

1-1-2004

Proyectos innovadores entre el 2000 y el 2003 implementados en el Hospital Rafael Uribe Uribe (Estudio de Caso)

Marisol Garrido Castillo
Universidad de La Salle, Bogotá

Follow this and additional works at: https://ciencia.lasalle.edu.co/maest_administracion

Citación recomendada

Garrido Castillo, M. (2004). Proyectos innovadores entre el 2000 y el 2003 implementados en el Hospital Rafael Uribe Uribe (Estudio de Caso). Retrieved from https://ciencia.lasalle.edu.co/maest_administracion/166

This Tesis de maestría is brought to you for free and open access by the Facultad de Ciencias Administrativas y Contables at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Maestría en Administración by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

**PROYECTOS INNOVADORES ENTRE EL 2000 Y EL 2003 IMPLEMENTADOS EN EL
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
(ESTUDIO DE CASO)**

MARISOL GARRIDO CASTILLO

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
DIVISIÓN DE FORMACIÓN AVANZADA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
Bogotá D.C.
2004**

**PROYECTOS INNOVADORES ENTRE EL 2000 Y EL 2003 IMPLEMENTADOS EN EL
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
(ESTUDIO DE CASO)**

MARISOL GARRIDO CASTILLO

Tesis para optar el título de Magíster en Administración

**Director
HENRY FAJARDO FONSECA**

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
DIVISIÓN DE FORMACIÓN AVANZADA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
Bogotá D.C.
2004**

A mi Madre Ligia

Quien toda la vida me ha colaborado en todo; que con su amor ha dado las fuerzas para ser persistente y llegar lejos, a pesar de la adversidad; que me ha enseñado a luchar por lo que quiero y que sin su presencia mis logros no tendrían el alcance que han tenido.

Marisol

AGRADECIMIENTOS

Al Ingeniero Henry Fajardo, quien con su dedicación y conocimientos me facilitaron la realización de este trabajo.

Al Dr. Cesar Augusto Bernal, quien muy sabiamente me ha enseñado a investigar y ha guiado la tesis.

A la Doctora Rose Mary Sepúlveda subgerente de servicios de salud, quien a pesar de sus múltiples ocupaciones, me dedicaba mucho tiempo para colaborarme en entrevistas, me entrega de documentos y me invita a reuniones que fueron fundamentales para la elaboración de la tesis.

Al Doctor Hector Javier Quiñones, ya que muy amablemente me permitió realizar el trabajo en el Hospital Rafael Uribe Uribe.

Y a Milton Ovalle, Diego Sánchez Villegas, Gustavo Camacho, Patricia Medina, Nohora Cañon, William Charry y Alfredo León, líderes de los proyectos innovadores y quienes me suministraron información de gran valor para este trabajo.

A La Universidad de la Salle, docentes y directivos de la Maestría, que sin sus conocimientos y orientaciones no hubiera sido posible mi formación en administración.

CONTENIDO GENERAL

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. GENERALIDADES	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 FORMULACIÓN	4
1.3 OBJETIVO GENERAL	4
1.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
1.5 JUSTIFICACIÓN	5
1.6 LIMITANTES	6
1.7 ALCANCES	6
1.8 METODOLOGIA	6
2. MARCO TEORICO	20
3. PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	41
3.1 RESEÑA HISTORICA	41
3.2 ASPECTOS GENERALES	41
4. ENTORNO	44
4.1 ENTORNO SOCIOECONOMICO	50
4.2 ENTORNO LEGAL	55
5. DESCRIPCIÓN DEL CASO	61
5.1 MODELO DE ATENCION EN SALUD DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	61
5.2 "SISPLACO" Sistema de Planeación y Control de Gestión.	68
5.3 SIEF Sistema de Información de Estadística y Facturación	71
5.4 GUIAS DE ATENCIÓN AL USUARIO Y RUTA DE LA SALUD	76
5.5 ZONA DE DESPEJE Y PEDAGOGIA DEL ERROR	80
5.6 TOCANDO PUERTAS	87
6. ANALISIS DE RESULTADOS	89
7. CONCLUSIONES	92
8. RECOMENDACIONES	94
BIBLIOGRAFIA	95
ANEXOS	97

LISTA DE TABLAS

	Pag.
TABLA 1 COMPARATIVO MENSUAL FACTURACIÓN TOTAL PERÍODOS 2001 Y 2003	7
TABLA 2 INCREMENTO DE PUNTOS DE FACTURACIÓN POR CENTRO 2001- 2004	9
TABLA 3 INDICADORES DE EFICACIA DE SIEF 2001 – 2003	10
TABLA 4 ADMINISTRACIÓN DE LA INNOVACIÓN	13
TABLA 5 INDICADORES DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	13
TABLA 6 MANEJO FINANCIERO DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	15
TABLA 7 RESULTADOS DE LA ENTREVISTA A USUARIOS DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	18
TABLA 8 RESULTADOS ENTREVISTA PERSONAS AJENAS AL HOSPITAL	18

LISTA DE FIGURAS

	Pag.
FIGURA 1 INCREMENTO DE PERSONAL, TIEMPO LABORAL Y RECURSOS	12
FIGURA 2 RECURSOS UEL AÑO A AÑO	16
FIGURA 3 PARTICIPACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN SOBRE EL TOTAL DE PRODUCCIÓN	17
FIGURA 4 PROBLEMAS A SOLUCIONAR LOS GUAS DE ATENCION AL USUARIO	79

LISTA DE ANEXOS

	Pag.
ANEXO A: ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	97
ANEXO B: LOCALIDADES DE BOGOTÁ D.C.	98
ANEXO C: ORGANIGRAMA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD	99
ANEXO D: HOSPITALES DISTRITALES	100
ANEXO E: MODELO DE ATENCIÓN Y LOS PROYECTOS INNOVADORES DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	101
ANEXO F: PANTALLAS DE ENTRADA DE SISPLACO	102
ANEXO G: REDES DE SERVICIOS DE SALUD DE BOGOTÁ D.C.	108
ANEXO H: AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN BOGOTÁ. D.C. POR LOCALIDAD	109
ANEXO I: COMPARATIVO DE ACTIVIDADES DE P Y P REALIZADAS A POBLACION DE REGIMEN SUBSIDIADO 1 SEMESTRE 2002-2003	110
ANEXO J: COMPARATIVO ACTIVIDADES DE ENFOQUE FAMILIAR Y CANALIZACIÓN A ACTIVIDADES DE P Y P. REALIZADAS POR EL EQUIPO EXTRAMURAL.	111
ANEXO K: MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD)	112
ANEXO L: ENTREVISTAS	118

GLOSARIO

ACCESIBILIDAD: Tener facilidades de acceso a los servicios de salud.

ACREDITACIÓN: Es la certificación que hace la Secretaría de Salud a las entidades de Salud, de haber cumplido con los requisitos mínimos de funcionamiento de acuerdo a los servicios ofrecidos.

De acuerdo a la resolución número 001474 del 07 noviembre de 2002; el Ministerio de salud define las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y el Manual de Estándares de las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada del Sistema Único de Acreditación, los cuales forman parte integrante de la Resolución.

ACCIONES ASISTENCIALES: Son las que buscan mejorar las condiciones de salud de una persona o grupo de personas.

ACCIONES PREVENTIVAS: Son las que buscan evitar complicaciones del estado de salud de una persona o un grupo de personas.

ADMINISTRACIÓN: Disciplina cuyo objetivo es la coordinación eficaz y eficiente de los recursos de un grupo social para lograr sus objetivos con la máxima productividad y calidad.

ANAVULATORIOS ORALES: Son pastillas anticonceptivas cuyo efecto en el cuerpo de la mujer es el de suspender la ovulación.

ATENCIÓN INTEGRAL: Es la que se logra al completar un ciclo de servicio efectivo.

ASESORÍA: Es el apoyo científico que brindan los profesionales vinculados a la atención en salud, al personal asistencial.

ARP: Administradora del Régimen Subsidiado, encargada de administrar los recursos que se han recaudado para los usuarios de este Régimen y garantizar por medio de las Empresas Sociales del Estado la prestación del servicio. Ver ley 100.

BARRIOS AUTO GESTIONABLES: Es en el que la comunidad reconoce su problemática, es capaz de priorizarla y gestiona soluciones para mejorar condiciones de vida y de salud.

BARRIOS PRIORIZADOS: Los que tienen familias priorizadas.

BARRIO SANO: El que es capaz de ser auto gestionado. Barrio Sano: Capaz de ser autogestionado, entendido como su capacidad para reconocer sus riesgos y factores protectores, comprometerse con su autocuidado y mejorar sus condiciones de vida y salud.

CANALIZAR: Remitir al servicio o institución que requiera el usuario, de acuerdo a la evaluación realizada y al aseguramiento que tenga.

CASO EXITOSO: En le Hospital Rafael Uribe Uribe se considera como caso exitoso un trabajo aplicado al sitio de trabajo producto de la innovación, adaptación o creación, que tiene un tiempo de implementación inferior a un año y que no ha sido evaluado por ende no puede demostrar mejoramiento en el desarrollo de las actividades.

CICLO DE SERVICIO EFECTIVO: Conjunto de intervenciones de atención específica, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y prevención, que requiera un usuario según su condición de salud en un determinado tiempo. Cuando el usuario pasa por el 100 % de las actividades que requiere se ha cumplido con el ciclo del servicio efectivo.

CINCO S (5 S): Lista de verificación para un buen mantenimiento de la empresa a fin de lograr mayor orden, eficiencia y disciplina en el lugar de trabajo. El nombre se deriva de las iniciales de cinco palabras japonesas que traducidas al español son: separar, ordenar, limpiar, sistematizar y estandarizar.

CONECTIVIDAD: Poder acceder a la información en cualquier Centro de atención manejando las agendas en tiempo virtual. Información disponible para decisiones soportadas.

COMPLEMENTARIEDAD: En el ejercicio de las competencias en materia de planeación las autoridades actuarán colaborando con las otras autoridades, dentro de su órbita funcional con el fin de que el desarrollo de aquéllas tenga plena eficacia.

CREATIVIDAD: Es la expresión del intelecto que libera la imaginación y la iniciativa para construir sueños y fantasías, más allá de la percepción de los sentidos. Generar una nueva idea.

CUENTA GLOSADA: Es una cuenta devuelta por el pagador por que no cumple con los requisitos exigidos para el pago de la misma.

CULTURA ORGANIZACIONAL: Conjunto de suposiciones, creencias, valores y normas que comparten y aceptan los miembros de una organización.

CONCURRENCIA: Cuando dos o más autoridades de planeación deban desarrollar actividades en conjunto hacia un propósito común, teniendo facultades de

distintos niveles su actuación deberá ser oportuna y procurando la mayor eficiencia y respetándose mutuamente los fueros de competencia de cada una de ellas.

DECISIONES INFORMADAS: Las que toman las personas que adquieren el conocimiento sobre lo que se va a decidir; con el fin de tomar decisiones lo más objetivas.

DESARROLLO DE LA ORGANIZACIÓN: Enfoque gerencial que ayuda a los gerentes a prepararse para administrar el cambio dentro de un mundo cambiante.

DESARROLLO ORGANIZACIONAL: Conjunto de valores, visiones, conceptos y técnicas de índole psicosocial orientadas a apoyar el cambio planificado en las organizaciones.

EFICACIA: Capacidad de lograr los objetivos. "Hacer lo indicado".

EFICAZ: El logro de objetivos en los tiempos establecidos.

EFICIENCIA: Capacidad para reducir al mínimo los recursos usados para alcanzar los objetivos de la organización. "Hacer las cosas bien"

EFFECTIVIDAD: Es el logro de los resultados con el mínimo gasto de recursos.

EJES: Los componentes fundamentales en los que se sostiene el modelo de atención para lograr los objetivos planteados.

EMPODERAMIENTO: Proceso estratégico en el que se le delega poder y sentido de pertenencia a los trabajadores, en busca de cambios significativos en la cultura y el clima de la organización, mejorando la efectividad, el desempeño y maximizando las capacidades del personal.

ENTORNO: Conjunto de elementos que rodean a una organización, instituciones o fuerzas externas, que tienen potencial para afectar su rendimiento.

ENTRENAMIENTO EN SENSIBILIZACIÓN: Técnica diseñada para volvernos más conscientes de nosotros mismos y de nuestro impacto en las personas.

EPS: Empresa Prestadora de Salud, encargada de administrar los recursos de los trabajadores cotizantes del servicio, garantizando la prestación del mismo en una IPS. Ver ley 100.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN: Es la representación gráfica de las vacunas que se deben aplicar con su respectiva edad a la que se debe aplicar.

EXPERIENCIA EXITOSA: Se considera experiencia exitosa un trabajo aplicado al sitio de trabajo producto de la innovación, adaptación o creación que tiene un tiempo de implementación mínimo de un año y que ha sido evaluado, evidenciando mejoramiento en el desarrollo de las actividades.

FAMILIA SANA: Familia capaz de reconocer sus riesgos y factores protectores, comprometerse con su auto cuidado y mejorar sus condiciones de vida y salud.

FAMILIAS PRIORIZADAS: Es una familia que cumple con los siguientes requisitos: pertenecer a una UPZ (Unidad de Planeación Zonal), que es una zona de catalogada como de vulnerabilidad sanitaria, pertenecer a un barrio priorizado, contar con líderes comunitarios que participen el diagnóstico Local.

GEOREFERENCIACIÓN: Asignar al usuario el centro de atención cerca de donde reside.

GESTOR PÚBLICO: Es un estado avanzado al que puede progresar un funcionario público, que consiste en que este sea capaz de crear ideas en beneficio de la institución a la que pertenece y a su vez de la población a la que esta le sirve; proponerlas y ser capaz de desarrollarlas. Persona capaz de manejar espacios de decisión, que identifica, gesta, gestiona y resuelve con efectividad las necesidades de su ámbito. Se avanza de funcionario a gestor público y de usuario a autogestor local.

GLOSA: Es una cuenta glosada.

GRUPOS FORMADOS DE PAB: El (PAB) Plan de Atención Básica, organiza grupos poblacionales de alta vulnerabilidad para brindarles la atención preventiva que requieran.

HABILITACIÓN: De acuerdo a la resolución número 001439 del 1 noviembre de 2002 el ministerio de salud crea los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales.

HÁBITOS DE VIDA: Costumbres sanas o malsanas que realiza una persona durante su vida.

INNOVACIÓN: Es todo proceso o desarrollo diferente al convencional que se realiza con el objeto de generar mejoramiento de la efectividad de dicho proceso.

INTEGRALIDAD: Lograr ciclos completos del servicio es decir que todo usuario que acceda a un servicio obtenga el paquete de servicios que este necesite.

INTERCONSULTA: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales del área, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa de tratantes, es decir, no hay en este aspecto transferencia de responsabilidad por parte del profesional tratante.

IPS: Institución prestadora de salud, encargada de brindar la atención médica al usuario ya sea afiliado a una EPS o a una ARS, de acuerdo al régimen al que pertenezca. Ver ley 100.

LIDERAZGO: Proceso que ayuda a dirigir y movilizar personas y/o ideas.

LLAVES: Los aspectos esenciales que me permiten que en el desarrollo del modelo se obtengan logros, que son innovadores en el campo de la atención en salud.

MODELO DE ATENCIÓN: Los lineamientos que tiene un centro de salud para determinar las estrategias de atención médica.

MODELO DE GESTIÓN: Un modelo que determina la secretaria de salud para gestionar los recursos

MISIÓN: Propósito, finalidad que persigue en forma permanente una organización un área o un departamento. Razón de ser una organización.

NIVEL DIRECTIVO O GERENCIAL: Corresponde al nivel mas alto de gestión y es el encargado de formular los objetivos y las estrategias del plan de gestión,

NIVEL EJECUTIVO: Corresponde al nivel medio de gestión y es el encargado de consolidar las actividades pertinentes para el desarrollo de las estrategias institucionales.

NIVEL OPERATIVO: Corresponde al nivel mas bajo de gestión y es el encargado de operativizar o realizar las actividades planteadas en las líneas de acción y por lo general su gestión se ve plasmada en un producto concreto.

OPORTUNIDAD: Indicador de calidad que mide el tiempo que gasta entre la identificación de una necesidad y la atención de la misma.

ORGANIGRAMA: Gráfico de la estructura formal de una organización, señala los diferentes cargos, departamentos, jerarquía y relaciones de apoyo y dependencia que existe entre ellos.

ORGANIZACIÓN: Proceso de arreglar la estructura de una organización y de coordinar sus métodos gerenciales y empleo de recursos para alcanzar sus metas. Es un grupo relativamente estable de personas en un sistema estructurado y en evolución cuyos esfuerzos coordinados tienen por objeto alcanzar metas en ambiente dinámico.

PERSONA SANA: Es la que está motivada para el autocuidado, capaz de reconocer los riesgos, realiza acciones de detección precoz de la enfermedad, mejora su condición de vida y de salud. Persona sana: Individuo motivado y comprometido con su auto cuidado, con cobertura integral y efectiva de acciones de detección precoz, y protección específica por ciclo vital, en quien se encuentre garantizada la longitudinalidad en la atención a través de mecanismos de adherencia y que permanezca activo con continuidad de la atención entre los diferentes niveles.

PLANEACIÓN: Proceso de establecer objetivos y parámetros de acción adecuados antes de iniciar la acción.

POS: El Plan Obligatorio de Salud, del que habla la ley 100 es un conjunto de servicios mínimos que deben cumplir las entidades de salud al prestar sus servicios.

POSICIONAMIENTO: El lugar que ocupa una persona u organización en un medio.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD O EL ACCIDENTE: Es el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, o se complique.

PROCESO: Serie sistemática de acciones dirigidas a logro de un objetivo.

PRODUCTIVIDAD: Medida del rendimiento que influye en la eficacia y la eficiencia. Puede definirse como la relación entre la cantidad de bienes y servicios producidos y la cantidad de recursos utilizados. En la fabricación la productividad sirve para evaluar el rendimiento de los talleres, las máquinas, los equipos de trabajo y los empleados.

PROCESOS DE VISIBILIDAD: Los procesos que permite mostrar lo que han realizado y ser reconocido por esto.

PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO: Son los que se aplican a la población cuyo pronóstico de recuperación no es bueno pero si se pueden evitar complicaciones, mantener el estado de salud y/o evitar que la afección progrese.

PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN: Son aquellos que se aplican a los pacientes cuyo pronóstico es el de recobrar parte o toda la función perdida.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: Es la integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud física, síquica y social de las personas y la comunidad.

PROYECTO EXITOSO: Es la documentación de un trabajo aplicado al sitio de trabajo producto de la innovación, adaptación o creación el cual no ha sido implementado ni evaluado por lo cual no puede demostrar mejoramiento en el desarrollo de actividades.

RED DE PRESTADORES: Es la misma red de hospitales públicos del distrito capital.

REMISIÓN: Es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se transfiere el cuidado de un paciente de un profesional del área de la salud a otro profesional, un especialista o nivel superior de atención, con la consiguiente transferencia de responsabilidad por la salud del usuario.

RIESGOS PSICOSOCIALES: Son los riesgos que sufre una población, por el círculo social en el que se desenvuelven y que le pueden generar repercusiones mentales y de su comportamiento.

SERVICIO DE INTERNACIÓN: Equivale al servicio de hospitalización.

SUBSIDIARIEDAD: Las autoridades de planeación del nivel más amplio deberán apoyar transitoriamente a aquellas que carezcan de capacidad técnica para la preparación oportuna del plan de desarrollo.

TEORÍA: Es una explicación sistemática de los hechos que son observados y leyes relacionadas con un particular aspecto de la vida.

TEORÍA SITUACIONAL: Escuela del pensamiento que se fundamenta en dos premisas: no existe una sola manera óptima en cuanto a organizar y ninguna manera de organizar es igualmente efectiva. Esto implica que no existen reglas universales para tomar decisiones gerenciales; lo importante es analizar las variables pertinentes a cada situación.

UNIDADES DE ATENCIÓN: Son los Centros Médicos clasificados de acuerdo al nivel de complejidad del servicio prestado, dentro de las cuales encontramos: Unidades Básicas de Atención (UBAS), Unidad Primaria de Atención (UPAS) Y Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI); mas ampliamente explicadas en la ley 100.

INTRODUCCIÓN

La innovación y la incorporación del conocimiento a la producción empresarial, sirve para aumentar la satisfacción del cliente, la productividad de la empresa, la calidad de los servicios ofrecidos y el bienestar de sus empleados entre otras; en términos generales se mejora la competitividad que le permite el progreso y sostenimiento en el mercado. Tal es el caso del Hospital Rafael Uribe Uribe, en el que a raíz de la implementación de proyectos innovadores ha habido un aumento sustancial en estos aspectos y además se ha obtenido el reconocimiento en el medio, lo que le está ganando ventaja competitiva con respecto a las demás Empresas Sociales del Estado.

Inicialmente se realiza una presentación de lo que son las Empresas sociales del Estado, su entorno legal y socioeconómico; posteriormente se describe al Hospital, narrando su historia, conformación y funcionamiento, para así poder entrar en materia en el caso específico del Hospital, donde se describe la implementación de un "modelo de atención" diferente a los modelos de las otras Empresas Sociales del Estado, del cual se han desprendido los otros proyectos innovadores, que han servido para mejorar y facilitar la implementación del modelo de atención. Este fenómeno le ha generado al Hospital, reconocimiento en el medio, lo que le ha permitido beneficiarse de capacitaciones y de alianzas estratégicas de entidades que complementan su que hacer y les permite multiplicar sus esfuerzos.

