medicamentos. los ítems que corresponden a la actividad principal de la entidad como lo es el aseguramiento en salud. La cartera de la entidad es

relativamente nueva el 64.4% de la misma se encuentra vencida a menos de 60 días, lo cual corresponde a los servicios prestados en el último trimestre.

Tabla No. 19 Cartera por Tipo de Proveedor

TIPO PROVEEDOR	TOTAL	%
ASEO	140.000	0,01%
COMPLEMENTARIOS	17.662.187	0,71%
FISIOTERAPIA	20.655.797	0,84%
HOSPITALIZACION	753.801.074	30,49%
IMÁGENES Y RADIOLOGIA	169.705.897	6,86%
INSUMOS	5.562.607	0,23%
LABORATORIO CLINICO	169.397.105	6,85%
MANTENIMIENTO	418.791	0,02%
MAT, MEDICO QUIRURGICO	25.384.284	1,03%
MEDICOS ESPECIALISTA	651.335.548	26,35%
MEDICAMENTOS	569.132.091	23,02%
ODONTOLOGIA	18.153.360	0,73%
OPTICAS	18.024.295	0,73%
OTROS	139.819	0,01%
RUS	49.074.508	1,99%
SERV TECNICOS	3.574.824	0,14%
TOTAL	2.472.162.187	100%

Fuente: Unidad contable 2010

En primer lugar en las cuentas por pagar tenemos el rubro de hospitalización \$ 753.801.074 con un 30.49% de participación, lo cual guarda relación con los costos asistenciales, seguido por médicos especialista con un 26.35% de participación del total, es uno de los ítems que más antigüedad tiene en el cuadro de edades, en el cual el 40% de la misma es mayor a 120 días de antigüedad.

El rubro de medicamentos representa el 23.02% del total de la cartera en relación al total, así mismo el 83% de la misma se encuentra concentrada a menos de 90 días, esto debido a las políticas cobro de los laboratorios farmacéuticos y la negociación nacional conjunta de medicamentos. El cuarto ítem es Imágenes y Radiología el cual asciende a \$ 169.705.897 con una participación del 6.86% del total de la cartera, así mismo el 51% se encuentra mayor a 120 días. Otro de los rubros representativos es Laboratorio clínico que asciende a \$ 169.397.105 el cual presenta una concentración de cartera menor a 90 días del 62% en antigüedad.

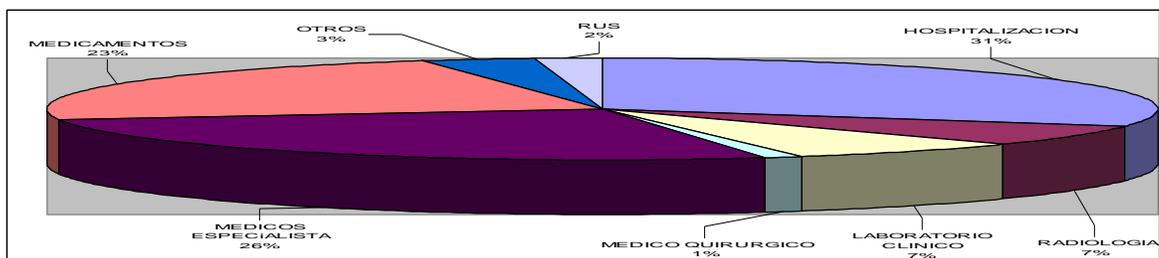
La Cartera vigente y a menos de 30 días representa el 45.4% del total, la cual asciende en este segmento a \$ 1.121.901.512, nuestra entidad el 99% de sus deudas en general no son mayores de un año de antigüedad.

Tabla No. 20 Cuadro de Edades de Cartera

EDAD DE CARTERA	VALOR	PORCENTAJE
VIGENTE	386.599.691,00	16%
1 A 30 DIAS	735.301.821,00	30%
31 A 60 DIAS	470.340.737,00	19%
61 A 90 DIAS	197.746.342,00	8%
91 A 120 DIAS	186.498.118,00	8%
121 A 180 DIAS	176.991.392,00	7%
180 A 360 DIAS	303.975.065,00	12%
MAS DE 1 AÑO	14.709.021,00	1%
TOTAL	2.472.162.187,00	100%

Las cuentas por pagar diferentes a prestación de servicios médicos no son representativas sólo alcanza el 0.5% del total de las cuentas por pagar y ascienden a \$ 9.836.041.

Gráfico No. 10 CARTERA ACUMULADA POR TIPO DE PROVEEDOR



En virtud de que han venido apareciendo cuentas sin disponibilidad presupuestal, y no existe conciliación de saldos, ni conciliación de pagos con los distintos proveedores, que permita depurar la situación real el informe de cartera lo recibimos como provisional y no confiable.

5.7 EVALUACION ESTADOS FINANCIEROS RESTROSPECTIVO DICIEMBRE 31 DE 2006 A AGOSTO 30 DE 2010

5.7.1 ESTRUCTURA DE LOS ESTADOS FINANCIEROS

BALANCE GENERAL (Diciembre 2006 – Agosto 30 de 2010)

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010
Efectivo	1.566.487,00	1.678.343,00	689.674,00	1.072.934,00	1.690.671,00
Banco	195.049.895,20	70.422.817,02	400.481.274,50	694.587.691,68	4.058.805,48
Deudores	5.317.242.026,92	4.888.407.116,92	4.161.219.604,92	2.323.377.468,92	2.466.879.750,92
Provision Para Deudores	-306.101.682,00	-239.948.083,00	0,00	0,00	0,00
Avances y Anticipos Entregados	13.764.709,00	7.000.000,00	117.250.000,00	11.970.000,00	20.020.708,00
Otros Deudores	134.935.789,11	250.881.502,11	34.511.741,00	39.439.800,00	39.998.443,00
Inventario Medicamentos	449.626.389,49	328.318.991,96	251.418.984,96	396.766.119,16	285.885.153,34
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	5.806.083.614,72	5.306.760.688	4.965.571.279	3.467.214.014	2.818.533.532
Edificaciones	211.217.622,00	211.217.622,00	266.820.805,00	266.820.805,00	266.820.805,00
Terrrenos	267.228.900,00	267.228.900,00	267.228.900,00	267.228.900,00	267.228.900,00
Consultorios - Oficinas	55.603.183,00	55.603.183,00	0,00	0,00	0,00
Equipo Cientifico	69.818.028,00	73.799.848,00	74.539.848,00	77.531.648,00	78.032.647,00
Mueble y Enseres de Oficina	93.717.144,00	111.952.744,00	124.102.969,00	132.615.427,00	139.518.896,00
Equipos de Computacion y Com	168.059.742,66	161.777.193,00	175.132.739,00	180.826.735,00	181.006.735,00
Redes, Lineas y Cables	0,00	0,00	0,00	3.057.549,66	3.057.549,66
Sub-Total	865.644.619,66	881.579.490,00	907.825.261,00	928.081.064,66	935.665.532,66
(-) Depreciacion Acumulada	350.454.932,00	397.618.936,00	438.888.165,00	481.865.524,00	499.984.260,00
Total Propiedad Planta y Equipos	515.189.687,66	483.960.554,00	468.937.096,00	446.215.540,66	435.681.272,66
Intangibles	0,00	12.557.549,00	3.057.549,66	0,00	0,00
Valorizaciones	0,00	0,00	2.140.440.637,00	2.140.440.637,00	2.140.440.637,00
Total Otros Activos	0,00	12.557.549,00	2.143.498.186,66	2.140.440.637,00	2.140.440.637,00
TOTAL ACTIVOS NO CORRIENTE	515.189.687,66	496.518.103,00	2.612.435.282,66	2.586.656.177,66	2.576.121.909,66
ACTIVOS TOTALES	6.321.273.302,38	5.803.278.791,01	7.578.006.562,04	6.053.870.191,42	5.394.655.441,40
Proveedores	910.529.648	1.435.558.318	1.526.499.615	1.574.027.399	1.976.803.763
Acreedores	36.457.620	31.337.656	40.671.716	51.512.981	58.199.556
Retefuente por Pagar	18.938.223	15.365.191	16.776.685	10.964.967	18.015.970
Giros y Compensaciones	3.169.596.972	3.137.565.131	2.697.565.131	1.017.062.756	0
Provision Prestaciones Sociales	80.422.097	82.130.341	84.447.645	85.666.570	73.452.026
TOTAL PASIVO CORRIENTE	4.215.944.561	4.701.956.638	4.365.960.792	2.739.234.674	2.126.471.315
PASIVOS TOTALES	4.215.944.561	4.701.956.638	4.365.960.792	2.739.234.674	2.126.471.315
Capital Fiscal	63.723.046	63.723.046	63.723.046	63.723.046	63.723.046
Resultado del Ejercicio	6.676.069	-956.683.497	5.025.852	20.523.784	-46.451.391
Excedentes Ejercicios Anteriores	2.213.709.409	2.220.385.477	2.220.385.477	2.225.411.330	2.245.935.114
Deficit Acumulado	-178.779.782	-178.779.782	-1.135.463.279	-1.135.463.279	-1.135.463.279
Superavit Por Valorizacion	0	0	2.140.440.637	2.140.440.637	2.140.440.637
Depreciaciones		-47.323.091	-82.065.964	0	0
TOTAL PATRIMONIO	2.105.328.742	1.101.322.153	3.212.045.769	3.314.635.518	3.268.184.127
PASIVO + PATRIMONIO	6.321.273.302	5.803.278.791	7.578.006.562	6.053.870.191	5.394.655.442

5.7.2 ANALISIS HORIZONTAL DEL BALANCE

Concepto	2006	2007	VAR%	2008	VAR%	2009	VAR%	2010	VAR%
Efectivo	1.566.487,00	1.678.343,00	7%	689.674,00	-59%	1.072.934,00	56%	1.690.671,00	58%
Banco	195.049.895,20	70.422.817,02	-64%	400.481.274,50	469%	694.587.691,68	73%	4.058.805,48	-99%
Deudores	5.317.242.026,92	4.888.407.116,92	-8%	4.161.219.604,92	-15%	2.323.377.468,92	-44%	2.466.879.750,92	6%
Provision Para Deudores	-306.101.682,00	-239.948.083,00	-22%	0,00	-100%	0,00		0,00	
Otros Deudores	134.935.789,11	250.881.502,11	86%	34.511.741,00	-86%	39.439.800,00	14%	39.998.443,00	1%
Inventario Medicamentos	449.626.389,49	328.318.991,96	-27%	251.418.984,96	-23%	396.766.119,16	58%	285.885.153,34	-28%
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	5.806.083.614,72	5.306.760.688	-9%	4.965.571.279	-6%	3.467.214.014	-30%	2.818.533.532	-19%
Edificaciones	211.217.622,00	211.217.622,00	0%	266.820.805,00	26%	266.820.805,00	0%	266.820.805,00	0%
Terreros	267.228.900,00	267.228.900,00	0%	267.228.900,00	0%	267.228.900,00	0%	267.228.900,00	0%
Consultorios - Oficinas	55.603.183,00	55.603.183,00	0%	0,00	-100%	0,00		0,00	
Equipo Científico	69.818.028,00	73.799.848,00	6%	74.539.848,00	1%	77.531.648,00	4%	78.032.647,00	1%
Mueble y Enseres de Oficina	93.717.144,00	111.952.744,00	19%	124.102.969,00	11%	132.615.427,00	7%	139.518.896,00	5%
Equipos de Computacion y Com	168.059.742,66	161.777.193,00	-4%	175.132.739,00	8%	180.826.735,00	3%	181.006.735,00	0%
Redes, Lineas y Cables	0,00	0,00		0,00		3.057.549,66		3.057.549,66	0%
Sub-Total	865.644.619,66	881.579.490,00	2%	907.825.261,00	3%	928.081.064,66	2%	935.665.532,66	1%
(-) Depreciacion Acumulada	350.454.932,00	397.618.936,00	13%	438.888.165,00	10%	481.865.524,00	10%	499.984.260,00	4%
Total Propiedad Planta y Equipos	515.189.687,66	483.960.554,00	-6%	468.937.096,00	-3%	446.215.540,66	-5%	435.681.272,66	-2%
Intangibles	0,00	12.557.549,00		3.057.549,66	-76%	0,00	-100%	0,00	
Valorizaciones	0,00	0,00		2.140.440.637,00		2.140.440.637,00	0%	2.140.440.637,00	0%
Total Otros Activos	0,00	12.557.549,00		2.143.498.186,66	16969%	2.140.440.637,00	0%	2.140.440.637,00	0%
TOTAL ACTIVOS NO CORRIENTE	515.189.687,66	496.518.103,00	-4%	2.612.435.282,66	426%	2.586.656.177,66	-1%	2.576.121.909,66	0%
ACTIVOS TOTALES	6.321.273.302,38	5.803.278.791,01	-8%	7.578.006.562,04	31%	6.053.870.191,42	-20%	5.394.655.441,40	-11%
Proveedores	910.529.648	1.435.558.318	58%	1.526.499.615	6%	1.574.027.399	3%	1.976.803.763	26%
Acreedores	36.457.620	31.337.656	-14%	40.671.716	30%	51.512.981	27%	58.199.556	13%
Retefuente por Pagar	18.938.223	15.365.191	-19%	16.776.685	9%	10.964.967	-35%	18.015.970	64%
Giros y Compensaciones	3.169.596.972	3.137.565.131	-1%	2.697.565.131	-14%	1.017.062.756	-62%	0	-100%
Provision Prestaciones Sociales	80.422.097	82.130.341	2%	84.447.645	3%	85.666.570	1%	73.452.026	-14%
TOTAL PASIVO CORRIENTE	4.215.944.561	4.701.956.638	12%	4.365.960.792	-7%	2.739.234.674	-37%	2.126.471.315	-22%
PASIVOS TOTALES	4.215.944.561	4.701.956.638	12%	4.365.960.792	-7%	2.739.234.674	-37%	2.126.471.315	-22%
Capital Fiscal	63.723.046	63.723.046	0%	63.723.046	0%	63.723.046	0%	63.723.046	0%
Resultado del Ejercicio	6.676.069	-956.683.497	-14430%	5.025.852	-101%	20.523.784	308%	-46.451.391	-326%
Excedentes Ejercicios Anteriores	2.213.709.409	2.220.385.477	0%	2.220.385.477	0%	2.225.411.330	0%	2.245.935.114	1%
Deficit Acumulado	-178.779.782	-178.779.782	0%	-1.135.463.279	535%	-1.135.463.279	0%	-1.135.463.279	0%
Superavit Por Valorizacion	0	0		2.140.440.637		2.140.440.637	0%	2.140.440.637	0%
Depreciaciones		-47.323.091		-82.065.964	73%	0	-100%	0	
TOTAL PATRIMONIO	2.105.328.742	1.101.322.153	-48%	3.212.045.769	192%	3.314.635.518	3%	3.268.184.127	-1%
PASIVO + PATRIMONIO	6.321.273.302	5.803.278.791	-8%	7.578.006.562	31%	6.053.870.191	-20%	5.394.655.442	-11%

