

**DISEÑO DE UNA PROPUESTA DEL BALANCED SCORECARD (BSC) PARA
LA EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DE
CALIDAD EN LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE
ANTIOQUIA**

**GLORIA CECILIA PALACIO ECHEVERRI
C.C. 42.749.448**

**UNIVERSIDAD DE MEDELLÍN
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
MEDELLÍN
2011**

**DISEÑO DE UNA PROPUESTA DEL BALANCED SCORECARD (BSC) PARA
LA EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DE
CALIDAD EN LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE
ANTIOQUIA**

**GLORIA CECILIA PALACIO ECHEVERRI
C.C. 42.749.448**

**Monografía presentada como requisito para optar al título de
Especialista en Alta Gerencia**

**Asesor Temático
LIBARDO BOTERO HENAO
Especialista en Gestión de Calidad**

**Asesora Metodológica
MARIA CECILIA ARCILA GIRALDO
Especialista en Literatura Latinoamericana
Magíster en Gerencia para el Desarrollo**

**UNIVERSIDAD DE MEDELLÍN
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
MEDELLÍN
2011**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Medellín, Julio de 2011

Dedico este trabajo de grado en mi Especialización en Alta Gerencia, a todas las personas que de una u otra manera aportaron sus conocimientos para que se diera este resultado.

A mi familia, ya que en todos los logros están ellos siempre presentes, porque me acompañaron en todo momento.

GLORIA CECILIA

AGRADECIMIENTOS

A los empleados de la ESE Hospital por sus aportes para recoger la información necesaria para el contenido del trabajo. También agradecimientos a mi asesor temático el profesor Librado Botero Henao, por su apoyo constante para la construcción de estas ideas, con sus sabias orientaciones y por haber creído en mí.

Agradezco a la vida por la oportunidad de estudiar esta especialización y poder a la vez relacionar lo que soy con lo que a diario aprendí en la Universidad Medellín.

A cada uno de los profesores de la especialización, porque todo lo que ellos me compartieron están integrados en este trabajo de grado que es una propuesta para una empresa pública.

TABLA DE CONTENIDO

	pag.
GLOSARIO	13
RESUMEN	15
ABSTRACT	16
INTRODUCCIÓN	17
1. “LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.”	18
1.1 HISTORIA DE LA ESE HOSPITAL	24
1.1.1 Portafolio de servicios.	26
1.1.2 Servicios las 24 hora en:	26
1.1.3 Otros servicios.	27
1.2 COMO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO: ESE	27
1.2.1 Visión	28
1.2.2 Misión	28
1.2.3 Valores corporativos.	28
1.2.4 Grupo primario de calidad y operativo MECI.	28
1.3 PLAN DE DESARROLLO ALCALDE ACTUAL MUNICIPIO DE SANTA FE DE ANTIOQUIA	29
1.4 ESTRUCTURAS DE CONTROL DE LA EFICIENCIA Y LA EFICACIA DE LOS SERVICIOS	30
1.5 ATENCIÓN AL USUARIO DE LA ESE HOSPITAL	32
2. BALANCES SCC O CUADRO DE MANDO GERENCIAL	34
2.1 PROYECCIÓN DE LA OPCIÓN APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA BALANCED SCORECARD O CUADRO DE COMANDO	37
2.1.1 Factor de éxito.	37
2.2 RESULTADOS QUE DEBE ARROJAR LA APLICACIÓN DEL BALANCED SCORECARD (BSC) PARA LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	38
3. DIAGNÓSTICO	40

3.1 RECOLECCIÓN DE FUENTES DE OPINIÓN DE LA EMPRESA SOBRE NIVELES DE AVANCE DE LAS PERSPECTIVAS	40
3.2 DESCRIPCIÓN DE LAS DIFERENTES PERSPECTIVAS	43
3.2.1 Perspectiva Financiera.....	43
3.2.2 Perspectiva de clientes.	44
3.2.3 Perspectiva de los procesos internos.	45
3.2.4 Otras perspectivas, “Aprendizaje & Crecimiento”.	45
3.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	46
3.4 DIAGNÓSTICO GENERAL A LA FECHA	49
3.5 PROCESOS INICIADOS EN LA GERENCIA ANTERIOR	51
3.6 NORMATIVIDAD DE SOPORTE DE ESTA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC ...	54
3.7 PLAN DE DESARROLLO DE LA GERENCIA PARA LA ESE 2008-2011	56
3.7.1 Objetivo general.....	57
3.7.2 Objetivos específicos.	58
3.8 PERSPECTIVAS DE TRABAJO EMPRESARIAL.....	58
3.9 NIVELES DE DESARROLLO DE CADA PERSPECTIVA EN LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.....	58
3.9.1 Avances del proceso de la ESE.....	58
3.10 PROYECCIÓN DE DESARROLLO DE CADA PERSPECTIVA.....	60
4. PROPUESTA DEL BALANCED SC O CUADRO DE COMANDO.....	62
4.1 ANÁLISIS DE CADA PERSPECTIVA Y DE SUS INDICADORES	67
4.1.1 Perspectiva de Cliente/Usuario.....	67
4.1.2 Perspectiva Financiera.....	68
4.1. 3 Perspectiva talento Humano.	69
4.1. 4 Perspectiva Operativa o de productividad.....	71
5. CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS.....	78

LISTA DE TABLAS

	pag.
Tabla 1. Diseño de una propuesta de Balanced SC para la ESE Hospital San Juan de Dios – Balanced SC.....	64

LISTA DE CUADROS

	pag.
Cuadro 1. Líderes de procesos. Respuestas a la encuesta.....	41
Cuadro 2. Aspecto técnico de la encuesta.....	41
Cuadro 3. Esquema resumen.	54
Cuadro 4. Resultado de las perspectivas Balanced en la ESE.....	59

LISTA DE GRÁFICAS

	pag.
Gráfica 1. Resultado de cada intersección y su posible proyección	49
Gráfica 2. Dinámica expuesta y la importancia de los macroprocesos y los procesos.	50
Gráfica 3. Niveles para la época según diagnóstico construido.....	51

LISTA DE FIGURAS

	pag.
Figura 1. Visión estratégica según Kaplan y Norton.	34
Figura 2. Deber ser del Balaced SC.	36
Figura 3. medición de NIVELES DE ÉXITO.....	38
Figura 4. Desarrollo, revisión y actualización de la estrategia SOGC.....	42
Figura 5. Balanced SC o cuadro de comando propuesto para la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia.....	63

LISTA DE ANEXOS

	pag.
Anexo A. Capacidad Instalada.....	79
Anexo B. Encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios.	80
Anexo C. Muestra de capacitación a usuarios desde el SIAU.	81
Anexo D. Mapa de Macroprocesos.....	83
Anexo E. Herramienta de la encuesta aplicada.	84
Anexo F. Matriz DOFA.....	85

GLOSARIO

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD: Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas implantadas dentro del sistema de la calidad, para proporcionar la confianza adecuada de que una entidad cumplirá los requisitos para la calidad.

AUDITORÍA: Un proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva, las evidencias relacionadas con informes sobre actividades económicas y otras situaciones que tienen una relación directa con las actividades que se desarrollan en una entidad pública o privada.

ESTÁNDARES DE CALIDAD: Un estándar de calidad es la fijación de parámetros cualificativos de un producto o servicio, estos están dados por empresas que han fijado metas altas para mejorar la calidad. En el área de la salud los estándares de calidad de los servicios también están dados por las autoridades competentes como es el caso del ministerio de la protección social.

GESTIÓN DE LA CALIDAD: Es el conjunto de actividades de la función general de la dirección que determinan la política de la calidad, los objetivos, las responsabilidades, y se implantan por medios tales como la planificación de la calidad, el control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y la mejora de la calidad dentro del marco del sistema de calidad.

INDICADORES: Instrumento de medida, cuantitativo o cualitativo, que refleja la cantidad de calidad que posee una actividad o un servicio cualquiera. Los indicadores se dan en términos numéricos, pero basados en caracteres sistemáticos, normatizados, homogéneos y continuos.

MAPA DE PROCESOS: El mapa de procesos, red de procesos o supuestos operacionales es la estructura donde se evidencia la interacción de los procesos

que posee una empresa para la prestación de sus servicios. Con esta herramienta se puede analizar la cadena de entradas – salidas en la cual la salida de cualquier proceso se convierte en entrada del otro; también podemos analizar que una actividad específica muchas veces es un cliente, en otras situaciones es un proceso y otras veces es un proveedor.

MECI: Modelo Estándar de Control Interno.

PAMEC: Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud.

SISTEMA DE LA CALIDAD: Es la estructura organizativa, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para llevar a cabo la gestión de la calidad.

SOGC: Sistema Obligatorio de Gestión de la calidad en el sector público.

RESUMEN

Un Balance SC o Cuadro de Comando, permite a las empresas, tanto privadas como públicas, dar salida a situaciones de carácter organizacional, en donde la plataforma constituida con ejes primordiales como: Visión, Misión y Objetivos, sean medibles y a su vez, desde la autoevaluación, incluidos en procesos de confrontación de la ruta que se ha construido para ello.

La tradición muestra que los resultados siempre se han medido desde una sola perspectiva, que para ello ha sido la financiera, que suele estar construida con reportes contables. Para este momento actual, guiados por los sabios conceptos aportados por Kaplan y Norton, se abre el abanico del estudio de las organizaciones y para este caso de una Empresa Social del Estado, el Hospital San Juan de Dios, que respondiendo a las normas del País, ha entrado desde hace aproximadamente seis años a trabajar la Garantía Obligatoria de la Calidad.

El presente trabajo pretende mostrar una propuesta sencilla y práctica de un Balaced SC o cuadro de comando, en donde los estamentos del mismo hospital público, a partir de un diagnóstico producto de una mirada desde su interior, aporte a los procesos de autoevaluación, apropiándose de los resultados arrojados.

El texto es una clara aproximación a la aplicación de una herramienta que suele emplearse en el sector privado, pero que a partir de un análisis concreto, llevado a un diagnóstico, permite hacer una propuesta de manejo integrado de las perspectivas que se deben evaluar para aplicar posteriormente en un plan de mejoramiento.

ABSTRACT

A Balance SC or command box, allows to the companies, both private and public, output an organizational situations, where the primary axis platform constituted as: Vision, Mission and Objectives are measurable and in turn, from self-evaluation in adversarial processes of the route that has been built for it.

The tradition shows that the results always been measured from a single perspective, has been financial, which is usually built with accounting reports. For this moment, guided by the wise concepts provided by Kaplan and Norton opens the range of the study of the organizations and for this case of a State Social Company, the San Juan de Dios Hospital, which meet the standards of the Country, has gone for about six years to work the Mandatory Quality Assurance.

The present work aims to show a simple and practical proposal of a balance SC or command box, where the classes of the same public hospital, from a diagnostic product of a view from inside, contribution to the self-evaluation processes, appropriating of the results obtained.

The text is a clear approach to the implementation of a tool often used in the private sector, but from a concrete analysis, led to a diagnosis, can make a proposal for integrated management of prospects to be evaluated to apply later in an improvement plan.

INTRODUCCIÓN

Los estudios a las empresas y a las organizaciones, siempre se habían dado para el sector privado, de un tiempo a la fecha, se está trasladando con gran acierto todos los conceptos de Organización al sector público, concretamente en las empresas de la salud.

No es de sorprenderse que el Estado Colombiano de tiempo atrás venga expidiendo una serie de normas como la desde años como el decreto 1567 del 98 en donde crea el sistema nacional de capacitación y de estímulos a empleados del estado. Posterior a este llegan otros decretos y normas donde se direccionan a los estamentos públicos del sector salud para inyectar los Sistemas Generales y obligatorios de la Calidad, esto por el año 2006.

Este trabajo, pensado para aportar a la ESE hospital Sam Juan de Dios, es a su vez referencia para otros hospitales públicos, aunque la propuesta de Balanced Sc o cuadro de comando, es producto de su propio diagnóstico, lo cual a su vez no serviría a otra ESE hospital, si es viable tomar la muestra del cuadro de comando y aplicarlo con los resultados que en otro momento y a partir de otros estudios se puedan construir.

Sea pues este aporte, algo manual y de aplicabilidad a la vida de la ESE hospital, como autora espero que desde la junta, pasando por la gerencia y el Comité de Implementación de Gestión de la Calidad, se apersonen de él para la proyección que deseen hacer de este importante tema como es la **GESTION DE LA CALIDAD EN AL ÁREA DE LA SALUD.**

1. “LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.”

La razón de ser de un hospital, sea este privado o público, es velar por la salud de los ciudadanos y en especial atender situaciones médicas donde se sostenga la vida de manera oportuna, de modo eficiente y eficaz.

Grandes retos tienen hoy las empresas privadas y públicas cuando se ocupan de vender servicios de salud, ya que estos son altamente sensibles por todo lo que involucra la vida humana y el componente promoción de la salud y prevención de las enfermedades o situaciones de riesgo.

Los compromisos desde todos los niveles: financieros, tecnológicos, comerciales, pero especialmente humanos, para una empresa llamada hospital, son compromisos de niveles supremamente altos y llamados estos a generar una estructura organizacional muy seria, con todo lo que la estrategia diseñada en Sistemas de Calidad así lo requiere.

Se dice que la salud es primera y esperamos que este concepto aplique para la calidad especialmente. La constitución política de Colombia en su artículo 44 expone que es un derecho fundamental de todos los colombianos, es por hecho que podemos concluir que de la salud depende la vida. Los hospitales y clínicas tienen la responsabilidad y el compromiso de entregar al paciente, su familia y a la comunidad servicios médicos rápidos, seguros y de excelente calidad, para ello se requiere y se hace fundamental contar con un recurso humano profesional y comprometido especialmente con el paciente y con el servicio que prestan. Teniendo en cuenta lo anterior es indiscutiblemente debe existir una gran vocación de servicio a los demás.

El problema ha sido y será la manera como se deben implementar estrategias para mejorar cada día los servicios de salud para la comunidad, partiendo del

hecho que este servicio está directamente en relación con la vida misma. Estrategias de oportunidad, eficiencia y eficacia son las que demandan de los servicios de los hospitales, tanto en las urgencias, como la consulta general, la hospitalización y las cirugías, la máxima calidad.

Los servicios que se ofrecen desde los hospitales y demás centros médicos, para fortuna ya están reglamentados, desde un proceso del SGCS reglamentados por ley y acordes a las necesidades de los niveles de servicios de salud. El actualizarse es una necesidad contante y esta implementación trae consigo todo un proceso de cualificación que será bienvenido para que repercuta en una eficiente atención a la comunidad.

Después de la vocación se debe disponer de tecnología que facilite un diagnóstico confiable y el tratamiento integral de la persona, con estándares orientados a brindar una atención eficaz, eficiente, oportuna y segura. Igualmente se debe contar con instalaciones físicas adecuadas específicamente para la prestación de los servicios de salud. Es decir, que son varias las condiciones que deben darse conjunta y simultáneamente para prestar un servicio oportuno con altos estándares de calidad y centrado en el paciente.

La ESE hospital San Juan de Dios, como todas las demás entidades prestadoras de salud del estado Colombiano, estaba en la obligación, por ley a la vez que por ser empresa que vende un servicio, de modernizarse implementando la Gestión de Calidad. Los servicios de Salud tanto de consulta externa, como de hospitalización y de acciones preventivas (p y p, PAI, POA, otras) requieren de eficiencia y eficacia a la vez que de altos niveles de oportunidad, desde los estándares establecidos en calidad para poder dar, en uno de los derechos fundamentales de la población, el mejor servicio que permita tener los mejores niveles de salud a nivel del país.

Es importante revisar los procesos que la ESE hospital viene implementado desde tiempo atrás para a su vez constatar el impacto que esta implementación de gestión de la calidad ha tenido en la comunidad desde los distintos tipos de salud (contributiva, subsidiada, vinculados)

Todas las actividades intrahospitalaria deben ser susceptibles de mediciones que permitan ver de manera objetiva los resultados de los procesos de atención del paciente y su recuperación; deben formularse indicadores que midan la calidad en sus dimensiones de accesibilidad, pertinencia, oportunidad, seguridad y continuidad a la vez que humanización de estos.

Este proceso de calidad, donde se cualifican los servicios prestados, debe tener los procesos de atención coordinados y autoevaluados en forma permanente por el equipo asistencial en las instituciones prestadoras de servicios y por los entes de vigilancia y control del estado en el marco del cumplimiento del Sistema de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud -SGCS- del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El SGCS comprende el Sistema Único de Habilitación (SUH) de carácter obligatorio para hospitales, clínicas, centros médicos el cual establece normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se registra, verifica y controla el cumplimiento de condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de la capacidad técnico-administrativa, indispensables para entrar y permanecer en el sistema de salud; todo lo anterior permite buscar dar la seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios de salud.

Otro componente del SGCS que aporta valor agregado y de gran impacto para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud es el Programa de Auditoría Interna para el Mejoramiento de la Calidad el cual determina la importancia del

seguimiento para garantizar que los estándares de calidad se mantienen y mejoran en forma permanente. Es menester de todos los ESE hospitales implementar estos procesos, desde hace ya varios años según la ley, pasando por etapas establecidas como habilitación de los servicios, implementación para la acreditación y los procesos de certificación en calidad.

De otro lado, los procesos nacionales e internacionales de Acreditación en Salud son voluntarios en cuyo caso las instituciones prestadoras de servicios aceptan que sus procesos sean auditados transversalmente en sus estándares asistenciales, de gobierno, de liderazgo, financiero, apoyo administrativo, gerencia de la información y de ambiente físico, por el ente igualmente acreditado para tal fin. Son procesos complejos y completos de evaluación que permiten detectar fortalezas y oportunidades de mejoramiento de los procesos y los planes de acción concretos para desaparecer la variabilidad de los mismos y así garantizar un mejor servicio.

En toda esta dinámica los procesos de habilitación y acreditación implican que realmente se desarrolle en el interior de la organización una cultura de mejoramiento continuo, responsable, donde se ajusten los procesos, se midan los resultados alcanzados frente a lo esperado, se establezcan planes de acción para corregir debilidades y garantizar el cumplimiento de estándares. Esta es una tarea poco fácil, de por sí ardua que exige disciplina y compromiso.

Los servicios de salud especialmente los hospitales donde en realidad existe la cultura de brindar al paciente, su familia y a la comunidad servicios hospitalarios con los más altos niveles de calidad y seguridad, siempre deben estar preparados y listos para ser visitados por los entes reguladores. El cumplimiento de las directrices y el compromiso de entregar un servicio de calidad deben convertirse en un modo de vida con comportamientos que reflejen que se han interiorizado los conceptos de calidad, se viven y practican en el día a día. Esto de por sí muestra

que la razón de ser de los hospitales es la salud para conservar la vida de las personas, que mejor motivo para hacerlo cada día con más calidad?

La Habilitación, la cual está en proceso, le abre el camino a la entidad hacia la obtención de niveles altos de prestación de servicios en donde todos los factores son importantes; exige un alto nivel de cumplimiento y seguimiento a los diferentes procesos, fortalece el trabajo en grupo, obliga a mirar la organización hacia adentro de manera objetiva, establecer planes de acción con seguimiento y medición, a la vez que crea una cultura de mejoramiento continuo la cual se ve fortalecida si hay una metodología gerencial que contribuya a analizar las causas-efectos de las desviaciones en los resultados esperados.

No cabe duda que ser un hospital habilitado conlleva, sin excepción, al cumplimiento de estándares exigentes de calidad, oportunidad y seguridad en la prestación de servicios iniciando el sendero para la obtención de la Acreditación Nacional.