En el capítulo dos, se exponen varios conceptos de innovación en la que todos coinciden en que son ideas nuevas para aplicar a un contexto y que requiere de una disposición mental. Explica como la innovación por todos los efectos que produce en una empresa, termina siendo una ventaja competitiva. Se narra brevemente la historia de la innovación, enfatizando en las teorías administrativas. Se habla de la innovación de procesos donde busca optimizar los recursos y mejorar la productividad. Explica los factores que inciden en la innovación tanto los de disposición individual como del ambiente para desarrollarla. Habla sobre la creatividad, el impacto de la innovación y la forma de medirlo.

En el tercer capítulo, se explica la situación en la que se encuentra el Hospital antes de realizar el estudio de las causas y resultados de los proyectos innovadores, el proceso de fusión y las repercusiones de esta, explica la importancia para las ciencias administrativas de estudiar casos donde se presenta la innovación. Se habla como las limitaciones de tiempo fueron el principal contratiempo tanto del investigador como de los funcionarios de Hospital. Se aplica una metodología de consulta de fuentes primarias tanto documentales como entrevistas. Posteriormente habla del H.R.U.U. que es producto de una

fusión, la cobertura de las localidades 15 y 18 de Bogotá D.C. que es un Hospital de primer nivel y nombra cada uno de los Centro Médicos. Describe la plataforma estratégica y servicios que presta.

El Capítulo cuarto, habla de como la Ciudad se divide en Localidades, como funciona la Secretaría de Salud entidad a la que está adscrita al H.R.U.U. que existen cuatro niveles de complejidad en la atención en salud. Del entorno socioeconómico se dice que la política de descentralización conlleva a transformar los Hospitales Públicos en Empresas Sociales del Estado y como estas funcionan de manera independiente. Explica la problemática en salud en cuanto a falta de cobertura, de recursos del Distrito Capital y del aumento de la población en Bogotá por de desplazamiento. Los niveles socioeconómicos, en los que se basa el SISBEN para subsidiar a las poblaciones menos favorecidas. En el entorno legal se expone la reglamentación pertinente a las Empresas Sociales del Estado, en la constitución, la ley 100 de 1993 explicando el régimen contributivo y el subsidiado, además del Decreto 1750 donde se crean las Empresas Sociales del Estado.

En el capítulo quinto, se describe el caso comienza a narrarse el modelo de atención como el programa que contiene la filosofía y los lineamientos por los que se rige el Hospital; el cual tiene un enfoque de actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y trabajo con la comunidad. Que tiene cuatro “las llaves” que son: gestor público, accesibilidad, alianzas estratégicas y unidad empresarial. Se explica a SISPLACO como el Sistema de Planeación y Control de Gestión, como una herramienta informática cuyo objetivo principal es el de garantizar que la planeación realizada está alineada con la plataforma estratégica del Hospital. Describe al Sistema de Información Estadística y de facturación (SIEF) como un sistema de información que unifica métodos, procesos y procedimientos de las áreas de estadística y facturación, donde contribuye enormemente en la calidad del servicio al cliente y en la elaboración de informes. Otro programa son los Guías de atención al usuario son personal encargado de brindar información a los usuarios en las filas sobre los tramites que debe realizar para solucionar su problema y la ruta de la salud, que recoge pacientes y personal médico para llevarlo y/o devolverlo a su lugar de origen, que presenten alguna dificultad de transporte. Pedagogía del error y zona de despeje son filosofía y espacio respectivamente, para solucionar conflictos en el Hospital. Tocando puertas es un proyecto en el que la UBA MOVIL lleva a un grupo de profesionales a las casas de los usuarios a hacerles diagnóstico, intervenciones y canalizaciones para acercar el Hospital a los Usuarios. Finalmente con base en los resultados obtenidos se analizan y concluyen los factores desencadenaron las innovaciones y los impactos que vienen dejando tanto administrativos como de salud; al Hospital, a la comunidad y a Bogota D.C.

1. GENERALIDADES

En el Hospital Rafael Uribe Uribe se han estado presentando una serie de proyectos innovadores a partir de las adversidades que sufrieron por la fusión de los Hospitales del Olaya y el San Jorge, siendo este un fenómeno interesante para estudiar tanto las causas como los impactos que estos han dejado y vienen dejando al Hospital y a la salud de Bogotá D.C. Estos proyectos los ha planeado y liderado el grupo directivo principalmente.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital Rafael Uribe Uribe es una Empresa Social del Estado, que cuenta con autonomía en la gestión de los recursos humanos y financieros; y cuenta con de control directo en las comunidades de la Localidad Rafael Uribe Uribe (18) de Bogotá D.C. Es un Hospital relativamente nuevo ya que es producto de una fusión que hubo de dos Hospitales que son el Olaya y el San Jorge lo cual produjo una serie de dificultades administrativas y sociales a las que debían enfrentarse la Nueva administración en cabeza del Doctor Hector Javier Quiñones y su grupo de colaboradores.

A partir de esta época, surgieron una serie de proyectos que permitieron adaptarse al cambio y enfrentar la carga administrativa, tanto de cumplimiento de objetivos planteados por la Secretaria de Salud como de rendimiento de informes que los entes de control les hacen a las Empresas de Estado.

Estos proyectos denominados, por ellos "Exitosos", han producido cambios interesantes y que el Hospital como un incentivo a los creadores de dichos proyectos comenzó a premiarlos y a resaltar sus logros. Es así como se crea el concurso "Casos, Proyectos y Experiencias Exitosas" en el año 2002. en los que todos los funcionarios pueden inscribir sus proyectos casos o experiencias exitosas explicando su funcionamiento y su aporte al Hospital.

De esta manera, se ha implementado una Cultura de Innovación de donde han surgido varios proyectos diferentes con respecto a los proyectos de las demás Empresas Sociales del Estado, de Bogotá D.C. es decir que no existen otros iguales en ninguna Empresa Social del Estado de Bogotá D.C. Por ser creados por funcionarios del Hospital para el Hospital.

Estos proyectos han surgido a partir de nuevos conceptos de atención en salud que en Bogotá, como lo es la prevención de la enfermedad y la promoción de estilos de vida saludables. Este enfoque se viene implementado desde hace

mucho tiempo en países desarrollados pero aun en Colombia no ha tomado mucha fuerza.

El concepto lo ha venido trabajando Rosemary Sepulveda Subgerente de servicios en salud en este Hospital desde el año 2001 con la "CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN"; y de la mano de este se han venido presentando y destacado proyectos como sistemas de información (SIEF) sistemas de planeación (SISPLACO), programas para mejorar la atención a los usuarios como la "ruta de la salud" y los "guías de atención a usuario" tocando puertas pedagogía del error y zona de despeje.

No se ha realizado un estudio que analice la cultura innovadora en el Hospital que y el surgimiento de los proyectos innovadores, su desarrollo, su incidencia en la gestión del Hospital Rafael Uribe Uribe.

1.2 FORMULACIÓN

¿Los proyectos del Hospital Rafael Uribe Uribe entre el 2000 y el 2003 son innovadores? ¿Cuáles son y en que consisten?

¿Que factores han influido en que estos proyectos hayan surgido?

¿Cuál ha sido el impacto de estos?

1.3 OBJETIVO GENERAL

Identificar los proyectos innovadores del Hospital Rafael Uribe Uribe entre el 2000 y el 2003 años; en que consisten, que factores los desencadenaron y que impacto han dejado.

1.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS OBJETIVO GENERAL

Identificar si existen proyectos innovadores en el Hospital Rafael Uribe Uribe y cuales.

Describir cada uno de los proyectos, en que consisten, su origen y su desarrollo.

Identificar como surgieron y que fenómeno desencadenó los proyectos innovadores entre el 2002 y el 2003 en el Hospital Rafael Uribe Uribe.

Evaluar el impacto que los proyectos han dejado y a quienes ha afectado.

1.5 JUSTIFICACIÓN

En estas épocas en que el conocimiento se ha convertido en una de las herramientas más importantes para ser competitivos, surge la necesidad de generar de nuevos productos, nuevos servicios y nuevas y mejores formas de llevar a cabo los procesos; es así, como cobra importancia toda idea nueva e innovadora en la que se rompan esquemas, se sea más efectivo y eficiente y además, más atractivo al exquisito mercado de principios de siglo XXI. Es así como la ventaja competitiva de Colombia puede ser mejorada mediante la ciencia, la tecnología y el desarrollo de nuevos procesos que marquen la diferencia con otros países. Se habla mucho sobre innovación tecnológica y poco sobre innovación de procesos, llegándose a confundir la tecnología con hay innovación. No se encontró literatura en la que se hable de innovación en hospitales ni innovación de proyectos sociales.

Promoviendo la creatividad y la innovación, que busque la transformación humana y científica de los trabajadores y la sociedad colombiana, se construye nación y se genera conocimiento para el país.

El Hospital Rafael Uribe Uribe con el concurso de Experiencias exitosas ha implementado una "Cultura de Innovación" de donde han surgido varios proyectos innovadores con respecto a las demás Empresas Sociales del Estado, de Bogotá D.C. Es por esto, que se justifica realizar el estudio de caso en el que se ha incentivado a los trabajadores ha desarrollar sus ideas innovadoras y la repercusión que estas tienen en el Hospital.

A partir del estudio de caso del desarrollo de procesos innovadores en el Hospital Rafael Uribe Uribe, se puede determinar el origen de las ideas innovadoras para así poder propiciar el mejoramiento de ellas y el surgimiento de nuevas ideas que contribuya al desarrollo del Hospital y de la Salud de Bogotá D.C. Los resultados de este les podrán servir para mejorar algunos procesos y replantear otros que no sean favorables para el Hospital.

El presente trabajo está enmarcado dentro de los lineamiento que exige la Universidad de la Salle para optar el Título de Magister en Administración.

1.6 LIMITANTES

En la realización de la investigación se encontraron múltiples dificultades, para acceder a la información como falta de colaboración de algunos funcionarios, la subjetividad y el sesgo al dar la información de los funcionarios.

A pesar de esto, la colaboración en términos generales fue buena y se logró obtener la información suficiente para obtener un panorama amplio de los proyectos innovadores, analizar la situación en que se presentaron y medir el impacto los proyectos.

Se presentó una limitación de tiempo tanto por parte del investigador como de los funcionarios del Hospital. Más que la falta de información el exceso de la misma dificultó la síntesis y la comprensión de los proyectos como un solo proceso que lleva objetivos comunes.

1.7 ALCANCES

Las innovaciones que se presentaron en el Hospital Rafael Uribe Uribe son principalmente el cambio de enfoque del sistema de salud, cambio de pensamiento de los actores del sistema y el mejoramiento de procesos que se habían convertido en obsoletos, con el fin de mejorar la eficiencia y la eficacia en el manejo de la salud.

Los datos del presente estudio se analizaron desde el 2000 hasta el 2003, cuando estos requerían del corte del año. Para analizar el 2004, se tomó el primer trimestre de cada año.

Se analizaron los documentos a los que se permitió el acceso como el Banco de proyectos del Hospital Rafael Uribe Uribe, e informe Gehos Unificado y algunos datos tomados de las oficinas de atención al usuario, subgerencia de servicios en salud, subgerencia financiera, estadística y sistemas.

METODOLOGIA

Se hizo por medio de entrevistas a los gestores de los proyectos innovadores y a una funcionaria desde la Secretaria de Salud que conoce los proyectos de todos los Hospitales del Estado. Además se solicitaron documentos para medir el impacto de los mismos.

También se analizaron documentos importantes como el informe Gehos, las encuestas de satisfacción al usuario, encuesta de satisfacción del cliente interno, informes de gestión, Plan de desarrollo local, estatutos del Hospital Rafael Uribe Uribe. (Ver ANEXO L)

INDICADORES

PRODUCTIVIDAD

TABLA 1. COMPARATIVO MENSUAL FACTURACIÓN TOTAL PERÍODOS 2001 Y 2003
(Cifras en miles de pesos)

PAGADOR	2001	2002	2003	% Variación 2001 - 2003
EPS - IPS-REG. ESPECIAL	16,661	11,288	21.694	30%
ARS	1,096,969	2,721,827	4.249.763	287%
ASEGURADORAS /FOSYGA	28,676	42,143	19.622	-32%
FFDS POS	3,313,677	4,082,702	4.724.843	43%
FFDS PAB	1,455,296	1,978,252	1.942.701	33%
FFDS UEL	135,282	159,985	476.767	252%
FFDS APH	52,5	131,705	97.242	85%
FFDS 4.01	-	178,538	422.463	100%
PARTICULARES	-	559	737	100%
CUOTA	343,491	323,461	285.867	-17%
PARTICIPACION COM		43	24.180	100
TOTAL	6,442,552	9,673,460	12.265.879	90%

Fuente: Informes de facturación 2001, 2002 y 2003 Hospital Rafael Uribe Uribe.

Hubo un aumento en la facturación por Régimen Especial del 30%, por las ARSs en un 287% por el Fosiga disminuyó en un 32%, por el FFDS POS aumentó en un 43 %, por el FFDS PAB aumenta en un 33%, por el FFDS UEL aumenta en un 252%, FFDS APH aumenta en un 85%, por particulares aumenta en un 100%, para un total de aumento en la facturación neta del 90% entre el 2001 y el 2003 como producto de todos los cambios implantados en el Hospital dentro de los cuales los más sobresalientes son los proyectos innovadores.

El proyecto Tocando Puertas ha aumentado la productividad ya que desde octubre del 2002 a junio de 2004 ha realizado 9.763 visitas de las cuales se ha logrado atender a 34.170 personas. A estas se les brindó atención en los siguientes servicios: aplicación del esquema de vacunación, consulta de control médico, charlas educativas, suministro de medicamentos, consulta de planificación, citologías, colocación de dispositivo Intrauterino además de ser identificados algunos requerimientos que no se podían cubrir y canalizarlos al sitio que les corresponda según la necesidad y el aseguramiento que tengan.

El Modelo de atención aumenta todas las actividades del Plan Básico de Atención, por el énfasis en actividades de promoción y prevención, así como las actividades del FFD UEI, por que son producto del aumento de la participación comunitaria en la asignación de recursos locales al Hospital.

SISPLACO aporta al aumento de la facturación, por que gracias a una mejor planeación se ha logrado mayor eficiencia en la prestación de los servicios, mayor satisfacción del cliente y mayor demanda del servicio.

SIEF brinda en cada centro la información completa del ciclo de servicio de cada usuario de forma tal que, cuando el usuario está en el Centro Médico se le ofrecen los demás servicios que no ha recibido. También contribuye a mejorar la eficiencia y la eficacia lo que permite brindar un mejor servicio y así aumentar la demanda.

Los Guías de atención al usuario, informan constantemente a los usuarios sobre como debe realizar los trámites, agilizando así su atención mejorando la satisfacción al usuario y aumentando la demanda de los servicios. Además que le ofrece y sugiere que participe de los programas que ofrece el Hospital como de los servicios de los cuales no ha gozado y que tiene derecho.

La Ruta de la Salud, le facilitó el acceso a 3157 personas entre niños, discapacitados, ancianos, maternas y profesionales de la salud que probablemente sin esta ayuda no hubieran recibido el servicio.

Tabla 2 INCREMENTO DE PUNTOS DE FACTURACIÓN POR CENTRO 2001- 2004

Centro de Atención	Cajas 2001	Cajas 2002	Cajas 2003	Cajas 2004
CAMI Diana Turbay	1	2	3	3
CAMI Olaya	1	2	3	3
UPA Bravo Páez	1	2	3	2
UPA Quiroga	1	2	2	2
UPA San Jorge	1	1	Citas Telefónicas	1
UPA Lomas	1	1	1	1
UPA San José	1	1	1	1
CAMI CHircales		1	1	2

Fuente: Informe Gehos 2003 e información de la oficina de control interno.

El aumento de la demanda de los servicios obligo a aumentar el número de cajas en los centros de atención.

- **EFICIENCIA**

El aporte a la Eficiencia de SIEF lo da Disminución de costos de operación mensual del área de estadística.

En el primer trimestre del 2001 los costos de operación mensual eran de \$ 58.736 y en el primer trimestre del 2004 son de \$ 26.084

El Modelo de atención por su enfoque preventivo mejora la eficiencia ya que las actividades de promoción y prevención son menos costosas que las de atención además que alargo plazo disminuye la incidencia de la enfermedad.

SISPLACO contribuye en el mejoramiento de la eficiencia ya que evita que una misma función la realicen dos personas y agiliza tanto planeación como control y elaboración de informes optimizando el tiempo.

SIEF ha logrado, reducir el porcentaje de glosa a menos del 1% durante los últimos 4 años gracias a la optimización de los recursos que ha surgido como consecuencia de los programas de mejoramiento de procesos y además al mejorar la oportunidad en la elaboración de informes y cuentas optimiza el recurso tiempo haciendo los procesos más eficientes.

Los Guías de atención al usuario, disminuyen y a la vez las agiliza, reduciendo el tiempo que el cajero gasta con cada usuario en la atención, optimizando el tiempo tanto del cajero como del profesional que lo atiende.

▪ **EFICACIA**

Los indicadores que utilizó el hospital para medir la eficacia de SIEF la obtención de los resultados en un comparativo del primer trimestre del 2001 y el primer trimestre del 2003.

TABLA 3 INDICADORES DE EFICACIA DE SIEF 2001 - 2003

Nombre del Indicador	Unidad de Medida	Indicador	Resultados Obtenidos
Disminución de costos en el proceso de Registro, Reporte y Análisis Estadístico.	Porcentaje	$\frac{\text{Costos de operación 1er trim. 2003}}{\text{Costos de operación 1er trim. 2001}}$	Disminución de un 55%
Disminución del consumo de tiempo para presentación de cuentas	Porcentaje.	$\frac{\text{Máx. Tiempo presentación de Cuentas Período 1er trim. 2001}}{\text{Máx. Tiempo presentación de Cuentas 1er trim. 2003}}$	Disminución de un 50%
Aumento Nivel de Satisfacción del Usuario	Porcentaje	$\frac{\% \text{ de Satisfacción 1er trim. 2003}}{\% \text{ de Satisfacción 1er trim. 2001.}}$	Aumento de un 19%
Oportunidad en la entrega de informes estadísticos	Días	Valor absoluto expresado en días	Pasa de más de tres meses a 12 días.

Fuente: Investigaciones en Seguridad Social Salud (Secretaría de Salud)

El aumento de coberturas de la prestación de servicios de salud, se debe en parte a que accedieron a los servicios más personas, con esquemas completos de atención; gracias al aporte que hizo SIEF en cuanto a brindar la información

completa de manera oportuna a cada Centro Médico, de los servicios a los que ha accedido el usuario y los que no.

SIEF disminuye el tiempo de presentación de cuentas, que era de 20 a 40 días en el primer trimestre del 2001 a 8 días en el 2004. En 2001, existía devolución de cuentas, dado que no se enviaban con la calidad exigida por los diferentes pagadores.

Disminuye el tiempo presentación de informes de ingresos, de 20 a 50 días en el primer trimestre del 2001 a 8 días en el primer trimestre del 2004.

Disminuye el tiempo de entrega de informes estadísticos de tiempo indefinido a un mes del 2001 al 2003.

El proyecto Tocando Puertas mejora la eficacia ya que probablemente si el Hospital no se acerca a usuario el usuario no se acerca al Hospital. Dicha eficiencia medida en 34.170 personas atendidas de octubre del 2002 hasta junio del 2004.

SISPLACO hace al Hospital más eficaz en la presentación de informes de gestión tanto internos como para los entes de control.

Los Guías de atención al usuario, contribuye en la eficacia ya que mejora el servicio al cliente y contribuye en el aumento de la facturación.

La Ruta de la Salud, garantiza que personas que no pueden transportarse al Centro Medico lleguen y se les brinde la atención que requieren.

▪ **SATISFACCION DEL USUARIO**

La encuesta de satisfacción al usuario, que realiza la oficina de atención al usuario refleja aumento favorable al Hospital. Ya que en el primer trimestre del 2001 arrojó una satisfacción del 75% y en el primer trimestre del 2004 va en 96.1% de satisfacción.

Los proyectos que contribuyeron a este aumento son los siguientes:

El proyecto Tocando Puertas porque facilita el acceso de los servicios a los usuarios.

El Modelo de atención por que le da a la comunidad participación en los procesos del Hospital y le da la importancia que se merece en las soluciones de salud de la Localidad a la que pertenece.

SIEF porque brinda en cada centro la información completa del ciclo de servicio y mejora la calidad del servicio.

Los Guías de atención al usuario, son el principal factor de satisfacción ya que mejora el servicio al cliente, brindándoles una atención personalizada.

La Ruta de la Salud, por el servicio al cliente y mejoramiento de la accesibilidad a los servicios del Hospital.

