

**Enfoque de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) en las EPS del régimen contributivo e IPS de Nivel III de la ciudad de Bucaramanga y su Área metropolitana**

**Jonathan David Morales Méndez**

**Claudia Jazmín Galeano Barrera**

**Informe Final Trabajo de Investigación**

**Asesor**

**José Fernando Muñoz Ospina**

**Administrador de Empresas**

**Magíster en Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente**

**Universidad de Manizales**

**Maestría en Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente**

**Manizales**

**2013**

## Contenido

|  |    |
|--|----|
| <i>INTRODUCCION</i>  | 12 |
| <i>1. El Problema</i>  | 14 |
| <i>1.1 Descripción del Problema</i>  | 14 |
| <i>1.2 ¿Formulación del Problema?</i>  | 27 |
| <i>1.3 Justificación</i>   | 28 |
| <i>1.4 Objetivos</i>   | 33 |
| <i>1.4.1 Objetivo General.</i>   | 33 |
| <i>1.4.2 Objetivos Específicos.</i>  | 33 |
| <i>2. Marco Teórico</i>  | 35 |
| <i>2.1 Revisión de literatura en Responsabilidad Social Empresarial</i>  | 35 |
| <i>2.2 La Responsabilidad Social Empresarial y el Desarrollo Sostenible</i>  | 41 |
| <i>2.3 Antecedentes Históricos del sector Salud</i>  | 46 |
| <i>2.4 Antecedentes Legales</i>  | 52 |
| <i>2.5 Antecedentes de Investigación</i>   | 57 |
| <i>2.6 Estado del Arte de la Responsabilidad Social Empresarial en Salud</i>   | 61 |
| <i>2.7 Conceptos Básicos del Sistema general de Seguridad Social en Salud</i>  | 64 |
| <i>2.8 Variables.</i>  | 75 |
| <i>3. Diseño Metodológico</i>  | 77 |
| <i>3.1 Tipo de investigación</i>   | 77 |
| <i>3.2 Diseño de la Investigación</i>  | 80 |
| <i>3.3 Población</i>   | 81 |
| <i>3.4 Técnicas e Instrumentos</i>   | 83 |
| <i>4. Resultados</i>   | 86 |
| <i>4.1 Perspectiva de la Responsabilidad Social Empresarial en las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo de Bucaramanga y su área Metropolitana</i> | 86 |
| <i>4.1.1 Análisis de Datos de la RSE en las EPS del régimen contributivo</i>   | 86 |

|   |                         |
|---|-------------------------|
| <i>4.2 Perspectiva de la Responsabilidad Social Empresarial en las Instituciones Prestadoras de Salud de Nivel III DE Bucaramanga y su área Metropolitana</i> | <i>141_Toc374386898</i> |
| <i>4.3 Debilidades y Fortalezas</i>   | <i>190</i>              |
| <i>4.4. Clasificación de las Prácticas de Responsabilidad Social para el Sector Salud: EPS del régimen contributivo e IPS de nivel III</i>                    | <b>200</b>              |
| <i>5. Acciones con Enfoques RSE para el Sector Salud</i>  | <i>210</i>              |
| <i>5.1 Ejes de la RSE para el Sector Salud</i>  | <i>210</i>              |
| <i>5.2 Tablero de Comando para Acciones con enfoque RSE</i>   | <i>213</i>              |
| <i>6. Conclusiones</i>  | <i>219</i>              |
| <i>Bibliografía</i>   | <i>224</i>              |

## **Lista de Tablas**

*Tabla 1.*

Aplicación de la RSE a través de la Historia en Colombia.

*Tabla 2.*

Antecedentes Legales en Colombia \_\_\_\_\_ 52

*Tabla 3.*

Antecedentes Investigativos en Colombia.

*Tabla 4.*

Entidades Promotoras de Salud Régimen Contributivo de Bucaramanga y su área  
Metropolitana

*Tabla 5.*

Instituciones Prestadoras de Salud de Nivel III

*Tabla 6.*

Distribución del Instrumento

*Tabla 7.*

Clasificación de Empresas según Practicas RSE

*Tabla 8.*

Clasificación de las Practicas RSE en EPS – RC

*Tabla 9.*

Clasificación de las Practicas RSE – IPS nivel III



## Lista de Figuras

|   | Pág. |
|---|------|
| <i>Figura 1.</i> Evolución de la Responsabilidad Social Empresarial   | 36   |
| <i>Figura 2.</i> Estructura de la Ley 100 de 1993.  | 49   |
| <i>Figura 3.</i> Estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud.   | 69   |
| <i>Figura 4.</i> Diagrama del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto a las EPS-RC y la RSE. | 74   |
| <i>Figura 5.</i> Perspectivas de la CRES hacia el año 2014.   | 75   |
| <i>Figura 6.</i> Variables empleadas en la RSE en el sector EPS-RC, CLINICAS Y HOSPITALES                                     | 76   |
| <i>Figura 7.</i> Diseño de la Investigación   | 80   |
| <i>Figura 8.</i> Cargo Responsable de RSE   | 87   |
| <i>Figura 9.</i> Barreras de la RSE   | 88   |
| <i>Figura 10.</i> Impactos de la RSE  | 89   |
| <i>Figura 11.</i> Acuerdos Extralegales   | 90   |
| <i>Figura 12.</i> Estímulo a Donaciones y Aportes al Bien Común   | 91   |
| <i>Figura 13.</i> Espacios de Desarrollo Personal a Madres que Trabajan   | 92   |
| <i>Figura 14.</i> Cánones de Igualdad   | 92   |
| <i>Figura 15.</i> Equidad de Genero   | 93   |
| <i>Figura 16.</i> Estimulo a Donaciones y Aportes al Bien Común   | 94   |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Figura 17. Políticas Concretas con el Trabajo Infantil</i>           | 95  |
| <i>Figura 18. Planes de Motivación</i>                                  | 95  |
| <i>Figura 19. Estimulo a Donaciones y Aportes al Bien Común</i>         | 96  |
| <i>Figura 20. Flexibilidad Jornadas de Trabajo</i>                      | 97  |
| <i>Figura 21. Planes de Higiene y seguridad Industrial</i>              | 98  |
| <i>Figura 22. Estímulo a Donaciones y Aportes al Bien Común</i>         | 99  |
| <i>Figura 23. Evaluación de desempeño</i>                               | 99  |
| <i>Figura 24. Programas de Retiro y Jubilación</i>                      | 100 |
| <i>Figura 25. Departamento de Servicio al Cliente</i>                   | 101 |
| <i>Figura 26. Mecanismos de Comunicación</i>                            | 102 |
| <i>Figura 27. Campañas de Marketing con Fines Sociales</i>              | 103 |
| <i>Figura 28. Servicios de Calidad Vs. Características Prometidas</i>   | 103 |
| <i>Figura 29. Prácticas de Mercadeo y Honestas</i>                      | 104 |
| <i>Figura 30. Respeto a Los derechos de los consumidores y Clientes</i> | 105 |
| <i>Figura 31. Sistemas de PQR´S</i>                                     | 105 |
| <i>Figura 32. Seguimiento de PQR´S</i>                                  | 106 |
| <i>Figura 33. Alianzas con la Competencia</i>                           | 107 |
| <i>Figura 34. Canales de Comunicación con Complementadores</i>          | 107 |
| <i>Figura 35. Distintivos</i>   | 108 |
| <i>Figura 36. Sistemas para Conocer Necesidades de Clientes</i>         | 109 |
| <i>Figura 37. Mecanismos para asegurar la calidad</i>                   | 110 |
| <i>Figura 38. Políticas de Marketing contra la Discriminación</i>       | 110 |
| <i>Figura 39. Herramientas de Evaluación de Complementadores</i>        | 111 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Figura 40.</i> Protección a Población en Riesgo y/o afectada por el Servicio | 112 |
| <i>Figura 41.</i> Cultura democrática y Participativa                           | 112 |
| <i>Figura 42.</i> RSE como Estrategia Empresarial                               | 113 |
| <i>Figura 43.</i> RSE en su Planeación Estratégica                              | 114 |
| <i>Figura 44.</i> Mecanismos para Controlar la Corrupción                       | 115 |
| <i>Figura 45.</i> Balance de Sostenibilidad                                     | 116 |
| <i>Figura 46.</i> Presupuesto par la RSE  | 117 |
| <i>Figura 47.</i> Desarrollo de Programas de RSE                                | 117 |
| <i>Figura 48.</i> Alianzas Público- Privadas para las RSE                       | 118 |
| <i>Figura 49.</i> Rendición de Cuentas  | 118 |
| <i>Figura 50.</i> Cultura democrática y Participativa                           | 119 |
| <i>Figura 51.</i> Organización Horizontal                                       | 120 |
| <i>Figura 52.</i> Programas de Incentivos                                       | 120 |
| <i>Figura 53.</i> Factores para Créditos  | 121 |
| <i>Figura 54.</i> Reporte Clima Laboral   | 122 |
| <i>Figura 55.</i> Canales de Comunicación Directa                               | 123 |
| <i>Figura 56.</i> Políticas de Colaboración con Entidades Financieras           | 124 |
| <i>Figura 57.</i> Convocatoria a proveedores                                    | 124 |
| <i>Figura 58.</i> Selección de Proveedores                                      | 125 |
| <i>Figura 59.</i> Evaluación de Proveedores                                     | 126 |
| <i>Figura 60.</i> Grado de Compromiso con la RSE                                | 127 |
| <i>Figura 61.</i> Verificación de Calidad                                       | 127 |
| <i>Figura 62.</i> Política de Pagos   | 128 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Figura 63.</i> Control de Calidad                                    | 129 |
| <i>Figura 64.</i> Programas de Acercamiento a Proveedores               | 130 |
| <i>Figura 65.</i> Estrategias de Inversión Social                       | 130 |
| <i>Figura 66.</i> Diagnóstico de Necesidades                            | 131 |
| <i>Figura 67.</i> Estrategias de Autogestión                            | 132 |
| <i>Figura 68.</i> Alianzas Publico Privadas                             | 133 |
| <i>Figura 69.</i> Medios de Comunicación                                | 134 |
| <i>Figura 70.</i> Estrategias de Inversión Social                       | 134 |
| <i>Figura 71.</i> Políticas Medioambientales y de Desarrollo Sostenible | 135 |
| <i>Figura 72.</i> Programas de inversión ambiental                      | 136 |
| <i>Figura 73.</i> Programas de Reciclaje                                | 136 |
| <i>Figura 74.</i> Planes de Contingencia                                | 137 |
| <i>Figura 75.</i> Estrategias de Inversión Social                       | 138 |
| <i>Figura 76.</i> Racionalización del uso de Agua                       | 139 |
| <i>Figura 77.</i> Programa de Donaciones                                | 139 |
| <i>Figura 78.</i> Política de RSE - IPS                                 | 141 |
| <i>Figura 79.</i> Cargos para RSE – IPS                                 | 142 |
| <i>Figura 80.</i> Barreras para el desarrollo de la RSE – IPS           | 142 |
| <i>Figura 81.</i> Impactos que genera la RSE dentro de la IPS           | 143 |
| <i>Figura 82.</i> Acuerdos Extralegales – IPS                           | 144 |
| <i>Figura 83.</i> Estimulo empleados IPS                                | 145 |
| <i>Figura 84.</i> Espacio de desarrollo personal a las madres - IPS     | 145 |
| <i>Figura 85.</i> Igualdad dentro del proceso de contratación - IPS     | 146 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Figura 86.</i> Equidad en políticas de salario y promoción – IPS             | 146 |
| <i>Figura 87.</i> Apoyo profesional a trabajadores – IPS                        | 147 |
| <i>Figura 88.</i> Políticas en contra del trabajo infantil - IPS                | 148 |
| <i>Figura 89.</i> Planes de Motivación - IPS                                    | 148 |
| <i>Figura 90.</i> Ascensos a empleados - IPS                                    | 149 |
| <i>Figura 91.</i> Jornada de trabajo - IPS                                      | 150 |
| <i>Figura 92.</i> Planes de higiene y seguridad industrial - IPS                | 150 |
| <i>Figura 93.</i> Voluntarios corporativos - IPS                                | 151 |
| <i>Figura 94.</i> Evaluación de desempeño - IPS                                 | 151 |
| <i>Figura 95.</i> Programas de finalización de contrato o jubilación - IPS      | 152 |
| <i>Figura 96.</i> . Estrategias de inversión social - IPS                       | 153 |
| <i>Figura 97.</i> Diagnóstico de las necesidades de la comunidad - IPS          | 154 |
| <i>Figura 98.</i> Estrategias de autogestión comunitaria- IPS                   | 154 |
| <i>Figura 99.</i> Alianzas con entidades públicas y del tercer sector- IPS      | 155 |
| <i>Figura 100.</i> Medios de comunicación y flujo de información - IPS          | 156 |
| <i>Figura 101.</i> Implicación de la empresa con la comunidad - IPS             | 156 |
| <i>Figura 102.</i> Herramientas de seguimiento en inversión social - IPS        | 157 |
| <i>Figura 103.</i> Políticas medio ambientales y de desarrollo sostenible - IPS | 158 |
| <i>Figura 104.</i> Programas de inversión ambiental - IPS                       | 158 |
| <i>Figura 105.</i> Programas de Reciclaje - IPS                                 | 159 |
| <i>Figura 106.</i> Planes de contingencia - IPS                                 | 160 |
| <i>Figura 107.</i> Racionalización del uso de energía eléctrica - IPS           | 160 |
| <i>Figura 108.</i> Racionalización de uso del recurso hídrico - IPS             | 161 |

|  |     |
|--|-----|
| <i>Figura 109.</i> Acciones para los programas de donaciones - IPS                       | 162 |
| <i>Figura 110.</i> Departamento de servicio al cliente - IPS                             | 163 |
| <i>Figura 111.</i> Comunicación con clientes – IPS                                       | 163 |
| <i>Figura 112.</i> Campañas de marketing con fines sociales – IPS                        | 164 |
| <i>Figura 113.</i> Cumplimiento de características prometidas en la publicidad – IPS     | 165 |
| <i>Figura 114.</i> Prácticas de mercadeo honestas y transparentes – IPS                  | 165 |
| <i>Figura 115.</i> Respeto a los derechos de los consumidores – IPS                      | 166 |
| <i>Figura 116.</i> Sistema de atención de PQRS – IPS                                     | 167 |
| <i>Figura 117.</i> Seguimiento de las PQRS   | 167 |
| <i>Figura 118.</i> Alianzas en promoción de productos y/o servicios                      | 168 |
| <i>Figura 119.</i> Canales de comunicación complementadores                              | 169 |
| <i>Figura 120.</i> Distintivo de sus productos o servicios                               | 169 |
| <i>Figura 121.</i> Herramientas para conocer necesidades del cliente                     | 170 |
| <i>Figura 122.</i> Mecanismos para asegurar la calidad de los productos                  | 171 |
| <i>Figura 123.</i> Política de marketing en contra de la discriminación – IPS            | 171 |
| <i>Figura 124.</i> Evaluación de desempeño, productos complementarios o sustitutos – IPS | 172 |
| <i>Figura 125.</i> Políticas de protección en riesgo                                     | 173 |
| <i>Figura 126.</i> Cultura democrática y participativa                                   | 174 |
| <i>Figura 127.</i> La RSE como nueva estrategia empresarial                              | 174 |
| <i>Figura 128.</i> Implementación de RSE en la planeación estratégica                    | 175 |
| <i>Figura 129.</i> Control de corrupción   | 175 |
| <i>Figura 130.</i> Control de sostenibilidad   | 176 |
| <i>Figura 131.</i> Porcentaje disponible para la RSE                                     | 177 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Figura 132.</i> Actitud proactiva frente a la RSE                            | 177 |
| <i>Figura 133.</i> Alianzas en el sector público y tercer sector para proyectos | 178 |
| <i>Figura 134.</i> Mecanismos para rendición transparente de cuentas            | 178 |
| <i>Figura 135.</i> Conocimiento de remuneración de la dirección                 | 179 |
| <i>Figura 136.</i> Organización horizontal                                      | 180 |
| <i>Figura 137.</i> Incentivos para la gestión de RSE                            | 180 |
| <i>Figura 138.</i> Factores para realizar créditos                              | 181 |
| <i>Figura 139.</i> Clima organizacional   | 182 |
| <i>Figura 140.</i> Canales de comunicación con la alta dirección                | 182 |
| <i>Figura 141.</i> Políticas con entidades financieras                          | 183 |
| <i>Figura 142.</i> Proceso de selección proveedores - IPS                       | 183 |
| <i>Figura 143.</i> Grado de compromiso de los proveedores con la RSE            | 184 |
| <i>Figura 144.</i> Selección proveedores  | 185 |
| <i>Figura 145.</i> Convocatoria de proveedores                                  | 185 |
| <i>Figura 146.</i> Selección de proveedores                                     | 186 |
| <i>Figura 147.</i> Cumplimiento de los requisitos                               | 187 |
| <i>Figura 148.</i> Política de pago a proveedores                               | 187 |
| <i>Figura 149.</i> Calidad de los productos que ofrecen los proveedores         | 188 |
| <i>Figura 150.</i> Programa de acercamiento a proveedores                       | 189 |
| <i>Figura 146.</i> Modelo de RSE en Salud                                       | 212 |
| <i>Figura 147.</i> Modelo de RSE según el Cuadro de Mando Integral.             | 216 |

## INTRODUCCION

La Responsabilidad Social Empresarial es un tema que actualmente ocupa una posición estratégica en los Mercados, si se hablara de su origen sería inexacto mencionar una fecha precisa donde muestre el origen de este concepto, porque a través de los años el tema a recogido diversos conceptos, estrategias y elementos que la han robustecido convirtiéndolo en una de la herramienta más fuertes con los que cuenta la sociedad para generar desarrollo Sostenible y hacer más eficiente su gestión empresarial.

Por tal razón la Responsabilidad Social Empresarial ha venido evolucionando; esto ha permitido que los diferentes autores indaguen sobre la historia y evolución de este tema empresarial, es por esto que hoy en día se puede encontrar una extensa bibliografía de cómo se inició su construcción, desde el tema filantrópico que envuelve a todos los interesados hasta hoy donde se busca explicar la interacción y desarrollo sostenible de las empresas con su entorno sin afectar los grupos de interés o stakeholders.

El propósito de esta investigación es determinar el enfoque de responsabilidad Social Empresarial existente en el sector Salud, estableciendo sus prácticas actuales, identificando fortalezas y debilidades que permitan proponer acciones de mejora que permitan a las EPS del régimen contributivo y a las IPS de nivel III, tener un referente para la implementación de la Responsabilidad Social Empresarial en toda su estructura empresarial.

Es fundamental el desarrollo de estas acciones por que con ellas se logra generar un desarrollo sostenible en el tiempo, estas pueden contribuir a los objetivos del milenio, por

que estas acciones se enfocan a la igualdad, la ética y el mejoramiento de la calidad de vida de todas las partes interesadas en la empresa.

Par el desarrollo de todo este proyecto se cuenta con una serie de fases metodológicas que se enmarcan dentro de una investigación con enfoque cuantitativo, utilizando diversos tipos de investigación Descriptiva, exploratoria y analítica; el estudio desarrollado se clasifica como un estudio transversal. Se realizó un trabajo de campo en el cual intervinieron más de 11 EPS y 13 IPS.

Al final del proyecto se hace una análisis de fortalezas y debilidades en los diferentes sectores, una clasificación de las practicas de RSE y el enfoque que tienen por grupo de interés, después de esto se diseño un Tablero de Mando Integral, alineados con el Balance Score Card con acciones para la Implementación de Responsabilidad Social empresarial.

Agradecemos a todas las EPS del régimen contributivo y las IPS de nivel III de Bucaramanga y el área metropolitana perteneciente, por suministrar la información pertinente y veras para definir los perfiles y las acciones

## **1. El Problema**

### **1.1 Descripción del Problema**

La Responsabilidad Social Empresarial (RSE) es actualmente un tema que está presente en el marco de la sostenibilidad empresarial y su aporte al desarrollo sostenible, bajo este tema se dice que las empresas deben asumir una actitud responsable al ejercer sus funciones en la sociedad, también se puede afirmar que la RSE es una contribución activa y voluntaria al mejoramiento de la sociedad de sus dimensiones, sociales, económicas y ambientales.

Este enfoque de la RSE, está presente en todos los actores económicos, por tal razón y tal como está estructurado el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, sus actores no deben ser ajenos a este fenómeno, dentro de estos principales actores se encuentran dos. Las Entidades Promotoras de salud que pertenecen al régimen contributivo y las Instituciones prestadoras de Salud, las primeras administran el sistema y sus recursos; en cambio la segunda presta los servicios de salud; de estos dos actores depende el funcionamiento correcto y el desarrollo equilibrado de la Salud; por tal razón a continuación se realizará una lectura del contexto en la cual se encuentra el sector.

Para empezar esta revisión de prácticas en RSE, observemos algunos casos de la falta de RSE en las empresas de salud en las cuales se ha perdido la concepción de la salud como un servicio comunitario en el cual la responsabilidad de cuidado, prevención y promoción de la salud se convirtió prácticamente en una responsabilidad exclusiva de los

pacientes, un ejempló claro de ellos es que no existe seguimiento sistemático de los pacientes los cuales se pueden evidenciar claramente en diversas situaciones. (Morales &Pérez, 2010)

- La clínica Pío XII de Pereira tomaba biopsias de todo tipo de tumores; pero si el paciente no regresaba por el resultado, aunque se presentase una enfermedad terminal, nada se hacía para localizarlo e informarle. (Tabares & Castaño, 2007)

- Si el paciente no vuelve a los controles exigidos por la patología y el médico, o no tomaba los medicamentos, la empresa de salud nada hace para corregir tales dificultades. (Morales &Pérez, 2010).

- En diversas Investigaciones de rigor científico se concluye que sólo el 4% de los pacientes siguen los consejos dietéticos o de vida sana que da el médico. Los sistemas de salud y sus actores no se sienten responsables de esta situación. (Tabares & Castaño, 2007)

Todos estos casos ilustran de manera clara algunas situaciones, que día a día se vuelven frecuentes, afectando el desarrollo de la sociedad, vulnerando derechos fundamentales como el derecho a la vida y el derecho a la Salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud para una persona debe darse asegurado un estado físico, mental y social, sin ninguna clase de discriminación, fortaleciendo el desarrollo de la sociedad.

Precisamente ese rol de la Salud como elemento de desarrollo es el que demuestra la importancia de estudiar el papel de la RSE en el sector Salud, ya que este elemento es fundamental para el desarrollo, porque si no existen practicas responsables que logren el

equilibrio y desarrollo sostenible de la sociedad, esto desencadenara en más brechas de desigualdad socioeconómica para los actores de la sociedad

Con base en lo anterior se evidencia que es fundamental e imperativo el papel que tienen las EPS y las IPS, en el desarrollo de la sociedad atendiendo a diversas exigencias de tipo económicas, éticas, sociales y políticas que propendan por el desarrollo de un modelo de atención y prevención integral en salud.

Todo esto se lograra si los actores del Sistema de salud, cuyo deber es prestarles a los usuarios atención médica de buena calidad, continua, apropiada, y realizada por un profesional de la salud que respete los intereses del paciente, se realizara de forma correcta.

Sin embargo en la actualidad, estas empresas solo se preocupan por suplir las necesidades de salud, pero aún no están enfocados en implementar un diseño de RSE que le permita adquirir un compromiso en el sentido de tener un comportamiento ético y contribuir al desarrollo y calidad de vida de los grupos de interés “comunidad” tal como lo muestra la Encuesta Nacional de RSE de la ANDI (2013), a pesar que el 70% de las empresas ya cuentan con una política de RSE, solo el 55% integra este grupo de interés dentro de su estructura empresarial; es decir unir el cliente interno (empleados y familiares), con el cliente externo (proveedores, usuarios, sociedad y comunidad, estado y medio ambiente).

Esta situación ha generado que constantemente la sociedad se encuentre en una crisis en el sector salud, que en Colombia parece de nunca acabar desde antes de ser aprobada la reforma de la ley 100 de 1993; esta ley planteo que el nuevo Régimen de Seguridad Social, tuvieran dos actores como lo son las EPS y las IPS las cuales deberían ser actores Independientes, siendo las EPS las responsables de la afiliación, registro de

usuarios y recaudo de cotizaciones y siendo las IPS las encargadas de prestar los servicios en su nivel de atención a los afiliados y beneficiarios; todo lo anterior con el fin de generar competencia entre las entidades promotoras o prestadoras del servicio de salud y lograr un beneficio directo para los usuarios; Infortunadamente no mejoró mucho la situación.

El propósito de la ley 100 fue el establecimiento de competencias que no existían, pero luego llegaron las EPS cuya estrategia de integración vertical sustituyó un monopolio estatal como lo era el (ISS) para convertirlo en oligopolios, es decir pequeños (ISS), que distorsiona íntegramente el sistema.

Este modelo de Salud hoy cuenta con diversos problemas financieros, haciéndose cada día más visibles y ahondada por problemas de corrupción, la crisis de la red Hospitalaria y la ineficacia en el control del estado. (El Espectador, 2011)

Otra problemática que se identificó en el sector corresponde al sistema de contratación, el recurso humano es limitado hay poco personal especializado ya que las contrataciones en algunas IPS son a través cooperativas, significando esto más intermediarios que hacen que los funcionarios reciban menos salarios.

Pero quizás lo más urgente para muchos es la actualización del POS que inició a partir del 1 de enero de 2012; actualmente se sanciona una nueva reforma de Salud, que fortalece el POS pero que no ha cambiado estas figuras.

Los más beneficiados de todas estas reformas ha sido el régimen contributivo, pero este Régimen ha generado controversia porque el Gobierno indica unas políticas para la asignación de citas en menos tiempo, sin embargo, no dimensionan que las EPS no cuentan con esa infraestructura para cumplirle a los usuarios.

Cabe entonces preguntarnos ¿Quién es el ente regulador o el ente responsable en la aplicación de un modelo de RSE en el sector Salud?; hoy en día la mayor dificultad que existe en el Sector con respecto a éste tema es la falta de motivación por parte del estado en concienciar al sector salud, en la importancia que tiene hoy por hoy ser una empresa socialmente responsable, entendiendo que la RSE trae beneficios que van a cultivar relaciones de apoderamiento y de desarrollo con los grupos comunitarios.

Es importante puntualizar la necesidad que existe en el sector salud en implementar lo ya mencionado, debido a la crisis que ha tenido en los últimos años este sector; esto incluso en ocasiones es por el desconocimiento que tienen los usuarios en la buena utilización y optimización de los servicios asistenciales y económicos, suministrados por dichas entidades, generando confusión y desinformación en los usuarios, sin tener en cuenta que es responsabilidad de todos velar por los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Cabe resaltar que la RSE que deben implementar los actores del sector salud, tiene que ver con el ámbito ético y no debería ser una cuestión voluntaria, partiendo del solo hecho que la salud es un derecho fundamental y que el objetivo principal de estas instituciones debe ser brindar un servicio con calidad, pero infortunadamente, en las actividades diarias se observa como se ha deteriorado la atención en salud con los famosos “paseos de la muerte”, por falta de entrega de medicamentos a tiempo, cada vez son más los pacientes terminales, que para acceder a los servicios deben recurrir a las tutelas, como único mecanismo para tener un acceso a un servicio justo, son tantas las instituciones que intervienen en el servicio de salud, que cada una protege sus intereses a su conveniencia, sin importar que el perjudicado sea en este caso el cliente final “los usuarios”..

Además es de resaltar que la constante manipulación de la Ley 100 en beneficio de los intereses de unos pocos, las EPS y las IPS son una misma persona jurídica, por eso, se habla del servicio que prestan las EPS, cuando en principio esa era la función de la IPS.

Otra figura fundamental y que atentó contra la transparencia y eficiente prestación de los servicios de salud fue la integración vertical, la cual acabó con el proceso administrativo que se intentó con la Ley 100 que pretendía introducir los elementos propios del mercado y de la competencia.

El usuario ha dejado de ser el centro y factor primordial del sistema, pues quien ordena y ejecuta los presupuestos son las Juntas Directivas de la EPS e IPS, cuyos intereses son muy distintos a los de los pacientes, porque ellos representan intereses particulares en el cual la principal meta es hacer dinero.

Las anteriores aseveraciones revelan la importancia y la responsabilidad, que las instituciones de salud han recibido del Estado para la prestación de un servicio, que satisfaga necesidades sanitarias de la comunidad y se cumpla con la RSE del sector salud.

Lo anterior deja claro que la responsabilidad que el Estado depositó en las EPS e IPS, es de gran magnitud, pero que en la actualidad ese objetivo no se cumple totalmente generando un desequilibrio social en la población o por lo menos así los perciben los usuarios, esta afirmación se realiza fundamentada en un concepto emitido por la Defensoría del Pueblo donde afirma que una encuesta realizada en el año 2010 a 17.000 usuarios, califican en promedio el servicio de las EPS'S con porcentaje de 66%; se encuentra dentro de las mayores preocupaciones el tiempo de espera para recibir el servicio y la falta de cobertura de todas las EPS'S en las regiones alejadas.

Sin contar con las múltiples obligaciones financieras que tienen las EPS'S con la red Hospitalaria Nacional que asciende a Noviembre de 2013 a 12 billones de pesos según los Expuesto por el Director de la Asociación de Hospitales y Clínicas en debate sobre el Sistema de Salud en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, lo cual genera que las unidades médicas no puedan operar con su máxima eficiencia.

Lo anterior deja entrever la necesidad imperante de que se formulen modelos de responsabilidad social empresarial para el sector salud, y que sean respaldados por una base legislativa que propenda y obligue su aplicación, con el fin de promover el desarrollo sostenible del país y sus regiones.

Actualmente en Colombia existen más de 30 EPS'S perteneciente al régimen contributivo, a quienes se les otorgo la autorización de recaudar los aportes al SGSS y garantizar la aplicación del POS.

Dentro de las EPS'S que cuentan con mayor número de afiliados en el país y la región de Bucaramanga y su área metropolitana se encuentran SALUDCOOP EPS, COOMEVA EPS, SALUD TOTAL, ALIANSALUD, entre otras; a continuación se podrá observar un análisis somero y objetivo de las prácticas en RSE de estas entidades.

SALUDCOOP nació en el año de 1994, en cuanto a la responsabilidad Social empresarial realizó un proceso de *Integración Vertical* con el fin de maximizar las utilidades de sus inversionistas, cuenta con un Sistema de Gestión ambiental implementado alrededor de 26 clínicas en el territorio Nacional y realiza programas sociales relacionados con la educación.

Por otra parte encontramos a Salud Total creada 1991 como una entidad de medicina pre pagado y más adelante en 1994 fue autorizada para funcionar como EPS, en

cuanto a RSE quien cuenta claramente con códigos de ética y buen gobierno, además ha formulado políticas de Responsabilidad social empresarial enfocada para cada uno de sus STAKEHOLDERS. Y actualmente cuenta con una fundación orientada a desarrollar programas sociales de la primera infancia.

COOMEVA EPS tienen implementado un sistema de gestión en RSE, no solo para la EPS, si no para el grupo empresarial en general, las acciones de RES están definidas en los objetivos estratégicos de la organización y están claramente definidos y enfocados hacia sus *Stakeholders*.

Después de este análisis somero de la RSE en tres importantes EPS'S, queda un interrogante fundamental que tan efectivo ha sido la implementación de estos modelos de gestión en RSE, será que ¿La RSE es solo tener fundaciones y hacer políticas?, ¿Cómo se despliegan las acciones verificables con los demás *Stakeholders* como la Red Hospitalaria?

Pero a toda esta problemática no es ajena la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, esta ciudad está ubicada en la zona Nororiental de Colombia, en una meseta ubicada en la cordillera oriental, a través de ella corren las fuentes hídricas de los ríos Surata, Oro y Frio. Se encuentra en una zona que presenta seguida actividad sísmica porque su ubicación se encuentra entre las falla geológicas Bucaramanga, Santa Marta y la del Suárez.

Su clima según el Instituto de Hidrología, meteorología y estudios ambientales de Colombia – IDEAM (2012), se clasifica en sus zonas más bajas como cálido seco y en sus zonas altas como templado seco.

La ciudad cuenta con una división política – administrativa que consta de 3 corregimientos en la parte rural, los cuales agrupan un total de 29 veredas y 14

asentamientos, en lo urbano está compuesto por 17 comunas, las cuales se distribuyen en 129 barrios y 36 asentamientos (Concejo de Bucaramanga, 2013).

La ciudad a 2011 según las proyecciones del censo realizado por el DANE en 2005, tiene una población que asciende a 525119 habitantes, de la cual el 48% es del sexo masculino, el 31,6% de esta población es menor de 19 años; el 5,5% de la población es mayor a 70 años.

Adicional a esto la ciudad integra un área metropolitana, de la cual la ciudad es el eje central de desarrollo; el área metropolitana está conformada también por los municipios de Floridablanca, Girón y Piedecuesta, siendo Bucaramanga y Floridablanca las de mayor actividad empresarial y donde mayor población existe. Floridablanca es una ciudad que está dividida en 8 comunas, compuestas por 25 barrios, alberga una población total de 252472 habitantes.

El tercero en aportar mayor población se encuentra el Municipio de Girón, que se distingue por que su clima es más cálido que en las demás zonas del área metropolitana, se encuentra que está conformada por 161469 habitantes distribuidos en 21 barrios.

Seguido a esto a nivel poblacional se encuentra Piedecuesta la cual está dividida en 192 barrios, cuenta con una población proyectada según el censo del DANE de 112898 habitantes.

Todas estas poblaciones son las que conforman el área metropolitana de Bucaramanga, siendo en nivel de importancia y eje de desarrollo Bucaramanga, precisamente en cuanto al sector salud, los dos actores principales las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones prestadoras de Salud (IPS), las primeras centran su operación en la ciudad de Bucaramanga con oficinas satélites en las diferentes zonas del

área metropolitana, las segundas se encuentran en su gran mayoría en Bucaramanga y Floridablanca, con una gran expectativa de crecimiento en la segunda ciudad citada, ya que allí se construye a hoy agosto de 2013 la llamada zona Franca de la Salud.

Respecto a la población afiliada de Bucaramanga y su área metropolitana al régimen contributivo según la Base de datos Única de afiliados del Fosyga (BDUA) es de 708.834 personas a Enero de 2013, de las cuales, recursos que administran las EPS y deben ser atendidos por diferentes IPS.

Al hacer un comparativo con el año 2011, donde existían 665237 se ve un incremento porcentual de aproximadamente el 7% de la población a atender, solo en el área metropolitana, sin contar que el departamento de Santander centra toda su actividad en su capital y que a nivel de provincias cuenta con hospitales e instituciones prestadoras de salud muy precarias por lo que los servicios de Hospitalización y servicios médicos especiales se remiten a la ciudad de Bucaramanga, donde la población total afiliada a enero de 2013 ascendía a 973713 afiliados solamente al régimen contributivo, sin tener en cuenta la cantidad de población afiliada al régimen subsidiado, que asciende a 307925 lo que representa un porcentaje del 43% respecto al total del Régimen Contributivo, si hace la relación el área metropolitana debe atender solamente de su población afiliada independientemente del régimen de Salud 1'016.759 personas.

Si contamos que en esta zona existen 12 EPS, las cuales atiende régimen contributivo, 3 que atienden ambos regímenes, tendríamos una tasa promedio de 67784 afiliados por EPS, si se analiza la capacidad administrativa, las instalaciones, la infraestructura de estas difícilmente si todos sus afiliados solicitaran servicios no podrían cumplir con esta labor.

Sin dejar de lado los servicios médicos y centrándose en los centros hospitalarios y clínicos de Nivel 3 encontramos igualmente que existen alrededor de 10 centros, lo cual arroja un ratio de 101600 pacientes por centro médico de Nivel 3, que si se analizarían en detalle no tienen una infraestructura tan amplia para tender semejante población, ni siquiera el 10% de esta población que según la encuesta de percepción de Ministerio de Salud son los que acuden a los servicios que presta este tipo de centros.(Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Lo preocupante de estas cifras es que hace varios años no se evidencia inversiones significativas en las instituciones prestadoras de Salud, las clínicas y hospitales que hay en la ciudad cada vez presentan mayor sobrepoblación y no se vislumbran inversiones, ni por parte del sector público, como tampoco en el sector privado, ni de aquella EPS que tienen integración vertical, lo que genera un malestar para el paciente como sucede en diversas clínicas y centros hospitalarios en Colombia y que no son la excepción en Bucaramanga, en el cual tienen que esperar en camillas en los pasillos para ser atendidos, si bien es cierto que se está construyendo una Zona Franca de Salud, el objetivo primordial no es fortalecer las necesidades básicas en Salud de la población de la región, si no mostrar una ciudad que permita el desarrollo de turismo en Salud, donde el principal nicho de mercado son clientes internacionales en los continentes Asiáticos y Europeos, así lo afirmó FOSUNAB, ente gestor y líder del proyecto; esto deja en entredicho dos aspectos fundamentales para la RSE la inversión responsable y el aporte al desarrollo de la comunidad.

Otro aspecto fundamental en el sistema de salud es la asignación de citas, haciendo un análisis de la encuesta de evaluación de servicios de las EPS, encontramos que las EPS de Bucaramanga evaluadas, tienen una calificación no baja pero tampoco

sobresaliente, por que el 60% de los usuarios consideran que para obtener una cita se demoran entre 1 y 3 días; pero queda una cifra preocupante y es que un 40% le toma más de 3 días obtener una cita, aspecto que se agrava por la decisión del algunas EPS de suspender las llamadas citas prioritarias

Otro aspecto que afecta directamente a los usuarios son las autorizaciones de servicios médicos especializados que según la encuesta, la mitad de la población encuestada afirma que este proceso se toma más de cinco días, al existir demora en esto proceso se está poniendo en riesgo la salud de los afiliados.

Lo anterior deja evidenciar que la relación de estas entidades con sus afiliados no es óptima, de ellos hay problemas de atención oportuna, de calidad y sobre todo que la falta de eficacia en el desarrollo de estas labores administrativas pone en riesgo la salud de los Usuarios.

En cuanto a la prestación de servicios de salud, se puede afirmar que aunque hay aspectos de las clínicas y hospitales en los que sobresalen, hay aspectos a nivel de Habilitación en Salud que son preocupantes, una investigación realizada por la Universidad Autónoma de Bucaramanga – UNAB (2008), indica que de los estándares en Habilitación en Salud se quedan cortas en dos aspectos fundamentales como los son Medicamentos y dispositivos médicos con un 54% de cumplimiento y en referencia y contra referencia: dos aspecto que son fundamentales para una atención integral de los pacientes.

En cuanto a la relación con proveedores aparecen dos líneas, este proyecto se basa en las EPS y las IPS, la primera línea es los proveedores de las EPS, del cual también hacen parte fundamental e importante las IPS, que muchas veces gracias a la integración vertical se convirtieron en un solo holding empresarial, dentro de esta dinámica las IPS le prestan

servicios a los usuarios de las EPS, pero no han definido mecanismos transparentes y una adecuada planeación financiera que les permita cumplir con sus compromisos, tal es el caso que según la prensa local a Marzo de 2013 las EPS de Bucaramanga y su área metropolitana le debían solamente al Hospital Universitario de Santander , la suma de 78000 millones de pesos, todo esto genera que al red hospitalaria se vea amenazada y no se puedan proveer servicios de calidad, porque al no poder cumplir sus obligaciones financieras.