Este proceso unido al de Acreditación Nacional fortalece las organizaciones de manera importante, trae la implementación de programas y procesos que son relevantes para el paciente y su familia, y que tal vez en el ambiente eminentemente de servicio no es fácil vislumbrar. Ejemplo de ello son la comunicación asertiva del médico con su paciente, la educación que se debe brindar a él y a su familia sobre la patología de consulta, la importancia de elaborar el plan de atención y de alta desde el mismo día en que el paciente ingresa al centro hospitalario y el seguimiento ambulatorio y demás servicios que complementan la atención médica haciéndola más humana y cercana al enfermo.

Todas las instituciones de salud deben estar habilitadas para prestar los servicios y no necesariamente estar acreditadas. Sin embargo, buscar la acreditación constituye una ventaja competitiva, crea oportunidades de mejora, favorece el

enfoque de la trazabilidad en la prestación del servicio, mejora el trabajo en equipo y ante todo genera la *cultura* de medir y avanzar hacia la *excelencia*

Las ESE HOSPITALES, siendo empresas del estado han estado retrasadas en la modernización de sus procesos y esto a su vez ha permitido prestar los servicios de salud con niveles de calidad cuestionables. La implementación de estos procesos se ha determinado por una normatividad clara y concreta a nivel de las correspondientes a las de las empresas privadas. El reto a partir de estas épocas es la efectividad y la oportunidad en la gestión de prestación del servicio de la salud.

Para la época actual el secreto de las empresas en el ámbito mundial, si buscan tener éxito a nivel competitivo es el de diseñar estándares de calidad aplicados a todos los niveles jerárquicos en la organización, esto implica un proceso de Mejoramiento Continuo que no tiene fin.

En los momentos actuales la calidad no se debe trabajar ni como moda, ni como capricho, se ha convertido en una de las variables que se han de tener en cuenta si se desea tener éxito y ante todo en un mundo competitivo donde el servicio debe ser de alta calidad y de manera especial en el área de la salud.

Los hospitales y clínicas tienen la responsabilidad y el compromiso de entregar al paciente, su familia y a la comunidad servicios médicos seguros y de excelente calidad. Para ello es fundamental contar con un recurso humano profesional y comprometido con el paciente y con el servicio; indiscutiblemente debe existir una gran vocación de servir a los demás.

Se debe disponer de tecnología que facilite un diagnóstico confiable y el tratamiento integral de la persona, con estándares orientados a brindar una atención eficaz, eficiente y segura. Igualmente se debe contar con instalaciones

físicas adecuadas específicamente para la prestación de los servicios de salud. Es decir, que son varias las condiciones que deben darse conjunta y simultáneamente para prestar un servicio oportuno con **altos estándares de calidad** y centrado en el paciente.

Toda la actividad intrahospitalaria debe ser susceptible de mediciones que permitan ver de manera objetiva los resultados de los procesos de atención del paciente y su recuperación; deben formularse indicadores que midan la calidad en sus dimensiones de accesibilidad, pertinencia, oportunidad, seguridad y continuidad, tanto en los servicios de atención o intervención, como los de promoción y prevención de la salud, a la vez que en todas las áreas de apoyo de los Macro procesos de una organización de salud.

1.1 HISTORIA DE LA ESE HOSPITAL

El contexto de la ESE HOSPITAL San Juan Dios es el siguiente: En el año 1783 (cedula real Rey Carlos III) es fundada por los padres Jesuitas en el espacio locativo del seminario Mayor con servicios de primer nivel, siendo así el primer hospital en la provincia de Antioquia, financiándose con los diezmos recolectados en las distintas poblaciones de la mencionada provincia.

El hospital tuvo por nombre inicialmente el de Hospital Real de San Carlos, administrado en los primeros años por sacerdotes, en lo que es actualmente el Museo de Arte Religioso, hasta el año de 1829, el cual estaba provisto de cuatro camas, servicio de botica y carecía de médicos graduados.

A mediados del siglo XIX el hospital adopta el nombre de San Juan de Dios, santo reconocido por sus labores humanitarias con los enfermos. En mayo de 1977 el Hospital se traslada a la actual edificación. A partir de 1999 se inicia la prestación de servicios de segundo nivel de complejidad los cuales se han ampliado de

acuerdo a las necesidades de su población y los municipios de los cuales es centro de referencia, que es la zona del occidente medio antioqueño.

Cuenta con servicios de especialista en:

- Ginecología y obstetricia
- Medicina Interna
- Ortopedia
- Optometría y oftalmología
- dermatología
- Pediatría
- Otorrinolaringología
- Urología
- Anestesiología
- Radiología
- Fisiatría

Como empresa tiene una Junta quien es quien toma las decisiones más importantes como empresa. Esta la preside el señor Alcalde y es de 9 miembros, tres políticos administrativos, 3 de servicios profesionales, 3 representantes del sector comunidad.

A nivel administrativo cuenta con una gerente, en interinidad del cargo, mientras se realiza concurso. Tiene dos subgerentes uno científico y otro administrativo.

La planta de personal es de 116 de personas altamente calificadas en cada una de sus profesiones y desde lo medico se cuentan con 13 especialistas en las áreas antes nombradas.

Actualmente cuenta con todos sus servicios habilitados, en hospitalización con 31 camas para adultos, 14 cunas en pediatría con 2 incubadoras, para el año 2011. Su capacidad está dada para atender a personal de toda la región y su servicio de Ginecología y obstetricia está altamente calificada además de ser muy útil en la zona.

1.1.1 Portafolio de servicios.

Consulta externa

Actividades de promoción y prevención

Consulta médica general y de enfermería

Consulta médica especializada

Ginecología y obstetricia

Medicina interna.

Cirugía

Dermatología

Urología

Pediatría

Radiología

Fisioterapia

Ortopedia

Fisiatría

Oftalmología

Anestesiología

Otorrinolaringología

Odontología

Nutrición y Dietética

Fisioterapia.

Optometría.

Psicología

1.1.2 Servicios las 24 hora en:

- Urgencias
- Hospitalización adultos
- Hospitalización pediátrica
- Cirugía urgente y electiva
- Laboratorio Clínico
- Rayos X

1.1.3 Otros servicios.

Servicio farmacéutico

Centro transfusiones.....Endoscopia Digestiva Superior

Colonoscopias.....Rectosigmoidoscopias

Cistoscopias.....Colposcopia Biopsia

Ecografía Pélvica, Gestacional, Transvaginal, Hepática y Vías

Biliares, Abdominal, Renal, Tiroidea, Tejidos Blandos, Testicular.

Terapia Física y Rehabilitación.....Electromiografía.

Monitoreo Fetal.....Habitaciones de Pensionados

Procedimientos de Cirugía Estética.

Sobre la capacidad instalada de la ESE hospital se cuenta con variedad de sistemas propios de un hospital de segundo nivel.

(Ver Anexo A)

1.2 COMO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO: ESE

Actualmente la ESE hospital San Juan de Dios cuenta con todos los procesos que por norma debe llevar una empresa de esta categoría siendo del sector publico además de auto sostenible está en los procesos de acreditación de todas sus áreas trabajando bajo los parámetros del SGC (sistema general de calidad) el PAMEC (Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad) y el MECI (Implementación del Modelo estándar de Control Interno)

Como **Empresa** Social del Estado cuenta con un organigrama que rige sus acciones. La JUNTA directiva es el máximo rector de la empresa, a su vez se cuenta en el área administrativa con un Gerente y don Subgerentes: uno Científico, ya que es un hospital y los procesos epidemiológicos así lo demandan y un Subgerente Administrativo para el funcionamiento de la estructura física y el personal que allí labora.

Como empresa cuenta con la siguiente Plataforma Estratégica:

1.2.1 Visión. Proyectada para el año 2012 es ser la ESE líder del departamento de Antioquia en la prestación de servicios de salud de segundo nivel, con recurso humano especializado, con gran calidad humana, tecnología de punta y una adecuada infraestructura.

1.2.2 Misión. Ofrecer servicios integrales de salud a toda la comunidad del municipio y toda su área de influencia con recursos humanos y técnicos idóneos en los principios de calidad, equidad, respeto por la dignidad humana, participación y solidaridad.

1.2.3 Valores corporativos.

- Amistad
- Calidez
- Honestidad
- Lealtad
- Responsabilidad
- Calidad
- Equidad
- Respeto por la dignidad humana
- Solidaridad

1.2.4 Grupo primario de calidad y operativo MECI.

- Gerente del Hospital
- Sugerente Científico
- Subgerente Administrativo y financiero

- Jefes de enfermería(Unidades funcionales)
- Representante del área medica
- Representante del área de odontología
- Auditor médico
- Representante del área de Consulta Externa (Auxiliar)
- Representante del área de Urgencias (Auxiliar)
- Representante del área de Cirugía (Auxiliar)
- Un representante de Hospitalización (Auxiliar)
- Representante de Unidad Funcional Diagnostica
- Atención al usuario
- Responsable de la Oficina de Estadística
- Coordinador de la oficina de Planeación y gestión de la Calidad
- Representante de la Junta Directiva
- Representante de la Oficina de Talento Humano
- Representante de la Farmacia
- Representante de Apoyo logístico

1.3 PLAN DE DESARROLLO ALCALDE ACTUAL MUNICIPIO DE SANTA FE DE ANTIOQUIA¹

El plan de Desarrollo del municipio de Santa Fe de Antioquia, donde se encuentra ubicada la ESE hospital San Juan de Dios del cual estamos tratando, corresponde a la alcaldía del doctor Hemel de J Leal para los periodos del 2008 al 2011, con el slogan “*Santa Fe es mas...*”, en este Plan de Gobierno, de destacan cinco líneas estratégicos: Desarrollo Social, Desarrollo Económica, Desarrollo Política, Institucional y defensa de los derechos ciudadanos.

¹ Plan de Desarrollo de la administración actual. <http://santafedeantioquia-antioquia.gov.co/index.shtml>

Lo concerniente a Salud se encuentra ubicado en el Eje de Desarrollo Social, en donde todos los componentes de atención a la comunidad en el área de salud, medio ambiente, saneamiento básico, agua potable, alcantarillado, promoción y prevención en acciones de salud se encuentran aquí expresados con la importancia que tienen y la prioridad que es atenderlos de manera adecuada y profesional.

Igualmente el señor alcalde como autoridad máxima del municipio es quien lidera y dirige la junta de la ESE hospital según la normatividad.

1.4 ESTRUCTURAS DE CONTROL DE LA EFICIENCIA Y LA EFICACIA DE LOS SERVICIOS

La Norma por la cual se organiza este proceso de gestión de la Calidad trae estipulado que los indicadores de desempeño están dados desde la Eficiencia de los procesos y la eficacia del servicio prestado.

Cuando de calidad se trata, muchos creen que es según sus criterios pero para el caso de la SALUD esto no aplica, la misma norma dice que “La Calidad de la Atención de Salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.” Artículo 4 Titulo I, decreto 2309/2002

Entendiendo la Eficiencia como Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

Para control de la eficiencia y la eficacia de los servicios en la ESE hospital se crean los siguientes grupos de trabajo:

- La Junta de la ESE como máximo organismo tiene gran importancia en el control de la Eficiencia y la Eficacia de los procesos de Calidad en los servicios de la salud que brinda a los usuarios la ESE.
- Grupo Primario de Calidad. Este grupo congrega a todos los líderes de los procesos implementados en cada área de acción.
- Comité de Ética. Se reúne para dar salida a todas las situaciones de quejas y reclamos de los usuarios tanto internos como externos.
- Auditor Medico. Se encarga de decepcionar las situaciones de los usuarios que desde los servicios médicos presente necesidad de una atención especial.

Para efectos de evaluar y mejorar calidad de la Atención de Salud en el S.O.G.C. se deben tener las en cuenta las siguientes características:

- Accesibilidad
- Oportunidad
- Seguridad
- Pertinencia
- Continuidad

Estos anteriores aspectos están planeados en el Artículo 6° del decreto y con base en ellos la oficina de atención al usuario tiene planeados los procesos de Evaluación de Satisfacción a través de herramientas, como formato de evaluación

del satisfacción del servicio, los buzones para el usuario o cualquier medio que decepcione información.

(Ver Anexo B)

1.5 ATENCIÓN AL USUARIO DE LA ESE HOSPITAL

La ESE hospital San Juan de Dios tiene una oficina de atención al Usuario llamada SIAU, que quiere decir Sistema de Información y Atención al Usuario, como lo establece la Normatividad en el decreto 1757 de 1994 en donde se resalta la importancia que desde la constitución política de Colombia de 1991, toma la participación de la comunidad en los asuntos de esta y para el caso en los temas de servicios de salud.

Al revisar los procesos de la ESE hospital San Juan de Dios sobre la oficina del SIAU, encontramos que existe esta atención y el puesto de atención creado desde hace varios años, pero de 5 años atrás no se cuenta con información en carpetas, no se dejaron procesos escritos y de registro que se pudiera consultar. El caso concreto de las reuniones del COPACO (Comité de Participación Comunitaria) en donde los registros no se encuentran en los archivos.

En la administración actual de la ESE si se tiene el proceso construido sobre tan importante servicio. Destacamos acá que la atención al USUARIO es la columna vertebral de todos los procesos, pero a su vez existe un área de atención para este tipo de servicio.

En sus protocolos se encuentran los siguientes procesos:

- Estándares de procedimientos
- Indicadores
- Manuales y guías.

- Flujograma o manual de procedimientos.
- Fichas técnicas para la tasa de satisfacción global
- Fichas técnicas de pertinencia en la Referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Manual para la función de quejas y reclamos
- Cronograma para la revisión, mejoramiento y actualización del SIAU
- Encuestas para Evaluar la satisfacción de los Usuarios.

(Ver anexo C)

En este importante servicio de la ESE para los procesos de Gestión de la Calidad, se hace necesario que la dinámica de atención sea de un equipo con competencias muy específicas como son las de tipo humano, profesional y social.

La oficina del SIAU está ubicada a la entrada de las instalaciones de la ESE cerca a todos los servicios básicos para el usuario a la hora de hacer trámites y realizar procesos administrativos, como son:

- Oficina de referencia y contrarreferencia: acá tramita las citas y demás procedimientos que requieren de procesos con otras EPS.s, hospitalización, exámenes de otros niveles, medicamentos no post, entre otros, que son propios con la DSSA.
- Oficinas de facturación.
- Oficina de asignación de citas
- Urgencias
- Farmacia.

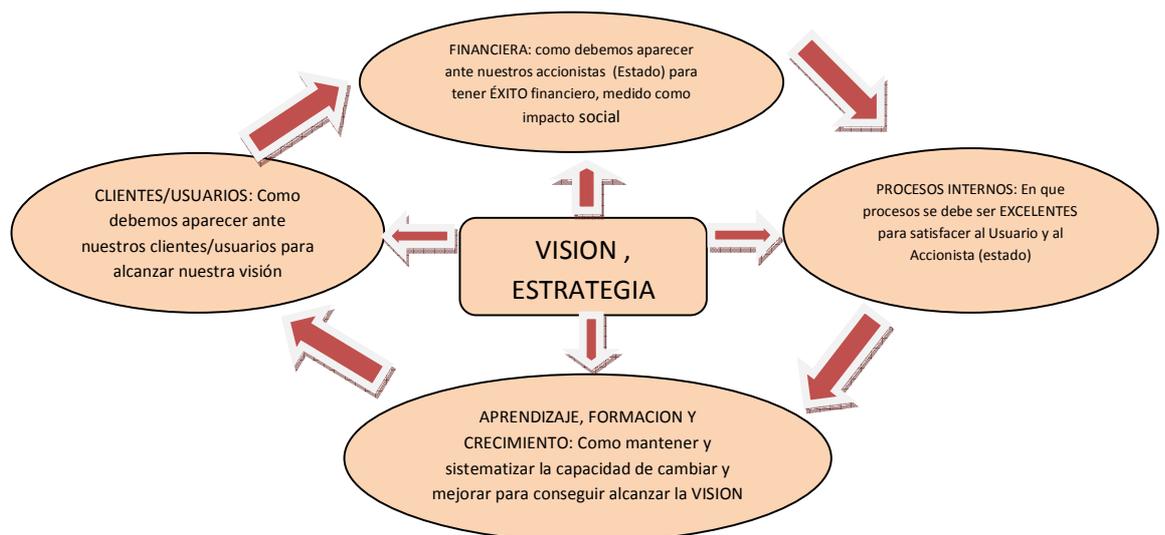
2. BALANCES SCC O CUADRO DE MANDO GERENCIAL

El objetivo de este trabajo está dado en la realización de una propuesta de Balanced Scorecard (BSC) (Tabla o cuadro de mando gerencial Integral CMI) propio de la ESE hospital para que a futuro sea implementada en la empresa hospitalaria con miras a generar un conocimiento más amplio de los logros alcanzados en cada momento, esto involucrando a distintos medios, como los usuarios, los directivos de gerencia, los profesionales de la ESE y demás actores de la comunidad.

El cuadro de Mando Integral que a continuación se propone es herramienta sencillo y fácil de manejar, se partirá del deber ser y se pasará a la realidad constatado a partir del diagnóstico realizado.

Kaplan y Norton; plantean desde lo elemental y para un hospital del sector público se puede asumir su propuesta con ligeras modificaciones. Los soportes de cada perspectiva se explican en la siguiente figura:

Figura 1. Visión estratégica según Kaplan y Norton.



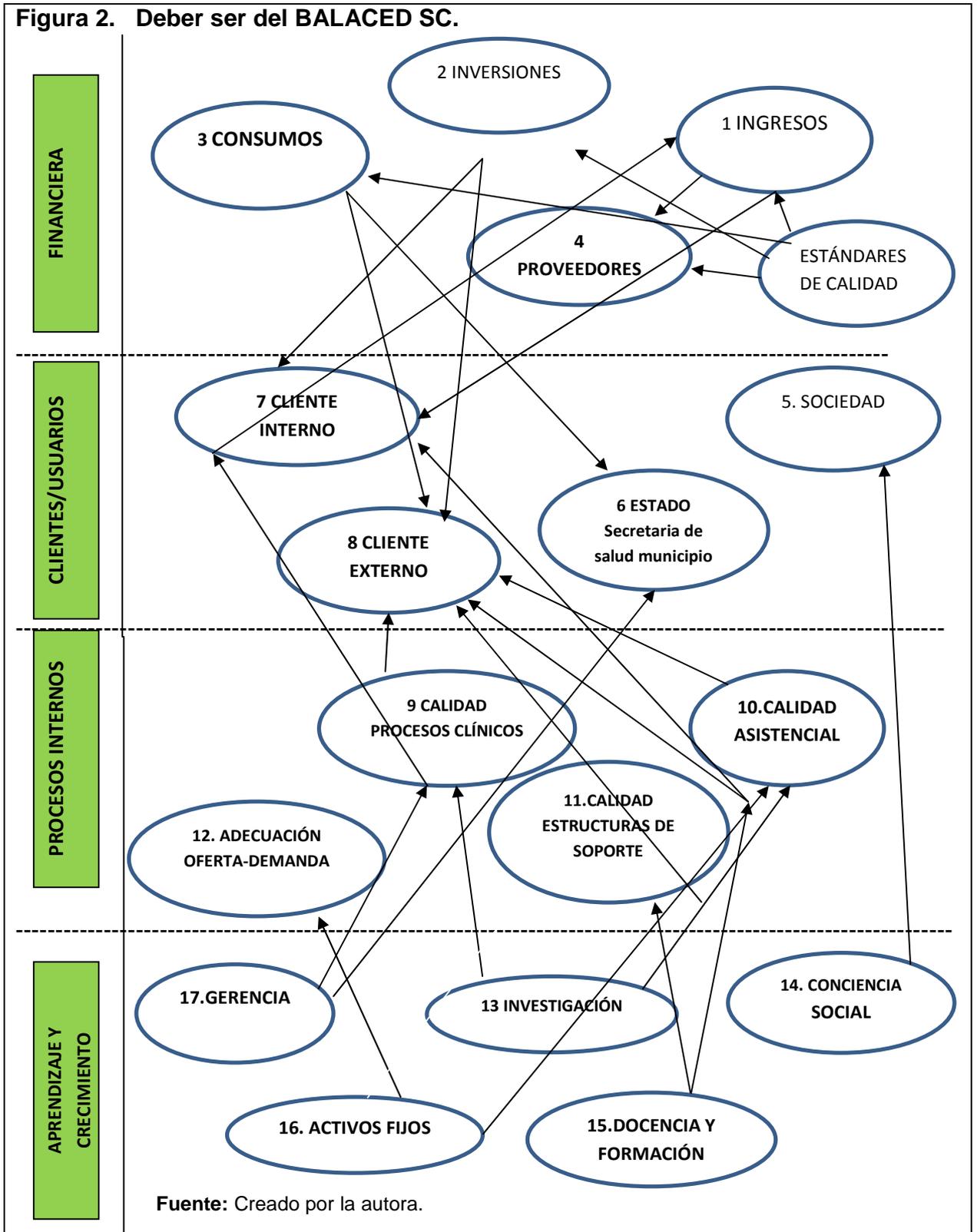
Fuente: KAPLAN y NORTON. The Balanced Scorecard. Measures that Drive Performance, 1992.