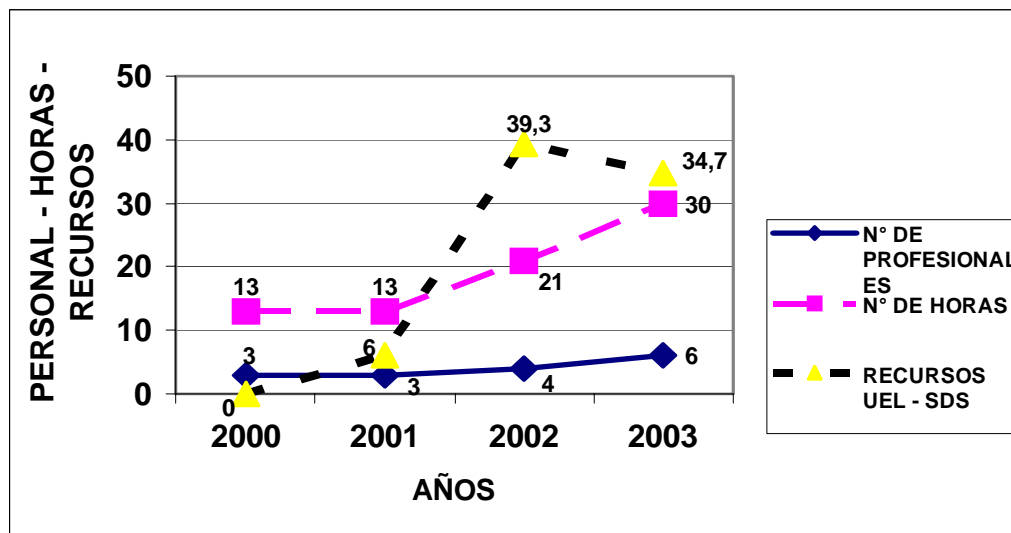
▪ **SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO**

La encuesta de satisfacción al cliente interno oficina de talento Humano Hospital Rafael Uribe Uribe realizada en el 2003 demuestra un 94% de satisfacción a 60 encuestados y un 6% de satisfacción a 4 de ellos lo cual evidencia mas satisfacción que insatisfacción; sin embargo no podríamos decir que se debe al efecto que hayan producido los proyectos ya que no se realizó ninguna encuesta antes de implementarlos.

Pero si se cuenta con el resultado de la resolución de conflictos de los proyectos Zona de Despeje y Pedagogía del Error donde el 76.57 % de los encuestados dice haber solucionado su conflicto vs. el 23.43 % dice no haber solucionado su conflicto. Además de una cobertura de 2073 funcionarios beneficiados, con 1823 sesiones de terapia individual; 45 grupos recibieron 166 sesiones de terapia de grupo y a grupos de "conciliadores" recibieron 29 capacitaciones. El concurso Casos Proyectos y Experiencias Exitosas les brinda a los funcionarios un estímulo por mejorar y cuando es premiado su proyecto le da satisfacciones.

EFFECTIVIDAD: Ya que mejora resultados con el mínimo Recurso Humano

FIGURA 1 INCREMENTO DE PERSONAL, TIEMPO LABORAL Y RECURSOS



Fuente: Informe Gehos unificado.

El aumento en la cantidad de profesionales contratados del 2002 al 2003 fue despreciable en comparación al recaudo de recursos UEL – SDS y el número de horas trabajadas.

En cuanto a la administración de la innovación tenemos la siguiente tabla:

TABLA 4 ADMINISTRACIÓN DE LA INNOVACIÓN

PROYECTO	INVERSION	RENTABILIDAD
TOCANDO PUERTAS	\$ 397.915.801	\$ 115,028,428
ZONA DE DESPEJE Y PEDAGOGIA DEL ERROR	60'400,000	Intangible, da bienestar al personal y mejora la productividad
RUTA DE LA SALUD Y GUIAS DE ATENCIÓN AL USUARIO	\$ 270'000.000	Intangible; contribuye en el aumento de la facturación
SISPLACO	Ninguna el mismo personal	Intangible, por ser un instrumento de planeación.
SIEF	Una sola inversión en el 2001 \$26'590,000	Mensual por reducción de personal \$11'106,775

Fuente: Datos de las oficinas de talento Humano, estadística, planeación y atención al usuario.

Todos los proyectos dejaron un margen de rentabilidad que en algunos casos es contabilizable y en otros no.

TABLA 5 INDICADORES DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	RESULTADO 2000	RESULTADO 2001	RESULTADO 2002	RESULTADO 2003
RECAUDO DE INGRESOS	MUESTRA EL VALOR TOTAL RECAUDADO EN LA VIGENCIA.	12,409,116,050	10,708,445,159	12,204,612,778	15.760.566.559
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	DETERMINA EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL RECAUDO	100	98	106.44	104,0

INGRESOS	INGRESOS.				
RECAUDO VENTA DE SERVICIOS	MUESTRA EL VALOR TOTAL RECAUDADO POR VENTA DE SERVICIOS EN LA VIGENCIA.	8,603,502,0 42	7,772,708,6 88	10,029,664,2 29	12.161.65 4.650

(CONTINUACIÓN) TABLA 5 INDICADORES DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	RESULTADO 2000	RESULTADO 2001	RESULTADO 2002	RESULTAD O 2003
PORCENTAJE DE EJECUCION POR VENTA DE SERVICIOS	DETERMINA EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL RECAUDO EFECTIVO POR VENTA DE SERVICIOS.	100	98	108	104
TOTAL GASTOS E INVERSION	MUESTRA EL VALOR TOTAL DE GASTOS E INVERSION EN LA VIGENCIA.	11,839,393,209	10,708,445,159	10,598,727,584	14.183.870.611
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	MUESTRA EL VALOR TOTAL DE GASTOS DE FUNCIONAMIENTO EN LA VIGENCIA.	5,286,754,342	3,868,421,216	3,483,329,907	4.093.941.384
TOTAL NOMINA Y APORTES PATRONALES	MUESTRA EL VALOR TOTAL DE LA EJECUCION EN NOMINA Y APORTES PATRONALES ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS	10,845,245,650	10,677,231,730	8,228,587,599	9.870.324.940
PARTICIPACION NOMINA Y APORTES PATRONALES	DETERMINA EL PORCENTAJE DE PARTICIPACION DE LOS GASTOS POR NOMINA Y APORTES PATRONALES TOTALES EN EL TOTAL DE LOS GASTOS E INVERSION.	90	79	74	70

TOTAL FACTURACION	MUESTRA EL VALOR TOTAL DE LA FACTURACION DE TODOS LOS SERVICIOS HECHA EN LA INSTITUCION DURANTE LA VIGENCIA.	6582000000	6365507468	9108310608	11.673.205.176
TOTAL COSTOS	MUESTRA EL VALOR GASTADO SEGÚN EJECUCION PRESUPUESTAL EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DURANTE LA VIGENCIA RESPECTIVA.	11,839,393,209	10,708,445,159	11,124,040,210	14.183.870.611
% SATISFACCION USUARIO	MUESTRA EL NIVEL DE SATISFACCION DE NUESTROS USUARIOS SEGÚN ENCUESTA DE ATENCION AL USUARIO.	85	95	96	96.1

Fuente: Informe Gehos Unificado

En el recaudo por venta de servicios encontramos que ha aumentado sustancialmente de entre el 2000, el 2001 el 2002 y 2003, siendo este cada vez mayor el porcentaje de participación en el total de ingresos. De esta venta de servicios la participación de ingresos por el régimen subsidiado va en aumento durante los 5 años.

Se destaca la reducción de los gastos de funcionamiento, la reducción en la nómina y el aumento en el total de la facturación y el aumento de, la satisfacción del usuario.

Como resultado del manejo financiero de la institución, se han obtenido los siguientes índices.

TABLA 6 MANEJO FINANCIERO DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

INDICADOR	FORMULA	2001	2002	2003
ALTA LIQUIDEZ	$(\text{Activo Corriente} - \text{Inventarios} - \text{Cartera Inferior a 90 Días}) / \text{Pasivo Corriente}$	0.7	0.9	1.6
CORRIENTE DISPONIBLE	$(\text{Activo corriente} - \text{inventarios}) / \text{Pasivo Corriente}$	0.8	1.3	1.7
MARGEN DE RENTABILIDAD OPERACIONAL	Gastos operativos / Ingresos	0.98	0.87	89%
MARGEN DE EFICIENCIA DE LOS COSTOS	Valor facturación / Costos de los servicios	1.0	1.3	152 %

Fuente: Informe Gehos Unificado Hospital Rafael Uribe Uribe

Financieramente hablando podemos observar un aumento en la liquidez y del capital de trabajo del año 2001 al 2003, mejoró el margen de rentabilidad operacional al igual que el margen de eficiencia de los costos.

RECONOCIMIENTO

Dentro del ámbito de las Empresas Sociales del Estado, el HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ha recibido el reconocimiento de la Secretaría Distrital de Salud, por ser líder en la generación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (oportunidad en la presentación de informes) gracias a SIEF el cual fue presentado como proyecto exitoso al Concurso Nacional de la Función Pública 2002.

La Secretaria Distrital de Salud ha resaltado el proyecto SIEF, describiendo la experiencia en el libro Investigaciones en Seguridad Social en Salud, calificándolo como una herramienta innovadora que permite aumentar los niveles de facturación y permite administrar la información de manera fiable, exacta y oportuna, permitiéndole aumentar los niveles de productividad y efectividad.

El proyecto Tocando Puertas ha tenido múltiples reconocimientos por entidades que han querido, intercambiar experiencias como sucede con la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba; la cual realizó en el segundo semestre del 2003 un intercambio universitario con el Hospital en el que se compartieron experiencias que permitieron ajustes importantes tanto del trabajo realizado en Cuba como, del trabajo extramural del Hospital Rafael Uribe Uribe.

La universidad de la Sabana los invitó a hacer una exposición del proyecto dirigido a médicos, a principios del 2004.

La Universidad de Carolina del Sur de EEUU ha estudiado el proyecto y la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES).

En mismo Hospital resaltó el trabajo del grupo Tocando Puertas otorgándoles el primer puesto en el concurso de Experiencias Exitosas en las modalidades de "Calidad y Calidez" y "La Excelencia"

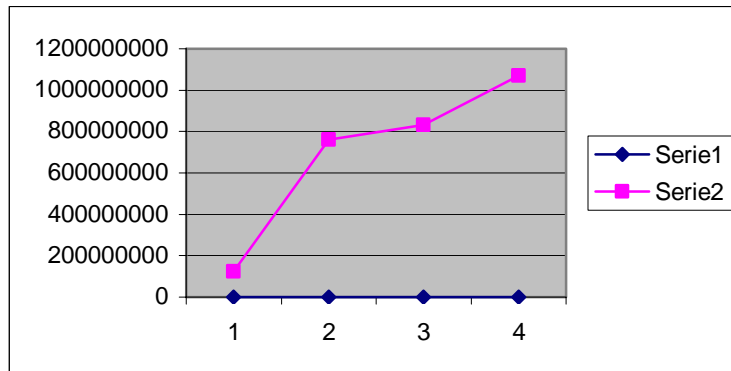
El modelo de Atención planteado por el Hospital Rafael Uribe Uribe ha servido como referente para el planteamiento que la Secretaria de Salud hace con el Nuevo Modelo de Atención que ha planteado para ser aplicado en la ciudad de Bogotá para las Empresas Sociales del Estado. (Ver anexo K) En este se retoman conceptos del Hospital Rafael Uribe Uribe determinantes como son: los procesos de autogestión social, salud individual, familiar y comunitaria, la intersectorialidad como reconocimiento de la importancia de trabajar con su entorno, la "calidad y calidez" en la atención al usuario y principalmente la importancia dada a las actividades de promoción y prevención sobre las de atención de la enfermedad.

CAMBIO DE PENSAMIENTO

Es otro de los impactos de estos proyectos principalmente el del modelo de atención ya que tanto el personal médico como la comunidad principalmente consideran la promoción y prevención entre las estrategias de cuidados de la salud más importantes y económicas; y como un compromiso de cada individuo con si mismo y con la comunidad.

En el 2001 se recaudan \$ 125'000.000, en el 2002 \$ 761'000.000, en el 2003 \$ 833'000.000 y en el 2004 \$ 1070'203.000. Datos obtenidos en la oficina de planeación del Hospital Rafael Uribe Uribe.

FIGURA 2 RECURSOS UEL AÑO A AÑO

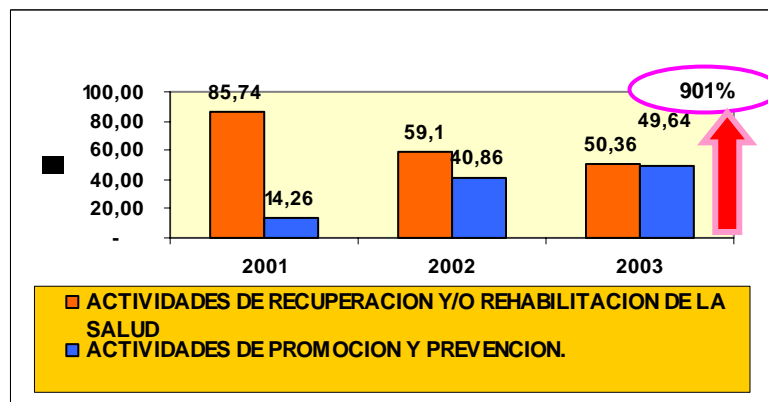


Fuente: Datos obtenidos en la oficina de planeación del Hospital Rafael Uribe Uribe.

En esto se puede evidenciar en que ha habido un incremento sustancial en la destinación de recursos del Fondo de Desarrollo Local, hacia el Hospital y que demuestran el compromiso y la gestión de la comunidad frente a la problemática de salud en su Localidad ya que estos recursos se obtienen como resultado de la priorización de los proyectos de salud en los encuentros ciudadanos.

También se ve reflejado este cambio de pensamiento en la estadística de actividades de atención de la enfermedad Vs. Las actividades de promoción y prevención cuya relación va en aumento promoción y prevención con respecto a las de atención de la enfermedad.

FIGURA 3 PARTICIPACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN SOBRE EL TOTAL DE PRODUCCIÓN



Fuente: Oficina de Subgerencia de Servicios de Salud

Otra manera de evidenciarlo es por los resultados que arroja, la entrevista realizada el día 2 de julio de 2004 en la fila del Centro Medico San Jorge donde se entrevistaron 20 personas así:

¿Por qué razones usted visita al Hospital Rafael Uribe Uribe?

TABLA 7 RESULTADOS DE LA ENTREVISTA A USUARIOS DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

SERVICIO SOLICITADO	NÚMERO DE ENTREVISTADOS	PORCENTAJE %
ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	6	30 %
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	6	30 %
ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	8	40 %
TOTAL	20	100 %

De 20 encuestados, 30 % asisten al H.R.U.U. por ser atendidos de una afección de salud; 30 % solo actividades de Promoción y Prevención y 40 % consulta por afección de salud y actividades de Promoción y Prevención.

Entrevista a un grupo al azar de 20 personas que no han tenido contacto con el Hospital Rafael Uribe Uribe y que se les pregunta:

¿Usted por qué consulta el médico ¿

TABLA 8 RESULTADOS ENTREVISTA PERSONAS AJENAS AL HOSPITAL

SERVICIO SOLICITADO	NÚMERO DE ENTREVISTADOS	PORCENTAJE %
ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	13	65 %
ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	7	35 %
TOTAL	20	100 %

De 20 encuestados el 35 % para atención y prevención; y el 65 % solo para atención.

De lo cual podemos deducir que los usuarios del Hospital Rafael Uribe Uribe el 70 % van a actividades de Promoción y Prevención, mientras que los que tienen servicio médico de otras entidades van a actividades de promoción y prevención solo el 35%; para una diferencia del 35 % lo que indica que la gente asiste más a actividades de promoción y prevención, probablemente por una concientización y un cambio de actitud la importancia de la prevención para su salud.

REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD

Se estima que en un plazo no menor de 5 años podremos ver cambios significativos en los niveles de salud de la población de la Localidad Rafael Uribe Uribe y las demás localidades que implementen el enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Para nadie es un secreto que la prevención es menos costosa que la atención de la enfermedad, es por esto que es un impacto muy importante, ya que además de reducir la incidencia de la enfermedad disminuye los costos de invertir en ella.

Como todavía se está en el proceso de educar a la gente y se estarían evitando enfermedades que podrían aparecer en 4 a 10 años el tiempo en que se ven los resultados es difícil de determinar. Al igual que es difícil de determinar la cobertura del impacto porque no se sabe si finalmente este modelo de enfoque preventivo sea aplicado a toda la ciudad o a que parte de ella.

2. MARCO TEORICO

"Innovación", procedente del latín innovatio, dos acepciones : a) Acción y efecto de innovar .b) Creación y modificación de un producto y su introducción en un mercado.

Por otra parte, Peter Drucker concibe la innovación como un proceso muy importante y complejo mediante el cual se crean nuevos conocimientos que dejan obsoletos otros vigentes hasta ese momento. Esta innovación puede ser de origen social, porque las organizaciones se ilustran, aprenden, dan origen aspectos científicos o tecnológico.

"Druker, define la innovación como "la búsqueda organizada y sistemática, con un objetivo de cambio, de las oportunidades que existen en el ambiente"¹.

El Sistema Nacional de Innovación de Colombia, SNIC, ² "concibe la innovación empresarial como una disposición mental, una forma de pensar acerca de las estrategias y prácticas de negocios, que contribuye al éxito comercial y financiero de la empresa; tiene un impacto importante en el capital tecnológico de la empresa y propicia procesos dinámicos de investigación y aprendizaje."La innovación es la característica del empresario exitoso, que en muchos casos combina viejas ideas con nuevas formas, junta tecnologías con mercados y hace mejoras a los productos o servicios existentes.

Casi todos los Administradores, expresan una convicción en las ideas nuevas y proclaman estar comprometidos, con la innovación, pero no son coherentes con lo que hacen. La mayoría de los Administradores y gerentes de mayor nivel le temen a la innovación pues temen a los riesgos y los costos de retornos inciertos. Niegan que son renuentes a la innovación; niegan que sus programas de nuevos productos carecen de fondos o que no cuentan con el personal necesario, niegan que rechazan las ideas nuevas de hacer negocios, niegan que no animan ni premian el pensamiento innovador entre sus empleados y niegan que en sus organizaciones han creado un temor al fracaso.

Según Kuczmariski, "innovación es una mentalidad, una actitud penetrante o una forma de pensar que se enfoca más allá del presente en el futuro"³. Y existen

1 VALERA, Rodrigo. Innovación empresarial : Arte y ciencia en la creación de empresas. Bogotá D.C., Colombia : Prentice may, 2001. p. 129.

2 Ibid. p. 129.

3 KUCZMARSKI, Thomas D. Traducción Cecilia Avila de Baron Universidad de los Andes Universidad de la Gran Colombia. Innovación: Estrategias del liderazgo para mercados de alta competencia. Colombia : Editorial Mac Grauu Hill, 2000. p. XVII.

cinco principios de innovación que acentúan cualquier intento exitoso para alcanzarla:

La innovación es una disposición mental, una nueva forma de pensar acerca de las estrategias y las prácticas de los negocios.

La innovación es un elemento clave para obtener ventaja competitiva.

La innovación efectiva puede disparar el precio de las acciones.

Los Administradores deben dirigir la innovación y ser decididos y responsables de la misma.

Los Administradores deben comprometerse con la innovación e infundir en los demás la pasión por esta.

Innovación; una disposición mental.

Para hablar de la historia de la innovación tenemos que hablar de la historia del hombre, desde la edad de piedra hasta nuestros tiempos. La creatividad es una característica propia del ser humano producto del cuestionarse y que consiste en crear nuevas y mejores formas de hacer las cosas, es decir innovar para mejorar sus condiciones de vida. Cientos de miles de inventos han transformado la forma en que hacemos las cosas y como pensamos. Este proceso comienza con inventos como las herramientas de piedra (3.000.000 aC), el hacha de mano (1.800.000 aC) el uso del fuego, (1.400.000 aC), la minería (40.000 aC) e.t.c., donde el hombre crea y descubre formas e instrumentos que le facilitan la vida y le ha permiten en la actualidad ejercer superioridad con respecto a otras especies del planeta tierra.

La innovación empresarial toma fuerza a mediados del siglo XIX con la invención de la máquina a vapor por Oliver Evans en 1802 dando lugar a la revolución industrial. A partir de esta época surgen una serie de teorías de la administración. Inicia con la teoría clásica, con sus exponentes más importantes: Taylor que enfatiza en la división del trabajo y la organización racional del trabajo y considera al obrero como miembro fundamental de la organización; y Farol cuya preocupación básica es aumentar la eficiencia de la empresa a través de la forma y disposición de los componentes de la organización y de sus interacciones. Posteriormente gracias a las críticas de deshumanización del enfoque clásico, comienza la teoría de las relaciones humanas, haciendo énfasis en el

reconocimiento de el ser humano como ser con necesidades e inmerso en una sociedad pero aun orientado exclusivamente al interior de las organizaciones. Posteriormente inicia la teoría de la burocracia, donde enfatiza en la división racional del trabajo, en la jerarquía de la autoridad, en la imposición de reglas rígidas, formales e impersonales.

La teoría neoclásica la cual marca un retorno de postulados clásicos actualizados y realineados en una perspectiva de innovación y adaptación al cambio, surgen los conceptos de eficiencia y eficacia.