ANALISIS: El total de activos corrientes en el periodo analizado ha venido decreciendo representativamente, pasando de \$5.800 millones en el 2006 a \$2.800 millones en el 2010, lo que indica que ha tenido una disminución del 9% en el 2007 con respecto al 2006, - 6% en el 2008 y su descenso más importante es en el 2009 en un 30% de disminución, situándose en la presente vigencia con una disminución del 19%.

Lo anterior obedece a que la cuenta DEUDORES O CUENTAS POR COBRAR de la CAJA ha tenido una desaceleración importante en el periodo analizado de

\$5.300 millones en el 2006 a \$2.400 millones en el 2010, donde se desacelera en forma más representativa en el 2009 en un (44%) en el 2009 con respecto al 2008.

Lo anterior refleja menos capacidad de maniobra en la solvencia y liquidez en el ciclo de caja

De igual manera Los pasivos corrientes aumentan el 12% en el 2007 con respecto al 2006 y disminuyen en un 7%; 37 y 22% en los años subsiguientes.

ANALISIS VERTICAL DEL BALANCE

Concepto	2006	PART%	2007	PART%	2008	PART%	2009	PART%	2010	PART%
Efectivo	1.566.487,00	0%	1.678.343,00	0%	689.674,00	0%	1.072.934,00	0%	1.690.671,00	0%
Banco	195.049.895,20	3%	70.422.817,02	1%	400.481.274,50	8%	694.587.691,68	20%	4.058.805,48	0%
Deudores	5.317.242.026,92		4.888.407.116,92		4.161.219.604,92		2.323.377.468,92		2.466.879.750,92	
Provision Para Deudores	-306.101.682,00		-239.948.083,00		0,00		0,00		0,00	
Deudore netos	5.011.140.344,92	86%	4.648.459.033,92	88%	4.161.219.604,92	84%	2.323.377.468,92	67%	2.466.879.750,92	88%
Avances y Anticipos Entregados	13.764.709,00	0%	7.000.000,00	0%	117.250.000,00	2%	11.970.000,00	0%	20.020.708,00	1%
Otros Deudores	134.935.789,11	2%	250.881.502,11	5%	34.511.741,00	1%	39.439.800,00	1%	39.998.443,00	1%
Inventario Medicamentos	449.626.389,49	8%	328.318.991,96	6%	251.418.984,96	5%	396.766.119,16	11%	285.885.153,34	10%
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	5.806.083.614,72	92%	5.306.760.688,01	91%	4.965.571.279,38	66%	3.467.214.013,76	57%	2.818.533.531,74	52%
Edificaciones	211.217.622,00	24%	211.217.622,00	24%	266.820.805,00	29%	266.820.805,00	29%	266.820.805,00	29%
Terrenos	267.228.900,00	31%	267.228.900,00	30%	267.228.900,00	29%	267.228.900,00	29%	267.228.900,00	29%
Consultorios - Oficinas	55.603.183,00	6%	55.603.183,00	6%	0,00	0%	0,00	0%	0,00	0%
Equipo Científico	69.818.028,00	8%	73.799.848,00	8%	74.539.848,00	8%	77.531.648,00	8%	78.032.647,00	8%
Mueble y Enseres de Oficina	93.717.144,00	11%	111.952.744,00	13%	124.102.969,00	14%	132.615.427,00	14%	139.518.896,00	15%
Equipos de Computacion y Com	168.059.742,66	19%	161.777.193,00	18%	175.132.739,00	19%	180.826.735,00	19%	181.006.735,00	19%
Redes, Líneas y Cables	0,00		0,00		0,00		3.057.549,66		3.057.549,66	
Sub-Total	865.644.619,66	100%	881.579.490,00	100%	907.825.261,00	100%	928.081.064,66	100%	935.665.532,66	100%
(-) Depreciación Acumulada	350.454.932,00	68%	397.618.936,00	82%	438.888.165,00	94%	481.865.524,00	108%	499.984.260,00	115%
Total Propiedad Planta y Equipos	515.189.687,66	100%	483.960.554,00	97%	468.937.096,00	18%	446.215.540,66	17%	435.681.272,66	17%
Intangibles	0,00	0,00	12.557.549,00	0,03	3.057.549,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valorizaciones	0,00	0,00	0,00	0,00	2.140.440.637,00	0,82	2.140.440.637,00	0,83	2.140.440.637,00	0,83
Total Otros Activos	0,00	0,00	12.557.549,00	0,03	2.143.498.186,66	0,82	2.140.440.637,00	0,83	2.140.440.637,00	0,83
TOTAL ACTIVOS NO CORRIENTE	515.189.687,66	8%	496.518.103,00	9%	2.612.435.282,66	34%	2.586.656.177,66	43%	2.576.121.909,66	48%
ACTIVOS TOTALES	6.321.273.302,38	100%	5.803.278.791,01	100%	7.578.006.562,04	100%	6.053.870.191,42	100%	5.394.655.441,40	100%
Proveedores	910.529.648	22%	1.435.558.318	31%	1.526.499.615	35%	1.574.027.399	57%	1.976.803.763	93%
Acreedores	36.457.620	1%	31.337.656	1%	40.671.716	1%	51.512.981	2%	58.199.556	3%
Retefuente por Pagar	18.938.223	0%	15.365.191	0%	16.776.685	0%	10.964.967	0%	18.015.970	1%
Giros y Compensaciones	3.169.596.972	75%	3.137.565.131	67%	2.697.565.131	62%	1.017.062.756	37%	0	0%
Provision Prestaciones Sociales	80.422.097	2%	82.130.341	2%	84.447.645	2%	85.666.570	3%	73.452.026	3%
TOTAL PASIVO CORRIENTE	4.215.944.561	100%	4.701.956.638	100%	4.365.960.792	100%	2.739.234.674	100%	2.126.471.315	100%
PASIVOS TOTALES	4.215.944.561	67%	4.701.956.638	81%	4.365.960.792	58%	2.739.234.674	45%	2.126.471.315	39%
Capital Fiscal	63.723.046	3%	63.723.046	6%	63.723.046	2%	63.723.046	2%	63.723.046	2%
Resultado del Ejercicio	6.676.069	0%	-956.683.497	-87%	5.025.852	0%	20.523.784	1%	-46.451.391	-1%
Excedentes Ejercicios Anteriores	2.213.709.409	105%	2.220.385.477	202%	2.220.385.477	69%	2.225.411.330	67%	2.245.935.114	69%
Deficit Acumulado	-178.779.782	-8%	-178.779.782	-16%	-1.135.463.279	-35%	-1.135.463.279	-34%	-1.135.463.279	-35%
Superavit Por Valorización	0	0%	0	0%	2.140.440.637	67%	2.140.440.637	65%	2.140.440.637	65%
Depreciaciones		0%	-47.323.091	-4%	-82.065.964	-3%	0	0%	0	0%
TOTAL PATRIMONIO	2.105.328.742	33%	1.101.322.153	19%	3.212.045.769	42%	3.314.635.518	55%	3.268.184.127	61%
PASIVO + PATRIMONIO	6.321.273.302	100%	5.803.278.791	100%	7.578.006.562	100%	6.053.870.191	100%	5.394.655.442	100%

ANALISIS: La Cuenta Deudores es el 86% promedio de los activos corrientes; mientras la cuenta proveedores paso en el 2006 de ser el 22% de los activos corrientes a ser el 93% de los mismos en la presente vigencia.

ESTADOS DE ACTIVIDAD ECONOMICA Y FINANCIERA

CONCEPTOS	2006	2007	2008	2009	2010
INGRESOS OPERACIONALES					
APORTES SALUD					
Cotizaciones Unicar.Empl.Jub.	4.139.453.786	4.180.562.880	4.464.119.371	4.822.330.471	3.257.227.018
Cuota Moderadora Reg.Contribub	483.012.921	418.208.921	424.661.026	484.173.272	293.553.251
Cuota de Inscripcion y Afiliac.Reg.C	477.007.628	360.120.993	302.919.259	843.856.619	75.034.151
Prestacion Servicios Persona Fuera S	80.458.496	36.923.640	23.062.840	21.396.966	13.214.296
Recobro Empleadores	657.018.462	256.057.658	563.447.049	550.078.623	409.205.689
Otros Ing. Por Admon Reg.S.S.	16.316.731	34.262.127	19.545.930	66.696.641	25.742.566
Sub-Total	5.853.268.024	5.286.136.219	5.797.755.475	6.788.532.592	4.073.976.971
FINANCIEROS INTERESES					
Intereses	7.691.435	36.294.191	15.937.562	20.407.908	2.591.290
Servicios Medicos	5.901.554	2.305.438	0	0	0
Sobrantes	0	28.142.067	0	0	0
Recuperaciones	31.166.122	40.848.675	17.967.024	167.833.290	91.486.595
Ajustes Ejerc.Años Anteriores	0	42.008.386	725.131.275	1.684.188.405	1.018.673.223
Sub-Total	44.759.111	149.598.757	759.035.861	1.872.429.603	1.112.751.108
TOTAL INGRESOS	5.898.027.135	5.435.734.976	6.556.791.336	8.660.962.194,61	5.186.728.079
GASTOS DE ADMINISTRACION					
Servicios Generales					
Sueldos y Salarios	989.209.713	1.038.415.405	1.178.352.383	1.344.054.829	924.412.668
Contribuciones Imputadas	14.934.504	12.285.130	4.746.640	1.186.660	0
Contribuciones Efectivas	160.247.910	180.908.931	203.710.568	253.533.798	178.533.084
Aportes Sobre la Nomina	32.373.926	33.804.503	39.708.825	48.338.898	32.705.248
Generales	307.646.648	299.828.111	395.045.664	761.243.278	393.252.005
Sub-Total	1.504.412.701	1.565.242.080	1.821.564.080,14	2.408.357.463,00	1.528.903.005,00
Aportes FOSIGA	397.730.000	11.914.259	1.558.744	0	0
Medicos Drogas y Afiliados	2.815.794.507	3.258.344.220	3.051.864.024	4.024.654.078	2.419.223.405
Medicos Drogas y Beneficiarios	1.060.335.177	1.444.499.542	1.514.478.376	2.132.376.625	1.195.120.398
Medicos Drogas Estudiantes	3.514.588	2.871.848	0	0	0
Medicos Drogas Unicordoba	25.265.823	24.384.113	27.699.208	31.178.212	21.675.632
Medicos Drogas Uninacional	7.309.175	10.607.552	7.334.384	10.277.795	7.998.362
Medicos Drogas Uniatlantico	13.141.159	7.933.291	6.517.162	4.283.113	3.113.906
Medicos Drogas UniValle	4.245.681	21.003	0	117.531	0
Medicos Drogas UniCauca	1.755.117	212.388	117.912	2.764.747	865.354
Medicos Drogas - Terceros	50.014.093	41.768.693	16.729.815	15.171.243	13.105.795
Medicos Drogas - UPTC	112.500	0	0	0	0
Medicos Drogas - IPS Uniantioquia	11.600	0	0	0	0
Sub-Total	4.379.229.420	4.802.556.909	4.626.299.625,00	6.220.823.344,00	3.661.102.851,82
OTROS GASTOS					
Financieros	7.352.327	7.298.697	18.824.128	11.257.603	8.571.870
Extraordinarios	356.618	17.320.787	0	0	0
Ajustes Ejercicios Anteriores	0	0	85.077.651	0	34.601.744
Sub-Total	7.708.945	24.619.484	103.901.779	11.257.603	43.173.614
TOTAL GASTOS	4.392.839.919	4.829.481.831	4.730.201.404	6.232.080.947	3.704.276.466
EXCEDENTE DEL EJERCICIO	-253.386.133	-648.918.951	-266.082.033	-1.409.750.476	-447.049.448