El proceso de gestión estratégica se puede dividir a su vez en tres grandes subprocesos:

- Planificación
- Despliegue
- Seguimiento, revisión y mejora

Las dimensiones deben estar integradas y la dinámica de esta integración se puede representar así:

Figura 2. Deber ser del BALACED SC.



Los subprocesos de Planificación por ejemplo exigen de un análisis interno y externo como elemento fundamental. El análisis externo incluye un “entorno general” más allá de la organización, el cual contempla variables como lo económico, lo social, lo político, sociocultural, tecnológico, legal, entre otros. Y el entorno “específico” en donde la organización evalúa a los proveedores, a los clientes y en especial a la competencia. El análisis del entorno, permite a la empresa hacer un diagnóstico de cómo está la organización, de cómo viene funcionando, oportunidades y amenazas la rodean, como a su vez que identificando visualizando las oportunidades y amenazas que la pueden afectar, con el fin de proyectar todo esto hacia el futuro.

2.1 PROYECCIÓN DE LA OPCIÓN APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA BALANCED SCORECARD O CUADRO DE COMANDO

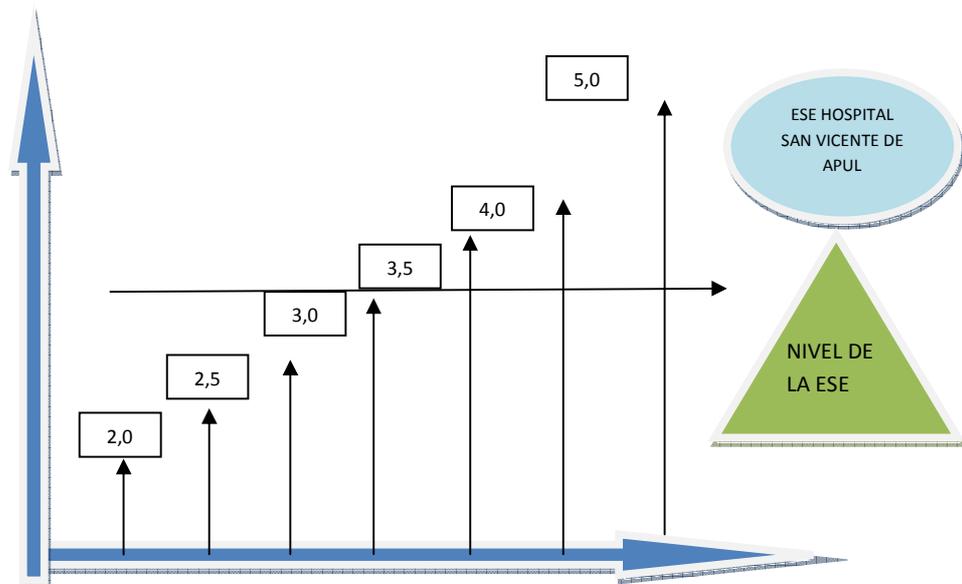
2.1.1 Factor de éxito. Este aspecto es muy importante a medir cada año, debe estar relacionado con otras empresas de las mismas líneas de mercado o servicios que se tengan. Los procesos de comparación permiten medir los niveles de exigencia que la empresa o institución se va dando.

- **Quién es el mejor?** Para el caso de la ESE hospital la propuesta de medición para determinar los niveles de ÉXITO que se van teniendo, debe ser planteada teniendo en cuenta que es un hospital de segundo nivel. Este proceso es imperativo ya que si no tenemos metas con niveles altos, los esfuerzos podrán quedarse a pequeña escala o concentrados en unos pocos actores del proceso.

Con quien se va a comparar en la ESE hospital San Juan de Dios? Esta pregunta debe hacerse así como se expresa y a partir de allí se va dando una dinámica que permite involucrarlos a todos.

Miremos la propuesta de cuadro y las sugerencias a hacerle a la ESE hospital San Juan de Dios, propuesta que es posible de modificar si los niveles anotados acá son muy altos o al contrario demasiado fáciles a lograr.

Figura 3. medición de NIVELES DE ÉXITO



Fuente: Creado por la autora.

2.2 RESULTADOS QUE DEBE ARROJAR LA APLICACIÓN DEL BALANCED SCORECARD (BSC) PARA LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

La dinámica para la interpretación de esta propuesta consiste en que cada color representa un estado de alerta específico y a medida que se da el plan de mejoramiento y las acciones para este, los cambios positivos permiten mover de color el aspecto señalado.

Los planes de mejoramiento se deben dar desde cada perspectiva y es en cada área que se elaboran, estos deben estar monitoreados por la oficina de gestión de la Calidad.

Lo que no se monitorea, empleando para ello los planes de mejoramiento, no se puede supervisar y menos constatar sus mejoras. Esta propuesta de Balanced para la ESE hospital permite a las directivas empezar a aplicar acciones correctivas ante los estados de alerta o riesgo y los estados críticos, los que rápido deben empezar a mejorar.

3. DIAGNÓSTICO

Como es propio de todo proceso, iniciar con una propuesta diagnóstica que permita visualizar de manera general, pero a vez simulando una radiografía, lo que está pasando en el marco de la empresa y a la vez en su interior, teniendo en cuenta especialmente a las personas ya que son ellas las que permiten, desde su sentir y su hacer entender mejor la Estrategia que nos ocupa.

3.1 RECOLECCIÓN DE FUENTES DE OPINIÓN DE LA EMPRESA SOBRE NIVELES DE AVANCE DE LAS PERSPECTIVAS

Con miras a tener una información acertada y confiable se aplicó como herramienta para recoger dicha información un cuestionario o encuesta a 15 empleados de la ESE hospital, personal todo vinculado a la empresa, con años de servicios (mínimo tres años) y que a su vez fueran en lo posible líderes a procesos o de áreas de trabajo.

(Ver Anexo E).

Ante las características antes anotadas que permiten tener un margen de confiabilidad alta sobre la información que se pretende recoger, se destaca además de las actitudes de las personas frente a este ejercicio de consulta donde ya de entrada a cada uno se le hizo un reconocimiento de su papel en el proceso, por ello se considera que las respuestas son 95% confiables, solo en dos casos las respuestas no aportan mucho, uno en donde la persona entrevistada tiene alta desmotivación laborar a nivel personal y donde descarga su inconformismo y otra donde respondió con letra no legible sin lograr que aportara algo a los resultados.

Cuadro 1. Líderes de procesos. Respuestas a la encuesta.

GERENTE	ENFERMERA	PRESUPUESTO
ASESOR DEL MECI	DIRECTORA DE TALENTO HUMANO	AUXILIAR CONTABLE
LIDER DE SERVICIO GENERALES	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO	MEDICO ESPECIALISTA
AUDITOR MEDICO	ASESOR PROYECTO	PORTERO
COORDINADORA AREA FARMACIA	MEDICA COORDINADORA CALIDAD	BACTERIOLOGO JEFE DE LABORATORIO

La encuesta aplicada tiene la siguiente estructura:

Cuadro 2. Aspecto técnico de la encuesta.

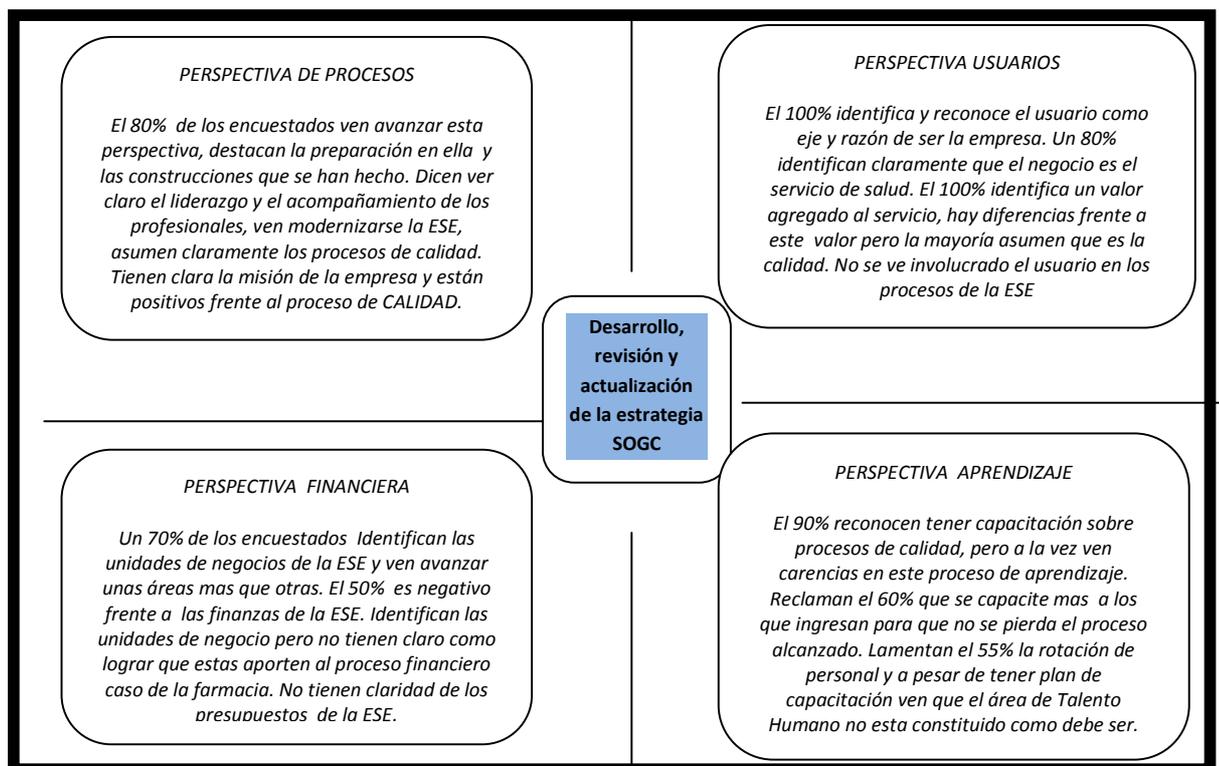
	CLASE	N° Preguntas	Tema de la pregunta.
PERSPECTIVAS	FINANCIERA	3 preguntas	Unidades de negocio Capacidad operativa vs Recursos Presupuesto operativo
	PROCESOS	17 Preguntas	Modernización Habitación Participación Liderazgo Aspectos críticos proceso Gestión de la operación Reuniones de seguimiento Seguimiento a tareas Plan de mejoramiento
PERSPECTIVAS	CLIENTE/ USUARIOS	7 Preguntas	Negocio en que estamos Desafío del negocio Propuesta de valor diferenciador Papel del usuario Evaluación
		9 preguntas	Motivación a las personas Conocimiento Plan Anual de

CLASE		N° Preguntas	Tema de la pregunta.
	APRENDIZAJE		Capacitación Ajuste a la estrategia Variables(externas-internas) Herramientas tecnológicas

Fuente: Creado por la autora.

Las preguntas están dadas por perspectivas, buscando con ello unificar de una vez los pilares de la herramienta propuesta de Balanced SC o cuadro de comando para la ESE hospital. En la parte inferior de cada pregunta está dado el análisis individual a esta, pero a continuación se dará el análisis consolidado de toda la información recogida. (Ver Anexo F).

Figura 4. Desarrollo, revisión y actualización de la estrategia SOGC.



Fuente: Creado por la autora.

3.2 DESCRIPCIÓN DE LAS DIFERENTES PERSPECTIVAS

3.2.1 Perspectiva Financiera. Todos los autores apuntan a unas ideas muy concretas sobre esta perspectiva para una empresa u organización, sin descartar solo esta perspectiva como la más importante, no se puede dejar de reconocer el papel que juega para una organización y su trascendencia.

Los indicadores financieros suelen estar basados en la contabilidad de la empresa y muestran el *pasado* de la misma. El motivo se debe a que la contabilidad presenta una dinámica que es más de lo realizado y lo presente pero que nos permite presupuestar el futuro.

Esta perspectiva abarca el área de las necesidades de los accionistas y para el sector público de las necesidades del estado como en el caso de las Empresas Sociales del Estado: hospitales. Esta parte del BSC se enfoca a los requerimientos de crear valor para el accionista como las ganancias, rendimiento económico, desarrollo de la compañía y rentabilidad de la misma.

La rentabilidad financiera del sector salud del sector público opera igual que la del sector privado. Los accionistas de este tipo de empresas son el ESTADO, quien aporta financieramente haciendo las veces de accionista y quien en vez de recibir dividendos recibe el impacto generado en la salud de los ciudadanos, lo que se ha llamado rentabilidad social.

Las dinámicas financieras operan de la misma manera tanto en la empresa privada como pública, con flujo de recursos, con la diferencia que las ganancias en el sector público no se devuelven al estado, sino que se invierten en los procesos de mejora de la empresa y por ende en la calidad del servicio, para el caso en SALUD.

3.2.2 Perspectiva de clientes. En la época actual, donde los clientes tienen múltiples posibilidades de elección, las empresas deberán orientar sus recursos y procesos internos a dar valor a dichos clientes, de modo que si logramos su satisfacción, obtendremos también la consecuente fidelización. Es básico tener un aspecto diferenciador en el servicio que se presta y para el área de la salud con mayor razón ya que está de por medio los sentimientos, el valor personal, de autocuidado que están por encima de cualquier necesidad.

Para el caso de la salud, la cual es un SERVICIO, hablaremos de perspectiva de USUARIOS, sin dejar de reconocer que también el concepto cliente opera para ellos, ya que así no se espere que el USUARIO/ CLIENTE retorne al servicio de salud para “comprar más” si se espera que quede fidelizado a partir de reconocer el servicio según la calidad dada en el, que recomiende el servicio de la ESE hospital, y que tenga la satisfacción de ser atendido humanamente.

La política de orientación hacia el cliente debe estar recogida en la misión, visión y valores de la empresa u organización. La perspectiva del cliente puede tener numerosos objetivos:

- Segmentación del mercado (cuota de mercado, aumento del nº de clientes, nuevos clientes, satisfacción de los clientes, rentabilidad de los clientes)
- Creación de valor (atributos de los productos, relaciones con los clientes, Imagen y prestigio)

La práctica totalidad de los cuadros de mando recogen los indicadores básicos de los resultados en clientes, como son: cuota de mercado, incremento de clientes, retención, satisfacción y rentabilidad de los clientes.

3.2.3 Perspectiva de los procesos internos. Un proceso podemos definirlo como un conjunto de actividades elementales interrelacionadas entre sí, que transforman una entrada en una salida, consumiendo unos recursos y aportando valor. Los procesos permiten establecer un modelo de gestión diferente en cada organización, al superar el tradicional esquema vertical, y permitir establecer una cadena clientes-proveedores, tanto internos como externos.

No es obvio clasificar los procesos de una organización. con ligeras variaciones de unos autores a otros se suele admitir que hay unos “procesos operacionales o clave”, que para el Hospital se han llamado *misionales* que son los que dan valor al cliente, incluyen desde el conocimiento de sus requerimientos y expectativas, hasta la evaluación de su satisfacción. El resto se suele considerar como “procesos de apoyo” que a su vez se pueden agrupar en estratégicos y de soporte. Los procesos son un elemento clave para el despliegue de la estrategia

3.2.4 Otras perspectivas, “Aprendizaje & Crecimiento”. La consecución de los objetivos de las perspectivas Financiera, Clientes y Procesos requiere recursos internos. Todos los autores hablan de cuatro o más perspectivas para el despliegue de la estrategia. Ahí se incluyen recursos materiales, infraestructuras, sistemas de información, personas, etc. Kaplan y Norton llaman a la cuarta perspectiva “Aprendizaje & Crecimiento” e incluye:

- Preparación de las capacidades de los empleados.
- Potencialización de capacidades de los sistemas de información.
- La motivación, el empoderar, el delegar y acordar unos objetivos coherentes.
- Preparación constante hacia el aprendizaje y crecimiento.

Perspectivas:

- Personas”
- Planificación, gestión y mejora”

- Conocimiento y capacidad”
- Participación y delegación (*empowerment*)”
- Diálogo/comunicación interna”
- Atención y recompensa/reconocimiento”
- Alianzas & Recursos”
- Alianzas externas”
- Edificios, equipos y materiales”
- Tecnología”
- información y conocimiento”
- Resultados en las personas”
- Indicadores clave”

El “aprendizaje” es uno de los elementos clave de cualquier proceso interno en una empresa, organización o institución.

3.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para iniciar el proceso diagnóstico de esta herramienta de encuesta se ha resumido su resultado en una matriz DOFA ya que es la manera más concreta y sintética de mostrar el análisis aportado por los empleados de la ESE hospital San Juan de Dios.

(Ver Anexo F).

- ❖ Del cruce de información **FORTALEZAS/ OPORTUNIDADES** se logra detectar que:
 - Se pueden generar un mayor número de respuesta a la implementación de la estrategia de Gestión de la Calidad.

- Como empresa de salud de segundo nivel el tener líderes en cada unidad de negocio facilita que estas sean potenciadas.
- Tener asesores constantes en los procesos de la estrategia hace que se de continuidad y planes de mejoramiento acertados.
- ❖ Del cruce de la información **DEBILIDADES / OPORTUNIDADES**. Superar las debilidades aprovechando las oportunidades:
 - Con el tiempo que la JUNTA de la ESE considere la integración del personal de cooperativas a vinculados.
 - La atención del usuario debe mejorar, activando otras acciones de la oficina del SIAU integrando desde esta el trabajo con los líderes.
 - Si unimos el tener líderes en las áreas con el hecho que no se hace seguimiento a las decisiones tomadas, encontramos que estos pueden realizar esta acción con cronogramas específicos.
 - Trabajar sobre la motivación de los empleados especialmente de los líderes de los procesos y estos a su vez con sus equipos desde el área de Talento Humano.
- ❖ Estrategias **FORTALEZAS / AMENAZAS**, permiten usar las fuerzas para evitar y minimizar los riesgos resultado de las amenazas
 - Tener habilitados los servicios de salud permiten procesos más seguros, pero se debe fortalecer la oficina de Talento Humano.
 - El riesgo de los empleados no vinculados es difícil de minimizar especialmente con las fortalezas que se proponen.