Respecto a la comunidad una de las funciones básicas de las EPS y que por responsabilidad también incluye a las IPS, al revisar los problemas más frecuentes que enfrenta la comunidad según el análisis que se realiza a los eventos de Notificación Obligatoria (ENO) , en el año 2012 se presentaron 8255 ENO, en los cuales destaca algunas enfermedades con mayor frecuencia como la Varicela, el Dengue y la proliferación de enfermedades de transmisión sexual, según lo indico en su rendición de cuentas la secretaria de salud; si se analiza la última de este aspecto es la enfermedades de transmisión sexual, que si se hubieran realizado campañas de prevención y promoción disminuirá la ocurrencia de estas enfermedades, lo que deja entrever que ni el sector público, ni privado, han logrado impactar en materia de prevención y promoción en la comunidad.

Por otra parte esto se reafirma con más detalle en los análisis de los indicadores de Morbilidad, en el cual se logra analizar que las enfermedades por grupo de edad en lugar de disminuir han aumentado. (Cáceres, Rivero, Parra, Gáfarro, & Vera, 2012).

Dado todo este contexto es importante puntualizar la necesidad que existe en las empresas promotoras de Salud en implementar lo ya mencionado, debido a la crisis que ha tenido en estos últimos años el sector salud esto incluso en ocasiones es por el

desconocimiento que tienen los usuarios en la buena utilización y optimización de los servicios asistenciales y económicos, suministrados por dichas entidades.

## **1.2 ¿Formulación del Problema?**

¿Cuál es el enfoque de RSE en las EPS e IPS de III Nivel del régimen contributivo de la ciudad de Bucaramanga y su Área metropolitana?

La importancia de definir el enfoque de responsabilidad social, es precisar las fortalezas y debilidades, para tomar acciones de mejoramiento que permitan operacionalizar el desarrollo de la responsabilidad Social empresarial en las EPS'S, clínicas y Hospitales, estas acciones deben ser medibles para realizar un adecuado control que asegure el funcionamiento de la Responsabilidad social empresarial de manera efectiva, apuntando a la satisfacción y bienestar de los *Stakeholders* de las EPS'S del régimen contributivo, clínicas y hospitales de Bucaramanga y su área metropolitana.

Todo esto se trae a colación por que actualmente el gobierno nacional cuenta con unos modelos de Habilitación y acreditación en salud que no son muy efectivos tal como lo evidencian los estudios de satisfacción de los Usuarios, por tal razón las características de este modelo deben ser claramente identificables y medibles a través de Indicadores de Gestión que aseguren la efectividad del modelo.

### **1.3 Justificación**

La responsabilidad social empresarial es conocida como un conjunto de prácticas, políticas y normas que busca el beneficio de las partes interesadas tales como gobierno, accionistas, empleados, proveedores, las comunidades y la sociedad, por lo que ha hecho que en la actualidad las empresas dedicadas a la oferta de productos o servicios se preocupen por proporcionar beneficios en el ámbito económico, social y ambiental.

Las empresas dedicadas al sector salud tienen un contacto aun mayor con la sociedad y los individuos por su interrelación con los usuarios, es lamentable que éste tipo de empresas estén enfocadas a la búsqueda del máximo beneficio de los inversionistas, olvidándose del cuidado y beneficio del usuario final.

Al igual éste tipo de empresas deben tener especial cuidado con la emisión de residuos, debido a su alto grado de riesgo y contaminación, el manejo de éste tipo de residuos debe hacerse de forma responsable, de lo contrario puede comprometer el bienestar tanto de las personas encargadas del manejo de dichas emisiones como del medio ambiente y por ende de la comunidad en general; es importante la gestión realizada por las Empresas involucradas con el sector de la salud, debido al gran número de enfermedades epidémicas/infecciosas que se generan dentro de una sociedad y comunidades, un claro ejemplo es el VIH/SIDA, el cáncer, influenza y demás enfermedades que comprometen la vida de quienes las padecen, por lo que sin lugar a duda se convierte en una problemática social.

Por lo cual las empresas están seriamente comprometidas desde el diagnóstico de la enfermedad, tratamiento, medicamentos, campañas de prevención y difusión; mas sin

embargo algunas de éstas empresas son insensibles frente a la calidad de vida que requiere un paciente con algún tipo de enfermedad y no se realiza el seguimiento para verificar el avance de los tratamientos y así contribuir significativamente a la sociedad con el aporte de un mejoramiento en la salud física y que sin duda repercute en la salud mental de los individuos generando un impacto positivo frente a la sociedad.

De esta manera tal como se menciona en el artículo de la Implementación de la Responsabilidad Social Corporativa en el Sector Salud. Lee, S (2005) “... si una empresa es Responsable socialmente se evitaría muchos problemas y tendría a su favor un valor agregado de reconocimiento” En pocas palabras, si una empresa empieza ahora a considerar la RSE como estrategia corporativa y desarrolla un enfoque sistemático para el tema, se ahorrará muchos problemas y los recursos en el futuro.

Es allí donde se evidencia la estrecha relación de la RSE con el desarrollo sostenible siendo capaz de satisfacer las necesidades actuales sin comprometer los recursos y posibilidades de futuras generaciones que sin lugar a duda tendrá un gran impacto en el aspecto socioeconómico y ambiental.

Cuando una empresa a través de una adecuada administración visualiza la estrategia de la implementación y cumplimiento de la RSE se puede integrar con el desarrollo sostenible tal como lo menciona Rodica, M (2010), “...un primer elemento está dado por el hecho de que el desarrollo sostenible es un atributo complejo de la estrategia de desarrollo, que no se debe tomar la forma de un escenario único y que no solo será posible desde un punto de vista social sino también desde una perspectiva política, ecológica y punto de vista tecnológico, en una sociedad dada. Las dimensiones del desarrollo sostenible son a la vez demográfico, natural, y tecnológico. Un segundo elemento está dado por el carácter

creciente del desarrollo sostenible que dé cuenta con los descubrimientos científicos y los riesgos imprevistos del futuro.”

El desarrollo sostenible es un concepto global que involucra todos los aspectos del ser humano y sus actividades; es también un concepto en el que todas las naciones del mundo deben participar, teniendo en cuenta que los problemas mundiales provienen de los nacionales.

De acuerdo a la cultura empresarial en las EPS e IPS se puede evidenciar la necesidad de implementar un modelo de Responsabilidad Social Empresarial que les permita contribuir con el desarrollo y calidad de vida de los usuarios, los empleados y demás grupos de interés.

En el curso de esta búsqueda, se observa que la salud hace parte de un mundo globalizado, entonces se puede decir que las EPS e IPS que decidan entrar en esta era competitiva, obtendrían toda clase de beneficios; Por ejemplo a corto plazo los colaboradores y las empresas con prácticas de RSE, ofrecerán mejores condiciones laborales, fomentando la capacitación, el desarrollo profesional y una remuneración justa, dando como resultado que disminuya el ausentismo laboral e incremente la retención de colaboradores, que a su vez se traducirán en reducción de costos de contratación y entrenamiento.

A largo plazo aumenta los negocios comerciales ya que la condición de los negocios es más sensible al desempeño social y ambiental. De acuerdo a la norma ISO 26000 (2010), es responsabilidad de una organización enfrentar los impactos que sus decisiones y actividades ocasionan en la sociedad, medio ambiente, mediante un comportamiento ético

que contribuya al desarrollo sostenible, incluyendo la salud y el bienestar de los usuarios y sociedad.

Cabe resaltar que se requiere de un compromiso de la alta gerencia para la implementación de este modelo, porque no es fácil debido a la situación actual que está manejando el sector salud, con el deterioro de la imagen de las EPS e IPS a nivel regional y nacional, lo que ha significado que los usuarios incrementen las acciones de tutela, quejas y reclamos ante la superintendencia de salud, por la falta de oportunidad en la atención y difícil acceso a las coberturas a las cuales tienen derechos los usuarios, en consecuencia de esto sería el momento adecuado para implementar dichas prácticas, ya que con ellas se lograría disminuir el riesgo de daño a la imagen y reputación por conductas irresponsables, que pudieran influir en el proceso de selección de mejores alianzas estratégicas que permita atraer inversionistas de calidad, de tal manera que le permita minimizar el riesgo y aumentar la transparencia y la ética.

Otro beneficio a largo plazo es que mejora la gobernabilidad, debido a que aumenta los niveles de transparencia y rendición de cuentas, con sus accionistas y la sociedad en general; generando más confianza a sus usuarios, partiendo de que la salud es un derecho fundamental e indispensable, por lo tanto las administradoras de salud no pueden ser ajenas a la implementación, de éste modelo, ya que es un sector en el que se involucra una amplia cadena de valor o intermediarios, (usuarios, médicos, gobierno, etc.) y que por ende resulta difícil hacerle seguimiento a los dineros de la salud, ya que existen EPS que también son IPS, es decir es una sola caja, que no permite identificar en que se invierte el dinero y el presupuesto destinado a los pacientes.

Algunos referentes y caso de éxito en RSE, se encuentran en países como Costa Rica que ha formulado practicas publicas orientadas a la RSE en materia de salud, las cuales han redundado directamente en la calidad de vida de sus habitantes (Eriksson, 1999), dentro de los principales logro a nivel de desarrollo económico y social fue la reducción de la tasa de mortalidad infantil.

Otro caso de éxito aunque no precisamente en el sector salud los podemos encontrar en Chile en empresa como; Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), Gerdau Aza y Medcom Holding de Panamá, Asociación de Exportadores de Manufacturas y Servicios (ASEXMA); Asociación de Industrias Metalúrgicas y Metalmecánicas (ASIMET), la Asociación de Exportadores (ASOEX), la Corporación Chilena del Vino (CCV) y la Federación de Productores de Fruta de Chile (FEDEFruta). (Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, 2011).

En España encontramos un referente de RSE importante en el sector desarrollado por Fenin, el cual formula toda una guía de implementación que ha permitido incrementar su competitividad e incrementar el desarrollo de sus diferentes grupos de Interés (FENIN, 2008).

Todas estas experiencias han mostrado el éxito de la RSE, en las diferentes empresas y tienen una característica similar, el cual siguen un proceso sistemático, donde se realiza un diagnostico, se identifican fortalezas y debilidades y con base en ello se formula un plan de acción.

En general se puede observar que la RSE en el sector salud es un elemento fundamental para consolidar el equilibrio y desarrollo de la sociedad, aumentando los

niveles de atención y prevención, redundando directamente en el bienestar social de la comunidad.

Esta investigación determino el enfoque de la Responsabilidad Social Empresarial en el sector salud, su interacción con los grupos de interés del sector Salud, las debilidades y fortalezas en materia de RSE y se sugirieron acciones que le permitan el mejoramiento continuo de sus procesos, para que esto sea un referente para la consolidación de una cultura empresarial que hoy en día por su desconocimiento no existe en el sector Salud.

## **1.4 Objetivos**

### ***1.4.1 Objetivo General.***

Determinar el enfoque de la RSE en las EPS del régimen contributivo e IPS de Nivel III de la ciudad de Bucaramanga y su Área metropolitana.

### ***1.4.2 Objetivos Específicos.***

- Diagnosticar las prácticas de RSE en relación con los diferentes grupos de interés de las EPS del régimen contributivo y las IPS de nivel III de Bucaramanga y su área metropolitana
- Identificar las debilidades y fortalezas en cuanto a la RSE de las Entidades promotoras de Salud del régimen contributivo en Bucaramanga y su área metropolitana
- Clasificar las prácticas de Responsabilidad social Empresarial teniendo las acciones hacia los grupos de interés, criterios, tipo y nivel de responsabilidad.

- Proponer acciones de RSE en las empresas objeto de estudio teniendo como base el diagnóstico realizado y siguiendo la metodología del cuadro de mando integral

## **2. Marco Teórico**

### **2.1 Revisión de literatura en Responsabilidad Social Empresarial**

Establecer el origen textual y exacto de la Responsabilidad Social sería un poco confuso y reciente, pero a través de la historia existen diversos sucesos que han contribuido a consolidar el concepto de RSE, para ello se puede citar el documento de Ramiro & Pulido (2009), en el cual se hace un análisis de la responsabilidad social Corporativa de las empresas transnacionales en Colombia, según el texto, se destaca en el esquema la cronología con antecedentes y orígenes de la RSE que ayudan a comprenderla de una mejor manera (Ramiro & Pulido, 2009).

A continuación se realizara una explicación detallada de la Evolución Histórica de la RSE, tal como se muestra en la Figura 1

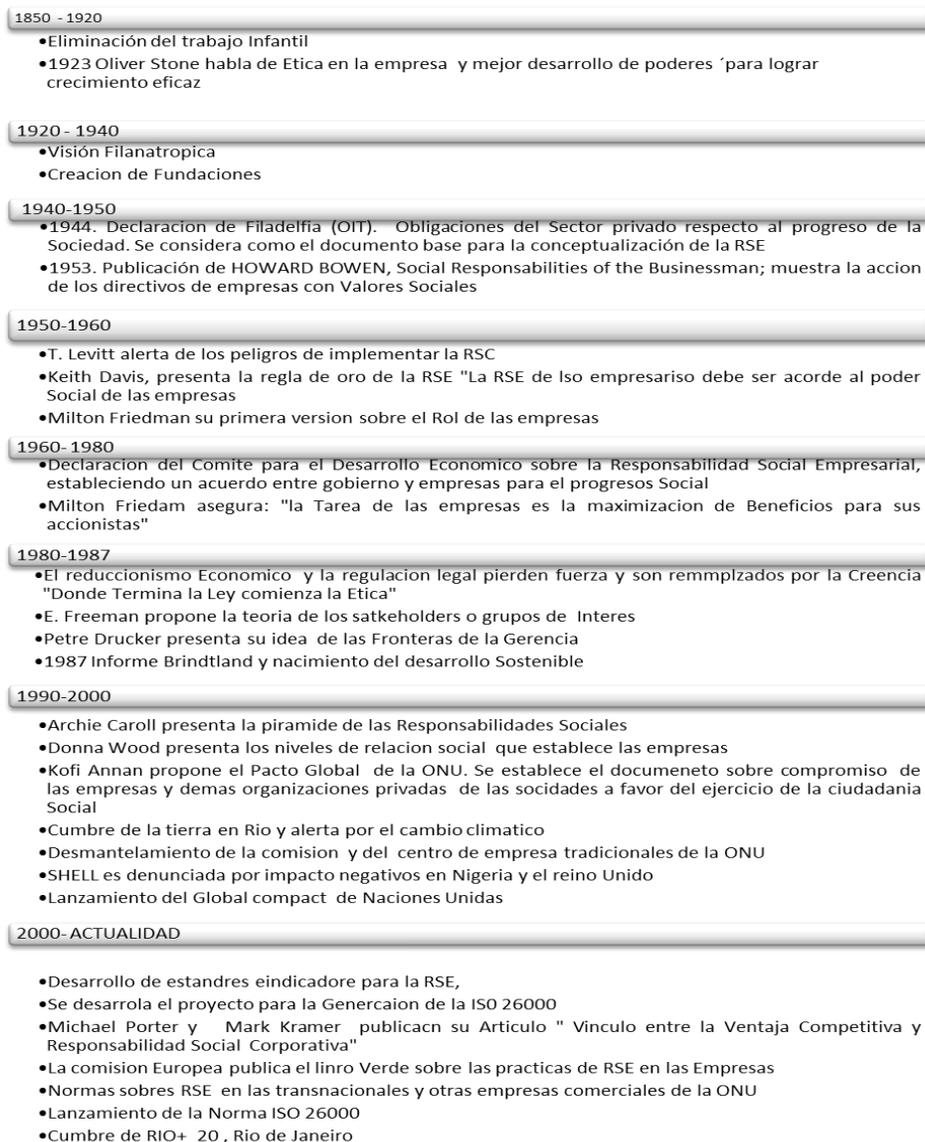


Figura 1. *Evolución de la Responsabilidad Social Empresarial*

Fuente: Adaptación de Varios Autores

Después de revisar los antecedentes históricos relacionados en la Figura 1, que ilustran de forma muy general la evolución de la Responsabilidad Social empresarial, se puede observar que hoy el tema tiene un enfoque más integral al interior de las

organizaciones, ya que no se tratan de cuestiones meramente filantrópica, éticas o de gestión, sino que es una integración de todas las dimensiones empresariales enfocadas a lograr un desarrollo sostenible. Por ende se requiere un cambio de paradigma en todos los ámbitos de la empresas, porque la Responsabilidad Social Empresarial se convierte en una alternativa eficaz, la cual no solo permite mitigar los impactos negativos ocasionados por el desarrollo de su objeto social, sino que además genera valor agregado compartido con todos sus grupos de interés y por ende esto se ve reflejado en la sociedad en general, contribuyendo de manera significativa en el desarrollo sostenible (Quazi & O'Brien, 2000).

Pero todo este enfoque holístico que la ha dado sentido a la Responsabilidad Social empresarial, ha sido gracias al desarrollo de diversas teorías de carácter científico que han permitido consolidarla como una mega tendencia empresarial, estas teorías tienen como finalidad caracterizar las prácticas de Responsabilidad Social Empresarial y como esta influye en el comportamiento y desarrollo empresarial al ser aplicada (Carroll, 1991, Garriga & Melé, 2004; Porter & Kramer, 2002; McWilliams, Siegel, & Wright, 2006; Joyner & Payne, 2002; Van Marrewijk, 2003; Lantos, 2001; Watson & MacKay, 2003; Wood, 1991; Rivera Rodríguez & Malaver Rojas, 2011).

Después de una exhaustiva revisión de literatura se puede inferir que los más rigurosos, expositivos y completos autores, en cuanto a literatura científica en Responsabilidad Social Empresarial han sido; Carroll (1991), Lantos (2001) y Garriga & Melé (2004).

Carroll (1991), expone que las acciones de Responsabilidad Social Empresarial, se agrupan en cuatro tipos. Las Responsabilidades de tipo Económico que cumple tres

objetivos de forma simultánea, el satisfacer el cliente con productos de calidad, generar fuentes de empleo dignas y que generan calidad de vida y por ultimo mejorar la rentabilidad para el accionista. La segunda habla de la Responsabilidad Legal que centra su enfoque en el cumplimiento de las normativas legales y directrices gubernamentales para el ejercicio de la actividad empresarial. Seguido a esto incursiona la Responsabilidad ética que es el fundamento moral de las empresas, con el fin de guiar un actuar de forma correcta, equitativa y justa con los demás Stakeholders. Por ultimo está la Responsabilidad Filantrópica, que se enfoca en el mejoramiento de la sociedad de forma voluntaria y altruista, esto se hace mediante acciones puntuales como donaciones e inversión social.

Seguido a esto Lantos (2001) ilustra la Responsabilidad social empresarial desde cuatro focos de actuación, el primero con un enfoque utilitarista donde la generación de utilidades para la empresa es el único fin, cumpliendo con las normas a la que está obligada para el desarrollo de su actividad empresarial. El segundo foco se basa en el enfoque de ganancias en un entorno limitado, ya que además de cumplir la ley, respete las normas del entorno en el que opera. El tercero se enfoca al bienestar social, lo cual se manifiesta mediante el ejercicio en el que la empresa gestiona sus externalidades negativas, teniendo en cuenta el impacto a todos los grupos de Interés y los tome como referente para la toma de decisiones. El cuarto foco habla de generar beneficios sociales de una manera estratégica, para lo cual la empresa debe usar los recursos de una manera eficiente, teniendo como premisa el estar al servicio de la comunidad

Por último Garrica & Melé (2004), hablan de Responsabilidad Social Empresarial explicando las teorías en las que se puede clasificar la RSE, la relacionada con los beneficios llamadas Instrumentales, las de actuación política llamadas Teorías Políticas, las

de las demandas Sociales llamadas teorías Integradoras y por último las de los valores éticos llamada Teorías Éticas.

Después de analizar estos autores es evidente que la Responsabilidad Social Empresarial, no es una teoría empresarial más, sino que es una filosofía empresarial que fundamentan un concepto ético con fuertes bases teóricas y científicas, de las cuales se construyen Estrategias, planes de acción y demás, con el fin de generar desarrollo sostenible para todos los grupos de interés alrededor de una empresa u organización.

En Colombia se evidencia la aplicación de la RSE en las creaciones de las primeras fundaciones en la década de los 60, en los años 70 se empezaron a implementar en empresas hasta la actualidad, en la Tabla 1 se puede observar su implementación en el transcurso de los años.

Tabla 1.

Aplicación de la RSE a través de la Historia en Colombia.

| AÑO  | EMPRESA                | IMPLEMENTACIÓN DE LA RSE  |
|------|------------------------|---|
| 1960 | Fundación Codesarrollo | En esta década se inicia el programa de maestría en Administración en la Universidad del Valle.   |
| 1962 | Fundación Carvajal     |   |
| 1963 | Fundación Corona       |   |
| 1964 | Fundación FES          |   |
| 1977 | Fabricato              | Toman la iniciativa de medir su gestión social a través del primer balance social.  |
|      | Enka                   |   |
|      | Incolta                |   |
|      | FES                    |   |
|      |                        | Patrocinan la realización del estudio <i>Hacia un nuevo compromiso del empresario en Colombia</i> donde se hizo evidente la necesidad de unificar criterio de clase dirigente sobre su papel en el desarrollo del país. |

| AÑO  | EMPRESA   | IMPLEMENTACIÓN DE LA RSE  |
|------|---|---|
| 1981 | Asociación Nacional de Industriales (ANDI)                    | Elabora el primer modelo de Balance Social basado en el modelo Francés.   |
|      | Centro Colombiano de Relaciones Públicas (CECORP)             | Realiza un congreso donde se llama la necesidad de incorporar el concepto de RSE en el proceso de toma de decisiones para alcanzar objetivos económicos en términos éticos y sociales, y efectuar inversiones sociales teniendo en cuenta el interés público. |
| 1986 | Cámara Junior   | Inicia programa de proclamación de la empresa con mejor proyección social.  |
| 1991 | Constitución de 1991  | Introduce el principio de la propiedad, el cual garantiza a los individuos el derecho a la propiedad privada y resalta la importancia de que esta se halle al servicio de la Sociedad.  |
| 1994 | Centro Colombiano de Responsabilidad Social CCRE              | Organización no gubernamental sin ánimo de lucro que se ha dedicado a la divulgación, promoción, investigación y asesoría de empresas en temas relacionados con RSE y ética en las Organizaciones.  |
| 2000 | ICONTEC   | Por iniciativa de CONFAMA, el ICONTEC inicia un estudio que busca la normalización en temas de Responsabilidad Social Empresarial en Colombia.  |
| 2003 | Comité Técnico de Normalización 180 de Responsabilidad Social | Por primera vez opera de manera descentralizada en Medellín, Cali y Bogotá, Actualmente trabaja sobre un documento de lineamientos que le ayude a las empresas del país a entender mejor el concepto de RSE y forma de medir la Gestión en estos temas.       |

Fuente: Autores.

Es importante destacar que la RSE seguirá cambiando de acuerdo a los acontecimientos que se presenten en un futuro y la forma en que las personas y las empresas realicen acciones necesarias para adaptarse a los cambios para ser cada vez más competitivas en el mercado cambiante, adquiriendo y llevando a cabo los parámetros establecidos en la Norma ISO 26000 y posteriores a ella.

## **2.2 La Responsabilidad Social Empresarial y el Desarrollo Sostenible**

La Responsabilidad Social Empresarial (RSE) es un tema que emerge con fuerza en los últimos años, teniendo en cuenta su estrecha relación con el Desarrollo Sostenible, término comprendido como indica la Comisión Mundial del Medio Ambiente (1987) este se define como “Desarrollo capaz de satisfacer necesidades económicas, sociales, culturales y de un medio ambiente sano de la actual generación, sin poner en riesgo las necesidades y satisfacción de las mismas a las generaciones futuras”. Es claro que tanto la RSE como el Desarrollo sostenible trabajan sobre 3 dimensiones fundamentales: “social, ambiental y económico” en búsqueda de la sostenibilidad.

El Libro Verde de la Unión Europea publicado por la Comisión de Comunidades Europeas (2001) define a RSE cómo: “concepto por el cual las empresas deciden contribuir voluntariamente a mejorar la sociedad y a preservar el medio ambiente. A través suyo, las empresas se concientian del impacto de su acción sobre todos y expresan su compromiso de contribuir al desarrollo económico, a la vez que a la mejora de la calidad de vida de los trabajadores y sus familias, de la comunidad local donde actúan y de la sociedad en su conjunto”.

Las organizaciones se encuentran insertas en un contexto socio ambiental hasta el punto de rendir cuentas de sus prácticas económicas, sociales y ambientales; el concepto de RSE ha tenido alto impacto, generando un valor agregado y buen nombre a las empresas que lo desarrollan, sin embargo no se tiene conciencia real de su significado, hoy en día muchas empresas lo tienen dentro de sus organizaciones como una teoría, se menciona en documentos y se habla de ello, pero realmente no se evidencia un impacto socioeconómico y ambiental de su práctica; una clara muestra de ello es el aumento de la pobreza así como de la contaminación ambiental.

Como lo menciona Cardoso (2010) América Latina constituye la región más desigual del mundo, con altísimos niveles de pobreza, que a partir de 2002 han tendido a disminuir, después de haber sufrido un incremento importante al inicio del nuevo siglo. Es por ello que los países tienen una constante lucha en combatir el desempleo, dado que personas con garantías laborales proporcionalmente aumentan las garantías personales, generando una mejor calidad de vida; desde éste punto de vista las organizaciones tienen una alta responsabilidad con la sociedad. Su accionar radica en la transformación de materias primas tangibles o intangibles en productos o servicios, teniendo en cuenta el mayor recurso, el recurso humano, estrategias y alianzas para aumentar la productividad y la rentabilidad, así mismo y de forma paralela debe garantizar condiciones ambientales deseables y favorables para la comunidad, demostrando que como empresa aporta positivamente al desarrollo de la sociedad.

Sumado a esto se encuentra que la competitividad es un factor determinante en el mundo empresarial, precisamente una de las razones por las cuales se llevan a cabo prácticas de RSE en una organización, es la ventaja competitiva que genera y teniendo en

cuenta autores que centran la razón de ser en la maximización de utilidades como lo menciona Friedman (1966) afirmando que uno de los grandes propósitos de las empresas es la obtención de lucro. Pero es importante reconocer que además del propósito económico existe un propósito que es igual de importante y es el ámbito socioeconómico (Cyert & March, 1965)

Además existe un componente indispensable para que los modelos de RSE en las empresas tengan éxito y es la ética que enmarca los valores necesarios para desarrollar con conciencia social, las actividades pertinentes para la contribución socioeconómica y ambiental por parte de las empresas; partiendo que la ética debe estar inmersa en la filosofía de las organizaciones y la filosofía da paso a un sistema; es importante reconocer que en la ética no es su objetivo introducir nuevos contenidos morales, sino proporcionar aquel procedimiento lógico que permita discernir cuándo un contenido conviene a la forma moral. (Cortina, 2000)

De esta manera se busca desarrollar una conciencia social dentro de las Organizaciones, para lo cual se debe tener en cuenta una serie de factores endógenos y exógenos que se hallan precisamente en los actores de la RSE (Inversionistas, clientes, empleados, comunidad, inversionistas, proveedores) tal como son entorno, filosofía institucional, normatividad gubernamental, cultura y contexto; para lo cual las empresas deben estar atentas a satisfacer unas necesidades que van más allá que el producto o servicio que ofrecen. Carrol (1991) menciona que las empresas foman para suplir necesidades emergentes de tal manera que se involucren de manera activa a la mejora del entorno social.

Todas estas tendencias se afirman con la llegada del siglo XX, en el cual el concepto social toma fuerza, el Consejo Empresarial Mundial para el Desarrollo Sostenible (World Business Council for Sustainable Development - WBCSD)(2000) define la responsabilidad social empresarial como “El compromiso de las empresas de contribuir al desarrollo económico sostenible, trabajando con los empleados, sus familias, la comunidad local y la sociedad en general para mejorar su calidad de vida”. En este mismo sentido, Business for Social Responsibility (2000) la define como la “administración de un negocio en forma que cumpla o sobrepase las expectativas éticas, legales, comerciales y públicas que tiene la sociedad frente a una empresa”, se habla entonces de compromiso organizacional hacia la sociedad y el deber de dar cuenta de estas responsabilidades ante todos los Stakeholders.

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (2008) reitera las dimensiones involucradas dentro del concepto y estrategias de una empresa socialmente responsable, considerando las siguientes:

- Ética
- Valores y principios de los negocios
- Derechos humanos
- Trabajo y empleo
- Gobernabilidad corporativa
- Impacto en el medio ambiente
- Relación con proveedores
- Filantropía en inversión social
- Transparencia y rendición de cuentas

De acuerdo con las circunstancias actuales y en el marco del desarrollo humano, el ámbito empresarial debe tener en cuenta otras normas, como lo es el respeto por los derechos de las personas pertenecientes a grupos o poblaciones específicas, entre ellos se puede considerar los grupos étnicos, minorías, personas con discapacidad, niños, etc. Las actividades propias de la empresa pueden provocar consecuencias negativas sobre los derechos de las personas, por acción u omisión, de allí la importancia de fortalecer acciones a favor del respeto por el otro. Este principio de responsabilidad de las empresas por los derechos aplica a todas las organizaciones independientemente de su tamaño, sector, estructura y contexto operacional.

En este nuevo protagonismo empresarial, son varios los retos a afrontar, entre otros factores, caracterizado por la disminución de la presencia del Estado en las actividades de la vida social y productiva. No existe un eje de cohesión en la estructura social, por tanto “la sociedad contemporánea produce recursos crecientes de individualización que se distribuyen entre los individuos para hacerlos capaces de pensarse y actuar como individuos.” (Melucci, 2001)

En efecto, cada sociedad descubre los valores y principios que comparten sus ciudadanos, constituyéndose en una meta que cada vez incluya a más hombres, reflejo de la ética individual correspondiente con un modelo de formación donde prime la justicia como elemento clave en juicios de bienestar social.

Las distintas perspectivas y miradas sobre la responsabilidad social empresarial se han incluido en una unificación de criterios en el ámbito internacional sobre temas laborales, sociales y ambientales, a través de distintos convenios y pactos suscritos por corporaciones multinacionales lideradas por organismos internacionales; tales como, el

Pacto Mundial de las Naciones Unidas (UN Global Compact); la Declaración Tripartita de principios sobre las empresas multinacionales y la política social (Organización Internacional del Trabajo - OIT, 2001); las directrices para empresas Multinacionales de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y los bancos multilaterales.

A pesar de la evolución que ha tenido el enfoque de responsabilidad social por parte de las empresas, el panorama no es ni progresivo ni triunfalista, se dan reveses y avances, dependiendo del nivel cultural, cívico y político de los dirigentes empresariales y de la sociedad en general, desde donde se esté considerando el modelo de responsabilidad con el desarrollo sostenible.

La RSE está muy relacionada con un valor agregado que genera una organización, permitiendo ser reconocida y por ende contribuyendo a que la RSE sea considerada como una posible fuente de ventajas competitivas (Alvarado y Schlesinger, 2008; Garriga y Melé, 2004; McWilliams et al., 2006).

### **2.3 Antecedentes Históricos del sector Salud**

En Colombia la reforma se inició con la modificación del régimen laboral en 1990, con expedición de la Ley 50 que desmontó el régimen de la retroactividad de las Cesantías y se complementó posteriormente con la Ley 100 de 1993 que estructuró el Sistema General de Seguridad Social en lo referente a Sistemas de Pensiones, Salud, Riesgos Profesionales y Servicios Sociales Complementarios.

Antes de la reforma, el Estado, a través de organismos como el ISS y las Cajas de previsión, administraba de manera monopólica las prestaciones económicas derivadas de los eventos de enfermedad, accidente, maternidad, invalidez, vejez, y muerte. La financiación de los sistemas se realizaba en un esquema de reparto simple, en donde las personas que ingresaban, subsidiaban con sus aportes los costos generados por los eventos de enfermedad, accidente, maternidad, invalidez, vejez, y muerte de las personas ya afiliadas.

En ese momento, se empezó a vislumbrar la crisis futura que se llegaría a presentar en el sistema debido, especialmente, a que crecía el número de personas con situaciones que debían ser cubiertas, lo cual ocasionaba un desequilibrio en las cuentas de ingresos y egresos.

Con ese panorama Colombia, emprende el cambio tomando de los modelos chilenos algunas ideas que le permitan fundamentar e implementar nuevos esquemas en su reforma, como lo argumenta la EPS Aliansalud.

El Estado, tiene la responsabilidad constitucional de asegurar el bienestar, la educación y la salud a la totalidad de la población del País como un servicio público permanente y como un derecho colectivo. En ese momento, es decir hacia 1992, el número de personas que estaba protegida en los sistemas de seguridad social, era sumamente bajo, Estas situaciones evidenciaron una incapacidad de gestión frente al cubrimiento de la población y recaudo de aportes, lo cual motiva el traslado de parte de la responsabilidad constitucional de estado a un grupo de entidades del sector privado, que a partir de la reforma asumen la responsabilidad del aseguramiento, recaudo, identificación y prestación de los servicios que por estos conceptos estaban a cargo del estado y sus entidades.

Aparecen, entonces bajo el marco del Sistema General de Seguridad Social Colombiano, las Administradoras de Fondos de Pensiones, Las Entidades Promotoras de Salud y las Administradoras de Riesgos Profesionales.

Colombia tuvo en la reforma al régimen de Seguridad Social introducida mediante la Ley 100 de 1993 su principal expresión. El Gobierno, los Dirigentes Gremiales, y los Empleados, coinciden en afirmar que estos cambios han elevado el nivel de vida y el desarrollo de la nación.

La Ley 100 de 1993 estableció la estructura de la Seguridad Social en el país, la cual consta de tres componentes como son:

El Sistema general de Seguridad Social en Pensiones.

El sistema General de Seguridad social en Salud.

El Sistema General de Riesgos Profesionales, hoy llamado Riegos Laborales

La reforma tiene como principal objetivo la protección integral de las personas en lo relacionado con seguridad social y proporcionar la tranquilidad generada por el cubrimiento asistencial y económico de las contingencias que afecten la salud o la vida por eventos de enfermedad, accidente, maternidad, invalidez, vejez, y muerte, para que la familia no vaya a sufrir menoscabo significativo en el ámbito social o económico.

La reforma de la ley 100/1993 desarrolló los principios constitucionales la cual fue implementada a partir de enero de 1995 logrando finalmente la privatización del sistema de salud, es decir se adoptó un sistema mixto, el estado se dedica, a la dirección, regulación, supervisión, y control del sistema, se libera de la responsabilidad de la prestación directa de los servicios de salud, que pasaron a ser asumidas por las entidades privadas y públicas

denominadas Empresas Promotoras de salud; esta reforma creó dos regímenes: contributivo y subsidiado

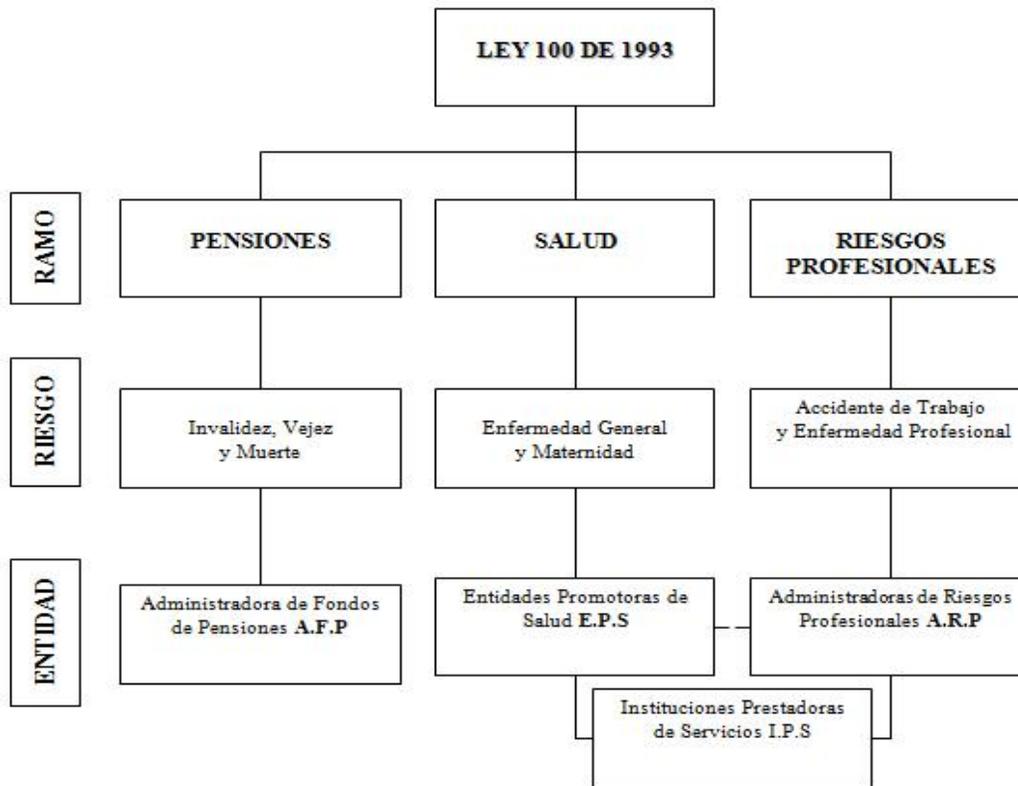


Figura 2. Estructura de la Ley 100 de 1993.

Fuente: GEOVANNY ZÚÑIGA

Avanzando en el tiempo se evidenció que después de la reforma de la ley 100, aún persisten problemas fundamentalmente en:

- La evasión entendida como la no afiliación al régimen contributivo y la elusión que se refiere al pago de la contribución por un valor inferior al nivel de ingresos.
- La ausencia de un sistema integrado de información que permita integrar las bases de datos de las diferentes EPS para evitar la multifiliación y poder cruzar la información de afiliación y pago contra las bases de datos de impuestos nacionales u otras

fuentes que dificulta el control y facilita la evasión y el fraude, para ello ya existe por primera vez las bases de datos de afiliados a las EPS.

- El mal manejo que han tenido los mecanismos de control ciudadano para la identificación de los pobres, que ha permitido que se incluya de manera indebida en el régimen subsidiado de personas que deberían pertenecer al régimen contributivo.

- Las irregularidades de los sistemas de control por parte de la Superintendencia de Salud y de las entidades territoriales que posibilitan la corrupción.

- La mora en el flujo de fondos de las aseguradoras hacia los proveedores ha generado una serie de crisis en los hospitales tanto públicos como privados, estos retrasos se deben a distintas causas como la demora del pago de algunas administradoras municipales a las ARS, los recursos del régimen subsidiado, o el retardo de las ARS y EPS para cancelar a las IPS, ocasionando déficit en el sistema, en 1998 y 1999, la crisis financiera de la EPS del Instituto de Seguros Sociales.