La teoría del comportamiento, amplió los conceptos del comportamiento social hacia el comportamiento organizacional basada en conceptos motivacionales del trabajo, teniendo en cuenta el ambiente interno y externo de la organización; enfatiza en la necesidad de adaptar la organización a los cambios ambientales como formula para sobrevivir y crecer.

La teoría de sistemas en la que se analiza la interacción de la organización con sistemas y subsistemas que conforman el ambiente.

La teoría situacional en la que afirma que las características de la organizaciones solo pueden entenderse mediante el análisis de las características ambientales que enfrentan.

Es así como se han dado enfoques mecanicistas y enfoques orgánicos. En el mecanicista la coordinación está centrada, la interacción entre cargos esta rígidamente definida y determinada, cuentan con una capacidad limitada en el procesamiento de la información y es un sistema adecuado para la eficiencia de la producción. En el sistema orgánico existe elevada interdependencia, alta interacción entre cargos, amplia capacidad de procesamiento de la información y es un ambiente adecuado para la creatividad y la innovación.

Como podemos observar la innovación es la creación de nuevas y formas de hacer las cosas con el objeto de mejorar las anteriores, muchas veces retomándolas relacionándolas, negándolas o complementándolas.

Las organizaciones que utilizan prácticas colectivas de aprendizaje –como centro de competencia- están bien preparadas para prosperar en el futuro, porque serán capaces de desarrollar cualquier habilidad que se requiera para triunfar. En otras palabras, la capacidad de ganancia futura de cualquier organización esta directa y proporcionalmente relacionada con su habilidad y capacidad para aprender cosas nuevas.

De este modo, las organizaciones que prosperarán en el futuro serán “organizaciones inteligentes”, organizaciones que explotarán la experiencia colectiva, talentos y capacidades de cada persona para aprender a cómo triunfar en conjunto.

El aprendizaje se convertirá en una forma de vida y en un proceso continuo, en vez de una parte específica de la carrera de una persona. Para las corporaciones, el aprendizaje es vital para su éxito futuro.

Royal Dutch Shell ⁴ "La capacidad de aprender con mayor rapidez que los competidores quizás sea la única ventaja competitiva sostenible" Ya no es recibir ordenes del gran estratega, ahora es aprovechar el entusiasmo y capacidad de aprendizaje de todos los niveles de la organización.

Lo que distinguirá fundamentalmente las organizaciones inteligentes de las tradicionales y autoritarias (organizaciones de control) será el dominio de ciertas disciplinas básicas. (las disciplinas de la organización inteligente) Dichas disciplinas según Peter Senge lo describe en La Quinta Disciplina, son:

El pensamiento sistémico: Nada en la naturaleza ni en las organizaciones sucede de manera aislada, cada fenómeno está ligado a otros que lo influyen y a su vez este influye en los demás.

El dominio personal: Consiste en el dominio que tenga una persona sobre una disciplina y ponerla al servicio propio y de su organización.

Modelos mentales: Estos van en contra de un pensamiento amplio, estos modelos son supuestos arraigados e imágenes que influyen en nuestro comprender al mundo y en nuestro actuar. Se pueden trabajar los modelos mentales para permitir un pensamiento amplio a las personas.

Visión compartida: Generalmente esta gira al rededor de un líder que en muchas ocasiones son visiones personales no estimulantes; y falta una disciplina para traducir la visión compartida y no un recetario de principios y practicas rectoras.

Aprenden en equipo: Cuando los equipos aprenden generan resultados extraordinarios. La disciplina del aprendizaje en equipo comienza con el diálogo y la capacidad del grupo para suspender los supuestos.

Aunque no se puede tocar, oler, escuchar, ver o probar, la innovación si se puede sentir, pensar y percibir. El como una actitud que penetra.

Lo que produce temor es que posee un componente de riesgo. Es diferente hablar de innovación a dedicarle recursos. Las organizaciones comienzan por establecer una cultura corporativa que nutre a quienes asumen los riesgos y piensan con creatividad condiciones que conducen a un crecimiento sorprendente de productos, servicios y estrategias competitivas nuevas.

Para una innovación exitosa se requiere: Un Administrador optimista animado y positivo; una estrategia de nuevos productos establecida de común acuerdo; un

⁴ SENGE Peter. La Quinta Disciplina:El Arte y La Práctica de las Organizaciones que Aprenden. Buenos Aires. Ediciones Granica S.A. 1999. p. 13.

portafolio de nuevos productos y tecnología; un proceso de desarrollo orientado hacia el consumidor; Varios equipos de trabajo; una estructura de retribución especial para los participantes en el área del nuevo producto; un conjunto de normas y valores de la innovación; y un sistema de medición para evaluar la innovación.

Además requiere de la ayuda de un Administrador, que crea en el tema, proyecte optimismo y destine recursos compatibles con al innovación; también, requiere de una estructura de remuneración especial Basada en el desempeño.

La innovación es clave para ganar ventaja competitiva. Se empezó con las reducciones de costo, se siguió con reingeniería, reestructuración, la reorganización y hacer auto exámenes de cuanto se puede hacer.

“Es tiempo de asumir algunos riesgos y ver la innovación como el Banco del Mañana, para depositar hoy y retirar los dividendos en el futuro”⁵.

Cuando impulsamos nuevos productos como los “Yo también” y los “tendencia del momento” “los puros” “los naturales”, el resultado de estos productos legan a ser de bajos retornos financieros y una vida muy corta.

“Los productos realmente innovadores y nuevos son los que los competidores pierden por dejarlos para mañana”⁶.

La innovación es una buena forma para subir el precio de las acciones. Una de las formas más rápidas para lograr un aumento en el precio de las acciones es lanzar una firme corriente de productos y servicios nuevos, competitivos y exitosos. El lanzamiento de fracasos o de extensiones de línea nueva o mejorada, no producirá un aumento en los dividendos. Los accionistas están comenzando a reconocer los beneficios de la innovación y a premiar sus resultados.

Las estrategias no son exitosas si no se cuenta con el equipo de trabajo idóneo para realizarlas.

Las estrategias de marketing, las investigaciones de capital, los planes de fabricación y los gastos en investigación y desarrollo se deben desarrollar, dar,

5 KUCZMARSKI, Thomas D. Traducción Cecilia Avila de Baron Universidad de los Andes Universidad de la Gran Colombia. Innovación: Estrategias del liderazgo para mercados de alta competencia. Colombia : Editorial Mac Grau Hill, 2000. P.6.

6 Ibid. p. 6.

construir y distribuir alrededor de la innovación y no al contrario. La innovación debe ser la estrategia central del crecimiento.

Educación investigación y cultura, exige a todos los países y sus instituciones ponerse a tono y adaptaren a las nuevas tendencias en cuanto a competitividad.

Las verdaderas raíces de la innovación y la competitividad, estriban en las fortalezas y capacidades que tengan desarrollo en las áreas de educación, investigación y cultura. Con base en esto y tomando como recurso la innovación para llegar a hacer investigación se plantea que por medio de esta se llega a hacer investigación y se mejora la competitividad.

El hombre Colombiano posee una característica de actuación con respecto a los problemas de tipo "reactivo" donde se actúa como reacción a los problemas que se van presentando y no para evitarlos ni en la búsqueda de oportunidades ni nuevos horizontes. La educación tradicional nos ha educado a una forma de vida receptiva y conformista. El colombiano es creativo de una manera sorprendente cuando se le presenta un problema a resolver.

"En la base de la pirámide de la innovación está la investigación, como una actividad consciente del intelecto que tiene por objeto ayudar a construir paradigmas y producir discontinuidad en los sistemas políticos y sociales"⁷.

Las naciones del nuevo milenio basaran su crecimiento en el dominio del conocimiento. La competitividad es la capacidad de una sociedad de construir en forma autónoma su futuro mediante la generación y aplicación del conocimiento.

Con la globalización surgen cambios políticos donde el epicentro es el conocimiento, como una forma de valor agregado. Como nos encontramos en la era del conocimiento, se van a dividir las personas entre los que saben y los que no saben surgiendo así formas sofisticada de dominación científica y tecnológica.

"Creatividad es la expresión artística del intelecto que libera la imaginación y la iniciativa para construir sueños y fantasías, mas alla de la simple percepción de los sentidos. Es la búsqueda incesante de los confines del conocimiento del juego

7 URREA GIRALDO, Fernando; ARANGO GAVIRIA Luz Gabriela y DEGEVERA, Carlos Davila. Innovación y cultura de las organizaciones. Colombia : Corporación Calidad, 2000. P. XV

imparable del cerebro para combinar variables y parámetros que nos acercan al mundo de lo imposible o lo desconocido”⁸

Esta es la fuerza que impulsa la innovación y esta como factor principal de la competitividad. La creatividad nos dará la energía para lograr la resistencia al cambio.

Innovación de procesos productivos:

Entre los diversos instrumentos, técnicas o sistemas en boga, llámense Reingeniería de Negocios, Gestión de Calidad Total, Gestión de Procesos, Administración Total de la Mejora Continua, el método Tompkins de Mejora Continua, Seis Sigma, Teoría de las Restricciones y Desarrollo Organizacional entre otros, sobresale por su carácter totalizador y su desarrollo armonioso el Kaizen.

Kaizen significa "El mejoramiento en marcha que involucra a todos –alta administración, gerentes y trabajadores"

En el desarrollo y aplicación del Kaizen se ven amalgamados conocimientos y técnicas vinculados con Administración de Operaciones, Ingeniería Industrial, Comportamiento Organizacional, Calidad, Costos, Mantenimiento, Productividad, Innovación y Logística entre otros. Por tal motivo bajo lo que podríamos llamar el paraguas del Kaizen se encuentran involucradas e interrelacionadas métodos y herramientas tales como: Control Total de Calidad, Círculos de Calidad, Sistemas de Sugerencias, Automatización, Mantenimiento Productivo Total, Kanban, Mejoramiento de la Calidad, Just in Time, Cero Defectos, Actividades en Grupos Pequeños, Desarrollo de nuevos productos, Mejoramiento en la productividad, Cooperación Trabajadores-Administración, Disciplina en el lugar de trabajo, SMED, Poka-yoke y Robótica entre otros.

La filosofía de Kaizen supone que nuestra forma de vida –sea nuestra vida de trabajo, vida social o vida de familia- merece ser mejorada de manera constante.

El mensaje de la estrategia de Kaizen es que no debe pasar un día sin que se haya hecho alguna clase de mejoramiento en algún lugar de la compañía.

Mejorar los estándares (llámense niveles de calidad, costos, productividad, tiempos de espera) significa establecer estándares más altos. Una vez hecho esto, el trabajo de mantenimiento por la administración consiste en procurar que se observen los nuevos estándares. El mejoramiento duradero sólo se logra cuando la gente trabaja para estándares más altos.

El punto de partida para el mejoramiento es reconocer la necesidad. Si no se reconoce ningún problema, tampoco se reconoce la necesidad de mejoramiento. La complacencia es el archienemigo de Kaizen.

Kaizen enfatiza el reconocimiento de problemas, proporciona pistas para la identificación de los mismos y es un proceso para la resolución de estos. Entre características específicas del Kaizen tenemos:

⁸ Ibid. P. XVII

Trata de involucrar a los empleados a través de las sugerencias. El objetivo es que los trabajadores utilicen tanto sus cerebros como sus manos.

Cada uno de nosotros tiene sólo una parte de la información o la experiencia necesaria para cumplir con su tarea. Dado este hecho, cada vez tiene más importancia la red de trabajo. La inteligencia social tiene una importancia inmensa para triunfar en un mundo donde el trabajo se hace en equipo.

Genera el pensamiento orientado al proceso, ya que los procesos deben ser mejorados antes de que se obtengan resultados mejorados.

Kaizen no requiere necesariamente de técnicas sofisticadas o tecnologías avanzadas. Para implantarlo sólo se necesitan técnicas sencillas como las siete herramientas del control de calidad.

La resolución de problemas apunta a la causa-raíz y no a los síntomas o causas más visibles.

Construir la calidad en el producto, desarrollando y diseñando productos que satisfagan las necesidades del cliente.

En el enfoque Kaizen se trata de "Entrada al mercado" en oposición a "Salida del producto".

El sistema Kaizen es un método de mejoramiento continuo de mayor aplicación en empresas industriales, sin embargo una empresa de servicios puede retomar los principios del sistema Kaizen, como lo intenta realizar el Hospital Rafael Uribe. Estos principios son:

Enfoque en el cliente.

Mejoramiento en forma continua.

Reconocer problemas abiertamente.

Crear equipos de trabajo.

Manejar proyectos a través de equipos funcionales.

Estimular procesos apropiados de relaciones.

Desarrollar auto disciplina.

Informar a cada empleado.

Habilitar a cada empleado.

Actividades Básicas de Mejoramiento

De acuerdo a un estudio en los procesos de mejoramiento puestos en práctica en diversas compañías en Estados Unidos, Según Harrington⁹ (1987), existen diez actividades de mejoramiento que deberían formar parte de toda empresa, sea grande o pequeña:

Obtener el compromiso de la alta dirección.

Establecer un consejo directivo de mejoramiento.

Conseguir la participación total de la administración.

⁹ UNIVERSIDAD BICENTENARIA DE ARAGUA; Mejoramiento continuo. Vicerrectorado Académico; Facultad de ciencias administrativas y sociales; (en línea) San Joaquín de Turmero, Octubre 1998. p. 3.

Asegurar la participación en equipos de los empleados.
Conseguir la participación individual.
Establecer equipos de mejoramiento de los sistemas (equipos de control de los procesos).
Desarrollar actividades con la participación de los proveedores.
Establecer actividades que aseguren la calidad de los sistemas.
Desarrollar e implantar planes de mejoramiento a corto plazo y una estrategia de mejoramiento a largo plazo.
Establecer un sistema de reconocimientos.
En el Hospital Rafael Uribe Uribe se intenta aplicar dicho mejoramiento continuo y aplica las diferentes actividades descritas, lo que aun no se ha desarrollado bien es el sistema de reconocimientos.

FACTORES QUE INCIDEN EN LA INNOVACIÓN

Peter Drucker¹⁰ señala, que: La innovación, es decir, la aplicación del conocimiento para producir nuevo conocimiento no es, como se cree, que es cuestión de "inspiración", ni que la realicen individuos aislados en el garaje de su casa.

El plantea siete fuentes básicas para la innovación:

Lo inesperado: la sorpresa.

Lo incongruente: la diferencia entre lo que es y lo que debía ser.

La necesidad de mejorar un proceso existente.

El desmoronamiento o los cambios de una estructura industrial o de mercado.

Los cambios demográficos.

Los cambios de percepción, modalidad y significado.

Nuevos conocimientos, tanto científicos como no científicos.

La innovación, al igual que la invención, se nutren de la creatividad, pero ambas requieren elementos adicionales de esta última. La mayoría de las compañías están concientes de que su potencial creativo excede enormemente a su desempeño creativo. La mayoría de los actos creativos no son planeados y provienen de donde menos se les espera; esta es la verdadera naturaleza de la creatividad corporativa. Los actos creativos espectaculares suceden de vez en cuando en las compañía pero la mayoría de estos son mucho menos extraordinarios.

La novedad y el impacto de estos proyectos auto iniciados, exceden con mucho a la de los proyectos con iniciativa de la administración. Surgió un patrón similar: era más probable que los patrones similares de reconocimiento hubieran sido por

10 VALERA, Rodrigo. Op. Cit., p. 5..

iniciativa de individuos mientras que los que no eran espacialmente novedosos era más probable que hubieran sido planeados por la administración.

Las compañías podrían incrementar su desempeño creativo de manera extraordinaria si reconocieran la verdadera naturaleza de su creatividad y aprendieran a promover actos creativos no previstos. Una tendencia natural de la administración es creer que controla los sucesos más de lo que realmente lo hace. Las historia corporativas transmitida de boca en boca y hasta les transmitidas oficialmente por las Compañías ocultan los orígenes inesperados de los actos creativos, sustituyendo los recuentos de lo que realmente sucedió.

" Yo no se que significa administrar la imaginación humana, pero si se que la imaginación es la fuente principal de valor en la nueva economía; y se que mas vale que tengamos la respuesta a mi pregunta y rápido" (Tom Peters)¹¹

La creatividad y la invención son fuerzas de adaptación a la realidad y las dificultades vividas. Torrance investigo sobre la creatividad y creó las pruebas de creatividad con su nombre, que son usadas ampliamente.

La mayoría de las organizaciones no son concientes de que la creatividad es importante para su supervivencia a largo plazo.

Cuando la gente analiza la creatividad en las Compañías generalmente se refiere a innovaciones espectaculares en otras Organizaciones y no toman como ejemplo las propias.

Alan Robinson describe los seis elementos de la creatividad:

Alienación

Actividad auto iniciada.

Actividad extra oficial: Consiste en actividades que ocurren en ausencia de apoyo oficial directo, y con la intención de hacer algo nuevo y útil. En esta las ideas tienen la oportunidad de desarrollarse hasta que son suficiente mente fuertes para sobre pasar la resistencia de la oficialización.

Golpe de suerte: Es lo que llamamos "un accidente afortunado". Es cuando se tiene un descubrimiento casual y afortunado.

Diversidad de estímulos.

Comunicación al interior de la Compañía: Toda organización lleva acabo actividades planeadas y deben establecer las vías de comunicación necesarias para apoyarlas. Estos canales oficiales son de utilidad limitada para la creatividad Corporativa.

Entre más grande la compañía pueden estar presentes algunos de estos elementos pero es más difícil de que la creatividad se desarrolle. El potencial

¹¹ ROBINSON Alan G. y STERN Sam; Creatividad Empresarial. Traducido en México : Pearson Educación, 2002. P. 10

creativo de la Compañía se incrementa rápidamente con su tamaño, pero sin sistemas establecidos para promover intercambios no previstos de información. Este potencial nunca se realizará.

Existe una serie de prejuicios que limitan la creatividad corporativa. El estereotipo de una persona creativa es el del "heroico inventor solitario". La creatividad de las empresas arriesgadas es solamente una fracción del potencial creativo de una compañía.

El país de mayor creatividad es Estados Unidos en donde comenzó, con Graham Bell que inventó el teléfono en 1875. La época del heroico inventor solitario ya pasó.

Para explicar el principio de no prejuicios, una Compañía nunca puede anticipar: Quien estará implicado en un acto creativo.

Que será.

Cuando ocurrirá.

Como ocurrirá.

La ventaja real para la creatividad Corporativa, no estriba en las estrategias basadas en identificar a las personas creativas, sino en promover la creatividad de todos los empleados. Este es el fin de los seis elementos de la Creatividad Corporativa.

Es importante aceptar el Principio de no prejuicios y la capacidad de predicción relacionada con él como parte intrínseca de la Creatividad.

El error de la atribución; las Compañías explotan las ideas y muy frecuentemente reconocen y recompensan a los implicados. La teoría de la atribución desarrollada por los Psicólogos Sociales examina la forma en que atribuimos crédito y culpa cuando algo sucede en una Compañía. Según esta teoría hay tres factores que influyen fuertemente en nuestras percepciones:

Una persona observa como se despliegan los sucesos y no es participante directo en ellos.

Cuanto más lejano está el observador de los protagonistas y de los sucesos más exagerada se vuelve la tendencia.

Si una persona o proyecto se perciben como exitosos, es probable que todos sobreestimen el efecto de las características personales de los individuos implicados y que subestimen el efecto del sistema en que trabajaron. Cuando un subordinado falla, el gerente tenderá a atribuir la falla al individuo más que al sistema.

Todavía no se han identificado, indicadores confiables que permitan a una Compañía identificar a los que serán creativos en el futuro.

Si llenaran una Compañía de personas creativas y no se les brindara un entorno de trabajo propicio para la creatividad los resultados seguirán siendo decepcionantes.

“Un buen sistema siempre vencerá a una persona Buena”¹²

“No hay un inspector la mitad de eficaz que un proceso bien controlado”¹³. Con frecuencia un creador necesita ayuda para hacer una idea realizado.

En ausencia de un entorno propicio para la creatividad, aflora también otro prejuicio, a sabe, la creatividad a menudo, surge de desadaptados sociales, con comportamiento costumbres y vestimenta excéntricos que se burlan de la Administración y rompen todas las reglas. Y ello se debe a que no están coartados por reglas ni influencias que coarten su creatividad. Existe el prejuicio de que la creatividad no puede surgir de este tipo de personas y les solo son aceptadas sus ideas, limitando la cantidad de ideas aceptadas. Las Compañías solo aceptan la creatividad de las personas que se adaptan al Estereotipo.

Para Estimular la mentalidad innovadora. Se reconoce una compañía con una mentalidad de innovación cuando se mira la forma como interactúan sus empleados: se tratan con respeto, admiración y espíritu de colaboración; sonríen; expresan admiración y esmero; escuchan, se enfocan en los beneficios que los consumidores desean; miran hacia el futuro mas que hacia el pasado; dejan ver confianza en si mismo poseen un alto nivel de auto estima y creen en sus propias capacidades y fortalezas, y tienen fe en la innovación y en cada una de ellos.

La gerencia quiere la innovación pero no sabe como crearla. La gerencia busca como destinar capital y recursos humanos limitados hacia la implementación de las metas de la innovación de la firma pero desconoce:

Como relacionar la innovación con sus metas y su estrategia Corporativa.