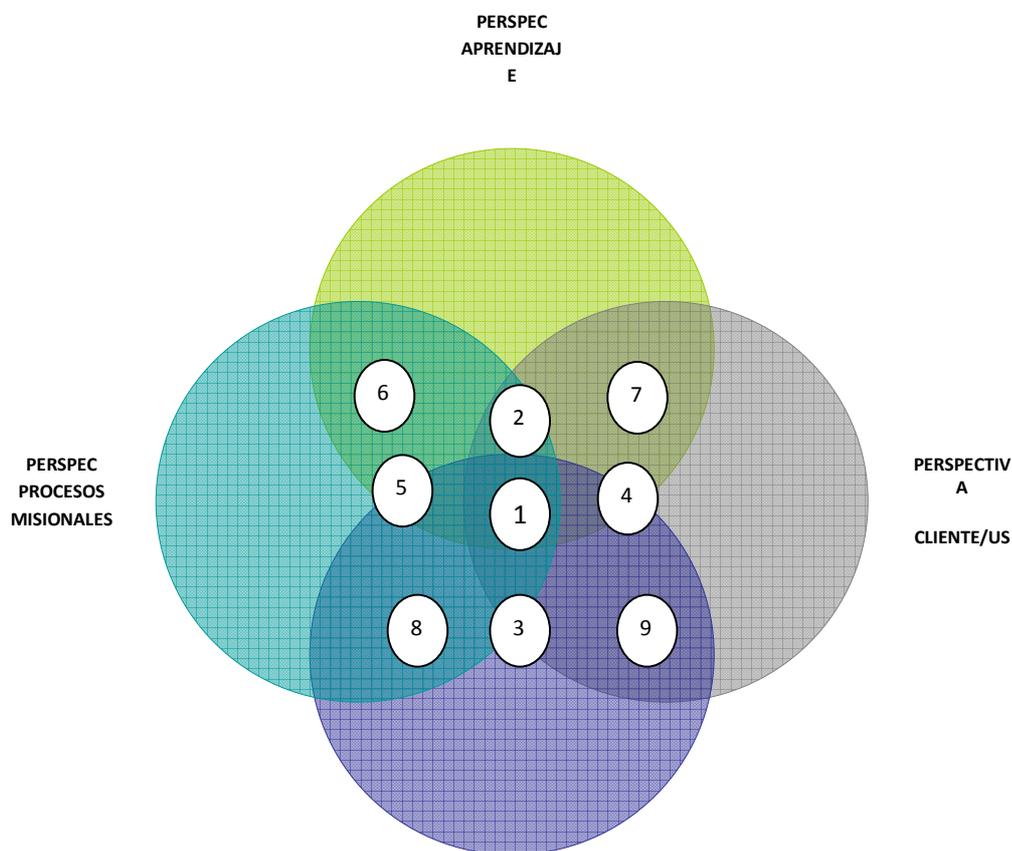
- Desde el área de talento Humano fortalece la selección del personal para minimizar el impacto de la presión política en los cargos.
- ❖ Estrategias **DEBILIDADES /AMENAZAS** Reducir las debilidades y evitar amenazas.
- La rotación de personal se debe en gran parte a la presión de puestos políticos, buscar fortalecer Selección de personal en la oficina de Talento Humano.
- El no realizar un seguimiento a las decisiones tomadas se vuelve más preocupante ante el hecho que algunos sean negativos para atender este proceso de la estrategia.
- La negatividad de los empleados públicos debe ser atendida con estrategias claras y concretas para minimizar el impacto de estas en los resultados.

➤ **GRÁFICA DE ESTE ANALISIS**

Buscando hacer más claro el análisis, se ha llevado a una gráfica que permite ver a más profundidad las relaciones de cada perspectiva, especialmente cuando se conjugan tres de ellas en intersecciones que generan dinámica, que es lo que se busca para la propuesta general.

El cuadro consolidado muestra el resultado de cada intersección y su posible proyección.

Gráfica 1. Resultado de cada intersección y su posible proyección



1. El Usuario del servicio de Salud como eje del proceso: este logro aún no se consigue

2. El resultado financiero se invierte en el usuario, para este proceso se debe trabajar más perspectiva de aprendizajes financieros.

3. La perspectiva financiera debe estar direccionada a dar calidad a la infraestructura de la ESE para el ejercicio de procesos misionales.

4. Desde la perspectiva de Aprendizaje se debe lograr que ese usuario se capacite en el servicio y misión de la ESE como empresa de salud. Importante cliente interno y externo.

PERSPEC FINANCIERA

5. La perspectiva de procesos han avanzado significativamente, la de usuarios de manera regular y las financieras en forma lenta.

6. No se ve conversar estas dos perspectivas en la ESE hospital, deben conectarse ya que la razón de ser de la ESE es el usuario.

7. Poco desarrollo de esta intersección. El ejercicio de capacitar al usuario debe ser fuerte y constante.

8. las perspectiva financiera con la misional conversan en la medida que los presupuestos y lo contable permitan la mejora constante de la infraestructura y la plante de personal.

9. Las capacitaciones en los procesos son fundamentales para CALIDAD.

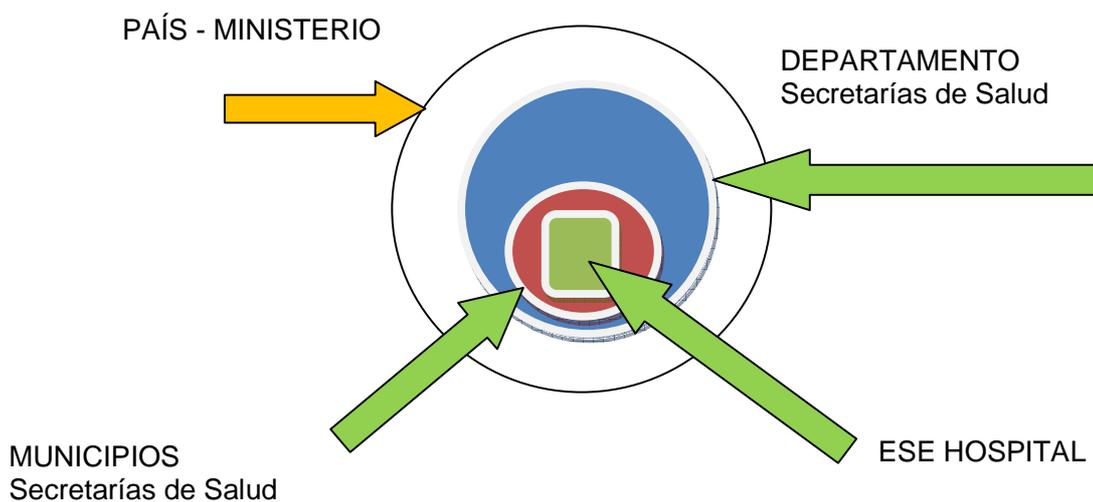
Fuente: Creado por la autora.

3.4 DIAGNÓSTICO GENERAL A LA FECHA

La salud en Colombia es un derecho de cada uno de los ciudadanos, por ello el estado es el encargado de su manejo y control como servicio y desde lo macro, se cuenta con el Ministerio de la Protección social para su gerencia. En una escala de manejo y control inferior están a nivel departamentales las Secretarías de Salud departamentales ejerciendo vigilancia, acompañamiento y control a los entes territoriales que son los municipios, los cuales en sus competencias tienen el proceso de vigilar y acompañar a las ESE hospitales.

La grafica siguiente muestra esta dinámica expuesta y la importancia de los macroprocesos y los procesos. Estos anteriores están dados para que los servicios sean habilitados, si son misionales de la operación, y para que se lleve a calidad los que son tanto misionales como de apoyo.

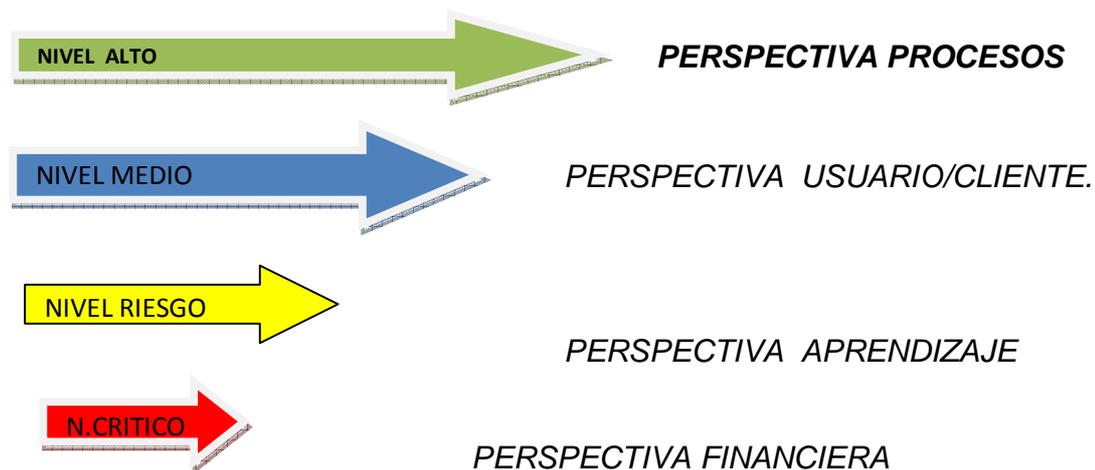
Gráfica 2. Dinámica expuesta y la importancia de los macroprocesos y los procesos.



Fuente: Creado por la autora.

A la fecha de elaborado este diagnóstico, la ESE hospital San Juan de Dios se encuentra en los procesos propios de Sistema Obligatorio de Gestión de la Calidad SOGC, avanzando de las cuatro perspectivas en unas más que en otras, las cuales al no ir a la par generan situaciones importantes de evaluar para ser llevadas a planes de mejoramiento, ya que en definitiva todo lo que es a mejorar, afecta al USUARIO, quien es la razón de ser de le EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE hospital San Juan de Dios.(Santa Fe de Antioquia).

Gráfica 3. Niveles para la época según diagnostico construido.



Fuente: Creado por la autora.

3.5 PROCESOS INICIADOS EN LA GERENCIA ANTERIOR

Consultando los archivos de la ESE hospital San Juan de Dios, encontramos información referente a la implementación del Decreto 2309 del 2002 donde se reglamenta la puesta en marcha del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), en todas las instituciones de Salud del Estado Colombiano.

Para el año 2004 bajo la gerencia del doctor Saulo Armando Rivera se da inicio al proceso que la norma (decreto 2309/2002) manda especialmente en lo referente a la Habilitación y Acreditación de servicios de Salud de la ESE de Santa Fe de Antioquia.

Revisando la historia se observa un proceso coordinado desde la gerencia y la contratación de un experto para que de inicio a la implementación de dicho proceso. Para lograr lo anterior, se conforma el Grupo Primario de Calidad y el Grupo para Estandarización. A finales del año 2004 ya rueda el proceso, se inician estudios para tener un diagnóstico.

Se presenta a la gerencia un proyecto sobre Formulación de Indicadores, Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad: PAMEC, en donde se propone trabajo en todos los estándares de procedimientos, formatos, entre otros protocolos.

Para mediados del año 2005, se retoma con la contratación del asesor y se dan capacitaciones a los empleados para ir integrando los temas especialmente el de Habilitación de los servicios de la ESE. Se inicia trabajo del PAMEC (Auditorias para el mejoramiento de la Calidad). El doctor William Duque asesor de esta implementación empieza a trabajar seguimiento a Riesgos, Auditorias a Historias Clínicas y se Construye el Manual de Referencia y Contrarreferencia.

Para la época ya se tiene:

- Plataforma estratégica
- Diseño de Macroprocesos (Ver Anexo D)
- Mapa de procesos.
- Estandarización de procesos misionales.

En el 2006 después de hacer el proceso de Habilitación de los servicios de la ESE San Juan de Dios, se realizan reuniones para revisar en octubre de este año los Requerimientos del Ministerio de la protección Social sobre el proceso. Se implementan las capacitaciones de manera más continuas en temas como:

- Estandarización en Sistemas de Información.
- Estándares de procesos.
- Manejo de riesgos
- Estándares de Habilitación
- Metodología de Autoevaluación centrada en procesos.
- Evaluación de estándares
- Acreditación
- Revisión de Versión para entregas a CGH
- Proceso de atención al Usuario-Asistencial

Se empiezan a diseñar los distintos procesos de las áreas misionales especialmente y estos son llevados a flujogramas:

- Ayudas diagnosticas
- Consulta Externa
- Hospitalización
- Urgencias
- Cirugía

Se estructura el Manual de procesos y procedimientos Asistenciales, a la vez que se da un paso importante en los protocolos creando los códigos de cada área y servicio, se crea el formato para presentación de textos y quedan establecidos los indicadores de desempeño, así:

Cuadro 3. Esquema resumen.

	Satisfacción	Seguridad	Calidad técnica	Accesibilidad/Oportunidad
Estructura (Eficacia)			X	
Proceso (Eficiencia)		X		
Resultado (Efectividad)				X

Fuente: Creado por la autora.

3.6 NORMATIVIDAD DE SOPORTE DE ESTA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC

En el Decreto 2309 del 15 octubre del 2002, Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia se reglamenta en sus artículos aspectos de modernización del estado en lo relacionado con el sector público, de manera especial introyectar a los procesos público, manejos empresariales de alta gerencia dando un giro muy importante a la Salud y al concepto de atención al usuario, pasando de hacerlo ver como una donación, obsequio o dadiva para pasar a verlo como un servicio, un producto tangible que debe tener entre quien lo ofrece y quien lo recibe vínculos de especial carácter.

La norma además permite entender la importancia que tiene el SERVICIO y el USUARIO, cuando de vender servicios de SALUD se trata, destacando los derechos que los usuarios tienen a la hora de comprar estos servicios.

Aparecen entonces conceptos desde la norma que dan camino a entender todos los procesos de Habilitación, acreditación y posterior certificación en calidad.

El artículo 3 del decreto habla de la **ATENCIÓN DE SALUD**. La Atención de Salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.²

Si la Salud es un derecho fundamental como lo dice la constitución política de Colombia, entonces cualquier decreto que la reglamente debe estar actualizado y acorde a los modelos de gestión de la época y de manera especial impregnado de directrices gerenciales que muestren su modernismo.

Para lograr lo anterior, en el Artículo 7° se plantean los componentes del S.G.C. Sistema de Garantía de la Calidad, los cuales en su orden de implementación son:

- El Sistema Único de Habilitación
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud
- El Sistema Único de Acreditación
- El Sistema de Información para la Calidad

Estos componentes deben además estar ligados a unos principios que los guíen para lograr los objetivos y son detallados en la norma en el Artículo 47 que plantea los principios que deben regir el proceso de Salud:

² Decreto 2309 de 2002, p. 1.

- ✓ **Confidencialidad:** La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales. No obstante, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las instituciones acreditadas.

- ✓ **Eficiencia:** Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

- ✓ **Gradualidad:** El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud

3.7 PLAN DE DESARROLLO DE LA GERENCIA PARA LA ESE 2008-2011

El Plan de Desarrollo de la ESE hospital San Juan de Dios para el periodo 2008 - 2012 está diseñado con miras a cumplir con la normatividad del Ministerio frente a la modernización de los procesos de Gestión de la Calidad.

El Plan de Desarrollo está estructurado para dar respuesta a los procesos implementados desde el año 2005 por la anterior gerencia y con miras a certificar en procesos de calidad en salud.

Este plan tiene una propuesta organizada, con información que permite identificar que ha sido la ESE Hospital, su contexto, sus avances y la propuesta a futuro de la gerencia para estos 4 años que en el momento van cumpliéndose. Toca al

terminar el proceso de gestión de la gerente actual, evaluar hasta donde se llevó a cabo lo planeado en este Plan de Desarrollo de su Administración.

Al leer la propuesta del Plan de Desarrollo de la Gerencia de la ESE hospital San Juan de Dios para los periodos 2008 – 2012, se observa un diseño amplio, organizado por momentos y componentes, con una justificación acorde a la necesidad de gerenciar un proyecto de esta magnitud, con una propuesta de perspectivas a trabajar que estar acordes a la gerencia moderna.

Para la construcción de este proyecto a desarrollar en la ESE se partió de la Ley 100 del 93 pero también se hizo sólido teniendo en cuenta las directrices del Ministerio de la Protección Social y el Plan de Desarrollo del Departamento de Antioquia.

3.7.1 Objetivo general. “Mejorar las condiciones de salud, para contribuir al desarrollo humano integral de la población antioqueña”.

“Se pretende mejorar los entornos sicosociales, lograr estilos y comportamientos de vida saludables; mejorar las condiciones sanitarias y ocupacionales que afectan la salud de la población; el acceso y la calidad de los servicios de salud y fortalecer la capacidad de los actores del Sistema General de Seguridad en Salud –SGSSS- para asumir las competencias, con el objeto de mejorar la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud oral y la salud mental; disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis, las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades; mejorar la situación nutricional, la seguridad sanitaria y ambiental, la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral; y fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional de la salud pública, contribuyendo así a disminuir las inequidades en salud y lograr el desarrollo humano integral y sostenible de la población del departamento, con enfoque diferencial que incluye las variables de ciclo de vida, situación de vulnerabilidad (personas en situación de discapacidad y/o desplazamiento), género, etnia o condición socioeconómica”³

³ Plan de Desarrollo de la Gerencia 2008-2011.

3.7.2 Objetivos específicos.

- Mejorar el estado de salud de la población antioqueña.
- Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
- Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
- Disminuir las inequidades en salud.
- Fortalecimiento de la red pública de salud departamental

3.8 PERSPECTIVAS DE TRABAJO EMPRESARIAL

El trabajo empresarial del sector privado se asemeja en gran medida al que se propone del sector público, teniendo en cuenta de manera especial que este sector este direccionado por múltiples normas las cuales hacen en ocasiones más lentos los procesos.

Para las perspectivas a trabajar, se tendrá en cuenta las mismas cuatro que Kaplan y Norton proponen para las empresas privadas ya que aplican al cien por ciento, solo solo se hará la diferencia por cuestiones de presión que cliente es igual a usuario de servicios.

En la ESE hospital san Juan de Dios, se ha construido una plataforma empresarial que sirve de base a todas estas perspectivas, las cuales se han ido construyendo en el tiempo del cual hablamos en el aspecto histórico.

3.9 NIVELES DE DESARROLLO DE CADA PERSPECTIVA EN LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

3.9.1 Avances del proceso de la ESE. El MODELO DE GESTION de la ESE hospital San Juan de Dios, de Santa Fe de Antioquia, está diseñado con 11 factores críticos de ÉXITO, a su vez cuenta con 4 pilares de gestión, en el ejercicio que se plantea se puede visualizar, a partir de los datos aportados por las

personas entrevistadas, en donde se ha integrado el área o no a los procesos de calidad que se vienen implementando.

Cuadro 4. Resultado de las perspectivas BALANCED en la ESE.