A diciembre del año 2011 el Gobierno reglamenta el nuevo POS, (Acuerdo 029) de la CRES donde se adoptan las nuevas inclusiones y exclusiones que empezó a regir a partir del 1 de enero del año 2012, han sido muchas las expectativas entorno a este nuevo acuerdo, debido a que cada parte interesada busca su propio beneficio, las EPS, IPS, usuarios, estado, generando controversia, porque los usuarios tienen la idea de que todas las prestaciones y medicamentos están incluidos en plan obligatorio de salud, y esta información es errada, porque siguen apareciendo limitaciones dentro de las coberturas de prestaciones, insumos y medicamentos, y no existe una unificación de conceptos, cada uno

saca provecho de acuerdo a su conveniencia siendo los más beneficiados los usuarios del régimen subsidiado.

En el boletín de prensa 43 Bogotá,(CRES, 2012): “El Gobierno Nacional, en cabeza del Presidente, Juan Manuel Santos Calderón, la Ministra de Salud y Protección Social, Beatriz Londoño Soto y la Comisión de Regulación en Salud anunciaron la unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS) para todos los colombianos”. Finalmente, se cumple el objetivo de la Ley 100, la universalización de los servicios de salud, en tener un solo régimen de salud para todos los colombianos, entre los beneficios que contempla la unificación del nuevo POS, esta unificación es clave para lograr un país más equitativo, y un gran avance en:

- Generación de equidad: Todo lo que se incluyó en el régimen contributivo, está también en el subsidiado.
- Prioridades a poblaciones vulnerables: niños, mujeres, personas con menores ingresos.
- La inclusión de 197 medicamentos, tratamientos y dispositivos médicos, seguros y eficientes para tratar las enfermedades que causan mayor discapacidad y muerte prematura en Colombia.
- El nuevo Plan de Beneficios, que cuesta \$1 billón adicional al año, está financiado y no le cuesta más a los contribuyentes.
- Grandes inclusiones en temas prioritarios como: salud sexual y reproductiva, tratamientos psicológicos y psiquiátricos de las víctimas de violencia intrafamiliar y contra las mujeres.

## 2.4 Antecedentes Legales

Tabla 2.  
Antecedentes Legales en Colombia.

| LEY/<br>NORMA | FECHA | DESCRIPCIÓN  | IMPORTANCIA  |
|---------------|-------|--|--|
| Artículo 48   | 1991  | Constitución política” La Seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley”.   | Responsabilidad hacia los usuarios por tratarse de un servicio público.  |
| Ley 100       | 1993  | Creación del sistema general de participaciones, definiciones y competencias en salud. Garantiza la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, la cual permite que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas, trabajadores independientes, artistas, madres comunitarias, etc. accedan al sistema y al | Una especial atención integral a las poblaciones más vulnerables, esta norma destaca la importancia de la igualdad en las comunidades. |

| LEY/<br>NORMA   | FECHA     | DESCRIPCIÓN  | IMPORTANCIA   |
|-----------------|-----------|--|---|
|                 |           | otorgamiento de las prestaciones en forma integral.  |   |
| Resolución 5261 | 5/8/ 1994 | Se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (POS) en el SGSSS.  | Esta es una de las resoluciones más importantes que da a conocer los beneficios a los que tienen derechos los usuarios.                         |
| Decreto 806     | 1998      | Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud (RSSS).  | Aplica en la obligación que tiene los empleadores con la afiliación de los trabajadores al Sistema de Seguridad Social en Salud.                |
| Decreto 1703    | 2002      | Establece reglas para controlar y promover la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de manera que se garanticen los recursos que permitan desarrollar la universalidad de la afiliación. | Esta norma, da el beneficio de la cobertura de una atención integral a los beneficiarios del cotizante hasta un tercer grado de consanguinidad. |
| Resolución 3797 | 2004      | Por lo cual se reglamentan los Comités Técnicos Científicos (CTC), y se establece el procedimiento del recobro ante el   | Esta norma favorece a los usuarios, que solicitan medicamentos, prestaciones e insumos  |

| LEY/<br>NORMA | FECHA | DESCRIPCIÓN   | IMPORTANCIA   |
|---------------|-------|---|---|
|               |       | Fondo de Solidaridad y Garantía - no establecidos en el FOSYGA, por concepto del POS, a través de los suministro de medicamentos no incluidos en el POS y de fallos de tutela   | Comités Técnicos Científicos (CTC) de estas entidades, generando mayor responsabilidad por parte de las EPS a los usuarios que se encuentran con algún tipo de enfermedad.  |
| Decreto 2496  | 2006  | Los Comités Técnico Científicos (CTC) están conformados por un representante de la Entidades Prestadoras de Salud (EPS), un representante del Instituto Prestador de Salud (IPS), un representante de los usuarios, para el análisis y autorización de las solicitudes presentadas por los médicos tratantes para el suministro de los medicamentos y prestaciones que están excluidas del POS. | Una vez agotadas las posibilidades terapéuticas del POS sin respuesta clínica satisfactoria que represente un riesgo inminente para la vida y la salud de los pacientes, los usuarios pueden solicitar al CTC las prestaciones, insumos o medicamentos que permiten mejorar la calidad de vida de los usuarios a través de una justificación previa del |

| LEY/<br>NORMA  | FECHA                         | DESCRIPCIÓN  | IMPORTANCIA   |
|----------------|-------------------------------|--|---|
|                |                               |  | médico tratante.  |
| Acuerdo<br>245 | 2006                          | Allí se establece la política de atención integral de patología de alto costo, para el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado.   | Establece el compromiso de la empresa a poyando a los usuarios de bajos recursos en enfermedades de alto costo.   |
| Ley 1122       | 2007                          | Modificatoria de la ley 100 de 1993 crea la Comisión de Regulación en Salud - CRES. Teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.  | Protege los derechos de los usuarios.   |
| Acuerdo<br>029 | 28 de<br>Diciembre<br>de 2011 | El cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud – POS. El presente Acuerdo tiene como objeto la definición, aclaración y actualización integral del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado, que deberá ser aplicado por las Entidades Promotoras de Salud – EPS y los prestadores de servicios de salud a los afiliados. | El POS es un instrumento para el goce efectivo del derecho a la salud y la atención en la prestación de las tecnologías en salud que las entidades garantizarán a través de su red de prestadores, a los afiliados dentro del territorio nacional en la atención integral de servicios. |
| Circular       | Abril 20                      | Ampliación de cobertura del  | Esta norma también es   |

| LEY/<br>NORMA     | FECHA | DESCRIPCIÓN   | IMPORTANCIA   |
|-------------------|-------|---|---|
| 000017 de<br>2012 | 2012  | acuerdo 029 de 2012 indica que todos los niños, niñas y adolescentes del país de 0 a menores de 18 años, sin importar el régimen al que pertenezcan, tienen derecho a recibir los servicios de salud incluidos en el POS de acuerdo a lo descrito en el Título IV del Acuerdo 29 de 2011. | significativa para este modelo porque se evidencia que hay una necesidad elemental en el cuidado de los menores de edad, en su protección y salud integral, cada vez que los menores de edad están siendo objeto de violencia intrafamiliar y abuso sexual. |

Fuente: Autores.

## 2.5 Antecedentes de Investigación

En la Tabla 3 se encuentran los trabajos de RSE que se han presentado en el sector salud a nivel nacional referente a las EPS-RC.

**Tabla 3.**  
**Antecedentes Investigativos en Colombia.**

| TÍTULO   | AUTORES   | INSTITUCIÓN   | AÑO  | IMPORTANCIA   | DISPONIBLE  | FECHA DE CONSULTA | QUIEN REALIZO LA CONSULTA          |
|--|---|---|------|---|---|-------------------|------------------------------------|
| Evaluación de los servicios de salud que prestan las empresas promotoras de salud 2009 | ALEXANDRA ORJUELA GUERRERO Médica, especialista en salud familiar<br>LYDA MARIANA GONZÁLEZ LIZARAZO Abogada, especialista en derecho público<br>JAIRO ALBERTO | Defensoría del Pueblo Calle 55 No. 10-32 A.A. 24299 Bogotá, D.C.Tel.: 314 73 00 – 314 40 00 | 2009 | La Defensoría del Pueblo viene evaluando el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios que les prestan las entidades de aseguramiento de a la cual se encuentran afiliadas. El formulario utilizado que sirve de base a la presente evaluación incorpora los elementos esenciales para el goce efectivo del derecho a la salud, establecidos en la Observación | <a href="http://www.defensoria.org.co/red/anexo/publicaciones/evaluacionEps2009.pdf">http://www.defensoria.org.co/red/anexo/publicaciones/evaluacionEps2009.pdf</a> | 31-08-2012        | Jonathan Morales / Claudia Galeano |

| TÍTULO   | AUTORES  | INSTITUCIÓN   | AÑO  | IMPORTANCIA  | DISPONIBLE  | FECHA DE CONSULTA | QUIEN REALIZO LA CONSULTA          |
|--|--|---|------|--|---|-------------------|------------------------------------|
|  | BETANCOURT<br>MALDONADO<br>Economista,<br>especialista en<br>finanzas públicas<br>HILARIO PARDO<br>ARIZA<br>Estadístico,<br>abogado, magister<br>en ciencias<br>financieras y<br>sistemas<br>EDWIN JULIÁN<br>ANGULO<br>HERRERA<br>Digitador de<br>información. |   |      | 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales y ajustados a los principios rectores del sistema de salud establecido en Colombia. |   |                   |                                    |
| Décima encuesta de percepción de las IPS sobre las | Grupo de Investigación y Proyectos de la (ACHC), con la dirección de Juan  | Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) | 2009 | La fuente primaria de información son las IPS agremiadas a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) que reportaron             | <a href="http://www.semana.com/documents/Doc-1995_20091210.pdf">http://www.semana.com/documents/Doc-1995_20091210.pdf</a> | 31-08-2012        | Jonathan Morales / Claudia Galeano |



| TÍTULO | AUTORES | INSTITUCIÓN | AÑO | IMPORTANCIA  | DISPONIBLE          | FECHA DE CONSULTA | QUIEN REALIZO LA CONSULTA |
|--------|---------|-------------|-----|--|---------------------|-------------------|---------------------------|
|        |         |             |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afiliación (Base de Datos Única de Afiliados-Ministerio de la Protección Social).</li> <li>• Información financiera (reportes de las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud).</li> <li>• Estudios de calidad.</li> <li>• Quejas (Superintendencia Nacional de Salud).</li> </ul> | <a href="#">pdf</a> |                   |                           |

Fuente: Autores.

## 2.6 Estado del Arte de la Responsabilidad Social Empresarial en Salud

Hablar hoy, específicamente de responsabilidad social empresarial en el sector de la salud, involucra enfrentarse a un tema con literatura limitada, la cual en la mayor parte de los casos, existe como resultado de la necesidad o el deber de una organización de hablar sobre sus experiencias vividas en materia de responsabilidad social. Por estas razones, y con el objetivo de entender que es responsabilidad social en el sector de la salud, se hace una revisión de aspectos que enmarquen, el antes el ahora y que se espera de este tema en el sector de la salud. Una mirada atrás, la historia nos ha enseñado que el valor de la salud pública está determinado por la acción política del gobierno mundial la cual impulsa su compromiso y consecución.

Hoy en día la salud vive el efecto de la globalización, a nivel mundial, este valor se ha traducido como el resultado de la lucha por el control de nuevas enfermedades y otras que se creían dominadas como el SIDA, el aumento en la cobertura del servicio de salud y el acceso a los medicamentos, entre otros. Estos contextos representan enormes desafíos a la estructura sanitaria del mundo señala que el valor de la salud pública está determinado por la acción política y económica del gobierno, y es compromiso de todas las naciones participar en esta lucha tanto a nivel individual como colectivo.

En este sentido, un contexto que describe de forma importante el papel mundial responsable en el sector de la salud es el acceso a los medicamentos esenciales, desde el punto de vista económico constituye una de las actividades económicas más lucrativas del mundo, pero desde el punto de vista social se considera el desarrollo de bienes públicos tan valiosos como la misma vida. Por ejemplo en 1975 la asamblea Mundial de la salud ante la

crisis de los países en desarrollo por el elevado costo de los medicamentos, introdujo por primera vez el concepto de política farmacéutica nacional y medicamentos esenciales en el vocabulario de la salud pública internacional. Acorde con este mandato, en 1981 la OMS creó el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales.

El anterior ejemplo demuestra una conducta responsable frente a un contexto que afecta el sector de la salud en términos generales.

Continuando, Organización Mundial de la Salud (2005) dice: “El beneficio de gozar de elevados niveles de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de razas, religión, de credo político, condición social o económica”.

Así, en Colombia el hecho que la prestación de servicios de salud haya pasado a manos de particulares obliga al estado a mantener un continuo monitoreo de las entidades que delego para este trabajo, ya que el derecho a la salud, es un derecho fundamental de nuestra constitución. Con la ley 100 de 1993 y demás normas que reglamentan el gobierno se pretendía lograr una cobertura mayor de los usuarios en la salud, pero el hecho de contar con una carnet de afiliación no es garantía de un servicio oportuno y eficiente.

El sistema de seguridad social de Colombia se describe como un modelo económico de libre “mercadeo” de participación privada que se caracteriza por la competencia. Otra característica importante es la asimetría de información, en la cual el cliente no tiene el mismo nivel de información que tiene el prestador del servicio, lo cual conlleva a que se acepten las decisiones del médico. Hechos de falta de responsabilidad que se identificaron en la evaluación de percepción por parte de los usuarios de las EPS durante el año 2009 son los siguientes:

Los tiempos de atención en urgencias, realización de exámenes de laboratorio y citas con especialistas no cumplen con los estándares establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud en Circular 056 de 2009.

El 43,7% de los afiliados manifiestan que la EPS a la cual pertenecen no les da la suficiente información sobre la red de prestadores que tienen contratada.

En el Régimen Contributivo, el 40% de las EPS no pasaron el mínimo aceptable en la oportunidad para la atención en urgencias. El tiempo promedio para la atención en este servicio fue de 77 minutos, muy superior al establecido por la Supersalud en Circular 056 de 2009, que es de 30 minutos.

Los anteriores indicadores reflejan la responsabilidad que tienen tanto EPS como IPS de prestar servicios oportunos y de calidad. En este sentido las instituciones de la salud en Colombia, deben realizar desde sus accionistas, estrategias empresariales, coordinación de recursos y formación de capacidades que apunten a servicios que generen valor, el cual sea percibido por sus clientes finales. Un buen ejemplo de gestión responsable es el caso de la EPS Coomeva.

El cual desarrolló un modelo de Responsabilidad Social Empresarial bajo las siguientes tres dimensiones:

**Económica:** Empresas y unidades de negocio sostenibles económicamente.

**Ambiental:** Generación de conciencia respecto a los problemas ambientales actuales y potenciales, y participación activa en la búsqueda de soluciones.

**Social:** Se centra en las personas y su bienestar como objetivo superior, siendo así una gran alternativa para el desarrollo de sus grupos de interés.

Un caso exitoso dentro de la dimensión ambiental es su compromiso con el Acuerdo del Pacto Verde Cooperativo – Guadalajara 2009, por medio de dos acciones concretas: Creación de ECOOP, empresa especializada en gestión ambiental, y el Impulso a INDUGUADUA.

## **2.7 Conceptos Básicos del Sistema general de Seguridad Social en Salud**

La Seguridad Social Integral es un mecanismo que integra las diferentes formas de protección del bienestar familiar y de las necesidades sociales comunes a la población, frente a contingencias tales como desempleo, invalidez, vejez, muerte, riesgos profesionales y crecimiento de la familia. En la Constitución Política Colombiana (1991), está consagrada la seguridad social como un servicio público permanente y como un derecho colectivo. Esto obliga al estado a participar en su financiación y la prestación del mismo, coordinación y control.

El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que lo afecten, como desempleo, invalidez, vejez, muerte, riesgos profesionales y crecimiento de la familia. Los objetivos específicos del sistema están orientados a:

- Garantizar las prestaciones económicas y de salud.
- Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios establecidos por la ley.

- Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema.

Como se puede observar, estos tres objetivos son coherentes con las necesidades y antecedentes que se vislumbraron para dar paso a la reforma.

El Sistema General de Seguridad Social, está constituido por cuatro subsistemas, interrelacionados y co - dependientes que deben asegurar la unificación de la normatividad y planeación integral de la seguridad social.

Como responsabilidad del estado, frente al sistema corresponde al mismo definir el diseño, organización y funcionamiento de una base de datos de información que permita llevar un registro único de los afiliados al sistema. Este sistema debe permitir la integración de los pagos de las cotizaciones y aportes parafiscales.

Adicionalmente el estado debe asignar un número único de identificación en seguridad social, deberá ser entregado y registrado por todas las entidades que realicen transacciones según las disposiciones del gobierno.

Este número corresponde al número de cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, o registro civil.

Con la expedición de la ley 100 de 1993, se garantiza a todos los habitantes el acceso a la Seguridad Social y con ello, los servicios de Salud. Esta ley concibió la salud como una sola, al alcance de todos y con calidad tanto para el que paga como el que no cuenta con los recursos suficientes.

En la práctica el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud comienza a operar a partir de 1994, con el objetivo de regular la prestación del servicio de salud y crear condiciones con el fin de que toda la población pueda hacer uso de éste en todos los niveles

de atención. Este Sistema atiende las eventualidades presentadas con ocasión de enfermedad general, accidente de origen común y maternidad.

SGSS en Pensiones. Garantiza a la población el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de la pensión y las prestaciones determinadas por la ley.

SGSS en Riesgos Profesionales. Según el Decreto Ley 1295 de 1994 este sistema es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y de los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

Sistema de Servicios Sociales Complementarios. Son aquellos programas de auxilios para los ancianos indigentes que carecen de rentas o ingresos para su subsistencia. Por medio de éste sistema se establece un plan de auxilios para los ancianos indigentes donde se les brinda un apoyo económico y asistencial.

El Estado a través de sus autoridades y entidades, con la participación de la comunidad y organizaciones no gubernamentales, presta los siguientes servicios:

- En materia de educación se promueven acciones para el reconocimiento positivo de la vejez.
- En cultura, recreación, deporte y turismo se adelantan planes de descuentos y servicios para personas de la tercera edad.
- El ministerio de trabajo y seguridad social, promueve la inclusión de los planes de preparación a la jubilación dentro de los programas de bienestar social.

- Subsidio al desempleo.

El Sistema General de Seguridad Social en salud, tal como se observa más adelante en la Figura 3, está integrado por:

- Organismos de control y vigilancia.
- Organismos de administración y financiación.
- Instituciones prestadoras de servicios de salud IPS.
- Empleadores, trabajadores y pensionados.
- Beneficiarios.
- Comités de participación comunitaria.

Los Organismos de Dirección Vigilancia y Control son las entidades encargadas de vigilar la aplicación de las normas, procedimientos y administrar los recursos de las instituciones públicas, privadas y mixtas que están destinadas a prevenir y superar los riesgos inherentes a la salud y que afectan la calidad de vida y el bienestar de las personas. Dentro de los organismos de dirección y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud están:

- Ministerio de Salud. Tiene como objetivo primordial la formulación, adopción, dirección y coordinación de la protección a las personas dentro de las directrices generales de la Ley, los planes de desarrollo y los lineamientos del gobierno. Su función principal es formular, dirigir y coordinar la política social del gobierno nacional en las áreas de trabajo, nutrición, protección y desarrollo de la familia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

- Consejo Nacional de Seguridad Social. Es un organismo de carácter permanente orientado a la dirección del sistema y adscrito al Ministerio de Protección

Social. Tiene como objeto entre sus múltiples funciones, la definición del Plan Obligatorio de Salud POS tanto para el régimen contributivo, como para el régimen subsidiado, define también el monto de las cotizaciones al sistema y los valores correspondientes a unidades de pago por capitación (UPC).

- Superintendencia Nacional de Salud. Es la autoridad técnica de inspección, vigilancia y control en relación con el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias que regulan la prestación de los servicios de salud por parte de los subsectores oficial y privado. La superintendencia tiene a su cargo las actividades de inspección, vigilancia y control de la calidad en la prestación de los servicios de salud y de asegurar el cumplimiento de las disposiciones sobre eficiencia en la prestación del servicio de salud.

- Invima Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. Es un establecimiento público, de orden nacional adscrito al Ministerio de Protección Social, con personería jurídica, patrimonio independiente y autonomía administrativa, cuyo objeto es ejecutar políticas para vigilancia sanitaria y control de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos, materiales médicos. Quirúrgicos y odontológicos, productos homeopáticos y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva. Dentro del INVIMA, existe una comisión Nacional de precios de Medicamentos que regula el valor de precio comercial de venta de los mismos.

- Instituto Nacional de Salud. Es un establecimiento público, de orden nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa, patrimonio independiente, adscrito al Ministerio de Protección Social; dentro de sus funciones está el asesorar,

coordinar, ejecutar y dirigir los programas y proyectos de investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.



Figura 3. Estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Fuente: Intranet de Aliansalud.

Organismos de Administración y Financiación. Los organismos de administración y financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tienen como finalidad asegurar los procedimientos de afiliación, identificación, recaudo, administración de los recursos, así como la prestación mediante contratación de los beneficios asistenciales.

Entidades Promotoras de Salud – EPS. Son las empresas responsables de la afiliación y registro de los afiliados, así como del recaudo de sus cotizaciones por delegación del fondo de solidaridad y garantía. Su función básica es organizar y garantizar

directa o indirectamente la prestación del plan obligatorio de salud a sus afiliados de acuerdo a la ley.

Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Es una cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social, que se maneja como encargo fiduciario. Por ello no tiene personería jurídica, ni planta de personal propia. La dirección del FOSYGA está a cargo del Ministerio de Protección Social, el cual por medio de la Dirección General de Gestión Financiera, garantiza el cumplimiento del objetivo. Dentro de sus funciones está:

- Garantizar el recaudo oportuno de cotizaciones.
- Reportar anomalías en el recaudo.
- Obtener información estadística, financiera, epidemiológica que requiera el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Acceder a bases de datos de las EPS que deben contener datos actualizados de la relación de afiliados, cotizantes debidamente identificados.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS. Son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados al SGSSS. El estado podrá establecer mecanismos para el fomento de estas ya sean de tipo solidario o comunitario. Las IPS pueden por el tipo de servicio que prestan pueden clasificarse como Ambulatorias u hospitalarias.

Empleadores: Son las entidades constituidas legalmente que están en la obligación de realizar la afiliación de cada uno de los trabajadores al SGSSS de acuerdo al Ingreso Base Cotización (IBC) con la que fueron contratados; el empleador asumirá el 8% de la cotización y realizará el pago a cada una de las EPS en donde se encuentre afiliados los trabajadores.

Trabajadores: Son todas aquellas personas que realizan una labor en beneficio de otro, por la que reciben una remuneración previamente determinada, dicha labor o actividad se realiza bajo una relación de subordinación o dependencia por lo que se denominan " Trabajadores Dependientes. Cuando dicha labor no incluye subordinación se denominarán Trabajadores Independientes. En todo caso los trabajadores tienen la obligación de aportar al Sistema General de Seguridad Social.

Pensionados. Son aquellas personas que disfrutan del beneficio de una pensión, en estos casos la entidad responsable del pago de la misma, tiene a su cargo la responsabilidad de descontar el aporte correspondiente para pagar el aseguramiento a los riesgos que cubre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Beneficiarios. Son aquellas personas que indirectamente se encuentran afiliados a través de los cotizantes y a su vez tienen los mismos derechos y deberes que los cotizantes con la diferencia que ellos en el POS deben asumir el copago de cualquier tipo de evento. Para ello existe una normatividad establecida en el decreto 1703 del 2002.

Comités de Participación Comunitaria (COPACOS). Uno de los fundamentos del Sistema de Seguridad Social en Salud es la participación social, la concertación, y el derecho de la comunidad y todos los integrantes del sistema a participar a través de los Comités de Participación Comunitaria "COPACOS". Asociaciones o ligas de usuarios y veedurías en todas las instancias.

Según el artículo 49 de la constitución política, los servicios de salud se organizan en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad; por tal razón el estado está en la obligación de contribuir a la organización, promoción y capacitación de asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles,

benéficas o de utilidad común no gubernamentales sin detrimento de su autonomía, con el objeto de que constituyan mecanismos democráticos de representación en las diferentes instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública que establezcan.

Dentro del Sistema General de Seguridad Social, cada uno de los subsistemas (Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y Servicios Sociales Complementarios) se somete a un régimen financiero diferente. La valoración y cálculo de los recursos se hace teniendo en cuenta las variaciones demográficas, movimiento de los afiliados, así como las previsiones financieras, los aportes e intereses de los capitales acumulados, los egresos por el cubrimiento de las prestaciones asistenciales y económicas estudiadas anteriormente, entre otros múltiples aspectos.

A la luz de las normas que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud en lo referente al Régimen Contributivo, el fondo de solidaridad y garantía delegó en las EPS la responsabilidad del recaudo de la cotización de los aportes que por éste concepto se realizan, es decir los aportes que por concepto de cotización recauda la EPS pertenecen al FOSYGA; la cotización se fija como un mecanismo de recuperación de costos a efectos de financiar el Sistema.

Las EPS para financiarse, reciben del SGSSS por cada persona afiliada, cotizante o beneficiaria del grupo familiar básico un valor per cápita, que se denomina UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN, "UPC", el valor correspondiente a ésta unidad lo establece periódicamente el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS.

Como el Sistema ha delegado en las EPS la facultad de recaudar el valor de las cotizaciones, a la suma o valor recaudado se descuenta el monto que por concepto de las

UPC corresponde a la EPS todo este proceso recibe el nombre de compensación y se desarrolla con una periodicidad mensual. De existir diferencias a favor del FOSYGA, la EPS debe trasladar a éste la diferencia, en caso contrario, el FOSYGA debe girar a nuestra organización el valor pendiente.

La relación del Sistema General de Seguridad en Salud contempla la Responsabilidad Social Empresarial en cada uno de los Roles por medio de los principios como se puede observar en la Figura 4.

La relación con los grupos de interés con respecto a este ente administrativo es que adelanta proyectos en la cual tiene en cuenta la comunidad, una muestra de ello es el que adelantan con la Participación Ciudadana para la unificación del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado entre los 18 y los 44 años. Este proceso de participación integra a las Asociaciones de Pacientes y a los afiliados del Régimen Subsidiado representados en Asociaciones de Usuarios de EPS Subsidiadas, y Régimen Contributivo, Asociaciones de Usuarios de IPS que presten servicios a los afiliados al Régimen Subsidiado, Veedurías Ciudadanas, COPACOS y otras organizaciones representativas de los afiliados a éste régimen.



Figura 4. *Diagrama del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud*  
 Fuente: Autores.

Otro actor fundamental en el sistema es la Comisión de Regulación en Salud (CRES), la cual es una unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social, creada por la Ley 1122 de 2007.

Es la entidad del Estado para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargada de expedir normas regulatorias para contribuir al goce efectivo del derecho a la salud de los residentes del territorio nacional.

De esta manera la CRES presenta las perspectivas hacia el año 2014 como se describe en la Figura 5.

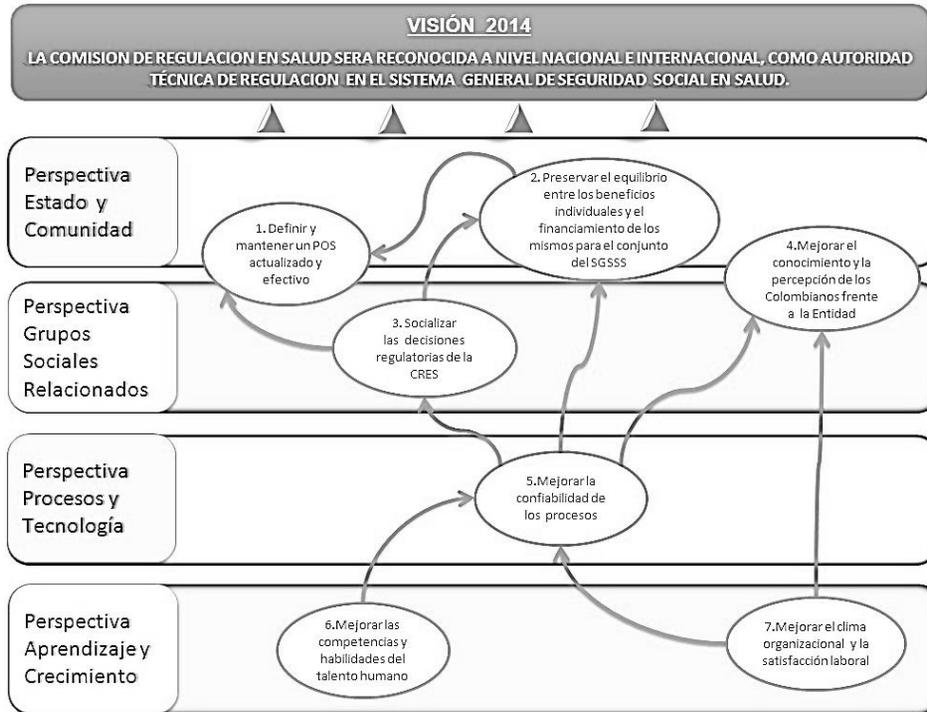


Figura 5. *Perspectivas de la CRES hacia el año 2014.*

Fuente: Mapa Estratégico de la Comisión Reguladora de Salud.

## 2.8 Variables.

De acuerdo a los grupos de interés identificados internos (Empleados, Inversionistas), externos (Comunidad, Clientes, y Proveedores) para llevar a cabo la Responsabilidad Social Empresarial se hallaron las siguientes variables (Figura 6) y posteriormente establecer los indicadores que las relacionan y sus respectivos factores de medición para alcanzar el objetivo propuesto según los parámetros de la norma ISO 26000 adaptados en el Diseño de del Modelo de RSE

| Empleados  | Proveedores  | Comunidad   | Clientes  | Accionistas   |
|--|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación.</li> <li>• Contratación .</li> <li>• Salud Ocupacional.</li> <li>• Equidad e Igualdad.</li> <li>• Afiliación al Sistema de Seguridad Social.</li> <li>• Horarios razonables.</li> <li>• Deduciones salariales de acuerdo a la ley.</li> <li>• Salud y Seguridad Ocupacional por Perfil.</li> <li>• Creación de COPASO.</li> <li>• Protección de Derechos.</li> <li>• Bienestar social y Laboral.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas de Compra.</li> <li>• Criterios éticos, Sociales, Ambientales y de Igualdad.</li> <li>• Impacto en la Comunidad.</li> <li>• Capacitación</li> <li>• Identificación de Riesgos.</li> <li>• Alianzas Estratégicas.</li> <li>• Gestión de Pagos.</li> <li>• Certificación de Idoneidad y Calidad.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de Educación y Desarrollo.</li> <li>• Promover y preservar el arte.</li> <li>• Promocionar y promover los servicios de salud.</li> <li>• Tecnología.</li> <li>• Recursos.</li> <li>• Contribución al Impacto Ambiental.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades.</li> <li>• Protección Datos Consumidores.</li> <li>• Prestación del Servicio.</li> <li>• Seguimiento de PQRS.</li> <li>• Seguimiento por pago.</li> <li>• Nivel de Satisfacción.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromiso.</li> <li>• Inversión en Proyectos.</li> <li>• Inversión Productos y/o Servicios Sociales.</li> <li>• Actividades de RSE.</li> <li>• Transparencia de Información.</li> <li>• Sentido de Pertenencia.</li> <li>• Honestidad.</li> <li>• Anticorrupción y control con los Recursos Financieros.</li> </ul> |

Figura 6. Variables empleadas en la RSE en el sector EPS-RC, CLINICAS Y HOSPITALES  
Fuente: Autores.

### **3. Diseño Metodológico**

#### **3.1 Tipo de investigación**

La investigación realizada siguió un enfoque Cuantitativo, tal como lo indica Bonilla y Rodríguez (1997); “...Este enfoque investigativo plantea la Unidad de la ciencia, es decir, la utilización de una metodología única que es la misma de las ciencias exactas y naturales”.

Es así que el conocimiento debe basarse en el análisis de hechos reales, los cuales se deben analizar de forma objetiva, neutra y lo más precisa posible.

Partiendo de una perspectiva epistemológica se encuentra que la Investigación cuantitativa se centra en el Positivismo como fundamento, esta corriente epistemológica rechaza todo juicio de valor, las proposiciones que generen algún tipo de conocimiento son válidas solo si directa o indirectamente está relacionado con los hechos comprobados. Desde esta perspectiva el investigador debe desprenderse de todo su preconceptos, percepciones y creencias, que afecten de forma subjetiva la investigación, ya que esto, atentaría contra la naturaleza del conocimiento científico.

En ese orden de ideas lo que es fundamental para el Positivismo es la cuantificación, la medición; la cual se da a través de medir una serie de repeticiones, que permita formular tendencias, construir nueva teorías, formular hipótesis siempre a través del razonamiento cuantitativo.

Pero como todo no es posible contarlos, por diversos factores de recursos, se creó la estadística que es una forma de acercarse a la realidad en su totalidad, a través de muestras. La estadística es una forma para cuantificar todo, sin ser necesarios contra cada uno de los elementos que componen un universo determinado, por tal razón es una herramienta idónea y coherente con el paradigma positivista (Orozco, 1997).

Partiendo de lo anterior, la presente investigación se fundamentó en un enfoque cuantitativo por que pretende determinar las característica de un modelo de Responsabilidad Social Empresarial para las EPS e IPS, partiendo del análisis de una variables en un contexto real, para esto se utilizó técnicas estadísticas y razonamiento objetivos que permitieron generalizar estas características del modelo para todas las EPS e IPS de Bucaramanga y su área metropolitana.

Respectó al tipo de Investigación, se determinó que es de tipo no experimental, descriptivo - Analítico y transversal. La Investigación no experimental según Hernández, Fernández y Baptista (2003) se define como: “La que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de investigación donde no hacemos variar intencionadamente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.”, este tipo de investigación también recibe el nombre de Ex Post Facto, lo que quiere decir después de que ocurrieron los hechos, en este tipo de investigación como lo indica Kerlinger (1983) es “...Investigación sistemática en la que el investigador no tiene control sobre las variables independientes porque ya ocurrieron los hechos o porque son intrínsecamente manipulables,” partiendo de esto la Investigación se determinó no

experimental porque se realizó un análisis de variables de RSE, que no fueron manipuladas por los investigadores, solo fueron observadas y analizadas.

Esta investigación se consideró de tipo Descriptivo, estos tipos de estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1989). En ese orden de ideas se definió de este tipo porque en una de sus fases metodológicas su función fue describir el comportamiento de la RSE en las EPS e IPS, manifestando como se está desarrollando el tema en estos sectores, especificando la interacción de los grupos de interés y sus características.

Además de esto también se definió como analítica, este método permite reunir varias cosas de modo que conformen una totalidad coherente. Es reconstruir, volver a integrar las partes de la totalidad, de una manera más amplia a la que se tenía al comienzo (Álzate & Beatriz, 2013), es analítica porque se parte de un diagnóstico situacional que requiere que se analice sus propiedades y con base en este se generen propuestas.

Por último se estableció que era de tipo transversal, según Hernández y Otros (2003) las investigaciones transversales son: “Investigaciones que recopilan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (o describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos), es como tomar una fotografía de algo que sucede.”, entonces es de este tipo porque la investigación realizó un análisis situacional de la aplicación de variables de RSE en las EPS e IPS durante los años 2012 y 2013.

### 3.2 Diseño de la Investigación

El diseño de la Investigación se integró por 3 fases metodológicas, las cuales se muestran en detalle en la Figura 7.

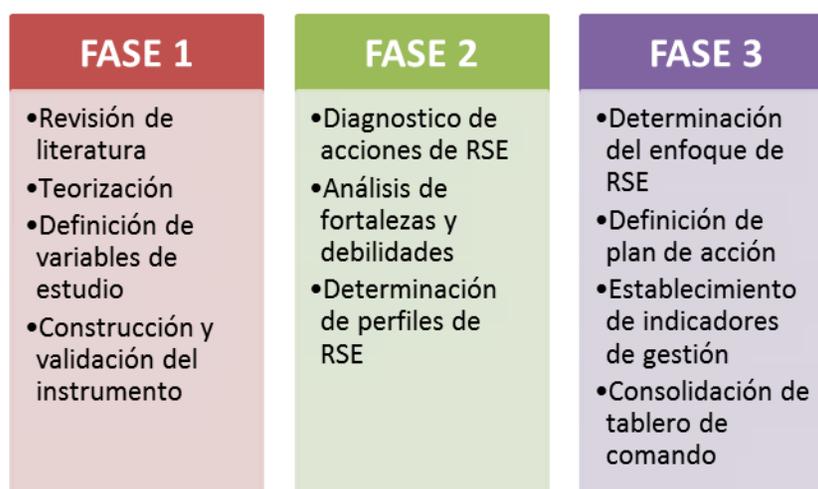


Figura 7. *Diseño de la Investigación*

Fuente: Autores

La fase 1, consistió en una exhaustiva revisión de literatura de la Responsabilidad Social Empresarial, de forma que esto permitiera realizar una teorización, que permitió definir variables del estudio, que orientaran la construcción del Instrumento de recolección de información.

La fase dos consistió en definir el tamaño de la muestra, con el fin de realizar el diagnostico de las acciones de Responsabilidad Social Empresarial, el cual se someterá a una análisis usando SPSS estadístico, Microsoft Excel y Ntsys 2000, esto permitió definir

las fortalezas y debilidades, además de los perfiles de RSE, que manejan la EPS del régimen Contributivo e IPS de Nivel III.

En la fase III y teniendo como insumo las fortalezas, debilidades y perfiles, posterior a esto se analizó el Enfoque de Responsabilidad Social Empresarial del sector respecto a los grupos de Interés teniendo en cuenta las diferentes teorías de la RSE, a partir de esto se definieron acciones con enfoque RSE para alcanzar un nivel óptimo, las cuales se monitorearán de forma constante a través de Indicadores de gestión usando como herramienta central una adaptación de cuadro de mando Integral.

### **3.3 Población**

La población objeto de estudio fueron las entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y la Instituciones Prestadora de Salud de Nivel III, estos dos sectores se escogieron basado en que son las que mayor impacto generan al sector salud en Bucaramanga, partiendo de que según cifras del DANE (2012) el 70% de la población de Bucaramanga y su área metropolitana pertenece al régimen contributivo y que las instituciones que generan mayor dificultad y acceso a los paciente son las de nivel III.

La población objeto de estudio fue seleccionada gracias a la información entregada por la Secretaria de Salud Departamental, entidad encargada de regular en ciertos aspectos a todas estas entidades.

En la EPS del régimen contributivo se encontró que existen 15 de estas entidades, las cuales se identifican en la Tabla 4.

Tabla 4.

Entidades Promotoras de Salud Régimen Contributivo de Bucaramanga y su área Metropolitana

| <b>ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO</b> |
|---|
| <b>Sura EPS.</b>  |
| <b>Coomeva EPS S.A.</b>                                       |
| <b>Solsalud EPS S.A.</b>                                      |
| <b>Salud Total EPS S.A.</b>                                   |
| <b>Salud Vida S.A. EPS.</b>                                   |
| <b>Salud Colpatria EPS.</b>                                   |
| <b>EPS Sanitas S.A.</b>                                       |
| <b>EPS Famisanar Ltda.</b>                                    |
| <b>Aliansalud EPS.</b>  |
| <b>Nueva EPS.</b>   |
| <b>Confenalco Santander EPS.</b>                              |

Fuente: Secretaria de Salud de Santander

Respecto a las IPS de Nivel III, encontramos que existen 19 Instituciones entre clínicas y hospitales, los cuales se detallan en la Tabla 5.