5.7.3 ANALISIS HORIZONTAL DE LOS ESTADOS DE ACTIVIDAD ECONOMICA Y FINANCIERA

CONCEPTOS	2006	2007	VAR%	2008	VAR%	2009	VAR%	2010	VAR%
INGRESOS OPERACIONALES									
APORTES SALUD									
Cotizaciones Unicar.Empl.Jub.	4.139.453.786	4.180.562.880	1%	4.464.119.371	7%	4.822.330.471	8%	3.257.227.018	-32%
Cuota Moderadora Reg. Contrib.	483.012.921	418.208.921	-13%	424.661.026	2%	484.173.272	14%	293.553.251	-39%
Cuota de Inscripción y Afiliac. Reg. I.	477.007.628	360.120.993	-25%	302.919.259	-16%	843.856.619	179%	75.034.151	-91%
Prestación Servicios Persona Fuera S.	80.458.496	36.923.640	-54%	23.062.840	-38%	21.396.966	-7%	13.214.296	-38%
Recobro Empleadores	657.018.462	256.057.658	-61%	563.447.049	120%	550.078.623	-2%	409.205.689	-26%
Otros Ing. Por Admon Reg S.S.	16.316.731	34.262.127	110%	19.545.930	-43%	66.696.641	241%	25.742.566	-61%
Sub-Total	5.853.268.024	5.286.136.219	-10%	5.797.755.475	10%	6.788.532.592	17%	4.073.976.971	-40%
FINANCIEROS INTERESES									
Intereses	7.691.435	36.294.191	372%	15.937.562	-56%	20.407.908	28%	2.591.290	-87%
Servicios Medicos	5.901.554	2.305.438	-61%	0	-100%	0	0	0	0
Subvenciones	0	28.142.067	0	0	-100%	0	0	0	0
Recuperaciones	31.166.122	40.848.675	31%	17.967.024	-56%	167.833.290	834%	91.486.595	-45%
Ajustes Ejerc. Años Anteriores	0	42.008.386	0	725.131.275	1626%	1.684.188.405	132%	1.018.673.223	-40%
Sub-Total	44.759.111	149.598.757	234%	759.035.861	407%	1.872.429.603	147%	1.112.751.108	-41%
TOTAL INGRESOS	5.898.027.135	5.435.734.976	-8%	6.556.791.336	21%	8.660.962.194,61	32%	5.186.728.079	-40%
GASTOS DE ADMINISTRACION									
Servicios Generales									
Sueldos y Salarios	989.209.713	1.038.415.405	5%	1.178.352.383	13%	1.344.054.829	14%	924.412.668	-31%
Contribuciones Imputadas	14.934.504	12.285.130	-18%	4.746.640	-61%	1.186.660	-75%	0	-100%
Contribuciones Electivas	160.247.910	180.908.931	13%	203.710.568	13%	253.533.798	24%	178.533.084	-30%
Aportes Sobre la Nomina	32.373.926	33.804.503	4%	39.708.825	17%	48.338.898	22%	32.705.248	-32%
Generales	307.646.648	299.828.111	-3%	395.045.664	32%	761.243.278	93%	393.252.005	-48%
Sub-Total	1.504.412.701	1.565.242.080	4%	1.821.564.080,14	16%	2.408.357.463,00	32%	1.528.903.005,00	-37%
Aportes FOSICA									
Medicos Drogas y Afiliados	2.815.794.507	3.258.344.220	16%	3.051.864.024	-6%	4.024.654.078	32%	2.419.223.405	-40%
Medicos Drogas y Beneficiarios	1.060.335.177	1.444.499.542	36%	1.514.478.376	5%	2.132.376.625	41%	1.195.120.398	-44%
Medicos Drogas Estudiantes	3.514.588	2.871.848	-18%	0	-100%	0	0	0	0
Medicos Drogas Unicordoba	25.265.823	24.384.113	-3%	27.699.208	14%	31.178.212	13%	21.675.632	-30%
Medicos Drogas Uninacional	7.309.175	10.607.552	45%	7.334.384	-31%	10.277.795	40%	7.998.362	-22%
Medicos Drogas Uniatlantico	13.141.159	7.933.291	-40%	6.517.162	-18%	4.283.113	-34%	3.113.906	-27%
Medicos Drogas UniValle	4.245.681	21.003	-100%	0	-100%	117.531	0	0	-100%
Medicos Drogas UniCauca	1.755.117	212.388	-88%	117.912	-44%	2.764.747	2245%	865.354	-69%
Medicos Drogas - Terceros	50.014.093	41.768.693	-16%	16.729.815	-60%	15.171.243	-9%	13.105.795	-14%
Medicos Drogas - UPTC	112.500	0	-100%	0	0	0	0	0	0
Medicos Drogas - IPS Uniantioquia	11.600	0	-100%	0	0	0	0	0	0
Sub-Total	4.379.229.420	4.802.556.909	10%	4.626.299.625,00	-4%	6.220.823.344,00	34%	3.661.102.851,82	-41%
OTROS GASTOS									
Financieros	7.352.327	7.298.697	-1%	18.824.128	158%	11.257.603	-40%	8.571.870	-24%
Extraordinarios	356.618	17.320.787	4757%	0	-100%	0	0	0	0
Ajustes Ejercicios Anteriores	0	0	0	85.071.651	0	0	-100%	34.601.744	0
Sub-Total	7.708.945	24.619.484	219%	103.901.779	13%	11.257.603	-89%	43.173.614	284%
TOTAL GASTOS	4.392.839.919	4.829.481.831	10%	4.730.201.404	-2%	6.232.080.947	32%	3.704.276.466	-41%
EXCEDENTE DEL EJERCICIO	-253.386.133	-648.918.951	156%	-266.082.033	-59%	-1.409.750.476	430%	-447.049.448	-68%

ANALISIS: El déficit de los ejercicio ha sido de un 156% de Aumento del 2007 con respecto al 2006 y una disminución de 59% en el 2008; un aumento del 430% en el 2009 y de una disminución del 68% en la presente vigencia. Siempre con cifras en rojo.

5.7.4 ANALISIS VERTICAL DE LOS ESTADOS DE ACTIVIDAD ECONOMICA Y FINANCIERA

CONCEPTOS	2006	PART%	2007	PART%	2008	PART%	2009	PART%	2010	PART%
INGRESOS OPERACIONALES										
Aportes Salud										
Cotizaciones Unicar Empl.Jub.	4.139.453.786	71%	4.180.562.880	79%	4.464.119.371	77%	4.822.330.471	71%	3.257.227.018	80%
Cuota Moderadora Reg.Contribub	483.012.921	8%	418.208.921	8%	424.661.026	7%	484.173.272	7%	293.553.251	7%
Cuota de Inscripción y Afiliac.Reg.C	477.007.628	8%	360.120.993	7%	302.919.259	5%	843.856.619	12%	75.034.151	2%
Prestación Servicios Persona Fuera S.	80.458.496	1%	36.923.640	1%	23.062.840	0%	21.396.966	0%	13.214.296	0%
Recobro Empleados	657.018.462	11%	256.057.658	5%	563.447.049	10%	550.078.623	8%	409.205.889	10%
Otros Ing. Por Admon.Reg.S.S.	16.316.731	0%	34.262.127	1%	19.545.930	0%	66.696.641	1%	25.742.566	1%
Sub-Total	5.853.268.024	99%	5.286.136.219	97%	5.797.755.475	88%	6.788.532.592	78%	4.073.976.971	79%
FINANCIEROS INTERESES										
Intereses	7.691.435	0	36.294.191	0	15.937.562	0	20.407.908	0	2.591.290	0
Servicios Medicos	5.901.554	0	2.305.438	0	0	0	0	0	0	0
Sobrantes	0	0	28.142.067	0	0	0	0	0	0	0
Recuperaciones	31.166.122	1	40.848.675	0	17.967.024	0	167.833.290	0	91.486.595	0
Ajustes Ejerc.Años Anteriores	0	0	42.008.386	0	725.131.275	1	1.684.188.405	1	1.018.673.223	0
Sub-Total	14.359.111	1%	149.598.197	3%	259.033.861	12%	1.872.429.603	22%	11.127.511.008	21%
TOTAL INGRESOS	5.898.027.135	100%	5.435.734.976	100%	6.556.791.336	100%	8.660.962.194,61	100%	5.156.728.079	100%
GASTOS DE ADMINISTRACION										
Servicios Generales										
Sueldos y Salarios	989.209.713	66%	1.038.415.405	66%	1.178.352.383	65%	1.344.054.829	56%	924.412.668	60%
Contribuciones Impucladas	14.934.504	1%	12.285.130	1%	4.748.640	0%	1.188.660	0%	0	0%
Contribuciones Efectivas	160.247.910	11%	180.908.931	12%	203.710.568	11%	253.533.798	11%	178.533.084	12%
Aportes Sobre la Nomina	32.373.926	2%	33.804.503	2%	39.708.825	2%	48.388.898	2%	32.705.248	2%
Generales	307.646.648	20%	299.828.111	19%	395.045.664	22%	761.243.278	22%	393.252.005	26%
Sub-Total	1.504.412.701	26%	1.565.242.080	24%	1.821.564.080,14	28%	2.408.357.463,00	28%	1.528.903.005,00	27%
APORTES FISICA										
Medicos Drogas y Afiliados	2.815.794.507	64%	3.258.344.220	68%	3.051.864.024	66%	4.024.654.078	65%	2.419.223.405	66%
Medicos Drogas y Beneficiarios	1.060.335.177	24%	1.444.499.542	30%	1.514.478.376	33%	2.132.376.625	34%	1.195.120.398	33%
Medicos Drogas Estudiantes	3.514.588	0%	2.871.848	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Medicos Drogas Unicoloroda	25.265.823	1%	24.384.113	1%	27.699.208	1%	31.178.212	1%	21.675.632	1%
Medicos Drogas Uninacional	7.309.175	0%	10.607.552	0%	7.334.384	0%	10.277.795	0%	7.998.362	0%
Medicos Drogas Uniantlantico	13.141.159	0%	7.933.291	0%	6.517.162	0%	4.283.113	0%	3.113.906	0%
Medicos Drogas UniValle	4.245.681	0%	21.003	0%	0	0%	117.531	0	0	0%
Medicos Drogas UniCauca	1.755.117	0%	212.388	0%	117.912	0%	2.764.747	0%	865.354	0%
Medicos Drogas - Terceros	50.014.093	1%	41.768.693	1%	16.729.815	0%	15.171.243	0%	13.105.795	0%
Medicos Drogas - UPTC	112.500	0%	0	0%	0	0%	0	0	0	0%
Medicos Drogas - IPS Uniantioquia	11.600	0%	0	0%	0	0%	0	0	0	0%
Sub-Total	4.379.229.420	74%	4.802.556.909	75%	4.626.299.625,00	71%	6.220.823.344,00	72%	3.661.102.851,82	65%
OTROS GASTOS										
Financieros	7.352.327	95%	7.298.697	30%	18.824.128	18%	11.257.603	100%	8.571.870	2%
Extraordinarios	356.618	5%	17.320.787	70%	0	0%	0	0%	0	0%
Ajustes Ejercicios Anteriores	0	0%	0	0%	85.077.651	82%	0	0%	34.601.744	8%
Sub-Total	7.708.945	0%	24.619.484	0%	103.901.779	2%	11.257.603	0%	427.853.749	8%
TOTAL GASTOS	5.891.351.068	100%	6.392.418.473	100%	6.551.765.484	100%	8.640.438.410	100%	5.617.859.606	100%
EXCEDENTE DEL EJERCICIO	6.676.069		-956.683.497		5.025.852		20.523.784		-431.131.527	

ANALISIS: Los aportes de la salud, pasaron de representar en el 2006 el 99% del total de ingresos a representar en la presente vigencia el 79%. Los gastos de medicamentos en el periodo son en promedio el 75% de todos los gastos de entidad. Mientras los gastos administrativos que incluyen los servicios personales son en promedio el 22% del total de gastos de la entidad.

