

Universidad de Los Andes
Magíster en Administración
Gestión Pública



PROYECTO DE GRADO

**CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

ASESOR:

OSCAR PARDO A.

ESTUDIANTES:

JONATHAN IREGUI
DIEGO BARRAGÁN

Julio 9 de 2004

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Introducción y objetivos | Pág. 1 |
| CAPITULO I | |
| 1.CONTEXTO Y ANTECEDENTES GENERALES | 3 |
| 1.1. El sector Salud en Colombia | 3 |
| 1.1.1.Organización Institucional | 4 |
| 1.1.2.Aseguramiento de la Población | 8 |
| 1.2.Análisis de la situación de los Hospitales Públicos en Colombia | 9 |
| CAPITULO II | |
| 2. ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA. | 14 |
| 2.1. Antecedentes | 14 |
| 2.2. Estructura organizacional | 15 |
| 2.2.1.Dirección y Administración | 15 |
| 2.2.2.Organigrama general | 16 |
| 2.3.Régimen de vinculación y planta de personal | 17 |
| 2.4. Diagnóstico institucional | 18 |
| 2.4.1.Antecedentes | 18 |
| 2.4.2. Diagnóstico Organizacional y Administrativo | 19 |
| 2.4.3. Área asistencial y médica | 21 |
| 2.4.4. Área comercial | 22 |
| 2.4.5 Aspectos financieros | 23 |
| CAPITULO III | |
| 3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO PARA EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA | 26 |
| 3.1. Revisión Estratégica del HUSJP | 27 |
| 3.2. Proceso de revisión estratégica | 31 |
| 3.2.1. Objetivos estratégicos | 33 |
| 3.2.2. Estrategias y factores clave de éxito para el logro de los objetivos estratégicos | 35 |
| 3.2.3 Perfiles del análisis DOFA | 38 |
| 3.2.3.1 Matriz estratégica | 42 |
| 3.2.4 Líneas de Acción Estratégica | 43 |
| 3.4. Mega seleccionada | 45 |

CAPITULO IV

| | |
|---|----|
| 4. EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL-PERSPECTIVAS SELECCIONADAS | 47 |
| 4.1. Cuadro de Mando Integral | 47 |

CAPITULO V

| | |
|---|----|
| 5. INDICADORES DE GESTIÓN | 50 |
| 5.1. Indicadores y Metas por objetivo estratégico | 50 |
| 5.2. Plan de acción | 51 |

CAPITULO VI

| | |
|--------------------------------|----|
| Conclusiones y recomendaciones | 56 |
|--------------------------------|----|

Anexos 1 y 2
Figuras 1, 2 y 3
Bibliografía

ANEXO COMPLEMENTARIO I. PLAN DE CHOQUE-2004

| | |
|---|----|
| 1. Introducción | 59 |
| 2. Objetivos del plan | 59 |
| 3. Estrategias | 59 |
| 4. Perspectiva financiera | 59 |
| 4.1. Líneas de acción para el saneamiento financiero | 60 |
| 4.2. Líneas de acción del área comercial para mejorar ingresos | 60 |
| 5. AJUSTE A LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL (corto plazo) | 61 |
| 5.1. PERSONAL DE PLANTA | 61 |
| 5.2. PERSONAL EN NOMBRAMIENTO PROVISIONAL | 63 |
| 5.3. CARGOS CARRERA ADMINISTRATIVA (POSESIONADOS) A SER SUPRIMIDOS. | 64 |
| 5.4. RETROACTIVIDAD DE CESANTÍAS | 64 |
| 5.5. PLAN DE RETIRO VOLUNTARIO | 64 |

**II. INDICADORES PARA EL LOGRO DE LA VIABILIDAD Y
SOSTENIBILIDAD FINANCIERA EN EL HUSJP
PLAN DE CHOQUE-2004**

| | |
|------------------------------|----|
| 1. Indicadores financieros | 65 |
| 2. Indicadores de gestión | 66 |
| 3. Indicadores asistenciales | 66 |

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

Aunque el Cuadro de Mando Integral ha estado integrado al área de los negocios en organizaciones privadas, donde su finalidad inherente es el lucro, existen otro tipo de organizaciones, cuyo objetivo es el de lograr beneficios para las comunidades y donde se ha hecho énfasis en su aplicabilidad con los ajustes requeridos.

De acuerdo con lo anterior hemos visto iniciativas públicas que enfocan sus esfuerzos a los medios y no a los resultados que dichas organizaciones buscan conseguir. Para el caso que nos ocupa, hemos escogido la herramienta de gestión gerencial Cuadro de Mando Integral o Balanced Score Card, basados en las siguientes razones:

- Enfoque en perspectivas no financieras
- Tendencias recientes del sector público en la medición del desempeño y gestión por resultados
- Reducción de presupuestos
- Auge por la eficiencia
- Rendición de cuentas con la comunidad

La estructura del Cuadro de Mando Integral en la mayoría de entidades públicas debe modificarse, en contravía al utilizado por organizaciones lucrativas donde prima la perspectiva financiera y figura en la parte superior de la jerarquía, debido a que alcanzar este objetivo no es el primordial en muchas organizaciones del sector público, por lo cual debe ubicar allí a los clientes ciudadanos o a los beneficiarios de una sociedad.

En una entidad pública los indicadores financieros no son los que demuestran su cumplimiento misional, la ubicación de un objetivo más amplio comunica la misión de largo plazo de la organización dedicando esfuerzos a la creación de valor y constante seguimiento a las autoridades que la financian, y así pasando de medir los elementos que la integran, a los resultados en sí.

La organización pública como es el caso del Hospital San Jorge de Pereira debe administrar lo más eficazmente, los recursos que recibe por el sistema general de participaciones, y por lo tanto debe marcar como objetivo prioritario la reducción de costos, así como suministrar servicios hospitalarios lo más eficientemente como le sea posible.

El presente trabajo de grado busca atender una realidad social del país, como lo es la problemática hospitalaria que se vive actualmente, y más

concretamente en el Hospital San Jorge de Pereira, uno de los principales centros de salud de tercer y cuarto nivel que existe en el eje cafetero. Los problemas económicos por los que viene atravesando la institución, han traído como consecuencia la insatisfacción en la prestación del servicio, por lo que se hace urgente y definitivo vislumbrar salidas apropiadas para buscar la viabilidad y sostenibilidad financiera y administrativa del centro asistencial.

El objetivo general consiste en formular y desarrollar una estrategia de éxito que por medio del Cuadro de Mando Integral, le permita a las directivas del Hospital San Jorge, implementar un plan de salvamento que asegure la permanencia y desempeño sostenible dentro del mercado, en condiciones de eficiencia y calidad de servicio social.

Nuestros objetivos específicos que apoyarán el desarrollo del trabajo son los siguientes.

- **Revisión estratégica de la situación actual** del Hospital San Jorge de Pereira, con los grupos de trabajo que en consenso, permitan determinar tanto los factores claves de éxito, como los problemas organizacionales que están incidiendo en la gestión del centro hospitalario (diagnostico).
- Construir con la participación conjunta de los directivos y funcionarios del Hospital san Jorge, **el Direccionamiento estratégico del plan**, que posibilite la viabilidad financiera y administrativa de la institución en el tiempo (formulación de la **MEGA**).
- **Construcción del Cuadro de Mando integral**, como mecanismo que permita alinear la visión de la organización con la implantación de la estrategia (definición de perspectivas).
- **Formulación del plan de acción** de la institución que permita la implementación estratégica del modelo.
- **Formulación y diseño de los indicadores de gestión** que mejor recojan y comuniquen la intención de los objetivos estratégicos propuestos y la implantación del modelo.

Para el logro de nuestro objetivo general nos hemos propuesto la siguiente hipótesis:

¿Es el Cuadro de Mando Integral o Balanced Score Card la herramienta de gestión estratégica, requerida por el Hospital San Jorge de Pereira?

CAPITULO I

1. CONTEXTO Y ANTECEDENTES GENERALES

1.1. El sector Salud en Colombia:

Nuestro país inició en Diciembre de 1993 un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr la cobertura en salud de todos sus ciudadanos. La reforma buscaba solucionar una situación de ineficiencia, inequidad, baja cobertura y mala calidad en la prestación de los servicios, generados por: a) el débil desarrollo de la seguridad social que solo cobijaba a los trabajadores de las empresas privadas y de las entidades del sector público, sin cobertura familiar; b) la asignación de gran parte de los recursos públicos del sector para el financiamiento de un gasto hospitalario con bajos niveles de ocupación; c) la concentración de dicho gasto en entidades hospitalarias con mayor tecnología, lo que incentivaba la demanda por servicios más costosos y se asociaba a mayores tiempos de espera para la atención; d) el importante nivel del gasto privado en salud que suplía la falta de cobertura de los servicios de salud públicos y de la seguridad social, con notable impacto en el gasto de las familias, en especial las de menores ingresos¹.

Así mismo la reforma se enmarcó dentro del proceso de descentralización territorial e institucional del sector, que comenzó con la Ley 10 de 1990, inducida por la constitución de 1991 y se concretó en la Ley 60 de 1993 (competencias y recursos). Posteriormente, se expidió la Ley 100 de 1993, que transformó el viejo sistema nacional de salud de corte asistencialista y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, definiendo tres objetivos principales: a) alcanzar una cobertura para toda la población mediante el aseguramiento en salud; b) aumentar la eficacia en el uso de los recursos; c) mejorar la calidad de la atención².

Esta reforma parte de definir dos regímenes: **el contributivo**, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y **el subsidiado**, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe

¹ Documento CONPES 3204. Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud. Bogotá, Noviembre de 2002. Pág. 1

² Ibidem. Pág. 2

financiarles parcial o totalmente el valor del subsidio estatal³. El modelo incluye además un régimen de *vinculados* transitorios, compuesto por personas pobres con poca capacidad de pago, que no se encuentran inscritos dentro de los regímenes anteriores⁴.

El nuevo sistema contempla tres mecanismos fundamentales de solidaridad:

- La Unidad de pago por Capitación (UPC), equilibra los recursos del régimen contributivo y asegura el acceso en condiciones de igualdad para afiliados cotizantes y beneficiarios con distintos niveles de ingreso.
- Los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), apoya el acceso de la población que requiere de subsidios.
- La Financiación de la protección creciente para quienes acceden al régimen subsidiado con la concurrencia de los ingresos corrientes de la Nación.

1.1.1. Organización Institucional:

En cuanto a la organización institucional del sector salud, se deben resaltar como factores nuevos la creación de las entidades Promotoras de Salud (EPS), el fortalecimiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), las nuevas funciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), quien determina la política sectorial y es presidido por el Ministro de Protección Social⁵

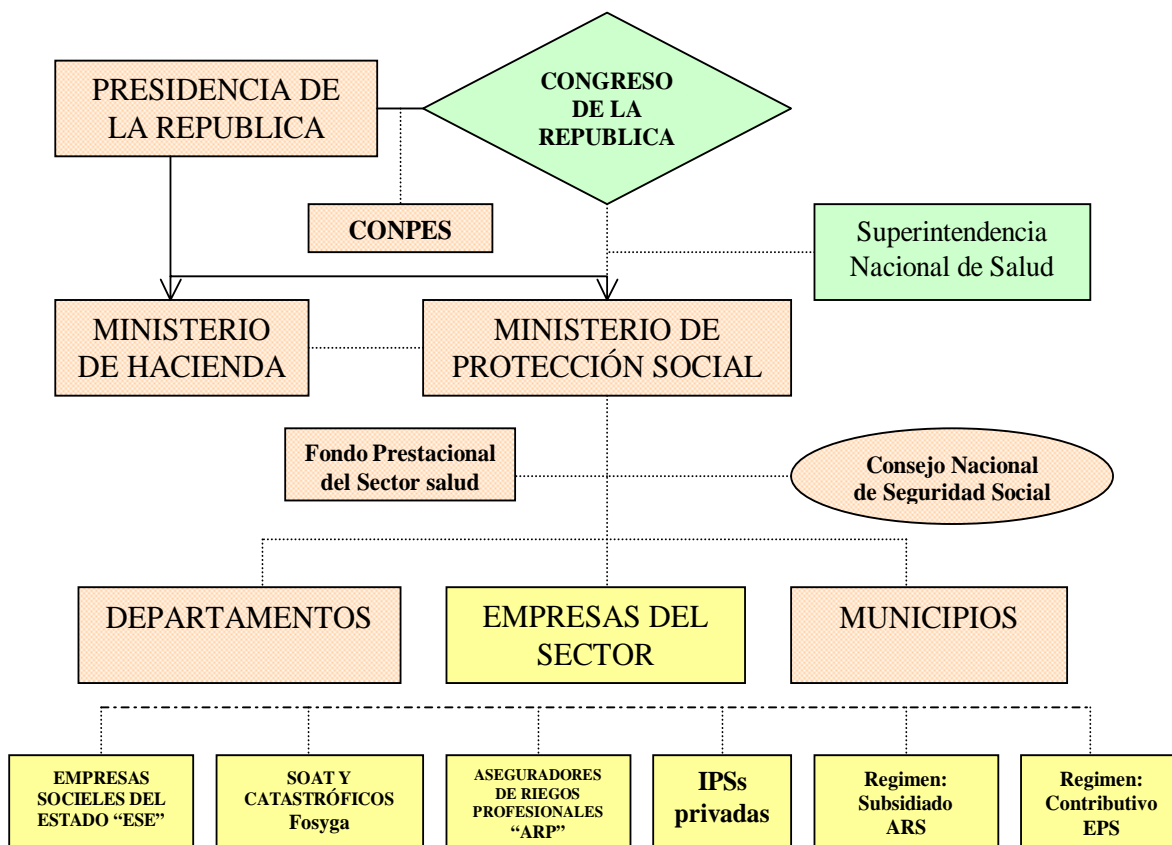
Como parte del proceso de descentralización, las instituciones públicas hospitalarias se convirtieron en entidades autónomas o Empresas Sociales del Estado. La normatividad introdujo cambios a las estructuras de financiamiento de los hospitales, para asegurar la permanencia de aquellos que fueran eficientes en proveer servicios de calidad. Todo lo cual se ha venido buscando, a través de: a) la sustitución gradual del financiamiento, pasando de un financiamiento de (subsidios a la oferta), a la generación de ingresos a través de la venta de servicios a las aseguradoras de los regímenes contributivo y subsidiado (subsidios a la

³ La focalización de las personas pobres y vulnerables, se realiza a través de la aplicación de la encuesta socio económica SISBEN. La selección de beneficiarios de subsidios del Estado es realizada por las entidades territoriales, previa aplicación de criterios de priorización.

⁴ Además de los regímenes mencionados, existen regímenes excepcionales que se encuentran por fuera de la normatividad de la Ley 100 de 1993, tales como: ECOPETROL, Magisterio, Congreso de la República, Fuerzas Militares y de Policía, Universidades públicas.

⁵ Programa Nacional de Salud 2002-2006. Ministerio de Protección Social. Bogotá 2003. Pág. 17

demanda que financian el seguro de salud a la población pobre); c) la autogestión; y d) la apertura a la competencia con el sector privado⁶.



Una década después, encontramos que en la mayoría de los casos, el proceso descentralista no ha generado los efectos positivos esperados. Muchas de las Empresas Sociales del Estado que fueron creadas no han logrado adaptar su operación para convertirse en entidades productivas y viables financieramente. Las razones van, desde las fallas en la política de operación dentro de un contexto de mercado, la tendencia creciente al gasto, y una deficiente gestión gerencial.

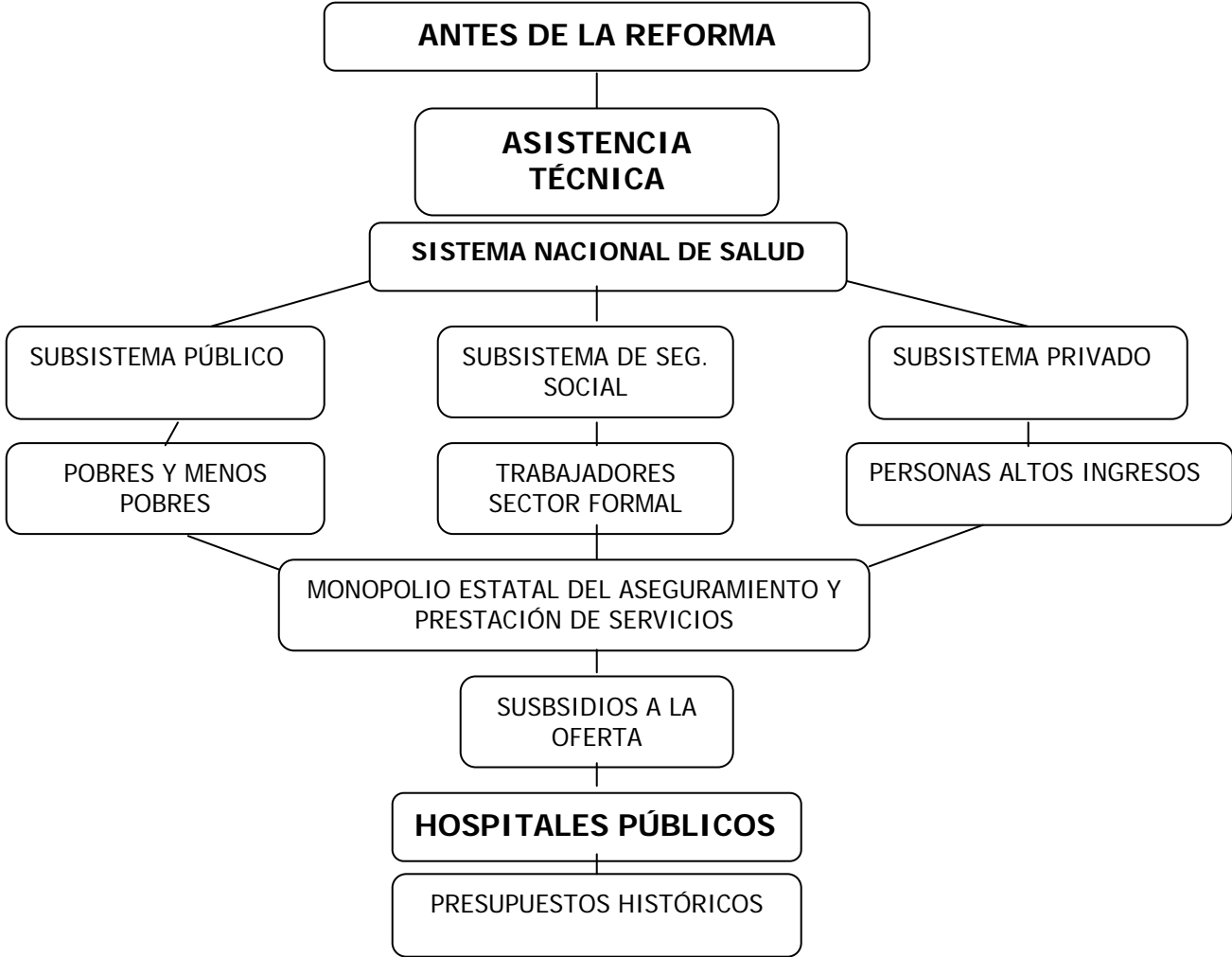
Con la expedición de la Ley 715 de 2001, que derogó en parte la Ley 60 de 1993, se transforma el esquema de descentralización del sector salud, en una nueva forma de asignación de recursos y la redefinición de competencias para los diferentes niveles de gobierno. Además, destaca

⁶ Documento CONPES 3204. Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud. Bogotá, Noviembre de 2002. Pág. 2.

la necesidad de reorganizar y ajustar la oferta hospitalaria pública a las reales necesidades de la población y su integración efectiva a las condiciones de competencia establecidas en la Ley 100 de 1993. De esta manera el gobierno considera que es la única manera de ampliar coberturas en aseguramiento para la población pobre y frenar el gasto hospitalario, asociado a los bajos niveles de productividad⁷.

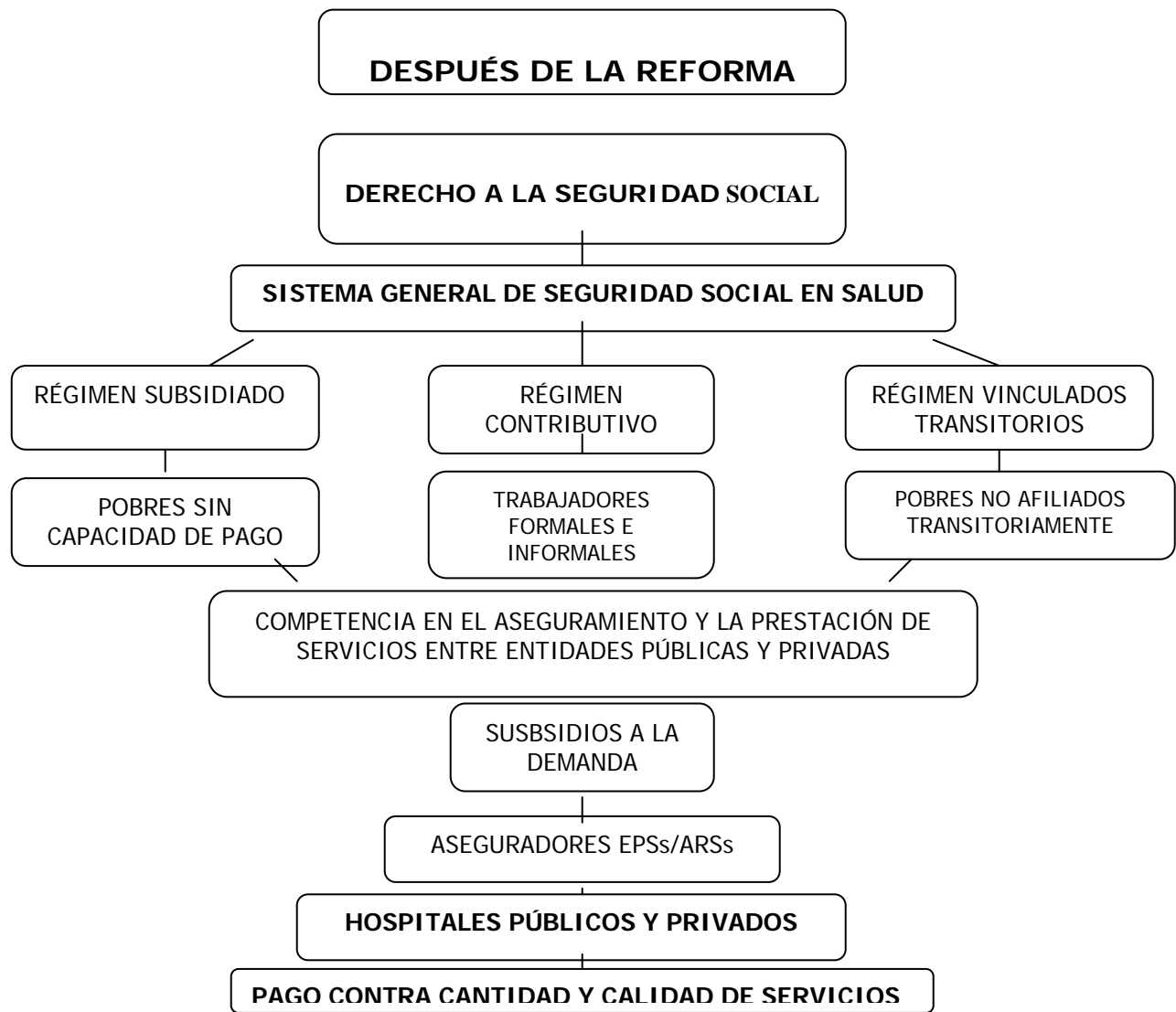
A continuación presentamos a manera de esquema, la dinámica del sector salud antes y después de la reforma legislativa.