Tabla 5.

Instituciones Prestadoras de Salud de Nivel III

| <b>INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD NIVEL III</b> |
|---|
| <b>Clínica Bucaramanga</b>                          |
| <b>Clínica Carlos Ardila Lulle</b>                  |
| <b>Clínica Chicamocha</b>                           |

---

**Clínica Guane**

---

**Clínica Metropolitana De Bucaramanga**

---

**Clínica la Merced**

---

**Hospital Integrado San Juan De Dios De Girón**

---

**Hospital Universitario De Santander**

---

**Hospital Local De Piedecuesta**

---

**Hospital universitario de Bucaramanga (comuneros)**

---

**Hospital Militar regional de Santander**

---

**Hospital San Juan De Dios De Floridablanca**

---

**Clínica Materno Infantil San Luis**

---

Fuente: Secretaria de Salud de Santander

Dado lo pequeña de la población, no fue necesario realizar una muestra sí, no que se realizó unos censos para ambas poblaciones, en el caso de las EPS se contó con una participación de 11 entidades del total planeado, en el caso de las IPS, se contó con una participación de 13 del total, algunas de ellas no accedieron a brindar información alegando políticas institucionales o sencillamente manifestando que no les interesaba participar en la Investigación.

### **3.4 Técnicas e Instrumentos**

Para la recolección de información se definió como herramienta una encuesta estructurada, según García Ferrando (1986), podría definirse como “una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de una población más amplia, que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación, con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de

características objetivas y subjetivas de la población”. Este instrumento también forma parte de los métodos de observación y se direcciona a aquellas personas o sujetos cuyas características son relevantes para el desarrollo de los objetivos de la investigación.

En este orden de ideas se diseñó un instrumento que contiene 72 preguntas, divididas en seis categorías, una de generalidades y cinco relacionados con los grupos de Interés, las preguntas se distribuyeron así:

Tabla 6.  
Distribución del Instrumento

| Grupo de Interés /<br>Categoría | Cantidad de<br>Preguntas | Aspectos evaluados  |
|---------------------------------|--------------------------|---|
| Generalidades                   | Cuatro                   | Política de RSE, estructura para su desarrollo, barreras e Impactos.  |
| Empleados                       | Catorce                  | Prácticas Laborales, Desarrollo profesional y Humano, Equidad, Ética, Filantropía.  |
| Comunidad                       | Catorce                  | Inversión Social, Gestión Comunitaria, Alianzas Público- Privadas, Programas Medio-ambientales, Filantropía, Comunicación |
| Clientes                        | Diecisiete               | Marketing Social, Servicio al Cliente, Ética, Calidad.  |
| Inversionistas                  | Quince                   | Ética, Planeación estratégica, DDHH, Presupuesto, Comunicación, Inversión Responsable.                                    |
| Proveedores                     | Seis                     | Transparencia, Calidad, Política de pagos, Alianzas estratégicas, compromiso con la                                       |

---

| Grupo de Interés /<br>Categoría | Cantidad de<br>Preguntas | Aspectos evaluados |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------|
|---------------------------------|--------------------------|--------------------|

---

RSE.

---

Fuente: Instrumento Encuesta Diagnostico de aplicación de Practicas de RSE Morales & Perez

El instrumento fue validado por dos expertos en el tema y se realizó una prueba piloto con la colaboración de una EPS y una IPS, después de dicha validación fue necesario adaptar el lenguaje de algunas preguntas, para facilitar su comprensión.

Para observar el instrumento en más detalle pueda referirse al Anexo I.

Para el análisis Estadístico se usaron dos programas informáticos SPSS estadístico Versión 21 y Microsoft Excel 2010, para el análisis multivariable para la determinación de Perfiles se usó NTSYS 2000 (Cuadras, 1991).

## 4. Resultados

### 4.1 Perspectiva de la Responsabilidad Social Empresarial en las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo de Bucaramanga y su área Metropolitana

Para determinar la perspectiva de la Responsabilidad Social Empresarial, se diagnosticó de las prácticas actuales usando el instrumento diseñado, para el caso de las EPS solo participaron 11 de las 15 planeadas en el censo, igualmente en las IPS solo practicaron 13 de las 19 planeadas.

#### 4.1.1 Análisis de Datos de la RSE en las EPS del régimen contributivo

- Generalidades

En esta categoría se realizaron cuatro preguntas las cuales indagaban sobre generalidades de la RSE

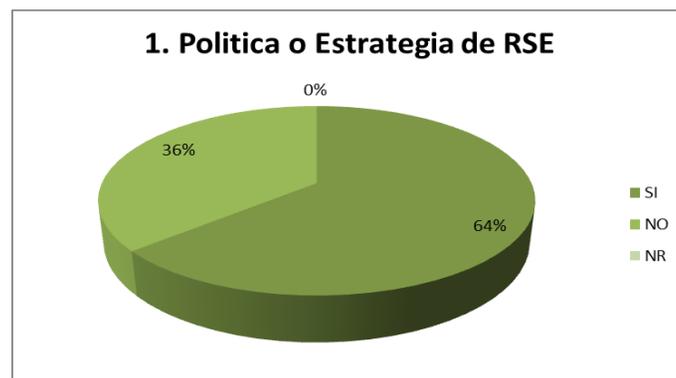


Figura 7. *Política o Estrategia de RSE*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

La primera pregunta indagaba por la existencia de una política o estrategia de Responsabilidad Social empresarial, se evidencia que el 64% de las EPS cuentan con una política o estrategia de RSE, aunque dicha política no la tengan muy bien definida en el mayor de los casos, tal como se indica en la figura 7



Figura 8. *Cargo Responsable de RSE*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Siguiendo con el respectivo análisis y siendo consecuente con la pregunta anterior se indago a aquellas que dijeron tener una estrategia o política en RSE, las EPS contaban con algún cargo que realizara funciones relacionadas con la RSE, a esta pregunta el 71% de las empresa que manifestaron tener una Política de RSE, dijeron no tener una cargo para que sea responsable de la ejecución y seguimiento de las acciones de RSE y tan solo el 29% manifestaron afirmativamente tener este cargo. Ver Figura 8.



Figura 9. *Barreras de la RSE*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Respecto a las barreras que dicen la EPS, encontrar para aplicar la Responsabilidad Social Empresarial, están, los costos con un 38% seguido por la dificultad en el entendimiento de la RSE con un 31% y 31% la falta de aliados y cooperación. Se analizó que las EPS encuestadas no tienen claro el concepto de la RSE y por ello no asumen la importancia requerida, en cuanto a los costos aseguran que los dineros de estas empresas solo pueden ser destinados a la salud y bienestar de los usuarios, Es valido aclarar que esta pregunta era de seleccion multiple, con multiple respuesta. Ver figura 9,

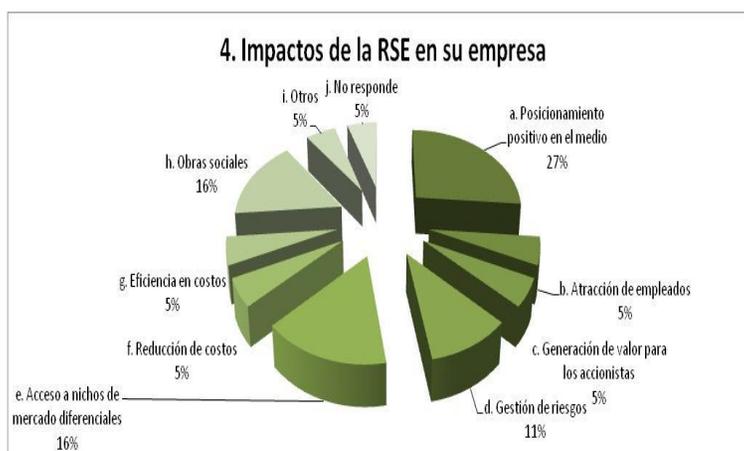


Figura 10. *Impactos de la RSE*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Respecto a el impacto que puede generar la RSE en las empresas, el 27% de las EPS coinciden que la implementación de la RSE generaría un posicionamiento positivo en el medio, mientras que el 16% afirma que conlleva al acceso de nichos de mercados y obras sociales, esto se debe a que ven ó perciben la RSE como una herramienta de “Marketing de Relaciones globales” que mejora la imagen tanto pública como internamente otorgando reconocimiento empresarial a la entidad que la desarrolle. Del mismo modo, el 11% de las EPS ven la responsabilidad social empresarial como una oportunidad de gestión de sus riesgos, un 5% eficiencia en costos, otro 5% reducción de costos, para otros una atracción de los empleados 5% y finalmente un 5% dicen que hay generación de valor para los accionistas. Por otra parte también se percibe un aumento en las ventas porque facilita al consumidor y a la comunidad en general diferenciar entre productos y servicios prestados, permitiendo a la entidad tener el conocimiento para “anticiparse a las nuevas tendencias y exigencias del mercado” facilitando el acceso a los mercados globales. Es de resaltar que esta pregunta también tenía múltiples opciones de selección. Ver figura 10.

- Empleados

La RSE se refiere a cómo las empresas son gobernadas respecto a los intereses de sus trabajadores por lo que en este ámbito laboral, se entiende como la ética de compromiso por una acción constante para mejorar las condiciones de vida, de trabajo y de entorno, más allá de lo establecido en la ley, haciendo la empresa más competitiva.



Figura 11. *Acuerdos Extralegales*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

El primer aspecto por el cual se indaga en este grupo de Interés fue los acuerdos extralegales al realizar el análisis se encuentra que las EPS tienen en cuenta para el bienestar de sus colaboradores, en primera instancia el subsidio de educación 21% y subsidio de Salud pre pagada 21%, estos resultados reflejan el conocimiento que tienen las empresas en general por mejorar las expectativas en formación académica de sus empleados como forma de mejorar el desempeño a nivel individual y colectivo; de igual

forma garantizar su protección y capacidad laboral en términos de productividad. En segunda instancia sobresalen las primas de vacaciones 16%, las primas de antigüedad 10% y las primas de navidad 16%. Este ítem permitía que las EPS seleccionaran más de una opción. Ver Figura 11.



Figura 12. *Estímulo a Donaciones y Aportes al Bien Común*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

El siguiente aspecto evaluado fue el estímulo para que los empleados participen en campaña y actividades que promuevan la solidaridad y el bien común, esto refleja la importancia de sensibilizar el sentido humano y de fraternidad en los empleados por medio de la participación en actividades que minimicen el impacto negativo que tiene un individuo o un colectivo bajo una situación que afecte su vida; de igual forma que mejore su calidad de vida. En este orden de ideas, las actividades como campañas de solidaridad para tragedias locales, regionales naciones e internacionales representan el 46% del reflejo

de la organización para que los trabajadores realicen donaciones en pro del bien común.

Ver Figura 12.

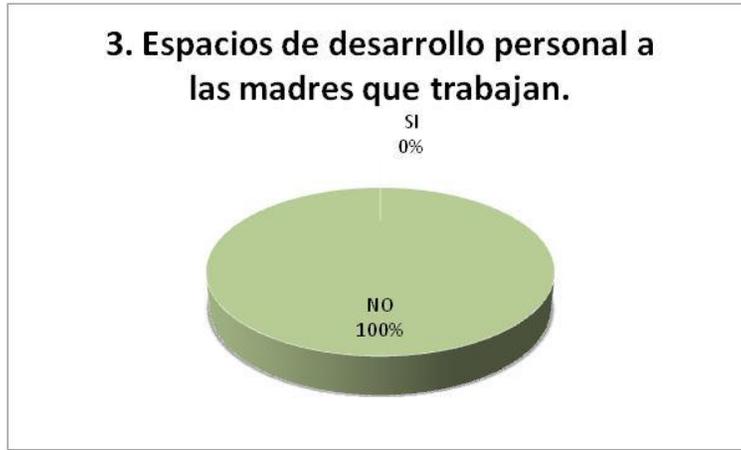


Figura 13. *Espacios de Desarrollo Personal a Madres que Trabajan*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Al indagar por espacios de desarrollo personal de las madres que trabajan se puede identificar que las EPS, que conformaron la población estudio no han creado un espacio de desarrollo para las madres que trabajan en ella y que tienen hijos pequeños. Ver Figura 13.

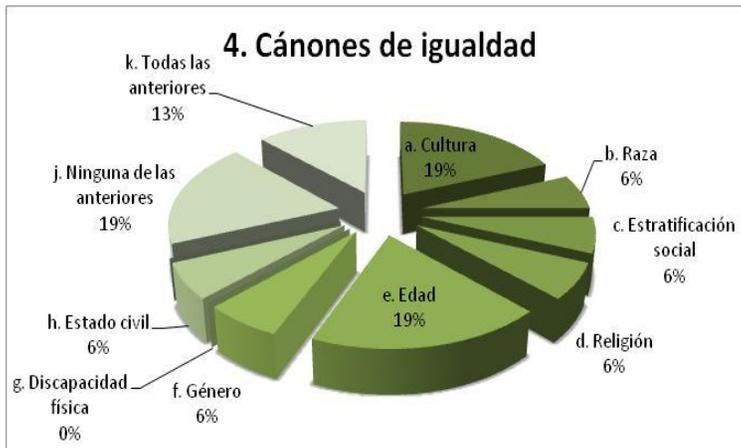


Figura 14. *Cánones de Igualdad*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Por otra parte en cuanto a cánones de Igualdad existen dos aspectos que predominan en el proceso de contratación de personal, la cultura 19% y la edad 19%, desde el punto de vista cultural este resultado está relacionado con la idiosincrasia del pueblo santandereano y su sentido a preferir contratar locales para ocupar sus puestos de trabajo. Desde el punto de vista cronológico la edad sigue un jugando un papel importante dentro del sistema de contratación, en la medida que los cargos operativos y de servicio al cliente son en mayor medida exclusivos para gente joven y los cargos directivos son exclusivos de personas con mayor edad, alto nivel educativo y experiencia laboral. A su vez el 13% de las EPS afirman tener en cuenta todos los cánones de igualdad presentados: estado civil, género, edad, religión, raza y cultura. Esta pregunta tenía la opción de responder múltiples respuestas. Ver Figura 14.



Figura 15. *Equidad de Genero*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Siguiendo con los proceso de igualdad en la EPS, que objetivamente respondieron nuestra encuesta aseguran en un 100% que las políticas de la organización en términos de

salarios y promoción garantizan que sus procesos son transparentes y sin ningún tipo de discriminación de género. Ver figura 15



Figura 16. *Estímulo a Donaciones y Aportes al Bien Común*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

El siguiente aspecto evaluado fue el apoyo a sus trabajadores en términos de su desarrollo profesional, a lo cual respondieron por medio de permisos en horarios de estudio 27%, esto principalmente debido a la misma naturaleza operativa de este tipo de empresas, las cuales realizan sus actividades en el horario diurno, brindando la posibilidad a sus empleados de poder cursar una carrera profesional en el horario nocturno. El segundo término importante involucra el subsidio económico como una alternativa a aquellas personas que no cuentan con el total del costo de sus matrículas dentro de una fecha estipulada por la institución educativa. El porcentaje restante se caracteriza por el énfasis que hace la empresa en la capacitación de sus empleados, por ejemplo: el 23% de las EPS-RC capacitan constantemente a sus empleados, EL 14% los entrenan en diferentes instituciones y el 13% dan patrocinio de educación. Ver Figura 16.

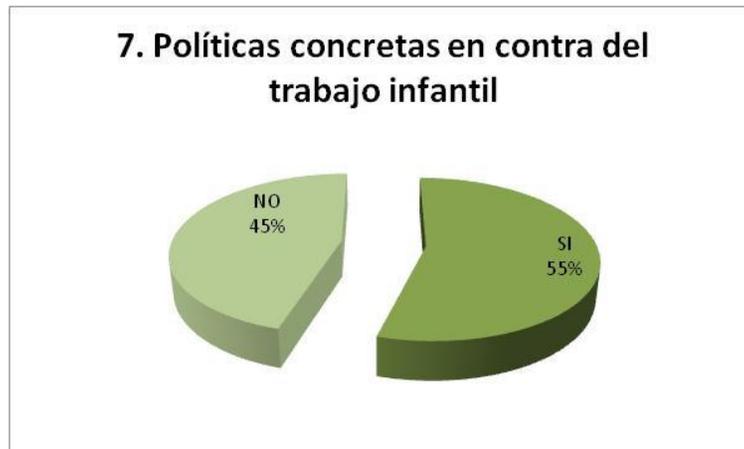


Figura 17. *Políticas Concretas con el Trabajo Infantil*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Al analizar las políticas concretas contra el trabajo infantil, se puede observar que tan solo el 55% de las EPS, han manifestado claramente el desarrollo de estas políticas (ver figura 17).



Figura 18. *Planes de Motivación*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Dentro del grupo de Interés empleados, se encuentra en la motivación, en el cual se encuentra el reconocimiento de la organización hacia los trabajadores como fuente de motivación es principalmente económica en forma de reconocimiento en dinero 27%, premios 27% y viajes 14%. Por otro lado solo un 14% se reconoce a ceremonias, y el 18% se relaciona con procesos de promoción y ascenso. En este orden las empresas tienden a motivar sus empleados más con reconocimientos pasajeros y no de largo plazo como el caso de ascensos o aumentos de salario. Sin embargo estos reconocimientos son muy importantes ya que impulsan el buen desempeño de los trabajadores. Ver la Figura 18.



Figura 19. *Estimulo a Donaciones y Aportes al Bien Común*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

En términos de ascensos el 20% de las EPS tienen en cuenta la antigüedad y un 13% los estudios realizados. Ahora como técnica más frecuente para promover su personal, el

40% de las EPS realizan un concurso de méritos. Por otra parte un 27% de EPS crean nuevos cargos como estrategia de ascensos empresariales. Ver figura 19.



Figura 20. *Flexibilidad Jornadas de Trabajo*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Por otra parte el 80% de las EPS reconocen que la mayor flexibilidad dentro de sus jornadas laborales es para permisos académicos. Esto fortalece la hipótesis de mantener el capital de conocimiento en la organización. El 20% restante se destina entre deporte y compatibilizar familia y trabajo. Ver figura 20.



Figura 21. *Planes de Higiene y seguridad Industrial*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

En cuanto a la Seguridad Industrial y Salud en el trabajo, es otro aspecto que vincula directamente el bienestar de la empresa y sus trabajadores, se encuentra, que el 53% de las EPS- tienen implementado el Programa de Salud Ocupacional y el 47% de las EPS tienen implementado el COPASO, como herramienta fundamental en la determinación de necesidades relacionadas con la medicina preventiva, higiene y seguridad industrial, que hacen presencia durante el desempeño de tareas por parte de los colaboradores. Ver figura 21.

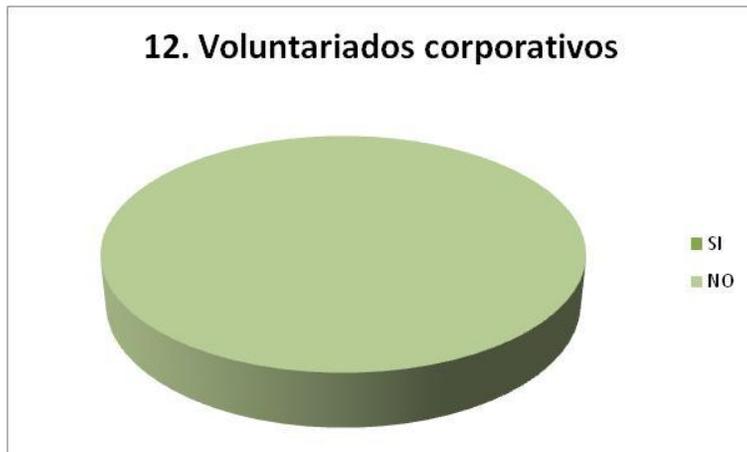


Figura 22. *Estímulo a Donaciones y Aportes al Bien Común*  
 Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Retomando un aspecto filantrópico, en el cual las empresas deben fomentar un clima de solidaridad se indago por la existencia y promoción de Voluntariados Corporativos El 100% de las EPS aseguran no recurrir con voluntarios corporativos que impliquen a los colaboradores de la comunidad. Ver Figura 22.

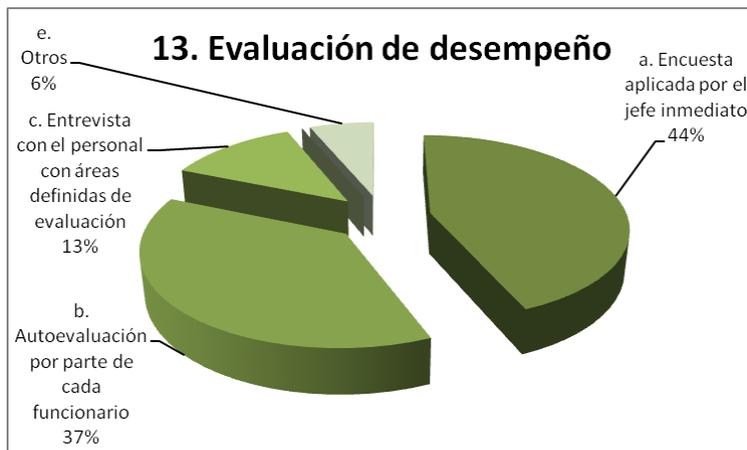


Figura 23. *Evaluación de desempeño*  
 Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Según la encuesta se observa que el proceso de evaluación de desempeño en las EPS, se realiza principalmente por encuestas aplicadas a los trabajadores a través del jefe inmediato 44%, por otra parte un 37% de las EPS afirman obtener muy buenos indicadores por medio de la autoevaluación que se realiza el personal de la organización. Un 13% decide realizar este proceso de una forma detallada y específica a través de entrevistas con el personal con áreas definidas de evaluación. A pesar que la evaluación de desempeño es una sola, algunas utilizan varios de estos métodos. Ver Figura 23.

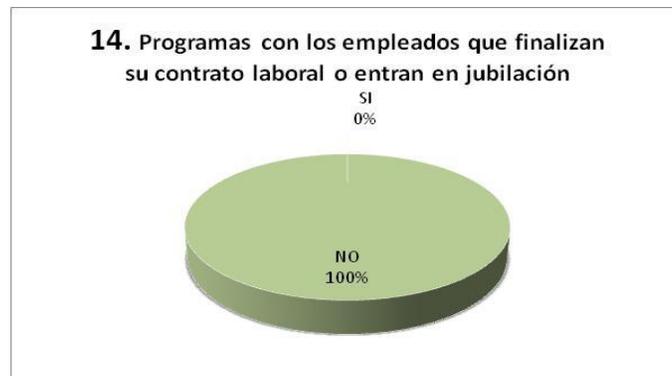


Figura 24. *Programas de Retiro y Jubilación*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Por último se indago si las EPS, realizan programas para el retiro de los empleados o su respectiva jubilación, en un 100%, no desarrolla programas con los empleados que finalizan su contrato laboral o entran en jubilación. Ver Figura 24

- **Clientes**

El siguiente grupo de Interés evaluado fue, el de Clientes, ya que estos son un actor vital para el desarrollo de la organización.



Figura 25. *Departamento de Servicio al Cliente*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

En el grupo de Interés clientes, se preguntó en primera instancia si contaban con un departamento para atenderlos, a los cual se encontró que el 100% de las EPS, cuentan con un Departamento de servicio al cliente, lo cual demuestra la preocupación del sector por llevar a cabo un continuo seguimiento del cliente y su satisfacción. Ver Figura 25.



Figura 26. *Mecanismos de Comunicación*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Dentro de esta dinámica de la atención encontramos la comunicación, en la cual el 64% de las EPS, cuentan con los siguientes mecanismos de comunicación para comunicarse con sus clientes (interno y externo): oficina de PQRS (peticiones quejas y reclamos), buzón de sugerencias, encuestas de satisfacción al cliente; el 18% manifiesta tener Buzón de Sugerencias únicamente y el otro 18% restante afirma que realiza esta comunicación a través de Encuestas de satisfacción. Estos resultados indican el alto compromiso que tienen las EPS en resolver las inquietudes y solicitudes de los usuarios y realizar un continuo seguimiento del mismo. Ver Figura 26.



Figura 27. *Campañas de Marketing con Fines Sociales*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Respecto a el Marketing Social, un porcentaje del 55% de las EPS no implementan campañas con fines sociales, tan solo el 45% implementa este tipo de campañas, esto se debe en gran manera a que algunas de estas entidades indican que los dineros del estado no se pueden utilizar para dichos fines. Ver Figura 27



Figura 28. *Servicios de Calidad Vs. Características Prometidas*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

De acuerdo con la Figura siguiente, el 100% de las Empresas Promotoras de Salud Régimen Contributivo aseguran ofrecer productos y servicios de alta calidad, siempre promoviendo las verdaderas características prometidas en la publicidad y de acuerdo a las especificaciones ofrecidas. Las políticas de calidad de las empresas en cuestión garantizan que este compromiso sea una realidad, lo anterior lo manifiestan las EPS-RC. Ver figura 28.



Figura 29. *Prácticas de Mercadeo y Honestas*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Siguiendo con el aspecto de mercadeo se evidencia que el 100% de las EPS utilizan prácticas de mercadeo honestas y transparentes, de esta manera el sector refleja los principios de legalidad. Ver Figura 29.



Figura 30. *Respeto a Los derechos de los consumidores y Clientes*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

El 100% del sector esta segmentado hacia el respeto por los derechos de los usuarios, en efecto las EPS no pueden violar estos derechos, porque de ser así serían objeto de sanción. Ver Figura 30.

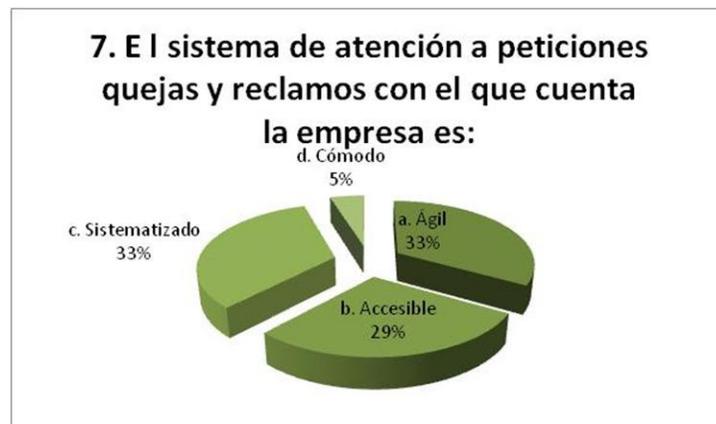


Figura 31. *Sistemas de PQR'S*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Por otra parte el sistema de atención a peticiones quejas y reclamos con el que cuentan las EPS, es un 33% de ellas sistematizado y 33% ágil, es para un 29% accesible y finalmente un 5% dice ser cómodo. Esto quiere decir que el sector debe trabajar un poco más para garantizar a sus afiliados trámites más ágiles con debida calidad y oportunidad, y así disminuir los trámites innecesarios. Ver Figura 31.

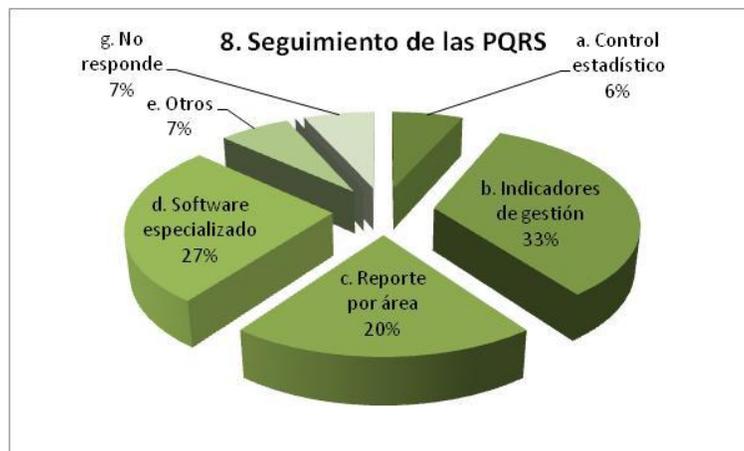


Figura 32. *Seguimiento de PQR'S*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

El 33% de las EPS realiza el seguimiento de las PQR'S, con indicadores de gestión, el 27% con software específicos, el 20% reportes por cada área, y tan solo el 6% controles estadísticos. Se evidencia que el sector prefiere el uso de indicadores de gestión, esto debido a que permite a las EPS implementar las mejoras respectivas en el momento adecuado. Ver figura 32.



Figura 33. *Alianzas con la Competencia*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Otro aspecto de gran importancia en pro de la solidaridad y de aumentar la capacidad de servicio son las alianzas, de acuerdo con la Figura 33, se observa que tan solo el 27% de las EPS realiza alianzas con la competencia para promover productos y servicios, el 73% afirma nunca haberlo hecho ni necesitado. Ver Figura 33



Figura 34. *Canales de Comunicación con Complementadores*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Siendo recurrente con el tema de la Comunicación los canales de comunicación más relevantes que utilizan las EPS para comunicarse con sus complementadores son los siguientes: el 37% utiliza comunicación electrónica entre empresa-proveedor; Dado que es un sector que constantemente está cambiando las leyes y normas que las rigen, este medio resulta más fácil y rápido para socializar todas las novedades que se presentan en el sector. El 27% de las EPS utilizan reuniones con el área de diseño de productos y servicios, un 9% realiza órdenes directas por integración vertical hacia atrás. Ver figura 34.



Figura 35. *Distintivos*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Se observa también que los distintivos que han implementado las EPS para calificar el producto o servicio son las certificaciones de calidad con un 55% y en menor proporción están los Certificados de Origen 18%, Sellos verdes 9%, Etiquetas sociales 9%, entre otros 9%. Siguen siendo las certificaciones de calidad las etiquetas con mayor distinción y aceptación de calidad para los clientes. Ver Figura 35.



Figura 36. *Sistemas para Conocer Necesidades de Clientes*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

En cuanto a cómo detectan las necesidades de los clientes, se encuentra El 33% de las EPS utilizan como herramientas para conocer las necesidades y expectativas de los clientes, las investigaciones de mercado, adicional y en la misma proporción utiliza el sistema de relaciones con los clientes, un 27% utiliza el Benchmarking y solo un 7% está haciendo uso de las redes sociales. En resumen el sector de las EPS cuenta con adecuadas estrategias de mercadeo. Ver Figura 36.



Figura 37. *Mecanismos para asegurar la calidad*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Para las EPS resulta interesante asegurar la calidad de los productos que entrega, es evidente que el 53% lo asegura utilizando los sistemas de gestión de la calidad, esto principalmente por el reconocimiento y aceptación y el enfoque basado en proceso. Por otra parte un 27% de las EPS-RC aplican sistemas para asegurar la trazabilidad de sus productos y servicios. Finalmente un 20% deposita el aseguramiento de la calidad de sus productos recurriendo a métodos de control estadístico que les permiten por medio de la definición de parámetros un mejor control de calidad. Ver Figura 37..

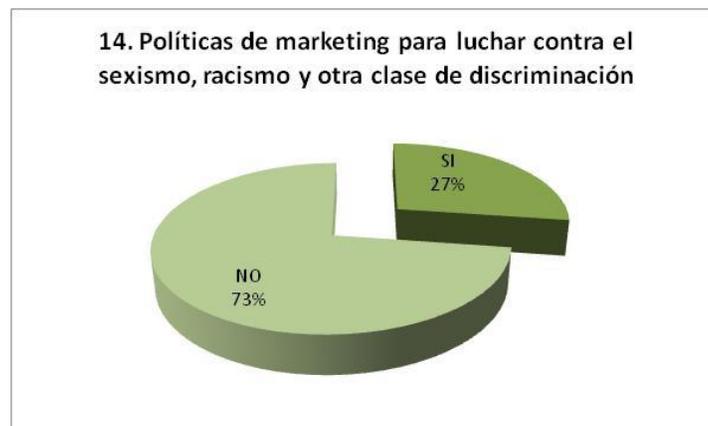


Figura 38. *Políticas de Marketing contra la Discriminación*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Otro aspecto a evaluar son las políticas de Marketing se observa que tan solo el 27% de las EPS cuentan con una política de marketing para luchar contra el sexismo, racismo, y otras clases de discriminación, por lo tanto se puede decir que es una debilidad que deben mejorar. Ver Figura 38.



Figura 39. Herramientas de Evaluación de Complementadores

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Como herramientas para evaluar el desempeño de sus complementadores, Es notable el uso de Indicadores con un 32% y listas de chequeo en el 31% de las EPS ya que por ser entidades de salud, se deben realizar auditorías médicas, y estas se efectúan a través de las listas de chequeo. Un 6% de las EPS afirman utilizar investigación de mercados para realizar esta evaluación. Ver Figura 39.

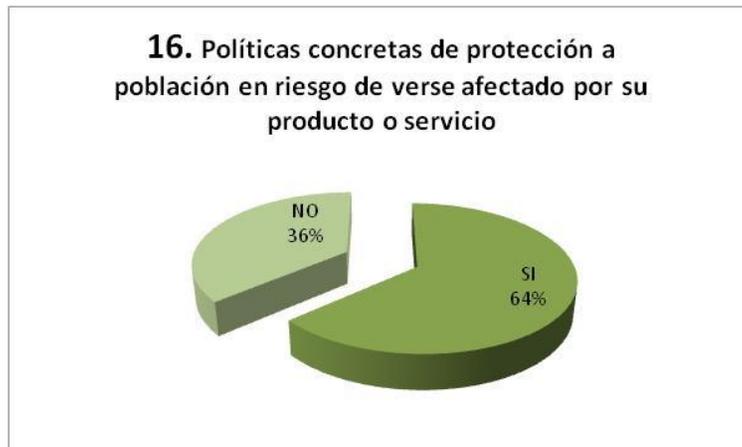


Figura 40. *Protección a Población en Riesgo y/o afectada por el Servicio*  
Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

El 64% de las EPS cuenta con políticas concretas de protección a la población en caso de verse afectado por sus productos o servicios, esto indica que el sector tiene claro la importancia que hay sobre la protección de los derechos del consumidor. Ver Figura 40.

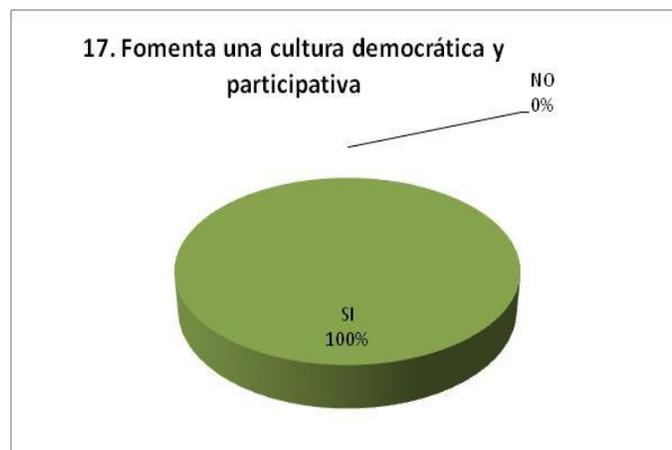


Figura 41. *Cultura democrática y Participativa*  
Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

De acuerdo con la Figura 41. el 100% de las EPS-RC las EPS fomentan actividades aplicando subprogramas de salud y vacunación para fomentar una cultura democrática y participativa para con la competencia y con la sociedad civil.

- Inversionistas

El grupo de Interés Inversionistas es fundamental para el Desarrollo de la RSE, ya que de este grupo se deben direccionar las acciones y el presupuesto para el desarrollo de la RSE, además del componente ético que debe regir la gestión en la organización, haciendo inversiones responsables que aseguren el desarrollo sostenible de las organizaciones y su entorno.

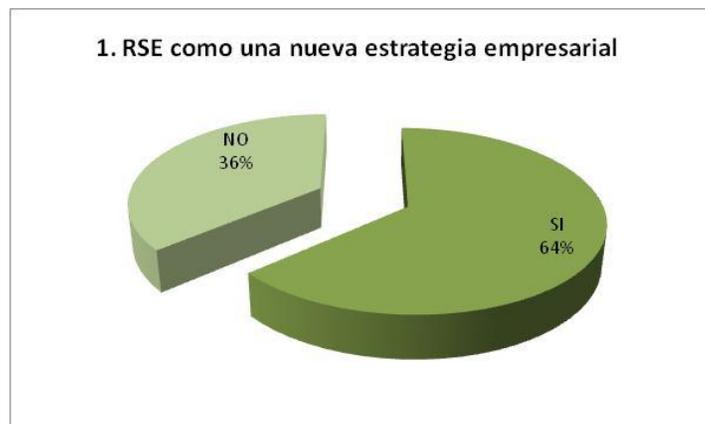


Figura 42. *RSE como Estrategia Empresarial*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Con base en los datos analizados, se observó que el 64% de las entidades promotoras de salud (EPS) estudiadas reconocen el ejercicio de la responsabilidad social

empresarial como una oportunidad de fortalecimiento institucional, a partir de la aplicación de estándares y prácticas que permitan la coparticipación en el desarrollo de programas de cualificación social y promoción humana. Por otra parte un 36% del sector no ve en la responsabilidad social una estrategia empresarial que pueda ayudar en avanzar sus estándares de eficiencia y eficacia. Ver Figura 42.



Figura 43. *RSE en su Planeación Estratégica*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Basado en el reconocimiento y la importancia que ven las entidades promotoras de salud en el tema de la responsabilidad social se observa que un 73% de las EPS desarrollan planeación estratégica desde la alta gerencia como un medio para establecer medidas que resultan oportunas y razonables para asegurar la participación de las compañías en programas que materialicen su responsabilidad social. Ver Figura 43.



Figura 44. *Mecanismos para Controlar la Corrupción*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Un aspecto que toma gran interés para los inversionistas son los mecanismos de vigilancia con los que cuenta la organización para controlar los casos de corrupción. En este aspecto se observa que un 46% de las EPS utilizan como mecanismos de vigilancia la suma del control interno, la auditoría fiscal, el autocontrol y la transparencia; otras limitan su vigilancia a solo control interno 27%, auditoría fiscal 18% y aumento de la transparencia 9%, medidas razonables para asegurar la participación de las compañías en programas que materialicen su responsabilidad social. Ver Figura 44.