PERSPECTIVA	EJES SEGUN LA ESE	AREAS QUE LA COMPONEN	ESTADO/SI se ha integrado o NO
PERSPECTIVA FINANCIERA	<ul style="list-style-type: none"> Gerencia financiera y administrativa Garantía de la Calidad 	Contabilidad Presupuesto. Facturación Cartera Revisor fiscal ----- Secretariado. Archivo Almacén Mantenimiento Servicios generales	SI NO NO SI NO NO NO NO NO
PERSPECTIVA CLIENTE	Garantía de la Calidad. Prospectiva Social Satisfacción cliente	Oficina de Calidad, Talento Humano. Bienestar social (cliente interno), Oficina de atención al Usuario SIAU	SI NO SI
PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS	Direccionamiento estratégico El liderazgo Prestación de servicios (Áreas de apoyo y tecnología Infraestructura y tecnología	Gerencia, las subgerencias. Oficina de Planeación de Calidad. Administrativos Contratación, Atención Jefe de personal.	NO NO NO
PERSPECTIVA APRENDIZAJE	Gestión Talento Humano Desarrollo Sostenible Garantía de la calidad	Oficina de Talento Humano. Oficina de Planeación de la Calidad. Asesorías del proceso	NO NO NO

Fuente: Creado por la autora.

3.10 PROYECCIÓN DE DESARROLLO DE CADA PERSPECTIVA

El SGCS comprende el Sistema Único de Habilitación (SUH) de carácter obligatorio para hospitales, clínicas, centros médicos el cual establece normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se registra, verifica y controla el cumplimiento de condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de la capacidad técnico-administrativa, indispensables para entrar y permanecer en el sistema de salud; con ello se busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios de salud.

Otro componente del SGCS que aporta valor agregado y de gran impacto para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud es el Programa de Auditoría Interna para el Mejoramiento de la Calidad el cual determina la importancia del seguimiento para garantizar que los estándares de calidad se mantienen y mejoran en forma permanente.

Pero no solo existe en un hospital los servicios médicos y lo que estos encierra, también están las áreas de Apoyo, incluidas en el MAPA DE PROCESOS, sin las cuales no sería viable la venta del servicio de la salud.

Se hace necesario entonces teniendo en cuenta lo anterior, que aparezca una manera de enmarcar las cosas, con la visión a futuro que estas tienen. Las perspectivas son la ilusión visual percibida por un observador para ayudar a determinar la profundidad en que están las situaciones planteadas y programadas.

El método para medir las actividades de una compañía en términos de su visión y estrategia, permite proporcionar a los gerentes una mirada global de las perspectivas del negocio.

Para evaluar las cuatro perspectivas (según Kaplan y Norton); Financieras, del Cliente/usuario, Operativa y de aprendizaje, es necesario tener herramientas de conocimiento en aspectos muy claves como son las de administración de empresas que muestra continuamente cuándo una compañía y sus empleados alcanzan los resultados definidos por el plan estratégico. También es una herramienta que ayuda a la compañía a expresar los objetivos e iniciativas necesarias para cumplir con la estrategia, son el diseño de Indicadores claros y concretos.

Las perspectivas a nivel empresarial están determinadas y se ajustan a cualquier empresa: financieras, procesos, servicio-usuario, aprendizaje. Estas comprenden todo lo que encierra cualquier empresa sea esta de productos o de servicios, del sector privado o público como es el caso de una ESE hospital.

4. PROPUESTA DEL BALANCED SC O CUADRO DE COMANDO

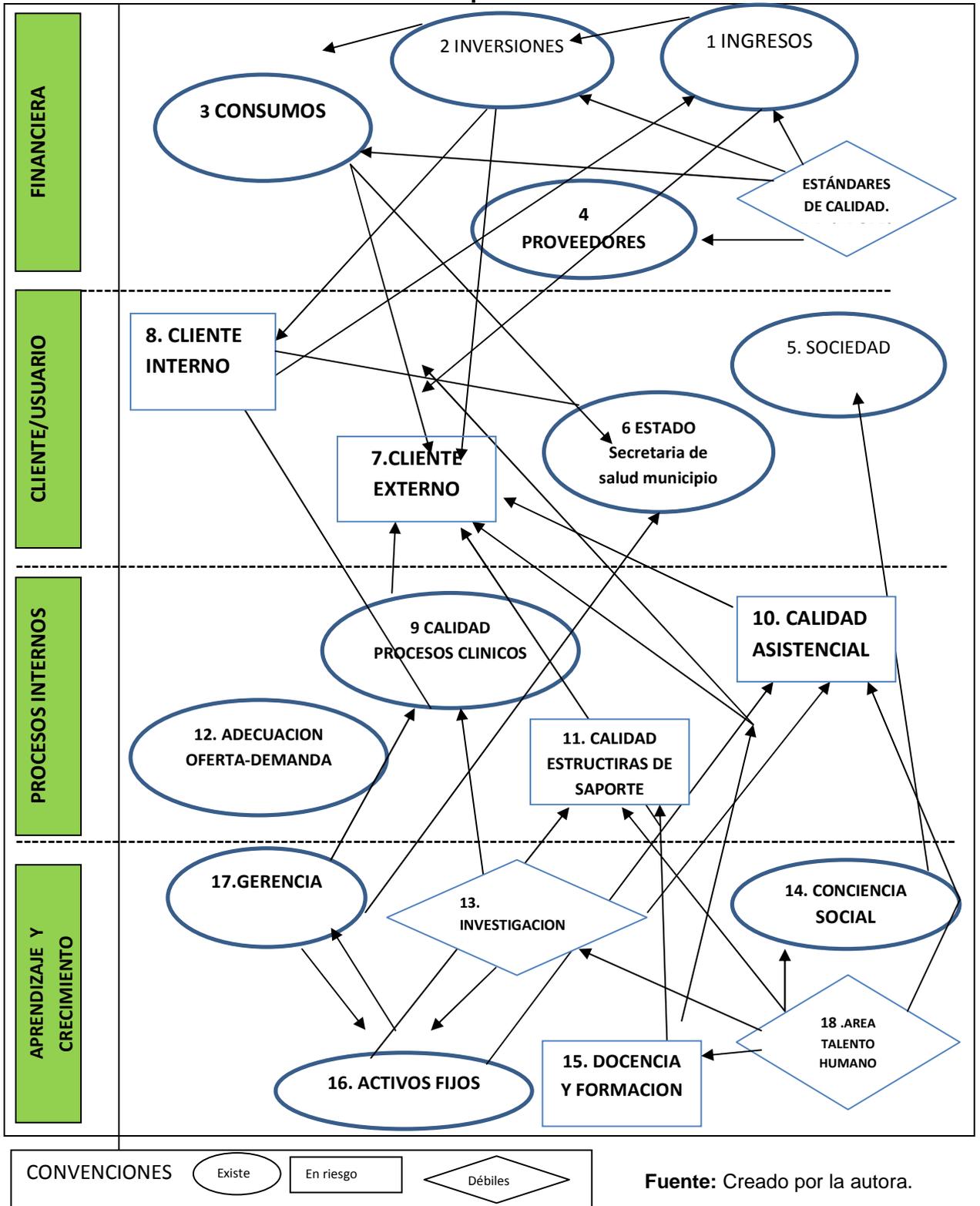
La implementación de un Balanced SC o cuadro de comando en la ESE hospital del sector público ayuda a obtener una visión de conjunto mucho más amplia que la que se viene realizando con instrumentos tradicionales de evaluación, además permitirá medir los procesos en razón de su valor estratégico. Cada modelo aportará unos resultados que se podrán emplear en distintos momentos del proceso de gestión.

Con esta propuesta se puede constatar que las organizaciones que gestionen bien su información, que mida lo que le interesa realmente medir, alcanzará una gran ventaja sobre otras empresas que tengan más descuidado este aspecto.

La siguiente propuesta está dada para facilitar la autoevaluación, a partir de los resultados de la encuesta la cual fue llevada a la matriz DOFA en donde se explica ampliamente.

Este Balanced SC es una herramienta o metodología para apoyar la mejora continua de la organización, que para este caso es un hospital del sector público. Se recoge la gestión de la organización, se lleva a cuadro que a continuación se presenta y por cada perspectiva se plantean unos indicadores a evaluar, con metas y peso real dentro del proceso. Los indicadores para la autoevaluación son el resultado de lo arrojado en el diagnóstico.

Figura 5. Balanced SC o cuadro de comando propuesto para la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia.



Queda a criterio de la gerencia de la ESE y del equipo de Gestión de Calidad la dinámica que este trabajo plantea, si es que se desea avanzar desde la autoevaluación y la autogestión.

Tabla 1. Diseño de una propuesta de BALANCED SC para la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia.

AÑO 2012				
PERSPECTIVA E ITEM	META	PESO REAL	COMPARTIVO	CALIFICACION/trimestral
<i>Perspectiva Clientes / Usuarios</i>				
Implementación de los programas de P y P (promoción y prevención)	90%	10%	ESE hospital Rionegro	
Nivel de respuesta al ministerio de la protección social a través de la Secretaria de salud del municipio.	100%	5%	ESE hospital Rionegro	
Satisfacción Cliente/usuario interno	80%	5%	ESE hospital Rionegro	
Satisfacción Cliente/usuario Externo	80%	5%	ESE hospital Rionegro	
TOTAL		25%		
<i>Perspectiva Financiera</i>				
Los logros de	100%	8%	ESE hospital	

PERSPECTIVA E ITEM	META	PESO REAL	COMPARTIVO	CALIFICACION/trimestral
Facturación al			Rionegro	
Utilidad Bruta/facturación	30%	3%	ESE hospital Rionegro	
Proveedor: Calidad y oportunidad de los insumos por parte de los proveedores.	80%	4%	ESE hospital Rionegro	
Porcentaje de inversión en el presupuesto anual no inferior al 10%	10%	4%	ESE hospital Rionegro	
Utilidad Neta/facturación	15%	3%	ESE hospital Rionegro	
Gastos/facturación	15%	3%	ESE hospital Rionegro	
TOTAL		25%		
Perspectiva Talento Humano				
Encuesta Clima laboral	65%	3%	ESE hospital Rionegro	
Liderazgo	70%	2%	ESE hospital Rionegro	
Aumento de los niveles de compromiso del personal de la ESE con la estrategia (SOGC)	70%	3%	ESE hospital Rionegro	

PERSPECTIVA E ITEM	META	PESO REAL	COMPARTIVO	CALIFICACION/trimestral
Aumento en el cumplimiento del Plan de capacitaciones	75%		ESE hospital Rionegro	
**Reuniones Temáticas de capacitación técnica (Médica, sistemas, otros)	85%	4%	ESE hospital Rionegro	
**Encuentros crecimiento personal.	85%	4%	ESE hospital Rionegro	
Comités Epidemiológicos de la ESE . Realización de uno por mes.	100%	4%	ESE hospital Rionegro	
Incentivos a capacitaciones en los empleados (pregrados, cursos, diplomados)	70%	3%	ESE hospital Rionegro	
Estabilidad de los empleados (vinculados y de contrato). Esto depende de la normatividad sobre el tema.	70%	2%	ESE hospital Rionegro	
		25%		
<i>Perspectiva Operativa o de productividad</i>				
Clientes atendidos/Meta	85%	7%	ESE hospital Rionegro	

PERSPECTIVA E ITEM	META	PESO REAL	COMPARTIVO	CALIFICACION/trimestral
Tiempo de asignación citas consulta externa	90%	5%	ESE hospital Rionegro	
Tiempo de asignación citas Especialistas	80%	5%	ESE hospital Rionegro	
Tiempo de espera en Urgencias.	90%	5%	ESE hospital Rionegro	
Implementación de equipos biomédicos, 2 por semestre.	80%	3%	ESE hospital Rionegro	
		25%		
TOTAL		100%		
NOTA: Esta es una propuesta, las Metas, el peso de cada items, con quien se comparen y la calificación, son decisiones tomadas en el Comité de Seguimiento a la Gestion de la Calidad y avalada por la Junta de la ESE.				

Fuente: Creado por la autora.

4.1 ANÁLISIS DE CADA PERSPECTIVA Y DE SUS INDICADORES

4.1.1 Perspectiva de Cliente/Usuario.

- Implementación de los programas de P y P (promoción y prevención). 90%. Este indicador es muy importante en especial porque los niveles de salud se medirán desde número de población sana/ número de población con alguna afección. La ley 1348 del 2011 direcciona la mayoría de los servicios de salud desde la promoción y la prevención como acciones antes de atender la enfermedad.

- Nivel de respuesta al ministerio de la protección social a través de la Secretaria de salud. 100%. Los múltiples programas por donde se envía información al ministerio de la protección social, los cuales son de carácter obligatorio de tramitar se direcciones desde la Secretaria de Salud. Implica que este indicador debe estar siempre al cien por ciento.
- Satisfacción Cliente/usuario interno. 80%. Este indicador está dado con metas que parten de los resultados obtenidos en el semestre inmediatamente anterior. Respuestas dadas / Cantidad de clientes internos de la ESE.
- Satisfacción Cliente /usuario Externo 80%. Este indicador está dado con metas que parten de los resultados obtenidos en el semestre inmediatamente anterior. Respuestas dadas en evaluaciones de satisfacción/ # de clientes externos encuestados de la ESE.

4.1.2 Perspectiva Financiera.

- Facturación. 100%. Número de facturas realizadas / servicios vendidos. Los soportes del área financiera están dados desde el logro de la calidad en la facturación. El reto es lograr la meta al cien por ciento ya que lo que no se facture se pierde. Mucha de la información dada desde lo contable está dada por los niveles de glosas aplicadas a facturaciones dadas; ejemplo # de facturas glosadas/# de facturas realizadas. Esto permite revisar las cantidades de dinero que dejan de ingresar por la variable malos procesos de cobro.
- Utilidad Bruta/facturación 30% El indicador que se puede proponer acá es # de ingreso por factura/ #de ingreso promediado periodo anterior. Se busca es medir los incrementos de estos ingresos.

- Proveedor: calidad y oportunidad de los insumos 80%. Teniendo en cuenta de los proveedores, tiempo de entrega y calidad de lo entregado se calcula que cada vez se entregue en menos tiempo y que sean menores las cantidades de productos devueltos por evaluación en calidad.
- Porcentaje de inversión en el presupuesto anual no inferior al 10%. Se presenta un indicador que compara las cantidades de dinero incluidas en el presupuesto periodo anterior/ cantidades de lo incluido en el periodo actual.
- Utilidad neta/facturación 15%. Se evalúa acá lo que queda después de descontar impuestos y demás compromisos. Este dato se compara con periodos anteriores para ver si se está teniendo mayor ganancia o por el contrario se disminuye.
- Gastos /facturación 15%. Se deben comparar las ganancias después de descontar gastos operacionales, los pasivos si hay y así ver resultado de lo facturado. Este dato se debe comparar por años.

4.1. 3 Perspectiva talento Humano.

- Encuesta clima laboral 65%. El buen conocimiento del clima laboral puede proporcionar a la empresa la información útil que necesita la gerencia para mejorar la productividad, en este caso los rendimientos en la atención de salud. El clima laboral se debe medir a partir de un instrumento diseñado para ello y si no se tiene un referente para comparar como meta, se debe plantear uno que para el caso propongo un 65% y se debe socializar con todo el personal buscando potenciar este importante aspecto.

- Aumento niveles de Liderazgo de la ESE.70%. El indicador para medir este aspecto está marcado en Niveles de liderazgo de la ESE actualmente / los niveles de liderazgo medidos en 2010.
- Aumento de los niveles de compromisos del personal de la ESE con la estrategia SOGC 70%. La evaluación del personal de la ESE es muy importante a partir de un formato para ello. Si los empleados son de carrera administrativa existen unos formatos oficiales los cuales dan puntajes de 1 a 1.000. Se construye el indicador sacando el promedio del semestre 2011 de todas las evaluaciones/ porcentaje del promedio evaluaciones 2010.
- Aumento en el cumplimiento del plan de capacitaciones: No es suficiente con tener el diseño de un plan de capacitaciones, este de por si no muestra un resultado. Se hace necesario medir la aplicación de dicho plan. Actividades ejecutadas en el diseño para el semestre / las actividades planeadas:
 - ✓ Reuniones temas de capacitación técnica 85%.
de actividades ejecutadas / # de actividades planeadas
 - ✓ Encuentros de crecimiento personal. 85%
de actividades ejecutadas / # de actividades planeadas.
- Comités epidemiológicos de la ESE. 100%. Estos comités deben ser uno por mes, para un total de 12 el indicador seria # de comités epidemiológicos realizados/ # de comités epidemiológicos planeados.
- Incentivos a capacitaciones en los empleados (estudios de pregrado, diplomados, cursos, otros) 70% El indicador estaría dado desde los datos de # de empleados que reportan certificados de algún estudio, también sobre

promociones por niveles de estudio. Se compara con los datos obtenidos en el año anterior.

- Estabilidad de los empleados (vinculados y de contrato), esto depende de la normatividad vigente. 70%. El ideal es que el 100% de los empleados estén vinculados y no existan las cooperativas como intermediarias para prestar el servicio de salud a la ESE. La realidad es que aún no está normatizado este tema, pero igual se puede medir con un indicador sencillo así: # de personas que ingresan a cargos vinculados/ el # de personas vinculadas en la ESE.

4.1. 4 Perspectiva Operativa o de productividad.

- Clientes atendidos/Meta 85%. La ESE debe tener como datos estadísticos las cantidades de usuarios atendidos por cada año, con este dato más los datos del primer semestre 2011, se saca el porcentaje de atendidos según meta.
- Tiempo de asignación de las citas consulta externa 90%. Uno de los elementos que se miden cada semestre en el de los tiempos para asignación de citas, con este dato, se trabaja el indicador así: tiempo promedio asignación de cita consulta externa / tiempo promedio semestre inmediatamente anterior.
- Tiempo de asignación cita consulta con el especialista 80% Otro elemento que se miden cada semestre en el de los tiempos para asignación de citas , con este dato, se trabaja el indicador así: tiempo promedio asignación de cita consulta especialistas / tiempo promedio semestre inmediatamente anterior.
- Tiempo de espera en urgencias. 90% Este servicio es uno de los más importantes para medir, cada semestre se ha ido midiendo en los tiempos para la atención, con este dato, se trabaja el indicador así: tiempo promedio de atención en urgencias/ tiempo promedio semestre inmediatamente anterior.

- Implementación de equipos biomédicos (2 por semestre) 80%. La modernización de los equipos de trabajo para implementar la respuesta de atención con calidad se puede calcular así: $\frac{\# \text{ de equipos biomédicos adquiridos en el semestre}}{\# \text{ de equipos biomédicos propuestos para el año}}$ en la planeación y como meta.

Como se puede observar, son claras propuestas de indicadores en cada perspectivas de un cuadro que permite monitorear las acciones realizadas, teniendo en cuenta como parámetro de las acciones, que lo que no se contabiliza y no se escribe, no se puede monitorear, por lo tanto tampoco controlar. La gerencia y las áreas de control, se verán fortalecida con una herramienta como estas que les permitirá tener al personal en función de unos logros de indicadores y de alcanzar unas metas.