5.8 ANALISIS DE LAS RAZONES FINANCIERAS DE LA CAJAPREUDC

5.8.1 ANALISIS DE LIQUIDEZ

LIQUIDEZ: Es la capacidad que tiene la CAJA de generar fondos suficientes para el pago de sus obligaciones a corto plazo.

ANALISIS DE LOS INDICADORES FINANCIEROS CAJAPREUDC	2006	2007	2008	2009	2010
A. Razón corriente = activo corriente/ pasivo corriente	1,38	1,13	1,14	1,27	1,33
B. Prueba acida = activo corriente - inventario/ pasivo corriente	1,27	1,06	1,08	1,12	1,19

Lo anterior indica que por cada \$ que debe la caja tiene para responder \$1,25 promedio y \$1,14 sin inventarios, es decir una entidad con liquidez.

5.8.2 ANALISIS DE SOLVENCIA

SOLVENCIA: Es la capacidad de pago que tiene la CAJA para cumplir sus obligaciones de Vencimiento a corto plazo y los recursos con que cuenta para hacer frente tales obligaciones o sea una relación entre lo que LA ESE tiene y lo que debe.

ANALISIS DE LOS INDICADORES FINANCIEROS CAJAPREUDC	2006	2007	2008	2009	2010
C. CAPITAL DE TRABAJO = Activos Corrientes – Pasivos Corrientes	1.590.139.054,21	604.804.050,19	599.610.486,96	727.979.340,14	692.062.216,74
D. CAPITAL DE TRABAJO NETO OPERATIVO (KTNO) = CXC neto + Inventarios netos – Cuentas por Pagar	4.550.237.085,93	3.541.219.707,40	2.886.138.974,88	1.146.116.188,88	775.961.141,26
E. INCLUIDAS TODAS LAS DEUDAS KTNO	1.244.822.173,90	274.821.388,06	466.777.797,46	-19.091.085,54	626.293.589,26

La relación es positiva el capital de trabajo del periodo y en el capital de trabajo neto operativo lo que indica que la CAJA tiene solvencia con que asumir sus compromisos con los proveedores.

5.8.3 ANALISIS DE ROTACION

ROTACION: Es la velocidad que tienen los activos y pasivos de la CAJA para convertirse en efectivo durante el periodo analizado.

ANALISIS DE LOS INDICADORES FINANCIEROS CAJAPREUDC	2006	2007	2008	2009	2010
G. Rotación inventario = entrega de medicamentos / inventario promedio		11,3	16,6	14,3	18,2
Inventario promedio		388972691	289868988	324092552	341325636
Días rotación inventario		32,42	22,03	25,57	20,03
H. Rotación de cuentas por pagar = Compras a Crédito / Promedio CXP Proveedores		3,99	3,07	4,11	2,00
H.1 promedio de CXP proveedores (incluidos corto y largo plazo)		1.173.043.983,48	1.481.028.966,74	1.550.263.507,10	1.775.415.581,10
H.2 compras a crédito = costo de venta + inventario final – inventario inicial		4.681.249.512	4.549.399.618	6.366.170.478	3.550.221.886
H.3 Días de rotación de CXP = 360días/rotación de CXP proveedores		90	117	88	180
I. Rotación de activos = Aportes / promedio de activos		0,87	0,87	1,00	0,71
I.1 Promedio de Activos		6062276047	6690642677	6815938377	5724262816
I.2 Días rotación activos		412,86	415,44	361,45	505,83

Registra un promedio de días rotación inventario de 22 días, lo que indica que los medicamentos en su mayoría tienen salida en menos de un mes, aunque hay una cantidad representativa de baja rotación. El promedio de días rotación cartera es

de 119 días, lo cual debe disminuirse a menos de 90 días para estar en condiciones de cumplir con los tiempos de las cuentas medicas del decreto 4747 de 2007. El promedio de días de rotación de activos es 424 días lo que indica que no hay muchos movimientos a corto plazo en este rubro.

5.8. 4 ANALISIS DE RENTABILIDAD

RENTABILIDAD: Es la medida de la productividad de los fondos comprometidos por la CAJA en la prestación de los servicios de salud de su nivel de resolutivead; en donde desde el punto de vista del análisis a largo plazo lo importante es garantizar su Autosostenibilidad.

ANALISIS DE LOS INDICADORES FINANCIEROS CAJAPREUDC	2006	2007	2008	2009	2010
LL. Margen Neto = utilidad neta/APORTES	-4%	-12%	-5%	-21%	-11%
M. Rentabilidad Operativa del Activo = Utilidad /Promedio de Activos		-11%	-4%	-21%	-8%
Ñ1 Promedio del Patrimonio		1.603.325.448	2.156.683.961	3.263.340.643	3.291.409.822
O. Rentabilidad Neta del Patrimonio = Utilidad Neta/ Promedio del Patrimonio		-40%	-12%	-43%	-14%

Tanto la rentabilidad del activo como la del patrimonio se reportan con resultados negativos.

5.8.5 ANALISIS DE ENDEUDAMIENTO O FRAGILIDAD

ENDEUDAMIENTO: Muestra la forma como se financian los activos de la CAJA, es decir, permite mostrar un aspecto importantísimo de su estructura financiera en relación con la producción de sus recursos propios o capacidad de préstamos.

ANALISIS DE LOS INDICADORES FINANCIEROS CAJAPREUDC	2006	2007	2008	2009	2010
Q. Participación Patrimonial = Patrimonio/Activo Total	33%	19%	42%	55%	61%
R. Índice de Endeudamiento = Pasivo/Activos	67%	81%	58%	45%	39%
S. Leverage (apalancamiento) = Pasivo/Patrimonio	200%	427%	136%	83%	65%

La entidad tiene una participación patrimonial promedio del 42%. Registra un índice de endeudamiento promedio del 58% y un apalancamiento financiero promedio del 182%. Lo anterior indica una salud patrimonial y capacidad de endeudamiento, que puede pensar en que la Caja pueda además de solventar la capacidad de respuesta a sus afiliados en sus problemas de salud, generar dinámicas de nuevas unidades de negocios o reorganización funcional de su misión institucional donde el usuario sea el ganador.

Se requiere un apoyo importante de las directivas y un desempeño pertinente para su fortalecimiento institucional por nuestra parte.

VI. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION EN SALUD

6.1 VENTAJAS DEL MODELO DE ATENCION EN LA CAJAPREUDEEC

Permite poner en conocimiento el concepto de gestión en salud que tienen quienes hoy dirigen transitoriamente CAJAPREUDEEC

Genera confianza al afiliado en que las metas de salud positiva, los indicadores de mortalidad evitables y los estilos de vida saludables, están por encima de la productividad, competitividad y rentabilidad económica que pueda generar la institución

Garantiza al afiliado un mayor contacto y permanente retroalimentación y chequeo a sus problemas de salud

Educa en el sentido de que es más barato prevenir que curar

Propicia al afiliado a cumplir sus derechos con respecto a sus deberes en unas reglas de convivencia más armónicas

Busca construir pacientes inteligentes en el inmediato futuro para aquellos que hace entender a los órganos de gobierno de la universidad la importancia de combinar en forma fuerte y estimulante los dos paradigmas y así apoyar económicamente la gestión integral en forma oportuna para el éxito de los programas

Genera una mayor cobertura, accesibilidad y oportunidad del afiliado en el entendido que mas hospitales no es más salud

Educa al educador para que sea inteligente en su estilo de vida saludable.

Mantiene a la entidad en sintonía con las metas de logros que hace transición epidemiológico efectiva a mediano y largo plazo y a dejar una entidad de previsión social para que también la disfruten en el contexto del desarrollo sostenible los hijos, nietos y bisnietos y demás generaciones futuras que laboraran en la Universidad de Cartagena.

6.2 POLITICAS DEL MODELO DE ATENCION DE CAJAPREUDEC

SE FUNDAMENTA: en el esquema de aseguramiento en salud.

TOMA COMO BASE: el Modelo del Pluralismo Estructurado.

SE ORIENTA: a la atención hospitalocéntrica como bien económico y a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como bien meritorio. (Combina el Paradigma biomédico con el paradigma Biopsicosocial)

SE HACE EFECTIVO: mediante la prestación de servicios de salud en una organización de estructura – proceso y resultados a mínimo costo y a mínimo riesgo; pero con una fuerte Auditoria de Gestión de la Calidad Integral hacia la Red prestadora de servicios; Un proceso de medicina Preventiva y Salud Familiar con estrategia de atención primaria y una Vigilancia en salud pública; vela por la calidad de salud de los afiliados construyendo el paciente inteligente con una exhortación constantes de la voluntad política de quién financia el sistema para la Autosostenibilidad y un respeto por las normas vigentes.

ENCAUZA: la Organización hacia procesos de regulación de tarifas y vigilancia y control del cumplimiento de los macro procesos que componen el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para los prestadores de servicios de salud públicos y privados.

DISPONE: que la gestión del aseguramiento como EAPB sea auto sostenible con una acertada contratación, una adecuada auditoria de la facturación y un óptimo proceso de cumplimiento de las acreencias y exigencias de calidad de los servicios prestados sin fallos en un mercado de salud ético.

ENFATIZA: en la cobertura, calidad y eficiencia en los servicios de salud prestados.

CONTROLA: La Gestión del Desarrollo Empresarial Hospitalario y la Medicina Preventiva y Salud Familiar.

FORTALECE La atención en salud con autonomía, patrimonio propio y personería jurídica como EAPB del régimen especial del sistema universitario de salud

SE ORIENTA: a hacia la Estandarización de Procesos de los servicios de salud buscando la satisfacción integral de sus afiliados

OTORGA: alto nivel de importancia a los procesos de auditoría de los servicios de salud y al desarrollo de los planes de gestión y operativos como CAJAPREUDEC. Partiendo de líneas Base y proyectándose con indicadores de logros.

6.3 ESTRATEGIAS PARA REMOCION DE OBSTACULOS DEL MODELO DE ATENCION DE CAJAPREUDEC

6.3.1 FUNCION DE PRODUCCION

Garantizar la Articulación de la Referencia y Contrarreferencia entre nuestro sistema de salud autónomo del primer nivel y la Red prestadora de servicios contratada.

Crear y Fortalecer el Sistema de Información al Usuario – SIAU, con los mecanismos de Comunicación Publica con las Entidades de la red que atienden nuestros afiliados.