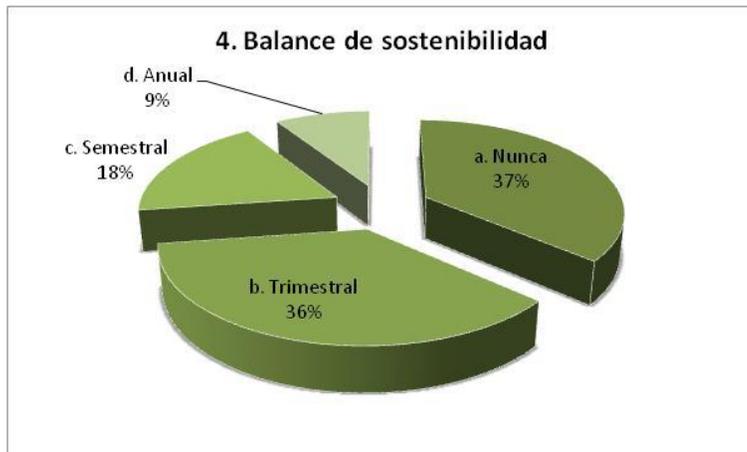


Figura 45. *Balance de Sostenibilidad*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Se observa que periódicamente los accionistas exigen a las EPS que rindan informes sobre la participación de la institución en los distintos programas que ejecute para de esta forma poder evaluar la sostenibilidad de sus proyectos, en esta medida el 36% de las instituciones realiza trimestralmente un balance de su sostenibilidad, el 18% lo lleva a cabo semestralmente y un 9% lo realiza anual y el porcentaje restante nunca realiza un balance de este tipo. Ver Figura 45

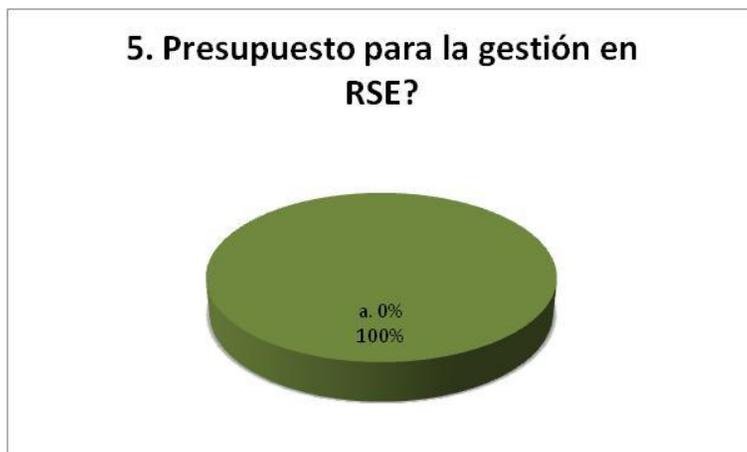


Figura 46. *Presupuesto para la RSE*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Se sabe que las EPS, implementan en un 73% la responsabilidad dentro de su planeación estratégica (Figura 43), sin embargo, no es de carácter público divulgar que porcentaje de su presupuesto invierte para este tipo de gestión. Por lo tanto el 100% de la población encuestada se asume que invierte el 0% de su presupuesto en RSE. Ver Figura 46.

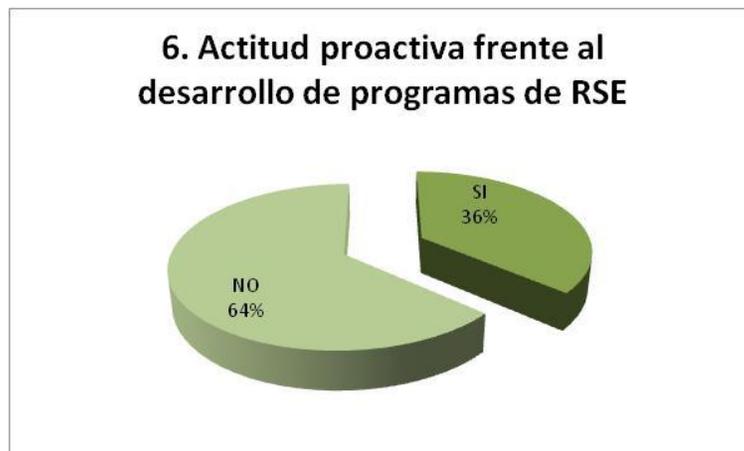


Figura 47. *Desarrollo de Programas de RSE*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Se observa una iniciativa no muy alta (36%) por parte de los accionistas frente al desarrollo de programas de responsabilidad social, esto puede obedecer al desconocimiento del tema, la dificultad a cambiar nuestra filosofía de vida o simplemente que para las organizaciones este tema se le puede dar un poco de espera. Ver Figura 47.



Figura 48. *Alianzas Público- Privadas para las RSE*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Solo un 36% de la población encuestada, afirma haber desarrollado alianzas con el sector público y un tercer sector para el desarrollo de programas específicos. Este resultado refleja que el sentido de la responsabilidad social empresarial no tiene un alcance mayor.

Ver Figura 48.



Figura 49. *Rendición de Cuentas*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Se destacan tres mecanismos de rendición de cuentas por parte de las EPC, el primero es la publicación de informes en carteleras o páginas web 46%, las cuales son de carácter público y de interés para los usuarios. En segunda medida se destacan los indicadores de gestión 27% y las reuniones de rendición de cuentas 27%, lo cuales también son divulgados a través del primer mecanismo. Ver Figura 49.

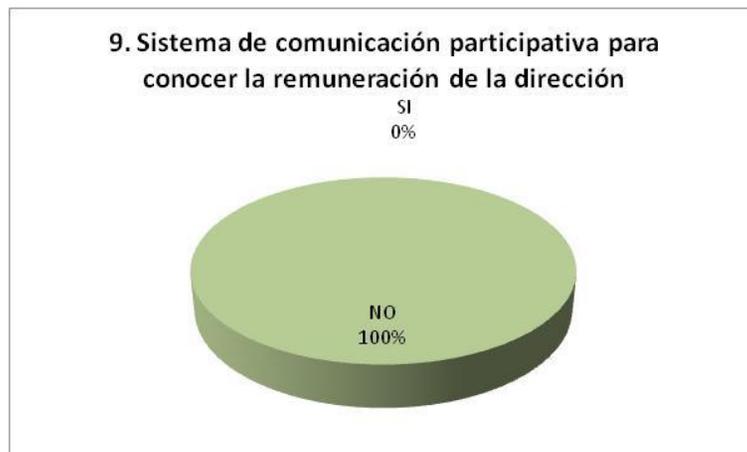


Figura 50. *Cultura democrática y Participativa*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

El 100% de las EPS no cuentan con un sistema de comunicación para conocer la remuneración de la dirección, pero todas afirman que el uso de esta información es de carácter privado y exclusivo para la organización. Ver Figura 50.



Figura 51. *Organización Horizontal*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

La encuesta indica que un 64% de las EPS- utilizan un modelo de gestión basado en la organización horizontal. Esto demuestra el interés de las organizaciones por gestionar su actividad económica de forma ordenada, basada en procesos, optimizando recursos para la búsqueda de la satisfacción del cliente. Ver Figura 51.



Figura 52. *Programas de Incentivos*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Las actividades que se destacan como fuente de incentivo para la RSE en los empleados de la organización se conforman en un 37% de las EPS por actividades recreativas, de esparcimiento salud física y mental. Un 18% apuntan a mejorar la calidad de vida de los trabajadores, por medio de su desarrollo educativo. Por otro lado un 18% centra su interés en el mejoramiento de la calidad de vida del trabajador y su familia; Finalmente un 9% de las EPS afirman no desarrollar ninguno de los programas. Ver Figura 52.



Figura 53. *Factores para Créditos*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

En la RSE otro aspecto importante está relacionado con los factores que tiene en cuenta la institución para realizar un crédito financiero, en esta medida el 73% de las instituciones basan sus decisiones en los siguientes indicadores: nivel de endeudamiento, rentabilidad y liquidez. Por otra parte existen instituciones como COOMEVA que cuentan con institución propia financiera que le otorga créditos. Dentro del estudio resulto imposible determinar qué porcentaje del presupuesto usa la empresa para responsabilidad

social, dado que esta información es de carácter privado en las organizaciones. Ver Figura 53.



Figura 54. *Reporte Clima Laboral*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Para las EPS es importante contar con un personal calificado y conforme con su trabajo, en este orden de ideas para las organizaciones resulta de vital importancia realizar periódicamente una evaluación de su clima organizacional, con el objetivo de identificar debilidades y fortalezas, las cuales por medio de planes de acción se mejoran y se van a traducir en un mejor servicio al cliente. La encuesta refleja que un 91% de las EPS se interesan por evaluar el impacto del trabajo en sus colaboradores internos. Ver Figura 54



Figura 55. *Canales de Comunicación Directa*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Existen dos canales de comunicación directa con los propietarios, uno moderno y otro clásico, que siguen siendo los dos medios más utilizados por las organizaciones, en las EPS la junta directiva sigue siendo el principal y el más utilizado con un 46% como lo muestra la Figura 55, y en segunda medida los medios electrónicos con un 36%, el restante se da por auditorías escalonadas y Reportes Mensuales.

Finalmente se observa, que el 43% de las EPS-RC utilizan el mecanismo de libranza como una herramienta de inclusión financiera con sus colaboradores. El otro 57% no responde o afirma utilizar otro medio. Ver Figura 56.

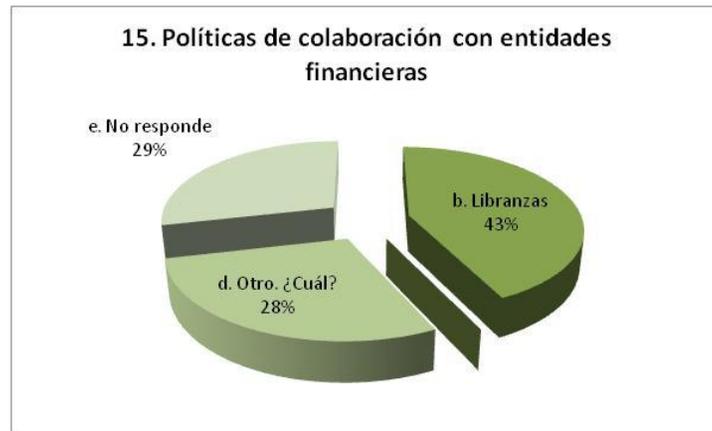


Figura 56. *Políticas de Colaboración con Entidades Financieras*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

- **Proveedores**



Figura 57. *Convocatoria a proveedores*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Según análisis el proceso de convocatoria de los proveedores se realiza bajo el principio de igualdad en torno a las condiciones de evaluación toma de decisiones para adquirir bienes y servicios, para ello los mejores métodos según las EPS son: solicitud de cotizaciones 50%, contacto directo 43% e invitación pública 7%. Ver Figura 57.

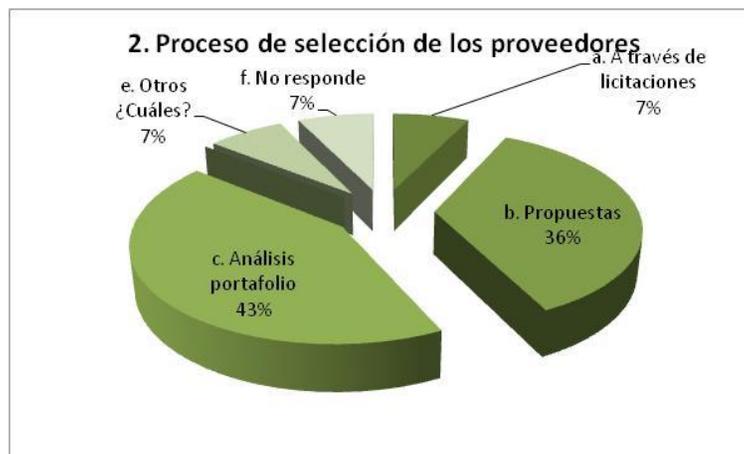


Figura 58. Selección de Proveedores

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Por ahora la selección de proveedores se llevan acabo diversos procesos, al analizar los datos se encuentra que el 43% de las instituciones exigen a sus proveedores análisis de portafolios y el 36% de propuestas que contengan varios requisitos para la utilización de sus bienes y servicios, como por ejemplo, listas de chequeo de los productos y demostraciones para los equipos. Solo un 7% de las EPS realizan el proceso de selección a través de licitaciones. Ver Figura 58.



Figura 59. *Evaluación de Proveedores*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Se puede evidenciar que el 55% de estas entidades desarrollan procesos de evaluación a través de comités primarios de selección, esto se debe a que las EPS en su mayoría son centralizadas y dependen de una regional o una principal para llevarse a cabo la contratación; El 27% de las EPS lleva a cabo la evaluación para la selección de sus proveedores por medio de métodos de puntos por factores y un 9% afirma utilizar sistemas especiales y el 9% restante no responde. Ver Figura 59.

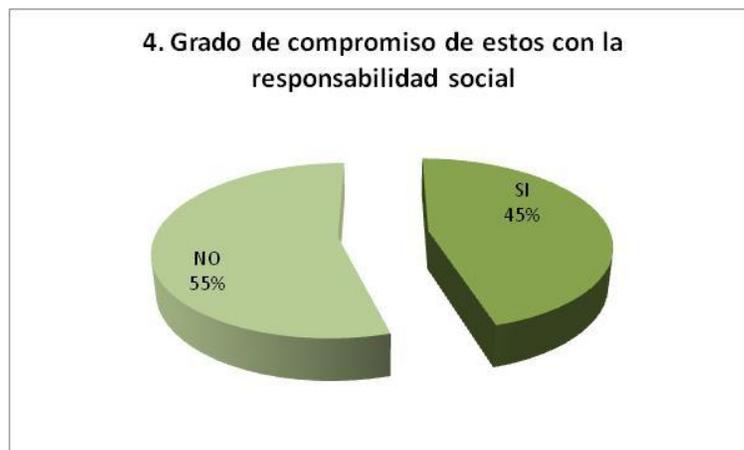


Figura 60. *Grado de Compromiso con la RSE*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Se puede observar que el 45% de estas entidades al momento de seleccionar un proveedor toma en cuenta el grado y compromiso de responsabilidad social empresarial, aunque todavía no está estipulado dentro de los requisitos de admisión de un proveedor. El 55% de las EPS no exigen ni tienen en cuenta este aspecto para su selección. Ver Figura 60.

Figura 61. *Verificación de Calidad*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

El 55% de las EPS verifican los requisitos de los productos, bienes y servicios que sus proveedores ofrecen a través de listas de chequeo, demostraciones para los equipos, muestras para los productos y seguimiento directo. La consecuencia de ello se deben a que las auditorías que deben hacer las EPS, para evaluar el proveedor cuenta con todas las normas legales de acreditación para operar en salud. Solo un 27% de las EPS usa listas de

chequeo y un 9% las demostraciones de los equipos, el porcentaje restante se abstuvo de contestar. Ver Figura 61

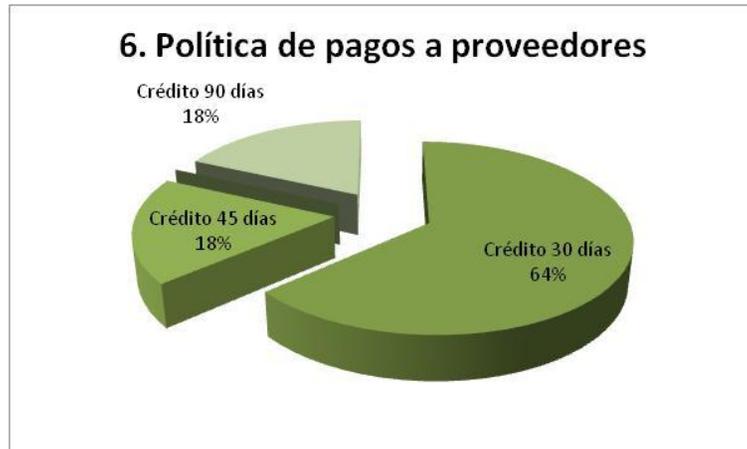


Figura 62. *Política de Pagos*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Se puede observar que el 64% de las EPS tienen como política de pago a proveedores un máximo de crédito a 30 días, esta política mejora el manejo sobre la cartera de las organizaciones y le permite obtener mayores beneficios en función de proveedores. El 18% de estas entidades maneja crédito a 90 días, al igual que un 18% crédito a 45 días. Ver Figura 62.



Figura 63. *Control de Calidad*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

De acuerdo con la información suministrada en la encuesta, el 64% de estas instituciones exige a sus proveedores certificaciones de calidad, y un 36% realiza visitas de inspección, esto indica que el sector reconoce que brindar un servicio de alta calidad requiere contar con proveedores de alta calidad. Ver Figura 63.



Figura 64. *Programas de Acercamiento a Proveedores*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

El 73% de estas instituciones cuenta con programas de acercamiento a los proveedores, este resultado refleja el alto compromiso que tiene las entidades de salud por mantener buenas relaciones comerciales y de información. Ver Figura 64.

- Comunidad

Figura 65. *Estrategias de Inversión Social*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Se logra evidenciar que las EPS implementan estrategias de inversión social con mayor porcentaje en eventos de tipo deportivos (25%) y patrocinios de equipos deportivos (31%). Seguido de la Organización de eventos culturales (13%) y patrocinio de grupos de teatros y danzas (6%). Otros como Damnificados de la ola invernal y niños víctimas de violencia intrafamiliar son importantes pero para acatar la norma de RSE no son suficientes, ya que dejan en el desamparo la parte de construcción, ya sea para la creación de nuevos institutos ó para realizar las remodelaciones necesarias para realizar este tipo de

actividades. En menor porcentaje se han destinado recursos para estrategias de inversión en becas (6%) y alumbrado (6%). Ver Figura 65.



Figura 66. *Diagnóstico de Necesidades*

.Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

El 36% de las EPS encuestadas realizan mediante la observación directa la identificación y el respectivo diagnóstico a las necesidades que enfrenta la comunidad, el 9% emplean otros mecanismos como lo son Revista, Prensa, Televisión y Radio las cuales son herramientas que se están actualizando a diario y el porcentaje restante, es decir el 46% deciden no responder a esta pregunta, tal vez no cuenten con ningún mecanismo ó la entidad no realiza este proceso. Ver Figura 66.

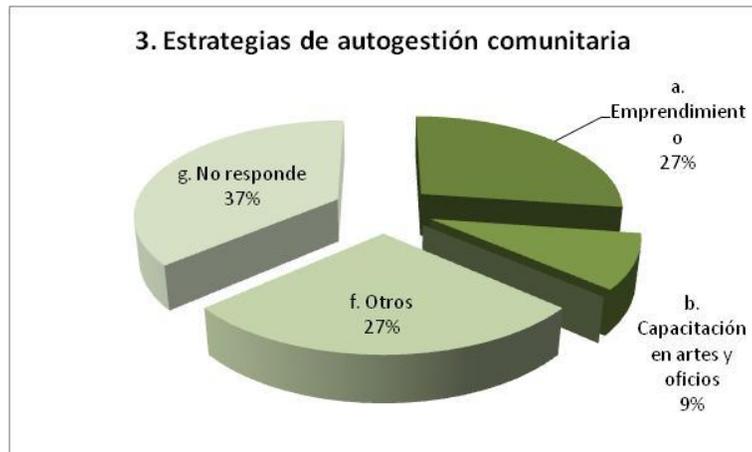


Figura 67. *Estrategias de Autogestión*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

La estrategia de autogestión comunitaria es un tema muy dividido debido a que en el 27% EPS-RC utiliza el emprendimiento como medio, otro 27% se centra en otras estrategias como fundaciones. Por ejemplo, Sanitas o la EPS Salud total trabajan en la alimentación del niño víctima de violencia intrafamiliar, el 37% restante no respondieron. Aunque tienen estrategias, ninguna EPS se basó en capacitación en artes u oficios, autoconstrucción, madres comunitarias ó en los restaurantes comunitarios. Estas estrategias son vitales en el impacto para la comunidad general. Ver Figura 67.



Figura 68. *Alianzas Publico Privadas*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Como se puede observar en la Figura 68, ninguna EPS posee alianzas con entidades públicas, esto puede explicar el porqué la mayoría de las EPS no han desarrollado estrategias de tipo comunitario. Cabe señalar que el poseer alianzas estratégicas con entidades públicas y del tercer sector, las EPS obtendrían además de apoyo, una orientación para que se puedan llevar a cabo las estrategias comunitarias, las cuales son en pro del beneficio de la comunidad menos favorecidas. Ver figura 68.

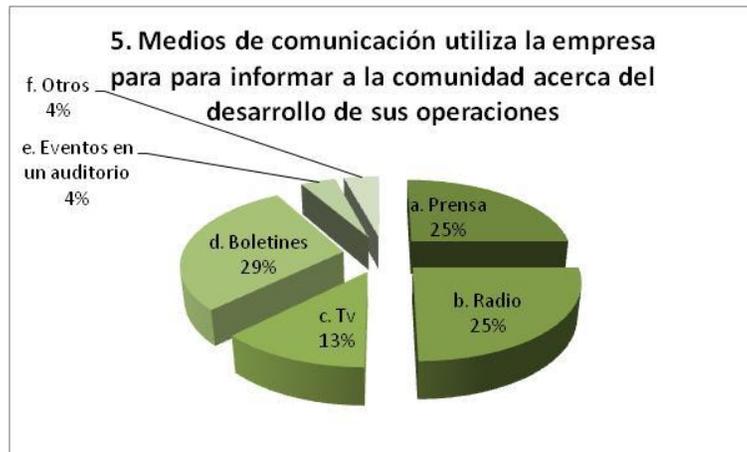


Figura 69. *Medios de Comunicación*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Como se puede observar las EPS utilizan variados medios de comunicación para informar sobre sus actividades a la comunidad, entre los más utilizados están los boletines con unos 29% seguidos de la prensa y radio con un 25% respectivamente, otro usado es la televisión con un 13% y finalmente eventos en auditorio 4%. Ver Figura 69.

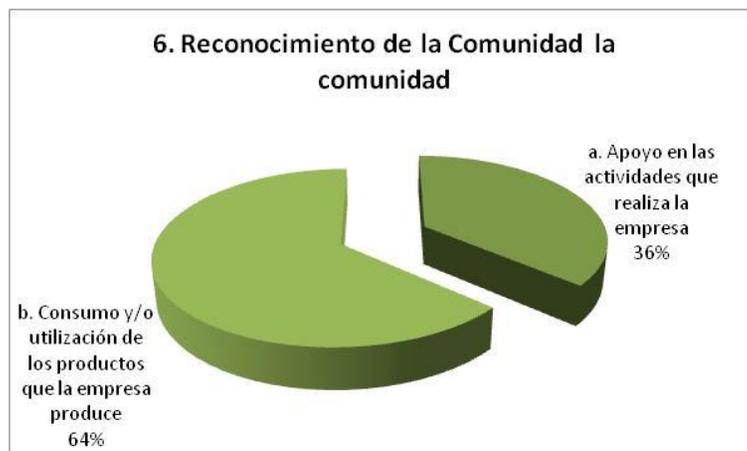


Figura 70. *Estrategias de Inversión Social*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

La comunidad reconoce la implicación de las EPS con ellos, por ejemplo, el 64% de las instituciones por medio del consumo y/o utilización de los productos que la empresa produce y el restante 36% en el apoyo en las actividades que la empresa realiza. Ver figura 70

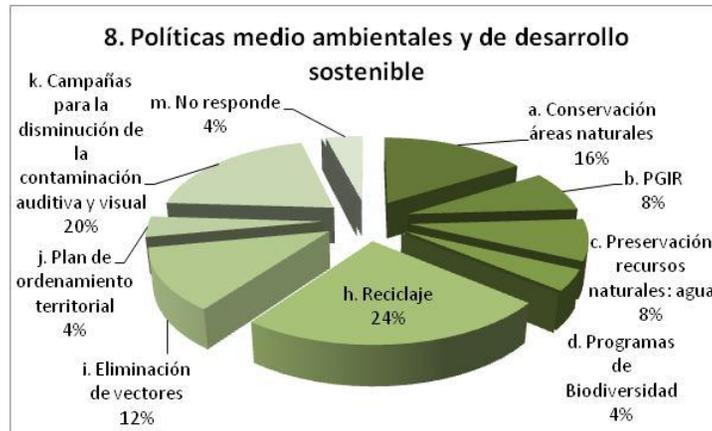


Figura 71. *Políticas Medioambientales y de Desarrollo Sostenible*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Las políticas medio ambientales y de desarrollo sostenible que tienen las EPS son con respecto al reciclaje un 24%, las campañas de disminución de la contaminación auditiva 20%, conservación de áreas naturales 16%, preservación del recurso agua 8%, eliminación de vectores 12% y programas implementados de gestión integral de recursos 8%. lo anterior es importante, pero la deficiencia que tienen estas políticas son la de no incluir los temas referentes a la biodiversidad y dentro de la Responsabilidad Social Empresarial se deben tener en cuenta todo aquello que beneficie a toda la comunidad implicando el involucrarse con el cuidado del medio ambiente. Ver Figura 71

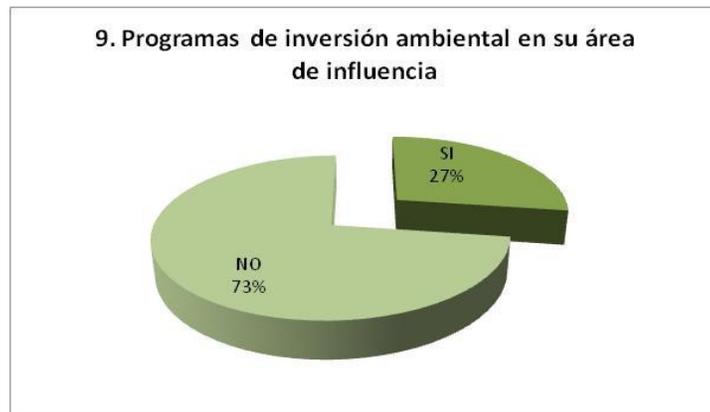


Figura 72. *Programas de inversión ambiental*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Es fácil comprender por qué solo el 27% de las EPS cuentan con programas de inversión ambiental en su área de influencia, esto se debe a que la mayoría de las estrategias están más enfocadas al emprendimiento, a los eventos deportivos, patrocinios de equipos. De igual forma suma la falta de alianzas con entidades públicas ó del tercer sector.

Ver Figura 72



Figura 73. *Programas de Reciclaje*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Al desarrollar programas de reciclaje las EPS integran a sus colaboradores y se enfocan en su gran mayoría en los elementos para la disposición de desechos con un 39%, seguido con un 23% para capacitaciones de educación ambiental y 23% en incentivos para disminuir el consumo de papelería. Estos ítems son importantes debido a que durante el desarrollo de las actividades en las EPS se utiliza demasiada papelería. También manejan programas de PGIR representado por el 15%, estos programas son absolutamente importantes. También se evidencia que no contemplan hasta el momento ningún otro programa de reciclaje para su beneficio. Ver Figura 73.



Figura 74. *Planes de Contingencia*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Las EPS, en su mayoría no realizan más acciones de lo que exige la ley, su compromiso legal no se preocupa por extenderse y garantizar la mitigación de impacto y efectos negativos en su comunidad circundante, tal como se evidencia en la Figura 74.

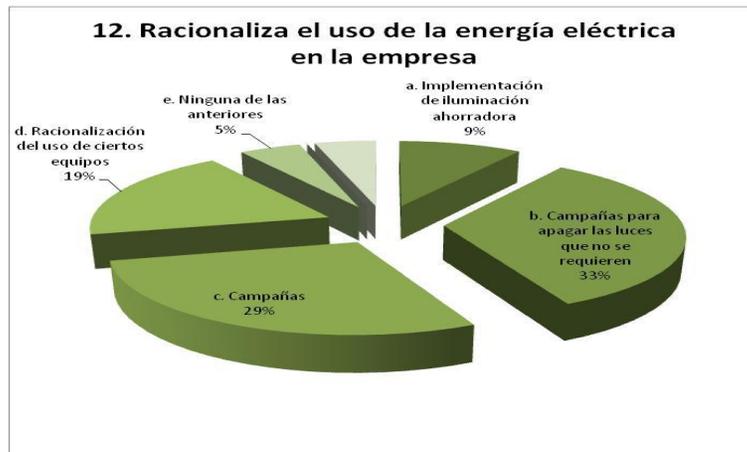


Figura 75. *Estrategias de Inversión Social*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Las EPS realizan campañas para cuidar recursos naturales como lo son el agua y la luz; para ello realizan actividades la racionalización en el uso de la energía con un participación del 33% en campañas para que los colaboradores apaguen las luces que no se requieren, seguido de un 29% con campañas para que finalizando la jornada desconecten los equipos y apaguen las luces, el 28% con la racionalización de equipos y la implementación de luz ahorradora y el 10% restante no la aplica ó no responde. Ver Figura 75.

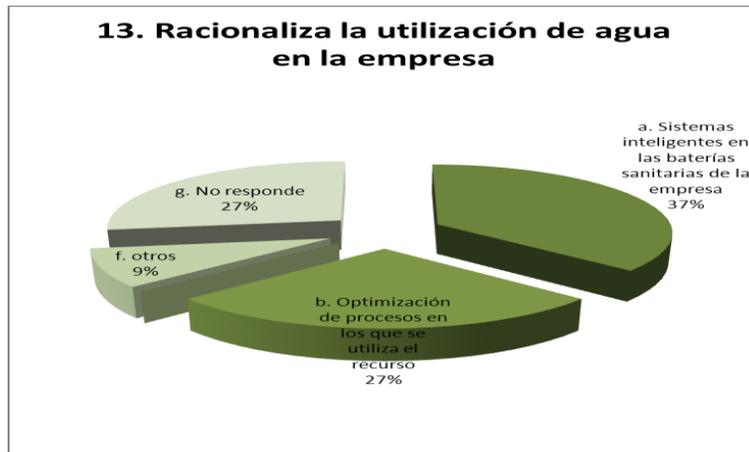


Figura 76. *Racionalización del uso de Agua*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

En cuanto al Agua, el 64% utiliza algún método que les permita generar un ahorro en el consumo, el 9% dice usar mecanismos no especificados y el 27% no realiza ningún tipo de ahorro. Ver Figura 76

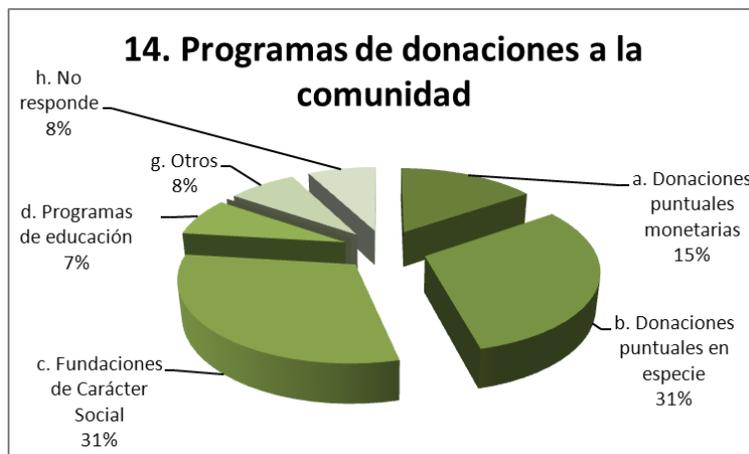


Figura 77. *Programa de Donaciones*

Fuente: Tabulación Encuestas de RSE aplicadas a EPS del Régimen Contributivo 2012-2013

Finalmente, se evidencia que respecto a las donaciones que realizan las EPS a la comunidad donde se encuentran suscritos en su mayoría se realizan por igual en especie y en

fundaciones de carácter social con un 31% respectivamente, el 15% participa en las donaciones puntuales monetarias. Se observa que solo el 7% de las EPS que participan en el sector de la educación, no se evidencia participación en el apoyo a la cultura. El porcentaje restante 8% no responde a esta pregunta. Ver Figura 77.

## 4.2 Perspectiva de la Responsabilidad Social Empresarial en las Instituciones Prestadoras de Salud de Nivel III DE Bucaramanga y su área Metropolitana

### 4.2.1 Análisis de Datos de la RSE en las IPS de Nivel III

- Generalidades

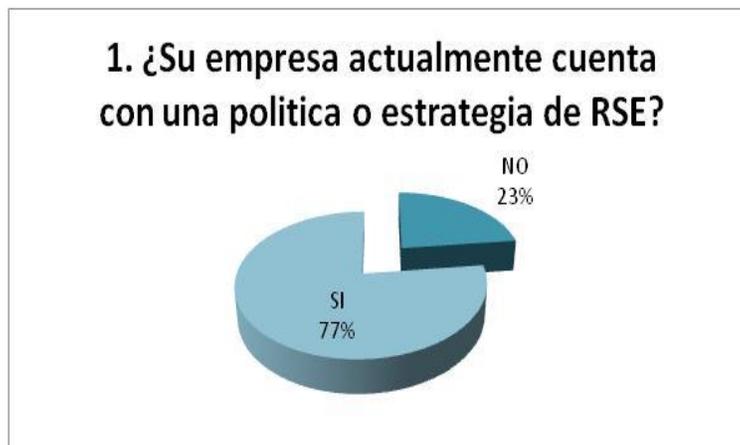


Figura 78. Política de RSE - IPS

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012-2013

Se puede evidenciar que la mayoría de las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su área metropolitana cuentan con un programa de RSE (77%), solo el 23% no cuentan con esta política ya sea por falta de recursos o porque se está gestionando su implementación.

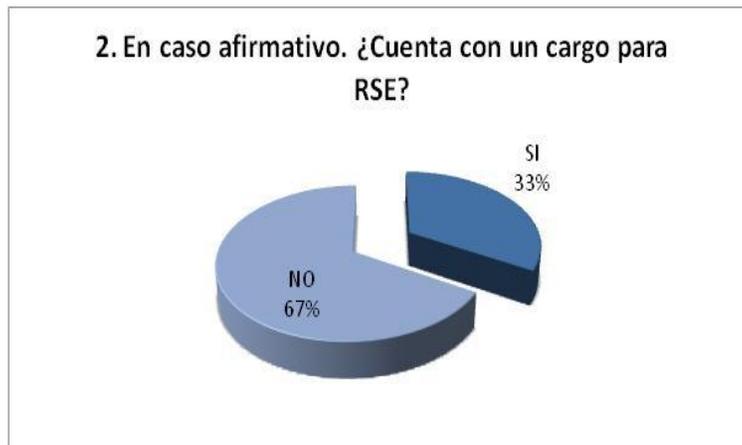


Figura 79. *Cargos para RSE – IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En el gráfico anterior se observa que a pesar de existir un programa de RSE en las clínicas y hospitales no existe un cargo para este departamento (67%), solo el 33% de estas lo ha creado. Ver Figura 79



Figura 80. *Barreras para el desarrollo de la RSE – IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la Figura 80 se evidencia que los altos costos (50%), son el principal obstáculo que presentan las clínicas y hospitales a la hora de implementar la RSE, seguido de la falta de direccionamiento (13%) y la opción de otros (13%), en los cuales se encuentra que las barreras se presentan por los contratantes (EPS). Es necesario crear la necesidad dentro de las clínicas y hospitales, debido a que en este sector prevalece la necesidad de los clientes tanto internos como externos y darles a conocer que la implementación de la RSE lo que genera son grandes ventajas.

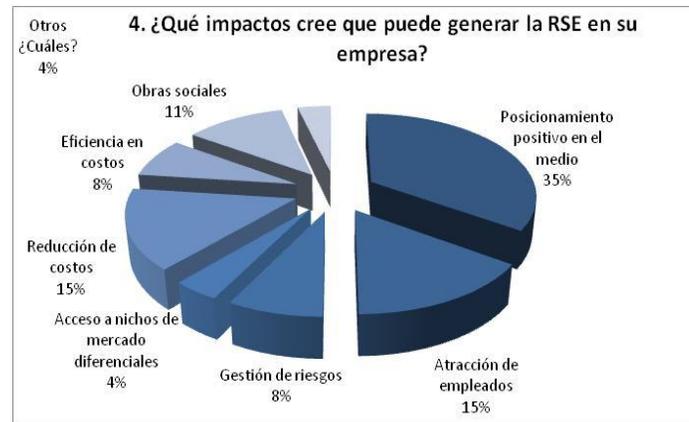


Figura 81. *Impactos que genera la RSE dentro de la IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

La finalidad de la RSE es contribuir con el bien común y el desarrollo sostenible, generando así un impacto positivo en los diferentes ámbitos de la empresa. En la población encuestada se destacan los siguientes beneficios: posicionamiento positivo en el medio (35%), atracción de empleados (15%), reducción de costos (15%) y obras sociales (11%).

Ver Figura 81

- Empleados

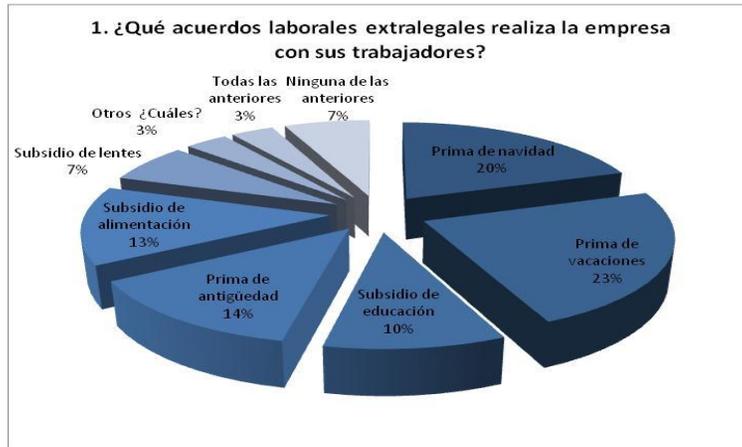


Figura 82. Acuerdos Extralegales – IPS

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El mayor acuerdo laboral extralegal que realizan las clínicas y hospitales es el pago de la prima de vacaciones (23%), seguido de la prima de navidad (20%), Prima de antigüedad (14%) y el subsidio de alimentación (13)%. Ver Figura 82

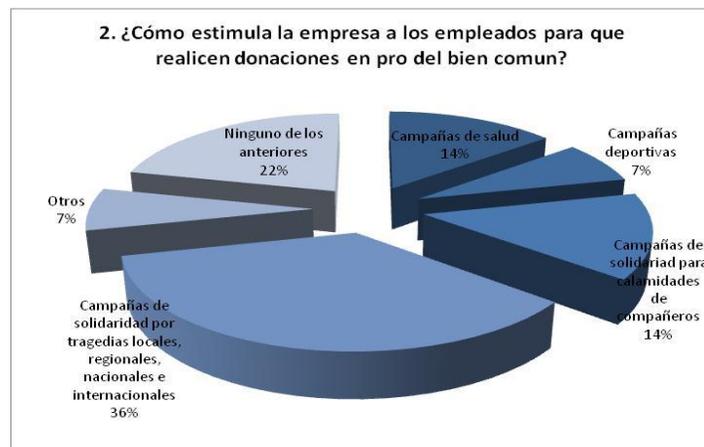


Figura 83. *Estimulo empleados IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Se evidencia la solidaridad y la responsabilidad de las clínicas y hospitales con las tragedias nacionales e internacionales (36%), seguido de las campañas de solidaridad para calamidades de compañeros (14%), lo cual demuestra que este tipo de tragedias que afectan a sus clientes externos como internos hacen parte de la prioridad de este sector. Ver Figura 83.

Figura 84. *Espacio de desarrollo personal a las madres - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Las madres que trabajan en las clínicas y hospitales y que tienen hijos pequeños no tienen espacios de desarrollo personal con ellos (67%), solo el 33% les brindan esta opción. Ver Figura 84.



Figura 85. *Igualdad dentro del proceso de contratación - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana tienen en cuenta la igualdad a la hora de contratar a sus empleados (64%). Esto indica que están siendo transparentes en términos de cumplimiento de la ley. Ver Figura 85.