5. CONCLUSIONES

- La propuesta de un Balanced SC como herramienta metodológica a un hospital es realmente valiosa para mejorar los niveles de autoevaluación. La ESE hospital está implementando un proceso, desde su esencia y su objeto social, que ha determinado que sea en un orden propio al objetivo del negocio: la salud. Es por lo anterior que se da inicio a los procesos de calidad desde lo misional o propios de su labor.
- Se tiene un buen camino recorrido en la estrategia de calidad, desde las habilitaciones de los servicios, con construcciones de estándares e indicadores y hay continuidad de los asesores, por lo tanto deben trabajar con más continuidad y de manera más acelerada los procesos, a la vez que los levantamiento de los resultados en unas perspectivas que están retrasadas, como la financiera, las áreas de apoyo en general y la de capacitación y aprendizaje.
- La propuesta a la ESE hospital de este Balanced SC de este trabajo, es una guía, un derrotero, que resulta de consolidar todos los resultados obtenidos en la encuesta y los procesos de visita al lugar. El diagnóstico como tal muestra claramente que hay unas variables a atender y que debían ser llevadas a indicadores para ser evaluados desde cada área y desde el comité de Gestión de Calidad. Es realmente un reto para la ESE hospital San Juan de Dios, trabajar con un Balanced como este, el cual le ayudara a direccionar las estrategias que implementadas buscaran el equilibrio de las distintas perspectivas.
- Los aspectos del cuadro de comando que están resaltados, con diferentes convenciones, para que las áreas de la ESE hospital San Juan de Dios, sean

potenciadas y en la medida de la construcción de estrategias nuevas se puede dar equilibrio a este cuadro de comando. El trabajo que desde el comienzo de la implementación del SOGC (Sistema obligatorio de gestión de la calidad) se viene realizando ha destacado el énfasis en las labores misionales que en la organización es lo operativo, por su misma razón de ser de Hospital, para la atención de la salud

- El emplear el Cuadro de Comando o Balanced SC permitirá a la empresa social del estado San Juan de Dios, conectar la misión, la visión y los objetivos con el quehacer diario, a partir de los indicadores de cada perspectivas y generar a su vez rutas de mejora en los planes de mejoramiento que diseñen, entre los líderes de procesos y los compañeros de equipo. Esta herramienta será realmente valiosa en la medida que se trabaje y se asuma como un derrotero para la gestión.

BIBLIOGRAFÍA

DECRETO No. 1567 DE 1998

KAMPERSAD, Hubert K. En: Cuadro de mando integral, personal y corporativo. 2ª edición. Editorial McGraw Hill, 2005.

KAPLAN, Robert S. y NORTON, David P. "The Balanced Scorecard". Ediciones Gestión 2000, Octubre de 2002.

NORMA ISO 9000: 2000

NORMATIVIDAD ESPECIFICA DE LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

OLVER NILS-GORAN, Roy Jan y MAGNUS, Walter. "Implementando y gestionando el cuadro de mando integral". Ediciones Gestión 2000, 2002.

PAUL R. Niven. En: Cuadro de mando integral paso a paso. Maximizar los resultados. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, 2003.

PÉREZ, Juan F. y CARBALLO, Veiga. Control de la gestión empresarial. 4ª edición. Madrid; Ed ESIC, 2000.

PLAN DE DESARROLLO DEL MUNICIPIO DE SANTA FE DE ANTIOQUIA 2008-2010

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA. 2009-2012

R.NIVEN, Pual. En: El cuadro de mando integral paso a paso. Ediciones Gestión 2000, 2003.

RAMPERSAD, Humberto K. En: Cuadro de mando integral, personal y corporativo. Una revolución en gestión por resultados. 2ª edición. Editorial Mc Graw.Hill, 2003.

RESOLUCIÓN 001445 DE 2006

RESOLUCIÓN 001474 DE 2002

RESOLUCIÓN 1043 DEL 3 ABRIL DE 2006

SENZ, Luis Medellín. Modernización de la gestión hospitalaria Colombiana: En: Lecciones aprendidas de la transformación de los hospitales en Empresas Sociales del Estado, 2001.

CIBERGRAFÍA

CEPREDE [On line] Disponible en: http://www.ceprede.com/forest/reuniones/docs/280405/acastilla_abr05.pdf (Consultado Noviembre de 2010).

ELHOSPITAL. [On line] Disponible en: <http://www.elhospital.org.co/>. (Consultado Julio de 2010).

EUMED [On line] Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2005/hec/42b.htm>. (Consultado Octubre de 2010).

FCECON [On line] Disponible en: <http://www.fcecon.unr.edu.ar/investigacion/jornadas/archivos/malgioglio02.pdf>. (Consultado Noviembre de 2010).

GESTIOPOLIS [On line] Disponible en: <http://www..com/canales2/gerencia/1/bscjaguer.htm>. (Consultado Octubre de 2010).

GOOGLE. [On line] Disponible en:
http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:TxFUtC_oXqwJ:santafedeantioquia-antioquia.gov.co/apc-aa. (Consultado Noviembre de 2010 a Julio de 2011).

HGM.GOV. [On line] Disponible en: <http://www.hgm.gov.co/es/gestion-integral-de-calidad/> (Noviembre de 2010 y Febrero de 2011).

HSANRAFAE [On line] Disponible en:
http://www.hsanrafael.org/hospital_sri/index.php?sub_cat=11142. (Consultado Octubre de 2010 a Julio de 2011).

SANTAFEDEANTIOQUIA. [On line] Disponible en: <http://santafedeantioquia-antioquia.gov.co/index.shtm>. (Consultado Febrero de 2011)

SCIELO [On line] Disponible en:<http://www.scielo.cl/pdf/infotec/v18n1/art16.pdf>. (Consultado Noviembre de 2010).

VISUALREPORT [On line] Disponible en:<http://www.e-visualreport.com/Cuadro%20de%20Mandos%20Integral.html>. (Consultado Diciembre de 2010).

WIKIPEDIA [On line] Disponible en:http://es.wikipedia.org/wiki/Cuadro_de_mando_integral. (Consultado Octubre de a Junio de 2011).

ANEXOS

Anexo A. Capacidad Instalada.

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – SANTA FE DE ANTIOQUIA									
PLAN DE DESARROLLO 2009 - 2012									
RECURSO FÍSICO Y CAPACIDAD INSTALADA									
CONCEPTO	AÑO								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	36	37		36	36	45	45	45	45
CAMAS(CAMILLAS) PARA PROCEDIMIENTOS Y OBSERVACIÓN EN URGENCIAS				12	12	12	12	23	23
NUMERO DE CONSULTORIOS PARA CONSULTA EXTERNA	17	17	17	17	17	18	18	28	28
NUMERO DE CONSULTORIOS URGENCIAS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NUMERO DE SALAS DE QUIRÓFANOS	1	1	1	2	2	2	2	2	2
SALAS DE PARTOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NUMERO DE UNIDADES ODONTOLÓGICAS	5	5	4	4	4	4	4	4	4
TOTAL CARGOS DE PERSONAL (PROVISIONAL)	95	96	96	102	103	92	93	93	93
EMPLEADOS PUBLICOS	64	65	65	74	75	67	68	68	68
TRABAJADORES OFICIALES	20	20	20	20	20	17	17	17	17
LIBRE NOMBRAMIENTO Y PERIODO FIJO	11	11	11	8	8	8	8	8	8
Nº DE FUNCIONARIOS POR CONTRATO						109	116	116	116

Anexo C. Muestra de capacitación a usuarios desde el SIAU.

Anexo C.

Portafolio de Servicios.

Consulta Externa.
Consulta médica general.
Consulta médica especializada:
Gineco-obstétrica.
Medicina interna.
Cirugía.
Pediatría.
Ortopedia.
Anestesiología.
Otorrinolaringología.
Dermatología.
Urología.
Radiología.
Oftalmología.

Consulta odontológica: contamos con odontólogos generales, auxiliares odontológicas, higienistas orales, y un alto nivel tecnológico: equipos modernos fijos y portátiles.

Tratamiento Odontológico.
Consulta de Nutrición y Dietética.
Consulta de Fisioterapia.
Centro de recuperación nutricional.
Programas de promoción y prevención.
Promoción y Prevención en salud oral.
Equipo extramural.
Consulta de Optometría.
Hospitalización.
Terapia respiratoria.
Pediatría.
Laboratorio clínico.
Imagenología.

Cirugía general - Ginecología y obstetricia – Oftalmología - Ortopedia - Urología – Otorrinolaringología - Dermatología.

Centro transfusional.
Química sanguínea.
Ecografías.
Endoscopias.
Coloscopias.
Cistoscopias.
Procedimientos de cirugía estética.
Urgencias.
Transporte asistencial básico (TAB).
Farmacia.

Horarios de atención.

⇒ **Consulta externa:**
Lunes a Jueves: 7:00 A.M - 12 M y 2:00 PM - 6: 00 PM.
Viernes: 7:00 AM – 1 PM y 2: 00 PM - 4:00 PM.
Sábado: 7:00 AM –1PM.

⇒ **Farmacia:**
Lunes a viernes de 7 AM a 7 PM.
Sábados 8 AM a 5 PM.
Domingos y festivos de 9 AM a 5 PM.

⇒ **Apoyo diagnóstico: (laboratorio, rayos x).**
Lunes a Jueves: 7:00 AM - 12 M y 2:00 PM - 6: 00 PM.
Viernes: 7:00 AM –12M y de 1: 00 PM - 4:00 PM.

“EXISTIMOS POR USTED Y PARA USTED”



MANUAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO SIAU

Línea de atención al usuario:
853 10 20 Ext. 146
E-mail: stfehs01@edatel.net.co

PRESENTACIÓN

Para la ESE Hospital San Juan de Dios, es motivo de orgullo contar con usted y su familia como clientes. Nuestro compromiso es trabajar continuamente por su bienestar.

Esta guía presenta la más completa orientación para acceder a los servicios.

La ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, comprometida con la salud de la población del municipio y su área de influencia, ha establecido, recursos humanos, físicos y tecnológicos con el fin de que los usuarios reciban un servicio oportuno y de alta calidad en la atención.

En caso de que requiera de nuestros servicios, usted puede acudir al punto de atención donde será atendido por personal idóneo y especializado, que le brindará la orientación adecuada.

Información de interés

La ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia es una Institución Pública de Salud de segundo nivel de atención, que orienta su oferta de servicios a la población del municipio, su área de influencia y turistas, con predominio de la población afiliada al régimen contributivo, subsidiado, vinculados y particulares.



"Más que Acreditación Buscamos Nuestra TRANSFORMACIÓN"

Misión.

Ofrecer servicios integrales de salud a toda la comunidad del municipio y su área de influencia, con una infraestructura adecuada y técnica que garantice el cumplimiento del objetivo general, soportado con recurso humano idóneo basado en los principios de calidad, equidad, respeto por la dignidad humana participación y solidaridad.

Visión.

En el año 2012 seremos la ESE líder en el departamento de Antioquia en la prestación de servicios de salud de segundo nivel, con recurso humano especializado, con gran calidad humana, tecnología de punta y una adecuada infraestructura, reconocidos por el mejoramiento en búsqueda de la acreditación en salud.

Valores.

Amistad-Calidez-Honestidad-Lealtad-Responsabilidad.

Derechos de los usuarios.



⇒ Derecho a elegir libremente al profesional que le preste la atención requerida según la disponibilidad.

⇒ Derecho a ser escuchado, presentar sugerencias y obtener respuesta a las quejas e inquietudes en los términos que define la ley.

⇒ Derecho a recibir servicios de salud con calidad, seguridad y oportunidad.

⇒ Derecho a obtener toda la información necesaria de parte del personal de salud respecto a la enfermedad que padece, así como los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar. Además poder negarse a ellos dejando constancia por escrito.

⇒ Derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres.

⇒ Derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.

⇒ Derecho a recibir la mejor asistencia médica disponible y que en casos de emergencia, los servicios no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.

⇒ Derecho a ser remitido a otra entidad de salud cuando su condición lo requiera.

⇒ Derecho a velar por el cumplimiento en la prestación de los servicios de salud por parte de la institución. Participar en la asociación de usuarios.

⇒ Derecho a que se le prescriban los medicamentos por escrito y a recibir explicación clara sobre las vías de administración, forma y condiciones de uso, efectos secundarios, riesgos y qué hacer cuando estos se presenten.

⇒ Derecho a recibir explicaciones a cerca de los costos por los servicios obtenidos.

⇒ Derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural.

Deberes de los usuarios.

⇒ Deber de tratar con dignidad y respeto al personal de salud que lo atiende y respetar la intimidad de los demás usuarios.

⇒ Deber de hacerse responsable del cuidado de su salud siguiendo los procedimientos, prescripciones y actividades indicadas por el personal de salud, protegiendo además al grupo familiar y la comunidad.

⇒ Deber de asistir oportuna y puntualmente a las citas en los horarios acordados y avisar con anticipación si no va a asistir. Cita incumplida se cobra.

⇒ Deber de suministrar información necesaria y veraz para su atención.

⇒ Deber de presentar documentos de identificación auténticos y demás requisitos necesarios para acceder al servicio.

⇒ Deber de cuidar y hacer uso adecuado de los recursos de la institución.

⇒ Deber de cumplir con las obligaciones económicas que contrae con la institución.

⇒ Deber de usuarios y acompañantes presentarse en condiciones adecuadas para ser atendidos (no fumar, no presentarse bajo efectos de alcohol o alucinógenos, no portar armas).

⇒ Deber de acatar el reglamento de servicios y seguridad de la institución.

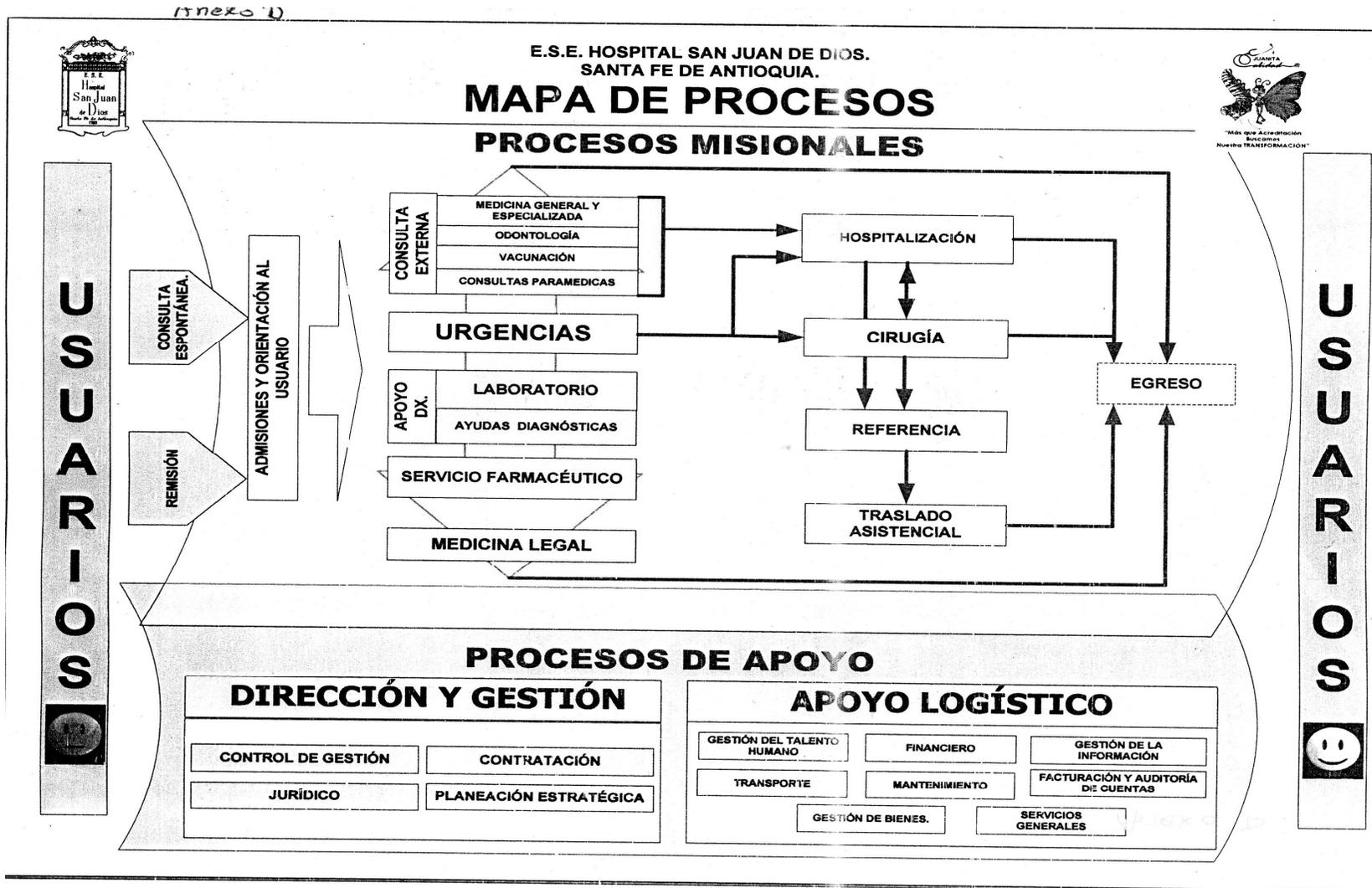
⇒ Deber de cumplir con las disposiciones establecidas por la institución con respecto al manejo de residuos y similares de acuerdo a la normatividad ambiental vigente.

⇒ Deber de acatar las indicaciones del personal de salud al momento de establecer la aplicación del plan de emergencia y/o evacuación de la institución.

⇒ Deber de no utilizar los servicios de salud en forma abusiva o de mala fe.



Anexo D. Mapa de Macroprocesos



Anexo E. Herramienta de la encuesta aplicada. (Ver PDF Anexo E).

Anexo F. Matriz DOFA.