Como organizar, compensar y motivar a los gerentes de la innovación.

Como asignar recursos e invertir en innovación.

Como medir sus retornos sobre las inversiones en innovación.

Piensan que la innovación es un monstruo come utilidades; la aversión al riesgo es lo que impide implementar la innovación.

¹² ROBINSON Alan G. y STERN Sam; Creatividad Empresarial. Traducido en México: Pearson Educación, 2002. P. 29.

¹³ Ibid. P. 30.

Perspectivas de la innovación

El fracaso es una parte intrínseca de la innovación

Las Organizaciones que establecen una estrategia de nuevos productos, tienen más éxito.

Utilizar equipos multifuncionales con integrantes dedicados resulta esencial, para alcanzar el éxito.

Un proceso de desarrollo sistemático de nuevos productos bien definido y entendido por todos es un requisito básico no un diferenciador para la innovación exitosa.

Es más probable que los incentivos que simulan un ambiente empresarial motiven a los participantes de los equipos de nuevos productos y de innovación.

El compromiso de la gerencia general es la base sobre la cual se construye la innovación exitosa.

Las compañías exitosas en la innovación siguen la pista de sus resultados y saben cuanta energía dedican a su esfuerzo de innovación.

Desarrollar un portafolio de clases de nuevos productos ayuda a diversificar los riesgos y brinda un enfoque equilibrado de la inversión con destino a la innovación.

Las compañías deberán comenzar el proceso de desarrollo del nuevo producto identificando el problema del cliente e investigando sobre la intensidad de la necesidad.

Identificar los valores de la innovación y las normas del equipo del nuevo producto, para guiar el comportamiento y las comunicaciones entre los miembros del equipo.

Medir el progreso y los retornos de la innovación.

Los empleados le prestan más atención a los aspectos que se miden o se premian. Se debe evaluar y pagar con respecto a expectativas y resultados tangibles lo que incluye los resultados financieros, a tres años de uno o más nuevos productos o un portafolio de nuevos productos. Las medidas que se empleen, se ajustarán a las metas de innovación y a la etapa de desarrollo que alcanza una Empresa.

Existen diferentes enfoque administrativos que han ido evolucionando a través del tiempo, entre estos se encuentra la teoría clásica, que concibió la organización como un sistema cerrado rígido y mecánico, buscaba organizar las organizaciones es una Teoría normativa y prescriptiva; lo que era valido para una organización también era generalizable para las demás.

La teoría de la burocracia se caracterizaba por la concepción introspectiva, restringida y limitada de la organización ya que solo se preocupaba por los

aspectos internos y formales de un sistema cerrado, hermético y monolítico; el énfasis en la división racional del trabajo, en la jerarquía de la autoridad y la imposición de reglas de una disciplina rígida, en la búsqueda de un carácter racional legal e impersonal.

La teoría neoclásica en la que marca un retorno a los postulados clásicos debidamente actualizados realizados en una perspectiva de innovación, adaptación al cambio en un enfoque nuevo, que utiliza viejos conceptos administrativos. De acuerdo con los principios fundamentales y universales para alcanzar fines y metas, también realiza los objetivos con la Administración por Objetivos; es cuando surge el tema de eficiencia y eficacia de los logros con respecto a los objetivos.

La teoría del comportamiento amplió el comportamiento social hacia el comportamiento organizacional, buscando comparar el estilo tradicional de la administración con el moderno. Basada en el concepto del comportamiento motivacional, la organización se estudia a través de un sistema de intercambio de estímulos, y contribuciones dentro de una compleja trama de decisiones. Es un enfoque de sistema abierto se destaca una necesidad de flexibilizar las organizaciones y adaptarlas a los cambios ambientales como imperativo para sobre vivir y crecer.

Con la teoría del sistema surge la preocupación fundamental por la construcción de modelos abiertos que interactúan en forma dinámica con el ambiente y cuyos subsistemas denotan una compleja interrelación interna y externa. Los sistemas se adaptan al ambiente que enfrentan.

En la Teoría situacional, tiene lugar el desplazamiento de la observación de dentro hacia fuera de la organización; se hace énfasis en el ambiente y las exigencias ambientales sobre la dinámica organizacional, el enfoque situacional señala que las características ambientales condicionan las características organizacionales y que es en el ambiente donde puede hallarse las explicaciones casuales de las últimas.

TOM Burns y G. M. Stalker dos sociólogos industriales, investigaron veinte empresas inglesas y clasificaron las empresas en: empresas orgánicas y mecanicistas.

Las empresas orgánicas a diferencia de las mecanicistas presentan las siguientes características:

La estructura organizacional es flexible y adaptable a cambios e innovaciones, no presentan una clara división del trabajo, ni separación definida de funciones y cargos, no existen límites definidos de los diferentes órganos ni en las diversas

funciones que cumplen las personas. Las personas se adaptan a nuevas situaciones externas.

Los cargos se modifican y redefinen continuamente debido a la interrelación con otros individuos y el ambiente que participan en la tarea como totalidad.

Descentralización de las decisiones hacia los niveles organizacionales inferiores. Las decisiones se delegan en los niveles inferiores más próximas a la operación, son tomadas por los que conocen del tema y no por quienes ocupan posiciones jerárquicas.

Jerarquía flexible con mucha permeabilidad entre los diversos niveles jerárquicos. El conocimiento es más importante que la posición jerárquica.

La amplitud de mando del supervisor es extensa y vasta. Cada supervisor tiene un número mayor de subordinados. Los controles son más genéricos y amplios y ejercen más sobre los resultados que sobre el desempeño de las personas.

Existe mayor confiabilidad de las comunicaciones informales entre las personas. La comunicación verbal prevalece sobre las comunicaciones formalizadas por escrito incentivándose más la interrelación de las personas. Se prefiere el trabajo en equipo que el individual.

Predomina la interrelación lateral y horizontal sobre la vertical, se prefieren las relaciones entre los colegas antes que las relaciones entre las jerarquías.

Énfasis en el principio de las buenas relaciones humanas para lograr la plena integración y cohesión de las personas, se privilegian las relaciones interpersonales el espíritu de equipo y las comunicaciones.

"La empresa orgánica funciona como un sistema vivo, abierto y complejo, extrovertido y orientado especialmente hacia la integración con el ambiente externo. La adaptación y el ajuste a las exigencias ambientales, producen cambios dentro de la organización"¹⁴. De ahí surge la flexibilidad que permite un grado de libertad relativa para el comportamiento de las personas de la organización.

"Los incentivos que reconoce la teoría económica como motores principales para calidad son el resultado económico, el prestigio o reconocimiento social o

14 CHIAVENATO, Adalberto. Introducción a la teoría general de la administración. Quinta edición. Bogotá D.C., Colombia. Mc Graw Hill, 1999. p. 820.

cultural y los incentivos negativos, asociados con la posibilidad de sanciones legales. Existen además una serie de mecanismos y estrategias que hacen posible que los incentivos operen; elementos que se pueden denominar 'facilitadores' de la calidad, tales como la información, los sistemas de vigilancia y control, los instrumentos de evaluación como acreditación, requisitos esenciales o auditoría"¹⁵.

EVALUACIÓN DE IMPACTO DE LA INNOVACIÓN

La evaluación de impacto mide los cambios en el bienestar de los individuos como producto de la implementación de un programa o a una política específica. Su objetivo es proveer información y ayudar a mejorar la eficacia de dichos programas o políticas. Las evaluaciones de impacto son herramientas que deben utilizar los encargados de tomar decisiones en la formulación de políticas, y que hacen posible que el público pueda exigir cuentas sobre los resultados de los programas. Existen otros tipos de evaluación de programas, como las revisiones organizacionales y el monitoreo de procesos, pero éstos no miden la magnitud de los efectos ni atribuyen la causalidad y el análisis causal.

La información generada por una evaluación de impacto ayuda a tomar decisiones sobre la necesidad de ampliar, modificar o eliminar cierta política o programa, y es posible utilizarla para asignarle prioridad a las acciones públicas. Además, las evaluaciones de impacto contribuyen a mejorar la eficacia de las políticas y programas al abordar las siguientes preguntas:

¿Logra el programa las metas propuestas?

¿Son los cambios producidos un resultado directo del programa, o son resultado de otros factores que ocurrieron simultáneamente?

¿Tuvo el programa efectos inesperados, ya sean positivos o negativos?

¿Cuán eficiente es el programa en comparación con intervenciones alternativas?

¿Justifica el valor del programa su costo?

La educación investigación y cultura, exige a todos los países y sus instituciones ponerse a tono y adaptaren a las nuevas tendencias en cuanto a competitividad.

Las verdaderas raíces de la innovación y la competitividad, estriban en las fortalezas y capacidades que tengan desarrollo en las áreas de educación, investigación y cultura. Con base en esto y tomando como recurso la innovación para llegar a hacer investigación se plantea que por medio de esta se llega a hacer investigación y se mejora la competitividad.

La innovación es clave para ganar ventaja competitiva. Se empezó con las reducciones de costo, se siguió con reingeniería, reestructuración, la reorganización y hacer auto exámenes de cuanto se puede hacer.

15 CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. Quiénes somos (en línea) 2003.

Cuando impulsamos nuevos productos como los “Yo también” y los “tendencia del momento” “los puros” “los naturales”, el resultado de estos productos llegan a ser de bajos retornos financieros y una vida muy corta.

La innovación es una buena forma para subir el precio de las acciones. Una de las formas más rápidas para lograr un aumento en el precio de las acciones es lanzar una firme corriente de productos y servicios nuevos, competitivos y exitosos. El lanzamiento de fracasos o de extensiones de línea nueva o mejorada, no producirá un aumento en los dividendos. Los accionistas están comenzando a reconocer los beneficios de la innovación y a premiar sus resultados.

Las estrategias no son exitosas si no se cuenta con el equipo de trabajo idóneo para realizarlas.

Las estrategias de marketing, las investigaciones de capital, los planes de fabricación y los gastos en investigación y desarrollo se deben desarrollar, dar, construir y distribuir alrededor de la innovación y no al contrario. La innovación debe ser la estrategia central del crecimiento.

Una manera muy objetiva de medir logros e impacto, es mediante los Indicadores de Gestión.

El sistema de indicadores de gestión es el mecanismo idóneo para garantizar el despliegue de las políticas corporativas y acompañar el desenvolvimiento de los planes.

Alexander Luis Ortiz Ocaña 16. Determina que existen 14 indicadores de la creatividad profesional y los define así:

Originalidad: es la capacidad del individuo para generar ideas y/o productos cuya característica es única, de gran interés y aportación comunitaria o social.

Iniciativa: es la actitud humana para idear y emprender actividades, para dirigir acciones, es la disposición personal para protagonizar, promover y desarrollar ideas en primer término.

Fluidez: es la capacidad para producir ideas en cantidad y calidad de una manera permanente y espontánea. es el proceso de generación de descubrimientos que no se interrumpen. es la productividad del pensamiento técnico en la búsqueda de contradicciones y la solución de problemas profesionales.

16 ORTIZ OCAÑA Alexander Luis. Indicadores para la educación y el desarrollo de la creatividad profesional. (en línea) Holguín. Cuba. P. 3,4,5,6,7.

Divergencia: es la capacidad del individuo para analizar lo opuesto, para visualizar lo diferente, para contrariar el juicio, para encontrar caminos diferentes.

Flexibilidad: es la capacidad del individuo para organizar los hechos dentro de diversas y amplias categorías. es la capacidad de modificación, de variación en comportamientos, actitudes, objetos, objetivos y métodos.

Sensibilidad: es la capacidad del individuo para percibir y expresar el mundo en sus múltiples dimensiones. es la capacidad de identificación con una situación o problema planteado, es la concentración y compenetración con la acción.

Elaboración: es la capacidad del individuo para formalizar las ideas, para planear, desarrollar y ejecutar proyectos. es la actitud para convertir las formulaciones en soluciones prometedoras y acciones decisivas, es la exigencia de llevar el impulso creativo hasta su realización.

Autoestima: es la valoración de sí mismo, la confianza de la persona en su ser, basado en el conocimiento real de sus posibilidades y potencialidades, fortalezas y debilidades, en el poder de sus convicciones y su energía, vigor y fortaleza espiritual.

Motivación: es la relación que existe entre lo cognitivo y lo afectivo en función de solucionar el problema profesional que el alumno debe resolver.

Independencia: es un rasgo de la personalidad necesario para la autoeducación, es la capacidad de comprender, formular y realizar las tareas profesionales cognoscitivas según su propia iniciativa y sin ayuda de nadie.

Pensar técnico: es la forma de pensar y razonar del estudiante de especialidades técnicas, en función de diseñar proyectos y solucionar problemas profesionales.

Innovación: es la habilidad para el uso óptimo de los recursos, la capacidad mental para redefinir funciones y usos. es la cualidad para convertir algo en otra cosa, de lograr nuevos roles.

Invencción: es la capacidad de resolución eficaz, en concordancia con la disposición de recursos.

Racionalización: es la solución correcta de un problema profesional que se califica nueva y útil para el individuo o el colectivo que la logra, y que su aplicación aporta un beneficio técnico, económico o social.

Este autor describe una serie de características de la persona innovadora y los llama indicadores.

Vicente Falconi¹⁷, " Afirma que un proceso de gerencia por medio de sus ítems de control los cuales son índices numéricos establecidos sobre los efectos de cada proceso para controlarlos a través de la medición de sus efectos".

Philip Lorino¹⁸, "Expresa que un indicador es siempre un mensaje por lo cual debe estar concebido adecuadamente".

17 PACHECO, Juan Carlos; CASTAÑEDA Widberto y CAICEDO Carlos Hernan. Indicadores integrales de gestión. Colombia : Mc Graw Hill, 2002. 40 p.

18 Ibid, p.40.

El Control de gestión como un sistema de información centrado en la finanzas demuestra mediante indicadores numéricos, el desempeño de una empresa frente a unas variables críticas, con al finalidad de poner en evidencia las debilidades y facilitar la adopción de medidas correctivas. "El control de gestión es un sistema de mejoramiento continuo, basado en indicadores numéricos que realiza una reflexión sistemática sobre unos factores claves de desempeño de la empresa, para descubrir deficiencia y enfocar con mayor efectividad los esfuerzos que la organización hace para perfeccionarse"¹⁹

Mediante el empleo de indicadores de gestión, se medir el mejoramiento de la productividad de los procesos. Es un sistema integral de evaluación del desempeño global de la empresa y cada dimensión en particular.

Medir es comparar una magnitud con un patrón preestablecido. Existe la tendencia de medirlo todo con el fin de eliminar la incertidumbre o reducirla. Para lograr una gestión eficaz y eficiente es conveniente diseñar un sistema de control de gestión que soporte la administración y el permite evaluar el desempeño de la empresa.

Aspectos generales a cerca de los indicadores de gestión,

Se define indicador como relación entre variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y la tendencia de cambio generadas en el objeto o fenómeno observado, respecto a objetivos y metas previstos.

Estos indicadores pueden ser valores, unidades, índices series estadísticas etc. Son factores para establecer el logro y cumplimiento de la misión, objetivos y metas de un determinado proceso.

Metodología para el establecimiento de indicadores de gestión.

Es importante tener presente que es lo correcto. No solo es posible establecer que es lo correcto y como hacerlo correctamente.

- o Contar con objetivos y estrategias.
- o Identificar los factores claves de éxito.
- o Definir los indicadores para los factores claves de éxito.
- o Determinar status, umbral y rango de gestión
- o Diseñar la medición.
- o Determinar y asignar recursos.

¹⁹ Ibid. p. 45.

- o Medir y ajustar.
- o Estandarizar y formalizar.
- o Mantener en uso y mejorar continuamente.

Según Kuczarski el marco de tiempo para calcular el retorno sobre la innovación deberá ser un periodo de tres a cinco años.

FORMULA PARA MEDIR LA INNOVACIÓN

Sumatoria de UTILIDADES NETAS ACUMULADAS Y GENERADAS POR LOS NUEVOS PRODUCTOS LANZADOS

COSTO INVESTIGACIÓN + COSTO DE DESARROLLO + INVESTIGACIONES INCREMENTALES EN PRODUCCIÓN + COSTOS INICIALES DE COMERCIALIZACIÓN EN EL PRELANZAMIENTO

El equipo Saturno de General Motors describe cinco valores básicos para tener innovación en la empresa: Compromiso con el entusiasmo del cliente, compromiso con la excelencia trabajo en equipo confianza y respeto por el individuo y mejoramiento continuo.

Kuczarski considera, que el marco de tiempo para calcular el retorno sobre la innovación deberá ser un periodo de tres a cinco años.

La clave consiste en seguir el curso de los retornos sobre la innovación a través del tiempo y medir los resultados que hayan generado las inversiones en innovación y tomar el tiempo necesario para crear los puntos de referencia para el desempeño, medir el progreso frente a ellos y pagar el personal vinculado al proceso de innovación de acuerdo con los resultados o los niveles de satisfacción alcanzados.

Las mediciones servirán como lenguaje común entre individuos con diferente experiencia funcional ya que proveen un punto de partida y un conjunto común de definiciones para guiar la toma de decisiones. Los índices que la compañía elige para medir deberán ajustarse y relacionarse con las metas y las estrategias de innovación

Verificación de la innovación

Kuczarski plantea los ocho bloques de la innovación:

Crear una visión y un esquema preliminar de innovación.

Desarrollar una estrategia de innovación

Diseñar un portafolio de tecnología e innovación.

Diseñar un proceso de desarrollo por etapas.
Formar equipos de innovación.
Establecer sistemas de retribución.
Medir el proceso y los retornos.
Infundir normas y valores de innovación

3. PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

NOMBRE: HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

LOCALIZACIÓN: Sede administrativa Cr. 13 N° 26ª 34 sur. Conmutador: 2095002

REPRESENTANTE LEGAL: Hector Javier Quiñones Albarracín.

E-MAIL: hosprafaeluribe@uole.co - rafaeluribe@sbogota.gov.co.

SECTOR: Salud

CAPITAL: Público

ESTRUCTURA DE PROPIEDAD: Empresa Social del Estado.

ZONA DE INFLUENCIA: localidades 15 (Antonio Nariño) y 18 (Rafael Uribe Uribe) de Bogotá D.C. Colombia.

3.1 RESEÑA HISTÓRICA:

El Hospital Rafael Uribe Uribe es el producto de la fusión entre los Hospitales San Jorge y Olaya en el año 2000, mediante el acuerdo N° 11 de julio de 2000 del concejo de Bogotá D.C.; es un Hospital consolidado como Empresa Social del Estado de acuerdo a los decretos 1750 y 1754 de 2003. Se encuentra ubicada en las localidades 18 y 15 de Bogotá, D.C. Rafael Uribe Uribe y Antonio Nariño respectivamente. Brinda atención integral en salud, en el primer nivel de atención. Es la autoridad en salud en las dos Localidades y está adscrito a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Es un organismo que propende por el mejoramiento continuo (sistema Kaizen) y tiene una cultura de satisfacción del usuario y fundamentalmente una concepción humana e integral de la salud, sus acciones se enmarcan dentro del concepto de calidad y calidez. Cuenta con una red de servicios de primer nivel de complejidad, distribuida en 11 puntos de atención divididos en UPAS: San José Obrero, San Jorge, Bravo Páez, Quiroga, Resurrección, San Agustín, Granjas de San Pablo; UBAS: Lomas, Claret, Uba Móvil y CAMIS: Olaya y Diana Turbay

La población a la cual se brindan los servicios de salud son del régimen subsidiado y personas vinculadas que son subsidiadas por el Fondo Financiero Distrital de Salud.

3.2 ASPECTOS GENERALES DE LA EMPRESA: PLATAFORMA ESTRATÉGICA

LA MISIÓN es prestar servicios de salud con énfasis en la promoción de estilos de vida saludable y prevención de estilos de vida saludables, a la población en general del Distrito capital.

SU VISIÓN En el 2005 seremos reconocidos en el Distrito Capital por la calidad y calidez en la prestación de servicios de salud, con personal de alta eficiencia y productividad, apoyado por una sólida estructura física, administrativa y financiera.

Dentro de los valores corporativos encontramos: Trabajo en equipo, excelencia, servicio y respeto.

OBJETIVOS CORPORATIVOS

Propender por la satisfacción plena del usuario mediante el desarrollo de la gerencia del servicio.

Mantener la rentabilidad social en la prestación de servicios de salud con énfasis en el fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Mantener el equilibrio financiero, garantizando la inversión en el mejoramiento de los servicios y la permanencia en la prestación de los mismos.

Propender por que el talento humano que presta los servicios tenga los niveles adecuados de motivación para desarrollar la cultura del servicio.

Consolidar y desarrollar la estructura administrativa y financiera que garantice el apoyo logístico adecuado para la prestación de los servicios de salud.

Democratizar la participación comunitaria en la gestión del hospital.

JUNTA DIRECTIVA:

Un delegado del Alcalde Distrital

Dos delegados de la Secretaria Distrital de Salud

Dos delegados de la Comunidad

Dos delegados científicos

Un delegado del gremio de la producción

Un representante de las Empresa de Salud Privadas

SERVICIOS QUE PRESTA:

Atención médica: Urgencias de baja complejidad, consulta médica general, consulta especializada: (ginecología y Obstetricia, pediatría, optometría y ayudas ópticas), Procedimientos básicos, Hospitalización de baja complejidad: (general, pediátrica y obstétrica), Atención básica de urgencias, Atención de partos de bajo riesgo.