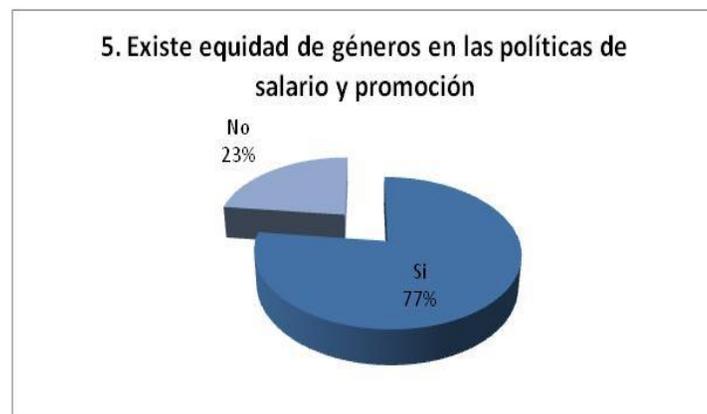


Figura 86. *Equidad en políticas de salario y promoción – IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Todas las empresas deberían tener una remuneración de salarios y promoción equitativos independientemente del género de las personas que laboran en ella. En esta gráfica se puede determinar que existe una equidad en las políticas de salarios (77%) y solo el 23% no presentan estas políticas. Ver Figura 86.

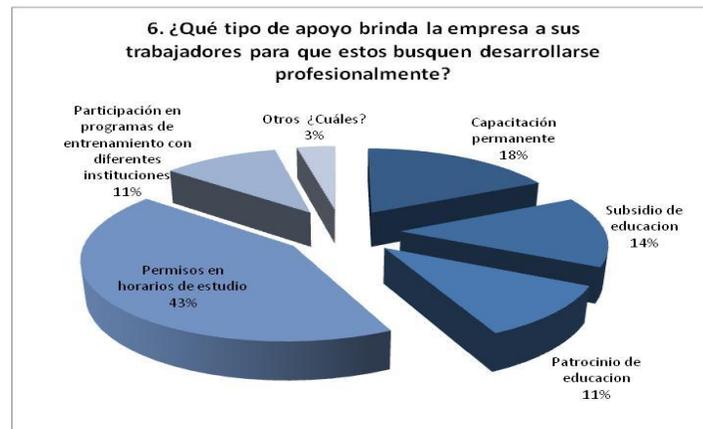


Figura 87. Apoyo profesional a trabajadores – IPS

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Las clínicas y hospitales están permitiendo que sus empleados crezcan profesionalmente ofreciéndoles horarios de trabajos flexibles para que estos puedan estudiar (43%). Esto genera una mayor productividad en la empresa. Seguido de las capacitaciones (18%) que permiten que los empleados estén actualizados en cada uno de sus cargos. Ver Figura 87

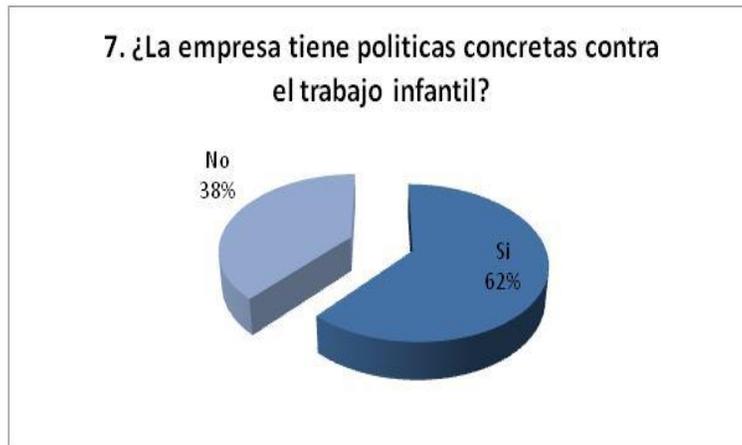


Figura 88. *Políticas en contra del trabajo infantil - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la figura 88, se identifica que en las clinicas y hospitales de Bucaramanga y su Area Metropolitana el 62% tiene políticas concretas en contra del trabajo infantil, según ellos los que se encuentran estipulados en el código de infancia y adolescencia, mientras el 38% restante no tiene politicas concretas en contra del trabajo infantil.



Figura 89. *Planes de Motivación - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El esfuerzo y el cumplimiento de las labores de los empleados de las clínicas y hospitales se están reconociendo por medio de ascensos (28%), seguido de reconocimientos en ceremonia especial con certificación (22%), mientras que el 22% no realiza ninguno de los planes mencionados anteriormente. Ver Figura 89.

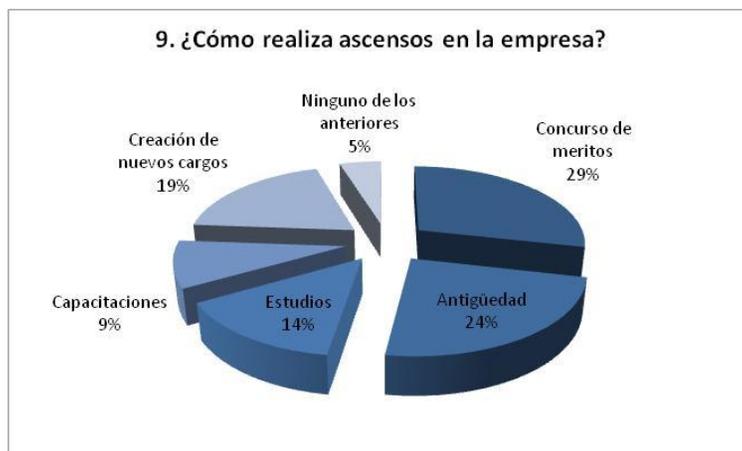


Figura 90. *Ascensos a empleados - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su área metropolitana realizan los ascensos por medio del concurso de méritos (29%), Antigüedad (24%), creación de nuevos cargos (19%), lo cual demuestra que en este sector se tiene en cuenta a los empleados que se encuentran ya vinculados en la institución. Ver Figura 90.



Figura 91. *Jornada de trabajo - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En las clínicas y hospitales se facilita en un 61% las jornadas de trabajo para el desarrollo profesional de sus empleados y un 17% para compatibilizar con la familia y el trabajo. Ver Figura 91.

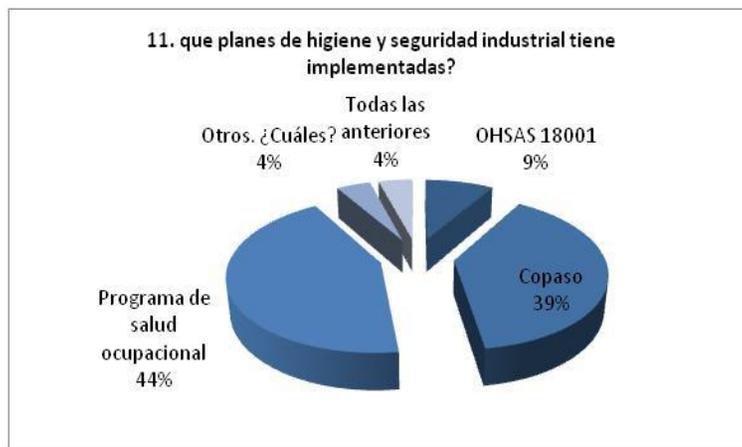


Figura 92. *Planes de higiene y seguridad industrial - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana están comprometidas con los planes de higiene y seguridad industrial, el 44% de ellas implementa los programas de salud ocupacional y el 39% el COPASO. Ver Figura 92.

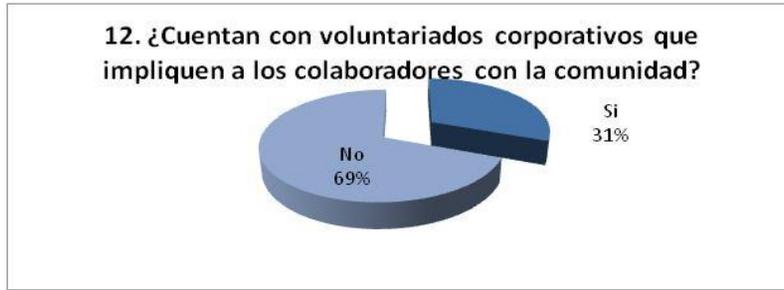


Figura 93. *Voluntarios corporativos - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la Figura 93 se evidencia que el 69% de las clínicas y hospitales no cuentan con voluntarios corporativos que impliquen a los colaboradores con la comunidad, solo el 31% manifiestan que sí.



Figura 94. *Evaluación de desempeño - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El proceso de evaluación de desempeño de las clínicas y hospitales se realiza mediante la encuesta aplicada por el jefe inmediato (53%), seguido de la opción de otros (24%) donde se realizan metas semestrales de cumplimiento de objetivos y por último la autoevaluación por parte de cada funcionario (23%). Ver Figura 94.

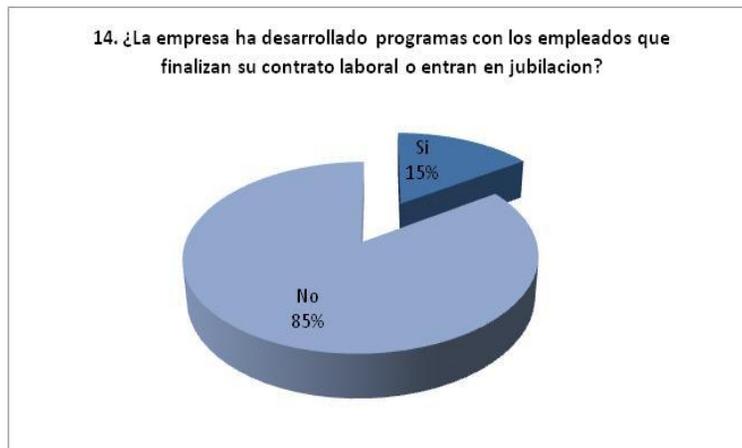


Figura 95. *Programas de finalización de contrato o jubilación - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la Figura 95. Se identifican que las clínicas y hospitales no han desarrollado programas con los empleados que finalizan su contrato o entran en jubilación (85%), mientras que el 15% restante ha desarrollado estos programas.

- Comunidad



Figura 96. . *Estrategias de inversión social - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013.

Las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana no se destacan por realizar estrategias de inversión social, algunas por falta de recursos debido a que deben mantenerse con el dinero que les otorga el estado, otras porque aseguran ser empresas que ofrecen un servicio y no reconocen la necesidad. Las clínicas y hospitales que realizan estas estrategias de inversión social se destacan básicamente con el apoyo a la cultura y al deporte. Ver Figura 96.

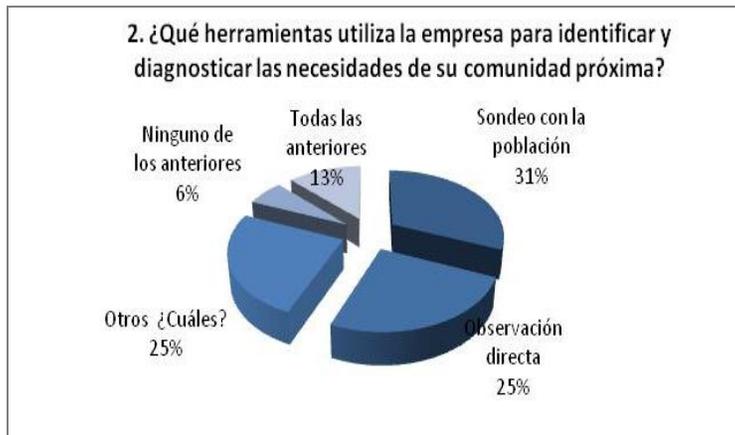


Figura 97. *Diagnóstico de las necesidades de la comunidad - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Las clínicas y hospitales realizan la identificación y el diagnóstico de las necesidades de su comunidad próxima por medio del sondeo con la población (31%), seguido de la observación directa (25%) y la opción de otros (25%) en el cual se encuentran las convocatorias y los planes de acción. El (13%) dice realizar todas y el (6 %) manifiesta que no lo realiza. Ver Figura 97.

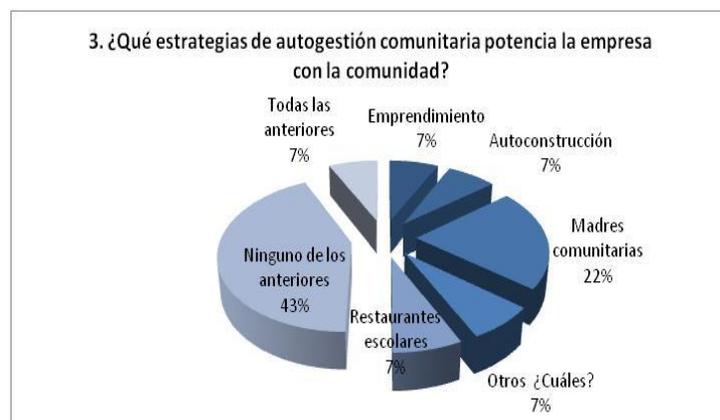


Figura 98. *Estrategias de autogestión comunitaria- IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la Figura 98 se puede evidenciar que las clínicas y hospitales no potencian ninguna estrategia de autogestión con la comunidad (43%), debido a que estas no lo consideran necesario porque son empresas prestadoras de salud. Otras en cambio realizan autogestión por medio de las madres comunitarias (22%), emprendimiento (7%), Autoconstrucción (7%), Restaurantes Escolares (7%), otros (7%) las anteriores (7%).

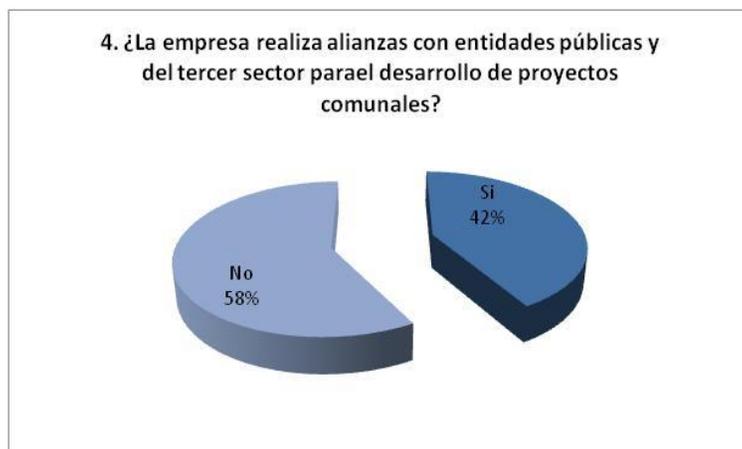


Figura 99. Alianzas con entidades públicas y del tercer sector- IPS

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013.

El 58% de las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana no realizan alianzas con entidades públicas, ya sea porque no realizan proyectos comunitarios o porque han realizado únicamente alianzas con el sector privado, mientras que el 42% restante si realizan estas alianzas. Ver Figura 99.

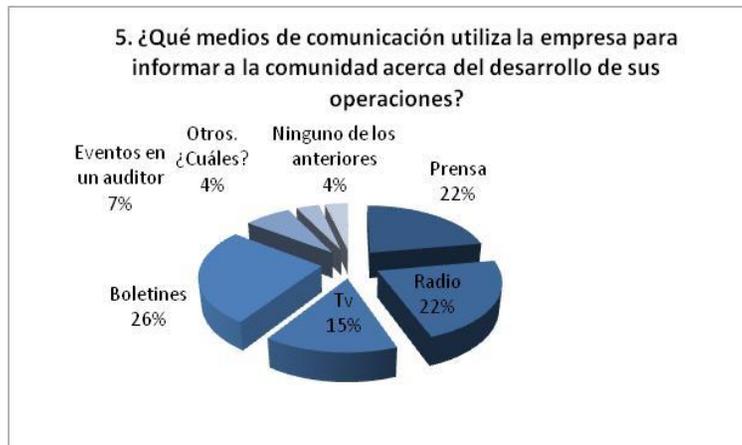


Figura 100. *Medios de comunicación y flujo de información - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Los medios que más utilizan las clínicas y hospitales son los boletines (26%), radio (22%) y la prensa (22%). Algunos de los encuestados afirman que no utilizan ninguno de estos medios de comunicación porque son instituciones privadas y no existe la necesidad de promocionar sus servicios. Ver Figura 100.

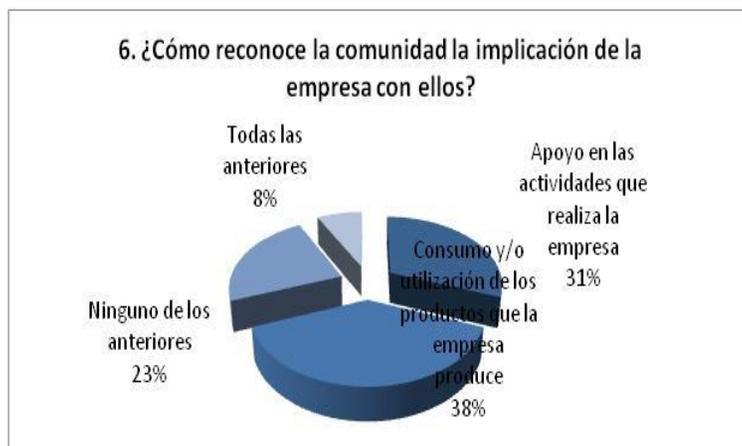


Figura 101. *Implicación de la empresa con la comunidad - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

La comunidad reconoce la implicación de la empresa con ellos mediante el consumo y/o utilización de los productos que la empresa produce (38%) y mediante el apoyo en las actividades que realiza la empresa (31%), el (8 %) de las IPS manifiestan que todos y el (23) % manifiesta que ninguno de los anteriores. Ver Figura 101.



Figura 102. *Herramientas de seguimiento en inversión social - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Las clínicas y hospitales realizan el seguimiento en inversión social mediante los indicadores especiales (43%), seguido de la evaluación directa con los beneficios (22%), la opción de ninguno de los anteriores (21%), reportes de Líderes comunales (7%) y Ninguno de los anteriores (7%). Ver Figura 102.

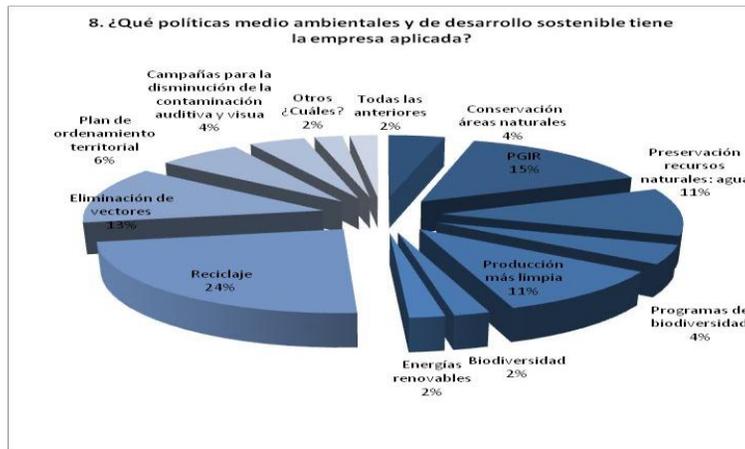


Figura 103. *Políticas medio ambientales y de desarrollo sostenible - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la figura 103. Se puede evidenciar que las clínicas y hospitales concentran en mayor cantidad a las actividades de reciclaje (24%), PGIR (15%) eliminación de vectores (13%), el porcentaje restante se concentra en otras actividades cuyo porcentaje no es significativo.



Figura 104. *Programas de inversión ambiental - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 75% de las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana no cuenta con programas de inversión ambiental en su área de influencia, mientras que el 25% restante asegura que si realiza estos programas de inversión. Ver Figura 104.

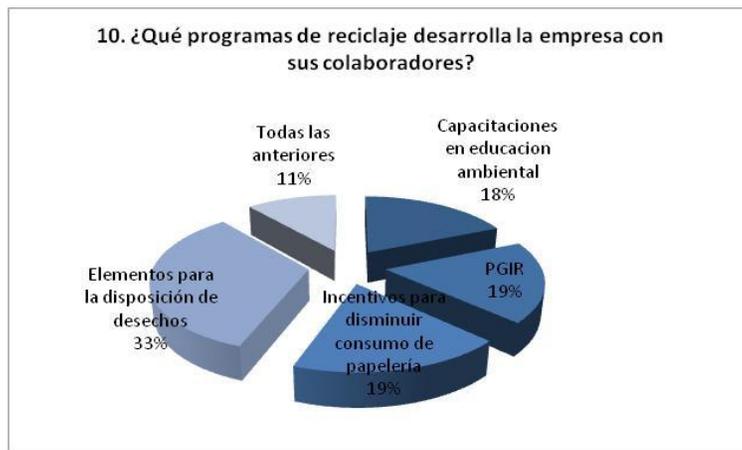


Figura 105. *Programas de Reciclaje - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la Figura 105, se puede evidenciar que las clínicas y hospitales realizan diferentes programas de reciclaje, lo cual significa la conciencia que estas tienen en pro del medio ambiente. El programa más utilizado es la utilización de elementos para la disposición de desechos (33%), PGIR e incentivos para disminuir el consumo de papelería con un 19%, capacitaciones en educación ambiental (18%) y todos los anteriores programas (11%), todas las anteriores (11%)

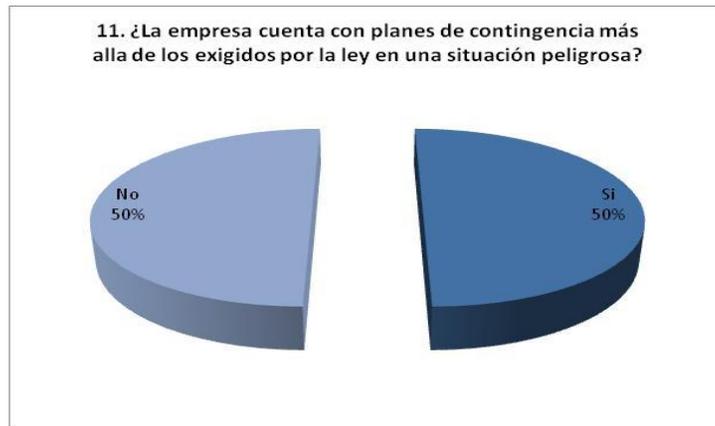


Figura 106. *Planes de contingencia - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Se puede evidenciar que el 50% de las clínicas y hospitales se limitan a mantener planes de contingencia exigidos por la ley y el 50% restante poseen programas más allá de los exigidos por la ley. Ver Figura 106.

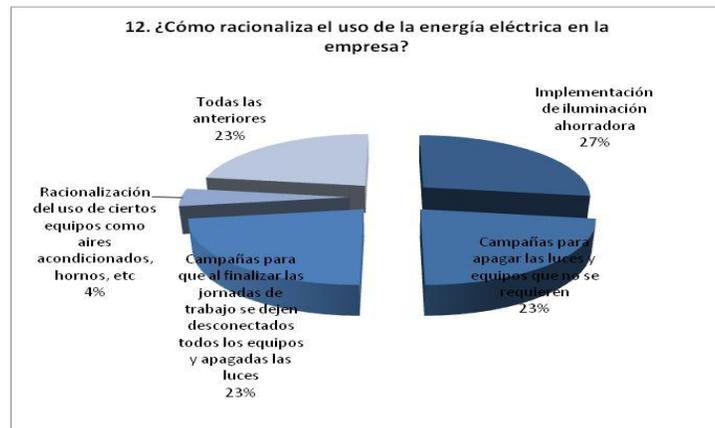


Figura 107. *Racionalización del uso de energía eléctrica - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Las clínicas y hospitales racionalizan el uso de energía eléctrica mediante la implementación de iluminación ahorradora (27%), campañas para apagar las luces y equipo que no se requieren (23%) al igual que campañas para que al finalizar las jornadas de trabajo se dejen desconectados todos los equipos y apagadas las luces (23%) y la racionalización de todos los anteriores programas (23%). Ver Figura 107.

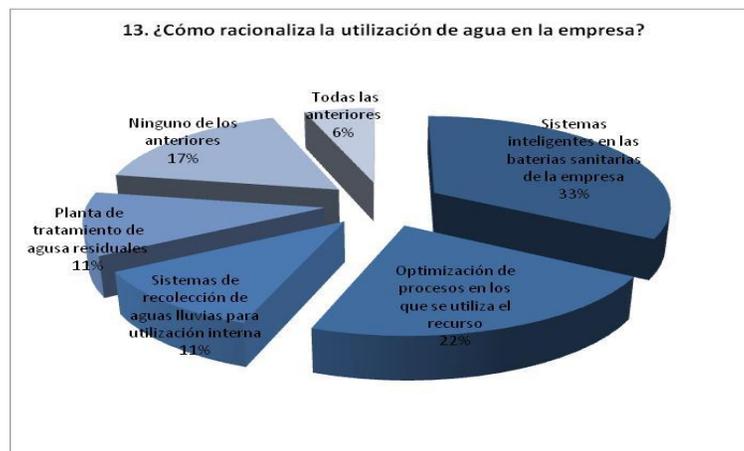


Figura 108. *Racionalización de uso del recurso hídrico - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la figura 108, se puede evidenciar que el mayor programa que utilizan las clínicas y hospitales para racionalizar el agua es el uso de sistemas inteligentes en las baterías sanitarias de la empresa (33%), seguido de la optimización de procesos en los que se utiliza el recurso (22%). el 11% sistema de recolección de aguas lluvias, un porcentaje similar afirma contra con planta de tratamiento de aguas residuales, el 17% afirma que ninguna de las anteriores y el 6% que todas las anteriores.



Figura 109. *Acciones para los programas de donaciones - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 33% de las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana no manejan ningún programa de donación con la comunidad, a veces porque cuentan únicamente con los recursos necesarios para prestar los servicios de salud exigidos por los pacientes. Algunas clínicas y hospitales realizan donaciones puntuales en especie y apoyo a la cultura con un 17% cada uno, programas de educación el 17%, fundaciones de carácter social el 8%. Ver Figura 109

Clientes



Figura 110. *Departamento de servicio al cliente - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la figura 110, se evidencia la importancia de los clientes para las clínicas y hospitales, las cuales cuentan con un departamento de servicio al cliente (92%), solo el 8% de estas no cuentan con este departamento.



Figura 111. *Comunicación con clientes – IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Por medio de la Figura 111 se puede observar que las clínicas y hospitales utilizan diversos medios para comunicarse con el cliente interno y externo (80%), solo el 20 utilizan un medio solamente.

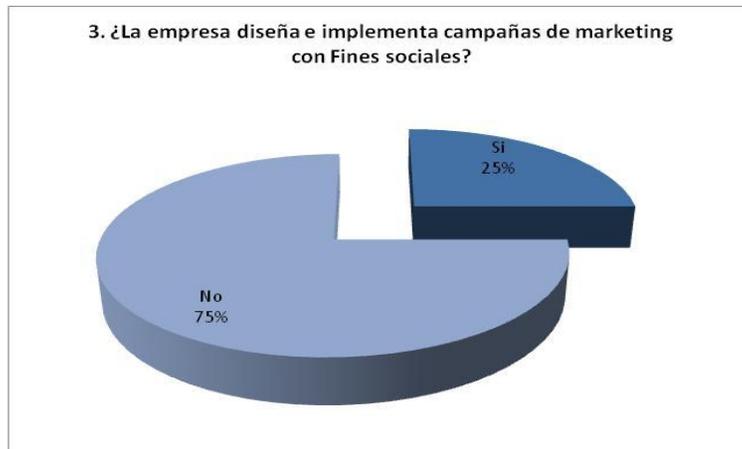


Figura 112. *Campañas de marketing con fines sociales – IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 75% de las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana no sienten la necesidad de realizar campañas de marketing con fines sociales debido a que prestan un servicio de salud a la comunidad. Mientras que el 25% restante si realizan estas campañas. Ver Figura 112



Figura 113. *Cumplimiento de características prometidas en la publicidad – IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la figura 113 se evidencia el compromiso de las clínicas y hospitales con el cumplimiento de las características del servicio que prestan. El 77% se encuentra altamente comprometido mientras que el 23 % de las encuestadas opinan que no aplican porque no realizan campañas de publicidad por el servicio que prestan



Figura 114. *Prácticas de mercadeo honestas y transparentes – IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 92% de las clínicas y hospitales realizan prácticas de mercadeo honestas y transparentes dentro de su actividad empresarial mediante la presentación de portafolios y de acuerdo con lo exigido por la ley, mientras que el 8% restante asegura que no, porque no se realizan campañas publicitarias y por lo tanto el mérito es propio. Ver Figura 114

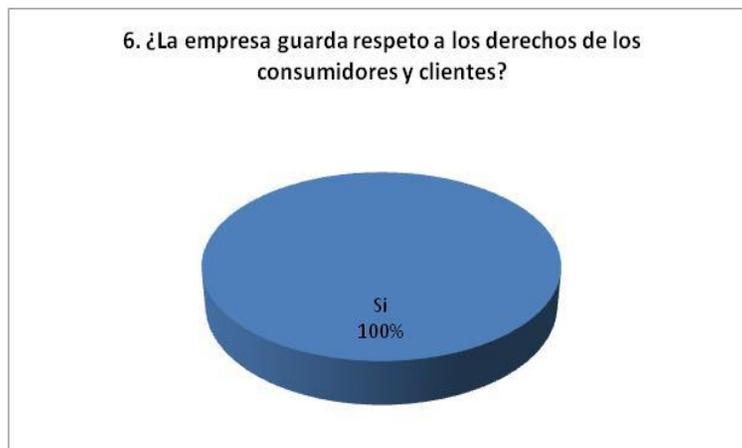


Figura 115. *Respeto a los derechos de los consumidores – IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Según la Figura 115, las clínicas y hospitales guardan respeto a los derechos de los consumidores y de los clientes mediante el trato oportuno, confidencialidad de la información, formulación de medicamentos necesarios para el paciente, entre otros.



Figura 116. *Sistema de atención de PQRS – IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 31% del sistema de atención de quejas y reclamos de las clínicas y hospitales es accesible, seguido por la agilidad (26%), sistemático (17%), cómodo (13%) y todas las anteriores es (13%).



Figura 117. *Seguimiento de las PQRS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En seguimiento de las PQRS, se realiza mediante los indicadores de gestión (36%), seguido del control estadístico y el reporte por área con una (23%). Solo el 4% de estas clínicas y hospitales implementan el software especializado que es una herramienta muy útil para controlar las PQRS. Ver Figura 117.



Figura 118. Alianzas en promoción de productos y/o servicios

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 64% de las clínicas y hospitales, aseguran no haber realizado alianzas con la competencia para la promoción de productos y/o servicios. Una parte de la población encuestada (públicas) afirman que no existe la necesidad de dichas alianzas porque no existe competencia entre ellas y los niveles de complejidad que manejan son diferentes. Por otra parte el 36% restante si ha realizado estas alianzas estratégicas. Ver Figura 118.



Figura 119. *Canales de comunicación complementadores*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El canal de mayor utilización en las clínicas y hospitales es la comunicación electrónica entre empresa-proveedor (43%), seguido de un 14% que asegura utilizar todos los canales pertinentes para tener así una buena comunicación. El 22% asegura no utilizar ninguno de los canales anteriormente mencionados. Ver Figura 119.



Figura 120. *Distintivo de sus productos o servicios*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El distintivo más implementado para calificar el producto o servicio que se ofrece es las certificaciones de calidad (60%), seguido de la implementación de todos los distintivos mencionados en la gráfica (13%), el porcentaje restante son diversas actividades cuyo porcentaje no es significativo. Ver Figura 120.

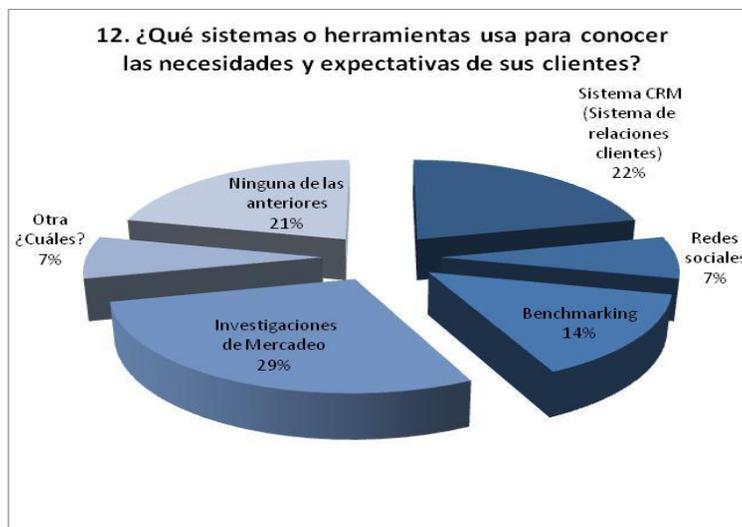


Figura 121. *Herramientas para conocer necesidades del cliente*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Las investigaciones de mercadeo (29%), son las herramientas más usadas por las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana para conocer las necesidades y expectativas de sus clientes, seguido de los sistemas CRM (22%).

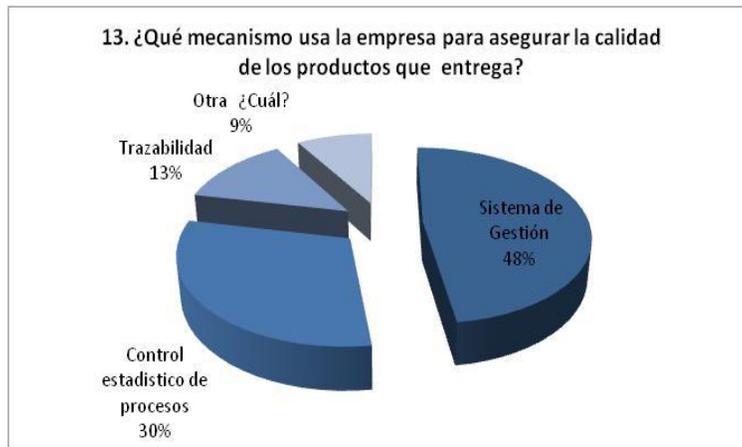


Figura 122. *Mecanismos para asegurar la calidad de los productos*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la Figura 122, se puede evidenciar que el sistema de gestión (48%) es el mecanismo más utilizado por las clínicas y hospitales para asegurar la calidad de los productos que entrega, seguido del control estadístico de procesos (30%).



Figura 123. *Política de marketing en contra de la discriminación – IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 83% de las clínicas y hospitales no cuentan con políticas de marketing que permitan luchar contra el sexismo, racismo y otra clase de discriminación, en cambio el 17% de estas aseguran que sí. Ver Figura 123.



Figura 124. *Evaluación de desempeño, productos complementarios o sustitutos – IPS*  
Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

La lista de chequeo (25%) es la herramienta más utilizada para evaluar el desempeño de sus complementadores o sustitutos seguido de la utilización de todas las herramientas mencionadas en la encuesta (25%). Mientras que el 25% de las clínicas y hospitales no aplica ninguna de estas herramientas. Ver Figura 124.

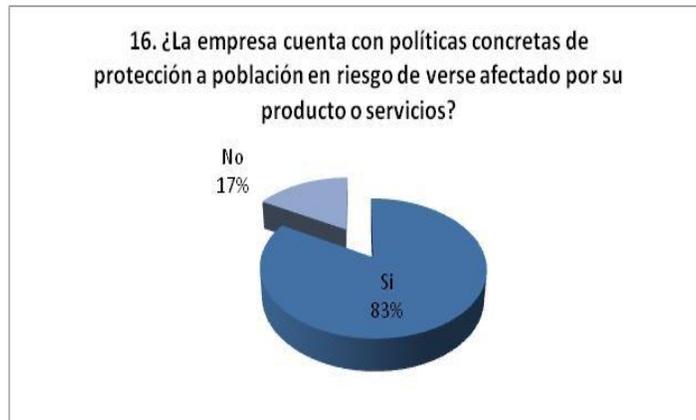


Figura 125. *Políticas de protección en riesgo*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la figura 125, se evidencia que el 83% de las clínicas y hospitales cuentan con políticas concretas de protección a población en riesgo de verse afectado por su producto o servicio, en estas políticas se encuentran aplicadas las pólizas de responsabilidad, seguros, entre otros. Mientras el 17% restante no cuenta con estas políticas porque existen formas de prevenir estas situaciones.

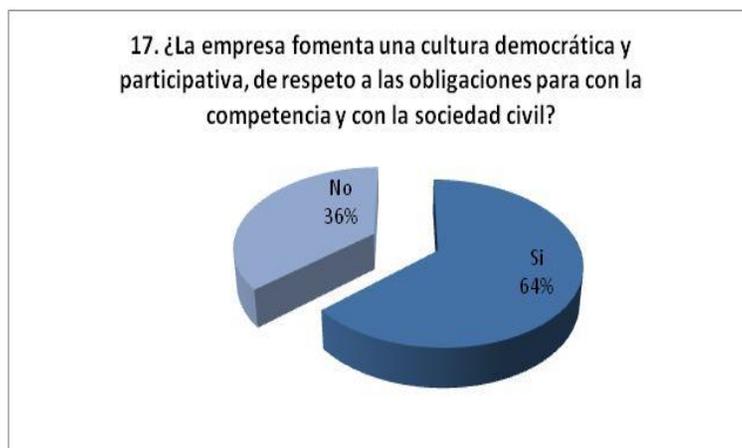


Figura 126. *Cultura democrática y participativa*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Solo el 64% de las clínicas y hospitales encuestados fomentan una cultura democrática y participativa, de respeto a las obligaciones para con la competencia y con la sociedad civil, mientras que el 36% no hacen este fomento. Ver Figura 126

- Alta dirección

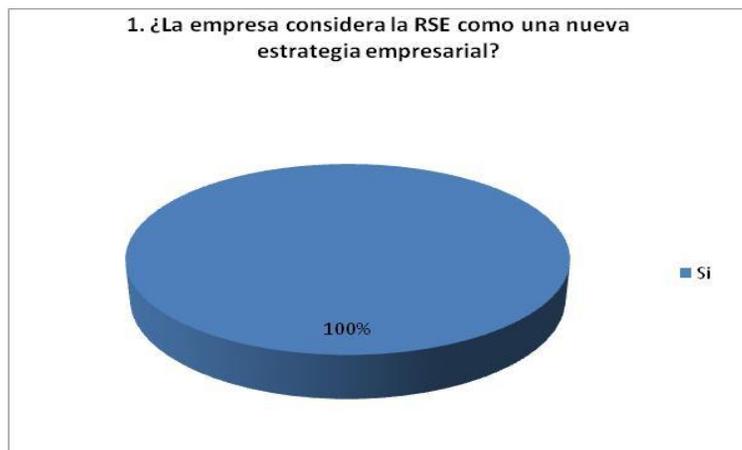


Figura 127. *La RSE como nueva estrategia empresarial*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 100% de las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana considera la RSE como una nueva estrategia empresarial debido a que se dirige al buen servicio de los funcionarios y los usuarios. Ver Figura 127

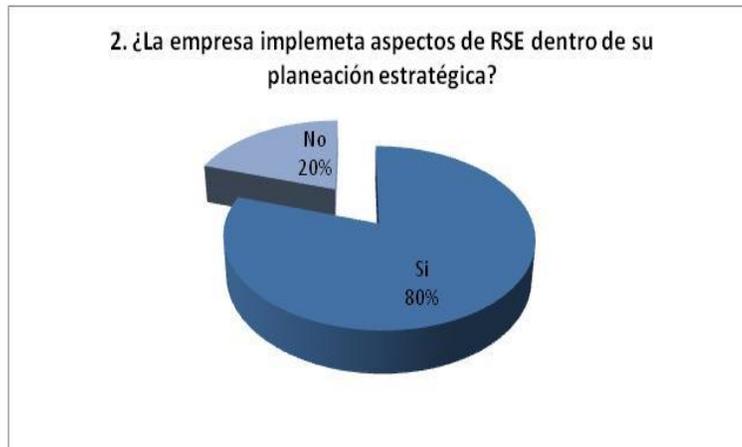


Figura 128. *Implementación de RSE en la planeación estratégica*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

La mayor parte de las clínicas y hospitales (80%) implementan aspectos de RSE dentro de su planeación estratégica, mientras que el 20% restante tienen la oportunidad de desarrollo. Ver Figura 128

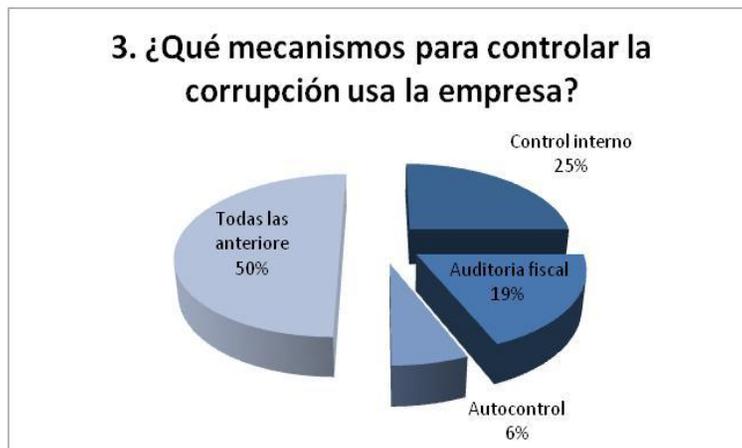


Figura 129. *Control de corrupción*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la Figura 129, queda evidenciada que la mayoría de los encuestados (50%) utiliza todos los mecanismos para controlar la corrupción en las clínicas y hospitales, seguido del control interno (25%), auditoría fiscal (19%) y el autocontrol (6%).