MATRIZ DOFA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - SANTA FE DE ANTIOQUIA

		FORTALEZAS		DEBILIDADES	
		Contar con el liderazgo de la oficina de calidad	1	La alta rotación del personal desde lo asistencial hasta de servicios generales.	1
		Los procesos de capacitación sobre el tema de gestión de la Calidad.	2	La falta de identificación del personal nuevo con el proceso que esta en marcha desde hace 6 años.	2
		Tener los servicios de salud habilitados.	3	La falta de tiempo para implementar los procesos de manera más constante.	3
		Cuentan en el proceso de implementación de Gestión de Calidad con dos asesores una para MECI y otro para PAMEC	4	No se realiza un seguimiento a las decisiones tomadas en las reuniones operativas.	4
		Se cumple con la normatividad para la implementación de la estrategia	5	Falta mejorar la atención al usuario y convertirlo realmente, según las acciones en la razón de ser del servicio.	5
OPORTUNIDADES					
Ser una ESE de segundo nivel.	1	Estrategias "FO" Con las fortalezas que tiene la empresa se capitalizan las oportunidades. 1. Generar un mayor número de respuestas a la implementación de la estrategia de Gestión de la Calidad. 2. Como empresa de salud de segundo nivel el tener líderes en cada unidad de negocio facilita que estas sean potenciadas. 3. tener asesores constantes en los procesos de la estrategia hace que se de continuidad y planes de mejoramiento acertados.		Estrategias "DO", Superar las debilidades aprovechando las oportunidades. 1. Con el tiempo que la JUNTA de la ESE considere la integración del personal de cooperativas a vinculados. 2. La atención del usuario debe mejorar, activando otras acciones de la oficina del SIAU integrando desde esta el trabajo con los líderes. 3 Si unimos el tener líderes en las áreas con el hecho que no se hace seguimiento a las decisiones tomadas, encontramos que estos pueden realizar esta acción con cronogramas específicos. 4. Trabajar sobre la motivación de los empleados especialmente de líderes de los procesos y estos a su vez con sus equipos desde el área de Talento Humano.	
Hacer parte de los 40 hospitales del país que están avanzando en procesos de Gestión de Calidad.	2				
El tener líderes en cada área o unidad de negocios.	3				
Tener varias unidades de negocios fuertes y que son identificadas por los empleados.	4				
El asesor con quien se inicio el proceso aun está al frente de este	5				
AMENAZAS					
Tener un porcentaje alto de empleados, especialmente del proceso Misional de cooperativa y no vinculados a la ESE	1	Estrategias "FA" Usar las fuerzas para evitar y minimizar los riesgos resultado de las amenazas 1. Tener habilitados los servicios de salud permiten procesos mas seguros, pero se debe fortalecer la oficina de Talento Humano. 2. El riesgo de los empleados no vinculados es difícil de minimizar especialmente con las fortalezas que se proponen. 3. Desde el área de talento Humano fortalece la selección del personal para minimizar el impacto de la presión política en los cargos.		Estrategias "DA" Reducir las debilidades y evitar amenazas 1. La rotación de personal se debe en gran parte a la presión de puestos políticos, buscar fortalecer Selección de personal en la oficina de Talento Humano. 2. El no realizar un seguimiento a las decisiones tomadas se vuelve mas preocupante ante el hecho que algunos sean negativos para atender este proceso de la estrategia. 3.la negatividad de los empleados públicos debe ser atendida con estrategias claras y concretas para minimizar el impacto de estas en los resultados.	
La capacidad operativa y de recursos NO son suficiente para alcanzar los objetivos de crecimiento propuestos para la estrategia	2				
El área de Talento Humano es débil en su conformación	3				
Que algunos empleados sean escépticos sobre este proceso y lo integren a sus actitudes frente a la Empresa.	4				
Manejo político de los cargos de la ESE.	5				

ENCUESTA:OBJETIVO: diagnostico de la situacion según sus empleados

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE ANTIOQUIA

PERSPECTIVA FINANCIERA

CUESTIONARIO	Identificar las unidades de negocios de la ESE hospital	La capacidad operativa y de recursos son suficiente para alcanzar los objetivos de crecimiento propuestos?	El presupuesto operativo refleja todas las inversiones operativas que debemos realizar para contar con los recursos necesarios?
RESPUESTAS	Unidades de negocio	Capacidad operativa	Presupuesto operativo
GERENTE	Quirurgica, Ayudas diagnosticas, farmacia.	No en ambos	Queda a termino medio porque no alcanza
ASESOR PROYECTO SUBGERENTE ADMINISTRATIVO	urgencias, cirugias, hospitalizacion, consulta externa, laboratorio y farmacia.	Definitivamente no y parece que a mediano plazo no hay posibilidades de obtener o generar los recursos financieros necesarios para el cumplimiento de estos objetivos	Con las limitaciones que he mencionado, la gestión financiera y poresupuestal está claramente definida
DIRECCION DE TALENTO HUMANO	Quirofanos, farmacia, imágenes diagnosticas	Si. Porque se tiene para realizar ampliacion y remodelacion de la ESE	Si
MEDICA COORDINADORA CALIDAD	urgencias, cirugias, hospitalizacion, consulta externa, laboratorio y farmacia.	NO, siempre se necesita mas por lo que se ve.	Se ha dejado de hacer cosas porque no se tiene incluido en el presupuesto.
COORDINADORA AREA FARMACIA	Cirurgias, farmacia,ayudas diagsoticas	No	No, hace falta
LIDER DE SERVICIO GENERALES	Farmacia, cirugias, urgencias, consulta externa,imágenes diagsotica,laboratorio clinico.	No suficiente, falta	No falta. Falta modernizar lo hospitalario.
ASESOR DEL MECI	Cirugia, consulta externa, laboratorios, urgencias	No suficiente	NO
AUXILIAR CONTABLE	Consulta externa; ayudas diagnosticas;farmacia;urgencias;cirugia;hospitalizacion; servicios complementarios-	Dadas las necesidades de mejoramiento continuo, nunca se tendria un ideal para el cumplimiento de las metas en la prestacion del servicio.	Como en el anterior el ideal es dificil de alcanzar
PRESUPUESTO	La venta de servicios medicos	En los procesos de capacitacion	No conozco el presupuesto y es necesario que se publique
ENFERMERA	NO COMPARTO EL TERMINO NEGOCIO	SI	SI
	Odontologia, laboratorio, farmacia, urgencias,consulta externa	faltan recursos	No responde

PORTERO	prestacion de servicios de salud	Siempre hay que mejorar	SI
AUDITOR MEDICO	NO SE ENTIENDE	NO SE ENTIENDE	NO SE ENTIENDE
JEFE DE LABORATORIO. BACTERIOLOGO	Cirugia, , urgencias, hospitalizacion, farmacia, laboratorio, consulta externa, pyp, vacuacion y odontologia	NO	desconozco este aspecto porque no suele ser parte de la informacion y discusion dentro de la organizaci3n.
MEDICO ESPECIALISTA	no dice.	Hay que hacer un analisis para ver si se cuenta con el recurso financiero.	no responde
	12, responde con areas de la ESE, 1 no entiende, 1 dice NO es negocio.	8 NO; 1 no responde; 2 faltan recursos, 5 SI condicionado.	6 SI; 4 NO; 2 Desconocen; 2 no entienden no responde. 1 No responde

SUMATORIA	El 100% responde, 12, responde con areas de l ESE; 1 no entiende; 1 dicen no es neogcio;	El 100%, 7 NO; 1 no responde; faltan recursos 2; 5 SI condicionado.	El 100% responden. 5 SI; el 30% 4 NO; el 25% 2 Desconocen; 2 no entienden no responde. 1 No responde
CUALITATIVAMENTE	8 personas dicen que cirugias es area de negocio fuerte; 7 reconocen la farmacia como buen negocio; 7 valoran a urgencias en esta dimension de negocio; 5 ven a ayudas diagnosticas; Lo mas importante es que estan ya entendiendo que al interior de la empresa hay unas areas llamadas unidades de negocio que dan rentabilidad.	La capacidad operativa y de recursos son suficiente para alcanzar los objetivos de crecimiento propuestos? La respuesta muestra una posicion negativa frente a las finanzas de la ESE, ya que el 50% ve el aspecto financiero con dificultad y adverso para el proceso de la estrategia	El presupuesto operativo refleja todas las inversiones operativas que debemos realizar para contar con los recursos necesarios? El caso de los recursos para la operaci3n estan en el presupuesto, pero en las inversiones no se ve reflejados.

ENCUESTA : OBJETIVO: Diagnostico de la situación según sus empleados															
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA.															
PERSPECTIVAS															
CUESTIONARIO	PERSPECTIVA DE PROCESOS		PERSPECTIVA DE PROCESOS				PERSPECTIVA DE PROCESOS				PERSPECTIVAS				
	Proceso de modernización de la ESE en años	Ha participado en los procesos de habilitación de la ESE	Si	NO	SI	NO	Si siente ampliamente informado sobre los procesos de ...	Se siente usted parte activa de los procesos de gestión de la calidad	Ha usado estos procesos implementados por la ESE los coordina quien	Como ve usted el ritmo de los procesos de gestión de la calidad en la ESE	Para que estos procesos avancen más rápido que sugerencias haría a quienes los lideran	Que sugerencias le haría a la gerencia y coordinadores de la gestión de la calidad	En qué procesos debemos ser excelentes para brindar la propuesta de valor	Cómo aseguramos que las áreas corporativas, están alineadas con la estrategia de la organización	
RESPUESTAS		SI	NO	SI	NO	SI	NO	Coordinación estrategia	Lentos a buen ritmo bien en el tiempo rápidos sobresalientes	Ritmo de los procesos	Implementación estrategia	Procesos excelentes	Alineación de áreas		
GERENTE	Diseño de nuevas tecnologías. Adquisición recursos humanos idoneos y capacitado.	X		X		X		X Por ser la gerente, líder de procesos.	Calidad, los líderes de cada área.	Bien en el tiempo. Hay oportunidad en la entrega de planes de acción y de mejoramiento.	Mejorar los recursos financieros que frenan ya que no hay flujo de recursos.	Los indicadores de satisfacción del usuario.	Con el comité de calidad, con el grupo MECI. Con el grupo primario que se reúne cada dos meses.		
ASESOR PROYECTO	Fortalecimiento de procesos, implementación del SGC, Renovación tecnológica y adecuación estructura, mejoramiento atención usuarios	X		X		X		X Muy informado en calidad de asesor	Si es quien está al frente de estos procesos.	La gerencia y la oficina de Planeación y Gerente de la Calidad	Buen ritmo. Algunas variables afectan como el recurso humano y la rotación del personal, la subordinación caso cooperativas	Definir y aplicar estrategias relacionadas con la formación del talento humano y la socialización de información. Buscar modalidades de vinculación laboral que permitan la subordinación y mejor manejo del talento humano.	Participar en la búsqueda del cumplimiento de los objetivos institucionales. Introyectar y difundir los lineamientos estratégicos que definen el rumbo de la institución	En todos pero obviamente más en los misionales de cara al usuario	Garantizar la difusión amplia y sistemática de la estrategia organizacional
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO	PAMEC, Auditorías, atención en salud art 32 de 1011	X		X		X		X No diplo la vista de acreditación de Bogotá y la DSSA	Subgerente científico	Buen ritmo. Lo diplo la vista de acreditación de Bogotá y la DSSA	La constancia en los procesos, dar más oportunidad al empleado para el trabajo en lo referente a la G de la ESE	Coordinar bien los cuadros turnos	tecnología biomédica y personal capacitado	¿???	
DIRECCION DE TALENTO HUMANO	Todo lo relacionado con MECI y PAME. Mejoramiento continuo.	X		X		X		X por los conocimientos que ya tiene de ello.	Plan de alta dirección, asesor externo, líderes de la ESE	Buen ritmo. Como empresa hay mucho que mejorar y se ve esto.	Más personal en la empresa como en el caso del área de Talento Humano	Atención al usuario.	la socialización del proceso, sensibilización. Motivación del personal		
MEDICA COORDINADORA CALIDAD	Mejoramiento continuo.	X		X		X		X lidera procesos de ofi. de calidad	subgerente científico	Buen ritmo. Podría ser mejor el resultado	mas capacitación en temas de calidad	que se involucren mas en los procesos participen de todas las actividades. Dar ejemplo	servicio	socializando, con reuniones y grupos primarios.	
COORDINADORA AREA FARMACIA	PAMEC, Infraestructura, sistematización, capacitación en proc calidad	X		X		X		X hace parte del comité MECI y calidad	Subgerente científico - El doctor Willa Duque asesor externo	Buen ritmo. Se va trabajando calidad con que avancen	Falta tiempo a los líderes de áreas para que avancen	trabajar con cada líder de área pero respetando el tiempo de ellos y así avanzar mas y dar continuidad	En procesos de amabilidad	El organigrama, procesos y productos, Plan de desarrollo de la ESE	
LIDER DE SERVICIO GENERALES	procesos de lavado de ropamanejo de residuos hospitalarios; limpieza	X		X		NO. Informada pero no ampliamente		X Ya tiene conocimientos para ello.	La oficina de calidad, el asesor Willam; la doctora Nayibe	Lento; Por la rotación de personal que hace que se devalúan los procesos.	1. Que no roten tanto al personal. 2. capacitaciones mas permanentes.	Que se realicen mas reuniones de las áreas para retroalimentarnos	Consulta externa;	Si todos hacen parte del proceso.	
ASESOR DEL MECI	SI. Mejoramiento de la calidad, implementación del MECI, acreditación en la prestación de servicios de salud	X		X		X		Xpor dar aplicación de los fundamentos del proceso de calidad	El coordinador y el asesor de calidad	Bien en el tiempo. Se cumple con planeación acordada	Buscar mecanismos que permitan involucrar a todos funcionarios de ESE, contraristas a todos por vinculación	1. Buscar mecanismos para que los procesos sean efectivos. 2. Fomentar entre todos los servicios. 3. Incentivos para el mejoramiento de la calidad	En todos los servicios de atención y posteriores a la atención	1. Buscar mecanismos de participación efectiva. 2. Realizando cambios en la forma de vinculación como servidores públicos. 3. Acabando con la intermediación	
AUXILIAR CONTABLE	Programas de calidad y control interno	X		X		X		X. No expone	Un contratista externo	Lentos; No expone	Que sean líderes	Ninguna. Las sugerencias nunca han funcionado	No responde	Motivando a los personal que son la razón de ser de cualquier organización	
PRESUPUESTO	Acreditación, PAMEC y MECI	X		X		X		X.	El representante legal, la oficina de planeación y gestión de la calidad	Bien en el tiempo; la rotación de personal afecta continuidad de los procesos. la tercerización del recurso humano impide	Corregir lo anterior, terminar con la carga por parte de la junta de la ESE	lugar el compromiso de dicho cargo por parte de la junta de la ESE	En todos	Evaluaciones y planes de mejora	
ENFERMERA	Estructura física, Sistemas, laboratorios, las urgencias.	X		X		X		X. Esta en las funciones y atiende usuarios	La doctora Nayibe y la gerente	Lentos; para que todos los estándares se cumplan hay gente que no está motivada	Mas capacitación, mas motivación	Que motive mas, Al no evaluar a todos cooperativas estos están poco comprometidos	Atención al cliente desde que entre hasta que salga. Dar una atención extramural casos especiales	No sabe	
PORTERO	Si adquisición de ambulancia, equipos, sistemas de vigilancia	X		X		X		X, pero no ampliamente	X, somos parte como funcionarios para desempeñar un buen servicio	la coordinadora de gestión de la calidad	A buen ritmo. Va de acuerdo a la implementación de la ESE	Mas personal y mas capacitaciones	mas tiempo.	En las necesidades y el cuidado de los usuarios.	Con una vigilancia continua
AUDITOR MEDICO	SI, implementación del SGC, actualización de la tecnología, fortalecimiento de los procesos.	X		X		X		satisfecho, con la información suficiente	Si. Hace parte de los procesos a desarrollar	la oficina de calidad y la gerente	Bien en el tiempo. Todo proceso necesita de tiempo y compromiso	Control institucional, compromiso personal responsables de control	Buscar compromiso institucional	Misionales	Atención al usuario
JEFE DE LABORATORIO BACTERIOLOGO	Infraestructura y equipos. Procesos de acreditación, auditorías, habilitación, Organización laboral, implementación PAMEC.	X		X		X		X Moderadamente	X soy líder del equipo de autoevaluación de estándares de acreditación del laboratorio. Hace parte del comité de calidad MECI	la oficina de planeación y garantía de la calidad	A buen ritmo. Dadas las dificultades económicas, culturales y de rotación de personal, y a pesar de ello se observa avance en los procesos.	Contar con personal mas estable, que pueda dar continuidad a los procesos. Fomentar el autocontrol dentro del personal. Insistir en el sentido de pertenencia siendo coherentes entre lo que se piensa y lo que se hace	Generar espacios de participación activa y real. Mejorar comunicación en directivos y demás empleados.	Los asistentes que son los que mas contacto tienen directamente con los usuarios.	Posibilitando el conocimiento de los objetivos, incentivando la capacitación y el desarrollo de los profesionales, desarrollo de trabajo en equipo, disponer de mecanismos adecuados de comunicación.
MEDICO ESPECIALISTA	Ampliación del área de urgencias, construcción del 3 quítophono, Rayos X, nuevos equipos.	X		NO		NO		SI, en el acompañamiento del proceso.	la medica de la oficina de calidad.	A buen ritmo. Debería ser difundido a todo el personal de la ESE.	Mayor acompañamiento de la parte administrativa. 2. Tener en cuenta los aportes del personal de otras áreas.	Que involucre a todo el personal esto haría mas rápido los procesos.	En los procesos que tienen que ver con el trato directo de pacientes.	todos deben estar alineados para la existencia de la organización. NO DICE	
		15	13	2	13	2	14	1	14	14	14	14	14		
SUMATORIA	14 de 15, % ven modernizarse a la ES. ***9 participadore los procesos de modernización la implementación del SGC, el MECI Y EL PAMEC, identificando que es de calidad.	12 de 15 personas dicen haber participado los procesos de habilitación y 2 dicen que no. Estas 2 personas no han entendido aun que es habilitación de los servicios en el área de servicios de salud.	12 personas se sienten informadas, 9 dicen que ampliamente pero 3 dicen que solo informadas porque reconocen que como son líderes del proceso tiene mas información que otros.	13 personas reconocen ser parte activa del proceso, 1 dicen que no pero no dice porque.	la gerencia; _5_ El subgerente científico, _3_ oficina de planeación y gestión de la calidad, _6_ un contratista externo, _5_	El ritmo de los procesos de gestión de la calidad en la ESE es lento, a buen ritmo 2, bien en el tiempo 4, rápidos 0, sobresalientes 0.	El 100% dio sugerencias.	El 100% dio sugerencias.	El 100% dio sugerencias. Los usuarios: 6 xxx% el misional 2 xxx%	El 100% dio sugerencias. Los usuarios: 6 xxx% el misional 2 xxx%	El 100% dio sugerencias. Los usuarios: 6 xxx% el misional 2 xxx%	El 100% dio sugerencias. Los usuarios: 6 xxx% el misional 2 xxx%	El 100% dio sugerencias. Los usuarios: 6 xxx% el misional 2 xxx%	El 100% dio sugerencias. Los usuarios: 6 xxx% el misional 2 xxx%	
CUALITATIVAMENTE	Se observa que las personas con quienes se relacionan estos procesos de implementación de la gestión de la Calidad ya han interiorizado que esto es parte de la modernización de los sistemas de salud.	Los procesos de habilitación de cada área de servicios de la ESE deben estar habilitados y esto es un proceso ante el ministerio de la protección social.	En procesos de información, se observa que se ha dado la información para implementar, pero algunos se sienten que falta implementación de estos.	Todos están como parte activa y se sienten parte de los procesos diseñados.	Todos identifican bien quienes están al frente de los procesos tanto generales como específicos de la estrategia. Los líderes están identificados, reconocidos y aceptados.	la mayoría reconocen que la implementación de la estrategia está marchando a un buen ritmo en el tiempo, hay un aporte sobre la motivación de las personas integradas al proceso.	Las capacitaciones, mas personal, las recomendaciones de los participantes son muy positivas, apunta a mejoras procesos desde las personas. Varios esperan que se empodere mas del proceso en los cargos.	6 personas hablan de ser excelentes en atención al usuario. Satisfacción del usuario, los demás agregan que se debe ser excelente en todo pero siempre en función del usuario.	Para asegurarnos que las áreas corporativas están alineadas con la estrategia de la ESE, se sugiere posibilitar el conocimiento, mas capacitación, el trabajo en equipo, la vigilancia continua, la motivación a las personas.						