Ley 60 de 1993.



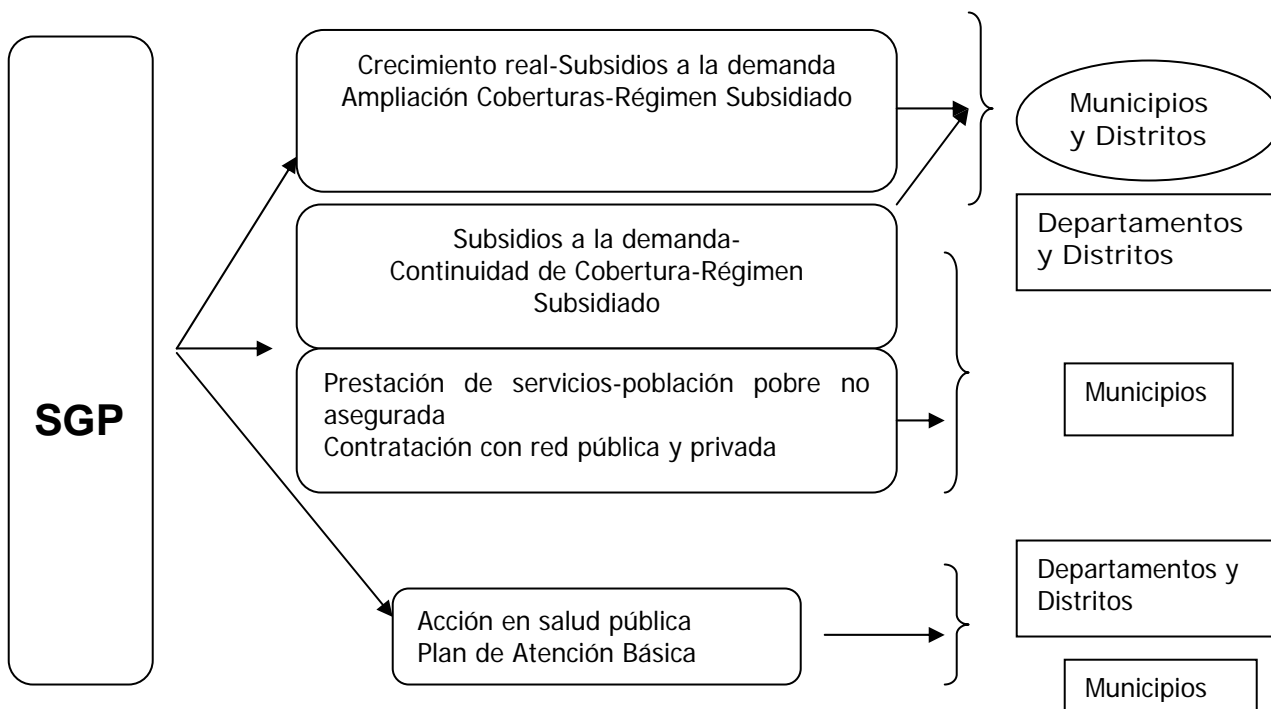
Fuente: Programa Nacional de Salud 2002-2006 Ministerio de Protección Social P.17

⁷ Documento CONPES 3204. Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud. Bogotá, Noviembre de 2002. Pág. 3.



Fuente: Programa Nacional de Salud 2002-2006 Ministerio de Protección Social P.17

El siguiente esquema presenta el actual Sistema General de Participaciones para Salud en su distribución por Usos y Competencias entre Entidades Territoriales, dado por la Ley 715 de 2001.



Fuente: Documento CONPES Social No.77 - Distribución del Sistema General de Participaciones

1.1.2. Aseguramiento de la Población:

Las cifras de afiliación actual al Régimen Subsidiado, aunque vienen presentando un crecimiento sostenido desde el inicio de la reforma de la salud, aún no son suficientes. A pesar de los esfuerzos en cobertura y equidad por parte del Estado, la operación del aseguramiento enfrenta deficiencias, como: Falta de focalización del SISBEN (politización), manejo de la información, contratación entre entidades territoriales y las ARS y de estas con las IPS, cartera morosa, prestación del servicio, altos costos de transacción, intermediación financiera, tramitología, que son mencionados de manera reiterativa en los diagnósticos del sector⁸.

⁸ Programa Nacional de Salud 2002-2006, Ministerio de Protección Social. Bogotá 2003. Pág. 64

A Febrero de 2004 se encontraban afiliados al Sistema General de seguridad social en Salud (SGSSS) 25'362.415 colombianos, equivalentes aproximadamente al 55% de la población nacional. De estos, el Régimen Contributivo cuenta con un promedio mensual de 13.495.535 afiliados compensados, correspondientes al 53.8 % de los asegurados, mientras que para el Régimen Subsidiado se encontraban afiliadas 11'444.003 personas, que representan el 46.2% de la población general. Así mismo la cobertura actual respecto a la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI)⁹ es del 69%.

Por otra parte y aunque el gasto público en salud, pasó de 3.5 del PIB en 1993 a 5.0% en el año 2002, y el gasto total creció de 7.1% del PIB a 8.5%, se aprecian problemas financieros, tanto en los dos regímenes (contributivo, subsidiado) como en los prestadores de servicios. De la misma manera, un problema sensible en el actual sistema ha sido el giro y flujo de los recursos, presentándose en algunos casos más de 300 días entre el momento en que la Nación debe girar un recurso y el momento que llega a las IPS, situación que ha generado una alta cartera, tanto entre entidades territoriales como entre las ARS e IPS¹⁰.

1.2. Análisis de la situación de los Hospitales Públicos en Colombia:

Las nuevas exigencias de autosostenibilidad institucional formuladas en la nueva constitución de 1991, plasmadas en la Ley 100 de 1993, hacen ver a estos entes altamente vulnerables y obsoletos frente a la población. Con serias dudas en sus posibilidades de sobrevivir dentro de un escenario de competencia regulada, que obliga a los hospitales a enfrentar su gestión con criterios de calidad, eficiencia, empresarismo y visión de futuro.

El nuevo sistema inició un proceso de desmonte de los subsidios directos y estableció la necesidad de que los hospitales fueran autofinanciables, ya que los subsidios directos llegarían contra facturación de sus servicios. Esto implicó que los hospitales tenían que desarrollar sistemas para organizar la producción, distribución y cobro de sus servicios, pues de ello dependía su supervivencia¹¹.

Sin embargo, la historia ha puesto en evidencia un conjunto de debilidades institucionales que impiden su adecuado funcionamiento: a) sobredimensionamiento de las plantas de recursos humanos frente a la

⁹ Fuente: Población con (NBI/2003) 16'680.692 personas. Ministerio de Protección Social, Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones.

¹⁰ Programa Nacional de Salud 2002-2006, Ministerio de Protección Social. Bogotá 2003. Pág. 74

¹¹ Programa Nacional de Salud 2002-2006, Ministerio de Protección Social. Bogotá 2003. Pág. 52

demanda por servicios y al conjunto de la oferta pública; b) baja capacidad productiva y bajos niveles de rendimiento del recurso humano; c) altos costos de operación por alta carga salarial y prestacional; d) gestión administrativa y financiera deficiente; obsolescencia tecnológica de plantas y equipos, y f) bajo sentido de pertenencia y compromiso por parte de los empleados¹².

A estas debilidades estructurales, se suman otros factores graves que están por fuera del alcance y control de los hospitales, como: a) inequidad en la distribución de recursos de oferta que realizan los entes territoriales; b) la inadecuada coordinación y funcionamiento de las redes de prestación de servicios; c) los ajustes salariales que el gobierno nacional realiza y no son compatibles con las tarifas y los ingresos de los hospitales; d) la crisis económica que limitó la expansión de cobertura del régimen subsidiado, sobrecargando a los hospitales con una alta demanda de pacientes sin afiliación al SGSSS; e) los déficit fiscales de los territorios que retrasaron las transferencias de recursos, y f) un inadecuado flujo de recursos procedentes de la venta de servicios a las administradoras de planes de beneficios¹³.

Pero, dentro de todas las causas, el factor que más impacto ha tenido sobre las organizaciones, es el marcado desequilibrio entre la estructura de costos y gastos de producción de servicios y el verdadero potencial de generación de ingresos, a pesar del nuevo enfoque de empresas sociales que se le asignaron. Esta situación se ha hecho más crítica en los hospitales de segundo y de tercer nivel (instituciones especializadas), como es el caso del Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

La transformación de los subsidios de oferta en subsidios de demanda, buscó generar un mercado competitivo entre los distintos proveedores (públicos y privados). Se planteaba que las empresas sociales del Estado debían ser entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa¹⁴. Para ello, se adelantó el “programa de Mejoramiento de los servicios de Salud en Colombia”. Sin embargo, el mismo estuvo dirigido a modificar las condiciones de gestión de las instituciones y no a las estructurales¹⁵.

¹² Programa Nacional de Salud 2002-2006, Ministerio de Protección Social. Bogotá 2003. Pág. 52

¹³ *Ibidem*, Pág. 53

¹⁴ Los hospitales públicos debieron iniciar un proceso de ajuste jurídico y funcional para lograr su transformación en empresas. Entre los procesos se destacan la conformación de juntas directivas, designación de gerentes con nombramiento de período fijo, pretendía darle autonomía y mayor nivel técnico a los procesos gerenciales.

¹⁵ Programa Nacional de Salud 2002-2006, Ministerio de Protección Social. Bogotá 2003. Pág. 52

La aplicación de la Ley en el sistema, ha demostrado que la gran mayoría de los hospitales tienen una gran dificultad para adaptarse a las exigencias y condiciones planteadas por el sistema. Las crisis hospitalarias se han vuelto insostenibles tanto política como socialmente, ante la carencia de insumos y materiales esenciales, obligándolos a suspender temporal o definitivamente los servicios, haciendo muy vulnerable el sistema de atención, y transfiriendo una importante sobrecarga funcional y financiera de pacientes no asegurados a aquellas instituciones que siguen operando. Esta situación es muy grave por la importancia que tienen los hospitales públicos, en el sistema de salud de las poblaciones más pobres sin afiliación al SGSSS o pertenecientes al régimen subsidiado, dado que ofrecen cobertura en áreas lejanas, en donde la presencia de otros proveedores es inviable¹⁶.

En desarrollo de lo establecido en la Ley 715 de 2001, el CONPES expidió a finales del 2002, el documento CONPES 3204 que estableció los lineamientos de la política de prestación de servicios para el SGSSS y la prioridad del proceso de modernización de los hospitales públicos en la asignación de recursos del presupuesto de la Nación, que contribuya a disminuir el impacto negativo del gasto hospitalario en el déficit fiscal territorial, a mejorar las condiciones de desempeño empresarial de estas instituciones, y a favorecer la ampliación progresiva de cobertura de aseguramiento en salud de la población pobre del país.

El Plan de Desarrollo de la Salud 2002-2006 plantea que el sector, debe mejorarse mediante la reestructuración y capitalización de hospitales, la regulación de la entrada de instituciones prestadoras de salud, la promoción de mecanismos de acreditación para mejorar la calidad y la creación de “redes”¹⁷. Estas tienen como propósito el mejoramiento de la eficiencia de la oferta de servicios, haciendo a las instituciones prestadoras más competitivas en calidad y servicio, para que el producto se convierta en mayor acceso y beneficios para la población vulnerable.

Como análisis final a la crisis hospitalaria pública en Colombia, se puede concluir que la Transformación de Hospitales públicos en ESEs fue planteada con el propósito de mejorar la eficiencia y Calidad de los servicios de Salud ofertados y prestados a la población.

En los primeros años de la nueva Ley de Seguridad Social se lograron resultados sorprendentes:

¹⁶ Ibidem. Pág. 55

¹⁷ “Las Redes” se deben convertir en unidades prestadoras de servicios, jerarquizadas y organizadas, ubicadas en un espacio geográfico funcional, apoyadas por normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos que ofrezcan una respuesta adecuada a las necesidades de la población.

1. Aumento de la cobertura de servicios de salud en muchas Instituciones cercana al 100 %.
2. Aumento de la capacidad de respuesta, nuevos servicios, nuevas tecnologías e insumos para beneficio de la población de escasos recursos.
3. Disponibilidad de nuevas herramientas administrativas y gerenciales para mejorar la capacidad resolutive como el régimen de contratación privado.
4. Orientación hacia la Calidad del Servicio. Reglamentación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
5. Usuarios expresando sus derechos para un mejor control de la Calidad del Servicio.

Pero la Empresarización, como trajo grandes soluciones, trajo problemas y heredó otros no menos graves:

-Las ESEs empezaron a competir en el mercado de la salud en condiciones desfavorables - Régimen y Pasivos laborales de entidad pública, ausencia de Sistemas de Información, atraso tecnológico, baja profesionalización del personal.

-El 75% de sus costos de operación eran fijos e inmodificables como consecuencia del régimen laboral, con tendencia al crecimiento exponencial y por ende en esa misma proporción, el presupuesto de gastos ni era, ni es Hoy gerenciable.

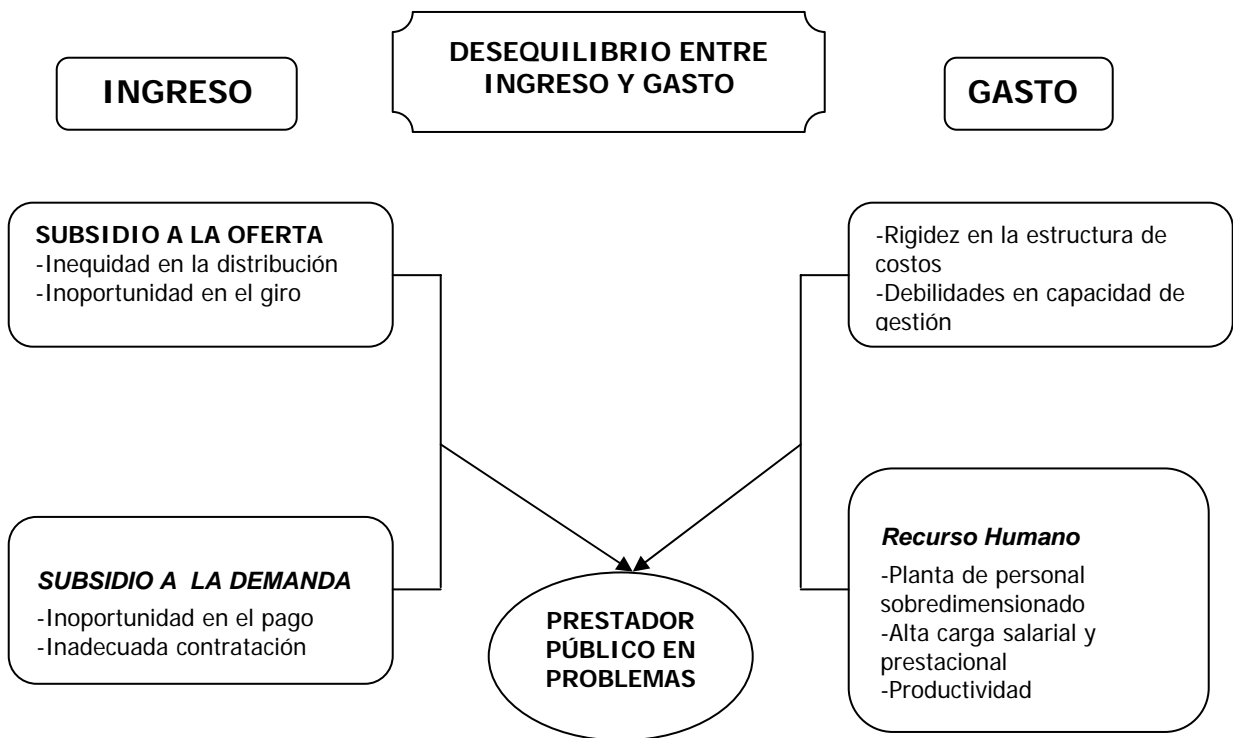
-Total asimetría en el mercado de la Salud. Los hospitales obligados a vender sus servicios a crédito, sin cuota inicial, sin intereses de mora, con la posibilidad de que todas sus facturas por servicios prestados sean objetadas (sistema de glosas).

Empresas sociales del Estado desprotegidas por su inversionista natural.

-El Estado para poder garantizar la renovación tecnológica y la actualización imprescindible de Planta física y Equipo, condicionado por el déficit operacional, generado en la operación del servicio.

-Los problemas para el caso de estudio, en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira están evidenciados en el siguiente capítulo.

A continuación presentamos el desequilibrio existente en la actualidad, entre el ingreso y el gasto para el sector salud y sus incidencias o problemas en la dinámica institucional de los hospitales públicos a nivel nacional.



Fuente: Programa Nacional de Salud 2002-2006 Ministerio de Protección Social P.17

CAPITULO II

2. ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA.

2.1. ANTECEDENTES:

El Hospital Universitario San Jorge (HUSJ) es una institución de tercer nivel de complejidad en la prestación de servicios de salud, fue fundado en el año 1905 y con vida legal desde 1906, donde se consagra el centro hospitalario a San Jorge, Apóstol de la caridad. Se encuentra localizado en la ciudad de Pereira, que cuenta con una población aproximada a los 500.000 habitantes, situada en la zona centro-occidente, a 350 kilómetros de la capital del país.

El HUSJ tiene un área de influencia y cobertura de servicios superior al millón quinientos mil habitantes, atiende no solamente población del Departamento de Risaralda, sino de gran parte de los municipios aledaños de otros departamentos limítrofes como son: Caldas, Quindío, Chocó y Norte del Valle.

Su condición de hospital departamental de alta complejidad lo convierte en el epicentro de atención de gran volumen de patologías relacionadas con el trauma, con mayor énfasis en neurocirugía, ortopedia, cirugía general, otorrinolaringología, oftalmología, urología, oncología, cirugía plástica y pabellón de quemados; complementada con especialidades tales como: medicina interna, ginecología, pediatría y neurología, apoyados por servicios altamente tecnificados de radiología, patología, fisioterapia, laboratorio clínico y de inmunología.

El HUSJ, además de ofrecer servicios altamente especializados, tanto clínicos como quirúrgicos, presta servicios de salud ambulatorio, de urgencias y cirugía. Cuenta actualmente con 400 camas, una unidad de cuidados intensivos de 10 camas, un coeficiente de ocupación del 95%, 25.000 pacientes ingresados en el año 2003, un promedio de estancia

de 5 días; cerca de 38.000 consultas externas con especialistas y 36.000 consultas de urgencias aproximadamente.

Como consecuencia de los cambios estructurales al sector realizados por la ley 100 de 1993 y reglamentado por el decreto 1879 de 1994, el HUSJP se convirtió en Empresa Social del Estado (ESE), a través del Acta 001 de marzo 29 de 1995 suscrita por el Gobernador de Risaralda y el Alcalde de Pereira.

A lo largo de la última década y analizada su gestión empresarial, se observa que no ha logrado adaptar su operación para convertirse en una entidad eficiente y viable organizacional y financieramente. Las razones son diversas y van desde las fallas en la política que orientan su operación dentro de un contexto de mercado, su débil estructura financiera, la tendencia creciente del gasto y un deficiente control a la gestión de recursos. Da la impresión que la institución estuviera congelada en el tiempo, dada la falta de modernización asistencial, tecnológica y de infraestructura, así como el mantenimiento del modelo de gestión pública que se antecedió a la Ley 100.

En la actualidad y respondiendo a las políticas de reforma del sector salud y a su crisis financiera, la nueva administración orienta su gestión sobre una reflexión profunda de su direccionamiento estratégico, redefiniendo su plataforma estratégica que le permita la consolidación como una "empresa competitiva", que brinde un nivel superior de calidad en la atención al usuario, así como en el desarrollo de su viabilidad y autosuficiencia financiera.

2.2. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL:

2.2.1 Dirección y Administración

La Dirección y la Administración de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge de Pereira, esta a cargo de la Junta Directiva y del Gerente.¹⁸

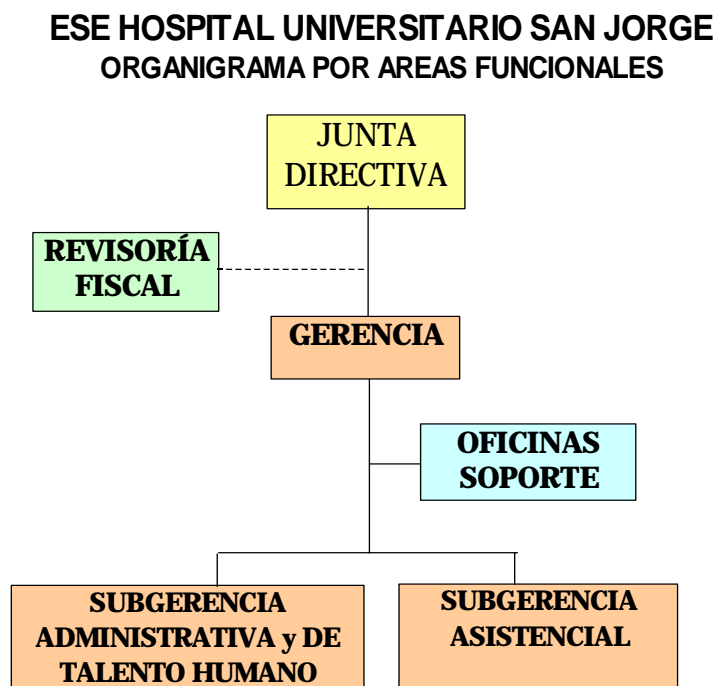
La Junta Directiva del HUSJ está conformada por 6 miembros como mínimo, designados de la siguiente manera:

¹⁸ Estatutos de ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira

- El estamento Político Administrativo estará representado por el Jefe de la Administración Departamental, o su delegado y por el Director del Servicio Seccional de Salud de Risaralda, o su delegado.
- Dos (2) miembros que representan el sector científico de la salud.
- Dos (2) representantes de la comunidad, uno (1) que corresponde a las asociaciones de usuarios y uno (1) designado por los gremios.