Fortalecer la Auditoria Concurrente como factor de control clínico y costo/eficiencia de la atención a nuestros usuarios

Actualizar el manual guía del usuario para garantizar los deberes y derechos de nuestros afiliados y su socialización

Socialización del modelo de atención en salud a los usuarios

Expedir; socializar y poner en funcionamiento el reglamento de prestación de servicios de salud

Garantizar la portabilidad nacional en la atención a los usuarios

Desarrollar y monitorear constante la satisfacción del usuario

Mejorar la capacidad instalada para la prestación de los servicios autónomos

Desarrollar los mecanismos de articulación y coordinación para el seguimiento de la atención al usuario en la red contratada

Actualizar la reglamentación de los pagos moderadores

Desarrollar los mecanismos más eficientes para garantizar la dispensación de medicamentos POS a los afiliados

Hacer el entronque de la actividad de visitas domiciliarias inmerso en el programa de medicina preventiva y salud familiar a implantarse en la entidad

6.3.2 FUNCION DE RECURSO HUMANO

Reorganizar la política de recurso humano por formación por competencias y necesidades reales de la entidad

Actualizar la Estructura organizacional de la Entidad

Actualizar Su cultura Corporativa poniéndola a tono con el modelo de atención en salud que proponemos

Reorganizar funcionalmente la Clasificación de Empleos de la entidad y el régimen de adscripción y vinculación

Reorganizar funcionalmente las asignaciones civiles de la entidad por niveles y grados de acuerdo a responsabilidades y jerarquías

Fortalecer el manejo de Seguridad Social y parafiscales – PILA

Reorganizar funcionalmente el Régimen de personal de la entidad
Expedir el RIT

Con la Asesoría de la ARP Actualizar y poner en funcionamiento el reglamento de riesgos profesionales

Implantar el control interno disciplinario

Implantar la evaluación de desempeño en la entidad

Actualizar el programa de capacitación y bienestar social

6.3.3 FUNCION DE MERCADEO

Reorganizar y poner al día los procesos de contratación de la red con un estudio de tarifas acordes a las proyecciones presupuestales de la entidad

Realizar el estudio de pagos moderadores y actualizar su funcionamiento

Reorganizar y poner al día el proceso de facturación de la Red y sus mecanismos de tiempos de cuentas medicas

Reorganizar integralmente el proceso de Auditoria medica de cuentas

Desarrollar y poner al día la conciliación de saldos y pagos con la red prestadora de servicios de salud

Realizar los Estudios de carga económica de la enfermedad en la entidad

Fortalecer la contratación y demás compromisos con el sistema universitario estatal

Realizar el estudio de conveniencia socioeconómica de las pólizas de alto costo con el sistema universitario en salud

Desarrollar el estudio de conveniencia socioeconómica de la compra conjunta de medicamentos con el sistema universitario de salud

6.3.4 FUNCION DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Actualizar el Mapa de procesos y la cadena de valor de la entidad

Estructurar los Flujogramas de atención al afiliado y pacientes operativos, administrativos y financieros

Realizar Los mapas de riesgos ocupacionales, operativos, estratégicos, administrativos y financieros de la entidad

Expedir el manual de activos y manejo de inventarios de la entidad

Expedir el manual de calidad de la entidad

Expedir el manual de contratación de la entidad

Cumplir con los procesos de implementación integral del MECI

Desarrollar la tecnología blanda y dura del sistema de información de la entidad

6.3.5 FUNCION DE SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD

Actualizar al Autoevaluación de la Capacidad técnico Científica del aseguramiento y de la prestación de servicios de la entidad como EAPB

Implantar los indicadores Trazadores y Sivigila en la entidad en forma funcional con los referentes de la acreditación

Establecer los procesos de auditoria clínica y de gestión de calidad de la entidad

Desarrollar la Viabilidad de Implantación de la historia clínica electrónica y facturación en línea con la red

Desarrollar el Programa de gestión de la Calidad del servicio de la entidad

Actualizar el funcionamiento de los Comités técnicos científicos y de la gestión de la calidad administrativa y operativa de la entidad

Reorganizar funcionalmente el PAMEC.

Sistematizar la expedición de reportes y el sistema de indicadores de gestión de la entidad

6.3.6 FUNCION FINANCIERA

Mejorar funcionalmente el proceso presupuestal y el plan financiero de la entidad

Exhortar a la Universidad de Cartagena a mejorar en forma efectiva los pagos a las deudas que tiene con la entidad para mejorar la gestión cartera

Exhortar a la Universidad de Cartagena a no desnaturalizar la deuda de los pagos moderadores

Exhortar a la universidad de Cartagena a reconocerle a la CAJA los derechos que tiene sobre los recursos de la estampilla

Generar las conciliaciones de pagos y desarrollar la programación financiera de su cumplimiento

Legalizar las cuentas de vigencias anteriores sin CDP

Estructurar los mecanismos presupuestales de disponibilidad y registro en forma reglamentaria y eficiente

Monitorear los comportamientos de los rubros de los estados financieros y el gasto de la atención en salud para mejorar la toma de decisiones al respecto

Realizar el saneamiento contable pertinente en la entidad

Tener actualizado los seguros, pólizas de manejo y demás pagos que deben surtirse en función de la misión institucional

Mejorar los procesos sistematizados de contabilidad y tesorería de la entidad

6.3.7 FUNCION DE PROYECTOS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Implantación del programa de medicina preventiva y salud familiar

Implantación del Proyecto de Telesalud y Telemedicina en la entidad

Implantación del programa Docencia – Servicio con la UDEC

Implantación del Servicio Social Obligatorio en la entidad

6.3.8 FUNCION GERENCIAL Y ESTRATEGICA

Atender en forma eficiente las demandas judiciales en contra de la entidad

Presentar a la junta directiva los nuevos estatutos de la entidad

Realizar el Estudio de conveniencia socioeconómica y factibilidad técnica para el funcionamiento del Centro Operativo de Salud familiar y Medicina preventiva de la Entidad – COSF – CAJAPREUDEC

Realizar el estudio de Carga Económica de la Enfermedad de los afiliados de la entidad

Preparar y Socializar el Plan de Gestión 2011 – 2012 con los grupos de interés

Realizar un Evento Anual de interés en el desarrollo y aporte institucional del Sistema universitario de Salud.

Realizar el estudio y talleres con los grupos de interés sobre la prospectiva de la entidad al 2020 con los escenarios cambiantes.

Conformar Un Grupo de investigación en la entidad registrado en COLCIENCIAS, con línea de investigaciones inherentes a su rol misional

6.4 DESARROLLO DEL PARADIGMA BIOMEDICO DEL MODELO

Los mismos desarrollos del PLAN DE GESTION GERENCIAL 2011 – 2012 DE CAJAPREUDEC

6.4.1 PROGRAMA DE GESTION DEL RIESGO FINANCIERO DE CAJAPREUDEC

6.4.2 PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE CAJAPREUDEC

6.4.3 PRESTACION DE SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA AUTONOMOS

6.4.4 PRESTACION DE SERVICIOS ODONTOLOGICOS AUTONOMOS

6.3.5 PRESTACION DE SERVICIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD EN LA RED.

6.4.6 PROGRAMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS, FARMACOVIGILANCIA, TECNOVIGILANCIA Y FARMAECONOMIA DE CAJAPREUDEC

6.4.7 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD – PAMEC EN CAJAPREUDEC.

6.5 DESARROLLO DEL PARADIGMA BIOPSIICOSOCIAL DEL MODELO

6.5.1 PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD FAMILIAR.

INTERVENCIONES PREVENTIVAS GENERALES Y SELECTIVAS DEL PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVAS Y SALUD FAMILIAR EN CAJAPREUDEC				
ETAPAS DEL MANTENIMIENTO DE LA SALUD	TAMIZAJES	INMUNIZACIONES	CONSEJERIA O ASESORIA SOCIAL	INSTRUMENTOS A IMPLANTAR
MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA NIÑEZ	<i>Historia Clínica Integral</i>	BCG	Consejería	Familiograma
	<i>Peso - Talla</i>	DPT	Desarrollo Psicomotor	APGAR Familiar
	<i>Visión</i>	Antipolio	Desarrollo Sicosocial	Soporte de Amigos
	<i>Audición</i>	Hepatitis B	Salud Oral	Escala de Reajuste Social Holmes y Rahe.
	<i>Tensión Arterial</i>	Triple Viral	Seguridad.	
	<i>Salud oral</i>	Toxoides Tetánico y Difterico	PASITOS SEGUROS	
	<i>Anemia En Niños</i>	HIB	PASITOS FELICES	
	<i>Hipotiroidismo Congénito</i>	M-BC		
	<i>Hemoglobinopatía por Celulas Falciformes</i>			
	<i>Colesterol.</i>			
MANTENIMIENTO DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE	<i>Historia Clínica Integral</i>	DT	Promoción de Dieta Saludable	Familiograma
	<i>Visión</i>	Hepatitis B	Salud Oral	APGAR Familiar
	<i>Audición</i>	Triple Viral	Accidentes	Soporte de Amigos
	<i>Tensión Arterial</i>		Actividad Física	Escala de Reajuste Social Holmes y Rahe.
	<i>Salud oral</i>		Uso del Tabaco	
	<i>Colesterol.</i>		Disminución Uso de Alcohol	
	<i>Citología Vaginal</i>		Sexualidad Responsable	
			Anticoncepción	
			Enfermedades de Transmisión Sexual	
			Violencia.	
			MUJER SANA	
MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA ADULTEZ	<i>Historia Clínica Integral</i>	QUIMIOPROFILAXIS	Uso del Tabaco	Familiograma
	<i>Peso - Talla</i>	Prevención Defectos del Tubo Neural.	Disminución Uso del Alcohol	APGAR Familiar
	<i>Visión</i>		Consumo de Drogas	Soporte de Amigos
	<i>Audición</i>		Violencia.	Escala de Reajuste Social Holmes y Rahe.
	<i>Hipertensión Arterial</i>		Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual	
	<i>Salud oral</i>		CON TOTAL CORAZON	
	<i>Colesterol.</i>		MUJER CENTINELA	
	<i>Citología Vaginal</i>		SIENTETE ACTIVO.	
			EL BAUL DE LOS RECUERDOS	

Adaptado Conferencia Salud Familiar – Dra. Liliana Arias – Universidad del Valle 20009.

6.6 MODELO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – OBSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO DE LA CAJAPREUDEC

Es la construcción conceptual que ordena los aspectos con que se aborda un problema específico que requiere ser vigilado por el sistema y que permite obtener información integral sobre un grupo de eventos de interés en salud pública.

FINALIDADES DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, SIVIGILA a) Estimar la magnitud de los eventos de interés en salud pública; b) Detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos objeto de vigilancia en salud pública; c) Detectar brotes y epidemias y orientar las acciones específicas de control; d) Identificar los factores de riesgo o factores protectores relacionados con los eventos de interés en salud y los grupos poblacionales expuestos a dichos factores; e) Identificar necesidades de investigación epidemiológica; f) Facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención y control; g) Facilitar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones en salud; h) Orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud; i) Orientar la formulación de políticas en salud pública.

PRINCIPIOS ORIENTADORES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, SIVIGILA. a) Eficacia. Es la capacidad del sistema para alcanzar los resultados y contribuir a la protección de la salud individual y/o colectiva; b) Eficiencia. Es el uso racional de los recursos con el fin de garantizar su mejor utilización para la obtención de los mejores resultados en materia de vigilancia en salud pública; c) Calidad. Es la garantía de veracidad, oportunidad y confiabilidad de la información generada, en todos los procesos de vigilancia en salud pública que realicen los integrantes del Sistema; d) Previsión. Es la capacidad de identificar y caracterizar con anticipación, las posibles condiciones de riesgo para la salud de la población y

orientar la aplicación oportuna de las acciones de intervención requeridas para preservar la salud individual y/o colectiva; e) Unidad. Es la integración funcional de los diferentes niveles del sector salud y demás participantes del sistema de vigilancia, que permiten la operación en red y la articulación de las intervenciones en salud pública, con unidad de criterio.

PROCESOS BÁSICOS DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA. Los procesos básicos de la vigilancia en salud pública incluyen la recolección y organización sistemática de datos, el análisis e interpretación, la difusión de la información y su utilización en la orientación de intervenciones en salud pública. En todo caso, las autoridades sanitarias deberán velar por el mejoramiento continuo de la oportunidad y calidad de los procesos de información y la profundidad del análisis tanto de las problemáticas como de las alternativas de solución.

DATOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN. Los datos básicos relativos a los eventos objeto de vigilancia, así como las fuentes y procedimientos para su recolección, consolidación, procesamiento, transferencia, análisis y difusión, serán definidos según los modelos y protocolos de vigilancia que se establezcan en el sistema, sin limitar requerimientos opcionales de datos adicionales que resulten pertinentes para la descripción y caracterización de los eventos vigilados. Obligatoriedad de la información de interés en salud pública. Sin perjuicio de la obligación de informar al Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, por parte de sus integrantes, la comunidad podrá concurrir como fuente informal de datos. En todo caso, cuando se trate de hechos graves que afecten la salud, toda persona natural o jurídica que conozca del hecho deberá dar aviso en forma inmediata a la autoridad sanitaria competente, so pena de hacerse acreedor a las sanciones establecidas en el presente decreto.

ACCESO OBLIGATORIO A LA INFORMACIÓN. Quien disponga de información relacionada con la ocurrencia de un evento de interés en salud pública, está obligado a permitir su acceso a la autoridad sanitaria y, en ningún caso, podrá considerarse el secreto profesional como un impedimento para suministrarla. Carácter confidencial de la información. La información relativa a la identidad de las personas, obtenida durante el proceso de vigilancia en salud pública, es de carácter confidencial y será utilizada exclusivamente por parte de las autoridades sanitarias para fines de la vigilancia, o por las autoridades judiciales, siempre que medie solicitud previa del juez de conocimiento. Para el efecto, el Ministerio de la Protección Social reglamentará la obtención, uso, administración y seguridad de la información de salud.

NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA. Todos los integrantes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, que generen información de interés en salud pública, deberán realizar la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada.

EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA DE NOTIFICACION OBLIGATORIA - COMO UPGD CAJAPREUDEEC SEGUN FICHAS UNICAS DE NOTIFICACION							
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	AÑO Y MES	No. CASOS	CONFIRMADOS	DESCARTADOS	POR CONFIRMAR	INCIDENCIA	OBSERVACIONES
DENGUE							
PALUDISMO							
LEISHMANIASIS							
MALARIA							
CHAGAS							
FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL - ETAS							
INTOXICACIONES							
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL - ETS							
HEPATITIS A							
HEPATITIS B							
SIFILIS CONGENITA							
SIFILIS GESTACIONAL							
VIH/SIDA							
CONDILOMATOSIS							
HERPES GENITAL							
TRICOMONIASIS							
INFECCION GONOCOCCICA							
VIH GESTANTES							
VIH RECIENTE NACIDO							
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES							
DIFTERIA							
ESAVI							
LEPRA							
MENINGITIS							
MORTALIDAD POR EDA							
MORTALIDAD POR IRA							
IPFA							
ROTAVIRUS							
SARAMPION Y RUBEOLA							
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA							
TETANOS ACCIDENTAL							
TETANOS NEONATAL							
TOSFERINA							
TUBERCULOSIS							
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES							
HIPOTIROIDISMO							
LESIONES POR POLVORA							
MORTALIDAD PERINATAL							
MORTALIDAD MATERNA							
LEUCEMIA							
ZOONOSIS VIRALES Y BACTERIANAS							
ACCIDENTE OFIDICO							
LEPTOSPIROSIS							
RABIA ANIMAL							
RABIA HUMANA							
EXPOSICION RABICA							
TIFO							
PESTE							
PAROTIDITIS							

6.7 ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACION DE LA UPGD

ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EN MORBILIDAD Y MORTALIDAD EVITABLE PARA LA UPGD - CAJAPRUDEC						
RECOLECCION	ANALISIS E INTERPRETACION	DIFUSION	ORIENTACION	GESTION DE VSP	FUENTE FINANCIACION.	EVALUACION DEL SVIME
- Fuente de datos	Creación de mecanismos de análisis	Competencias y experticia	Lo que se espera	Aspectos legales	Recurso tecnológico	Simplicidad
- Datos básicos	Creación e integración del sistema de datos en los diferentes niveles	Dedicación y compromiso	Lo que se debe hacer	Autoridad para recolectar los datos	Administración del sistema:	Flexibilidad
- Flujo de datos	Construir capacidad institucional	Apertura y honestidad	Lo que se puede hacer	Confidencialidad de los datos	IPS	Aceptabilidad
- Periodicidad	Identificación de los usuarios y sus necesidades.	Carisma	Como hacerlo	Relaciones interinstitucionales	CONTRATACION RED	Sensibilidad
- Configuración de un caso	Grupos de análisis.	Audiencias blanco	epidemiología clínica	estudio de brotes	Direcciones Territoriales	Valor predictivo positivo
Recepción, verificación, validación, depuración, almacenamiento.	Chequeo de datos, validación y depuración de errores.	Reportes Sistematizado	Reportes de las fichas de notificación obligatoria	actualización manual SIVIGILA	INS, Secretaría Departamental; contratación	Representatividad
- Fuente de información: estadísticas vitales, reportes de laboratorios, comunidad	Plan de análisis: inferencias, prioridades en el análisis	Boletín Epidemiológico	análisis de casos y estudio de brotes	UPGD y SIVIGILA	CONTRATACION RED	Oportunidad
Retroalimentación	Habilidades y entrenamiento	COVE funcional	Cumplimiento PAMEC en salud Pública	criterios epidemiológicos	gestión clínica	Capacidad de autorespuesta
Soporte Tecnológicos	Herramientas de software	SIVIGILA	utilización herramientas	Epi info	CONTRATACION RED	Integralidad
Semanas epidemiológicas	Frecuencia del análisis	COVE funcional	gestión epidemiológica	reportes	flujoograma	Oportunidad
integración funcional de vigilancia en salud pública	Relación de los datos de VME con otras fuentes.	Observatorio Nacional de Salud - Ley 1438 de 2011	gestión epidemiológica	gestión clínica y de control de riesgos	CONTRATACION RED	SISTEMA UNIVERSITARIO DE SALUD

6.8 FACTORES CONDICIONANTES DEL DESARROLLO DEL MODELO

Que no exista el recurso humano competente para después de formularlo, prepararlo y evaluarlo pueda llevar a cabo en forma exitosa en cada uno de los tiempos el presente modelo

Que no exista la voluntad política de la junta directiva para impulsarlo al no entender la intencionalidad del proceso

Que existan usuarios que a pesar de entender el modelo tienen una animadversión con la administración actual y traten de sabotearlo a toda costa por intereses de grupo y personales

Que los usuarios en su mayoría no se inscriban formalmente en los programas de promoción y prevención y los de control no atiendan las citas del programa

Que la Universidad de Cartagena asfixie económicamente a la Caja

Que se vea el programa como si fuera de esta administración cuando sus frutos se obtendrán a mediano y largo plazo

Que no existan los insumos y logística necesaria para implementar los programas

Que se distorsione por parte de los actores responsables la filosofía del modelo por inconvenientes para intereses personales

Que no se socialice y sea acogido por toda la comunidad CAJAPREUDEC en su contexto integral

VII. BASES ESTRATEGICAS DEL PROCESO DE PLANEACION

7.1 LINEA DE BASE Y COMPROMISOS DE LA FUNCION DE PRODUCCION

CONCEPTO	LINA DE BASE	INDICADOR	COMPROMISO 2011	COMPROMISO 2012
DEPURACION BASE DE DATOS UNICA DE AFILIADOS	% DE DEPURACION DEL 2009	NO. DE AFILIADOS CON DERECHOS/No. TOTAL DEL BDUA	DEPURAR EN UN 50% LA BDUA CON RESPECTO AL 2010	DEPURAR EN UN 100% LA BDUA CON RESPECTO AL 2010
GUIAS DE PRACTICA CLINICA	% DE GPC ACTUALIZADAS 2010	N- DE GPC ACTUALIZADAS/Total GPC	ACTUALIZAR LAS GPC EN UN 50% CON RESPECTO AL 2010	ACTUALIZAR LAS GPC EN UN 100% CON RESPECTO AL 2010
FUNCIONAMIENTO DEL SIAU	ESTADO DE ADMISIONES 2010	% DE SERVICIOS MEJORADOS	IMPLANTAR EN UN 50% LOS PROCESOS DEL SIAU	IMPLANTAR EN UN 100% LOS PROCESOS DEL SIAU
PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	EFICIENCIA DE REMISIONES 2010	% DE REMISIONES EFICIENTES/TOTAL REMISIONES	DE REMISIONES EFICIENTES CON RESPECTO A LAS DEL AÑO 2010	GARANTIZAR EL 100% DE LAS REMISIONES EFICIENTES CON RESPECTO AL 2010
IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD FAMILIAR	ESTADO DEL PROCESO DE P Y P DEL 2010	NUMERO DE SERVICIOS SOCIALES E INSTRUMENTOS DE ATENCION PRIMARIA/IMPACTO EN SALUD	CAPACITACION, SOCIALIZACION Y PLAN EN UN 100%	FUNCIONAMIENTO 100% DEL PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD FAMILIAR
VISITAS DOMICILIARIAS	PROCESO DE ATENCION DEL 2010	No. DE VISITAS EJECUTADAS/No. DE VISITAS PROGRAMADAS	MEJORAMIENTO EN UN 50% CON RESPECTO AL 2010	PROGRAMA DE VISITAS DOMICILIARIA 100% INTEGRADO AL DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD FAMILIAR
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS OPORTUNOS	OPORTUNIDAD DE ENTREGAS PENDIENTES PROMEDIO 30 DIAS 2010	NO. DE MEDICAMENTOS ENTREGADOS/TOTAL MEDICAMENTOS PENDIENTES	OPORTUNIDAD DE MEDICAMENTOS PENDIENTES DE ENTREGA DE 5 DIAS	OPORTUNIDAD DE MEDICAMENTOS PENDIENTES DE ENTREGA DE 3 DIAS
CONSULTA MEDICA GENERAL	OPORTUNIDAD DE CONSULTA MEDICA GENERAL 90% CUMPLIMIENTO CITAS	No. DE CITAS OTORGADAS EN EL MES POR DIAS/No. DE CITAS SOLICITADAS EN EL MES POR DIAS/	OPORTUNIDAD DE CONSULTA MEDICA GENERAL 95% CUMPLIMIENTO DE CITAS	OPORTUNIDAD DE CONSULTA MEDICA GENERAL 98% CUMPLIMIENTO DE CITAS
CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	OPORTUNIDAD DE CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA 80% CUMPLIMIENTO DE CITAS	No. DE CITAS OTORGADAS EN EL MES POR DIAS/No. DE CITAS SOLICITADAS EN EL MES POR DIAS/	OPORTUNIDAD DE CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA 97% CUMPLIMIENTO DE CITAS	OPORTUNIDAD DE CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA 99% CUMPLIMIENTO DE CITAS
ATENCION DEL USUARIO EN LA RED PESTADORA DE SERVICIOS	NEGACION DE SERVICIOS POR NO PAGO 15% EN EL AÑO	NO. DE ATENCIONES NEGADAS A LOS USUARIOS/No. TOTAL DE ATENCIONES SOLICITADAS	NEGACION DE SERVICIOS POR NO PAGO 7% EN EL AÑO	NEGACION DE SERVICIOS POR NO PAGO 3 % EN EL AÑO

7.2 LINEA DE BASE Y COMPROMISO DE LA FUNCION DE RECURSO HUMANO

CONCEPTO	LINA DE BASE	INDICADOR	COMPROMISO 2011	COMPROMISO 2012
REGULACION DE LA ADSCRIPCION E INDUCCION DEL TALENTO HUMANO	NO HAY POLITICAS CLARAS DE REGIMEN DE PERSONAL	INDUCCION/No. TOTAL DE FUNCIONARIOS VINCULADOS	REGLAMENTO DE REGIMEN DE PERSONAL DE LA CAJA 30%	REGLAMENTO DE REGIMEN DE PERSONAL DE LA CAJA FUNCIONANDO NORMALMENTE 100%
LIQUIDACION DE PRESTACIONES SOCIALES Y EMOLUMENTOS LABORALES	CON ERRORES DE CALCULOS DE LIQUIDACION EN UN 10% DE ESTAS	No. DE LIQUIDACIONES CON ERRORES/No. TOTAL DE LIQUIDACIONES AL AÑO	METODOLOGIA DE LIQUIDACION DE PRESTACIONES SOCIALES Y EMOLUMENTOS LABORALES IMPLEMENTADA EN UN 80%	METODOLOGIA DE LIQUIDACION DE PRESTACIONES SOCIALES Y EMOLUMENTOS LABORALES IMPLEMENTADA EN UN 100%
CLASIFICACION DE EMPLEOS	HAY INDETERMINACIONES JURIDICAS (SOBRE LA CLASIFICACION DE EMPLEOS) DE LA CAJA	No. DE EMPLEOS REGULADOS CORRECTAMENTE/No. TOTAL DE EMPLEADOS DE PLANTA	REGULACION DE LA CLASIFICACION DE EMPLEOS EFECTUADA EN UN 50%	REGULACION DE LA CLASIFICACION DE EMPLEOS REGULADAS EN UN 100%
ASIGNACIONES CIVILES	NO EXISTE METODO TECNICO DE RELACIONES INDUSTRIALES PARA ASIGNAR SALARIOS Y SUELDOS	DE SALARIOS TECNICA/No. TOTAL DE EMPLEADOS DE PLANTA	REGULACION DEL METODO DE PUNTO PARA ASIGNACION DE SALARIOS EN UN 80%	REGULACION DEL METODO DE PUNTO PARA ASIGNACION DE SALARIOS EN UN 100%
MANUAL DE FUNCIONES Y REQUISITOS POR COMPETENCIAS LABORALES	TOTALMENTE DESACTUALIZADO	MANUAL DE FUNCIONES ACTUALIZADO DE ACUERDO A NORMA	ESTUDIO DE FUNCIONES Y REQUISITOS POR COMPETENCIAS DE LA NOMINA DE PERSONAL EN UN 100%	MANUAL DE FUNCIONES ACTUALIZADO EN UN 100%
PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL FUNCIONARIOS	SIN UN PLAN DE CAPACITACION PERTINENTE	No. DE FUNCIONARIOS CON BIENESTAR SOCIAL/No. TOTAL DE FUNCIONARIOS DE LA CAJA	PROGRAMA DE CAPACITACION FUNCIONARIOS IMPLEMENTADO EN UN 50%	PROGRAMA DE CAPACITACION FUNCIONARIOS IMPLEMENTADO 100%
CULTURA ORGANIZACIONAL Y CORPORATIVA	DESACTUALIZADA	ACTUALIZACION PORCENTUAL	ACTUALIZACION CULTURA ORGANIZACIONAL Y CORPORATIVA 100%	ACTUALIZACION CULTURA ORGANIZACIONAL Y CORPORATIVA 100%
PLAN DE VACACIONES	EL CUMPLIMIENTO DEL AÑO 2010	No. DE EMPLEADOS CON DISFRUTE DE VACACIONES/No. DE EMPLEADOS CON DERECHO A VACACIONES	CUMPLIMIENTO 70% PLAN DE VACACIONES	CUMPLIMIENTO 100% PLAN DE VACACIONES