Odontología: Control de placa, hábitos higiénicos y alimenticios, fluor y sellantes, salud oral, operatoria, periodoncia, exodoncia, endodoncia, RX odontológicos.

Apoyo terapéutico de rehabilitación: terapia física, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del lenguaje.

Laboratorio clínico: hematología básica, química sanguínea básica, microbiología, microscopía.

Ayudas diagnósticas: radiografía, ecografías, monitoria fetal y electrocardiograma.

Otros servicios: Psicología, nutrición y dietética, trabajo social, farmacia ambulancia 24 horas, ruta de la salud.

Fomento y prevención – Actividades educativas en: preparación para el embarazo, parto y posparto, estimulación adecuada, promoción de la lactancia, prevención de IRA, EDA, ETS, VIH, adictivas, accidentes, maltrato, cancer de seno y cervicouterino; nutrición, pautas de crianza, afecto

Actividades asistenciales: control prenatal planificación familiar, toma de citología vaginal, control post parto, muerlactante, crecimiento y desarrollo.

Plan de Atención Basica (PAB), en el área de:

Consulta a la tercera edad: fomento y p

El Hospital Rafael Uribe Uribe lo conforma una estructura administrativa de forma piramidal con tendencia al aplanamiento en los estamentos administrativos ya que existe mucha comunicación y la decisiones se toman en consenso. El organigrama del Hospital se explica en el Anexo A.

PAGADORES:

ARS Cafam

ARS comparta

ARS comfenalco

ARS Coosalud

ARS Ecoopsos

ARS Humana Vivir

ARS Mutual Ser

ARS Solsalud

ARS Salud Total

ARS Unicajas

4. ENTORNO

Bogotá D.C. capital de la República de Colombia, es una ciudad que cuenta con más de seis millones de habitantes y está situada en la cordillera Oriental de Los Andes a 2.650 metros de altura sobre el nivel del mar y a 4 36' norte de la línea ecuatorial. Es una de las áreas metropolitanas de mayor crecimiento, no solo en Colombia sino en América del Sur. Sus seis millones de habitantes, incluyendo multitudes de inmigrantes de todas partes del mundo, hacen de la capital un verdadero "microcosmos" de la nación.

Por ser una ciudad grande y descentralizada está dividida en 20 localidades para su mejor administración y el presupuesto lo organiza cada una de ellas de manera independiente de acuerdo al plan de desarrollo de la ciudad. Bogotá es la capital de Colombia y por lo tanto su centro administrativo y político. A partir de la Constitución política de 1991, el país se organizó como república unitaria, descentralizada y con autonomía de sus entidades territoriales.

Bogotá, categorizada como Distrito Capital, forma parte de los casi 1.100 municipios que son la base de la división político-administrativa del país. Bajo tal consideración, a la ciudad le corresponde el ejercicio de facultades propias como la prestación de servicios públicos, la administración de sus recursos y el desarrollo de infraestructura. Además, desempeña funciones delegadas del nivel central como la prestación de los servicios de salud y educación.

La estructura administrativa del Distrito Capital comprende el sector central, el sector descentralizado y el de las localidades. Las Localidades de Bogota son veinte (Ver Anexo B).

El Hospital Rafael Uribe Uribe es una empresa adscrita a La Secretaría Distrital del Salud (SDS), entidad encargada de dirigir y conducir la salud en el territorio Distrital de Bogotá, así como de ejecutar la políticasectorial de salud en el marco de la aplicación de las leyes y reglamentos sobre descentralización y seguridad social en salud - Leyes 10 de 1990, 60 de 1993, Ley 715 de 2001 y 100 de 1993. (Ver anexo C) del organigrama de la Secretaria Distrital de Salud). La Secretaría, en virtud de la Ley 100 de 1993, creará condiciones de acceso de la población a los servicios de salud, como un servicio público a cargo del Estado, mediante la Dirección, coordinación, asesoría, vigilancia y control de los diferentes actores del sistema. Garantizará el Plan de Atención Básica a la población del Distrito Capital. La estructura de la Secretaria Distrital del Distrito se encuentra claramente explicada en el Anexo C.

La Secretaría Distrital de Salud tiene como visión ser líder en la formulación e implementación de políticas y estrategias dirigidas a la construcción participativa de una cultura de la salud que promueva el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de Bogotá D.C.

Los Hospitales del distrito están organizados en Red del Norte, Red del Sur, Red del Occidente y Red Centro Oriente; siendo el Hospital Rafael Uribe Uribe perteneciente a la Red del Sur. Cada Red funciona como una unidad en la que se realizan remisiones entre los Hospitales de la Red cuando el Hospital que remite no presta el servicio que el paciente requiere. (Ver Anexo D)

El Ministerio de Salud ha implementado: Sistema de Información en Salud (SIS), Registros Individuales de Atención en salud (RIAS) y los Registros Individuales de la Prestación de Servicios en Salud (RIPS), como con el objeto de contar con sistemas de información que permita realizar estadísticas en salud y contar con sistemas de información que permitan el acceso rápido y completo la cobertura en salud de las diferentes instituciones prestadoras de salud en Colombia,

En cuanto a lineamientos salud en Colombia el Presidente de la Republica de Colombia determinó mediante la ley 100 de 1993 y la ley 10 de 1996 el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, POS; en el cual determina cuatro niveles de complejidad para la atención en salud en Colombia, para de acuerdo al nivel en que sea catalogado, se le señalen las exigencias y requisitos para su buen funcionamiento.

Se entiende por Nivel de Complejidad, la clasificación funcional del tipo de actividad, intervención y procedimiento, y del personal idóneo para su ejecución.

En principio las responsabilidades para los diferentes niveles estarán discriminadas así:

NIVEL I: Médico General y/o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud

NIVEL II: Médico General con Interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados.

NIVEL III y IV: Médico Especialista con la participación del médico general.

En el plan obligatorio de salud, POS, para el nivel I de complejidad, para el nivel I de complejidad, se incluyen entre otras las siguientes actividades, intervenciones y procedimientos, listado general:

* En cuanto a Atención Ambulatoria tenemos la Consulta Médica General: Atención Inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias; Atención Odontológica, Laboratorio Clínico, Radiología, Medicamentos Esenciales, Citología, Acciones Intra y extramurales de Promoción, Prevención y Control.

* En cuanto a Atención quirúrgica, se cuenta con Servicios con internación: Atención Obstétrica, Atención no quirúrgica u obstétrica, Laboratorio Clínico, Radiología, Medicamentos esenciales, Valoración Diagnóstica y manejo médico, Atención quirúrgica.

* La atención Odontológica incluye actividades de educación, motivación y prevención, las cuales serán de carácter obligatorio y se brindarán a todo paciente que inicie su atención. Tales actividades serán ofrecidas por el Odontólogo y una auxiliar de higiene oral de la E.P.S. directamente o de las I.P.S. con las cuales se tenga contrato o convenio. Las actividades del primer nivel de atención constan de:

Examen Clínico Odontológico: R.X en caso necesario, Educación en Salud Oral, Indicaciones y práctica de cepillado, Indicaciones y práctica con hilo dental, Control de placa, Detartraje supragingival, Sellantes de fosas y fisuras, Topicación con flúor, Profilaxis final.

Cuando el paciente se encuentre suficientemente motivado sobre su higiene oral y presente un máximo de placa del 15% se debe continuar con tratamiento curativo que incluye: Obturaciones con resina de fotocurado, Obturaciones con amalgama de plata, Extracciones dentales sencillas y/o quirúrgicas, Curetaje y alisado radicular, Endodoncias.

* Laboratorio clínico. El servicio de Laboratorio Clínico Básico incluye los siguientes exámenes: Ácido Úrico, Antibiograma, Baciloscopias, Bilirrubina total y directa, Coprológico, Coprológico por concentración, Colesterol HDL, LDL y total, Creatinina, Cuadro hemático, Curva de tolerancia a la glucosa, Embarazo, prueba inmunológica, Factor RH, Glucosa pre y post carga (Test de O'Sullivan), Glucosuria y cetonuria, Gram, tinción y lectura, Hematocrito, Hemoclasificación, Hemoglobina, Hemoparásitos, Hongos, Nitrógeno Ureico, Neisseria gonorrhoeae, cultivo de Thayer Martin, Parcial de orina, incluido sedimento, Perfil lipídico, Plaquetas, Sangre oculta en materias fecales, Sífilis (VDRL, FTA abs.), Urocultivo con recuento de colonias.

* Radiología. imagenología: Para el primer nivel de atención se incluyen las siguientes actividades y procedimientos Radiológicos:

Rayos X de: Extremidades y Pelvis, Cráneo, Cara y Cuello, Columna Vertebral, Tórax, Abdomen, Ecografía obstétrica.

* Suministro de medicamentos: Se considerarán para el primer nivel de atención los medicamentos esenciales contenidos en la resolución 7328 de 1992 y en el Manual de Medicamentos y Terapéutica.

ACCIONES INTRA Y EXTRAMURALES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL. El componente tendrá para el primer nivel, las siguientes acciones y programas entre otros:

- Crecimiento y Desarrollo

- Estimulación al desarrollo
- Valoración de Agudeza visual y auditiva
- Citología oncológica o tumoral (ya descrito)
- Planificación familiar
- Prevención oral (ya descrito)
- Educación alimentaria individual y comunitaria
- Control Prenatal
- Control del paciente con Enfermedad Diarreica Aguda
- Control del paciente con Hipertensión Arterial
- Control del Paciente con Infección Respiratoria aguda
- Control del paciente con enfermedades de transmisión sexual
- Educación para la salud en escolares y madres.
- Programas de desparasitación escolar.
- Programas de control de riesgos coronarios.
- Otros que se establezcan para tal fin.

ATENCIÓN OBSTÉTRICA: De acuerdo al artículo 166 de la Ley sobre seguridad social, el POS en el caso de las mujeres en estado de embarazo cubrirá la prestación de servicios de salud en el control prenatal, en la atención del parto, en el control del post parto y para la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia. Además las mujeres en estado de embarazo aquí consideradas y las madres de los niños menores de un año del régimen SUBSIDIADO, recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF con cargo a sus recursos. El manejo de la paciente obstétrica en las I.P.S., deberá estar fundamentado en un programa de Atención Prenatal que establezca unidad de criterios sobre el preparto, parto y sus posibles complicaciones, valoración del riesgo perinatal, identificación oportuna de la paciente obstétrica para inclusión al programa, seguimiento y educación a la paciente y a su familia en lo referente a desarrollo del embarazo, parto y puerperio y organización de un sistema de información que facilite la evaluación continua y periódica del programa.

El servicio de internación será reconocido en el nivel I , en habitación compartida y para patologías NO complicadas . Los servicios médicos podrán prestarse de acuerdo a este nivel por MÉDICOS GENERALES y/o otros profesionales de la salud, cumplirán lo establecido para laboratorio, radiología y otros medios diagnósticos y medicamentos esenciales, sin detrimento de la salud integral del paciente y de los más sanos preceptos de la ética y la profesión médica.

Para el DESARROLLO DEL PLAN OBLIGATORIO el ministerio de Salud determina que la ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA, es la atención médica, NO quirúrgica, NO procedimental y NO intervencionista, brindada por un profesional de la medicina , especialista en una o más de las disciplinas de esta ciencia y en

la cual ha mediado interconsulta o remisión por el profesional general de la salud. Tendrá el mismo carácter técnico-administrativo para los niveles II y III de complejidad atención.

Como punto esencial en la descripción del entorno del Hospital Rafael Uribe encontramos el PREMIO CALIDAD SALUD COLOMBIA, en el cual el Hospital participo en el año 2003 y que fue determinante en la motivación para los cambios y mejoras que ha sufrido el Hospital a partir del 2000. Este Premio es también denominado Premio Gehos.

El Centro de Gestión Hospitalaria ha creado el Premio Calidad Salud Colombia para identificar, evaluar y difundir las mejores prácticas con el fin de promover la excelencia de las instituciones de salud.

La base para concursar en el premio es un ejercicio de autoevaluación y evaluación externa por pares, con el cual se obtiene un diagnóstico objetivo del estado de la gestión y calidad organizacional, que ayuda a orientar los esfuerzos en el futuro. Por lo tanto, participar en el su mejoramiento continuo.

Los premios de calidad actúan como:

- Facilitadores del mejoramiento continuo en las organizaciones,
- Despiertan conciencia de la calidad como elemento esencial de la productividad y la competitividad,
- Permiten visibilidad y reconocimiento al tiempo que consolidan el prestigio a sus ganadores y generan sentimientos de orgullo individual y organizacional que contribuyen a la buena marcha institucional,
- Proporcionan información y modelos de comparación entre instituciones.

El premio Calidad en salud Colombia promueve el desarrollo de sistemas integrales de gestión, una forma de pensamiento gerencial, estructurado, que tiene como propósito desarrollar de manera integral y armónica las organizaciones, entendiendo por ello que logren el mayor beneficio y satisfacción para sus clientes, para sus empleados, para sus dueños o dolientes, y para la sociedad en general.

Este premio va dirigido a todas las instituciones prestadoras de servicios(ips), empresas promotoras de salud (EPS, ARP, ARS, etc) públicas y privadas de todos los niveles de complejidad. Tienen dos tipos de publicaciones una es la REVISTA VÍA SALUD: Es una publicación trimestral, especializada en salud, diseñada para difundir temas novedosos de gestión y calidad, experiencias de instituciones que trabajan en procesos de mejoramiento y herramientas de gestión, y para facilitar la interrelación de los actores del Sistema de Salud. Y la otra es las GUÍAS: Que

Son publicaciones especializadas en temas de gestión y calidad en salud, cuyo propósito es servir de guías conceptuales y operativas para implementar y mejorar procesos. Su misión reza así: Somos un centro de CONOCIMIENTO que fomenta y lidera el mejoramiento de la calidad de la atención en salud mediante recomendaciones para garantía de calidad y acciones que contribuyen a la formulación de políticas sectoriales e intervenciones que promueven la articulación adecuada de las organizaciones y su gestión efectiva, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población e impulsar el desarrollo.

Capacita y acompaña a las organizaciones de salud, públicas y privadas, en el diseño, implementación, evaluación, ajuste y estandarización de sus procesos críticos y para asegurar que los mismos estén integrados unos con otros y sean coherentes con el Direccionamiento Estratégico. En temas como:

- Conceptos básicos y avanzados de Direccionamiento Estratégico.
- Conceptos básicos de referenciación competitiva.
- Métodos de evaluación organizacional.

Brinda ASESORÍA en cuanto a:

- Acompañamiento para la implementación de un proceso de Direccionamiento Estratégico.
- Seguimiento y ajuste del Direccionamiento.
- Indicadores de gestión en organizaciones de salud.
- Cinco eses.
- Análisis de procesos.
- Estandarización de procesos.
- Análisis y solución de problemas.
- Gestión Clínica.

Adquiere y Genera conocimiento mediante investigación, desarrollo o apropiación de metodologías para resolver los problemas críticos que enfrentan las instituciones del sector.

4.1 ENTORNO SOCIO ECONÓMICO:

El estado colombiano ha venido ejecutando su política de descentralización según el mandato de la Constitución de 1991 hacia el nivel municipal. El término descentralización se entiende como un mecanismo de cesión de autoridad y responsabilidad compartida por la gestión pública en pro de garantizar mejores niveles de calidad de vida de los ciudadanos. Aplicando este concepto en el sector salud, corresponde ahora al alcalde municipal velar por las condiciones de salud de la población que gobierna; desde ese punto de vista su gestión intersectorial será el mayor aporte al logro de este propósito.

En el Distrito Capital, el proceso de transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado se llevó a cabo a finales de 1997, ubicando a las ESE dentro de una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, determinándoles una estructura básica, conformada por tres áreas: de Dirección, de Atención al usuario y de logística, con el fin de adaptarse al nuevo marco legal, mejorar su competitividad, elevar los niveles de calidad en la prestación de los servicios y la sostenibilidad financiera

El equipo de gobierno municipal deberá integrar esfuerzos en la consolidación de una política pública en salud. Para su formulación, se debe tener claro cuáles son los problemas prioritarios, sus posibles determinantes y las alternativas de solución a la luz de la evidencia que hoy se dispone para enfrentar estos problemas. Los ciudadanos tienen por su parte, los mecanismos para participar en su diseño, implementación y evaluación a través de los esquemas de veeduría ciudadana, voto programático y la gestión de las organizaciones comunitarias, entre otros.

En la prestación de servicios de salud, la Ley 100 de 1993 estableció el mecanismo de descentralización a través de la transformación de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) públicas en empresas sociales del estado (ESE), al igual que para el municipio, el mecanismo descentralizador proporciona la autonomía técnica, administrativa y patrimonial en el marco de la cesión de la autoridad y responsabilidad compartida en la prestación de los servicios de salud. Un primer postulado para las ESE establece que su autonomía no significa "independencia" de otras instituciones o del nivel central territorial, en contraposición se debe generar una "interdependencia" en torno a la solución de problemas de salud de la comunidad a la cual prestan sus servicios.

Las ESE podrán corresponder a las instituciones individuales como hospitales de primer, segundo o tercer nivel o bien agrupar un conjunto de IPS con un área de influencia específica; en uno u otro caso, las ESE deberán generar esquemas de red que mejoren su capacidad resolutoria en torno al perfil de necesidades de la población.

Por empresa se entiende a una organización de recursos de diversa índole que busca un fin o propósito específico, en una completa interacción con el medio social que la contiene. Para el sector salud este propósito se refiere al mejoramiento de las condiciones de salud (bienestar) de la población y este es su sentido social.

Las ESE serán entonces la organización de un conjunto de recursos en salud cuyo propósito fundamental será responder a las necesidades o problemas de salud. Estos recursos comprenden las instituciones de cuidado primario como puestos o centros de salud, las instituciones de mayor complejidad como hospitales o clínicas con las cuales se establezcan mecanismos de continuidad en el cuidado en salud y además, la articulación con otras entidades que participen en la

financiación, administración, apoyo y participación de grupos organizados de la población donde tiene influencia la empresa.

Cada empresa social del estado será liderada por una junta directiva y un gerente quien tendrá autoridad administrativa sobre la red de servicios pública de primer nivel y será su primer referente organizacional; sin embargo, el alcance de su gestión deberá trascender hacia la coordinación funcional de otras redes de atención (privadas o mixtas), la articulación intersectorial para contribuir a la solución de problemas de salud, la integración con las agencias que velan por mejores condiciones del ambiente físico, social, cultural y la convocatoria para la participación de las comunidades en la solución de problemas de salud.

Según datos del DANE el Distrito Capital en los últimos años, se percibe una mejor situación de salud, lo cual se manifiesta por mayores niveles de atención a la población, tanto en acciones de promoción y prevención como en aquellas asistenciales; así mismo, en los últimos años el Distrito registra una mejor expectativa de vida, situación que aunada a otros factores, ha generado una transición demográfica hacia el progresivo envejecimiento de la población, disminución de las tasas de fertilidad y un marcado aumento de población, como consecuencia de las migraciones hacia la capital. Es de anotar que los crecientes fenómenos migratorios han generado en el Distrito, concentración urbana de poblaciones muy diversas, las cuales vienen a engrosar los cinturones de miseria, las que por sus propias condiciones exclusión, se convierten en fuente de aparición de enfermedades, algunas de las cuales que ya se tenían controladas en la ciudad.

Adicionalmente, en los últimos años se ha observado una transición epidemiológica con una disminución de las enfermedades infecciosas transmisibles, y un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y el cáncer. Vale la pena destacar aspectos Demográficos, Económicos y Sociales de la población Bogotana, para así entender el radio de acción que tiene el Hospital Rafael Uribe Uribe.

Para el año 2003 la población de Bogotá D.C. se estima en 6.865.997 habitantes, el 15,40% del total del país. De ésta, el 99,77% es urbana y el 0,23% rural; el 52,06% corresponde a población femenina y el 47,94% al género masculino. Predomina el grupo poblacional de 15 a 44 años con el 51,88% del total. Igualmente, se estima en 358.188 las personas desplazadas que llegaron a establecerse en la ciudad, procedentes de todas las regiones del país entre el año 1995-2002. Bogotá se clasifica como la tercera ciudad receptora de desplazados en el país, de acuerdo con las cifras de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES). Sin embargo, esta cifra es diferente, para el caso de la Red de Solidaridad Social, la cual certifica en 15.415 las familias desplazadas (62.628 habitantes) que ingresaron a Bogotá, entre 1994 y junio 27 de 2003.

Del total de la población de Bogotá, el 30,16% se clasifica en niveles 1 y 2 del SISBEN (115.911 en el nivel 1 y 1.954.949 en el nivel 2); el 17,4% (1.194.683 pobladores) se cataloga con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y el 22% (1.510.519 habitantes) se ubica en estratos 1 y 2 (2,9% en estrato 1 y 19,1% en estrato 2), conforme a la estratificación socioeconómica del DANE. El índice de desarrollo humano de la ciudad para el año 2003, es de 0.817, frente al 0.771 de la nación. Bogotá es la entidad territorial que más contribuye a la economía nacional, con un aporte del 22.82% del total del Producto Interno Bruto y un PIB per cápita de \$ 2'873.779 por año.