2.2.2. Organigrama general:

A continuación se presenta el Hospital desde la perspectiva de sus grandes áreas funcionales:



Dependiendo de la Junta Directiva, se encuentra un área staff: La Revisoría Fiscal como organismo externo, cuya función principal es la de fiscalizar todas las actuaciones de la Institución.

A partir de la Junta Directiva se encuentra la Gerencia, de la cual dependen (3) áreas: La Subgerencia Asistencial, la Subgerencia

Administrativa y de Talento Humano y las Oficinas de Soporte. La distribución básica de las áreas corresponde a la aplicada en la generalidad de las instituciones del sector salud, aunque con algunas variantes en el desagregado de cada área, como se verá a continuación:

- **SUBGERENCIA ASISTENCIAL:** Constituye la razón de ser de la Entidad, en ella se concentran todas las actividades propias de la prestación de los servicios de salud: Urgencias, Materno Infantil, Medicina del Adulto, Coordinación de Enfermería, Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.
- **SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA y DEL TALENTO HUMANO:** En ella se desarrollan todas las actividades de soporte que hacen viable la operación del servicio, tal es el caso del área de: Servicios, Suministros, Talento Humano y Financiera.
- **OFICINAS DE SOPORTE ADSCRITAS A LA GERENCIA:** Se agrupan las oficinas de apoyo tales como: Control Interno, Control Interno Disciplinario, Planeación y Sistemas, Jurídica y Gestión Comercial.

El organigrama general del Hospital San Jorge de Pereira se presenta dividido jerárquicamente en el anexo 1.

2.3. RÉGIMEN DE VINCULACION Y PLANTA DE PERSONAL

En el HUSJ los empleos son de *Libre nombramiento y Remoción y de Carrera Administrativa*, así como también existen cargos que son desempeñados por *Trabajadores Oficiales*, quienes desempeñan cargos no directivos, destinados al mantenimiento de la planta física Hospitalaria o de servicios generales de la misma Institución. En el caso de la Gerencia, esta se hace bajo concurso de meritos por un periodo fijo de tres (3) años.

En cuanto al componente del recurso humano, la planta de cargos actual del hospital está conformada por 864 funcionarios de los cuales el 66.3% son asistenciales y el 27.3% administrativos, así:

DATOS DE PERSONAL Corte: 30 Enero de 2004

| | |
|---------------------------|------------|
| PLANTA DE PERSONAL | 854 |
| VACANTES | 20 |

| DESCRIPCIÓN PERSONAL | TOTAL | COSTO | % PART. | |
|------------------------|------------|--------------------|---------|-------|
| | | | Número | Pesos |
| PLAZAS OCUPADAS | 834 | 909.368.224 | | |
| PROVISIONALES | 104 | 116.920.934 | 12% | 13% |
| POSECIONADOS | 730 | 792.447.290 | 88% | 87% |
| JUBILADOS | 367 | 372.006.402 | | |
| JUBILADOS HOSPITAL | 146 | 124.743.830 | 40% | 34% |
| JUBILADOS FIDUCAFE | 221 | 247.262.572 | 60% | 66% |
| A JUBILAR 2004-2005 | 6 | | | |
| CONTRATISTAS | 22 | 58.085.670 | | |

| | |
|-------------------------------|------------|
| TRABAJADORES OFICIALES | 65 |
| EMPLEADOS PÚBLICOS | 769 |
| EN CARRERA ADTIVA | 572 |

Fuente: HUSJ, Subgerencia Administrativa

4.4. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL:**2.4.1. ANTECEDENTES:**

EL presente Diagnóstico es la síntesis de un estudio contratado por el HUSJ en el mes de febrero de 2004, bajo el Contrato de Consultoría No. 528-04, celebrado entre la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y Gabriel Alberto Viveros Naranjo¹⁹, cuyo objeto fue: "Realización del estudio de diagnóstico organizacional, Administrativo y financiero y análisis de la viabilidad organizacional, administrativa y financiera del Hospital Universitario San Jorge".

Así mismo, este estudio tomó las conclusiones de la Audiencia pública realizada en Mayo de 2004 por la Defensoría del Pueblo, en la que se exploró la actual situación y viabilidad del Hospital, teniendo en cuenta la realización integral del derecho a la salud, la colaboración y responsabilidades de diferentes sectores y las acciones para superar el déficit de caja de la entidad, que se calcula en aproximadamente 20 mil millones de pesos, según la Contraloría Departamental y los resultados de la consultoría realizada por Gabriel Viveros naranjo.

La Defensoría, presentó un primer informe en donde confrontó la situación del Hospital San Jorge con otros 17 centros de atención de tercer nivel en el país y formuló a la gerencia algunas recomendaciones que han resultado productivas, en los casos de centros de atención

¹⁹ Ingeniero Industrial y Magíster en Administración Económica y Financiera de la UTP, Programa de Alta Gerencia de la Universidad de Los Andes, Especialista en Finanzas de EAFIT, especialista en valoración de empresas (EAFIT) y en la formulación y evaluación de proyectos (UTP).

viabiles financieramente como los hospitales de Ibagué, el Hospital General de Medellín y El Tunal en Bogotá.

La conclusión a la que llegó el organismo público fue: *“El Hospital Universitario San Jorge, debe reestructurar su planta de personal, flexibilizar su sistema de contratación, mejorar su gestión de facturación y cartera, y adecuar los servicios que prestan para garantizar sostenibilidad y competitividad. Si no lo hace, deberá liquidarse”.*

En la problemática del Hospital confluyen sectores como el de los usuarios que, como resultado de la crisis, reciben una precaria atención por las carencias de presupuesto y la necesidad de actualización tecnológica; los trabajadores e internistas, que laboran en difíciles condiciones materiales y están sometidos a atrasos en el pago de sus salarios; y los pensionados, cuya carga es nominalmente asumida por el hospital.

2.4.1. Diagnóstico Organizacional y Administrativo

El factor más crítico del HUSJ es su actual modelo, basado en una administración pública de corte benefactor, léase hospital de caridad, que ya hizo crisis. La Ley 100 lanzó a todas las instituciones a la libre competencia y, después de 10 años, cuando esta al borde del colapso, se viene a entender que se debe replantear totalmente el modelo empresarial actual.

A lo anterior se agrega que no existe un portafolio de servicios claro, no se ha estructurado, que tenga como consecuencia, una estrategia sólida en la venta de servicios, lo que viene haciendo débil la posición del Hospital frente a los procesos de negociación con terceros.

Se une a la debilidad del modelo empresarial, la poca flexibilidad de su estructura organizacional, debido a que por su régimen jurídico la gran mayoría del personal pertenece a la carrera administrativa y otra parte importante esta cobijado bajo la convención colectiva de trabajo, situación esta que se agrava con la existencia de 4 asociaciones sindicales dentro de la misma institución.

La relación de empleados asistenciales y administrativos frente al total de empleados es de 66.3% y 27.7%, respectivamente; en los hospitales que han alcanzado elevados niveles de competitividad y eficiencia, esta relación es de aproximadamente 80% y 20%. En este sentido, lo más

preocupante es el bajo perfil de los empleados del área administrativa y ejecutiva, en su mayoría con elevada antigüedad, que no ha permitido un adecuado desarrollo empresarial.

Aparte de que el régimen laboral es poco flexible, el Hospital es intensivo en mano de obra; de hecho, los gastos de personal ejecutados en el año 2003 fueron de \$24,605 millones, correspondientes al 82.6% de los recaudos de ese año²⁰. Cualquier acción en este sentido tiene efectos inmediatos en las finanzas de la Institución. En este sentido, se puede afirmar que el HUSJ con los actuales costos de Personal, derivados de mantener una planta de personal fija de esa magnitud con comprobados bajos niveles de productividad, y bajo la agresiva competencia que hoy enfrenta, es poco competitivo y financieramente inviable.

Otro factor que agrava la estructura de los egresos es el relacionado con los pasivos pensionales. La Ley 100 y su reglamentación dejó en manos del Estado la responsabilidad económica del pago de las mesadas del personal con derecho a pensión directa que antes estaba a cargo del Hospital. El Hospital, como buena parte de los demás hospitales del país, no tenían vinculado el personal al ISS y contaba con una convención colectiva donde a cualquier edad y con 20 años de trabajo se jubilaban. De allí que no exista el bono pensional.

Hoy se tienen 368 jubilados, de los cuales, mediante Convenio de Concurrencia²¹, la Nación y El Departamento sufragan (Sólo esta vigente hasta el año 2009) a 222 jubilados, los otros 146 los esta pagando el Hospital, lo que le cuesta al año aproximadamente \$1,750 millones. A pesar de que fueron incluidos en el Certificado de Minsalud No. 09/97, no se han incorporado al Convenio de Concurrencia. A la fecha, faltan 78 trabajadores para jubilarse, poniendo fin a esta situación; de estos, en promedio se jubilan 6 cada año y al Hospital le corresponde asumir aproximadamente el 50%, debido a que no fueron incluidos en el convenio de concurrencia.

Un factor que aumenta los costos del Hospital es el relacionado con la retroactividad a las cesantías. A la fecha, 247 trabajadores gozan de este beneficio, el cual es negativamente geométrico. A pesos del año

²⁰ Informe final de consultoría sobre diagnóstico y viabilidad del Hospital. Gabriel Viveros Naranjo

²¹ En diciembre 30 de 1998 se firma el Contrato No. 858, donde concurren: La Nación, el Departamento y el Hospital, para hacer frente a los compromisos prestacionales vigentes a la fecha de su elaboración. En el 2003 se efectuó el Modificadorio No. 3 al contrato, donde se adicionan \$6.000 millones, según certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 405 del 5 de Diciembre de 2003.

2004, este factor representa un sobre costo anual de \$800 millones que será mayor a medida que pase el tiempo.

De otro lado, el HUSJ presenta enormes dificultades a nivel informático. La sistematización es incipiente, los equipos están desactualizados, la nómina se hace manualmente, no existe contabilidad de costos en línea con la contabilidad general, este proceso se desarrolla en Excel, pero sus resultados no coinciden con los de la contabilidad general, el proceso presupuestal esta divorciado del proceso contable, ya que se hace manualmente. No esta sistematizada la historia clínica de los pacientes; en fin, el sistema de información tiene grandes limitaciones operacionales y tecnológicas.

2.4.2. Área asistencial y médica:

En el área asistencial existen dos problemas estructurales que hacen de esta una institución cada vez menos competitiva y con una imagen en permanente deterioro, como son: 1) La vieja y débil estructura, así como la falta de funcionalidad de la edificación, y 2) La obsolescencia del equipamiento e instrumental medico.

La actual edificación, con más de 50 años de construída, no cumple con las normas de sismo resistencia, presenta graves problemas de funcionalidad que limitan su habilitación. Adicionalmente, presenta fallas estructurales como consecuencia de los dos últimos terremotos registrados en la zona.

Para la prestación de servicios de cualquier entidad de este tipo es delicada la situación del actual parque de equipos e instrumental médico del HUSJ, dada la antigüedad y grado de obsolescencia de la mayor parte de los mismos, así como su lenta y precaria labor de mantenimiento preventivo y correctivo.

De la misma manera, El Hospital no cuenta con una Central de Mezclas que le permita manejar dosis personales, lo cual disminuye el riesgo bacteriológico al devolver dosis no utilizadas; pero lo más importante, que disminuya al mínimo el riesgo de pérdida y despilfarro de medicamentos.

La racionalización de los consumos se ve afectada también por la *no-aplicación generalizada* de protocolos médicos que estandarizan la aplicación de medicamentos y procedimientos médicos, los cuales se implementan para reducir la desviación causada por la multiplicidad de

criterios en los procesos de análisis y diagnóstico efectuados por el personal médico.

Las estancias prolongadas de los pacientes sin que estas sean realmente requeridas para el proceso de recuperación de los pacientes, son muestra de que existen problemas de compromiso, pertenencia y principio de la economía por parte de personal asistencial.

El sistema de contratación vigente con los médicos generales y demás personal asistencial, en lo relacionado al tiempo laboral exigido (44 horas semana), afecta los intereses de la Institución porque la obliga a mantener 4 turnos para garantizar la prestación del servicio 24 horas.

El sistema de contratación de médicos especialistas bajo la modalidad de disponibilidad, impide además un proceso de seguimiento exitoso a pacientes porque rompe con la relación médico – paciente.

Las políticas aplicadas para definir la remuneración de los médicos especialistas, crean diferencias entre las distintas disciplinas médicas.

2.4.3. Área comercial:

El problema más grave de la parte comercial, radica en que el 64% de la facturación corresponde a la atención de VINCULADOS, equivalente en el 2003 \$29.071 millones y el Estado, solo le reconoció y giró el 50%. Los demás servicios participan en el mercado de la siguiente forma: Subsidiado, con un 14%; Contributivo con un 11%; El SOAT con un 6%, y otros servicios con un 5%.

Esta participación en el mercado, significa que la institución viene teniendo debilidades en el posicionamiento de su imagen ante la comunidad en general ya que no existen mecanismos de comunicación formal que permitan difundir las fortalezas claves del Hospital en materia de:

- Calidad del personal asistencial
- Calidad de los medicamentos utilizados
- Capacidad instalada disponible.

Como consecuencia, la Institución posee serias desventajas para competir eficazmente con otras Entidades prestadoras de servicios de salud en la región.

A lo anterior, se agrega que no existen estudios de oferta y demanda de servicios de carácter regional que permitan, con base en las necesidades identificadas y en las fortalezas actuales o potenciales de la Institución, definir un portafolio de servicios para que estos sean mercadeados con las diferentes entidades públicas y privadas del sector salud y con la comunidad en general sin cobertura. En consecuencia, no se ha estructurado, una estrategia de venta de servicios, lo que hace débil la posición del Hospital frente a los procesos de comercialización con terceros que son sus clientes potenciales.

El área no posee control total sobre los procesos de gestión de cartera, al comportamiento de pago del régimen contributivo específicamente los relacionados con recursos procedentes de los entes Departamentales y Municipales (p.ej. recursos vía estampilla). De hecho, este es uno de los principales problemas, que ha desembocado en el déficit superior a los \$20,000 millones.

Se presenta una agresiva competencia en la atención de pacientes con cargo al sistema SOAT, ya que existen estímulos ofrecidos por otras entidades prestadoras, para que dichos pacientes sean llevados a sus instalaciones.

Otro aspecto que aportó también a la actual crisis financiera fue el de la negociación de contratos con otras entidades del sector salud a tarifas ISS por debajo entre un 40% a 45% de las tarifas SOAT; situación esta que si se une al elevado nivel de Glosas²², hace de estas unas contrataciones ventajosas para los terceros.

2.4.4 Aspectos financieros:

La falta de un buen modelo empresarial que hubiera afrontado a tiempo y con visión de futuro los desafíos enmarcados en la nueva Ley de seguridad social (Ley 100/93), ha dado como resultado que la Empresa sea hoy inviable si continua bajo el actual esquema administrativo.

El déficit del Hospital a diciembre de 2003 es superior a los \$20,000 millones, si se tiene en cuenta que en más del 80% la cartera es irrecuperable:

²² Facturación que es devuelta por los diferentes clientes públicos y privados para su conciliación, produciendo tardanza en los pagos respectivos a los hospitales.

COMPOSICION DEL ACTIVO Y PASIVO CORRIENTE (A Diciembre 31 de cada año)

Cifras en \$ Millones Corrientes

| ACTIVOS | 2001 | % Vert. | % Horiz. | 2002 | % Vert. | % Horiz. | 2003 (*) | % Vert. | % Horiz. |
|--|------------------|----------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| ACTIVO CORRIENTE | 23.554,3 | 100,0% | 5,6% | 18.645,2 | 100,0% | -20,8% | 18.847,5 | 100,0% | 1,1% |
| Efectivo | 386,9 | 1,6% | -1,9% | 378,9 | 2,0% | -2,1% | 479,6 | 2,5% | 26,6% |
| Inversiones | 28,2 | 0,1% | -39,1% | 27,3 | 0,1% | -3,1% | 14,9 | 0,1% | -45,4% |
| Deudores | 29.344,3 | 124,6% | -1,1% | 24.874,2 | 133,4% | -15,2% | 25.623,9 | 136,0% | 3,0% |
| (-) Provisión para Deudores | - 8.973,1 | -38,1% | -5,0% | - 8.733,9 | -46,8% | -2,7% | - 9.331,0 | -49,5% | 6,8% |
| Inventarios | 2.768,0 | 11,8% | 67,8% | 2.098,7 | 11,3% | -24,2% | 2.060,1 | 10,9% | -1,8% |
| PASIVO CORRIENTE | 33.867,2 | 100,0% | 19,9% | 23.792,9 | 100,0% | -29,7% | 27.767,5 | 100,0% | 16,7% |
| Obligaciones financieras | 576,1 | 1,7% | -25,0% | 1.512,8 | 6,4% | 162,6% | 50,7 | 0,2% | -96,6% |
| Cuentas por pagar | 18.963,1 | 56,0% | 22,4% | 12.994,7 | 54,6% | -31,5% | 13.311,4 | 47,9% | 2,4% |
| Salarios y prestaciones sociales | 13.831,2 | 40,8% | 20,2% | 8.746,6 | 36,8% | -36,8% | 13.569,5 | 48,9% | 55,1% |
| Pensiones por pagar | 496,3 | 1,5% | 5,7% | 538,3 | 2,3% | 8,5% | 481,5 | 1,7% | -10,6% |
| Otros Pasivos Corrientes | 0,5 | 0,0% | 0,0% | 0,5 | 0,0% | 0,0% | 354,4 | 1,3% | 70781,1% |
| DIFERENCIA (AC. CTE.-PAS. CTE.) | -10.312,9 | -30,5% | | -5.147,7 | -21,6% | | -8.919,9 | -32,1% | |

Fuente: HUSJ - Subgerencia Financiera-Administrativa

(*): En proceso de Depuración

Ley 716/01

Desde el punto de vista de los ingresos, el principal factor del déficit e inviabilidad actual del HUSJ es el derivado de no-reconocimiento de la facturación de los vinculados al 100% por parte del mismo Estado.

Ahonda la situación de déficit, el hecho que el HUSJ atiende sin remuneración, algunos servicios de nivel 1 en Pereira y parcial del 2 de municipios cercanos que no le corresponden pero que toca atender, situación que además de no generar los ingresos genera sobrecostos, dado que se atienden los niveles 1 y 2 a costos de los niveles 3 y 4.

Contar hoy con procesos o tratamientos como el mental y algunos de nivel 1 y 2 que no son de su competencia, está ahondando más la crisis. Así mismo la prestación de algunos servicios de nivel 4 sin el reconocimiento del evento, e incluyéndolas en el techo de las transferencias del Estado, también contribuyen al déficit.

Desde el punto de vista del gasto, la situación es igual de preocupante. La alta carga laboral tiene efectos negativos, ya que además de ser fija y baja en producción, presenta sobrecostos frente a la competencia del sector privado. La carga pensional coloca al HUSJ en desventaja frente al resto de la competencia. La baja rotación de inventarios, la poca gestión de cartera, la baja gestión de control al consumo de insumos, la falta de una buena y completa sistematización hacen más crítica la situación.

El continuo déficit, la permanente iliquidez y la débil gestión de la dirigencia local ante el Estado, tienen como consecuencia la también nula inversión para salirle adelante al riesgo a que esta expuesta la estructura de la edificación, para hacer de este un hospital funcional y para actualizarlo tecnológicamente.

La deuda pensional no ha sido cuantificada ya que no existe Cálculo Actuarial, no se tienen los bonos pensionales del personal próximo a jubilarse. El Contrato de Concurrencia solo esta vigente hasta el año 2009, lo que deja a la deriva el compromiso de pago a los pensionados, viudas, etc., hoy cubiertos por ese contrato.

A nivel logística, al área financiera no se le ha dado la relevancia que merece y solo hoy cuando la situación financiera ha hecho crisis se han visto las falencias. No existe contabilidad de costos en línea con la General, no se ha trabajado con presupuesto de caja, este se ha basado en causación, pero este último no esta en línea con los estados financieros. Estos a su vez solo se emiten para su evaluación al final de cada año, colocando en duda la existencia de una verdadera planeación y análisis financiero de la institución.

De continuar bajo las condiciones actuales, el Hospital es bien difícil que pueda salir de su actual situación de **INVIABILIDAD FINANCIERA.**

Finalmente, EL CONSULTOR, hace la siguiente reflexión, "el Hospital San Jorge de Pereira es, como su razón social y figura jurídica lo indica, una "EMPRESA", lo que implica que debe cumplir con un objeto social pero sin olvidar los objetivos económicos que equilibren su cumplimiento.."

CAPITULO III

3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO PARA EL HOSPITAL SAN JORGE

El direccionamiento estratégico entendido como el conjunto de estrategias, recursos y acciones que permiten a una organización dentro de la orientación estratégica corporativa, definir cuándo, dónde, cómo y con quien competir generando valor para sus usuarios o clientes²³, nos permite en el presente capítulo con base en el uso del Cuadro de Mando Integral, vislumbrar un norte estratégico, que busque atender sus problemas económicos, administrativos y asistenciales que han traído como consecuencia la insatisfacción en la prestación del servicio, por lo que se hace urgente y definitivo encontrar salidas apropiadas para buscar no solamente la viabilidad y sostenibilidad financiera, sino su fortalecimiento institucional como centro médico-asistencial.

El plan de salvamento que requiere la entidad, nos da la oportunidad de utilizar una de las técnicas de gestión gerencial más potentes e importantes en el mundo moderno, como lo es el Cuadro de Mando Integral, no como instrumento para la formulación de la estrategia sino para su ejecución, que al combinarlo con otros enfoques como lo son los factores críticos de éxito, afinará el trabajo en la búsqueda de definir la estrategia clave a los propósitos de la institución²⁴, y llegar a traducir la formulación e implementación de una estrategia apropiada, para el momento de crisis actual.

La institución debe emprender un plan de políticas estratégicas, que inicie con un nuevo direccionamiento estratégico, que revalúe y actualice la actual plataforma estratégica de la institución, tomando como base el Plan de Desarrollo (2001-2004) bajo el contexto de la dinámica actual y la política sectorial del estado, que oriente su operación dentro de un ámbito de mercado.

Como segunda política el hospital debe iniciar en forma paralela un plan de re-posicionamiento de su imagen institucional, modificando su cultura organizacional hacia el servicio, para generar competitividad y creando beneficios que faciliten el cambio deseado en los usuarios

²³ Serna Gómez, Humberto. Gerencia de Mercadeo Presentación en Power point Universidad de Los Andes. (2003)

²⁴ Bastidas B. Eunice L., Ripoll Feliu, Vicent. *Una Aproximación a las implicaciones del Cuadro de Mando Integral en las organizaciones del sector público.* <http://www.ucla.edu.ve/dac/compendium/revista11/0423/05/04>

durante y después de los momentos de verdad²⁵, que permitan diferenciarlo de los demás.