7.3 LINEA DE BASE Y COMPROMISO DE LA FUNCION DE MERCADEO

CONCEPTO	LINA DE BASE	INDICADOR	COMPROMISO 2011	COMPROMISO 2012
PAGOS MODERADORES	DES NATURALIZACION DE LOS PAGOS MODERADORES 2009 Y 2010	VALOR PAGOS MODERADORES EFECTIVOS AÑO/VALOR TOTAL DE PAGOS MODERADORES CAUSADOS	NATURALIZACION Y REDIRECCIONAMIENTO DE PAGOS MODERADORES EN UN 60% CON RESPECTO A 2010	NATURALIZACION Y REDIRECCIONAMIENTO DE PAGOS MODERADORES EN UN 100% CON RESPECTO A 2010
CARTERA DE AFILIACION CON UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	NORMALIZACION DE COBROS Y PAGOS CON ATRASOS	VALOR GESTIONADO, CONCILIADO Y PAGADO POR LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA/VALOR TOTAL FACTURADO POR AFILIACION A LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	MEJORAMIENTO DE LOS INGRESOS ADEUDADOS Y PAGADOS POR LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA EN UN 50% CON RESPECTO AL 2010	MEJORAMIENTO DE LOS INGRESOS ADEUDADOS POR LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA EN UN 70% CON RESPECTO AL 2011
PROMOCION DE LA AFILIACION	SE DESCONOCE PROGRAMA DE PROMOCION EN EL 2010	No. DE AFILIADOS CAPTADOS POR PROMOCION/No. DE AFILIADOS ESPERADOS POR GESTION DE PROMOCION	GESTION DE PROMOCION DE AFILIADOS EN UN 50% MEJOR QUE EL AÑO 2010	GESTION DE PROMOCION DE AFILIADOS EN UN 70% MEJOR QUE EL AÑO 2010
TIPIFICACION DE LA AFILIACION	EN EL 2009 Y 2010 LOS AFILIADOS NO REGISTRAN MANUAL GUIA DEL USUARIO	No. DE AFILIADOS CON MANUAL GUIA DEL USUARIO/No. TOTAL DE AFILIADOS	ESTUDIO DEL CONTEXTO DE LA AFILIACION Y MANUAL GUIA DEL USUARIO EN UN 100%	MANUAL GUIA DEL USUARIO Y DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES DE LA CAJA FUNCIONANDO 100%
CONTRATACION CON LA RED PRESTADORA	FALTA CONTROL A LOS CONTRATOS DE LA RED	No. DE NUEVOS CONTRATOS DE LA RED/No. TOTAL DE IPS ADSCRITAS A LA RED	REGULACION DE FLUJOGRAMAS DE PROCESOS, FACTURACION Y PAGOS DE LA RED MEJORADO EN UN 60% CON RESPECTO AL 2010	REGULACION DE FLUJOGRAMAS DE PROCESOS, FACTURACION Y PAGOS DE LA RED MEJORADO EN UN 80% CON RESPECTO AL 2010
INVESTIGACION DE MERCADOS DEL REGIMEN EXCEPCIONAL EN EL SGSS	SE TIENE CONOCIMIENTO DEL MERCADO DEL REGIMEN EXCEPCIONAL POR LAS REUNIONES DE LOS ACTORES DEL SISTEMA	No. DE PROPUESTAS DE INVESTIGACION DEL MERCADO DE LA SALUD REALIZADAS EN EL REGIMEN EXCEPCIONAL	INVESTIGACION DE MERCADOS Y SERVICIOS PARA CADENA DE VALOR DEL SERVICIO A LOS USUARIOS	INVESTIGACION DE MERCADOS Y SERVICIOS PARA CADENA DE VALOR DEL SERVICIO A LOS USUARIOS
POLIZA DE ALTO COSTO	EXISTEN GLOSAS REPRESENTATIVAS Y CUENTAS POR GESTIONAR EN EL 2010	No. DE GLOSAS Y OBJECIONES DE LAS CUENTAS COBRADAS/No. TOTAL DE CUENTAS CATASTROFICAS RECOBRADAS AÑO	GESTION DE TRAMITES Y PROCESOS DE RECOBROS MEJORADOS EN UN 80% CON RESPECTO AL 2010	GESTION DE TRAMITES Y PROCESOS DE RECOBROS MEJORADOS EN UN 100% CON RESPECTO AL 2010

7.4 LINEA DE BASE Y COMPROMISO DE LA FUNCION DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

CONCEPTO	LINA DE BASE	INDICADOR	COMPROMISO 2011	COMPROMISO 2012
FLUJOGRAMA DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS	TOTALMENTE DESACTUALIZADOS	No. DE FLUJOGRAMAS ELABORADOS Y SOCIALIZADOS/No. DE FLUJOGRAMAS PROGRAMADOS	IMPLANTACION DE LOS FLUJOGRAMAS EN UN 50% DE MEJORAMIENTO CON RESPECTO A 2010	ESTABLECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE CALIDAD DE LA CAJA EN UN 80% CON RESPECTO A 2011
CONCILIACION Y PAGOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD	NO EXISTEN CONCILIACIONES CONOCIDAS	No. DE CONCILIACIONES Y ACUERDOS DE PAGOS CUMPLIDOS/No. DE CONCILIACIONES Y ACUERDOS DE PAGOS REALIZADOS	CUMPLIR CON EL 40% DE LAS CONCILIACIONES A PROVEEDORES	CUMPLIR CON EL 80% DE LAS CONCILIACIONES A PROVEEDORES EN LA VIGENCIA
IMPLANTACION DEL MECI 1000:2005	IMPLANTADO EN UN 70%	No. DE ACTIVIDADES MECI REALIZADAS/No. DE ACTIVIDADES MECI REGLAMENTARIAS	IMPLANTAR EL MECI EN UN 80%	IMPLANTAR EL MECI EN UN 100%
ACTUALIZACION DEL REGISTRO DE PROVEEDORES	REGISTRO DE PROVEEDORES DESACTUALIZADO EN UN 50%	No. DE PROVEEDORES CON DOCUMENTOS ACTUALIZADOS /No. DE PROVEEDORES REGISTRADOS EN LA ENTIDAD	ACTUALIZAR EL REGISTRO DE PROVEEDORES EN UN 50% MEJOR QUE EN EL 2010	ACTUALIZAR Y SISTEMATIZAR EL REGISTRO DE PROVEEDORES EN UN 80%
ESTABLACION DEL PROCESO PRESUPUESTAL	EL 35% DE LA CUENTAS NO REGISTRAN CDP Y NO HAY PAC	No. DE CUENTAS SIN CDP/TOTAL DE CUENTAS AUTORIZADAS Y PAGADAS	FORMALIZAR EL PROCESO PRESUPUESTAL DE DISPONIBILIDAD Y REGISTRO EN UN 70%	FORMALIZAR EL PROCESO PRESUPUESTAL DE DISPONIBILIDAD Y REGISTRO EN UN 70%
ESTABLACION DEL PROCESO CONTABLE	SE RECIBE SIN EVALUACION DE LA ESTRUCTURA CONTABLE DE LA CAJA	No. DE RUBROS AJUSTADOS EN LA CONTABILIDAD/No. TOTAL DE RUBROS QUE SE MANEJAN EN LA CONTABILIDAD	REVISION Y AJUSTES DE LOS RUBROS CONTABLES EN UN 70% CON RESPECTO AL 2010	REVISION Y AJUSTES DE LOS RUBROS CONTABLES EN UN 100% CON RESPECTO AL 2011
SISTEMATIZACION DE LA ENTIDAD	LOS PROCESOS DE SISTEMATIZACION SE LLEVAN A CABO EN LA ENTIDAD EN UN 30%	% DE PROCESOS SISTEMATIZADOS/% DE PROCESOS QUE NECESITAN FUNCIONAR SISTEMATIZADAMENTE	IMPLEMENTACION DE UN 30% DE MEJORAMIENTO DE SISTEMATIZACION DE LOS PROCESOS DE LA CAJA CON RESPECTO AL 2010	IMPLEMENTACION DE UN 30% DE MEJORAMIENTO DE SISTEMATIZACION DE LOS PROCESOS DE LA CAJA CON RESPECTO AL 2011
MANEJO DE INVENTARIOS Y SUMINISTRO	NO EXISTE MANUAL DE INVENTARIOS DE MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS Y NO ESTAN CONTROLADOS EFICIENTEMENTE MEDIANTE UN PLAN DE COMPRAS	% DE REGULACION DE INVENTARIOS Y FORMALIZACION DEL PLAN DE COMPRAS	MEJORAMIENTO DEL PLAN DE COMPRAS Y MANUAL DE INVENTARIOS EN UN 50% CON RESPECTO A 2010	MEJORAMIENTO DEL PLAN DE COMPRAS Y MANUAL DE INVENTARIOS EN UN 50% CON RESPECTO A 2011
MANEJO DE ACTIVOS Y PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO	NO SE HAN PLAQUETEADO LOS ACTIVOS DE LA ENTIDAD NI SE REGULAN ESTOS MEDIANTE UN MANUAL	REGULARIZACION % DEL MANEJO DE ACTIVOS DE PROPIEDAD DE LA ENTIDAD	ELABORACION MANUAL DE ACTIVOS DE BIENES DE LA CAJA Y PLAQUETE DE LOS MISMOS EN UN 60%	REGULARIZACION DE LOS BIENES Y ACTIVOS DE LA ENTIDAD EN UN 100% CON RESPECTO AL 2011
RIT	NO EXISTE REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO Y REGIMEN DE ACOSO LABOAL	IMPLEMENTACION DE LA REGULACION DISCIPLINARIA Y LABORAL EN LA ENTIDAD	ELABORACION Y SOCIALIZACION DEL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO DE LA CAJA	IMPLEMENTACION 100% DE LAS REGULACIONES DISCIPLINARIAS DE LA CAJA
CODIGO DE BUEN GOBIERNO Y ETICA	NO EXISTE CODIGO DE BUE GOBIERNO Y ETICA	% DE AVANCE EN LA GOBERNABILIDAD DE LA ENTIDAD	FORMULACION Y SOCIALIZACION DEL CODIGO DE BUEN GOBIERNO Y ETICA EN UN 70%	FORMULACION Y SOCIALIZACION DEL CODIGO DE BUEN GOBIERNO Y ETICA EN UN 100%
MANUAL DE CONTRATACION	NO EXISTE MANUAL DE CONTRATACION EN LA ENTIDAD	REGULACION DE LA CONTRATACION DE LA ENTIDAD	CAPACITACION EN CONTRATACION ADMINISTRATIVA A LOS FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD	IMPLEMENTACION 100% DEL MANUAL DE CONTRATACION DE LA ENTIDAD