**ENCUESTA; OBJETIVO ; diagnostico de la situación según sus empleados
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS . SANTA FE DE ANTIOQUIA**

PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE

CUESTIONARIO	¿Cómo motivamos a las personas para que contribuyan en la implementación de la estrategia?	¿Qué conoce usted sobre Gestión de la Calidad?	¿Se genera en los procesos de capacitación un plan anual para capacitar todas las áreas?	¿Necesitamos ajustar la estrategia? Por qué?	¿Necesitamos cambiar la estrategia?	¿Qué variable externa o interna nos obliga a ajustar la estrategia?	¿Qué competencias debemos desarrollar en las personas para implementar la estrategias?	¿lo han capacitado en la ESE sobre gestión de calidad?	¿Qué herramientas tecnológicas necesitamos para implementar la estrategia?	
	RESPUESTAS	Motivación a las personas	Conocimientos	Plan anual de capacitación	Necesidades	Estrategia resultado	Variables que afectan	Competencias del personal	capacitación	Herramientas tecnológicas
GERENTE	capacitandolas en procesos, brindando tiempo para ellas, dando los recursos necesarios. Socializando	Normatividad, los procesos los dirige.	Si. En la oficina de talento humano.	Si constante-mente	Si__noX_ Esta bien diseñada	Externas: las normas; Internas: presupuesto.	Las profesionales y personales.	X		Capacitar a las personas, Equipos que estén lentos en el proceso.
ASESOR PROYECTO SUBGERENTE ADMINISTRATIVO	esta motivación es el punto clave para el desarrollo empresarial y es a la vez el mayor obstáculo	Todo, como asesor esta ampliamente informado de los contenidos y procesos	Existe el plan institucional de capacitación y formación del recurso humano	Si. • Por los cambios constantes en el entorno, lo que implica que los contextos local, regional, nacional y mundial se modifican	NO ajustarla en la dinamica constante -	Depende del análisis estratégico de los contextos	Atención centrada en el usuario. o Cumplimiento de la estandarización, especialmente de guías y protocolos de manejo	X. He capacitado		Tecnología apropiada, estandarización de los procesos, seguimiento y planes de intervención. Capacitación y educación continuada
DIRECCION DE TALENTO HUMANO	Capacitación y buena remuneración	No responde	Si PIC	Si, no dice porque	NO	Rotación de personal. Presión política	calidad humana, Ser competentes y conocimiento de la ESE	X		Equipos biomédicos de alta tecnología
MEDICA COORDINADORA CALIDAD	estimulos, reconocimientos, El buen trato en todas las direcciones	los principios que lo rigen, la normatividad,	Si.	Siempre	NO	Nivel de satisfacción del usuario. El clima organizacional.	de la persona, estas son necesarias para el servicio. Las del oficio.	X		Sistemas ha mejorado, Redes de comunicación, equipos biomédicos
COORDINADORA AREA FARMACIA	explicandoles, con charlas, capacitaciones, por distintos medios.	Sistema Obii Gest de la Calidad gestión del Riesgo	Si. Resultado: mejorando	Si , porque se necesita que el proceso sea mas dinamico y participativo.	Si, requiere actividades ludicas para lograr mayor impacto.	Posibilidades de competencias, necesidad sentida de servicios con calidad de parte de todos los clientes	del conocimiento y las del servicio.	X		Area de sistemas, equipos biomédicos
LIDER DE SERVICIO GENERALES	encuestarlos para escucharlos, hacer aplicación de lo que dicen.	Mucho. Hizo diplomado sobre el tema de lo que dicen.	Si	hhablar del area de ellos	NO. Hay que motivar mas a los empleados	La desmotivación y la rotación del personal.	tiempo apropiado, orientación y gentileza	X		No responde
ASESOR DEL MECI	Con capacitaciones, salidas de bienestar social, nombrar empleado del año, reconocimiento por la participación	Que hay oficina de calidad; que se tramita esto ante el ministerio; hay estandares que cumplir; hay planes de mejoramiento	Si hay documento	Si, no unica bien la idea	NO	La interna: lo medico va mas rapido.	Conocimiento; desarrollo capacitación atención al usuario	X		Computadores; maquinaria del area; Insumos de aseo
AUXILIAR CONTABLE	Que todos los servidores actuales sean funcionarios publicos.	Si	Se tienen planes de capacitación, modelo anterior, y a través del plan institucional.	Si, si se logra que todos sean funcionarios de la empresa.	No, solo desarrollarla	Aspectos politicos y el desarrollo del talento humano.	El saber y el hacer de sus actividades.	X		Aplicar todo el saber y el conocimiento en la atención al usuario con lo que se tiene en el momento.
PRESUPUESTO	Capacitandolas; que quienes dirijan la organización realmente lo hagan y reconociendo la labor meritoria de los empleados.	Muchas expectativas pero pocas realidades	Si lo hay se queda en el papel. Desconoce el resultado	Porque va en contravía de la diaria labor	Se hablan lenguas diferentes	Dar paso a la vez; motivando al personal; y mostrarlo como ejemplo.	NO RESPONDIO	X		Mejoramiento de la calidad humana, los equipos en mi concepto son secundarios.
ENFERMERA	Un buen recurso humano no las requiere	habilitación, acreditación, procesos de información, MECI y PAMEC	Muy poco. Poco	Siempre porque el dinamismo de la red hospitalaria publica es	El sistema como tal no lo permite	La politiqueria	En un verdadero proceso de selección y calificación constante	X		Las apropiadas según nuestra complejidad
PORTERO	capacitaciones informativas, tardes recreativas, reconocimientos, evaluación de desempeño.	Que hay procesos, lo de los usuarios externos e internos, Evaluaciones y encuestas	Si. Lo que se pide en capacitaciones es la da	Si	NO	Mejorar lo que llega, implementar equipos.	conocimientos, gustar de aprender mas, amabilidad.	X. Poca continuidad		Falta sistematizar mas, comprar y modernizar equipos
AUDITOR MEDICO	estimulandolas para contribuir al mejoramiento del servicio	El mejoramiento de la calidad en servicios de salud	Si	Si para que tenga mejores resultados	de acuerdo a las necesidades	no responde	Evaluaciones permanentes en cada servicio, tanto en lo asistencial como administrativo	X		Nuevos programas y mejoramiento de los sistemas. La acreditación en sistemas e calidad
JEFE DE LABORATORIO BACTERIOLOGO	NO SE ENTIENDE	PAMEC y material de calidad	Si	NO SE ENTIENDE	NO	NO RESPONDE	NO SE ENTIENDE	X		NO SE ENTIENDE
JEFE DE LABORATORIO BACTERIOLOGO	Formación y capacitación. Estabilidad laboral. No influencia burocrática en las relaciones. Participación plena del cuerpo directivo en la dirección e implementación.	conjunto de conceptos, metodos y herramientas, Busca que la gestión publica, la administración de procesos y personal y la satisfacción de los resultados.	No, solo de una manera desarticulada. Solo hasta ahora se ha empezado a trabajar en el PIC	Si, si la ley 1438 obliga.	NO	ley 1438 que trabaja aspectos relacionados con APS redes de promoción y prevención.	Autonomía y capacidad de toma de decisiones; capacidad de resolución de problemas, comunicación fluida y decisión, conocimiento del servicio que presta,	X		Entrenamiento profesional en técnicas de atención al usuario, Equipos de computos, impresoras veloces, medios de comunicación. Otros.

MEDICO ESPECIALISTA	Fomentando el autocontrol. Involucrando a todo el personal.	Que se esta realizando con un comité con la médica Nayibe y otras personas de apoyo	Si	Si porque el proceso es dinamico	NO. Se esta haciendo ajustes todo el tiempo.	no responde	Saber con que personal contamos, ver que competencias tienen y que no se suestimen.	X no	Hay que hacer un estudio de las falencias que se tienen a donde se quiere llegar.
	13 dan ideas, 1 no se entiende	11 Tienen conocimiento, 2 no responden	12 dicen SI, 2 dicen NO	13 dicen que si, 2 dice que No,	11 NO, 1 dicen SI, 2 no responden	13 opina, 2 no	13 aportan ideas, 2 no responden	15	15 Responden, 1 no es claro en la respuesta
SUMATORIA	El 100% responde la pregunta..	6 de 15 personas dicen estar muy informados sobre el tema y reconocen que es por su papel de implementadores o lideres del proceso. 1 persona no responde y 1 dicen que son las mas expectativas que la realidad.	12 de 15 o sea el 80 % dicen Si saber y 20% no reconoce que se tenga.	13 dicen que si, el 86,6% 2 dice que No, 13,4%	El 73,3% dicen que NO	El 86,6% opinan sobre variables externas	El 86,6% opinan sobre variables externas	los 14 encuestados reconocen estar capacitados por el ESE sobre la gestion de la calidad. 1 dicen ser quien capacita y 1 dice que hay poca continuidad	El 100% opino sobre las necesidades en herramientas tecnologicas para la estrategia.
CUALITATIVAMENTE	Se pregunta de cómo motivamos a las personas para que contribuyan en la implementación de la estrategia, a lo cual responden con ideas muy claras como capacitando, reconociendo el esfuerzo laboral de cada uno, escuchando a los empleados.	El 25 % reconoce que tiene conocimientos sobre Gestion de la Calidad, el resto dicen alguna informacion pero no que esten con estos conocimientos. Las resupestas dejan ver que falta trabajar mas este tema.	Al preguntar sobre el un plan anual para capacitar todas las áreas, la mayoría reconoce que se hace, pero algunos ponen en duda su funcionalidad o su eficacia.	Al preguntar por ajustar la estrategia? Vemos que la mayoría dicen que Si por la dinamica del proceso y la mayoría entienden que esto es así, ya deben mejorar los resultados.	Ante la pregunta de cambiar la estrategia de implementar la Gestion de Calidad, la mayoría ven no viable esto ya que avanza y lo hace bien.	EXTERNAS: 1. la normatividad 2. La ley 1438 de salud, 3. Presiones politicas INTERNA 1. El clima organizacional, 3. Rotacion de personal, 3. la desmotivacion del personal.	Competencias debemos desarrollar en las personas para implementar las estrategias: 1. evaluacion permanente, 2. conocimientos, 3. calidad de personas, atencion profesionalismo. Se sugiere que se de una selección de personal.	Sobre si le han capacitado en la ESE en gestion de calidad, reportan todos que se ha hecho este imporyante proceso, hay sugerencia de uno de ellos que se de continuidad.	Sobre herramientas tecnologicas exponen: wl conocimiento, la sistematizacion, la maquinaria propia de la ESE,

ENCUESTA - OBJETIVO: Diagnostico de la situación según sus empleados												
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA.												
PERSPECTIVAS												
CUESTIONARIO	PERSPECTIVA DE PROCESOS		PERSPECTIVA DE PROCESOS				PERSPECTIVA DE PROCESOS				PERSPECTIVA DE PROCESOS	
	Proceso de modernización de la ESE en años	Ha participado en los procesos de habilitación de la ESE	Se siente ampliamente informado sobre los procesos de ...	Se siente satisfecho con la gestión de la ESE	Se siente satisfecho con la gestión de la ESE	Se siente satisfecho con la gestión de la ESE	Se siente satisfecho con la gestión de la ESE	Se siente satisfecho con la gestión de la ESE	Se siente satisfecho con la gestión de la ESE	Se siente satisfecho con la gestión de la ESE	Se siente satisfecho con la gestión de la ESE	Se siente satisfecho con la gestión de la ESE
RESPUESTAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
GERENTE	Diseño de nuevas tecnologías. Adquisición recursos humanos idoneos y capacitados.	X		X		X						
ASESOR PROYECTO	Fortalecimiento de procesos, implementación del SGC, Renovación tecnológica y adecuación estructura, mejoramiento atención usuarios	X		X		X						
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO	PAMEC, Auditorías, atención en salud art 32 dec 1011	X		X		X						
DIRECCION DE TALENTO HUMANO	Todo lo relacionado con MECI y PAME. Mejoramiento continuo.	X		X		X						
MEDICA COORDINADORA CALIDAD	Mejoramiento continuo.	X		X		X						
COORDINADORA AREA FARMACIA	PAMEC, Infraestructura, sistematización, capacitación en proc calidad	X		X		X						
LIDER DE SERVICIO GENERALES	procesos de lavado de ropa, manejo de residuos hospitalarios; limpieza	X		X		X						
ASESOR DEL MECI	SI, Mejoramiento de la calidad, implementación del MECI, acreditación en la prestación de servicios de salud	X		X		X						
AUXILIAR CONTABLE	Programas de calidad y control interno	X		X		X						
PRESUPUESTO	Acreditación, PAMEC y MECI	X		X		X						
ENFERMERA	Estructura física, Sistemas, laboratorios, las urgencias.	X		X		X						
PORTERO	Si adquisición de ambulancia, equipos, sistemas de vigilancia	X		X		X						
AUDITOR MEDICO	SI, implementación del SGC, actualización de la tecnología, fortalecimiento de los procesos.	X		X		X						
JEFE DE LABORATORIO BACTERIOLOGO	Infraestructura y equipos. Procesos de acreditación, auditorías, habilitación, Organización laboral, implementación PAMEC.	X		X		X						
MEDICO ESPECIALISTA	Ampliación del área de urgencias, construcción del 3 quítophono, Rayos X, nuevos equipos.	X		X		X						
		15	13	2	13	2	14	1	14	14	14	14
SUMATORIA	14 de 15, % ven modernizarse a la ES. ***9 de 15 personas dicen haber participado los procesos de modernización de la ESE, identificando que es de calidad.	12 de 15 personas dicen haber participado los procesos de modernización de la ESE, identificando que es de calidad.	12 personas se sienten informadas, 9 dicen que ampliamente pero 3 dicen que solo informadas reconocen que como son líderes del proceso tiene más información que otros.	13 personas reconocen ser parte activa del proceso, 1 dicen que no pero no dicen porque.	la gerencia; _5_ El subgerente; _3_ oficina de planeación y gestión de la calidad; _6_ un contratista externo; _5_	El 100% dio sugerencias.	El 100% dio sugerencias.	El 100% dio sugerencias.	El 100% dio sugerencias.	El 100% dio sugerencias.	El 100% dio sugerencias.	El 100% dio sugerencias.
CUALITATIVAMENTE	Se observa que las personas con quienes se relacionan estos procesos de implementación de la gestión de la Calidad ya han interiorizado que esto es parte de la modernización de los sistemas de salud.	Los procesos de habilitación de cada área de servicios de la ESE deben estar habilitados y esto es un proceso ante el ministerio de la protección social.	En procesos de información, se observa que se ha dado la información para implementar, pero algunos se sienten que falta implementación de estos.	Todos están como parte activa y se sienten satisfechos. Esto es muy importante para dar continuidad a los procesos diseñados.	Todos identifican bien quienes están al frente en los procesos tanto generales como específicos de la estrategia. Los líderes están identificados, reconocidos y aceptados.	La mayoría reconocen que la implementación de la estrategia está marchando a un buen ritmo en todos el personal en la ESE, la motivación de las personas integradas al proceso.	Más capacitación, más personal, la constancia en el personal, los procesos controlados, involucrar a todos el personal en la ESE, más motivación para el personal.	Las recomendaciones de los participantes son más positivas, apunta a mejoras procesos desde las personas. Varios esperan que se empodere más del proceso en los cargos.	6 personas hablan de ser excelentes en atención al usuario. Satisfacción del usuario, los demás agregan que se debe ser excelente en todo pero siempre en función del usuario.	Para asegurarnos que las áreas corporativas están alineadas con la estrategia de la ESE, se sugiere posibilitar el conocimiento, más capacitación, el trabajo en equipo, la vigilancia continua, la motivación a las personas.	Mejoras de procesos críticas para la implementación de la estrategia: la selección de personal. La falta de liderazgo, procesos e infraestructura y de liderazgo, lo económico y lo financiero, la infraestructura hospitalaria.	

PERSPECTIVA DE PROCESOS						
La gestión de la operación está bajo control	Se realizan reuniones de gestión operativas en todas las áreas para controlar el día a día? O cada cuanto se realizan	Se realiza un seguimiento a las decisiones tomadas en las reuniones operativas?	Cómo aseguramos que todas las Unidades de Servicio están alineadas con la estrategia de la organización	Se realizan reuniones de gestión estratégicas a nivel general y en las áreas para conocer cual es el resultado de la implementación de la estrategia	Se realiza un seguimiento a las decisiones tomadas en las reuniones estratégicas	
gestión de la operación	Reuniones de gestión	Seguimiento decisiones/reuniones operativas	a alineación unidades y estrategia	Reuniones gestion estrategica	seguimiento a decisiones /reuniones estrategicas	
SI	No en el día a día, pero si cada quince días.	SI	Con el comité de calidad y el grupo MECI	No se han hecho	SI_X_NO__	
SI	Mediante el monitoreo al cumplimiento del plan de acción institucional, además del control mediante las auditorías internas de calidad.	SI, son monitoreadas desde los diferentes comités institucionales	SI, o Las decisiones que reflejan en los planes de mejoramiento que se formulan para cada uno de los hallazgos que evidencian brechas entre la calidad esperada y la observada, su seguimiento está en cabeza de la oficina de planeación y garantía de la calidad.	Cartografiando que las áreas corporativas ejerzan un liderazgo y transmitan la estrategia a cada unidad de negocios	SI, Los reuniones de de gestión operativas se realizan en cada área y son monitoreadas desde los diferentes comités institucionales	SI
SI	SI, según cronogramas para ellas	SI	Con las reuniones	SI, a través de la oficina de calidad y control interno	SI, a través de los planes de mejoramiento	
SI	SI, cada mes	SI	Por medio de las reuniones	SI, calidad, MECI	SI	
No siempre	no, deberían realizarse periódicamente según cronograma	no siempre.	con los encuentros periodicos, seguimientos directos a cada proceso.	SI, no son periodicas, no se cumplen a veces el cronograma	SI	
termino regular faja (comproiso del personal	En algunas areas, en farmacia si	SI	Con reuniones, planes de mejoramiento, acompañamiento del MECI Y PAME	SI	SI	
SI	SI solo calidad; no las hace el jefe inmediato de las areas caso del subgerente administrativo	SI, ella como lider socializa con su equipo lo aprendido.	SI hacen todos parte del proceso	SI	SI	
se tienen mecanismos de control y autocontrol que se estan fomentando.	Se tienen mecanismos de evaluacion a traves de los grupos asesores y comites de direccion.	Se tienen mecanismos de control de la evaluacion	la identificación proporciona los mecanismos para su coherencia	Plasmada en las reuniones de los diferentes comites	SI a través de los planes de mejoramiento	
NO	Por lo menos NO en la parte financiera	No se	Teniendo buenos lideres	No se	No se	
NO	No las conoce	NO	Evaluación constante Y PAMEC	no las conoce	NO	
SI	SI comité hospitalario cada mes, sugiere mas seguimientos	SI	Evaluación mensual, Plan de mejoramiento	SI	SI	
SI	SI	SI	Con una gerencia activa	SI	SI	
SI	SI	SI	NO SE ENTIENDE	SI	SI	
Parcialmente	Algunas areas realizan reuniones que suelen ser mensuales, tambien han reuniones de comité operativo de manera irregular.	Se evaluan tareas y actividades pero no se evaluan despendidos o consecuencias de su cumplimiento.	Conocimiento, capacitacion, Seguimiento a la integración de actividades a través de todos los servicios que presta la ESE	NO	NO RESPONDE	
SI porque cada proceso se analiza y se aplican correctivos del caso.	Dependiendo de las areas. SI	SI	En las reuniones que se hacen y las de cumplimiento de metas.	SI	SI	
9 SI, 3 NO, 1 regular	10 SI, 4 NO	10 SI, 4 NO		14 10 SI, 4 NO	12 SI, 2 NO, 1 no responde	
9 SI, el 60% 3 NO el 25%; 1 Regular 15%	El 100% dio sugerencias 10 SI; 4 NO	El 100% dio sugerencias 10 SI; 4 NO	El 100% dio sugerencias.	10 dicen SI. El xx % xx %	4 dicen NO	El 100% dio sugerencias. 11 SI; 2 NO; 1 no responde
La gestión de la operación está bajo control	Se realizan reuniones de gestión operativas en todas las áreas para controlar el día a día? Las reuniones no son día a día, son esporadicas y muy espaciadas.	Al revisar con las personas si se realiza un seguimiento a las decisiones tomadas en las reuniones operativas, diez dicen que SI, pero 4 dicen que no y esto es factor de riesgo porque se debe tener control del proceso.	Sobre cómo aseguramos que todas las Unidades de Servicio están alineadas con la estrategia de la organización la mayoría entienden que se ha hecho un proceso y que todos están en función de ello. Se cuenta con el comité de calidad, con el grupo MECI. Con el grupo primario.	Se realizan reuniones de gestión estratégicas a nivel general y en las áreas para conocer cual es el resultado de la implementación de la estrategia. Si de igual manera que en la pregunta anterior, se reconoce control en las reuniones pero muy espaciadas, así que sin cumplir con cronograma.	Se realiza un seguimiento a las decisiones tomadas en las reuniones estratégicas	