Y como última política que acompañará al proceso, debe consolidar y convertir al hospital en una de las empresas sociales del estado más importantes del país, generando rendimientos superiores al promedio, aprovechando sus aptitudes centrales²⁶ y cumpliendo con las exigentes normas de la competencia en el sector.

3.1. Revisión Estratégica del HUSJP

Teniendo en cuenta el diagnóstico desarrollado en capítulos anteriores y con el fin de realizar un acercamiento directo con los funcionarios del Hospital San Jorge de Pereira, inicialmente diseñamos una metodología participativa que por medio de talleres nos ayudara a generar consensos acerca del norte que la institución debía tomar. Lo ideal sería contar con los aportes de los profesionales del Hospital, pero es una tarea que se escapa actualmente de nuestras posibilidades.

No obstante, ante el análisis situacional evidenciado en el clima organizacional por el no pago de mesadas atrasadas y corrientes adversas de orden administrativo; como grupo de trabajo nos encontramos en la necesidad de perfilar nuestra metodología de trabajo hacia el estudio y análisis de otros hospitales como referentes importantes en el nivel nacional.

De acuerdo con lo anterior, adelantamos una agenda de visitas y reuniones directas, primero con parte del equipo directivo del Hospital San Jorge, igualmente con expertos en el tema, tanto en el orden ejecutivo como legislativo, así como visitas a diferentes Hospitales, como fueron el Hospital El Tunal y el Hospital la Samaritana de la ciudad de Bogotá.

A continuación expondremos en grandes rasgos los hallazgos importantes que fueron parte de nuestro insumo informativo y estratégico, para realizar el presente trabajo investigativo:

Hospital El Tunal: El Hospital El Tunal es una empresa social del Estado de tercer y cuarto nivel, cuya área de influencia es el sur de la

²⁵ Serna Gómez, Humberto. Mercadeo en Empresas de Servicio. Facultad de Administración. Universidad de Los Andes (2003). Presentación en Power Point.

²⁶ Hitt, Michael. Ireland, D. Hoskisson R. Administración estratégica: conceptos, competitividad y globalización. Resúmenes de clase. MBA Universidad de los Andes. Junio de 2003.

ciudad de Bogotá con cobertura en habitantes pertenecientes a los regímenes subsidiado y contributivo, atiende accidentes de tránsito, participantes vinculados, desplazados por la violencia y particulares. Fue concebido y construido en desarrollo del programa “Ciudad Bolívar” en el periodo 1988-1990 clasificado en este último año como institución de tercer nivel²⁷.

En el 2001, por la experiencia exitosa adelantada durante los años 1997-2000, denominada “*UN HOSPITAL PÚBLICO VISTO CON ENFOQUE EMPRESARIAL*”, el Hospital logra el premio de Alta Gerencia, otorgado por la Presidencia de la República de Colombia y por el Departamento Administrativo de la Función Pública, al igual que el reconocimiento por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y la empresa GEHOS, como el mejor Hospital de tercer nivel del Distrito y la mejor Gestión Asistencial. Reconocimiento de la Contraloría Distrital como la cuarta mejor empresa entre las 52 mas grandes del distrito y la primera del sector salud en los procesos de Control Interno²⁸

Su situación inicial es similar a la que vive el Hospital San Jorge de Pereira actualmente, con una baja productividad y calidad en sus servicios, ausente de procesos de control y evaluación, sin liquidez financiera, una precaria imagen institucional, deficientes procesos de facturación y recaudo, deficiente planta física y medico arquitectónica; pero a la vez con una ubicación estratégica y un gran potencial de mercado.

El primer paso en la búsqueda de su excelencia, estuvo precedido por un apoyo de las autoridades locales para emprender su gestión y sacar adelante el hospital, hasta colocarlo en un punto de equilibrio financiero sostenible, y redefinir estratégicamente el hospital como de alta especialidad médico quirúrgica y de apoyo diagnóstico y terapéutico según necesidades del mercado del área y del distrito.²⁹

Como segundo proceso gerencial y factor clave de éxito ha sido el fortalecimiento continuo e inversión en sistemas de información mediante módulos que integran la información requerida para la toma de decisiones gerenciales como organización plana.

De igual manera es parte importante una cultura organizacional de puertas abiertas y agendas públicas, así como el apoyo al recurso

²⁷ Hospital El Tunal. Hospital con enfoque empresarial. Presentación Power Point (2003)

²⁸ Ibidem.

²⁹ Ibidem..

humano, mediante promociones e incentivos con capacitación en el exterior y transferencia de conocimiento a funcionarios internos.

Una tercera estrategia ha sido el enfoque por unidades de negocios con delegación y empoderamiento al segundo nivel gerencial³⁰. Dichas unidades de negocio se miden por productividad y reducción de costos, las cuales dependen de la Subgerencia Científica y están definidas así:

1. Urgencias
2. Internación y Quirúrgicos (Hospitalización, Cirugías, Sala de partos)
3. Ambulatorios (consulta externa)

Otra de las estrategias encontradas que permiten sostenibilidad en la productividad de las unidades de negocio y del Hospital en general, tiene relación con la diferenciación del hospital en los productos y servicios, como lo son la Clínica del dolor; el Programa especial en VIH SIDA y la Red Materno Perinatal y actualmente Cirugías Estéticas; portafolio de servicios acompañados de oportunidad, humanización y labores de mercadeo por parte de la Oficina de Planeación, Departamento de Mercadeo y el Defensor del Usuario.

Adicionalmente a lo anterior es importante destacar el logro del Hospital al alcanzar la Certificación de Calidad ISO 9002, que le ha permitido tener mejoras operacionales en controles de la documentación, plan de auditorías clínicas e internas de forma periódica, almacenamiento y manejo de registros, entre otras.

El compromiso de la alta dirección ha sido la clave en su proceso de mejoramiento continuo y de posicionamiento ante la comunidad en general.

*“La corrupción es el principal flagelo que corroe a nuestro país, pero tanto o peor es la ineptitud de sus dirigentes”*³¹

Hospital La Samaritana: El Hospital Universitario de la Samaritana fue fundado mediante ordenanza el 24 de abril de 1932 y por decreto 847 el 5 de octubre de 1933.

³⁰ Ibidem.

³¹ Hospital El Tunal. Hospital con enfoque empresarial. Presentación Power Point. Rodríguez, Carlos Ariel. Gerente General Hospital El Tunal.

Su arqueología Institucional muestra a lo largo de su historia, el paso por 4 etapas importantes, caracterizadas por periodos de crisis y de bonanzas.

La primera etapa se inicia con su fundación en 1933 como Seccional del Instituto de Higiene Social de Cundinamarca, especializándose en el tratamiento y control de las enfermedades de transmisión sexual. A raíz de la necesidad de brindar servicios de hospitalización de los pacientes con estas enfermedades se impulsa la construcción del Hospital el 26 de octubre de 1933, la cual fue terminada en 1937 con servicio de hospitalización para 80 camas.³²

La segunda etapa con la aparición de los antibióticos a finales de la década de los años 30 que permite tratar y controlar mejor las enfermedades de transmisión sexual, se aumentan los servicios para el tratamiento de otras enfermedades convirtiéndose en Hospital General de la Samaritana el 22 de marzo de 1945, prestando servicios de Cardiología, Radiología, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía General, Dermatología, Neurología, Psiquiatría, Medicina General, Cirugía Plástica, Ortopedia, Laboratorio, Oftalmología y Urología.

La tercera etapa en 1955 cuando se cambia su nombre a Hospital Universitario de la Samaritana y responde a su actividad científica docente y asistencial, se fue consolidando como hospital de alta complejidad única en el Departamento de Cundinamarca de carácter científico y académico.

La cuarta y última etapa comienza con el reto de superar la crisis profunda administrativa y financiera en la que se encontraba la institución a inicios de 1995 y afrontar los cambios en el Sistema General de Seguridad Social y la implementación de la Ley 100 de 1993 que crea las condiciones para la transformación del Hospital en Empresa Social del Estado el 27 de diciembre de 1995.

Actualmente y desde octubre de 1999, la gerencia en cabeza del Dr. Edgar Pavón Carvajal, ha centrado su gestión en la adaptación del Hospital a las nuevas condiciones del mercado de la salud, basando el direccionamiento estratégico en la estandarización de procesos institucionales alineados al desarrollo de los sistemas de información, buscando el mejoramiento de la calidad de los servicios, la satisfacción de las necesidades de salud del departamento, el fortalecimiento del rol

³² Pavón Carvajal, Edgar, Hospital Universitario La Samaritana. Informe de Gestión 2.003 Pág. 1

universitario y propendiendo por la viabilidad financiera del Hospital que garantice su supervivencia y objetivo social.³³

Para la Gerencia del Hospital Samaritano, el éxito de un hospital público, bajo el nuevo régimen de la seguridad social en Colombia, se centra en tres estrategias claves como modelo de desarrollo gerencial: 1) Estructura de ingresos, 2) estructura de gastos y, 3) sistema de información integral, medidos todos sobre procesos.

3.2. Proceso de revisión estratégica:

Con base en los referentes institucionales anteriores y fruto de investigación de otros hospitales a nivel internacional a través de la internet, como es el caso español³⁴, la secuencia seguida para la revisión estratégica del Hospital San Jorge en el marco de su direccionamiento, debe tener en cuenta varias cosas.

Primero, para donde queremos que vaya el Hospital, para lo cual tenemos que dirigirnos a la Misión y Visión del Hospital que se encuentran en el Plan de Desarrollo Institucional elaborado en Agosto de 2001 y con vigencia 2001-2004, las cuales suponen la razón de ser y dónde queremos que el Hospital esté en unos años.

MISIÓN

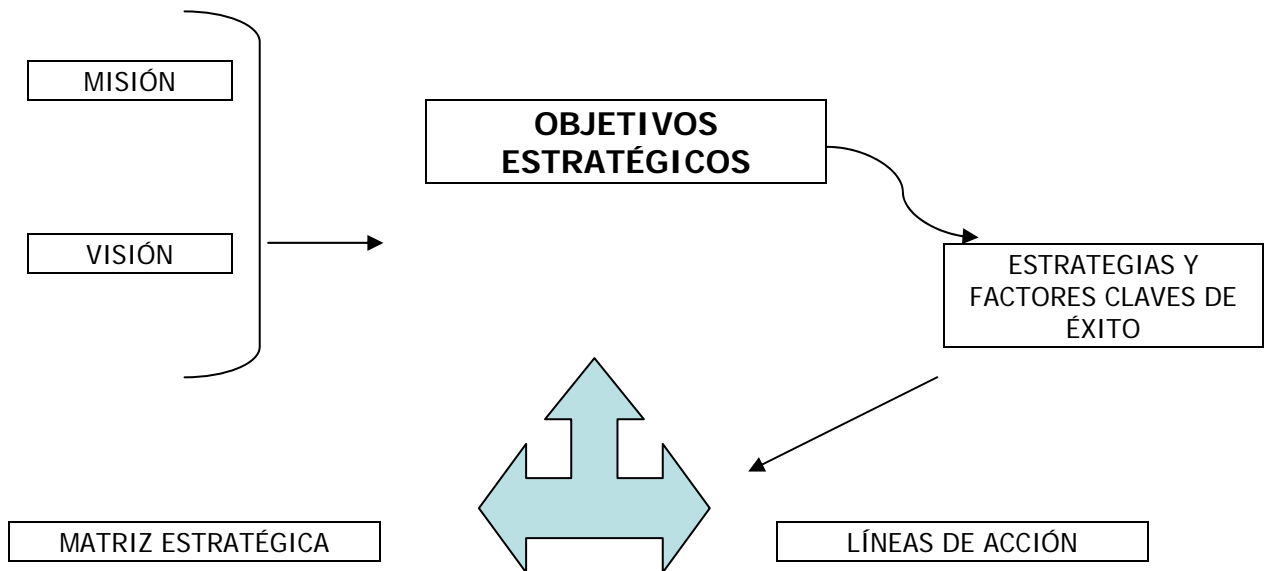
Somos una empresa prestadora de servicios de salud, con calidad y recurso humano comprometido con la satisfacción del cliente.

VISIÓN

Ser una empresa líder y sólida que satisfaga al cliente con servicios de salud de la mejor calidad.

³³ Ibidem.

³⁴ Zumarraga, Hospital de. Osakidetza, Servicio Vasco de Salud *Plan Estratégico 2003-2007*. <http://www.hospitalzumarraga.org/info/pestra.htm> 02/04/04



CUADRO DE MANDO INTEGRAL

Como segundo punto y con el fin de materializar la misión y la visión³⁵ los objetivos estratégicos permitirán cubrir todas las áreas funcionales y operacionales del Hospital San Jorge, así como descartar aquellos que no estén expresados en dichas áreas, de tal forma que dichos objetivos busquen los resultados esperados por la institución.

Para el siguiente análisis y tercer paso, se recomienda complementar el direccionamiento con el enfoque de los factores claves de éxito, que permita establecer una relación directa con el mercado³⁶ y deben convertirse en aquellas capacidades centrales que el Hospital debe controlar para que como organización estratégica adquiriera una ventaja sostenible en el largo plazo.

Un cuarto aspecto tiene relación con el análisis DOFA como insumo en nuestro trabajo para el diseño del Cuadro de mando Integral, el cual nos permitirá identificar las ventajas competitivas y establecer las estrategias o líneas de acción para alcanzar los objetivos planteados.³⁷

³⁵ Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Evaluación y Gestión de Resultados. Metodología para la Construcción del Balanced Score Card en entidades del sector público. Versión preliminar.

³⁶ Bastidas B. Eunice L., Ripoll Feliu, Vicent. *Una Aproximación a las implicaciones del Cuadro de Mando Integral en las organizaciones del sector público*. http://www.ucla.edu.ve/dac/compendium/revista11/04_23/05/04 P. 31

³⁷ Zumarraga, Hospital de. Osakidetza, Servicio Vasco de Salud *Plan Estratégico 2003-2007*. <http://www.hospitalzumarraga.org/info/pestra.htm> 02/04/04

Con base en los factores claves de éxito, las líneas de acción estratégica detallarán cada uno de los objetivos estratégicos en subfactores, de tal manera que cada uno de estos describa qué debe hacer para ayudar a conseguirlos, de tal manera que encajen dentro de la misión y visión general con la estrategia.

Por último, para el desarrollo de la meta ambiciosa que se propone el hospital reflejada en la Mega seleccionada, en el siguiente capítulo el Cuadro de Mando Integral o Balanced Score Card nos ayudará a obtener una visión de conjunto mucho más amplia, demostrando ser un instrumento dinámico que debe crecer al ritmo y evolución del propio Hospital, considerado desde cuatro perspectivas, la perspectiva financiera, perspectiva de clientes, perspectiva de procesos y la perspectiva de aprendizaje y crecimiento, con su respectivo mapa de indicadores en secuencia de causa efecto.

3.2.1. Objetivos estratégicos:

La misión y los objetivos estratégicos, sentarán las bases para planificar, organizar, motivar y controlar con eficacia³⁸ el curso del Hospital en el largo plazo. Dichos objetivos estratégicos se establecen con la intención de capitalizar las fuerzas internas, superar las debilidades y amenazas, y aprovechando las oportunidades que el entorno permite persuadir.

En el siguiente esquema presentamos los objetivos estratégicos definidos, cuyos colores determinan el grado de importancia y de prelación en el momento de estructurar la arquitectura estratégica del Cuadro de Mando Integral.

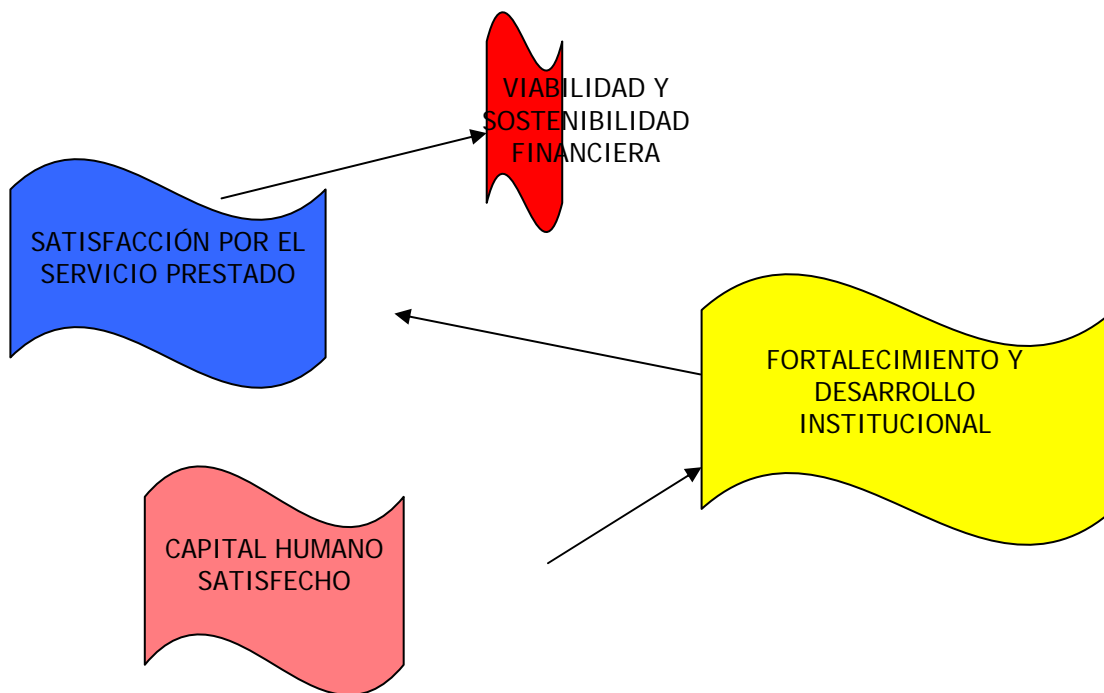
Rojo: Alta

Azul: Media Alta

Amarillo: Media

Rosado: Media baja

³⁸ David. Fred R, Conceptos de Administración Estratégica. Quinta edición. Editorial Prentice Hall. Pág. 10.



A continuación desagregamos cada uno de los objetivos estratégicos:

-Viabilidad y Sostenibilidad Financiera: Se encuentra como uno de los objetivos de alta prioridad, ya que el logro de este objetivo permitirá en el corto plazo tener el punto de equilibrio financiero que aminore el déficit en el cual se encuentra el Hospital San Jorge de Pereira.

El bajo equilibrio en la liquidez, su apalancamiento, el capital de trabajo, la rentabilidad, el aprovechamiento de activos, su flujo de caja, pueden impedir que algunas estrategias alternativas no sean factibles, por lo tanto recalamos que es de gran importancia la obtención de este objetivo en el corto plazo, haciendo énfasis en la eficiencia al menor costo posible y dentro del margen que le confía el sistema general de participaciones y la comunidad en general.

-Satisfacción por servicios prestados: Este objetivo identificable claramente con la misión del hospital, pretende satisfacer las necesidades de salud y expectativas de los usuarios y clientes que requieren y prefieren sus servicios. El hospital volcado al mercadeo de servicios logrará un conocimiento profundo del mercado y el cliente, para anticipar los cambios en un contexto global, dinámico y competitivo

como lo es la salud, haciendo del cliente y el usuario el foco central de su objetivo.³⁹ De esta forma el objetivo permitirá la generación de valor tanto para el sector salud como para sus interesados o grupos de referencia.⁴⁰

-Fortalecimiento y desarrollo institucional: Nuestro enfoque en este objetivo se direcciona a la gestión de recursos, imprescindibles para el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria, así como a la búsqueda de la excelencia operativa, apoyado en un sistema de gestión que facilite el mejoramiento continuo de los procesos en el día a día, y hacer posible la consecución de la misión y la visión.

-Capital Humano Satisfecho: Se trata de un objetivo de suma importancia ya que se trata de los elementos fundamentales para conseguir todos los objetivos. El hospital debe disponer de personal idóneo y cualificado que aporte sus conocimientos para llevar a cabo los enfoques estratégicos definidos.

El sentido de pertenencia y la apuesta a la innovación y creatividad por parte de sus empleados implican una aptitud proactiva ante los cambios que se deben realizar, lo cual será insumo para la posterior formación continua, el benchmarking y su desarrollo tecnológico.

3.2.2. Estrategias y factores clave de éxito para el logro de los objetivos estratégicos:

Objetivo estratégico 1.

VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

Estrategias:

Lograr el equilibrio financiero requerido mediante la implementación de una estructura de costos, y el fortalecimiento del departamento financiero como apoyo central a la gestión asistencial y mercadeo de servicios.

Factores claves de éxito:

- **Facturación de ingresos y sistema de información:** Dependerá de la modificación a la estructura de los ingresos, teniendo en cuenta que son por demanda. Recuperación gradual de la cartera

³⁹ Serna Gómez, Humberto. Gerencia de Mercadeo Presentación en Power point Universidad de Los Andes. (2003)

⁴⁰ Ibidem.

- **Capital de trabajo:** Asegurar que el déficit de capital de trabajo superior a los 15.000 millones de pesos que le trae problemas de iliquidez insostenible actualmente, se disminuya considerablemente.
- **Aportes territoriales:** Negociación del reconocimiento financiero por parte del municipio de las atenciones de primer nivel que le corresponden.
- **Pasivos laborales:** Están garantizadas las pensiones hasta el 2009 por convenio de concurrencia con el gobierno nacional y falta hacer estudio de cálculo actuarial.
- **Eficiencia en el gasto:** Dependerá del costo de personal que se haga en el cálculo actuarial, planes de indemnización y retiro, presupuestación estratégica e inventarios, que sea capaz de realizar el hospital, para lograr una alta productividad, al mínimo costo posible.

Objetivo estratégico 2.

SATISFACCIÓN POR SERVICIOS PRESTADOS

Estrategias:

Aumentar el grado de satisfacción de los usuarios y clientes con el servicio prestado, mejorando continuamente su cumplimiento y productividad asistencial.

Factores claves de éxito:

- **Optimización de la cobertura:** Mediante un portafolio de servicios adoptado para el marco de actuación (tercer nivel), asegurando que el servicio esté disponible para los clientes y usuarios en el mínimo tiempo posible y adecuando nuestros recursos a la demanda de la población.
- **Asistencia efectiva:** La asistencia médica debe buscar el máximo nivel de bienestar posible para los pacientes y minimizar los riesgos de tratamientos complejos, utilizando tecnología de punta y estandarización de procesos y procedimientos en forma efectiva.
- **Atención a usuarios y clientes:** Debe ser el complemento a la prestación de los servicios; los clientes y usuarios necesitan información completa, oportuna y comprensible a través de medios de información (portafolio de servicios, internet, intranet, medios de comunicación etc) que permitan tomar decisiones y acceder a los servicios, con un trato adecuado al usuario, que sólo es posible si los profesionales están capacitados y comprometidos de forma humanizada para ello.

- **Sistema de redes y Coordinación interinstitucional:** Como estrategia simultánea a la satisfacción del usuario, es importante que el Hospital propenda por liderar procesos de coordinación interinstitucional que permita mejorar el grado de satisfacción global de los clientes y la productividad hospitalaria.