7.5 LINEA DE BASE Y COMPROMISO DE LA FUNCION DE GESTION DE LA CALIDAD

CONCEPTO	LINA DE BASE	INDICADOR	COMPROMISO 2011	COMPROMISO 2012
HABILITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	NO SE HA ACTUALIZADO ESTE PROCESO EN FUNCION DE LA ULTIMA NORMATIVIDAD VIGENTE	NO. DE SERVICIOS HABILITADOS/NO. TOTAL DE SERVICIOS DEL PORTAFOLIO	IMPLEMENTACION 100% DE LA AUTOEVALUACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD	100% DE LOS SERVICIOS VERIFICADOS EN LA ENTIDAD
ACREDITACION	NO EXISTE	No. DE SERVICIOS CON PROCESOS DE CALIDAD DE LA ENTIDAD/No. TOTAL DE SERVICIOS DEL PORTAFOLIO	DESARROLLO DE OS FLUJOS DE PROCESOS Y CAPACITACION EN ACREDITACION PARA INICIAR LA RUTA CRITICA EN LA ENTIDAD	100% DE LOS SERVICIOS CON SOLICITUD DE ACREDITACION EN LA ENTIDAD
PAMEC	ESTA FORMULADO	% DE IMPLANTACION DEL PAMEC	50% MEJORAMIENTO DE PROCESOS PAMEC IMPLANTADOS	100% DE ESTABILIZACION ENTRE LA CALIDAD OBSERVADA Y LA CALIDAD DESEADA
INDICADORES TRAZADORES	REPORTE INEFICIENTE	% CUMPLIMIENTO DE REPORTES DE MONITORIZACION	50% DE AVANCES DE MEJORAMIENTO DE REPORTES DE MONITORIZACION CON RESPECTO AL 2010	100% DE AVANCES DE MEJORAMIENTO DE REPORTES DE MONITORIZACION CON RESPECTO AL 2011
INDICADORES SIVIGILA	NO FUNCIONA COMO UNIDAD PRIMARIA GENERADORA DE DATOS	% DE REPORTES EFECTUADOS AÑO	NORMALIZACION EN UN 50% DE MEJORAMIENTO DE REPORTES CENTINELAS SIVIGILA	100% DE NORMALIZACION COMO UPGD
AUDITORIA CONCURRENTE	NO FUNCIONA CON PROCESOS CLAROS EXISTEN PACIENTES NOTIFICADOS 10 DIAS DESPUES DE ESTAR EN EL HOSPITAL	No. DE SOLICITUDES DE AUTORIZACION DEL SERVICIOS/No. DE PACIENTES QUE SOLICITARON SERVICIOS EN LA BED	NORMALIZACION DE LA AUDITORIA CONCURRENTE EN UN 80% CON RESPECTO AL 2009 Y 2010	NORMALIZACION DE LA AUDITORIA CONCURRENTE EN UN 100% CON RESPECTO AL 2010 Y 2011
AUDITORIA MEDICA DE CUENTAS	REVISION DE CUENTAS REPRESADAS	No. DE CUENTAS REVISADAS POR MES/No. DE CUENTAS RADICADAS MES	100% DE REVISION DE CUENTAS MEDICAS Y CONCILIACION DE GLOSAS CON RESPECTO A 2010	100% DE REVISION DE CUENTAS MEDICAS Y CONCILIACION DE GLOSAS CON RESPECTO A 2011
COMITES TECNICO CIENTIFICOS	FUNCIONA SOLO PARA PLAN DE BENEFICIOS CON ENFASIS EN MEDICAMENTOS	FUNCIONAMIENTO INTEGRAL DE LOS CTC	REGLAMENTACION INTERNA CON REORGANIZACION FUNCIONAL 100% DE LOS CTC	100% FUNCIONANDO LOS CTC DE ACUERDO ANORMATIVIDAD VIGENTE

7.6 LINEA DE BASE Y COMPROMISOS DE LA FUNCION FINANCIERA

CONCEPTO	LINA DE BASE	INDICADOR	COMPROMISO 2011	COMPROMISO 2012
REPORTES FINANCIEROS	SE HACEN NORMALMENTE	Nº. DE REPORTES EFECTUADOS OPORTUNAMENTE/Nº. DE REPORTES REGLAMENTARIOS	MANTENER LOS RESULTADOS DEL 2010	MANTENER LOS RESULTADOS DEL 2011
GESTION CARTERA PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD	NO EXISTEN POLITICA DE PAGOS	No. DE CUENTAS PAGADAS OPORTUNAMENTE/Nº. DE CUENTAS COMPROMETIDAS PARA PAGO	MEJORAR LA LABOR DE PAGO EN UN 30% CON RESPECTO AL 2010	MEJORAR LA LABOR DE PAGO EN UN 50% CON RESPECTO AL 2011
RENEGOCIACION DE TARIFAS	NO HAY ESTUDIO SOBRE TARIFAS DE SERVICIOS DE SALUD	TARIFAS RENEGOCIADAS/TARIFAS ESTABLECIDAS	MEJORA EL REGIMEN DE TARIFAS EN SU RELACION BENEFICIO/COSTO PARA LA ENTIDAD EN UN 20% MEJOR QUE EL 2010	MEJORA EL REGIMEN DE TARIFAS EN SU RELACION BENEFICIO/COSTO PARA LA ENTIDAD EN UN 320% MEJOR QUE EL 2011
CENTRO DE COSTOS DE SERVICIOS	NO EXISTEN ESTUDIOS DE COSTOS DE SERVICIOS	% MONTAJE DE LOS CENTROS DE COSTOS DE LA ENTIDAD	CAPACITAR AL PERSONAL EN LA IMPLANTACION DE LOS CENTROS DE COSTOS DE SERVICIOS	IMPLANTACION DE LOS CENTROS DE COSTOS DE SERVICIOS DE LA ENTIDAD

7.7 LINEA DE BASE Y COMPROMISO DE LA FUNCION GERENCIAL Y ESTRATEGICA

CONCEPTO	LINA DE BASE	INDICADOR	COMPROMISO 2011	COMPROMISO 2012
ESTATUTOS	DESACTUALIZADOS	% TRAMITE DE ACTUALIZACION	PRESENTACION PROYECTO A LA JUNTA DIRECTIVA	IMPLMENTACION DE NUEVOS ESTATUTOS
INNOVACION	NO EXISTE PROSPECTIVA INSTITUCIONAL	AVANCES DE NUEVOS PROYECTOS	FORMULACION Y SOCIALIZACION PROYECTO DE TELEMEDICINA	FUNCIONAMIENTO DE LA TELEMEDICINA REGULARIZADO
DEMANDAS JUDICIALES	NO SE CONOCIÓ COMO ATIENDEN ESTAS DEMANDAS	100% DEMANDAS JUDICIALES CONTESTADAS ATENDIDAS Y CON APODERADOS	SOLUCION DE DEMANDAS HEREDADAS	SOLUCION 100% DEMANDAS HEREDADAS

VIII. PROSPECTIVA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

El Modelo de gestión en salud que implementamos, abordando y combinando la Gerencia de la Salud con la Gerencia de la Enfermedad Holísticamente; los cuales dependen de quienes sean los actores que nos acompañen en forma pública o privada en el entorno, lo que debe generar como resultados los siguientes:

Transición epidemiológica efectiva a mediano plazo

Modelo de gestión autónomo en salud diferenciador de las demás EAPB del sistema universitario de salud

Transformaciones institucionales de desarrollo empresarial en salud con metas claras de productividad, competitividad y rentabilidad económica y social como EAPB

Cumplimiento de la universalidad, solidaridad y eficiencia y demás indicadores sectoriales de nuestras competencias

Mejor cosmovisión del manejo de lo multicausal y multifactorial en los determinantes de la salud seguros de que la universidad de Cartagena apoya a su institución de previsión social por excelencia para una mayor calidad de salud y trabajo de sus funcionarios y pensionados

Consolidación del sistema general de seguridad social en salud al sistema de protección social en el manejo del riesgo y el enfoque del individuo en el contexto familiar y social en los programas de CAJAPREUDEEC

Fortalecimiento de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud

La caja contribuye a una universidad de Cartagena saludable.

IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Queremos un modelo que se proponga en primer lugar *mantener sana a la población afiliada* de la CAJAPREUDEEC, *no solo tratándolos como enfermos*, sino poniendo al servicio de ese objetivo una acción de gestión integral en salud que combinen el paradigma biomédico con el paradigma Biopsicosocial donde se eduque en salud al educador universitario como afiliado, coordinando los esfuerzos del riesgo financiero, la accesibilidad de los servicios, su calidad y su representación con derecho a los deberes que hagan a la entidad una UNIVERSIDAD SALUDABLE.

El Plan de Gestión Gerencial debe garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud de todos los usuarios y no discrimine por su capacidad de pago, además que haga posible un tratamiento oportuno y eficaz de todos y que luche por la equidad.

Queremos un modelo de salud anticipatorio, que señale cuales son los riesgos para su salud que enfrenta nuestra población usuario con estilos de vida saludables y como establecemos objetivos restrictivos de salud en sus entornos que permitan generar un esfuerzo Institucional, no sólo de los servicios de salud, sino de otros sectores, para evitar que esos riesgos se conviertan en enfermedad.

El sistema de atención de la salud de la CAJAPREUDEEC; debe ser ajustado de manera que sea eficaz y eficiente para dar capacidad de respuesta alas enfermedades que hoy día son más frecuentes, las enfermedades crónicas y degenerativas que golpean a las personas de la tercera edad, grupos etéreos mayoría de afiliados en nuestra EAPB del régimen especial del sistema universitario de salud adscrita a la Universidad de Cartagena.

Con el plan de Gestión tratamos de ejecutar un Modelo de atención en salud que sea capaz de Prevenir y curar las enfermedades mentales, que golpean sin discriminar a viejos y jóvenes y entre las cuales encontramos el flagelo de la adicción a alcohol y drogas, tan difícil de recuperar.

Además que incorpore en forma sistemática la detección de las enfermedades más graves como el cáncer de modo de poder tratarlo antes que sea irreversible.

Unas ejecutorias que tengan una especial preocupación por los más desfavorecidos que nacen, viven y trabajan en condiciones que facilitan la enfermedad y el desgaste prematuro de sus organismos, haciendo de la equidad un elemento base de la convivencia universitaria y de la educación superior en el ecosistema donde se desenvuelven para integrar a todas las personas al bienestar que nuestras políticas de salud hoy pueden generar para todos.

Con el fin de conjurar en forma inmediata los re direccionamientos estratégicos que colocaran a la empresa a cumplir en forma más eficiente su rol misional la nueva administración de la entidad tomó en forma contingente las siguientes decisiones:

Iniciaron la discusión y preparación de los nuevos estatutos a la luz de las reformas del SGSSS.

Sometieron a la Honorable Junta Directiva los actos administrativos para una nueva estructura organizacional; actualización de la clasificación de empleos; organización de las asignaciones civiles y la incorporación de los funcionarios en el reconocimiento legal del aumento en la nueva planta de personal.

Reorganizaron y fortalecieron el proceso integral de la auditoría operacional de la entidad (clínica, concurrente, de calidad y médica de cuentas) integrándola con el MECI en el contexto de las guías aplicativas del sector.

Conciliaron todos los saldos y la programación de pagos con los proveedores de servicios de salud

Establecieron unos aplicativos de reconocimiento de deudas anteriores sin CDP.

Evaluaron cada uno de los contratos y se determinaron políticas de control y contención de costos

Llevaron a cabo una evaluación y organizan la documentación correspondiente a las pólizas de alto costo para ver su conveniencia económica y están poniendo al día los recobros.

Efectuaron una reorganización total del servicio farmacéutico y dispensación de medicamentos incluido el control para ciertos usuarios que los venden; para lo cual en el tema de pendientes declararon inicialmente la contingencia y los ajustes estructurales que le permitan a la empresa el próximo semestre lograr ponerse al día y como meta que un medicamento pendiente se solucione en 3 días hábiles

Están organizando el SIAU; La sección de talento humano; y de medicina preventiva y salud familiar

Están capacitando a todo el personal en un Diplomado de medicina preventiva y Salud familiar

Conciliaron con las unidades de salud que les cerraron los servicios, pero buscan nuevos proveedores para ampliar la oferta de servicios, resolver la contingencia y ampliar la red de servicios

Efectúan la estructuración de los manuales de procesos y procedimientos operativos, administrativos y financieros de la empresa

BIBLIOGRAFIA

Estatutos CAJAPREUDEC 1996

Conferencia José Domingo Alarcón – Universidad Surcolombiana; Congreso Nacional de Salud Pública, Bogotá 2001

Política Nacional de prestación de Servicios de Salud – Ministerio de la protección Social Bogotá 2005

Decreto 3039 de 2007 Plan Nacional de Salud publica

Prospectiva de Desarrollo Empresarial Hospitalario – Conferencia Congreso Mi pymes en salud Bogotá 2008

Modulo Habilidades Gerenciales – Especialización Gerencia en Salud Universidad de Cartagena – Fernán E. Fortich febrero 2009

Memorias Encuentros de Cajas de previsión y unidades de Salud del sistema universitario estatales – Medellín Diciembre de 2010

Periódico el Previsor – CAJAPREUDEC Enero de 2011

Proyectos de Acuerdo de junta directiva para la implantación de la Clasificación de empleos, estructura organizacional, asignaciones civiles e incorporación de la planta de personal 2011 en CAJAPREUDEC.

Estudios de Pagos moderadores CAJAPREUDEC Mayo 2011 Gerencia.

Módulos Diplomado de Medicina preventiva y Salud Familiar Convenio
Universidad de Cartagena – CAJAPREUDEC febrero – Junio 2011

Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en salud PAMEC –
actualizado a Mayo 2011 CAJAPREUDEC