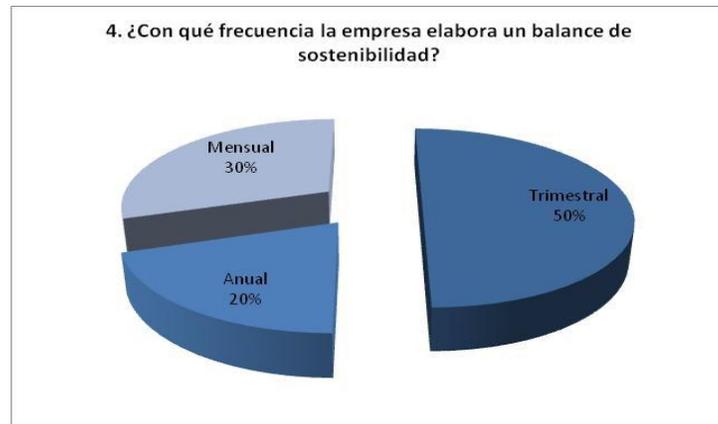


Figura 130. *Control de sostenibilidad*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 50% de las clínicas y hospitales coincidieron en realizar el balance de sostenibilidad de la empresa cada trimestre, seguido del 30% que lo realiza mensual y el 20% anual. Ver Figura 130.

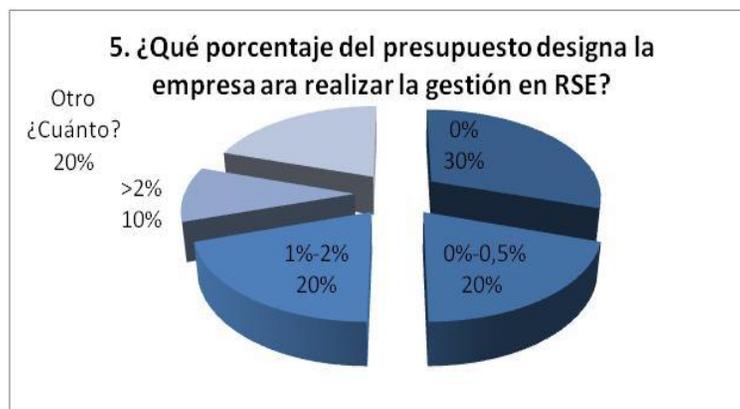


Figura 131. *Porcentaje disponible para la RSE*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

La mayoría de las clínicas y hospitales (30%) destinan el 0% del presupuesto que designa la empresa para realizar la gestión en RSE, seguida de otra parte de la población encuestada que designa parte de los recursos para su gestión, con un 20% se encuentran los ítems de 0%-0,5%, 1%-2% y la opción de otros ¿Cuánto? Y por último el ítem de >2% con un porcentaje restante del 10%. Ver Figura 131

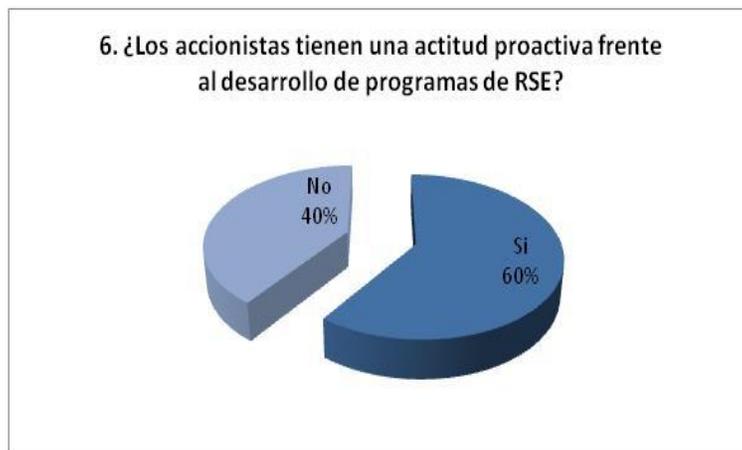


Figura 132. *Actitud proactiva frente a la RSE*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 60% de los accionistas tienen una actitud proactiva frente al desarrollo de programas de RSE, el 40% restante no tienen la misma actitud, pero cabe aclarar que ciertas clínicas y hospitales encuestados no tienen accionistas. Ver Figura 132.

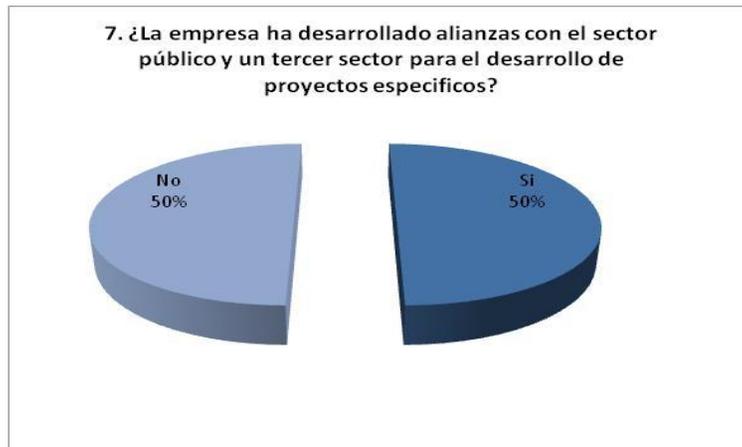


Figura 133. Alianzas en el sector público y tercer sector para proyectos

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 50% de las clínicas y hospitales que han desarrollado alianzas con el sector público y un tercer sector para el desarrollo de proyectos específicos, lo han realizado como proyectos de equipamiento o de infraestructura. El otro 50% no ha desarrollado estas alianzas. Ver Figura 133.

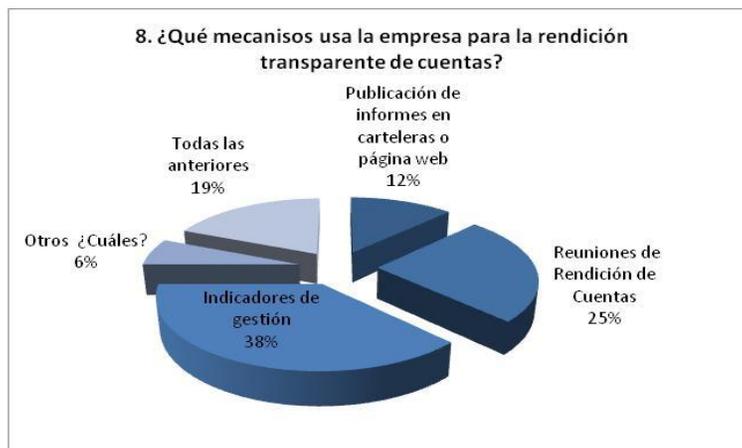


Figura 134. Mecanismos para rendición transparente de cuentas

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la figura 134 se puede evidenciar que el 38% de las clínicas y hospitales realizan la rendición de cuentas mediante mecanismo como los indicadores de gestión, seguido de reuniones de rendición de cuentas (25%), publicación de informes (12%), el (19%) dice realizar todas las anteriores y el 6% indica que otras.



Figura 135. *Conocimiento de remuneración de la dirección*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Las clínicas y hospitales no cuentan con un sistema de comunicación participativa para conocer la remuneración de la dirección con un porcentaje del 80% y solo el 20% manifiesta que si cuentan con el sistema de comunicación participativa, mediante las tablas salariales del sector salud. Ver figura 135



Figura 136. *Organización horizontal*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la Figura 136 se evidencia que el 80% de las clínicas y hospitales fomentan la organización horizontal con la participación de todos los niveles y solo un 20% de la población encuestada no lo hace, algunas porque aseguran utilizar diferentes modelos de contratación.



Figura 137. *Incentivos para la gestión de RSE*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 60% de las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana asegura que no utiliza ninguno de los programas planteados para la gestión de RSE en sus colaboradores. Mientras que el 30% realiza programas recreativos y solo el 10% escogieron la opción de anteriores. Ver figura 137



Figura 138. *Factores para realizar créditos*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013...

El 60% de las clínicas y hospitales encuestados no tiene en cuenta los factores mencionados anteriormente para realizar crédito porque parte de esta población es pública, por lo cual el estado les designa cierta cantidad de dinero. El 30% de esta población si tienen en cuenta los factores mencionados en dicha encuesta, solo el 10% realiza el crédito en base a la necesidad. Ver Figura 138

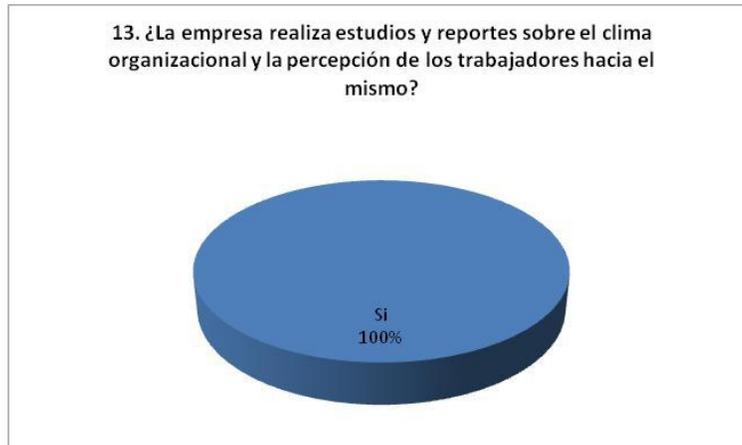


Figura 139. *Clima organizacional*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Para las clínicas y hospitales es esencial el clima organización y la percepción de los trabajadores hacia el mismo, debido a que esto puede influir en la productividad de cada funcionario, por lo cual el 100% de la población encuestada realiza estos estudios y reportes. Ver Figura 139.



Figura 140. *Canales de comunicación con la alta dirección*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Se puede evidenciar en esta grafica que la junta directiva es el canal de comunicación directa más utilizado con un 37%, seguido del 26% por medios electrónicos y las otras opciones son presentan un porcentaje significativo. Ver Figura 140.

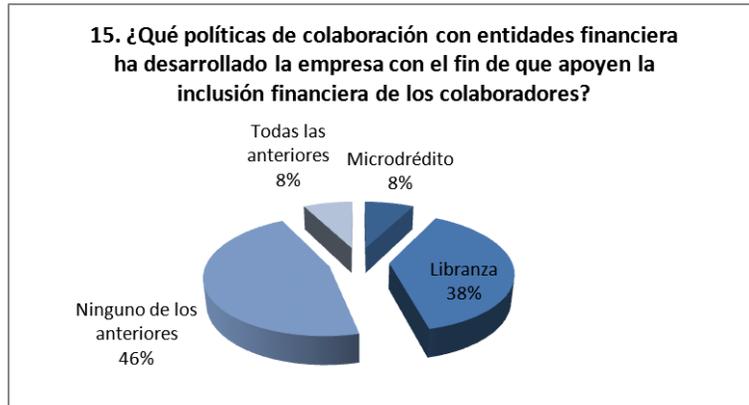


Figura 141. *Políticas con entidades financieras*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

La población encuestada por lo general no tiene políticas de colaboración con entidades financieras (46%), solo el 38% implementa esta política, seguido de los microcréditos y la opción de todas las anteriores (8%). Ver figura 141.

- Proveedores



Figura 142. *Proceso de selección proveedores - IPS*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 35% de las clínicas y hospitales realizan el proceso de selección de los proveedores a través de licitaciones, seguido de propuestas (29%), análisis de portafolios (18%) y el 18% restante realiza el proceso de selección con todas las opciones anteriormente mencionadas. Ver Figura 142

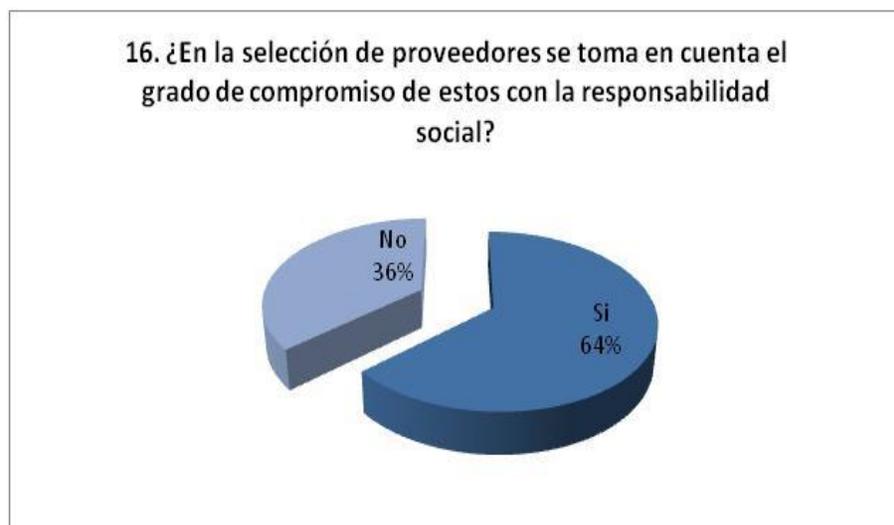


Figura 143. *Grado de compromiso de los proveedores con la RSE*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

En la selección de proveedores solo el 64% de las clínicas y hospitales tienen en cuenta el grado de compromiso de estos con la responsabilidad social, el 36% restantes no tienen en cuenta el compromiso de estos. Ver figura 143

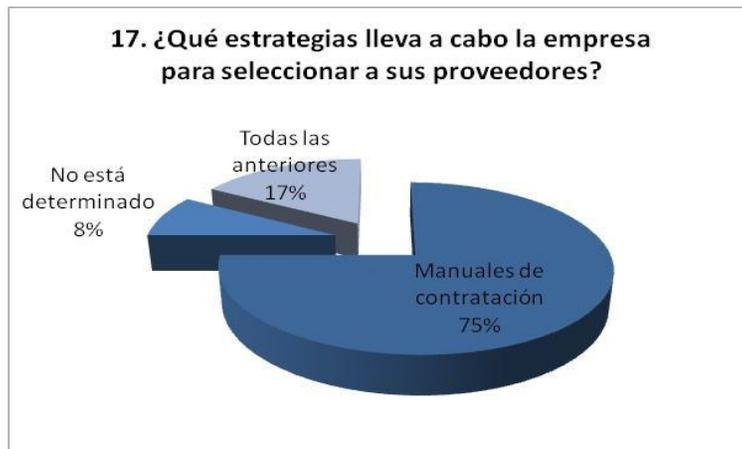


Figura 144. Selección proveedores

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

La estrategia más importante que utiliza las clínicas y hospitales para seleccionar a sus proveedores es a través de manuales de contratación (75%). Solo el 8% de estas no tiene determinado como seleccionar a sus proveedores y el 17% escogieron la opción de todas las anteriores. Ver figura 144.



Figura 145. Convocatoria de proveedores

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 39% de la población encuestada realiza solicitud de cotizaciones para el proceso de convocatoria de proveedores, seguido de un 33% que realiza todos los procesos mencionados en la encuesta y solo el 11% realiza las cotizaciones por contacto directo. Ver Figura 145.



Figura 146. *Selección de proveedores*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El proceso de selección de proveedores se realiza mayoritariamente mediante comités primarios de selección (65%), seguido de método de puntos por factores (14%), sistema especial (14%) y otros como licitaciones y demás. Ver figura 146.



Figura 147. *Cumplimiento de los requisitos*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 50% de las clínicas y hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana verifican el cumplimiento de los requisitos de los productos que sus proveedores le ofrecen a través de todas las opciones mencionadas en las encuestas, seguido de la lista de chequeo (22%) y la muestra para los productos (14%). Ver Figura 147.

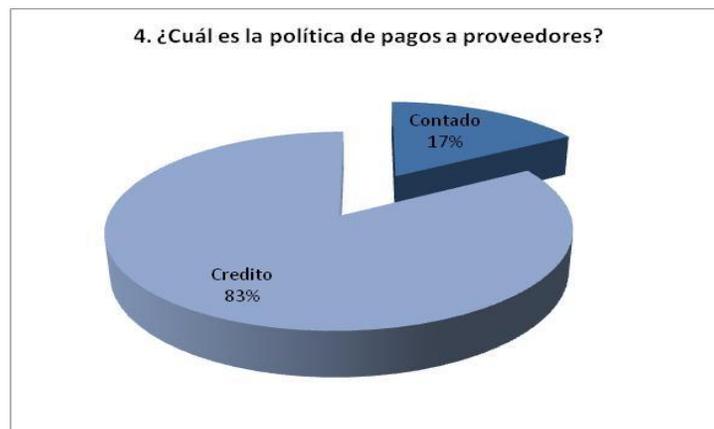


Figura 148. *Política de pago a proveedores*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 83% de la clínicas y hospitales cancelan las compras a través de créditos, mientras que el 17% restante lo hacen a contado. Ver Figura 148



Figura 149. *Calidad de los productos que ofrecen los proveedores*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

Las clínicas y hospitales controlan la calidad de los productos y servicios que ofrecen sus proveedores a través certificaciones de calidad (39%), seguido de las visitas de inspección y la opción de todas las anteriores con un porcentaje del 23%. Solo el 15% realizan otra clase de controles a los productos y servicios que sus proveedores ofrecen. Ver Figura 149



Figura 150. *Programa de acercamiento a proveedores*

Fuente: Tabulación encuesta aplicada a Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana. Año 2012 -2013

El 70% de las clínicas y hospitales no cuentan con programas de acercamiento a los proveedores mientras que los 30% restantes aseguran realizar dichos programas.

Una vez aplicada y tabulada la encuesta, se realiza un diagnóstico para identificar los aspectos más relevantes según los resultados. Ver Figura 150.

### **4.3 Debilidades y Fortalezas**

#### **- Entidades Promotoras de Salud – EPS**

De acuerdo con los datos recolectados, mediante las encuestas que fueron aplicadas a las 11 EPS se evidenció una serie de fortalezas y debilidades que se relacionan a continuación con el fin de detectar oportunidades de mejora.

#### **Fortalezas**

- En un 64% Las EPS cuentan con una política o estrategia para la RSE
- Las EPS reconocen que la RSE generaría un reconocimiento positivo en la comunidad y permite el acceso a otros nichos de mercado
- Se están reconociendo acuerdo laboral extralegal, donde prevalece el subsidio a la educación y subsidio a la salud prepagada; dando así flexibilidad para el estudio.
- Se evidencia igualdad de género y políticas de salario y promoción
- Existe flexibilidad en permiso para horario de estudios, generan subsidios de educación y capacitación permanente
- Existen planes de motivación para los empleados premios, reconocimiento de dinero, reconocimientos y ascensos
- Las evaluaciones de desempeño se realizan a través de diferentes medios como lo es la encuesta, autoevaluación y entrevista
- El 100% de las EPS cuentan con departamento de servicio al cliente
- Se cuenta con diversos mecanismos para la comunicación con el cliente
- El 100% de las EPS consideran ofertar servicios de alta calidad, además de asegurar tener prácticas de mercadeo honestas y transparentes, prevaleciendo el derecho a los consumidores y respeto por los mismos; teniendo un sistema de petición quejas y reclamos accesibles y ágil. El seguimiento a dichas

peticiones, quejas y reclamos se realiza especialmente con indicadores de gestión, reportes por área y software especializado

- Las empresas cuentan con certificaciones en calidad y de origen, sellos verdes y etiquetas
- Para asegurar la calidad de los productos se usan herramientas como sistemas de gestión, control estadístico de procesos y trazabilidad.
- El 64% de las EPS cuenta con políticas concretas de protección a la población en caso de verse afectado por sus productos o servicios, esto indica que el sector tiene claro la importancia que hay sobre la protección de los derechos del consumidor.
- El 100% de las EPS fomenta una cultura democrática y participativa
- El 64% de las entidades promotoras de salud (EPS) estudiadas reconocen el ejercicio de la responsabilidad social empresarial como una oportunidad de fortalecimiento institucional
- Se llevan de manera juiciosa reportes sobre el clima organizacional
- El 73% de las EPS desarrollan planeación estratégica desde la alta gerencia como un medio para establecer medidas que resultan oportunas y razonables para asegurar la participación de las compañías en programas que materialicen su responsabilidad social
- Se sabe que las EPS, implementan en un 73% la responsabilidad dentro de su planeación estratégica, sin embargo, no es de carácter público divulgar que porcentaje de su presupuesto invierte para este tipo de gestión. Por lo tanto el 100% de la población encuestada se asume que invierte el 0% de su presupuesto en RSE
- Es importante reconocer que las EPS tienen claramente establecidos mecanismos para controlar la corrupción donde se solicita rendición de informes de manera trimestral, semestral y otras anual
- La convocatoria a proveedores se realiza bajo principios de igualdad tomando principalmente cotizaciones, por medio de contacto directo y la invitación pública

- La política de pago a proveedores se evidencia prontamente con un 64% de pago a 30 días
- El 73% de estas instituciones cuenta con programas de acercamiento a los proveedores,
- El reciclaje, las campañas de disminución de contaminación auditiva, conservación de recursos naturales y preservación del agua son las políticas medioambientales y de desarrollo que tienen mayor aplicación en las EPS

### **Debilidades**

- Aunque exista la política un 71% no tiene asignado un responsable para el cargo relacionado directamente con el desarrollo de la RSE
- Desconocimiento con respecto a los aspectos relacionados con la RSE, por lo que no generan presupuesto para labores que permiten propender por el bienestar de los grupos de interés, generando un ambiente sano y una economía estable, de tal manera que se evidencie un equilibrio.
- No se permite el desarrollo personal de las madres que trabajan
- Solo el 55% de las EPS tienen políticas concretas en contra del trabajo infantil, cuando estas políticas deben ser para todas las empresas y así evitar la explotación de menores
- Solo el 53% de las EPS tienen implementado el programa de salud ocupacional cuando debería ser mayor el porcentaje por estar hablando de la integridad y bienestar de los trabajadores y comunidad que se encuentra en contacto con las mismas instituciones.
- No se cuenta con voluntarios corporativos
- El 100% de las EPS manifiestan no desarrollar programas con los empleados que finalizan su contrato laboral o entran en jubilación
- El 55% de las EPS no implementan campañas con fines sociales
- No se tiene alianza con entidades que ofrecen productos similares
- Es necesario fortalecer los sistemas o herramientas para conocer las necesidades y expectativas de los clientes.

- El 77% de las EPS no cuentan con políticas de marketing para luchar contra el sexismo, racismo y otra clase de discriminación
- No se evidencia una actitud proactiva frente al desarrollo de programas de RSE, dado que solo el 36% de la población encuestada, afirma haber desarrollado alianzas con el sector público y un tercer sector para el desarrollo de programas específicos
- La encuesta indica que un 64% de las EPS- utilizan un modelo de gestión basado en la organización horizontal. Esto demuestra el interés de las organizaciones por gestionar su actividad económica de forma ordenada, basada en procesos, optimizando recursos para la búsqueda de la satisfacción del cliente.
- En un 55% de las EPS no tienen en cuenta el grado de compromiso de los proveedores con respecto a la responsabilidad social
- ninguna EPS posee alianzas con entidades públicas, esto puede explicar el porqué la mayoría de las EPS no han desarrollado estrategias de tipo comunitario
- El 73% de las EPS no cuentan con programas de inversión ambiental en su área de influencia
- El 73% de las EPS no cuentan con planes de contingencia más allá de los exigidos por la ley en una situación peligrosa

- Instituciones Prestadoras de Salud - IPS

De acuerdo a la información recolectada en las IPS se puede inferir que las Clínicas y Hospitales de Bucaramanga y su Área Metropolitana cuentan con una política de Responsabilidad Social Empresarial, la cual es una fortaleza que poseen, a pesar de que no cuentan con un cargo para la misma.

- Los aspectos positivos de la implementación de la RSE son reconocidos por estas instituciones y se realiza cierto énfasis en la debilidad principal de

estas, el cual son los costos generados por la implementación de la RSE, asegurando que los dineros proporcionados a la empresa son destinados únicamente para la obtención de los recursos necesarios en salud, la prestación de los servicios y brindar bienestar a los pacientes o usuarios.

- En el grupo de interés empleado se identifica que el pago de prima de vacaciones es el acuerdo extralegal más común para los empleados de las IPS.
- Las campañas de solidaridad por tragedias locales, regionales, nacionales e internacionales son las más realizadas por los empleados.
- Se manejan procesos de contratación respetando los cánones de igualdad y equidad de políticas de salarios y el ascenso laboral es el plan de motivación más utilizado en las Clínicas y Hospitales encuestados, estos se realizan por medio del concurso de méritos.
- Los planes de higiene y seguridad industrial más implementados en las Clínicas y Hospitales son los programas de salud ocupacional y el COPASO.
- La fortaleza que presentan estas instituciones es la oportunidad que les brindan a los empleados para que crezcan profesionalmente, permitiéndoles estudiar y ofreciéndoles un horario de trabajo lo más flexible posible siendo conscientes que este crecimiento profesional garantiza su capacidad productiva.
- Como desventaja se puede mencionar la falta de espacios de integración de los empleados y las madres con sus hijos, desventaja que se puede superar

realizando actividades de integración que permitan disminuir la tensión causada por ser un trabajo bajo presión y el stress que se vive en cada una de las áreas de la Clínica u Hospital, logrando así el mejoramiento de la capacidad productiva y la calidad de vida.

- En el grupo de interés Comunidad se puede destacar las siguientes fortalezas: las Clínicas y Hospitales que realizan inversión social utilizan los indicadores de gestión como herramienta para evaluar los resultados obtenidos de los mismos.
- Para conocer las necesidades de la comunidad próxima se realizan sondeos de la población seleccionada.
- Se realizan programas de reciclaje, el más utilizado es el de tener los elementos necesarios y adecuados para la disposición de desechos, además se implementan actividades para el ahorro de la energía y racionalización del agua
- Se tiene especial cuidado con el proceso de selección de los proveedores y las estrategias para seleccionar a los mismos, esta situación se debe a que los productos que se adquieren deben ser de alta calidad ya que está en juego la salud y el bienestar de los pacientes.
- Entre las debilidades encontramos que las Clínicas y Hospitales, realizan estrategias de inversión social solo lo hacen apoyando la cultura y el deporte, esto sucede básicamente porque no existe un reconocimiento en la necesidad de esta inversión social o porque no existen los recursos suficientes para

estas. Estas inversiones no se realizan ni en el área de influencia que afectan estas instituciones, a pesar del alto riesgo que estas podrían producir al medio ambiente por los diferentes químicos y residuos peligrosos que manejan en sus actividades.

- La mayoría de las Clínicas y Hospitales encuestadas no realizan estrategia de autogestión comunitaria, lo cual deja en claro que no se está devolviendo a la comunidad los recursos que estas le aportan a la institución de salud. Situación que se solucionaría si se realizaran alianzas estratégicas con otras entidades, pero estas no se realizan debido a las políticas o las incompatibilidades que existen con las mismas debido al sector económico a las cuales pertenece.
- Un aspecto negativo que se puede evidenciar en este ítem es que la mayoría de la población encuestada no tiene un programa de donación para la comunidad.
- Respecto a los Clientes en esta serie de preguntas se identificó la importancia de los clientes en las IPS al tener el 92% de estas, un departamento de servicio al cliente, servicio que le presenta una fortaleza, ya que le permite identificar aquellas falencias en el servicio. Los mecanismos utilizados con mayor frecuencia para la identificación de estas inconformidades, son en este caso el uso del buzón de sugerencias, las encuestas de satisfacción al cliente y otras implementadas por cada una de estas Clínicas y Hospitales.

- De igual manera se evidencia la alta calidad que buscan brindarles a sus clientes en la prestación de servicios y/o productos, ofreciéndoles lo requerido, respetando y guardando considerablemente todos los derechos, implementando sistemas de PQR accesibles y realizando su respectivo seguimiento, mediante indicadores de gestión. A demás las investigaciones de mercados suelen ser utilizados como herramienta para conocer las necesidades y expectativas que los clientes tienen hacia estas instituciones.
- Para garantizar la calidad de los productos entregados, las Clínicas y Hospitales encuestadas utilizan los sistemas de gestión, así como distintivos verdes que califican el producto. Recalcando que la mayoría de la población encuestada cuenta con políticas de concretas de protección a los clientes que pueden verse afectado por el consumo o utilización de sus productos y servicios.
- También se podría decir que el canal más utilizado para la comunicación con los proveedores es por medio electrónico y la forma de evaluación más utilizadas son las listas de chequeo, auditorias e indicadores.
- Las debilidades de este grupo de interés radican en que solo el 31% del sistema de peticiones, quejas y reclamos es accesible y el 26% es ágil. Situación que da a entender que el sistema no recibe todas las inconformidades de parte de los clientes y no permite la identificación de las necesidades de los pacientes o clientes.

- Solo el 36% de las Clínicas y Hospitales han realizado alianzas con la competencia para la promoción de los productos o servicios, esto se debe a que ellas consideran que al prestar un servicio de salud, no hay la necesidad de promocionar los servicios o productos que ofrecen, cabe resaltar de igual manera que cierto porcentaje de estos son instituciones públicas.
- Respecto a los inversionistas las fortalezas de este grupo de interés se encuentra que las IPS consideran la Responsabilidad Social Empresarial como una nueva estrategia empresarial, por lo cual implementan ciertos aspectos en su planeación estratégica.
- Los accionistas presentan una actitud proactiva frente a la RSE
- En la realización de créditos, la mayoría de las Clínicas y Hospitales no los realizan, ya sea porque pertenecen al sector público en donde el estado designa el dinero o porque cuentan con suficiente capital y por lo general no han desarrollado políticas de colaboración con entidades financieras, solo algunas lo realizan mediante la libranza.
- Para controlar la corrupción se utilizan mecanismos como el control interno, auditoría fiscal y el autocontrol y para la rendición de cuentas se utilizan los indicadores de gestión
- Como desventaja se evidencia la falta de recursos para invertir en la RSE y el desarrollo de alianzas con instituciones públicas o con el tercer sector es del 50% únicamente.

- Solo el 20% de la población encuestada cuenta con un sistema de comunicación participativa mediante las tablas salariales del sector salud.
- Entre las fortalezas de los proveedores se encuentran las siguientes: el proceso de convocatorias se hace mediante la solicitud de cotizaciones y su selección mediante los comités primarios de selección, situación que respalda el hecho de que el proceso de selección se realiza con verdaderos criterios de calidad.
- La evaluación de la selección de los proveedores se realiza mediante un comité primario de selección, el cual ofrece un respaldo para garantizar la evaluación objetiva del proveedor.
- Entre las debilidades encontramos que solo el 30% de la población encuestada realiza programas de acercamiento a los proveedores y la verificación al cumplimiento de los requisitos de los bienes o servicios se realiza exigiendo certificaciones de calidad (39%) y visitas de inspección (23%) únicamente.

#### 4.4. Clasificación de las Prácticas de Responsabilidad Social para el Sector Salud: EPS del régimen contributivo e IPS de nivel III

Posterior a la identificación de fortalezas y debilidades, se procede a determinar el nivel de RSE que cuenta esta empresas con cada Grupo de interés, adaptando una metodología propuesta por Peña & Sierra (2012) y complementada con las diversas teorías de Responsabilidad Social que han existido, en la cual se clasifica los niveles de Gestión en RSE, tal como se Indica en la Tabla. 7.

Tabla 7.  
Clasificación de Empresas según Practicas RSE

| Tipo de Organización         | Descripción   | Periodo evolutivo | Teóricos asociadas  | Tipo de RSE  | Nivel de RSE | Valor cualitativo |
|------------------------------|---|-------------------|---|--------------|--------------|-------------------|
| <b>Inactiva</b>              | No se evidencia la realización de Ninguna practica de RSE, por que no se concibe como un elemento de la Gestión Empresarial | 1776-1900         | Maximizacion de Utilidades, Porducion eficiente, control por parte de los accionistas. (Murphy, 1978) | Nulo         | Nulo         | Nulo              |
| <b>Reactiva Filantrópica</b> | Se evidencian actividades aisladas de Filantropía   | 1900-1950         | Donativos Voluntarios, Caridad, Bienestar (Heald, 1970), (Oliver, 1986), (Carnegie, 1899)             | Filantrópica | Mínima       | Deficiente        |
| <b>Reactiva Legal</b>        | Se limitan al estricto cumplimiento de la legislación Vigente   | 1950-1970         | Legislacion, Moral individual, Cumplimiento de la ley, regulaciones                                   | Básica       | Bajo         | Insuficiente      |

|                  |  |           |   |             |        |               |
|------------------|--|-----------|---|-------------|--------|---------------|
|                  |  |           | estatales, reglas básicas del negocios (French, 1990), (Carroll A. B., 1991), (Friendman, 1970)   |             |        |               |
| <b>Activa</b>    | Comienza a realizar Practicas Responsables que no están obligados por la ley | 1970-1990 | Programs de Relacionamento con la comunidad, Identificaicon y solucion de Impactos sociales, hacer lo correcto, justo y Razonable. (Carroll A. B., 1991), (Ackerman, 1976), (Ferguson, 1982)                            | Táctico     | Medio  | Aceptable     |
| <b>Proactivo</b> | La RSE integra la estrategia de Negocio                                      | 1990-2000 | bienes y servicios que los consumidores necesitan y desean, Generar beneficios y ser rentable, Self Interest, la RSE como estrategia de mercadeo (Carroll A. B., 1991) (Friedman, 1989), (Aram, 1989), (Vallance, 1996) | Estratégica | Alto   | Sobresaliente |
| <b>Líder</b>     | Se implica con el Desarrollo Sostenible de la Sociedad                       | Actual    | La pirmaide de Responsabilidades, incremento en el Valor de la empresa, Etica, Igualdad, Relacion   | Integral    | Máximo | Excelente     |

Calidad – Precio,  
Reciprocidad en las  
Relaciones,  
Seguridad, Respeto  
por valores, actitudes  
sociales, humanos,  
ambientales,  
Generación de  
Empleo, Desarrollo  
Económico, Respeto a  
los consumidores,  
servicio Post venta.  
(Carroll A. B., 1991)  
(Cortina, 1997),  
(Chander, 1996)

Fuente: Adaptación de Varios Autores

Para la definición de los grupos de Interés de las EPS-RC y las IPS de nivel III, se tomaron en las teorías expuestas por Freeman (1984)(2005) y Cortina (1997), con base en los aportes de estos autores se definieron que los grupos de interés que existen para el sector Salud son los siguientes; Comunidad, Proveedores, Clientes, Empleados y Alta Dirección. A continuación se realiza un análisis de la gestión por cada grupo de Interés y se clasifican sus acciones de Responsabilidad Social Empresarial, de acuerdo a la Tabla 7.

- Nivel de Gestión

**Comunidad.** En el Grupo de Interés Comunidad encontramos actores tales como Entes reguladores (Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social, Superintendencia

Nacional de Salud, Invima, Instituto Nacional de Salud), Asociación de usuarios, población vulnerable y grupos étnicos.

Respecto a este grupo se definió con base en diversos autores que el nivel de excelente gestión debe corresponder a la integración de la comunidad en los diferentes actores sociales que por razones geográficas u otro tipo de factores tienen una relación directa con las entidades, o los impactos de sus procesos que de alguna manera afectan desarrollo. Se busca dentro de este grupo de Interés que las acciones de las empresas, en pro de la comunidad permitan identificarla, para brindarle y apoyarle en la construcción de soluciones eficientes en un marco de respeto y colaboración que busque la construcción de un desarrollo justo y equitativo de la misma. (Rundle-Thiele, 2009; Barraclough & Morrow, 2008; Sikka, 2011; Azizul & McPhail, 2011; Hediger, 2010) además, dentro del stakeholder comunidad, se deben integrar los elementos ambientales, permitiendo determinar si en las practicas de RSE, se han formulado directrices que se han consolidado en política para la promoción, prevención y cuidado del medio ambiente. En este aspecto también se debe tener en cuenta los mínimos requisitos legales (Cruz, 2009; Lambooy, 2011; Mikkilä & Toppinen, 2008; Malovics, Nagypal, & Krausc, 2008; Brennan, Binney, McCrohan, & Lancaster, 2011).

En este Grupo de Interes algunas EPS empiezan a tomar acciones que no están contempladas en la ley como campañas ambientales, programas de ahorro de energía, pero no involucrar a diferentes actores que se ven afectados por su ejercicios, además no es una

tendencia estas actividades, además son acciones aisladas no existe una política Unificada de gestión comunitaria, medio ambiente y autocontrol en este grupo de interés por lo que la Responsabilidad en este grupo de Interés en las EPS es de tipo de empresa Reactiva legal, donde se observa una Responsabilidad social Básica, con un nivel bajo, lo cual se conlleva a que estas acciones sean insuficientes, en la tabla 8 se resumen esta Clasificación por Grupo de Interés.