La contribución del hospital en este punto depende sobre todo de la cooperación con los clientes, es decir de su capacidad de coordinarse con el Sistema Nacional y Departamental de Salud, y el resto de interesados (stakeholders)⁴¹ como organizaciones sanitarias y proveedores, grupos políticos, sociedad y gobierno, para ofertar un servicio eficiente, que sea complementario y no repita pruebas o prestaciones que aseguren la continuidad de cuidados de los pacientes a través del sistema de redes.

Es imperante compartir los conocimientos con el resto de profesionales y organizaciones generando sinergias científicas y profesionales que difundan de forma suficiente los avances en tecnología médica y de gestión empresarial.

Objetivo estratégico 3.

FORTALECIMIENTO Y SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL

Estrategias:

Gerencia y gestión empresarial para el mejoramiento de la infraestructura habilitacional y física del hospital.

Factores claves de éxito

- **Estructura física de las instalaciones:** Evaluar el riesgo estructural y pérdida de competitividad por la antigüedad y deterioro continuo de su estructura.
- **Obsolescencia tecnológica:** Gestionar recursos y cooperación tecnológica para sacar de su atraso, al HUSJP.
- **Habilitación funcional del hospital:** Adecuación y mejoramiento físico que no permita el cierre del hospital por los

⁴¹ La Teoría de los stakeholders es utilizada para explicar el comportamiento de las organizaciones modernas, cuya realidad no puede ser comprendida sino bajo la luz del reconocimiento de la conflictividad de intereses que juegan los distintos actores que intervienen en el ámbito interno y externo de la organización. Bastidas B. Eunice L., Ripoll Feliu, Vicent. *Una Aproximación a las implicaciones del Cuadro de Mando Integral en las organizaciones del sector público.* http://www.ucla.edu.ve/dac/compendium/revista11/04_23/05/04 Pág. 32.

organismos de control, ya que no reúne los requisitos exigidos para su funcionamiento.

- **Herramientas de control de gestión:** Adecuada consecución de los objetivos del hospital mediante la utilización de las mejores, más avanzadas y actualizadas técnicas y sistemas de gestión en los cuales se investigue de manera permanente.
- **Alto nivel de liderazgo:** El equipo directivo del hospital debe impulsar e incentivar, la implicación de todas las personas en la mejora del sistema de salud del hospital y la consecución de resultados.
- **Mejoramiento operacional:** Modelamiento a los procesos, implementación de sistemas de información estratégicos y desarrollo de la tercerización de servicios.

Objetivo estratégico 4. CAPITAL HUMANO SATISFECHO

Estrategias:

Fortalecimiento del clima organizacional y del talento humano, alcanzando alto grado de satisfacción.

Factores claves de éxito:

- **Adecuación sitios de trabajo:** Disposición de medios organizativos adecuados para realizar el trabajo, mediante una buena programación que permita asegurar mayor eficacia laboral.
- **Cualificación del personal profesional:** Capacitación y desarrollo profesional, que empodere el personal profesional, para que tengan un amplio margen de responsabilidad y efectiva toma de decisiones dentro de su campo de acción.
- **Régimen laboral:** Teniendo en cuenta el régimen laboral que presenta la institución (carrera administrativa) cuyo 80% de presupuesto es inflexible frente a los costos de servicios personales, realizar transiciones progresivas a nuevos modelos de vinculación por gestión de resultados y/o unidades de negocio (tercerización)
- **Gestión humana con sentido de pertenencia:** Involucrar el personal en los nuevos procesos estratégicos que se lograrán, en la medida en que se cumplan los anteriores factores y conlleven a mejorar el sentido de pertenencia de los empleados.

3.2.3 Perfiles del análisis DOFA:

En desarrollo del presente trabajo y por medio de reuniones con la Gerencia General y parte del personal de apoyo directivo, se definieron las amenazas y oportunidades que el entorno ofrece para satisfacer las necesidades del mismo, y las fortalezas y debilidades internas

Se tuvieron en cuenta aspectos como la dinámica del sector salud en Colombia con el fin de detectar y evaluar las tendencias que van más allá del control del Hospital, de tal manera que se puedan formular estrategias para aprovechar las oportunidades y mitigar las consecuencias de las amenazas externas en medio de un entorno competitivo. Por otra parte se identifican y evalúan las fortalezas y debilidades en las áreas funcionales del Hospital, sus inter-relaciones y las implicaciones de algunas tácticas⁴² sobre las áreas funcionales.

| PERFIL DE OPORTUNIDADES Y AMENAZAS | |
|---|---|
| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
| 1- Reconocimiento por parte de la comunidad: Patrimonio de la salud. | 1- Crisis económica que limita la expansión de cobertura del régimen subsidiado, sobrecargando a los hospitales con alta demanda de pacientes sin afiliación al SGSS. |
| 2- Ampliación de cobertura | 2- Competencia del sector privado por el segmento del régimen contributivo y subsidiado |
| 3- Gestión de recursos para cofinanciación de tecnología blanda y dura. | 3- Perfil epidemiológico de la población |
| 4- Especialización del hospital en actividades de tercer nivel (investigación y desarrollo) | 4- Violencia política y orden público |
| 5- Alianzas estratégicas | 5- Vulnerabilidad sísmica de la región |
| 6- Ser el único hospital de tercer nivel en la zona (centro-occidente del país) | 6- Inequidad en la distribución de recursos de oferta que realizan los entes territoriales |
| 7- Ley 100 de 1993 (descentralización y cobertura) | 7- La inadecuada coordinación y funcionamiento de las redes de prestación de servicios. |
| 8- Sistema de redes de prestación de servicios de salud PND 2002-2006 CONPES 3204 de 2002. | 8- Régimen jurídico y laboral |
| 9- Outsourcing - tercerización de servicios | 9- Influencias políticas sectoriales del estado |
| 10- Reestructuración de hospitales: crédito BID condonable al departamento. | 10- Innovación tecnológica y lenta reacción. |

⁴² Requiere menos recursos organizacionales, es fácil de implementar y de reversar. Hitt, Michael. Ireland, D. Hoskisson R. Administración estratégica: conceptos, competitividad y globalización. Capítulo 5. Resúmenes de clase. MBA Universidad de los Andes. Junio de 2003.

El perfil de oportunidades y amenazas a través de las estrategias planteadas determina para el Hospital un reto importante en la región del eje cafetero. Con base en su reconocimiento por parte de la comunidad, se podría convertir en el mejor hospital de la región, mediante el aprovechamiento de los lineamientos que la Ley 100 de 1993 ofrece en los temas de descentralización y ampliación de cobertura. Desde el punto de vista empresarial como empresa social del Estado y por tratarse del único hospital de tercer nivel en la región, podría convertirse rápidamente en el referente más importante para el resto de hospitales en el centro-occidente del país, y porque no, a nivel nacional como lo son hoy en día, los hospitales de El Tunal, La Samaritana y los hospitales General y San Vicente de Paúl en la ciudad de Medellín.

El uso eficiente de los recursos de crédito internacional y el interés actual del Gobierno Nacional por intentar sacar de la crisis económica a los hospitales públicos, es una oportunidad que el Hospital no puede dejar pasar, de lo contrario definitivamente lo colocaría cerca de su liquidación y cierre de actividades, debido a su alto e incremental déficit presupuestal. Sumado a lo anterior, la competencia del sector privado por el régimen contributivo y subsidiado serían aún más intensas, dejando a la población más pobre sin opciones claras de acceder a la salud.

| PERFIL DE CAPACIDADES INTERNAS | |
|---|--|
| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
| 1- Conocimiento y experiencia técnica del sector. | 1- Portafolio de servicios. |
| 2- Ventajas competitivas respecto al mercado potencial. | 2- Sentido de pertenencia personal asistencial: relaciones laborales |
| 3- Responsabilidad social | 3- Infraestructura física y hotelera: incumplimiento de normas sismo-resistentes y habitacionales. |
| 4- Tradición histórica de la institución | 4- Sistema de control y auditoria |
| 5- Gerencia con actitud de cambio | 5- Programas de dotación y mantenimiento de equipos |
| 6- Ubicación estratégica del hospital | 6-Posicionamiento de la imagen ante la comunidad |
| | 7- Capacidad productiva para competir |
| | 8- Rentabilidad financiera |

| | |
|--|---|
| | 9- Iliquidez, disponibilidad de fondos internos |
| | 10- Pasivo prestacional y carga pensional |
| | 11- Sistemas de información administrativos |
| | 12- Obsolescencia tecnológica de equipos médicos |
| | 13- Estructura financiera: desequilibrio entre la estructura de costos y gastos de producción de servicios y el verdadero potencial de generación de ingresos |
| | 14- Procesos de gestión administrativa |
| | 15- Capacitación y formación del talento humano |
| | 16- Programas de promoción y prevención |

Las capacidades internas del Hospital San Jorge de Pereira están traducidas en la actitud generadora de cambio, que en su equipo gerencial se observa y que como reto personal y profesional decididamente están enfocados en sacar de la crisis al hospital. Dicho equipo está enfrentado a una crisis interna que se manifiesta en el alto detrimento de su infraestructura y por otro lado ante la amenaza de un posible movimiento telúrico por encontrarse en una zona de alta sismicidad.

Igualmente en sus áreas operativas y de apoyo, las falencias en materia de equipos médicos con tecnología de punta hacen precaria la prestación de servicios óptimos y oportunos, así como la falta de un sistema de información administrativo y financiero que permita tener certeza acerca de la situación económica del hospital, complicando la toma de decisiones gerenciales para la prestación de servicios que deben estar alineados con un portafolio de servicios que se debe diseñar.

Es importante llevar a cabo el desarrollo de una nueva estructura financiera, que permita llevar al hospital a un punto de equilibrio que le otorgue un alivio económico sostenible, con el cual pueda cumplir con sus obligaciones para con los empleados y obviamente con los usuarios quienes son en últimas su razón de ser.

Es excesivo lo que se debe hacer en favor del Hospital San Jorge de Pereira; el fortalecimiento de sus competencias centrales internas son imprescindibles para generar la competitividad que lo pueda hacer diferente ante el mercado y el sector salud en Colombia.

3.2.3.1 Matriz estratégica:

Con la existencia de una infinita cantidad de acciones posibles y de caminos para poner en práctica las estrategias, nuestro análisis compilado en la siguiente matriz estratégica, pretende determinar algunas vías alternativas que permitirán alcanzar de forma manejable la consecución de los objetivos estratégicos, y darle viabilidad y sostenibilidad al Hospital San Jorge de Pereira.

El propósito y la misión del hospital aunados a los conocimientos que se obtienen por medio de los análisis de los ambientes interno y externo, determinan las estrategias y acciones para implementarlas con éxito.

| ESTRATEGIAS FO | ESTRATEGIAS DO |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar alianzas estratégicas con universidades de la región en ciencias de la salud. • Gestionar recursos nacionales e internacionales para investigación. • Gestionar el ingreso del hospital entre los beneficiarios del préstamo BID sobre reestructuración. • Liderar el proceso de implementación de redes de servicios de salud en el eje cafetero. | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un plan de mejoramiento continuo con enfoque en los procesos (certificación ISO 9000) • Desarrollar la Tercerización de servicios críticos para la institución. • Inversión en investigación y mercadeo para el desarrollo de servicios en unidades de negocio. • Definir el portafolio de servicios que correspondan con un hospital de tercer nivel. • Desarrollar un programa para el mejoramiento de la gestión humana. • Gestionar recursos económicos para el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria y habilitación normativa. • Implementar un sistema de costeo ABC. • Plan de facturación "cero glosas" • Desarrollar un sistema de información contable y financiero integrado que involucre la cadena de valor. |
| ESTRATEGIAS FA | ESTRATEGIAS DA |
| <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de relaciones públicas y políticas excelentes. | <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar e implementar un plan de actualización tecnológica en equipos médicos. • Desarrollar un sistema de información integrado que permita tomar decisiones gerenciales objetivas. • Fortalecer el sistema de control interno. • Generar espacios de participación de los funcionarios para generar sentido de pertenencia. • Diseñar mecanismos de contratación y de vinculación laboral del equipo directivo |

| | |
|--|---|
| | <p>mediante gestión por resultados y méritos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de auditoria y control en prevención epidemiológica. • Implementar programas educativos en prevención de enfermedades. • Establecimiento de indicadores y estándares de calidad en la atención. • Fortalecimiento de la imagen institucional (Internet, intranet, medios) |
|--|---|

3.2.4 Líneas de Acción Estratégica:

Las líneas de acción estratégica obedecen como se expresó anteriormente al detalle de cada una de las tácticas⁴³ que apoyarán el desarrollo de los objetivos estratégicos del hospital. Estas líneas de acción están expresadas en subfactores, de tal manera que encajen dentro de la misión, los objetivos y las estrategias seleccionadas.

En seguida presentamos las líneas de acción estratégica expresadas en subfactores por cada objetivo estratégico y factor clave de éxito.

Objetivo estratégico 1.

1. VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

| FACTOR CLAVE DE ÉXITO | SUBFACTOR 1 | SUBFACTOR 2 |
|--|--|-------------|
| Facturación de ingresos y sistema de información | -Facturación de todos los servicios. -Tarifas competentes. -Control de servicios vs presupuesto. -Sistema de información financiero que integre la cadena de valor. | |
| Capital de trabajo | -Administración y recuperación de cartera. | |
| Aportes territoriales | -Recursos gestionados. | |
| Pasivos laborales | -Reestructuración administrativa. -Crédito BID. | |
| Eficiencia en el gasto | -Control en compras. -Control de costos. -Control operativo. | |

⁴³ Requiere menos recursos organizacionales, es fácil de implementar y de reversar. Hitt Capítulo 5.

Objetivo estratégico 2.

2. SATISFACCIÓN POR EL SERVICIO PRESTADO

| FACTOR CLAVE DE ÉXITO | SUBFACTOR 1 | SUBFACTOR 2 |
|---|--|--|
| Optimización de la cobertura en salud | -Cualificación de la cobertura. -Adecuación de recursos a demanda -Actividades eficientes. -Estrategia de comunicación y difusión. | -Niveles de productividad altos en servicios. -Internet, Intranet y medios. |
| Asistencia y atención efectiva | -Cualificación profesional -Procesos y protocolos efectivos -Buena atención | -Perfiles adecuados y humanización del servicio. |
| Portafolio y aseguramiento de servicios | -Definir portafolio de servicios. -Unidades de Negocios. -Calidad del servicio -Control y Vigilancia epidemiológica -Auditoria asistencial | -Alianzas estratégicas Investigación y Desarrollo. |
| Sistema de redes en el eje cafetero y coordinación interinstitucional | -Integración de los tres niveles hospitalarios. -Sistemas de comunicación. -Negociación de servicios ante el sistema general de participaciones. -Cooperación de servicios con el sector. | -Alto nivel de comunicación. |

Objetivo estratégico 3

4.FORTALECIMIENTO Y SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL

| FACTOR CLAVE DE ÉXITO | SUBFACTOR 1 | SUBFACTOR 2 |
|--|--|-------------|
| Estructura física de las instalaciones | -Estudio y evaluación de infraestructura física. -Recursos financieros para mejoramiento de las instalaciones -Habilitación funcional del hospital | |
| Obsolescencia tecnológica | -Equipamiento médico actualizado y efectivo. | |

| | | |
|---|---|--|
| Herramientas de control y gestión | -Sistema de control interno. -Sistema de gestión de calidad ISO 9000. -Herramientas de gestión gerencial BSC. | |
| Mejoramiento operacional con tecnología de punta. | -Sistema de costos ABC -Sistema financiero óptimo -Administración de cartera -Tercerización de servicios. | |
| Alto nivel de liderazgo | -Competencias y habilidades directivas. | |

Objetivo estratégico 4.

5. CAPITAL HUMANO SATISFECHO

| FACTOR CLAVE DE ÉXITO | SUBFACTOR 1 | SUBFACTOR 2 |
|--|---|-------------|
| Adecuación sitios de trabajo | -Modelamiento de procesos. -Programación de trabajo. | |
| Cualificación del personal profesional | -Desarrollo profesional -Empowerment | |
| Gestión humana | - Fortalecimiento del Talento humano - Integración de las personas | |
| Régimen laboral | -Adecuación de régimen laboral. - Salario por desempeño | |
| Desarrollo de Benchmarking | -Conocer mejores prácticas del sector | |

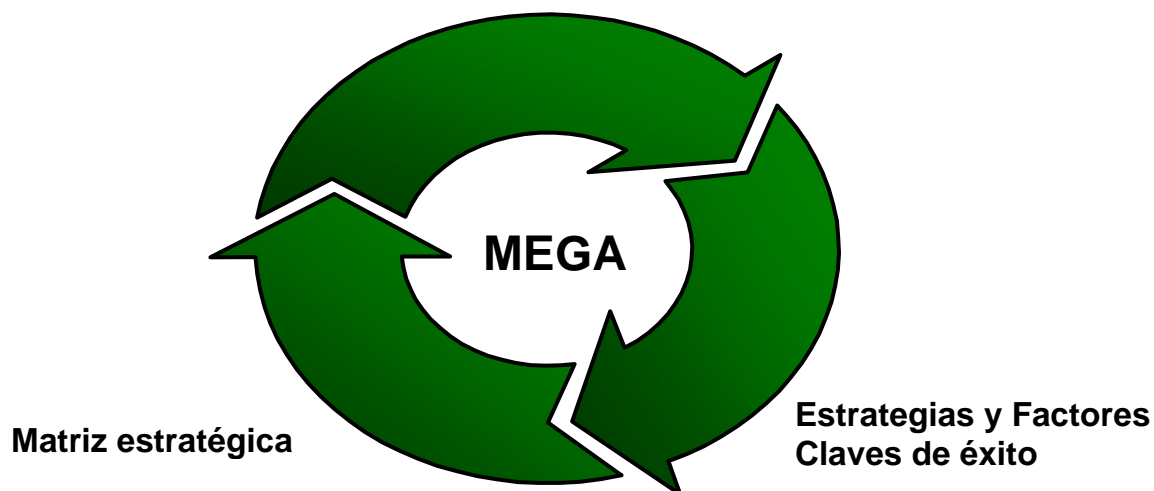
3.4. Mega seleccionada:

La Mega seleccionada corresponde a la interacción del conjunto de elementos referidos en el presente capítulo, correspondientes al proceso de revisión estratégica y que propende por el logro de una meta ambiciosa para el Hospital San Jorge de Pereira en el largo plazo.

Esta mega se convertirá en el foco estratégico que la institución se debe proponer y alcanzar, una vez se ejecuten todas las actividades que en

forma medible el Cuadro de Mando Integral proyecte como alternativa para el logro de los resultados propuestos.

Objetivos estratégicos



"SALUD CON RENTABILIDAD SOCIAL"

Qué significa esta Mega seleccionada?

Salud: Sector Hospitalario (elemento vital de la humanidad)

Rentabilidad: Viabilidad y Sostenibilidad financiera (punto de equilibrio y rendimientos por encima del promedio del sector)

Social: Apoyo a población beneficiaria (usuarios, clientes y comunidad)

CAPITULO IV EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL-PERSPECTIVAS SELECCIONADAS

4.1. Cuadro de Mando Integral: Luego del desarrollo y análisis efectuados al diagnóstico actual y el proceso de revisión estratégica, estamos en capacidad de estructurar la plantilla del Cuadro de Mando Integral o Balanced Score Card, que buscará contemplar la visión integral de la institución y su estrategia, considerada desde cuatro perspectivas que se vinculan entre sí, a través de relaciones causa y efecto⁴⁴, y así medir los procesos en razón de su valor estratégico.

Las siguientes son las perspectivas definidas conceptualmente por Robert S. Kaplan y David p. Norton en su libro *Cómo utilizar el Cuadro de Mando Integral The Strategy-Focused Organization*:

- **Financiera** o del accionista, busca el crecimiento, la rentabilidad y el riesgo económico desde la perspectiva del Estado y la comunidad para el caso que nos ocupa.
- **Cliente** o usuario permite crear valor y diferenciación desde la perspectiva del cliente o usuario.
- La perspectiva de **Procesos**, define las prioridades estratégicas de distintos procesos internos que crean satisfacción en los clientes, usuarios, Estado y comunidad.
- **Aprendizaje y crecimiento** genera prioridades para crear un clima de apoyo al cambio, la innovación y crecimiento de la organización.

Azúa (1998)⁴⁵ señala tres ventajas adicionales con el uso del Cuadro de Mando Integral:

1. Favorece la transparencia de la gestión pública. Se trata de un factor a favor de los ciudadanos, pero a la vez, contraproducente para los partidos políticos.
2. Se desarrolla una cultura más emprendedora en la gestión pública.
3. Balancea la gestión pública entre la acción inmediata y la preparación del futuro.

⁴⁴ Bastidas B. Eunice L., Ripoll Feliu, Vicent. *Una Aproximación a las implicaciones del Cuadro de Mando Integral en las organizaciones del sector público*. <http://www.ucla.edu.ve/dac/compendium/revista11/04/23/05/04> Pág. 31

⁴⁵ i Negre, Jordi Turull. Vivas Urieta, Carlos El cuadro de mando integral en la administración pública: el caso del ayuntamiento de Sant Cugat del Vallés. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Panamá 28-31 Oct 2003.

Las anteriores definiciones y su aplicabilidad en organizaciones cuyo objetivo no es obtener lucro, de momento no ha evolucionado tal y como ocurre en las empresas del sector privado⁴⁶, no obstante el eje central en organizaciones como el Hospital San Jorge de Pereira por ser Empresa Social del Estado, es la comunidad representada en parte por usuarios del servicio, y su meta final es conseguir la mayor satisfacción para la sociedad, como evidentemente se expresa en la Mega seleccionada en el capítulo anterior, observada en la parte superior del esquema o plantilla del Cuadro de Mando Integral.

El Cuadro de Mando Integral presentado en el anexo 2, proporciona la descripción y comunicación lógica de una estrategia coherente y clara en todas sus direcciones, mediante vínculos medidos en relaciones causa-efecto que transformen los activos intangibles (crecimiento y aprendizaje) en resultados tangibles (financieros), y de tal forma que logre expresar un balance racional entre medidas financieras y no financieras convirtiéndose en generadores de valor para el hospital.

Su estructura jerárquica ha sido realizada con base en la crisis de liquidez y endeudamiento que tiene actualmente el hospital, por tal razón la perspectiva financiera recoge aquellas estrategias y medidas que tradicionalmente han sido utilizados por las áreas contables, que reflejen el grado en que el hospital satisfaga su interés económico y logre su punto de equilibrio financiero inicialmente. Los rendimientos superiores al promedio se obtendrán cuando la institución reduzca sus costos en forma continua y en mayor medida que otros hospitales, con el fin de ofrecer a sus usuarios precios bajos y niveles aceptables de productos debidamente diferenciados.