Los aspectos descritos para Bogotá en lo demográfico, social y económico, influyen en el sector y en las condiciones de salud de la población; y conducen a realizar acciones e intervenciones intersectoriales con perspectiva de ciudad, direccionadas hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Es evidente el deterioro de los ecosistemas de la ciudad por el incremento desmedido de la contaminación generada por innumerables empresas y nuevos asentamientos humanos. Es particularmente notorio el deterioro de los recursos, agua, suelo, aire, y del espacio público, lo que sumado a la explotación ilegal de aguas subterráneas y a la inadecuada disposición y manejo de las basuras han potencializado los factores de riesgo para la salud de los habitantes de la capital.

La ubicación de barrios de Bogotá en zonas que representan peligro de deslizamiento de terreno o de inundaciones, constituye una amenaza para la vida de miles de familias bogotanas. De igual forma y asociado al crecimiento de la ciudad está el aumento de establecimientos comerciales e industriales que en muchos de los casos, por no cumplir con las condiciones higiénicas sanitarias mínimas, exponen a la población a riesgos físicos, químicos y del consumo.

En Bogotá mueren en promedio 28.000 personas al año. Las causas de deceso varían en los diferentes grupos de edad. En el 2001, las enfermedades crónicas fueron las que más causaron muertes en el grupo poblacional mayor de 44 años; las lesiones en el grupo de 15 a 44 y las enfermedades infecciosas y perinatales en los menores de cinco años.

Para este mismo año, 20% de los egresos hospitalarios fueron por la atención del parto normal, 36% por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio y 4% obedecieron a complicaciones del aparato respiratorio. Para el año 2002, 11% de los nacidos vivos tuvieron bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos); de éstos, 67% presentaron desnutrición intrauterina. La vacunación para proteger a la población infantil contra enfermedades inmunoprevenibles, presenta coberturas por debajo de niveles considerados útiles en el 2000, 2001 y 2002.

Según la naturaleza jurídica, de las 2.196 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, hay 185 de carácter público (8,46%), 1.686 privadas (76,60%), 326 fundaciones sin ánimo de lucro (14,90%) y una mixta (0,05%).

El Distrito Capital cuenta con 10.223 camas hospitalarias, de las cuales 6.304 están ubicadas en instituciones privadas y 3.919 en el sector público. Esta cifra arroja un promedio de 1.52 camas por 10 mil habitantes, la cual está acorde con los estándares observados en los principales países de América Latina. Para el 2004, el Distrito contará con aproximadamente 350 camas nuevas en entidades públicas, incluidas 286 de los hospitales nuevos de Engativá y Suba (161 en Engativá y 25 en Suba), con lo que se espera se incremente la oferta y la oportunidad de los servicios de internación para los habitantes del Distrito.

Con relación a los equipamientos en salud en la ciudad, se evidencia desarticulación en su distribución si tenemos en cuenta lo dispuesto en el Decreto 619 de 2001 sobre el Plan de Ordenamiento Territorial, hecho éste que adquiere una connotación especial, en la medida en que las condiciones sociales, de acceso geográfico, cultural e institucional no son iguales en todo el territorio del Distrito Capital.

La oferta pública de servicios adscrita a la Secretaría Distrital de Salud la conforman veintidós (22) instituciones prestadoras de servicios de salud, transformadas en Empresas Sociales del Estado, mediante Acuerdo 17 de diciembre de 1997, del Concejo Distrital. Por niveles, la distribución es la siguiente: Cinco corresponden al tercer nivel de atención, siete al segundo y diez al primero; estas últimas compuestas por unidades de baja complejidad: Centros de Atención Médica Inmediata (Cami), Unidades Primarias de Atención (Upa) y Unidades Básicas de Atención (Uba).

Los hospitales de tercer nivel de atención: Simón Bolívar, Kennedy, La Victoria, Santa Clara y Tunal, están ubicados en las localidades de Usaquén, Kennedy, San Cristóbal, Antonio Nariño y Tunjuelito respectivamente. Estos hospitales, en muchos de los casos, se constituyen en centros de resolución de alto nivel y de referencia distrital, incluso con alcance regional y nacional.

Los hospitales de segundo nivel de atención: Engativá, Bosa, Fontibón, Centro Oriente, San Blas, Tunjuelito y Meissen están ubicados en las localidades de Engativá, Bosa, Fontibón, Santa Fe, San Cristóbal, Tunjuelito y Ciudad Bolívar.

En total, la red pública de ESE adscritas, cuentan con 144 puntos de atención y 1.932 camas hospitalarias, distribuidas en las 20 localidades de la Ciudad. Ver ANEXO G.

En cuanto a Seguridad Social y Aseguramiento en salud, se calcula que a diciembre 31 de 2002, Bogotá contaba con 6'712.247 habitantes y a esa misma fecha, los afiliados al sistema de seguridad social en salud en sumaron 4'881.680 (72.7% del total de la población); de éstos, el (69,37%) correspondían a afiliados al Régimen Contributivo; el (26,49%) pertenecían al Régimen Subsidiado de la seguridad social en salud y el (4.14%) correspondían a regímenes especiales.

De acuerdo con cifras más recientes, (mayo 31 de 2003) el total de afiliados al régimen subsidiado eran 1'314.079 (19,14%) de la población total. Del total de afiliados, 17,6% (230.769 habitantes) residen en Ciudad Bolívar; el 10% (131.111) en Kennedy; 9,6% (126.363) en Usme; 9,1% (119.578) en Bosa; 8,7% (114.582) en San Cristóbal; 7,6% (99.283) en Suba y el 7,2% (94.870) en Rafael Uribe. Ver anexo H.

Los recursos con los cuales se financia la salud de los bogotanos, provienen fundamentalmente de la Nación (Ley 715/2001), y del Fondo Financiero Distrital de Salud. En el periodo 1997-2003, los ingresos del Fondo Financiero Distrital de Salud provenientes de la nación, representaron en promedio 62,69% del total de ingresos; y los aportes del Distrito 28,75%, y los propios de la entidad el 8,55%. La variación anual de los ingresos provenientes del Aporte Ordinario del Distrito coincide en forma inversa con la variación anual de los ingresos provenientes de la Nación.

Los esfuerzos de la Secretaría Distrital de Salud se encaminan a garantizar, de una parte, el ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la población sin capacidad de pago, a partir de la afiliación progresiva al Régimen Subsidiado y, de otra, al acceso a los servicios de salud, desarrollando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y otras acciones que conlleven al mejoramiento de la calidad de vida de los bogotanos. El mayor porcentaje de recursos está orientado a la prestación de servicios a la población pobre no asegurada, y a los afiliados al régimen subsidiado.

Las Empresas Sociales del Estado de la red adscrita a la Secretaría, reciben los recursos del Fondo Financiero Distrital de Salud a través de la contratación y mediante la suscripción de convenios de desempeño.

4.2 ENTORNO LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991, en el Artículo 48, establece que; "La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los

particulares, ampliara progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas. La atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Este garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

El CONPES para la Política Social aprobará los sistemas de información, los contenidos y la metodología para elaborar y evaluar los planes sectoriales de desarrollo de salud y educación en las entidades territoriales y los planes de descentralización, buscando que los mismos se centren en mejorar el logro de metas de cobertura, calidad y eficiencia de los servicios, y cuidando que los sistemas de información y evaluación permitan explicar cuando las variaciones entre metas y resultados corresponden a causas imputables a los administradores de los servicios y cuando a causas no imputables.

La LEY 100 DE 1993: Explica el Sistema General de Seguridad Social en Salud y dice que está integrado por:

Organismos de Dirección, Vigilancia y Control: Los Ministerios de Salud y Trabajo, El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y La Superintendencia Nacional en Salud.

Los Organismos de administración y financiación: Las Entidades Promotoras de Salud, Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de salud y El Fondo de Solidaridad y Garantía.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas

Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la presente ley, estén adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.

Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.

Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en todas sus modalidades.

Los Comités de Participación Comunitaria "COPACOS" creados por la ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

El Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a

través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.

Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un Plan Integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud.

El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social-Fondo de Solidaridad y Garantía, quien delegará en lo pertinente esta función en las Entidades Promotoras de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno.

Por cada persona afiliada y beneficiaria, la Entidad Promotora de Salud recibirá una Unidad de Pago por Capitación -UPC- que será establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los afiliados al sistema elegirán libremente la Entidad Promotora de Salud(EPS), dentro de las condiciones de la presente ley. Así mismo, escogerán las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la Entidad Promotora de Salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.

Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas. El Estado podrá establecer mecanismos para el fomento de estas organizaciones y abrir líneas de crédito para la organización de grupos de práctica profesional y para las Instituciones Prestadoras de Servicios de tipo comunitario y Solidario.

Con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al Sistema en condiciones equitativas, existirá un régimen subsidiado para los más pobres y

vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias Instituciones Prestadoras de Salud, o contratar con Instituciones Prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos.

Existirá un Fondo de Solidaridad y Garantía (FSG) que tendrá por objeto, de acuerdo con las disposiciones de esta ley, garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en la ley.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a que hacen referencia los artículos 171 y 172 de la ley, es el organismo de concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sus decisiones serán obligatorias, podrán ser revisadas periódicamente por el mismo Consejo y deberán ser adoptadas por el Gobierno Nacional.

Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la ley 100.

Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la ley 100 son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana.

Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

Plan de Salud Obligatorio(POS). El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Plan de Atención Básica(PAB). El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria. La prestación del Plan de atención básica será gratuita y obligatoria.

DECRETO 1750 DE 2003: Por el cual el Ministerio de la Protección Social, el 26 de junio de 2003 crea las Empresas Sociales del Estado. Se crearon las siguientes Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscritas al Ministerio de la Protección Social, y cuyas denominaciones son:

Empresa Social del Estado Rafael Uribe Uribe.

Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla.

Empresa Social del Estado Luis Carlos Galán Sarmiento.

Empresa Social del Estado Policarpa Salavarrieta.

Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander, y

Empresa Social del Estado Rita Arango Álvarez del Pino.

Las Empresas Sociales del Estado creadas en el artículo anterior tienen por objeto la prestación de los servicios de salud, como servicio público esencial a cargo del Estado o como parte del servicio público de la seguridad social, en los términos del artículo 194 de la Ley 100 de 1993.

Las funciones generales de las Empresas Sociales del Estado creadas en el presente decreto cumplirán las siguientes funciones:

Prestar los servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad dentro de los parámetros y principios señalados en la Ley 100 de 1993, y demás disposiciones legales y reglamentarias que la modifiquen o adicionen.

Prestar servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas de acuerdo con la reglamentación vigente.

Celebrar los contratos que requiera la entidad para la prestación eficiente y efectiva de los servicios de salud.

Prestar en forma oportuna los servicios de consulta, urgencias, hospitalización, procedimientos quirúrgicos, programas de promoción y mantenimiento de la salud a los usuarios.

Asociarse para la compra de insumos y servicios, vender los servicios o paquetes de servicios de salud.

Contratar con las personas jurídicas constituidas por sus ex funcionarios o en las que éstos hagan parte que hubieren salido como consecuencia de procesos de reestructuración en la entidad, para permitir la correcta prestación del servicio de salud, de conformidad con los parámetros fijados por la Junta Directiva.

Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social del Estado.

Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos en las disposiciones legales vigentes.

Proveer información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios respecto de sus deberes y derechos en lo concerniente a la prestación del servicio de salud.

Las demás que de acuerdo con su naturaleza y funciones le sean asignadas conforme a las normas legales.

DECRETO NÚMERO 1754 DE 2003: Por el cual el Ministerio de Protección Social, el 26 de junio de 2003, aprueba la estructura de la Empresa Social del Estado Rafael Uribe Uribe.

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Rafael Uribe Uribe, aprobó por decisión unánime someter a consideración del Gobierno Nacional la estructura de esta empresa, tal y como consta en el Acuerdo número 1 del día 26 de junio de 2003.

Aprobó la estructura de la Empresa Social del Estado Rafael Uribe Uribe, que será la siguiente:

- ❖ **Gerencia General.**
 - Oficina Asesora Jurídica.
 - Oficina Asesora de Planeación.
 - Oficina de Control Disciplinario Interno.
 - Oficina de Control Interno.

- ❖ **Subgerencia Administrativa y Financiera.**
 - División de Recursos Humanos.
 - División Financiera.
 - División Administrativa.
 - División de Sistemas.

- ❖ **Subgerencia de Unidades Hospitalarias.**
 - División Médica de las Unidades Hospitalarias.
 - Dirección de Unidad Hospitalaria.
 - Subdirección Administrativa
 - División Financiera.
 - División de Recursos Humanos.

LEY 152/94: Ley orgánica de planeación: Por la cual El Congreso de Colombia, establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. Esta ley tiene como propósito establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el artículo 342, y en general por el capítulo 2o. del título XII de la Constitución Política y demás normas constitucionales que se refieren al plan de desarrollo y la planificación.

La Ley Orgánica del Plan de Desarrollo se aplicará a la Nación, las entidades territoriales y los organismos públicos de todo orden.

Mediante el Decreto 1876, se determina el Plan de desarrollo de las ESE.

Como complemento de la Ley 715 /2002, encontramos el Decreto 1280 de 2002, por el cual se organiza el Sistema de Vigilancia, Inspección y Control del Sector Salud

Como complemento de la Ley 715 /2002, encontramos también a el Decreto 1281: Por el cual el Presidente de la Republica expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación de los servicios de salud a la población del país.

5. DESCRIPCIÓN DEL CASO

5.1 MODELO DE ATENCION EN SALUD DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

En el Hospital Rafael Uribe Uribe, han surgido varios proyectos innovadores, desde comienzos del año 2001; el mismo año en que inicia la actual administración, en cabeza de su Gerente Hector Javier Quiñones. Entre estos se encuentra un proyecto que ha liderado la Oficina de Subgerencia de Servicios en Salud y con la colaboración de todos los funcionarios principalmente la Oficina de Planeación y Salud Pública. Denominado PEDAGOGIA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO PILOTO DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE.

En este ha tomado fuerza el concepto de atención integral en salud, basado en la promoción de estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad. Estos como una forma proactiva de concepción de la atención en salud y que busca acciones costo efectivas, más que la atención de las enfermedades instauradas; este enfoque se viene implementado desde hace mucho tiempo en países desarrollados pero aún en Colombia no ha tomado fuerza. A este proyecto se le ha denominado "PEDAGOGIA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO PILOTO DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE"

La filosofía de las Empresas de Salud del Estado Colombiano, no tienen un enfoque hacia la rentabilidad sino hacia la sostenibilidad y principalmente hacia la prestación de un servicio social; tal es el caso del Hospital Rafael Uribe Uribe (H.R.U.U.), lo que podemos concluir de una cita textual de un documento que habla del Nuevo Modelo de Atención en el que dice: "Retornar al ser humano como eje fundamental del mundo es la clave para consolidar una sociedad mas justa, olvidándo los procesos mezquinos de acumulación de capital, que desvirtua los valores y acentua las diferencias, convirtiendo al individuo y su comunidad en objetos de consumo. Retomando aquel dicho que dice "mas vale el diablo por viejo que por diablo" es importante que el sector salud trascienda en su accionar respecto al cuidado, control y recuperación de las personas, para que, teniendo una sociedad con mayores expectativas de vida, poder ser capaces de construir sociedad de avanzada, sobre la base de las experiencias positivas".

El nuevo modelo de atención, retoma el enfoque de determinantes de la salud, donde la filosofía del bienestar es entendida no como ausencia de enfermedad, sino como condiciones favorables del entorno, para el desarrollo integral del individuo, la familia y la comunidad. Desde este enfoque, la promoción de la salud se constituye en pilar de la orientación de los servicios de salud y la prevención de la enfermedad en uno de los caminos para alcanzarla. El modelo

hace indispensable la articulación de voluntades entre la institución en su conjunto, la comunidad y las autoridades locales.

El modelo es pedagógico porque pone a disposición la experiencia Institucional acumulada, al tiempo que da cabida a nuevas formas de pensar y hacer la atención en salud, visualizando los aciertos y desaciertos para aprender de ellos. Es un modelo en construcción por que nunca estará completamente terminado, será susceptible de ser retroalimentado de manera permanente.

El modelo pretende, generar un impacto en las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad, a partir del desarrollo de cuatro llaves y el diseño de actividades institucionales intrasectoriales e intersectoriales.

Con la implementación del nuevo modelo de atención, el Hospital se propone desde el barrio, generar un impacto en Bogotá y en Colombia, que las acciones frente a la enfermedad sean cada vez menores, para limitar el daño, mientras que las acciones orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, deben ser el objeto fundamental y prioritario del accionar del sector salud. Hacer de la misión institucional un instrumento para el desarrollo de ciudadanos mental, psicosocial y ecológicamente saludables, para hoy y para el mañana, es la meta propuesta en este modelo; ello implica además que la apropiación por parte del habitante del barrio sea tan alta que se convierta en una forma de vida que debe ser enseñada a la comunidad circundante, haciendo de este un modelo auto sostenible, en el sentido de no requerir eternamente la presencia institucional para alcanzar su éxito.

Surge a partir de la formulación del Plan de Desarrollo de Hospital y el diseño de la plataforma estratégica, cuando se empiezan a desarrollar las actividades y el diseño de los servicios al interior del Hospital de tal manera que se favorezca la promoción y la prevención, y el fomento de los estilos de vida saludables y hacia el individuo y su familia, con la intención de acercar mucho más el Hospital a la Gente y no esperar a que la Gente llegue al Hospital. Es una concertación frente a la orientación que se da a la prestación de servicios, esto quiere decir que es una filosofía, una forma de vida concertada, es un ponerse de acuerdo.

Este proceso ha pasado por la formulación, la implementación y el desarrollo se ha venido y se vendrá alimentando cada vez mas en busca de la excelencia. Actualmente este se encuentra en una etapa en la que se dio un impacto frente a la visión que tiene un profesional del Rafael Uribe, en cuanto a la salud y a la enfermedad, que es importante porque nadie vende aquello en lo que no cree. El profesional del Hospital está casi listo para salir a venderle la idea a sus usuarios; de hecho hoy en día el profesional está muy interesado en recordarle a la mamá,

al adolescente y a la persona de la tercera edad una serie de servicios a los que tiene derecho, pero que por una u otra razón no recibía de manera prioritaria. En la actualidad las actividades de promoción y prevención se han incrementado en el 901 %, en el 2001 la proporción era 80% actividades curativas y 20 % actividades asistenciales; hoy en día se ha invertido dicha proporción alcanzando un 70% en cuanto a lo preventivo y 30% en cuanto a lo asistencial; esto quiere decir que el Hospital empieza a estar listo para poder vender esa filosofía y hacerla realidad; y poder mostrar el modelo de atención con indicadores de impacto que permita medir logros frente al individuo, la familia y la comunidad.

El Hospital Rafael Uribe Uribe encontró cuatro grandes pilares que se constituyeron en aspectos claves para el logro de resultados efectivos, han sido llamados "llaves" y están constituidas por: gestor público, alianzas estratégicas, consolidación empresarial y accesibilidad. Cada una de estas llaves responde a los principios del modelo: Efectividad, integralidad, sostenibilidad y universalidad respectivamente para cada una de las llaves.

En el modelo propuesto se avanza en la construcción de estándares e indicadores sobre los cuales se permite evaluar en la persona, la familia y el barrio el impacto de las intervenciones y hace énfasis en lo fundamental de la intersectorialidad. Pretende garantizar el impacto positivo en las condiciones de salud, de la población Bogotana que avance del ámbito individual al ámbito familiar y comunitario.

El actual modelo de atención, tiene implícitamente priorizado al individuo como objeto de su que hacer en los planes de beneficio, tanto resolutivo como de promoción y prevención y aunque las actividades del plan de atención básica, exigen la universalidad a través de acciones colectivas, no ha sido posible la evaluación de su impacto en la comunidad en general y menos aún en el ámbito barrial y de familia. El modelo de atención planteado, pretende avanzar en este sentido, teniendo en cuenta no solamente el concepto de persona sana sino el de familia y barrio sano, con estándares e indicadores de evaluación de la gestión y la atención.

Se sugiere establecer productos por fases:

Fase 1: Identificación de gestores comunitarios, existencia de línea de base por familia y asignación de familias a gestores públicos y comunitarios, diseño de plan de incentivos que premie el trabajo comunitario.

Fase 2: Elaboración de plan de trabajo por familia previa concertación con sus integrantes.

Fase 3: Ejecución de actividades de intervención, evaluación de indicadores.

Fase 4: Reclasificación de Familias en: Mantenimiento, prevención y recuperación y adecuación del Plan según

Estas llaves han sido trabajadas por ejes, teniendo en cuenta una clara definición operacional, y a las que además se ha planteado la evaluación de su impacto a través de estándares e indicadores de gestión y atención.

- **Gestor público:** Persona capaz de manejar espacios de decisión, que identifica, gesta, gestiona y resuelve con efectividad las necesidades de su ámbito. Se avanza de funcionario a gestor público y de usuario a autogestor local.