En cuanto a las IPS presentan algunas acciones aisladas en pro del fomento de la cultura y el deporte, pero no gestionan adecuadamente lo impactos que generan en el Medio, por lo tanto el tipo de empresa respecto a la Tabla7. Se puede indicar que es Reactiva Filantrópica, con un nivel de RSE filantrópico y un nivel de implementación Mínimo, lo cual nos da una valoración cualitativa de tipo Insuficientes.

**Proveedores:** En este grupo de Interés se deben distinguir que los proveedores se pueden dar a las EPS, todas aquellas entidades u organizaciones que prestan servicios de tipo empresarial y proveen elementos comunes, pero también existe un grupo fundamental para las EPS, como son las IPS de nivel básico, las clínicas y hospitales.

En cuanto a las IPS de Nivel III, encontramos que los proveedores son empresas de servicios médicos, empresas farmacéuticas, empresas de servicios de aseo y esterilización, empresas de servicios ambulatorio y de urgencias, entre otros.

En el grupo de interés Proveedores se busca determinar si existen alianzas y relaciones solidas que permitan garantizar estabilidad en las diferentes operaciones que afectan positivamente a la empresa y sus provisosores, además de establecer si existen condiciones de selección transparentes, la evaluación, pago y retribución son justas y competitivas, evitando el desarrollo de papeles que den ventaja en la relación, también se pretende determinar si existe un proceso logístico que reduzca los costos y asegure la calidad de los productos o servicios. Adicional a esto la organización busca fomentar el desarrollo sostenible de toda la sociedad por lo que exige y fomenta la RSE entre sus proveedores. (Goering, 2012; Ciliberti, Pontrandolfo & Scozzi, 2008; Cruz, 2009).

Respecto a este grupo de Interés las EPS del Régimen Contributivo se evidencia que existen mecanismos transparentes de selección, pero las políticas de pago no son las mas adecuadas, en esta dimensión no se evidencia que las EPS exijan RSE a sus proveedores unos estándares mínimos de Calidad, ni tampoco exigen que se realicen programas de RSE, por lo que a este grupo de Interés se pude catalogar como tipo de organización Reactiva Legal, de Tipo de RSE básico con un nivel de implementación bajo, por consiguiente su valoración cualitativa en este grupo de Interés es Insuficiente.

En las IPS de nivel III, la mayoría de estas no exigen a sus proveedores ninguna garantía de calidad, además que no existe un programa de acercamiento de proveedores y tan solo un 30%, verifica la calidad de los productos y servicios adquiridos, asunto que es totalmente preocupante por que no se minimiza el riesgo en los pacientes por malos medicamentos, entre otros. Por tal razón en las IPS de Nivel III, en este grupo de Interés

funcionan desde una organización reactiva filantrópica, de nivel filantrópico, con un mínimo nivel de implementación y por lo cual su valoración es Deficiente.

**Clientes:** En el caso de la EPS en el grupo de cliente se distinguen dos figuras los cotizantes y lo beneficiarios de esos cotizante. En el Caso de las IPS de Nivel II, existen dos tipos de clientes los pacientes que es un cliente directo y las EPS.

Las Organizaciones, dentro de su desarrollo empresarial, debe implementar los elementos rectores de la RSE, por tal razón debe identificar y gestionar los gustos, preferencias, expectativas y necesidades de sus clientes. Adicional a esto debe tener como objetivo primordial la satisfacción de su producto/servicio, así como generarles valor agregado de forma que aumente la satisfacción del cliente , a su vez debe garantizar que no exista discriminación de ninguna clases garantizando el acceso y adquisición de sus productos o servicios. (Goering, 2012; Cramer, 2008; Cruz, 2009).

En cuanto a las EPS e IPS, todas ellas cuentan con un departamento de servicios al cliente, realizan programa de publicidad honestas y transparentes, afirman que respetan los derechos de los consumidores, pero los mecanismos de comunicación con el cliente no son los mas adecuados, solo una parte de ellas afirma contra con un sistema CRM, y no toda realizan alianzas para mejorar la satisfacción del cliente, adicional a eso la gran mayoría no realiza identificación de necesidades del Cliente. Con base en todo esto se puede afirmar que el grupo de Interés clientes en las EPS es de tipo Reactiva legal ya que solo se limitan a

las mínimas cosas que exige la ley, por lo que es un RSE de tipo Básica, con un nivel de implementación bajo y una valoración Insuficiente. Esto se resume en la Tabla 8 y Tabla 9.

**Inversionistas:** En este grupo de Interés se incluyen los accionistas de la empresa y la alta dirección como aquellos encargados de maximizar las utilidades de las empresas sin poner en riesgo el modelo operativo de la empresa respondiendo a dos principios legalidad y calidad en el producto o servicio.

Para esto es necesario que las EPS e IPS dispongan de elementos, procesos, políticas y estrategias que aboguen por el rendimiento económico de las operaciones, en un escenario de planeación y toma de decisiones soportadas en datos confiables, cuyo acceso sea claro y periódico para los inversionistas quienes tienen la capacidad y las facilidades necesarias para participar en el proceso de construcción de riqueza desde la experiencia de la organización. (Kemp, Owen, & Van de Graaff, 2012, Watson & MacKay, 2003, (Joyner & Payne, 2002).

En este aspecto los inversionistas de las EPS e IPS no poseen mecanismo de control y transparencia claros, no les interesa hacer alianzas público privadas para fortalecer la RSE y el presupuesto es muy mínimo, a pesar de que consideran la RSE como una ventaja competitiva no invierten para que esta se desarrolle, además no tienen todavía la concepción de lo que es un balance de sostenibilidad; siguen teniendo una visión Filantrópica de RSE, por lo cual se clasifica a nivel de Inversionista como una organización reactiva Filantrópica, con un nivel de implementación mínimo y una valoración Deficiente.

**Empleados:** En este grupo de interés encontramos los trabajadores, directos, indirecto y temporales.

En este grupo de Interés lo que se busca es establecer las practicas que se tienen en cuanto a Salario, reclutamiento, selección, contratación y bienestar organizacional como elemento que permiten el desarrollo de una practica laboral responsable. (Cardoso Brum, 2010; Goering, 2012; Sikka, 2011; Ramiro & Pulido, 2009).

En este grupo de interés desde la mirada de las EPS e IPS, se observa que existen acuerdos extralegales, motivan al crecimiento personal y profesional y además practican cánones de Igualdad, este es el grupo que mejor se comporta en cuanto a practicas de RSE se refiere, no es todo perfecto pero van un poco mas allá de lo exigido por la ley, por tal razón se pueden clasificar esta practicas como una organización Activa, con un tipo de RSE de carácter Táctico con un nivel de implementación medio y una valoración aceptable.

Tabla 8.  
Clasificación de las Practicas RSE en EPS – RC

| Grupo de interés | Tipo de Empresa | Tipo RSE | Nivel | Valoración Cualitativa |
|------------------|-----------------|----------|-------|------------------------|
| COMUNIDAD        | Reactiva legal  | Básica   | Bajo  | Insuficiente           |
| PROVEEDORES      | Reactiva legal  | Básica   | Bajo  | Insuficiente           |

|                |                       |              |        |              |
|----------------|-----------------------|--------------|--------|--------------|
| CLIENTES       | Reactiva legal        | Básica       | Bajo   | Insuficiente |
| INVERSIONISTAS | Reactiva Filantrópica | Filantrópica | Mínimo | Deficiente   |
| EMPLEADOS      | Activa                | Táctica      | Media  | Aceptable    |

Fuente: Análisis Propio

Tabla 9.  
Clasificación de las Practicas RSE – IPS nivel III

| Grupo de interés | Tipo de Empresa       | TIPO RSE     | Nivel  | Valoración Cualitativa |
|------------------|-----------------------|--------------|--------|------------------------|
| COMUNIDAD        | Reactiva Filantrópica | Filantrópica | Mínimo | Deficiente             |
| PROVEEDORES      | Reactiva Filantrópica | Filantrópica | Mínimo | Deficiente             |
| CLIENTES         | Reactiva legal        | Básica       | Bajo   | Insuficiente           |
| INVERSIONISTAS   | Reactiva Filantrópica | Filantrópica | Mínimo | Deficiente             |
| EMPLEADOS        | Activa                | Táctica      | Media  | Aceptable              |

Fuente: Análisis Propio

## 5. Acciones con Enfoques RSE para el Sector Salud

### 5.1 Ejes de la RSE para el Sector Salud

A partir de los análisis realizados; la RSE en el sector salud se debe basar en 6 ejes transversales para alcanzar la sostenibilidad en estas entidades, estos elementos se describen a continuación:

a) **Gobernanza e Inversión Transparente:** La gobernanza es fundamental para el ejercicio de la Responsabilidad Social empresarial, por que desde allí se definen las políticas que rigen el ejercicio de la organización, es todo el sistema por el cual la toma de decisiones de una empresa se realiza con sentido ético y transparente. Esta característica abarca aspectos tales como la comunicación en todos los niveles de la organización niveles de la organización, la definición de cánones de Igualdad, rendición de cuentas y usos eficiente de los recursos financieros asegurando que se haga de forma ética y transparente.

b) **Prácticas Laborales Justas y Equitativas:** Las prácticas laborales justas y equitativas deben determinarse en políticas que aseguren el bienestar y protección de sus trabajadores directos y de todas las subcontrataciones que surjan a partir del desarrollo de actividades de la empresa, esta característica incluye aspectos como reclutamiento, selección de personal siguiendo cánones de igualdad, promoción y desarrollo personal, cesación de labores, formación y desarrollo de habilidades, seguridad social Integral, Higiene y seguridad Industrial, asociación colectiva, remuneración.

c) **Gestión Ambiental:** Las entidades deben ser conscientes de los impactos medio ambientales que generan el desarrollo de sus objetos sociales, por tal razón deben desarrollar

actividades que permitan mitigar esos impactos ambientales y generar contaminación en un grado mínimo. Esta característica incluye aspectos como la Responsabilidad ambiental, el enfoque precautorio, producción mas limpia, eco eficiencia, uso de tecnologías sostenibles, gestión de residuos, logística inversa y adquisición sostenible.

d) **Practicas Justas de Prestación del Servicio:** Es una de las características mas fuertes de la RSE, por que se basa en fundamento ético del desarrollo de la actividad empresarial, incluye la realización de alianzas publico privadas, la relación con su filiales, proveedores, clientes, la competencia y las agremiaciones a las cuales por su naturaleza pertenecen. Por ello en este aspecto se deben tener en cuenta la anticorrupción, la competencia justa, la participación política responsable y el respeto a la propiedad privada.

e) **Atención Integral de los Usuarios:** Esta Característica es vital, sobre todo en el ámbito de la salud, ya que es un servicio público esencial para el desarrollo integral de las personas y el ciudadano. Esta atención integral inicia con el respeto hacia el consumidor, incluye el marketing justo y transparente, la protección de la salud integral de los consumidores, siendo objetivos en la prestación del servicio, suministrando elementos farmacéuticos, instalaciones medicas en condiciones que eviten la generación de algún riesgo para el usuario, esto también debe aplicarse para todos los elementos conexo que se requieran para la prestación del servicio. Además de esto las EPS e IPS, deben promover las campañas de prevención y la adquisición de hábitos saludables para promover la Responsabilidad Individual del cuidado de la Salud pero preservando el fácil acceso a los servicios esenciales de Salud, en caso de que se incurra en alguna controversia por alguna falla en el sistema las EPS e IPS deben garantizar un sistemas de peticiones, quejas y reclamos; brindando soluciones eficaces que aumenten la satisfacción de los usuarios.

f) **Desarrollo Integral de la Comunidad:** Este aspecto se refiere a como las EPS e IPS deben brindar desarrollo a las comunidades que se encuentran geográficamente circundantes, este aspecto incluye la participación activa de la comunidad, identificar sus necesidades u participar activamente en alianza publico privadas que beneficien a la comunidad, promover actividades culturales y apoyar acciones que mejoren la calidad de la educación, el acceso a medios tecnológicos, la empleabilidad y el más importante y pertinente para estas organizaciones la promoción de la Salud, a través de la educación y el suministro de elementos y actividades que mejoren los índices de la comunidad. Pero todas estas actividades se deben dar teniendo como eje transversal la Inversión social.

De acuerdo a estas características el despliegue de acciones de RSE para el sector Salud quedaría definido como se indica en la Figura 146.

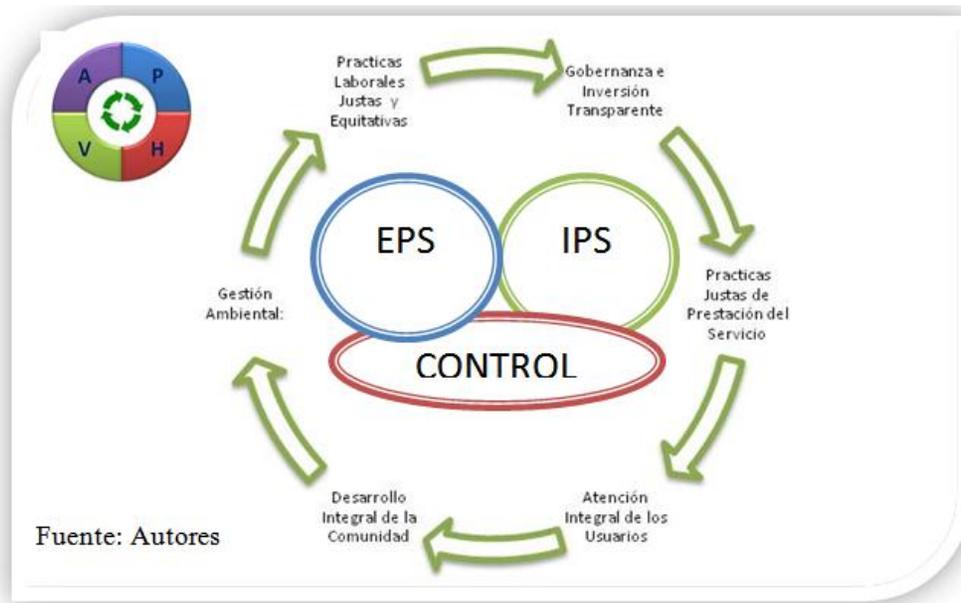


Figura 151. *Despliegue de Acciones de RSE en Salud*

Fuente: Autores

## 5.2 Modelo de RSE en el Tablero de Comando

Según las debilidades encontradas en el estudio realizado a las EPS e IPS DE Nivel III de Bucaramanga y su Área metropolitana, se diseñó un plna de accion en RSE, teniendo como base el concepto de la metodología del Cuadro de Mando Integral propuesto por David Norton y Robert Kaplan (Kaplan & Norton, 1992;Kaplan & Norton, 1996); este sistema permite clarificar y traducir la estrategia en cada grupo de interés, al igual que comunicar y vincular los objetivos con los indicadores estratégicos para que cualquier EPS e IPS que decida implementar la RSE según los parámetros establecidos en la norma ISO 26000.

El panorama realizado por los autores abarca cada uno de los grupos de interés identificados, la cual tiene una serie de dimensiones en los que las EPS e IPS deben concentrar su mayor atención, para desarrollar un programa de RSE.

Comunidad: Entes reguladores, Asociación de usuarios, población vulnerable y grupos étnicos, Pacientes.

- Instrumentos que utiliza la organización para identificar y diagnosticar las necesidades de la comunidad más cercana.
- Conformación de alianzas como la asociación de usuarios que realizan las EPS e IPS con entidades públicas y del tercer sector para el desarrollo de proyectos comunitarios.
- Herramienta que utilizan las EPS e IPS para el seguimiento de los resultados de la inversión social, y como intermediario la CRES a través de la participación ciudadana.

- Capacitar a la comunidad sobre las medidas a tomar para eliminar o minimizar los impactos negativos en el medio ambiente, programas sobre los usos significativos de energía, agua y programas de prevención en Salud

Proveedores: Instituciones Prestadoras de Servicio IPS (Clínicas, IPS ambulatorias de primer nivel), Empresas Sociales del Estado (ESE), los Hospitales, farmacias, laboratorios, etc.

- El proceso de selección de proveedores se basa principalmente en el análisis de portafolios y tiene en cuenta en segunda instancia las propuestas de los mismos.

- Cumplimiento de los requisitos de habilitación contemplados en la normatividad vigente, que permita establecer un convenio para la prestación de servicios en salud.

- Control de calidad de los productos y servicios que los proveedores ofrecen.

- Programas de acercamiento a los proveedores, capacitación, etc., asegurando relaciones de largo plazo.

Clientes: Son las personas cotizantes dependientes, independientes y pensionados con sus respectivos beneficiarios.

- Se requiere de un departamento de servicio al cliente.

- Servicios de alta calidad, promoviendo las verdaderas características prometidas en la publicidad y de acuerdo a las especificaciones ofrecidas.

- Aplicativos adecuados y eficientes de apoyo y asesoramiento que permiten analizar las quejas de tal manera que mejore la agilidad en las respuestas a estas solicitudes.

- Técnicas de medición para evaluar el desempeño de los servicios en salud.

- Cultura democrática y participativa de respeto a las obligaciones para con la competencia y la sociedad civil.

Empleados: Son los colaboradores tanto externos (Outsourcing) e internos (directos con la entidad) que prestan servicio en las EPS e IPS.

- Políticas de contratos de trabajo que contemplen acuerdos extralegales que la empresa realiza con los trabajadores.

- Beneficios especiales para las madres que trabajan en las EPS-RC e IPS.y tengan hijos pequeños.

- Dentro de los procesos de contratación de personal se tiene en cuenta los cánones de igualdad.

- Políticas concretas en contra del trabajo infantil que las EPS-RC e IPS. adoptan dentro de su reglamento interno de trabajo.

- La implementación de un 100% en los programas de Salud Ocupacional, higiene y seguridad industrial.

Accionistas: Gerentes de las EPS e IPS, entidades internas y externas.

- Alta gerencia determina la pertinencia de contemplar la Responsabilidad Social Empresarial en la planeación estratégica.

- Estrategias para controlar la corrupción.

- Presupuesto que se designa para gestionar la RSE.

- Establecer alianzas estratégicas que logren aumentar las relaciones comerciales que contribuyan con el desarrollo de proyectos específicos enmarcados dentro de la RSE.

- Sistemas de comunicación participativa para conocer el presupuesto establecido para los planes de inversión de la dirección.
- Sondeo sobre el clima organizacional y la percepción de los trabajadores hacia el mismo.

#### Definiciones de Interés para el Entendimiento de la Matriz RSE

En la Figura 152 se observa cómo esta constituida la Matriz RSE y de cada una de las áreas descritas para el cumplimiento de las actividades propuestas.

| GRUPO DE INTERÉS | OBJETIVO | PLAN DE ACCIÓN | CARACTERÍSTICA | RESPONSABLE | RECURSOS REQUERIDOS | META               |                  | FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR |                  |                        |                        |                            |
|------------------|----------|----------------|----------------|-------------|---------------------|--------------------|------------------|-----------------------------|------------------|------------------------|------------------------|----------------------------|
|                  |          |                |                |             |                     | RESULTADO ESPERADO | LÍMITE DE TIEMPO | FORMULA DEL INDICADOR       | UNIDAD DE MEDIDA | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | FUENTES DE INFORMACIÓN | RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN |

Figura 152. *Plan de Acción de RSE según el Cuadro de Mando Integral.*  
Fuente: Autores.

A continuación se describen cada uno de los ítems utilizados en el desarrollo de la matriz propuesta como Plan de acción de Responsabilidad Social Empresarial para las EPS e IPS de Bucaramanga y su Área Metropolitana.

- Grupo de Interés: Se Puntualiza cada uno de los grupos de interés identificados para la realización del Diseño de RSE en las EPS-RC. e IPS
- Objetivo: Representa el logro que se desea alcanzar por cada uno de los grupos de interés.
- Característica: En este ítem se puntualiza hacia que característica de la RSE apunta este plan de acción
- Plan de Acción: Se propone las posibles acciones que se deban llevar a cabo para el cumplimiento del objetivo propuesto.

e) **Responsable:** Son las Áreas que llevan a cabo el Plan de Acción según las competencias y actividades a realizar.

f) **Recursos Requeridos:** Hace referencia al Recurso Humano, Tecnológico, Financieros de Software, etc. Requeridos para llevar a cabo el Plan de Trabajo y por consiguiente el logro de los objetivos.

g) **Meta:** Este ítem se refiere al resultado esperado y al límite de tiempo requerido para la realización del Plan de Acción y por ende el cumplimiento del logro a alcanzar.

h) **Ficha Técnica del Indicador:** En este ítem se trata la siguiente información:

- **Fórmula del indicador:** Expresión matemática con la cual se mide el indicador.

- **Unidad de Medida:** Define la forma en que se obtiene una valoración de acuerdo a los parámetros establecidos ó definidos con anterioridad en la fórmula del indicador.

- **Frecuencia de Medición:** Hace referencia al periodo en que se debe medir el indicador.

- **Fuentes de Información:** Áreas o personas encargadas del manejo de la información requerida para llevar a cabo el cumplimiento de los indicadores.

- **Responsable de la Medición:** Áreas ó personas que responden por el cumplimiento de los objetivos propuestos y el Plan de acción según las competencias obtenidas.

Par observar en detalle el plan de acción de RSE según el Tablero de Comando remitirse al Anexo II.

## 6. Conclusiones

La Responsabilidad Social Empresarial en el Sector Salud es entendida por las EPS e IPS, como una estrategia empresarial que puede llegar a generar un reconocimiento positivo en el medio, sin embargo no se observa un compromiso hacia la implementación y desarrollo de la RSE, gran parte de ellos no conciben este tema como una inversión, si no como un gasto, por lo cual todas las acciones que se pueden desarrollar en esta materia van ser formuladas teniendo en cuenta el factor costo, lo que conlleva a que no se pueda ejecutar de forma integral una política de Responsabilidad Social Empresarial que redunde en el desarrollo sostenible de la sociedad.

Una práctica de destacar es el cumplimiento legal y las políticas laborales de antidiscriminación que están presentes en el sector, así como el fomento de acuerdos extralegales que permiten y fomentan el desarrollo personal y profesional de los empleados, generando capacitación y formación constante que se reflejara en el desarrollo de sus actividades y redundara en un impacto en el desarrollo de la Sociedad.

En las EPS e IPS existe un actor fundamental como es el cliente, pero a pesar de esto los programas de relacionamiento con los clientes son muy básicos, existen diversos canales de comunicación que se limitan al cumplimiento legal, pero no son efectivos, así como tampoco existe interés por identificar las necesidades y expectativas de los clientes y usuarios finales.

En cuanto a los proveedores la EPS e IPS, no tienen en cuenta el grado de compromiso en RSE como un requisito para la selección, además usan mecanismos de selección de forma directa, lo cual no garantiza que se realice un proceso de selección transparente.

Además que respecto a este grupo de Interés no le interesa realizar un programa de acercamiento a proveedores que asegure el desarrollo de ventajas competitivas.

En cuanto a la comunidad se observa un comportamiento aislado de la filantropía, así como en medio ambiente existen programas aislados de reciclaje y uso racional de la energía, pero no existen políticas concretas que aseguren la gestión comunitaria y ambiental sostenible.

Después de realizar el diagnóstico de las prácticas en RSE donde se encontraron fortalezas y debilidades, se procedió analizar las mismas y determinar el enfoque de RSE de acuerdo a diversas categorías de acuerdo a diversas variables como los periodos evolutivos de las RSE, las principales postulados de expertos en el tema a través de la historia y la definición de tipos de RSE, niveles de implementación y finalmente de acuerdo a la analizado se realizó una valoración cualitativa. Respecto a esto se concluye que las EPS del régimen contributivo en los diferentes grupos de interés definidos se encuentra con un enfoque de RSE de tipo reactiva legal, donde no hay acciones mas allá de lo pactada por el ordenamiento jurídico constitucional, únicamente destacándose por algunas acciones aisladas de RSE, entre las que se destaca el grupo de interés empleados en el cual se observan acciones tácticas que permiten contribuir en forma básica al desarrollo sostenible de la sociedad.

Respecto a las IPS, es en cierta forma gradual más variable por que en Inversionistas, comunidad y proveedores el enfoque todavía es de un tipo de RSE Filantrópica, son acciones muy aisladas de lo que es un sistema integral de Responsabilidad Social Empresarial, estas acciones no generan ningún impacto en el desarrollo de la sociedad. En

el grupo de Clientes el tipo de RSE es reactiva legal, solo se limitan a realizar acciones emanadas por la ley; en el grupo de empleados al igual que en las EPS ya se analiza un RSE de tipo táctica.

Por ultimo con base en las debilidades y fortalezas se definió un plan de acción bajo la herramienta de Balance Score Card, en ella se definen acciones que permitan el desarrollo de la Responsabilidad Social para el Sector Salud, estas acciones están diferenciadas por grupo de interés, los objetivos a alcanzar, propone las posibles acciones que se deben llevar a cabo para alcanzar los objetivos, los responsables por áreas que garanticen el cumplimiento de los objetivos, los recursos tanto de talento de humano, tecnológicos y financieros requeridos; la meta o el resultado esperado y los respectivos indicadores que permitan medir el proceso y por ende evaluar el cumplimiento de los objetivos planteados. Valorada y analizada la interior información se concluyó que a nivel general que las características del modelo plantea una forma óptima de desarrollar la Responsabilidad Social Empresarial con las partes interesadas, buscando fomentar en todos los niveles de decisión esta cultura, la cual se deberá incluir dentro de la política y/o cultura organizacional operaciones y estrategias.

También implementa el marco legal de acuerdo a los requisitos legales vigentes que rigen a las EPS e IPS, por medio de la actualización, revisión y control de los mismos, evitando y denunciando cualquier acto ilícito que ocurran dentro de la organización. Con respecto a este último factor las acciones son claras a la hora de fomentar el comportamiento ético, ser transparente y legal en cada una de las operaciones que

desarrolla, rindiendo cuentas por sus respectivos impactos tanto al medio ambiente como a las partes que reconoce como de interés de acuerdo a su sector de operación. En relación con el grupo de interés empleado, los objetivos se orientan a fortalecer las relaciones empleado y empleador, por medio de la constante capacitación, para que el desconocimiento de los derechos y deberes de ambas partes no se convierta en un motivo de desigualdad. Proteger los derechos laborales estipulados por la organización internacional del trabajo y la comisión de trabajo de Colombia en términos de políticas de contratación justas, pagos justos, sin discriminación siempre en pro de mejorar las condiciones de vida del trabajador. De igual forma suministrar salud y seguridad ocupacional, espacios de capacitación y de diálogo para resolver inquietudes y escuchar peticiones. A nivel de proveedores se destaca las buenas prácticas de compra, la ética, la igualdad de condiciones y la responsabilidad en la cadena de valor, este último aspecto de vital importancia a la hora de seleccionar los proveedores. Para las EPS e IPS, el grupo de interés comunidad se convierte en uno de los principales retos en materia de Responsabilidad Social, que van desde promover espacios para la cultura, las artes y el deporte; pasando por un aspecto muy importante la accesibilidad a los servicios de salud, medicamentos, vacunas y planes de salud. La capacitación de las comunidades el buen servicio. El respeto del medio ambiente por medio de programas que reduzcan el impacto ambiental ocasionado por la contaminación y el mal uso de recursos. El buen manejo de la información se convierte en uno de los principales factores del grupo de interés clientes; Establecer políticas de publicidad honestas con los clientes; Obtener, mantener, asegurar y garantizar la información que proporcionan los clientes sin poner en riesgo su integridad. Cumplir con lo que se promete a los clientes. De igual forma se resaltan a través de la

garantía de un buen servicio, donde el cliente sienta que se protegen sus derechos como consumidor.

### **Bibliografía**

- Ackerman, R. (1976). *¿Como Responder a las Demandas Sociales?* . Cambridge: Harvard University.
- Alaracon, S., Escalante, E., & Mneodza, L. (2008). *Diganostico del Sistema de Garantia de Calidad de la Atencion en Salud en las clinicas de Bucaramanga*. Bucaramanga: Universidad Autonoma de Bucaramanga.
- Alzate, G., & Beatriz, M. (17 de Agosto de 2013). Tipos de Investigación . *Moodle Universidad de Antioquia*. Medellin, Antioquia, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Aram, J. (1989). The Paradox of interdependent Realtions in the Field of Social Issues in Managment. *Academy Of Mnagmente Review*, 14(2).
- Azizul, M., & McPhail, K. (2011). Regulating for corporate human rights abuses: The emergence of corporate reporting on the ILO's. *Critical Perspectives on Accounting*, 22(8), 790-810.
- Barracloughs, S., & Morrow, M. (2008). A grim contradiction: the practice and consequences of corporate social responsibility by British American Tobacco in Malaysia. *Soc Sci Med*, 66(4), 184-1796.
- Bonilla, E., & Rodriguez, P. (1997). *Mas alla de dilema de los metodos. La investigacion en cienciasi sociales*. Bogotá: Ediciones Uniandes.

- Brennan, L., Binney, W., McCrohan, J., & Lancaster, N. (2011). Implementation of environmental sustainability in business: *Australian Marketing Journal*, 19(1), 52-57.
- Caceres, F. d., Rivero, C., Parra, L., Gáfaró, A., & Vera, L. (2012). *ANALISIS DE LA SITUACION DE LA SALUD*. Bucaramanga: UIS- ALACALDIA DE BUCARAMANGA.
- Cardoso Brum, M. (2010). Responsabilidad social empresarial en américa latina: Problemas, actitudes y actores relevantes. *Administración y Organizaciones*, 39-55.
- Carnegie, A. (1899). *El Evangelio de la Riqueza*. New York.
- Carroll, A. (1991). The Pyramid of corporate social Responsibility. *Business Horizons*, 42.
- Carroll, A. B. (Julio - Agosto de 1991). The pyramid of corporate social responsibility: Toward the moral management of organizational stakeholders. *Business Horizons*, 34(4), 39-48.
- Chander, G. (1996). Business Ethics. *A European Review*, 32.
- Ciliberti, F., Pontrandolfo, P., & Scozzi, B. (2008). Investigating corporate social responsibility in supply chains: a SME perspective. *Journal of Cleaner Production*, 16(15), 1579-1588.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. (2001). *LIBRO VERDE Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas*. Bruselas: Union Europea.

Concejo de Bucaramanga. (01 de 02 de 2013). Concejo aprueba actualización de la división política administrativa que incorpora barrios y asentamientos al territorio de Bucaramanga. *Comunicados*.

Cortina, A. (1997). *Ética de la Empresa*. Madrid, España: Trotta.

Cortina, A. (1997). *Ética de la Empresa*. Madrid, España: Trotta.

Cortina, A. (2000). *Ética Mínima: Introducción a la Filosofía Práctica (6° Ed)*. España: Tecnos,s.a.

Cramer, J. (2008). Organising corporate social responsibility in international product chains. *Journal of Cleaner Production*, 16(3), 395-400.

CRES. (2012). *Boletín de prensa 43. Gobierno Anuncia Unificación del POS para Todos los Colombianos*. Bogotá: CRES.

Cruz, J. (2009). The impact of corporate social responsibility in supply chain management: Multicriteria decision-making approach. *Decision Support Systems*, 48(1), 224-236.

Cuadras, C. M. (1991). *Métodos de Análisis Multivariante (Segunda ed.)*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S. A.

Cyert, R. M., & March, J. (1965). *Teoría de las decisiones económicas de la empresa*. México: Herrero.

Dankhe, G. (1989). *Investigación y comunicación*. En C. Fernández—Collado. *La comunicación humana: ciencia social*. México: McGraw Hil.

El Espectador. (17 de Mayo de 2011). Dos caras de la salud. *El Espectador*, pág. 55.

Eriksson, C. C.-G. (1999). Health policy development in Costa Rica. *RHP&EO electronic journal of the International Union for Health Promotion and Education*, 5.

FENIN . (2008). *Fenin Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria*.  
Obtenido de Guía de responsabilidad social empresarial :  
[http://www.fenin.es/pdf/Guia\\_RSE.pdf](http://www.fenin.es/pdf/Guia_RSE.pdf)

Ferguson, L. (1982). *Conference Board de Canada*. Toronto.

Freeman, E. R. (1984). *Strategic Managment: A stakeholder Approach*. Boston, EE.UU: Pitman.

Freeman, E. R. (2005). Ethical Leadership and creating value For Stakeholders. En R. A. Peterson, & O. Ferrel, *Business Ethics: new challenges for Business schools and corporate Leaders* (págs. 82-97). New York: M.E. Sharpe, Inc.

French, P. (1990). Corporate Moral Agency. En M. Hoffman, & J. Mills, *Business Ethics, Reading and Cases In corportae Morality*. New York: Mac Graw Hill.

- Friedman, M. (1989). The Social Responsibility of Business is to Increase Profits. En k. Goodpaster, & P. T, *Managment decision Making and Ethical Values* (pág. 5). Boston : Harvara Bussines School.
- Friendman, M. (13 de septiembre de 1970). Social Responsibility: A subersive Doctrine". *The Sunday Magazine*, pág. 10.
- Garcia Ferrando, M. (1986). *El analisis de la Realidad Social. Métodos y Técnicas de Investigación* . Madrid: Alianza.
- Garriga, E., & Melé, D. (2004). Corporate social responsibility theories: mapping the territory. *Journal of Business Ethics*, 53(1/2), 51-71.
- Goering, G. (Junio de 2012). Corporate social responsibility and marketing channel coordination. *Research in Economics*, 66(2), 142-148.
- Heald, M. (1970). *The Social Responsabilidades of Business*. Cleveland: Case Reserve University Press.
- Hediger, W. (2010). Welfare and capital-theoretic foundations of corporate social responsibility and corporate sustainability. *Journal of Socio-Economics*, 39(4), 518-526.
- Hernandez- Sampieri, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación* (3° ed.). México: Mc Graw hill.
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales de Colombia. (2012). *Atlas Climatologico de Colombia*. Bogotá: IDEAM.

ISO. (30 de Diciembre de 2010). Guia. *Nomas ISO 26000*. Montevideo, Uruguay: Instituto Uruguayo de Normas Tecnicas.

Joyner, B. E., & Payne, D. (2002). Evolution and implementation: a study of values, business ethics. *Journal of Business Ethics*, 41(4), 297-311.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, 71-70.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action*. Boston: Harvard Business School Press.

Kemp, D., Owen, J., & van deGraaff, S. (2012). Corporate social responsibility, mining and “audit culture”. *Journal of Cleaner Production*, 1-10.

Kerlirgen, F. (1983). *Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología* (2 ed.). México: Editorial InterAmericana.

Lambooy, T. (2011). Corporate social responsibility: sustainable water use. *Journal of Cleaner Production*, 19, 852-866.

Lantos, G. P. (2001). The boundaries of strategic corporate social responsibility. *Journal of Consumer Marketing*, 18(7), 595-630.

Malovics, G., Nagypal, N., & Krausc, S. (2008). The role of corporate social responsibility. *The Journal of Socio-Economics*, 37, 907-918.

- McWilliams, A., Siegel, D. S., & Wright, P. M. (2006). Corporate Social Responsibility: Strategic Implications. *Journal of Management Studies*, 43(1), 1-18.
- Melucci, A. (2001). *Vivencia y convivencia. Teoría social para una era de la*. Madrid: Editorial Trotta.
- Mikkilä, M., & Toppinen, A. (2008). Corporate responsibility reporting by large pulp and paper companies. *Forest Policy and Economics*, 10(7/8), 1389-9341.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (15 de Marzo de 2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2013, de Ministerio de Salud : <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Monje, C. (2011). *Metodología del ainvestigacion Cuantitativa y cualitativa* . Neiva: Universidad Surcolombiana.
- Morales, J., & Perez, M. d. (2010). Revision de los Origenes de la Responsabilidad Social en Colombia. *Cuidarte*, 206-215.
- Murphy, P. (1978). An evolution: Corporate Social Responsiveness. *Bussines Review*(30°), 19-25.

Oliver, W. (1986). ¿Can Bussiness Ethics be Theological? *RThe Journal of Business Ethics*(5).

Organización de las Naciones Unidas. (15 de 07 de 2013). *El Pacto Mundial*. Obtenido de El Pacto Mundial: <http://www.unglobalcompact.org/languages/spanish>

Organizacion internacional del Trabajo - OIT. (2001). *DECLARACION TRIPARTITA DE PRINCIPIOS SOBRE LAS EMPRESAS MULTINACIONALES Y LA POLITICA SOCIAL*. Ginebra: OIT.

Orozco, G. (1997). *La Investigación en Comunicación desde la Perspectiva Cualitativa* . México: Instituto Mexicano para el Desaerrollo Comunitario (IMEC).

Peña, D., & Serra, A. (2012). Responsabilidad social empresarial en el sector turístico: Estudio de caso en empresa de alojamiento en la ciudad de Santa Marta. *Estudios y perspectivas en turismo*, 21, 1460 -1480.

Pontificia Universidad Catolica de Valparaiso. (2011). *Centros Comunitarios de Aprendizaje*. Obtenido de Responsabilidad Social Empresarial: [http://www.centroscomunitariosdeaprendizaje.org.mx/sites/default/files/Modelo\\_de\\_gestion\\_de\\_RSE.pdf](http://www.centroscomunitariosdeaprendizaje.org.mx/sites/default/files/Modelo_de_gestion_de_RSE.pdf)

Porter, M. E., & Kramer, M. R. (Diciembre de 2002). The Competitive Advantage of Corporate Philanthropy. *Harvard Business Review*, 80(12), 5-16.

Quazi, A. M., & O'Brien, D. (2000). An empirical test of a cross-national model of Corporate Social. *Journal of Business Ethics*(25), 33-51.

Ramiro, P., & Pulido, A. (2009). *Las multinacionales españolas y el negocio de la responsabilidad. Análisis de la Responsabilidad Social Corporativa de las empresas transnacionales en Colombia*. Bogotá: Observatorio de Multinacionales en América Latina (OMAL).

Report of the World Commission on Environment and Development. (1987). *Our Common Future*. Suiza: United Nations.

Rivera Rodríguez, H. A., & Malaver Rojas, M. N. (2011). *La organización : los stakeholders y la responsabilidad social*. Bogotá: Universidad del Rosario,.

Rundle-Thiele, S. (2009). Social gain: Is corporate social responsibility enough? *Australasian Marketing Journal*, 17(4), 204-210.

Sikka, P. (2011). Accounting for human rights: The challenge of globalization and foreign investment agreements. *Perspectives on Accounting*, 22(8), 811-827.

Tabares, M. E., & Castaño, M. J. (2007). *El Marketing como Estrategia Empresarial y soporte de la Responsabilidad Social Empresarial de las Entidades Pormotoras de Salud (Caso Manizalez)*. Caldas. Manizales: Universidad Nacional de Colombia.

Vallance, E. (1996). *Business Ethics at Work*. Cambridge University Press, 107.

Van Marrewijk, M. (2003). Concepts and definitions of CSR and corporate sustainability: between. *Journal of Business Ethics*, 44(2), 95-105.

Watson, M., & MacKay, J. (2003). Auditing for the environment. *Managerial Auditing Journal*, 18(8), 625-630.

Wood, D. J. (1991). Social issues in management: Theory and research in corporate social. *Journal of Management*, 17(2), 383-406.

World Business Council for Sustainable Development - WBCSD. (15 de Julio de 2013). *World Business Council for Sustainable Development - WBCSD*. Obtenido de <http://www.wbcsd.org/home.aspx>