En segundo lugar la perspectiva de los clientes, intenta mostrar la actuación del hospital frente a los clientes, usuarios y grupos de interés. Esta perspectiva y su conjunto de acciones constituye la base del éxito, ya que conociendo al cliente y sus usuarios permitirá identificar sus necesidades particulares.

La confianza generada en este punto, es un activo importante, ya que estimulará la capacidad de desarrollo de contratos en el sistema de redes, la selección de socios confiables que cuenten con activos complementarios, con el fin de establecer relaciones cooperativas estratégicas y sean catalizadores de gobernabilidad en el sector salud.

⁴⁶ Ibidem Pág. 25.

La perspectiva de procesos comprende aquellas estrategias y factores claves de éxito que el hospital debe alcanzar para crear valor a través de su cadena de procesos internos, y permitirá satisfacer la demanda interna, en la búsqueda de su fortalecimiento y sostenibilidad institucional.

La cuarta y última perspectiva propende evaluar la capacidad de innovación y aprendizaje necesarios para apoyar los objetivos estratégicos definidos e iniciar el desarrollo de una ventaja competitiva sostenible. Con base en un análisis a fondo de los recursos del hospital dicha ventaja será menos visible para los competidores y por lo tanto más difícil de entender y costosa de imitar,⁴⁷ sobretodo en un sector tan vulnerable y sensible como el de la salud.

En el anexo número 2 se encuentra el Cuadro de Mando Integral, definido para el Hospital San Jorge de Pereira.

⁴⁷ Hitt, Michael. Ireland, D. Hoskisson R. Administración estratégica: conceptos, competitividad y globalización. Resúmenes de clase. MBA Universidad de los Andes. Junio de 2003.

CAPITULO V

5. INDICADORES DE GESTIÓN

5.1. Indicadores y Metas por objetivo estratégico:

Con la integración de todos los procesos de la organización en el Cuadro de Mando Integral del Hospital San Jorge de Pereira, observado en el capítulo anterior, donde se visualizan todos los procesos de la institución, se traduce la estrategia en acciones de todos y cada uno de sus integrantes para cumplir los objetivos estratégicos y el logro de la Mega seleccionada, la institución con una gestión eficiente de la información debe medir bien lo que le interesa realmente.

Los indicadores son expresiones cuantitativas que permitirán medir el comportamiento o desempeño de una determinada variable y que al ser comparada con una referencia, permitirá identificar desviaciones sobre las cuales tomar acciones correctivas.⁴⁸ No se puede controlar lo que no se mide y, por ende, no se puede gerenciar lo que no se controla.⁴⁹

El número de indicadores no es una limitante del Cuadro de Mando Integral. Para Kaplan y Norton es irrelevante, siempre que estén lógicamente vinculados a través de la cadena de causa efecto, sin embargo la información requerida suele ser mayor.⁵⁰

Evaluar la gestión de las instituciones del sector público significa comparar los resultados obtenidos por las mismas con relación a lo deseado o planificado, a fin de elevar su eficiencia. En tanto no se desarrolle la capacidad de medir resultados, el desempeño de un organismo puede resultar un imponderable, por ello, resultará indispensable desarrollar sistemas que resalten el aspecto cualitativo de la gestión, capaces de asimilar la multiplicidad de objetivos y la heterogeneidad de acciones que realizan las instituciones.⁵¹

⁴⁸ Serna Gómez, Humberto. *Índices de Gestión*. 3R Editores. Pág. 1. 3R Editores.

⁴⁹ Ibidem. Pág. 14.

⁵⁰ Bastidas B. Eunice L., Ripoll Feliu, Vicent. *Una Aproximación a las implicaciones del Cuadro de Mando Integral en las organizaciones del sector público*. <http://www.ucla.edu/ve/dac/compendium/revista11/0423/05/04> Pág. 32

⁵¹ Adelardi Cortes, Ana E. *La importancia de los indicadores de gestión*. [http://www.acepweb.org.ar/documentos/INDICADORES%20EN%20LA%20ADMINISTRACION\(para%20pagina%20web\)](http://www.acepweb.org.ar/documentos/INDICADORES%20EN%20LA%20ADMINISTRACION(para%20pagina%20web)) 18/05/03

Para el presente trabajo se tuvieron en cuenta indicadores históricos que el sector hospitalario maneja de forma periódica, y aspectos operativos para el desarrollo de las estrategias que permitan el logro de la mega seleccionada.

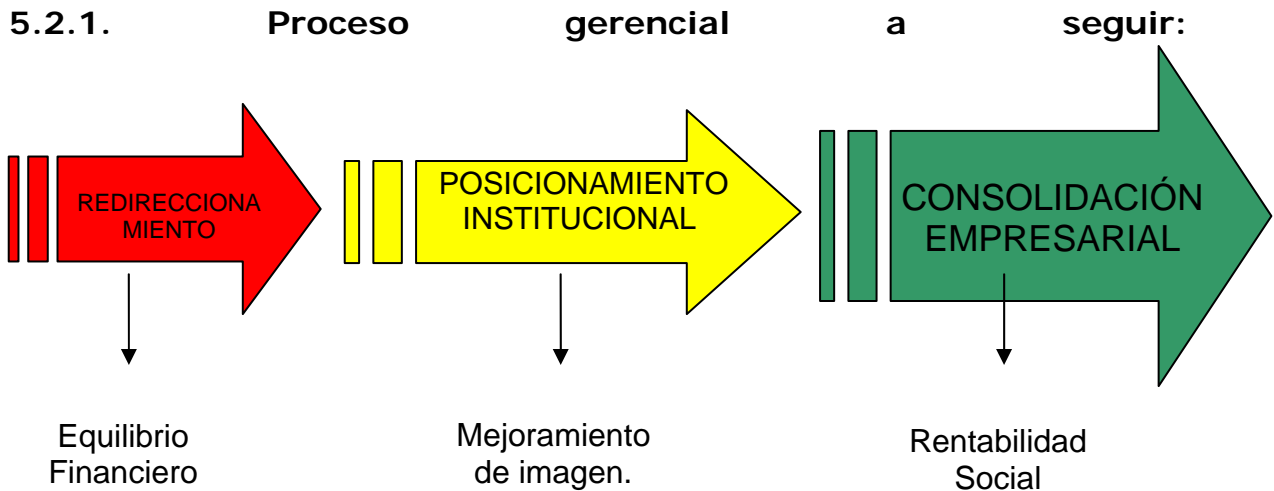
En la figura número 1 que se anexa, se esquematiza en forma integral, las estrategias generales, las estrategias específicas o factores claves de éxito, los indicadores con sus atributos, el área responsable de llevarlo a cabo y las metas propuestas para los próximos 2 años.

Posteriormente presentamos en la figura número 2 anexa, el mapa de indicadores, en el cual se observa la relación causa efecto de cada uno de los indicadores nombrados para cada perspectiva y su influencia en la dinámica del Cuadro de Mando Integral, por cada una de las perspectivas seleccionadas.

Es importante hacer énfasis en que el proceso de causa efecto que propenden los indicadores de gestión se logran cuando se promueve el aprendizaje y crecimiento institucional, ya que contribuye a enriquecer el conocimiento individual, al compartir experiencias y observaciones entre todos los miembros con relación al norte estratégico trazado.

5.2. Plan de acción:

Para lograr que se cumpla la estrategia de éxito formulada (LA MEGA) se debe desarrollar un plan de acción para cada una de las perspectivas formuladas en el cuadro de mando integral. Sin embargo frente a la crisis profunda que vive en los actuales momentos el HUSJ, consideramos que antes de implementar la estrategia, debemos solucionar su situación deficitaria y alcanzar el punto de equilibrio financiero que se encuentra en semáforo rojo.



A. REDIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DE LA INSTITUCIÓN:

La primera etapa del plan de acción, deberá estar encaminada a implementar una estrategia de salvamento institucional de corto plazo, que le permita al HUSJ, obtener salidas a sus problemas estructurales y coyunturales que eviten su liquidación o intervención por parte de las autoridades competentes. Es de anotar que el plan de choque que estamos formulando, requiere del concurso de todos los actores: Empleados y trabajadores, Directivos, Estado, Departamento, Municipio y Acreedores, haciendo que todas las acciones que se ejecuten por la dirección del centro hospitalario, actúen de manera engranada y sincronizadamente.

1.- Redefinición de su marco Estratégico:

La Gerencia en conjunto con su equipo directivo, debe enfocarse en redefinir estratégicamente la entidad, como un hospital de alta complejidad medico quirúrgica, según necesidades del mercado de la zona de referencia.

Para lo cual, la misión debe recoger las líneas básicas que tiene que hacer como institución y para quienes debe hacerlo, sirviendo de guía para orientar los procesos necesarios.

Por tal razón proponemos la siguiente misión:

“El **Hospital Universitario San Jorge de Pereira** es una empresa social del estado que presta servicios de salud, cuyo fin es elevar el nivel de salubridad de la población, mediante la prestación de servicios

oportunos y especializados, ofrecidos con calidad humana y compromiso con el usuario y cliente”.

La visión debe comprender la imagen que queremos ser para alcanzar el éxito como Empresa Social del Estado. Nuestra visión sugerida es la siguiente:

“Queremos convertirnos en un hospital de excelente calidad desde el punto de vista técnico y humano, en permanente crecimiento y que permita un alto grado de satisfacción en la sociedad, las personas que lo componen y especialmente sus clientes y usuarios”.

2.- Portafolio de servicios:

La institucionalidad, debe contratar urgentemente, un estudio de oferta y demanda de servicios, como insumo para definir sus unidades estratégicas de negocios. Una vez diseñado y divulgado se debe convertir en una carpeta de competencias centrales, ya que permitirá construir una imagen corporativa que capture el mercado regional y enfoque las unidades de negocio y la tercerización, a los productos centrales del mercado e inherentes al foco estratégico del hospital. Con la premisa y objetivo de generar economías de escala, y ahorro en costos al compartir actividades, reducir riesgos y realizar transferencia de conocimientos.

3.- Mejoramiento de la Productividad:

Uno de los problemas más grandes que tiene por solucionar el centro asistencial es volver eficiente su área de producción, aprovechando toda su capacidad instalada y los recursos técnicos y humanos. Para ello se debe incrementar el número de citas diarias para consulta externa, se debe optimizar los servicios de urgencias, aumentar el número de cirugías, ampliar el número de egresos diarios, fortalecer los servicios quirúrgicos asistenciales y hasta ofrecer nuevas especialidades.

4.- Reducción de Gastos y costos:

La gerencia debe implantar una política agresiva de austeridad en el gasto, en todas las áreas tanto administrativas como asistenciales de la empresa, colocando metas y condiciones exigentes para el manejo de los insumos, con el animo de mejorar el punto de equilibrio. El programa a desarrollar debe incluir las siguientes políticas:

- Reducción de los costos de operación y comercialización, así como los gastos generales, en un 20%.
- Disminuir la rotación de inventarios en por lo menos un 40% de la actual.
- Mejorar la rotación de cartera en un 25% como mínimo
- Renegociación de los contratos de prestación de servicios (clientes) en un 25%.
- Renegociación de todas las cuentas por pagar a proveedores y contratistas.
- Desarrollar acciones de control como: disminución en los servicios públicos domiciliarios, ahorro en combustibles de vehículos y calderas, pago de recargos y horas extras, implementación de Outsourcing de servicios de funcionamiento como: lavandería, alimentación, transporte y vigilancia entre otros.

5.- Fortalecimiento Financiero:

Como aspecto mas crítico de la institución, se debe replantear de manera inmediata el esquema de trabajo operativo y profesional de esta área, para lo cual, consideramos que frente a la magnitud del problema se contrate una firma especializada en la materia que permita orientar al grupo interno en el saneamiento contable y consolidación del departamento financiero como un área de apoyo y soporte no sólo para la función asistencial sino corporativa. El proyecto debe tener un alcance mayor en la implementación de una estructura de costos como herramienta central en la toma de decisiones. De igual manera es importante que a corto plazo, se logre fortalecer los procesos de facturación y cartera y un control de los movimientos de tesorería.

6.- Mejoramiento del Clima y la cultura organizacional:

Frente a la situación que se vive actualmente desde el punto de vista laboral, es importante el liderazgo que debe asumir el quipo directivo y junta directiva, para concientizar a todo el personal tanto técnico como administrativo de la necesidad de que "todos pongan" y se formalicen compromisos reales sobre el logro de resultados y cumplimiento de metas en el corto plazo.

7.- Gestión Gerencial y Directiva:

El equipo Directivo de la entidad, debe continuar siendo reiterativo en la consecución de recursos adicionales, tanto a nivel del Gobierno central como a nivel territorial (Gobernación de Risaralda y Municipio de Pereira). Son varias las gestiones a desarrollar, para facilitarle ayudas que permitan alivios provisionales a la gran crisis. Veamos:

- Gestionar recursos del SGP para superar el problema del déficit de tesorería.
- Se debe solicitar aportes del sector salud para pagos de prestaciones sociales que permitan la reestructuración.
- Con la ayuda del sector político se deben buscar alianzas para cofinanciar recursos para la reconstrucción y habilitación funcional del centro asistencial.
- Se debe buscar ayuda del Estado para incluir en el convenio de concurrencia a todos los jubilados (actuales y futuros).
- Se debe buscar una solución integral de tipo legislativo, para el pago de la facturación total por la atención del régimen vinculado.
- Gestionar ante la Alcaldía de Pereira, el pago de la estampilla pro-hospitales.
- Solicitar el pago de servicios por la atención del primer y segundo nivel de servicios.
- Reestructurar la deuda pública que se tiene con el sector financiero.

8.- Creación de Redes institucionales:

El hospital debe liderar una organización de redes formales e informales en asociaciones con Empresas Sociales del Estado, y traducidas en alianzas estratégicas que ayuden a evitar las limitaciones presupuestales y de apoyo que el Estado actualmente y a futuro, ya no está en capacidad de ofrecer. Este tipo de alianzas y cooperación horizontal, facilitan el desarrollo de las estrategias a nivel de unidades de negocio, ya que pueden incluir acuerdos de compras de insumos en red, el desarrollo de servicios diferenciadores y porque no una red hospitalaria de atención domiciliaria.

La organización de estas redes permitirá que los hospitales que la integren, sigan las mismas estrategias o similares bajo las siguientes dimensiones: grado de liderazgo gerencial y tecnológico, calidad de los servicios, políticas de precios, que ayuden a definir las características

esenciales de una estructura competitiva para el sector salud en Colombia.

B.- REPOSICIONAMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DEL HOSPITAL:

La segunda y tercera etapa del proyecto, debe desarrollarse en forma paralela a la primera, de tal forma que los objetivos estratégicos y factores claves de éxito puedan lograr superarse. En la figura 3 anexa, se incorporan las líneas de acción con sus respectivas metas.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Generalidades:

La implantación del Cuadro de Mando Integral no es fácil, siempre acarrea rechazos e indiferencias, ya que el cambio requerido no sólo afecta a los sistemas sino el cambio en la actitud individual, así como de los grupos que conforman la institución.

Adoptar el Cuadro de Mando Integral para gestionar las actividades de una entidad pública y/o Empresa Social del Estado como es el Hospital San Jorge de Pereira, necesariamente deberá adaptar esta herramienta gerencial a su realidad sectorial, ya que es muy diferente al que rodea una empresa privada. El enfoque de los factores claves de éxito y el estudio de los diferentes grupos de interés pueden servir para explicar los cambios y justificar adaptaciones posteriores, ya que el campo de acción de estas instituciones vienen previamente definidos por normas legales y formalidades plenas.

De acuerdo con lo anterior es posible responder a nuestra hipótesis inicial, argumentando que **si es posible** el uso del Cuadro de Mando Integral en el Hospital San Jorge de Pereira, aún en el marco de sus relaciones complejas con grupos de interés (stakeholders). Es preciso hacer relevancia en que el gran número de interacciones **deben ser gestionados** para satisfacer las presiones de los diversos grupos de presión. La tarea del hospital es definir quienes son sus verdaderos clientes y usuarios, lo cual permitirá analizar cómo la comunidad percibe la gestión, y así mismo los usuarios podrán opinar específicamente sobre el servicio recibido.

Es de aclarar que el Cuadro de Mando Integral no es un modelo estático, su carácter dinámico es factible cuando en el desarrollo de las estrategias seleccionadas, surgen otras que responden más eficientemente a los cambios y situaciones que el sector salud seguirá teniendo de forma permanente. De esta forma, es ideal la integración de todas las perspectivas que permitan monitorear las variables para realizar las modificaciones necesarias y continuar en el logro de las

metas propuestas, sobretodo en el sector público donde la rigidez reglamentaria y las formalidades no dejan mucho campo de acción.

CONCLUSIONES:

- El Hospital Universitario San Jorge de Pereira:

Mantiene su actual modelo, basado en una administración de corte benefactor, que ya hizo crisis y que lo hace inviable financieramente.

Es una empresa que debe cumplir con un objeto social pero sin olvidar los objetivos económicos que equilibren su sostenimiento.

Debe migrar en forma prioritaria hacia un proceso de transformación empresarial, utilizando técnicas de gestión pública, como el CMI.

Puede ser auto sostenible y producir buenos resultados tanto sociales como económicos, producto de una redefinición estratégica del negocio, operando a través de Unidades Estratégicas de Negocios (UEN), focalizadas en su core competence.

Debe adecuar su presupuesto de gastos en forma inmediata al flujo de caja de sus ingresos reales y no por facturación causada.

Debe adquirir un sistema de información integral, iniciado en el acto médico, donde se procese el consumo de recursos y se produzca la facturación por prestación.

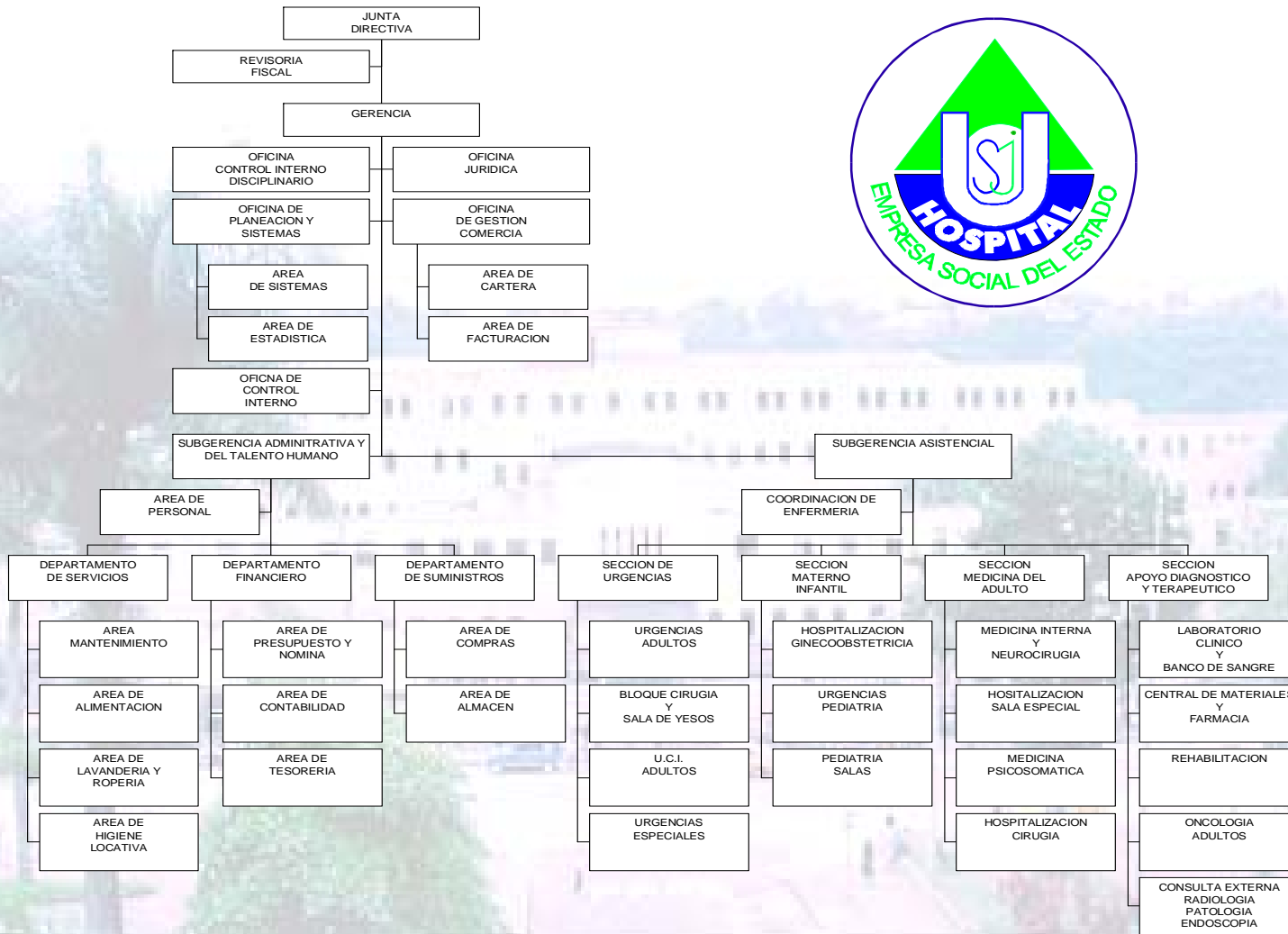
En el estado de iliquidez extrema, debe replantear la venta de los servicios de salud a crédito a las EPS y ARS.

- Es imposible abordar el tema del HUSJ sin referirse a su rezago tecnológico y muy especialmente sus sistemas de información. Las exigencias de competitividad empresarial han hecho indispensable nuevos procesos informáticos muy complejos. En las actuales condiciones se hace casi imposible la renovación y actualización tecnológica de los equipos médicos, la actividad académica de los hospitales universitarios pasa de ser uno de los factores más importantes de crecimiento institucional.

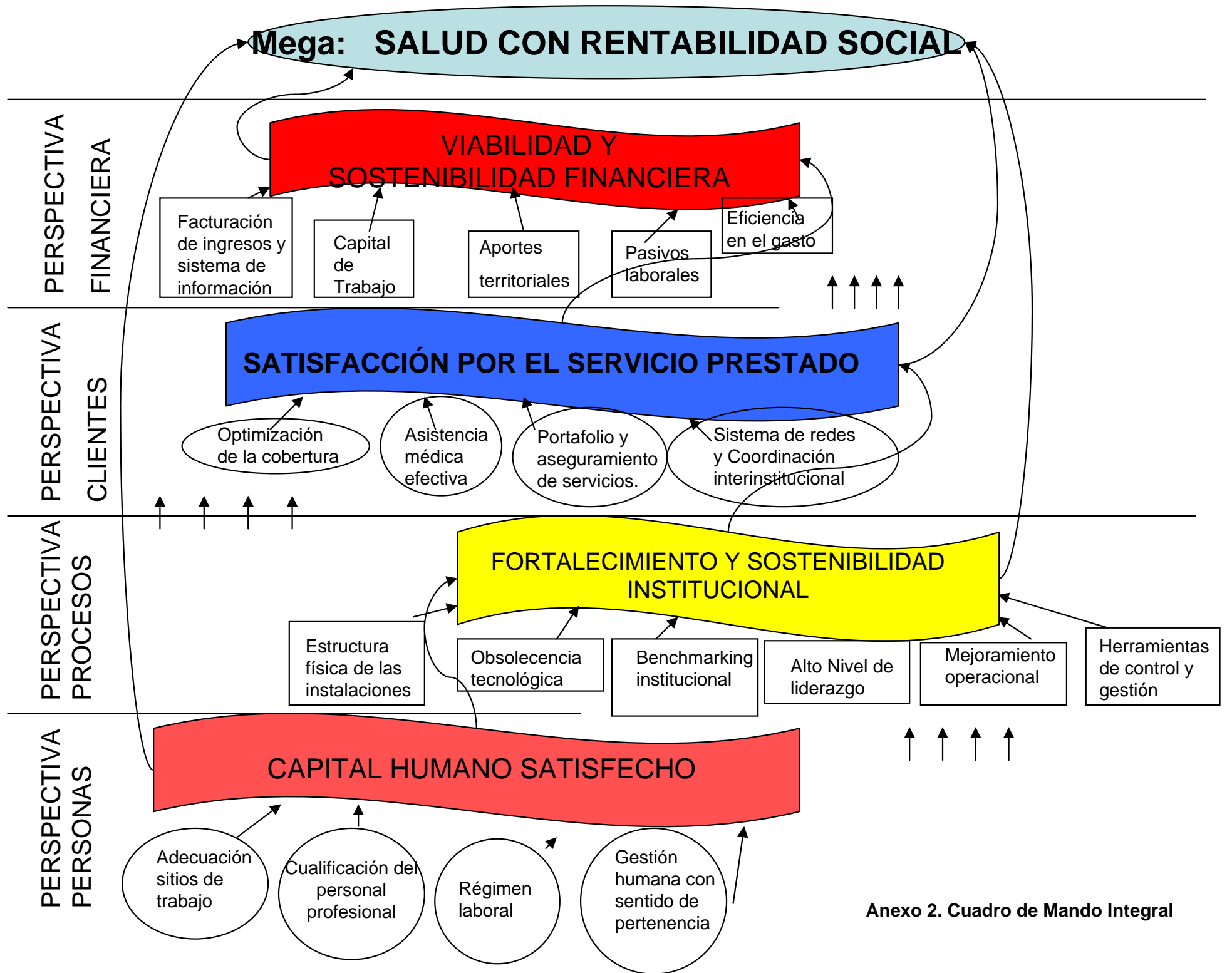
RECOMENDACIONES:

- Se debe acabar con la cultura del NO pago en el sistema de seguridad social en salud en nuestro país, reglamentando el pago de contado o anticipado por la atención de pacientes afiliados a la seguridad social.
- Declarar irrenunciables los intereses de mora para no patrocinar la utilización de las glosas como una herramienta para la dilación impune de los pagos por servicios efectivamente prestados.
- Reglamentar el pago directo desde el FOSYGA los hospitales por servicios de salud a los colombianos, sin situación de fondos a los intermediarios, de los dineros destinados a la prestación efectiva de servicios.
- Se debe legislar por un nuevo régimen laboral para los empleados de los hospitales públicos Empresas Sociales del Estado, Que permita sanear todos los pasivos laborales, pero retener el talento humano, el cual es sin duda el mayor valor agregado de las instituciones.
- El HUSJ tiene una alternativa histórica de salvarse, acudiendo al programa de reestructuración, modernización y ajuste que tiene el Ministerio de la protección social con criterios del BID.
- El HUSJ debe adecuar su presupuesto de gastos en forma inmediata al flujo de caja de sus ingresos reales y no por la facturación causada, para lograr equilibrio presupuestal y no seguir afectando el déficit de tesorería.

ORGANIGRAMA FUNCIONAL ALTA GERENCIA Y OFICINAS ASESORAS



Anexo 1 Organigrama General



Anexo 2. Cuadro de Mando Integral

| PERSPECTIVA FINANCIERA/ | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|---------------------------------|
| VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA | | | | | | |
| ESTRATEGIAS | ESTRATEGIAS ESPECIFICAS | INDICADORES <i>Nombre y descripción</i> | ÁREA RESPONSABLE | METAS | | |
| | | | | 2004 | 2005 | 2006 |
| 1. Lograr el equilibrio financiero requerido mediante la implementación de una estructura de costos, y el fortalecimiento del departamento financiero como apoyo central a la gestión asistencial y mercadeo de servicios. | Facturación de ingresos y sistema de información | Sistema de información financiero integrado a la cadena de valor: implementación del sistema financiero o módulo financiero en el sistema gerencial. Servicios facturados 100%/Número de servicios prestados por régimen. Gestión de glosas: Glosas gestionadas/ Glosas pendientes por aclarar. | Gerencia, Oficina de planeación y sistemas, y Oficina de gestión comercial | A 31 de diciembre de 2004 haber liquidado el personal retirado. | A 31 de Diciembre de 2005 el software diseñado debe estar alimentado con el 100% de lo facturado. | Punto de equilibrio sostenible. |
| | Eficiencia operativa en compras, costos y cartera. Incremento de la productividad en áreas asistenciales. | Gastos eficientes: Gastos de funcionamiento/Valor asignado para gastos de funcionamiento. avance en plan de retiro y reestructuración de planta de personal: Crédito BID. aumento en productividad por área asistencial. Sistema de costos ABC implementado: % implementación del sistema de costos ABC | Oficina de planeación y sistemas, Oficina de gestión comercial y Revisoría fiscal como acompañante del proceso. | A 31 de diciembre de 2004 reducir en un 20% los gastos de funcionamiento. A 31 de diciembre tener implementado el sistema de costos ABC | A 30 de junio de 2005 haber recuperado el 50% de la cartera. A 31 de diciembre de 2005 tener una relación 1 a 1 en liquidez. | |
| | Capital de trabajo optimizado | Razones financieras equilibradas: Ingresos facturados/Ingresos recaudados; Activo corriente/pasivo Corriente, Costo total / Ingresos netos. | Oficina de gestión comercial | | | |

Figura 1. Esquema General de Estrategias, Indicadores y Metas

| PERSPECTIVA CLIENTE USUARIO | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|--|
| SATISFACCIÓN POR EL SERVICIO PRESTADO | | | | | | |
| ESTRATEGIAS | ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS | INDICADORES Nombre y descripción | ÁREA RESPONSABLE | METAS | | |
| | | | | 2004 | 2005 | 2006 |
| 1. Aumentar el grado de satisfacción de los usuarios y clientes con el servicio prestado, mejorando continuamente su cumplimiento y productividad asistencial. | Optimización de la cobertura en salud | Cualificación de la cobertura que permita focalizar nuestros servicios: Cobertura asignada/cobertura real en número de municipios. Servicios ofrecidos/servicios prestados por municipio. Actividades operativas eficientes e incremento de la productividad: Tiempo óptimo en prestación de servicio actual/Tiempo real. % aumento en la producción mediante porcentajes ocupacionales, de egresos, procedimientos quirúrgicos, urgencias, consulta externa, promedio estancia. | Subgerencia asistencial | | A diciembre 31 de 2005 tener definido el portafolio de servicios. | |
| | Asistencia y atención efectiva | Cualificación del personal asistencial: Calificación global de las evaluaciones y técnicas de desempeño por resultados. Procesos y protocolos efectivos: Número de protocolos aplicados/protocolos establecidos. Humanización y calidad del servicio: Encuestas analizadas/Encuestas realizadas. Programa "la salud es usted" | Subgerencia asistencial Subgerencia Administrativa y del Talento Humano | A 31 de diciembre de 2004 tener el 100% de la cobertura definida por servicios. | A 31 de diciembre de 2005 tener 2 unidades de negocio en funcionamiento. A 31 de diciembre de 2005 tener estructurado el servicio médico post operatorio a domicilio. | |
| | Portafolio y aseguramiento de servicios | Portafolio de servicios definido, eliminando actividades que no son de su competencia. Vigilancia epidemiológica y Auditoria asistencial: Infección intrahospitalaria periodo 1/Infección intrahospitalaria periodo 0, sistemas, Cancelación cirugías periodo 1/cancelación cirugía periodo 0. Percepción del cliente mediante encuestas de calidad en servicios. Campos de investigación/Convenios suscritos con universidades. Epidemias erradicadas/epidemias identificadas. Indices de Mortalidad promedio. | Oficina de planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa y del Talento Humano, Subgerencia Asistencial. | | | |
| 2. Liderar procesos de coordinación interinstitucional que permita mejorar el grado de satisfacción global de los usuarios y la productividad hospitalaria en el eje cafetero. | Cooperación con el sistema. | Coordinación interinstitucional definida: Negociación de un % de servicios ante el sistema general de de salud regional. Servicios coordinados/Número de servicios ofrecidos. Actividades interinstitucionales realizadas/Actividades comprometidas. | Gerencia y Junta Directiva | | A 31 de diciembre de 2005 el Hospital Universitario San Jorge coordinará las compras conjuntas de la red hospitalaria. A 31 de junio de 2005 se tendrán focalizados y diferenciados los servicios prestados por la red hospitalaria. | A 31 de junio de 2006 estará en funcionamiento la red de información interhospitalaria en el eje cafetero. |
| | Sistema de redes hospitalarias en el eje cafetero | Sistema de información integrado: % avance en el sistema de información integrado que permita economías de escala e intercambio de experiencias. Costo unificado de compras para los 3 niveles periodo 1/Total costo en compras de bienes y servicios de los tres niveles periodo 0. | Gerencia, Oficina de planeación y sistemas. | | | |

Figura 1. Esquema General de Estrategias, Indicadores y Metas

| PERSPECTIVA DE PROCESOS | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| FORTALECIMIENTO Y SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL | | | | | | | |
| ESTRATEGIAS | ESTRATEGIAS ESPECIFICAS | INDICADORES <i>Nombre y descripción</i> | AREA RESPONSABLE | METAS | | | |
| | | | | 2004 | 2005 | 2006 | |
| Gerencia empresarial y gestión institucional para el mejoramiento de la infraestructura habitacional y física del hospital. | Estructura física de las instalaciones | Habilitación funcional del hospital y mejoramiento físico de las instalaciones: % avance de recuperación física. Áreas recuperadas en funcionamiento/ periodo 1/Áreas fuera de funcionamiento periodo 0. | Junta Directiva, Gerencia | | | | |
| | Obsolescencia tecnológica | Equipos médicos en funcionamiento, actualizados y efectivos: Equipos médicos recuperados periodo 1/equipos médicos en desuso periodo 0. Número de equipos médicos de punta adquiridos complementarios de la red hospitalaria regional. | Subgerencia asistencial, Oficina de Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa y de Talento Humano. | | A 30 de junio de 2005 | A 31 de diciembre de 2006 | |
| | Alto nivel de liderazgo con el apoyo de herramientas gerenciales de control y gestión | Sistema de control interno y Sistema de gestión de calidad ISO 9000: Número de Áreas involucradas en equipo líder de gestión y calidad. Herramientas de gestión gerencial implementadas: % de implementación de herramienta de gestión. | Gerencia, Oficina de planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa y del Talento Humano, Subgerencia Asistencial, Oficina de Control Interno | A 31 de diciembre de 2004 se tendrá el estudio de viabilidad arquitectónica y física del hospital. | mejora física existente) | A 31 de diciembre de 2005 | A 31 de diciembre de 2006 |
| | Mejoramiento operacional | Gestión de objeciones: Promedio de oportunidad de respuesta periodo 1/promedio de oportunidad de respuesta periodo 0. Cartera recuperada/cartera existente. Tercerización de servicios rentables: Servicios tercerizados con rentabilidad/ Servicios actuales no tercerizados. | Oficina de gestión comercial, Oficina de planeación y sistemas | | | | |

| PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---------------------------|
| CAPITAL HUMANO SATISFECHO | | | | | | | |
| ESTRATEGIAS | ESTRATEGIAS ESPECIFICAS | INDICADORES <i>Nombre y descripción</i> | AREA RESPONSABLE | METAS | | | |
| | | | | 2004 | 2005 | 2006 | |
| Fortalecimiento del talento humano y el clima organizacional. | Adecuación sitios de trabajo | Modelamiento de procesos y programación del trabajo: Procesos estructurados y documentados/procesos existentes | Oficina de planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa y del Talento Humano, Subgerencia Asistencial. | | | | |
| | Cualificación del personal profesional | Desarrollo profesional y alto empoderamiento. %Personal capacitado en el exterior | Subgerencia Administrativa y del Talento Humano, Subgerencia Asistencial. | A 31 de diciembre de 2004 estarán actualizados los perfiles del personal médico asistencial. | A 31 de diciembre de 2005 | A 30 de junio de 2006 | |
| | Gestión humana | Talento humano fortalecido: Personal con sentido de pertenencia /total personal vinculado | Subgerencia Administrativa y del Talento Humano, Subgerencia Asistencial. | A 31 de diciembre de 2004 se tendrá analizada la aplicabilidad de prácticas llevadas a cabo por otras instituciones hospitalarias de tercer y cuarto nivel. | estarán documentados los procesos para el desarrollo de labores y guías de práctica clínica por especialidades. | A 30 de junio de 2006 el sentido de pertenencia por la institución se habrá incrementado en un 60%. | A 31 de diciembre de 2006 |
| | Régimen Laboral: factores salariales y prestacionales. | Adecuación de régimen y descentralización administrativa: Cooperativas de trabajo asociado creadas/cooperativas de trabajadores existentes. % trabajadores evaluados por desempeño/número total de trabajadores susceptibles de trabajar por resultados. | Subgerencia Administrativa y del Talento Humano | | | se habrán creado 2 cooperativas de trabajadores y/o ex funcionarios. | |

Figura 1. Esquema General de Estrategias, Indicadores y Metas

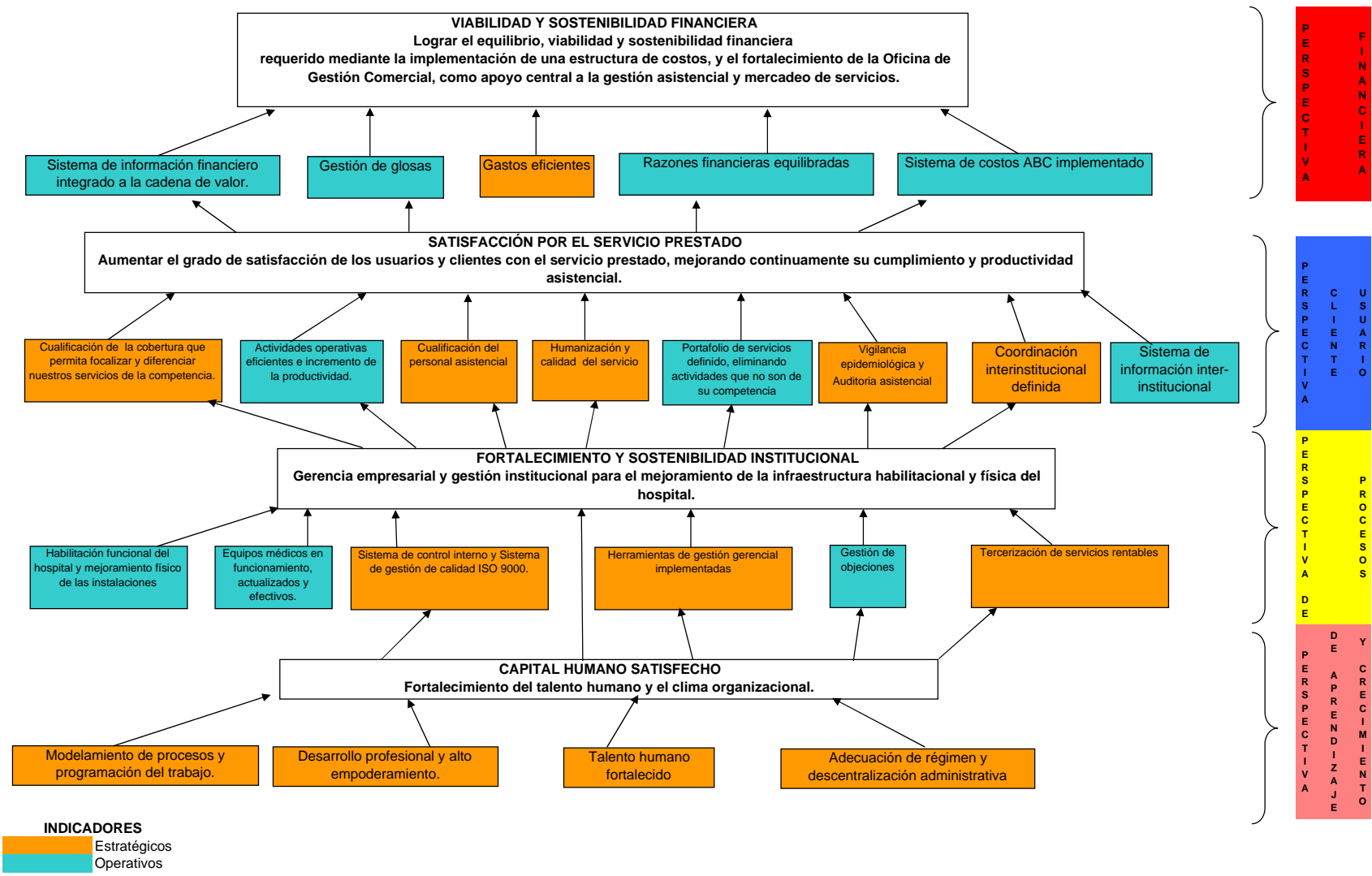


Figura 2. Mapa de indicadores.

| OBJ | F.C.E. | SUBF.1 | SUBF.2 | PLAN DE ACCION | METAS | | |
|--|--|---|---|--|---|--|---------------------------------|
| VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA | Lograr el equilibrio financiero requerido mediante la implementación de una estructura de costos, y el fortalecimiento del departamento financiero como apoyo central a la gestión asistencial y mercadeo de servicios | | | | | | |
| | Facturación de ingresos y sistema de información | -Facturación de todos los servicios | | -Consultoría para la redefinición del proceso | 2004 | 2005 | 2006 |
| | | | | -Sistematización con tecnología de punta | A 31 de diciembre de 2004 haber liquidado el personal retirado. A 31 de diciembre de 2004 reducir en un 20% los gastos de funcionamiento. A 31 de diciembre de 2004 será implementado el sistema de costos ABC. | A 31 de Diciembre de 2005 el software diseñado debe estar alimentado con el 100% de lo facturado. A 30 de junio de 2005 haber recuperado el 50% de la cartera. A 31 de diciembre de 2005 tener una relación 1 a 1 en liquidez. | Punto de equilibrio sostenible. |
| | | -Tarifas competentes | | -Política de tarifas a costo real | | | |
| | | -Control de servicios vs presupuesto | | -Política de control a servicios prestados | | | |
| | | -Sistema de información financiero | | -Adquisición de plataforma tecnológica para manejo del SIF | | | |
| | Capital de trabajo | -Administración y recuperación de cartera | | -Outsourcing para administración del sistema y recuperación de cartera | | | |
| | Aportes territoriales | -Recursos gestionados | | -Continuar plan de choque en gestión de recursos públicos | | | |
| | Pasivos laborales | -Reestructuración administrativa | | -Consultoría para reestructuración administrativa | | | |
| | | -Crédito BID | | -Accesar a crédito BID condonable para reestructuración | | | |
| | Eficiencia en el gasto | -Control en compras | | -Alianzas estratégicas en red hospitalaria | | | |
| | | -Control de costos | | -Consultoría para la implementación y adecuación de un sistema de costos ABC | | | |
| | | -Control operativo | | -Desarrollar niveles de productividad por encima de la media | | | |
| | | | Figura 3. Plan de Acción-Perspectiva Financiera | | | | |

| OBJ | F.C.E. | SUBF.1 | SUBF.2 | PLAN DE ACCION | METAS | | |
|---|---|--|---|--|---|---|--|
| SATISFACCION POR EL SERVICIO PRESTADO | Aumentar el grado de satisfacción de los usuarios y clientes con el servicio prestado, mejorando continuamente su cumplimiento y productividad asistencial | | | | 2004 | 2005 | 2006 |
| | Optimización de la cobertura en salud | -Cualificación de la cobertura | | -Mejorar la disponibilidad del servicio actual | A 31 de diciembre de 2004 tener el 100% de la cobertura definida por servicios. | A diciembre 31 de 2005 tener definido el portafolio de servicios. A 31 de diciembre de 2005 tener 2 unidades de negocio en funcionamiento. A 31 de diciembre de 2005 tener estructurado el servicio médico postoperatorio a domicilio. A 31 de diciembre de 2005 el Hospital Universitario San Jorge coordinará las compras conjuntas de la red hospitalaria. A 31 de junio de 2005 se tendrán focalizados y diferenciados los servicios prestados por la red hospitalaria. | A 31 de junio de 2006 estará en funcionamiento la red de información interhospitalaria en el eje cafetero. |
| | | -Adecuación de recursos a demanda | | -Aumentar la capacidad instalada del centro asistencial | | | |
| | | -Actividades eficientes | -Niveles de productividad altos en servicios | -Plan de fortalecimiento integral para mejorar los servicios prestados | | | |
| | | -Estrategia de comunicación y difusión | -Internet, intranet y medios | -Crear área de mercadeo y comunicaciones con terceros | | | |
| | Asistencia y atención efectiva | -Cualificación profesional | -Perfiles adecuados y humanización del servicio | -Mejoramiento d competencias de los profesionales y equipo paramédico | | | |
| | | -Procesos y protocolos efectivos | | -Plan de mejoramiento continuo en procesos asistenciales | | | |
| | | -Buena atención | | -Plan de sensibilización para satisfacción del usuario y cliente | | | |
| | Portafolio y aseguramiento de servicios | -Definir portafolio de servicios | -Ampliar cartera de servicios | -Estudio de oferta y demanda de servicios asistenciales | | | |
| | | | | -Diseño y elaboración de cartera de servicios | | | |
| | | -Unidades de negocios | -Alianzas estratégicas Investigación y Desarrollo. | -Implementar prestación de servicios a través de UEN | | | |
| | | -Calidad del servicio | | -Mejorar los sistemas de calidad para aumentar índices de excelencia | | | |
| | | -Control y vigilancia epidemiológica | | -Establecer plan de control epidemiológico | | | |
| | | -Auditoría asistencial | | -Establecer sistema de auditoría asistencial a todos los procesos | | | |
| | Sistema de redes en el eje cafetero y Coordinación interinstitucional | -Negociación de servicios ante el SGP | - Alto nivel de comunicación | -Plan de mejoramiento de las relaciones con los clientes | | | |
| -Cooperación de servicios con el sector | | | -Fortalecer la coordinación del primer y segundo nivel del sistema hospitalario | | | | |
| -Integración de los tres niveles hospitalarios. | | | -Liderar proceso de red hospitalaria en la región | | | | |
| -Sistemas de comunicación | | | -Optimizar servicios de acuerdo a su complejidad | | | | |

Figura 3. Plan de Acción-Perspectiva Cliente Usuario

| OBJ | F.C.E. | SUBF.1 | SUBF.2 | PLAN DE ACCION | METAS | | |
|--|---|--|---|---|--|--|---|
| FORTALECIMIENTO Y SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL | Gerencia y gestión empresarial para el mejoramiento de la infraestructura habilitacional y física del hospital | | | | 2004 | 2005 | 2006 |
| | Estructura física de las instalaciones | -Estudio y evaluación de infraestructura física | | -Consultoría para reconstrucción física del hospital | A 31 de diciembre de 2004 se tendrá el estudio de viabilidad arquitectónica y física del hospital. | A 30 de junio de 2005 estarán mejoradas las instalaciones físicas.(escenario de mejora física existente) | A 31 de diciembre de 2006 estará en funcionamiento un sistema de gestión gerencial integrado. A 31 de diciembre de 2006 el hospital será el líder en servicios de salud en la región. |
| | | -Recursos financieros para mejoramiento de las instalaciones | | -Gestión directiva para apalancamiento de recursos financieros (plan de financiamiento) | | | |
| | | -Habilitación funcional del hospital | | -Contratación de obras civiles y plan de contingencia | | | |
| | Obsolescencia tecnológica | -Equipamento médico actualizado y efectivo | | -Plan integral de reconversión tecnológica de equipos | | | |
| | Herramientas de control de gestión gerencial | -Sistema de control interno | | -Fortalecer sistema de control interno | | | |
| | | -Sistema de calidad ISO 9000 | | -Consultoría especializada en sistemas de calidad ISO 9000 | | | |
| | | -Herramientas de gestión gerencial | | -Implementar cuadro de mando integral de la presente consultoría | | | |
| | | | | -Desarrollar e implementar modelamiento de procesos de toda la institución | | | |
| | Mejoramiento operacional con tecnología de punta | Sistema financiero óptimo - Administración de cartera. | | -Adquisición de un sistema de información integral | | | |
| -Tercerización de servicios | | | -Plan de contratación de outsourcing para prestación de servicios varios | | | | |
| Alto nivel de liderazgo | -Competencia y habilidades directivas | | -Desarrollar un plan de formación de líderes | | | | |
| Desarrollo de Benchmarking | -Conocer mejores prácticas del sector | | -Plan de fortalecimiento de competencias a través de referentes internacionales | | | | |

Figura 3. Plan de Acción Perspectiva Procesos

| OBJ | F.C.E. | SUBF.1 | SUBF.2 | PLAN DE ACCION | METAS | | |
|----------------------------------|---|---|--------|--|---|---|--|
| CAPITAL HUMANO SATISFECHO | Fortalecimiento del clima organizacional y del talento humano, alcanzando alto grado de satisfacción | | | | 2004 | 2005 | 2006 |
| | Adecuación sitios de trabajo | Modelamiento de procesos. Programación de trabajo. | | -Plan de adecuación de recursos a necesidades | A 31 de diciembre de 2004 estarán actualizados los perfiles del personal médico asistencial. | A 31 de diciembre de 2005 estarán documentados los procesos para el desarrollo de labores y guías de práctica clínica por especialidad s. | A 30 de junio de 2006 habrán sido capacitados en el exterior 20 funcionarios de asistencia médica. |
| | Cualificación del personal profesional | -Desarrollo profesional. | | -Plan de mejoramiento de competencias | A 31 de diciembre de 2004 se tendrá analizada la aplicabilidad de prácticas llevadas a cabo por otras instituciones hospitalarias de tercer y cuarto nivel. | | |
| | | -Empowerment | | -Desarrollar gestión de empoderamiento para aumentar grado de satisfacción | | | |
| | | | | -Establecer sistemas de reconocimiento | | | |
| | Gestión humana | -Fortalecimiento del talento humano | | -Plan de capacitación e incentivos | | | |
| | | -Integración de las personas | | -Mejoramiento del bienestar interno para aumentar sentido de pertenencia | | | |
| | Regimen laboral y salarial | -Adecuación regimen laboral | | -Gestionar modificaciones a la ley 100 y reglamentarios | | | |
| | | -Salario por desempeño | | -Cambiar esquema salarial por desempeño | | | |
| | | | | | | | A 30 de junio de 2006 se habrán creado 2 cooperativas de trabajadores y/o ex funcionarios. |

Figura 3. Plan de Acción- Perspectiva Aprendizaje y Crecimiento

BIBLIOGRAFÍA

- Kaplan Robert S., Norton David P. *Cómo Utilizar el Cuadro de Mando Integral*. Editorial Gestión 2000 412 p.
- Serna Gómez, Humberto. *Índices de Gestión*. 3R Editores. 233 p.
- David. Fred R, *Conceptos de Administración Estratégica*. Quinta edición. Editorial Prentice Hall. 355 p.
- Pavón Carvajal. Edgar, Hospital Universitario La Samaritana. Informe de Gestión 2.003 84 p.
- Bastidas B. Eunice L., Ripoll Feliu, Vicent. *Una Aproximación a las implicaciones del Cuadro de Mando Integral en las organizaciones del sector público*.
http://www.ucla.edu.ve/dac/compendium/revista11/04_23/05/04
- Turull i Negre, Jordi. Urieta, Carlos Vivas. *El cuadro de mando integral en la administración pública: el caso del Ayuntamiento de San Cugat del Vallés*. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Panamá, 28-31 Oct. 2003
- Pastor Tejedor, Jesús y Navarro Elola, Luis. *Diseño del Cuadro de Mando Integral para un Hospital público desarrollado en base a los modelos de excelencia*
http://www.poms.org/POMSWebsite/Meeting2004/POMS_CD/Browse%20This%20CD/PAPERS/002-0525.pdf 02/04/04
- Zumarraga, Hospital de. Osakidetza, Servicio Vasco de Salud *Plan Estratégico 2003-2007*.
<http://www.hospitalzumarraga.org/info/pestra.htm> 02/04/04
- Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Evaluación y Gestión de Resultados. Metodología para la Construcción del Balanced Score Card en entidades del sector público. Versión preliminar.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social (2002). Departamento Nacional de Planeación. *Documento CONPES 3204. Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud*. Bogotá, Noviembre de 2002.
- Ministerio de Protección Social. *Programa Nacional de Salud 2002-2006*. Bogotá 2003.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación. *Documento CONPES Social 77. Distribución del Sistema General de Participaciones*. Enero 26 de 2004.
- Viveros Naranjo, Gabriel. *Informe de diagnóstico y análisis de viabilidad empresarial*. Hospital Universitario San Jorge de Pereira. Marzo de 2004.

- Hitt, Michael. Ireland, D. Hoskisson R. Administración estratégica: conceptos, competitividad y globalización. Resúmenes de clase. MBA Universidad de los Andes. Junio de 2003.
- Adelardi Cortes, Ana E. *La importancia de los indicadores de gestión*.
[http://www.acepweb.org.ar/_documentos/INDICADORES%20EN%20LA%20ADMINISTRACION\(para%20pagina%20web\)](http://www.acepweb.org.ar/_documentos/INDICADORES%20EN%20LA%20ADMINISTRACION(para%20pagina%20web)) 18/05/03

ANEXO COMPLEMENTARIO
I. PLAN DE CHOQUE-2004
Hospital Universitario San Jorge de Pereira-HUSJ

1. INTRODUCCIÓN

Como complemento al trabajo de grado “Cuadro de Mando Integral para el Hospital Universitario San Jorge de Pereira”, presentamos una estrategia de salvamento institucional de corto plazo que le permitirá al centro hospitalario obtener salidas inmediatas a sus problemas estructurales y coyunturales que eviten su liquidación o intervención por parte de las autoridades competentes.

El plan de choque que estamos formulando requiere del concurso de todos los actores y grupos de interés que hacen parte de la dinámica sectorial de la salud en la región centro-occidental del país, así: empleados y trabajadores, directivos, Estado y territorios, acreedores y sindicatos. Todos ellos tendrán que participar de las acciones que debe emprender y ejecutar la dirección del centro hospitalario para asegurar su permanencia y desempeño en condiciones de eficiencia y calidad de servicio.

Como se observó en el diagnóstico y en las acciones que de tipo financiero debe iniciar el hospital, este plan reúne las acciones a tomar en torno a las medidas que de tipo administrativo y financiero asumirá el hospital, para dirigirlo hacia el norte estratégico que permita su sostenibilidad en el largo plazo.

2. Objetivos del Plan:

- ✚ Saneamiento y reducción del déficit fiscal de la institución.
- ✚ Alcanzar la viabilidad económica del negocio (punto de equilibrio)
- ✚ Reestructuración administrativa.

3. Estrategias:

- ✚ Incremento de la productividad que permita aumentar los ingresos.
- ✚ Eficiencia y control del gasto

4. Perspectiva Financiera: Debido a la naturaleza del problema detectado en el hospital (inviabilidad financiera) el plan de choque está enfocado a la posible salida que permita el equilibrio financiero que aminore el déficit actual.

Objetivo Estratégico: Viabilidad y sostenibilidad Financiera

4.1. Líneas de acción para el saneamiento financiero:

- Adoptar el Flujo de Caja mensual proyectado a un año, como herramienta financiera para hacer frente a la solución de la coyuntura del déficit de tesorería.
- Bajar gastos de funcionamiento, operativos y generales, a un nivel del 70% del presupuesto de la vigencia 2004.
- Incremento de tarifas de acuerdo con los costos reales del servicio prestado.
- Renegociar de las cuentas por pagar a proveedores y contratistas.
- Disminuir la rotación de inventarios en por lo menos un 40% de las existencias.
- Mediante acto administrativo implantar un plan de austeridad riguroso para toda la institución: reducción en consumo de servicios públicos domiciliarios, ahorro en combustible, vehículos y calderas, papelería etc.
- Gestionar ante alcaldía de Pereira la reglamentación del pago de estampilla pro hospital San Jorge y pago por atención de primer y segundo nivel de servicios.
- Reestructuración de la deuda pública con el sector financiero
- Reducir la atención de vinculados a lo estrictamente normativo y llevar su atención hasta agotar el techo presupuestal.
- Para usuarios del Régimen Vinculado, solicitar insumos onerosos a familiares o allegados (drogas).
- Para el régimen vinculado se debe evaluar continuamente lo contratado frente a lo facturado para restringir la atención.
- Informes periódicos consolidados de Presupuesto y Tesorería
- Informe gerencial sobre estados financieros: balance, P&G, cartera, producción, recaudos, facturación, pagos, administrativa, inversiones.
- Desarrollar e implementar contabilidad de costos por áreas funcionales.
- Los directivos deben seguir gestionando los recursos tanto por transferencias del SGP como de todos los aportes del sistema de salud que permita superar el déficit de tesorería.

4.2. Líneas de acción del área comercial para mejorar ingresos:

- Rediseñar el Portafolio de aseguramiento de servicios que permita mejorar la disponibilidad del servicio actual y que conlleve al incremento de la facturación.
- Evaluación de la capacidad instalada y productiva del hospital, que permita focalizar los servicios rentables.
- Aumentar la rotación de cartera en un 25% como mínimo.
- Diseñar e implementar la "central de autorizaciones", como punto de partida del proceso comercial (sistema de información integrado), que aumente los ingresos y reduzca los gastos innecesarios.
- Tercerización u outsourcing de los procesos operativos posibles: lavandería, hotelería, aseo y cafetería, seguridad, transporte, etc.
- Gestión de cobro de la cartera a través de buffet de abogados por incentivos.
- Estandarización de procesos que permita la reducción de glosas (programa cero glosas).
- Reestructurar proceso de facturación: Eliminar reprocesos, sobrecostos, riesgos de pérdidas, economías, control a consumo de droga, estancias prolongadas, etc.
- Mejorar la productividad de los procesos médicos: guías médicas claras (protocolos).
- Control de los medicamentos y material médico en diferentes secciones del área Asistencial.
- Crear con urgencia la central de mezclas e implementación del Sistema de Unidosis, con el fin de reducir costos que permitan el reemplazo de los 30 almacenes satélites.
- Eliminar (4) puntos de facturación y mantener vigente sólo los de Urgencias e Imaginología y Sala de Yesos.

5. AJUSTE A LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL (corto plazo)

5.1. PERSONAL DE PLANTA:

Para garantizar la reducción de costos en mano de obra para el corto plazo, se hace necesaria la toma de decisiones inmediatas, relacionadas con el personal vinculado a través de los diferentes sistemas de contratación:

Identificar el **Personal Provisional** a los cuales se les pueda suspender los contratos, sin impactar negativamente el desempeño de las áreas.

Cabe resaltar que las vacantes no se podrán cubrir con personal nuevo y que por el contrario, se deberán cumplir los requisitos necesarios para su supresión definitiva de la Planta Oficial.

Implementar un Programa de Retiro Voluntario, para el personal que desee negociar.

- ✚ Identificar los cargos de carrera administrativa que vayan a ser suprimidos.
- ✚ Censar el personal próximo a Jubilarse, a Pensionarse y determinar exactamente las fechas de cumplimiento de requisitos de cada uno de ellos.
- ✚ Preparar un Plan de Bonificación para el paso de los empleados que cuentan con retroactividad a las cesantías y que serán cobijados mediante Ley 50.

Área asistencial: Se debe efectuar un análisis preliminar de las diferentes secciones, donde se verifique la viabilidad de las mismas en relación a su capacidad para generar recursos (autosostenibilidad), de las cuales se obtienen los siguientes datos actualmente:

| SECCION | PERSONAL VINCULADO | DATOS EN MILES | | | |
|---|--------------------|-------------------|-------------------------|----------------------|------------------------|
| | | SALARIOS AÑO 2003 | SAL+FACTOR PRESTACIONAL | FACTURACIÓN AÑO 2003 | % PART (MO/ FACTURADO) |
| BANCO DE SANGRE | 12 | 146,592 | 227,218 | 1,250,238 | 18% |
| BLOQUE DE CIRUJÍA | 97 | 1,516,824 | 2,351,077 | 11,161,700 | 21% |
| CONSULTA EXTERNA | 11 | 115,884 | 179,620 | 595,539 | 30% |
| GASTROENTEROLOGÍA | 2 | 40,068 | 62,105 | 448,893 | 14% |
| HOSPITALIZACIÓN CIRUJÍA | 42 | 524,580 | 813,099 | ND | 0% |
| HOSPITALIZACIÓN GINECOOBSTETRICIA | 49 | 728,040 | 1,128,462 | 1,575,548 | 72% |
| HOSPITALIZACIÓN SALA ESPECIAL | 26 | 294,240 | 456,072 | 1,424,434 | 32% |
| LABORATORIO CLÍNICO | 20 | 267,492 | 414,613 | 1,803,056 | 23% |
| MEDICINA INTERNA y AGUDOS | 46 | 652,884 | 1,011,970 | 2,606,606 | 39% |
| MEDICINA PSICOSOMÁTICA | 18 | 224,808 | 348,452 | 486,816 | 72% |
| NEONATOLOGÍA | 32 | 477,828 | 740,633 | 1,268,758 | 58% |
| NEUROCIRUJÍA | 14 | 248,748 | 385,559 | 892,742 | 43% |
| ONCOLOGÍA ADULTOS | 8 | 61,296 | 95,009 | 792,058 | 12% |
| ONCOLOGÍA PEDIATRICA | 6 | 73,620 | 114,111 | 364,379 | 31% |
| PATOLOGÍA | 5 | 57,180 | 88,629 | 267,192 | 33% |
| PEDIATRIA SALAS | 36 | 492,300 | 763,065 | 1,553,028 | 49% |
| RADIOLOGÍA/IMAGENOLOGÍA | 11 | 88,104 | 136,561 | 2,332,655 | 6% |
| REHABILITACIÓN | 7 | 82,656 | 128,117 | 258,880 | 49% |
| SALA DE YESOS ** | 10 | 54,000 | 83,700 | 163,000 | 51% |
| SOPORTE NUTRICIONAL | 2 | 33,768 | 52,340 | 215,318 | 24% |
| UCI ADULTOS | 37 | 493,536 | 764,981 | 3,459,355 | 22% |
| URGENCIAS ADULTOS | 95 | 1,237,044 | 1,917,418 | 5,939,137 | 32% |
| URGENCIAS PEDIATRIA | 37 | 573,000 | 888,150 | ND | 0% |
| URGENCIA SALA ESPECIAL | 13 | 222,168 | 344,360 | 238,959 | 144% |
| PARCIALES SECCIONES FACTURADORAS | 632 | 8,706,660 | 13,495,323 | | |

En el cuadro se identifican secciones que desde el punto de vista evaluado, generan altos porcentajes en la participación del costo de la

mano de obra directa, tal es el caso de: Ginecoobstetricia, Psicossomática, Neonatología, Sala de Yesos y Urgencias Sala Especial.

Del proceso de reflexión de las áreas se llegan a las siguientes conclusiones:

- ✚ **Urgencias Sala Especial** cuenta con tres (3) consultorios y viene presentando una disminución de la demanda de consultas; adicionalmente, existen cuatro (4) consultorios disponibles en Urgencias Adultos, de los cuales se utilizan máximo dos (2). Se pueden fusionar las dos secciones y disminuir con ello el personal necesario para cubrir las necesidades de los dos servicios.
- ✚ **Banco de Sangre** puede efectuar disminución de su personal, basándose en el número de unidades a producir. Actualmente cuenta con cinco (5) Bacteriólogas, cuatro (4) de tiempo completo y una (1) de medio tiempo. Para garantizar un procesamiento de (380) unidades de sangre promedio mes puede ajustarse a dos (2) bacteriólogas y reforzar con dos (2) Auxiliares de Enfermería las campañas de donación y así garantizar la disponibilidad de la materia prima necesaria.
- ✚ **La unidad Psicossomática** puede ser suprimida totalmente del HUSJ, sobre la base de que existe en la región un excelente Hospital Mental (Segundo nivel), habilitado para el tratamiento de pacientes con patologías siquiátricas. El HUSJ podrá remitir pacientes psiquiátricos que le lleguen, una vez hayan sido controladas las patologías orgánicas que presente.
- ✚ El costo de mano de obra reflejado en la **Sala de Yesos** sólo incluye uno (1) de los seis (6) especialistas que tiene la sección. Se excluyen del análisis los otros profesionales debido a que estos cumplen actividades asociadas a otras secciones. Se propone, sin embargo, prescindir de por lo menos un (1) especialista y ajustar los turnos de disponibilidad de los demás médicos.
- ✚ Para el personal de **especialistas** se deberán establecer las tarifas de remuneración por servicios prestados o acondicionar los salarios a niveles de remuneración promedio que ofrezca el mercado laboral y con ello, garantizar la permanencia y el compromiso de estos con la Institución.

5.2. PERSONAL EN NOMBRAMIENTO PROVISIONAL

Se identifican un total de 106 provisionales, de los cuales como “primera fase” existen **34** que pueden ser retirados, sin afectar el desempeño de las áreas, cuyo ahorro anual estimado es de **\$ 745 millones**.

Se recomienda hacer un análisis más detallado para proyectar una segunda fase de retiros.

5.3. CARGOS CARRERA ADMINISTRATIVA (POSESIONADOS) A SER SUPRIMIDOS.

A través de un análisis preliminar se identificaron **38 cargos** que pueden ser suprimidos. La indemnización total estimada para el retiro de las 38 personas es de **\$ 1.093 millones**, los cuales son recuperables en el año y medio siguientes a la gestión.

5.4. RETROACTIVIDAD DE CESANTÍAS

Se hace indispensable gestionar ante el gobierno nacional, el pago de las cesantías retroactivas, con el propósito de suspender el impacto que causa en el tiempo su *no pago*.

5.5. PLAN DE RETIRO VOLUNTARIO

Se recomienda implementar un plan estructurado de retiro, para invitar al personal posesionado a negociar su salida de la institución. En la actualidad se registran 19 empleados con disposición para negociar con la Empresa.

Se recomienda además que el porcentaje establecido, se aplique uniformemente a todos los cargos, para no entorpecer el proceso general.

II. INDICADORES PARA EL LOGRO DE LA VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA EN EL HUSJP PLAN DE CHOQUE-2004

1. Indicadores financieros:

Nombre: Liquidez

Descripción: Por cada peso que el hospital tiene, cuanto se debe pagar.

Índice: Activo cte/Pasivo cte

Unidad responsable: Subgerencia Administrativa y Financiera

Unidad de medida: pesos

Periodicidad: mensual

Nombre: Capital de trabajo

Descripción: Recursos que la institución tiene para su normal funcionamiento

Índice: Activo cte – Pasivo cte

Unidad responsable: Subgerencia Administrativa y Financiera

Unidad de medida: pesos

Periodicidad: quincenal

Nombre: Margen operacional

Descripción: Mide el rendimiento operacional de cada uno de los servicios prestados

Índice: Utilidad operacional/Total ingresos operacionales

Unidad responsable: Subgerencia Administrativa y Financiera

Unidad de medida: pesos

Periodicidad: mensual

Nombre: Endeudamiento

Descripción: Mide la capacidad de endeudamiento que se tiene con el sector financiero y con los empleados

Índices:

Endeudamiento total: Total pasivo/Total activo

Endeudamiento con empleados: Pasivo laboral/Pasivo total

Unidad responsable: Subgerencia Administrativa y Financiera

Unidad de medida: pesos

Periodicidad: mensual

Nombre: Rendimiento

Descripción: Mide el margen de utilidad neta y operacional que registra el hospital por cada uno de los servicios que presta.

Índices:

Utilidad neta/Ingresos operacionales

Utilidad operacional/Ingresos operacionales

Unidad responsable: Subgerencia Administrativa y Financiera

Unidad de medida: pesos

Periodicidad: mensual

2. Indicadores de gestión:

Rentabilidad por servicios:

Utilidad neta por servicio/Ingresos por venta de servicio

Productividad del recurso humano:

Ingreso por venta de servicios/costo del recurso humano

Mejoramiento de procesos:

Costos del proceso en periodo 1/Costo del proceso del periodo 0:
mensual

Reducción de gastos:

% reducción de gastos: periodo 1/periodo 0: mensual

% implementación del sistema de costos: periodo 1/periodo 0: mensual

3. Indicadores asistenciales: La medición y seguimiento a los indicadores siguientes se harán partiendo de las estadísticas semestrales del año 2003, y estarán a cargo de la Subgerencia Asistencial del HUSJP, con una periodicidad mensual, así:


 Indicadores de producción:

Egresos de pacientes

Incremento consulta externa

Consulta urgencias

Procedimientos quirúrgicos

 Indicadores de eficiencia técnica:

% ocupacional

Promedio estancia

Giro de cama