El gestor público genera su mayor aporte al modelo en la efectividad

Los ejes fundamentales desarrollados con éxito hacia el logro del gestor público han sido:

- Definición de Perfiles
- Desarrollo de Habilidades.
- Competencia para el desarrollo institucional y comunitario.
- Evaluación del Gestor: Incluye la evaluación del desempeño

Sus líneas de base son: definición de perfiles, desarrollo de habilidades, competencias para el desarrollo institucional y evaluación del gestor.

- **Alianza estratégica:** Mecanismo que permite a la empresa reconocer en otros su posibilidad de potencialización considerando las premisas de: aliarnos para aprender y crecer y saber escuchar la voz de los mejores.

El mayor aporte de las alianzas estratégicas está dado por la integralidad e intersectorialidad

Ejes de la alianza estratégica:

- Alianza con la comunidad: En los encuentros Ciudadanos se hace un trabajo en equipo con el Hospital, lo que ha logrado que cada vez sean priorizados más proyectos para el Hospital.

Alianza con la academia: El Hospital Rafael Uribe Uribe tiene convenio con las siguientes instituciones: Universidad Nacional de Colombia con la facultad de medicina, Departamento de pediatría con los residentes de Pediatría para el

desarrollo del proyecto de escuela saludable UN , Universidad colegio odontológico con programas de salud oral y comunitaria intramural y extramural , que se desarrolla en UPA Bravo Páez, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería, apoyo a programas materno-infantil, Universidad de la Salle, facultad de optometría, realizando valoración de agudeza visual, Universidad del Área Andina, Facultad de enfermería apoyando los servicios ambulatorios estrategias AIEPI, Universidad Manuela Beltrán, Facultad de terapias, apoyando programas de terapia del leguaje, Universidad Nacional de Colombia, facultad de Veterinaria, apoyo a los programas de vigilancia epidemiológica de la rabia., Auxiliares de enfermería del CEADS, INFORSALUD y ESAF apoyando acciones intra y extramurales de promoción y prevención.

- Alianza con gobierno nacional, distrital y local:

Entidades como: Departamento administrativo de Bienestar social (DABS), comisaría de Familia, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF), el centro administrativo de educación local (CADEL), Departamento Administrativo de Tránsito y Transporte, la UCPI, Aseo Capital y Alcaldía Local.

- Alianza con los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Estandar: Relación con el 100% de los sectores y actores participantes en la solución de la problemática local (como mínimo).

Indicador general: Proporción de proyectos viabilizados y ejecutados con concurrencia de ámbitos y recursos.

Basada en el principio “Aliarnos para aprender y crecer marca la diferencia”, y partiendo del hecho de que ni lo sabemos todo ni lo podemos todo se han realizado alianzas estratégicas con: la academia, la ciudadanía y con el gobierno local, las cuales han permitido un trabajo en equipo en el que se unifican objetivos y estrategias comunes, sumando esfuerzos y recursos para así obtener mayores logros.

Unidad empresarial:

Permite a una Institución desarrollar una cultura organizacional basada en la solidez de su información, sus relaciones y sus comunicaciones, para generar legitimidad social, posicionamiento y visibilidad. Aporta al modelo, una empresa sólida, sostenible, capaz de responder con los requerimientos que el nuevo modelo le exige.

Ejes de la consolidación empresarial:

- Competitividad
- Comunicación efectiva, afectiva y lúdica.

- Imagen Institucional.

Consiste en que cada uno de los funcionarios trabajan en equipo, alineados a cumplir la plataforma estratégica creada por todos incluyendo la comunidad. Cuenta con las siguientes líneas de base las cuales son la competitividad, la comunicación afectiva, efectiva y lúdica, la imagen institucional y la definición de un modelo de atención, los que están claramente definidos en el Anexo de Unidad empresarial.

Estandar: Institución 100% sostenible, participe activo en los espacios de concertación y gestión local. Indicadores: Proporción de autofinanciamiento para la ejecución efectiva de intervenciones

Proporción de participación activa en escenario locales de gestión

- **Accesibilidad:** Posibilidad real del individuo, la familia y la comunidad (barrio), para obtener atención en salud, con énfasis en promoción y prevención. Ejes de la accesibilidad:

Conectividad: La conectividad por el cual se le brinda información oportuna y completa al usuario. Por medio de esta se pretende que las condiciones en que el usuario acceda al servicio sea digna informada y desarrolle en el usuario pertenencia por la institución, es: Utiliza como mecanismo de adherencia:

Guías de atención al usuario.

El sistema de información SIEF.

Georreferenciación: consiste en acercar los servicios de atención institucional a donde los usuarios permanecen la mayor parte del tiempo. Para lo cual se utilizan como mecanismos de adherencia:

Tocando puertas y gestionando barrio.

UBA móvil.

Ruta de la salud.

Integralidad: Consiste en brindarle a los usuarios una atención integral es decir que complete el ciclo del servicio efectivo, en el que se prestan un conjunto de intervenciones de atención específica, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y prevención, que requiera un usuario según su condición de salud en un determinado tiempo.

Estandar: Cero oportunidades perdidas de atención en captación, canalización efectiva y atención integral.

Por medio de la Accesibilidad a los servicios de salud se le facilita a los usuarios el acceso a los servicios que el Hospital ofrece. Está enmarcada en los principios de calidad a lo largo de todo el ciclo del servicio, con énfasis en el acompañamiento dirigido desde el primero y último contacto con el usuario, con el fin de crear perfiles de usuarios que tomen decisiones informadas. Formar usuarios competentes para decidir y ser responsables con lo que deciden. Se reorganizan los servicios, creando unidades integrales de atención, a partir de las siguientes estrategias:

Se crearon plataformas de sistemas de información para que el usuario fluya de manera ágil en la institución por medio de los guías de atención al usuario, y lo que se ha denominado la conectividad que la da el sistema de información SIEF, el cual permite manejar información de manera confiable, veraz y oportuna, eliminando tiempos de espera innecesarios y creando falsas expectativas e insatisfacción en el usuario. A la Institución le permite la evaluación de los ciclos del servicio y cuantificar el impacto alcanzado con indicadores de cobertura.

El modelo se ha visto afectado por limitaciones en:

En tiempo: Ya que el desarrollo de las actividades del modelo tienen que ir siendo paralelas, a la vida cotidiana de la institución; es decir, tiempo adicional al invertido para el funcionamiento cotidiano. La conciliación, el consenso, el convencimiento, de la comunidad, de los funcionarios, de la parte directiva de los gobernantes locales para legitimar el proceso y para vender la idea, requiere de un lobby el cual requiere de mucho tiempo.

En espacio: Se está pasando de un Hospital centralizado a un Hospital descentralizado, donde los espacios de consulta individual pasan a ser de consulta colectiva, donde el profesional de la salud se tienen que salir del escritorio, para acercar el hospital a las casas de los usuarios.

En recursos: Resultan siendo muy costosas las actividades de educar y vender ideas a los usuarios; hay que invertir en nuevas capacitaciones y poder abarcar áreas del conocimiento que el Hospital no tenía y que ha requerido; los recursos en cuanto al personal son los mismos, lo que ha cambiado es la formación como gestor público y el enfoque de atención al sano como al enfermo; los recursos a invertir en cuanto a la población es lo que se requiere para, visitarlos de casa en casa, traerlos a talleres, llevarlos a sus casas, hacer y enviar el volantes, gastar teléfono para acordar citas; se convierte en algo muy costoso hacer vínculos y de adherencia de los usuarios al Hospital. De los proyectos nuevos se ha invertido en guías de la salud, la ruta de la salud, las nuevas personas que han llegado a talento humano para soportar el gestor público.

5.2 “SISPLACO” Sistema de Planeación y Control de Gestión.

Es uno de los proyectos que surge como soporte administrativo del H.R.U.U. que se encuentra liderado por las oficinas de control interno y planeación del Hospital Rafael Uribe Uribe; a nombre de los funcionarios: Sandra Neritza Cano y Milton Elibardo Ovalle Garzón.

El proyecto consiste en construir sobre una sola matriz, toda la gestión institucional, como un gran plan integrado, para garantizar que las estrategias, actividades y productos realizados, atiendan o den alcance a los objetivos institucionales planteados por la gerencia. Esta matriz esta conformada por un eje X en donde se desarrollan las variables necesarias para consolidar líneas de acción y un eje Y en donde se plasman todos los objetivos instituciones, que afinan las líneas en torno a la misión y a la visión institucional.

La línea de acción, se define como el proceso necesario para llevar acabo un objetivo o una estrategia (a nivel gerencial), una estrategia o una actividad (a nivel ejecutivo) y una actividad o un producto (a nivel operativo) y matricialmente se muestra sobre el eje de las X, que contiene las variables de: Objetivo, estrategia, actividad, producto, meta, indicador, año de gestión, cronograma de seguimiento y evaluación y responsable de la línea de acción.

Los objetivos que se plasman en la primera columna de la matriz (Ver ANEXO F) y que forman el eje Y, son los definidos en la plataforma estratégica así:

Ninguna línea de acción podrá estar sin objetivo institucional a fin de garantizar cual es el origen de una estrategia, actividad o producto. Todo objetivo es de manejo gerencial y deberá tener su o sus respectivos indicadores.

Las estrategias que se plasman en la segunda columna de la matriz y que responden al como lograr los objetivos institucionales, son los definidos en la plataforma estratégica así:

Las estrategias definidas en el nivel gerencial, serán los objetivos del nivel ejecutivo y deberán tener su o sus respectivos indicadores.

Las actividades que se plasman en la tercera columna de la matriz y que responden al que hacer, en cumplimiento de las estrategias institucionales, son las definidas y relacionadas por las diferentes áreas del Hospital en sus planes operativos, siempre y cuando estas estén en línea con una estrategia y un objetivo institucional.

Las actividades podrán variar o ser reformuladas cuantas veces sea necesario, dependiendo de las condiciones internas (Recursos disponibles, cambios de política) y externas (Cambios de normatividad, formas de contratación) según el

movimiento del Sistema de Seguridad Social en Salud. Lo importante es que estas actividades no pierdan su alineación con las estrategias y objetivos institucionales.

Al igual que los objetivos y las estrategias, las actividades deberán tener su o sus indicadores respectivos. Los productos que se plasman en la cuarta columna de la matriz y que responden al que, en cumplimiento de las actividades, son los mecanismos o herramientas de gestión necesarios para soportar y hacer seguimiento al presupuesto de ingresos y gastos (Plataforma estratégica, planes operativos, Plan de compras, Plan de vacaciones, plan de ventas, programación de producción, planes de mantenimiento, planes de inversión, Plan anual de caja, presupuesto, etc.) e igualmente deberán estar alineados con una actividad, con una estrategia y con un objetivo.

Los productos se definen solamente en el nivel operativo y al igual que los objetivos, las estrategias y las actividades, deberán tener su o sus indicadores respectivos. Para cada meta, en cada línea de acción, se definirá un indicador base que describa los avances obtenidos frente a los resultados planteados.

Por cada línea de acción, deberá definirse el año en que se llevara a cabo lo planteado. El registro del año, permite filtrar la gestión por vigencia y consolidar los respectivos planes operativos.

Por cada línea de acción, se deberá definir el mes o los meses en que se debe hacer seguimiento y evaluación para garantizar que en los informes de gestión se plasmen los resultados o los avances de la gestión.

Por cada línea de acción, se deberá definir el responsable de gestionar, medir e informar al jefe inmediato o a la autoridad competente, para el caso de la gerencia, sobre los resultados obtenidos, a fin de tomar las decisiones pertinentes para el mejoramiento institucional.

En una primera etapa, la matriz se realizó sobre una hoja sencilla de Excel y se le asignaron códigos a cada uno de los responsables, lo cual permite filtrar, según la necesidad de presentación

La matriz es producto de la adaptación de los instrumentos de planeación, que tradicionalmente se han usado en el Hospital durante los últimos cinco años, pero se une a una metodología de trabajo innovadora, en el proceso de alineación de las actividades entorno a los objetivos institucionales, pues en la medida que cada uno de los niveles de gestión o acción asuma su rol dentro del macro

proceso de planeación, tendremos la garantía de estar haciendo lo que debemos.

Son varios los aportes que ha hecho este proyecto al Hospital, entre los cuales encontramos:

- La alineación de las actividades nos permitirá definir con claridad el responsable de ejecutarla y nos evitara la duplicidad de funciones.
- La alineación de las actividades en torno a los objetivos institucionales, permite liberar tiempo del recurso humano, para ser utilizado más eficientemente.
- Se cuenta con un instrumento claro, de seguimiento y control que garantiza una adecuada retroalimentación en el mejoramiento institucional.
- Genera mayores niveles de compromiso, responsabilidad y participación en el talento humano.
- Permite ajustar con rapidez a los cambios del sistema, sin tener que retomar todo el trabajo o causar mayores traumatismos.
- La toma de decisiones se hace con oportunidad, claridad y facilidad, al tener todos los resultados integrados en una sola mirada.

En términos generales el proyecto genera un proceso de alineación y concentración de esfuerzos en torno a los objetivos institucionales, de todo el recurso humano, lo cual se vera reflejado en el mejoramiento de procesos, haciéndolos mas eficaces y eficientes (Mayor productividad a bajos costos).

El proceso de alineación también permite la liberación de tiempo del recurso humano, para ser utilizado en actividades de capacitación y bienestar, mejorando el clima laboral.

Este proyecto no requirió de inversión adicional ya que se utilizó el recurso humano y equipo técnico con que cuenta el Hospital, en cambio si generó ganancias en cuanto a la mejora de la eficiencia y la eficacia en el desarrollo de las actividades, ya que este es un recurso excelente de planeación y control, interno al Hospital y externo por parte de los entes de control.

5.3 SISTEMA DE INFORMACION ESTADÍSTICA Y DE FACTURACIÓN (SIEF).

Area o unidad postulante sistemas y estadística. Los trabajadores que participaron en su formulación e implementación fueron: Diego Sánchez Villegas,

Gustavo Camacho Russi, Jaime Charari, Ana Sánchez, Nidia Prieto, Catalina Bautista, Catalina Benitez, Yaquelin Rojas Olivero

Consiste en la organización de un sistema de información que involucra el conjunto de actividades, métodos, procesos y procedimientos de las áreas de Estadística y Facturación, para lo cual se crea un aplicativo denominado SIEF (Sistema de Información Estadística y Facturación), que de manera automática se actualiza de los datos capturados en facturación de servicios y se complementa con la digitación de los datos de la atención directa al usuario, garantiza datos útiles, oportunos, exactos y completos, disminuye los tiempos de respuesta, fortalece el desarrollo y control de los procesos de planeación y organización de la oferta institucional de servicios, los de gestión administrativa y financiera.

En los últimos tres años las Instituciones en Salud han hecho grandes esfuerzos, económicos y logísticos, para ajustarse a los cambios que realiza cada uno de los sistema de información que el Ministerio de Salud ha implementado: Sistema de Información en Salud (SIS), Registros Individuales de Atención en salud (RIAS) y los Registro Individuales de la Prestación de Servicios en Salud (RIPS), cada uno de ellos con sus bondades y dificultades.

Adicionalmente, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son la única fuente de información para el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano SGSSS; razón por la cual son obligadas a suministrar una gran cantidad de datos con requerimientos diferentes, plazos perentorios y en la mayoría de los casos con implicaciones económicas y legales.

De forma simultanea, al escenario anteriormente descrito, los Hospitales Olaya y San Jorge (quienes dan origen al hoy denominado HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE con 13 puntos de atención), en el segundo semestre del 2000 atraviesan por un proceso de fusión, como respuesta a problemas de gestión, ineficiencia, excesivos gastos de funcionamiento, problemas fiscales y de clima laboral.

A partir del SIEF se adaptaron y mejoraron los procesos y procedimientos de atención, admisión, facturación; se crearon los procesos de auditoria Pre y Post de calidad de los servicios de salud. Del SIEF se obtienen oportunamente, en periodos o cortes flexibles a la necesidad del usuario: indicadores de gestión, estadísticas vitales en Salud, Informes de producción, cuentas de facturación y Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS por servicio, profesional y pagador, producto de su innovación en el manejo de la información

Dentro del ámbito de las Empresas Sociales del Estado, el HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ha recibido el reconocimiento de la Secretaría Distrital de Salud, por ser líder en la generación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud y fue presentado como proyecto exitoso al Concurso Nacional de la Función Publica 2002 . La base de datos se creó con el Programa ACCESS 2000 y gran parte del desarrollo se hizo en Visual Basic. Funciona bajo ambiente Windows

versión 95 o posterior. Todo este software es de fácil adquisición, uso común y bajos costos, que garantizan el mantenimiento y actualización de la herramienta.

La implementación del proyecto se dio por fases las cuales son:

Fase uno (base de datos de prueba): En Abril de 2001, se realiza el diseño de una base de datos de prueba, que obtiene parte de la información en un proceso básico de extracción de datos (emulación en línea) que permite la generación de registros a partir de los procesos iniciales de admisión y facturación de servicios de salud; que luego se complementa con un proceso de digitación de los datos que provienen de atención del profesional de la salud. En esta fase se llevan a cabo los siguientes avances:

- o Definir la clave de validación (Número de Factura), que correlaciona el formato manual, la base de datos de estadística y los datos de facturación.
- o Registrar de forma manual, el 100% de los datos de los Registros Individuales Servicios de Salud, en el instrumento existente, (Formato RIAS), cumpliendo la norma parcialmente.
- o Obtener los primeros datos validados en línea, de facturación y estadística, lo cual permite concluir que se puede reemplazar los procesos existentes de registro manual e identificar errores e inconsistencias entre lo facturado, lo realizado y lo registrado.

Fase dos (instrumentos de captura): En Mayo de 2001, el HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE, implementa los nuevos instrumentos de captura de información estadística RIPS; en este proceso se llevan a cabo los siguientes avances:

- Levantar en terreno los procedimientos de admisión, facturación y registro estadístico en los trece Puntos de Atención.
- Diseño de un nuevo formato de captura de información estadística.
- Capacitar individualmente al personal involucrado en la admisión y atención a los usuarios, en el diligenciamiento de los nuevos formatos y el aplicativo informático.
- Disminuir del registro manual de los datos hasta en un 50%; El porcentaje restante se garantiza en el proceso de admisión y facturación de forma automática.
- Cumplir con la normatividad vigente: Resolución 3374 de 2000 del Ministerio de Salud, sobre Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud.RIPS
- Lograr coherencia entre el formato y la base de datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud. Es decir "Toda actividad facturada genera un Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud", pero aún no se garantizaba que todo lo facturado, fuera efectivamente un servicio prestado. Ej: Citas médicas canceladas, pacientes inasistentes y errores de digitación. Así las cosas, se aseguraba la cantidad de información pero no la calidad de la misma.

Fase tres (validación)

En junio de 2001 se llevan a cabo los procesos de retroalimentación, autocontrol y validación con el personal administrativo y asistencial involucrado en la ejecución del proyecto. Esta actividad permitió detectar inconsistencias en las bases de datos y las causas origen del problema; en este proceso se llevan a cabo los siguientes avances:

- ❖ Lograr consolidar una fuente de información única, consiguiendo la confiabilidad suficiente para generar las cuentas a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud, ganando oportunidad y eficiencia, liberando tiempo, disminuyendo costos de operación y mejorando el ambiente de trabajo, dado que disminuye carga laboral por eliminación de reprocesos y aumento de procesos automatizados.
- ❖ Presentar la primera cuenta al mayor pagador a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud. RIPS automatizados.
- ❖ Consolidar funcionalmente dos áreas vitales de la Institución, Estadística y facturación, bajo un compromiso corporativo de resultados.

Fase cuatro (mejoramiento y ajustes): En el periodo Junio- Septiembre de 2001, el área de Estadística realiza sus mayores desarrollos en:

- Estudios del cliente interno para conocer sus necesidades de información, evaluando la viabilidad y utilidad del requerimiento para su implementación y diseño de reportes automáticos.
- Estandarización de reportes automáticos a partir de los requerimientos individuales de cada área.
- Adecuación de las pantallas de captura de información para el ingreso de nuevos datos que permitan la generación de reportes estadísticos e indicadores de producción, eficiencia y calidad de los servicios de salud.
- Entrega de informes preliminares estadísticos de producción del periodo abril a septiembre de 2001.

Fase cinco (desarrollo y modificación de reportes e indicadores): A partir de Octubre del 2001, el archivo electrónico de todas las bases de datos del año 2001 están disponibles oportunamente para consulta y búsqueda, de acuerdo a los cortes en tiempo, especificidad y necesidades del cliente externo o interno.

Esta fase se extiende hasta diciembre de 2001; la información aun esta centralizada en la Sede Administrativa para la consulta de los usuarios pero descentralizada en la captura de datos y se realizan los siguientes avances:

- ❖ Capacitar al personal administrativo y asistencial, involucrado en el manejo y uso del nuevo Sistema de Información Estadística y Facturación (SIEF).

- ❖ Validar y ajustar la herramienta estadística.
- ❖ Instalar la base de datos del Sistema de Información Estadística y Facturación SIEF, en cada uno de los trece Centros de Atención.
- ❖ Entregar la totalidad de las cuentas elaboradas a partir del Sistema de Información Estadística y Facturación (SIEF).

Fase seis (mantenimiento): El Sistema de Información de Estadística y Facturación (SIEF), a partir del año 2002 inicia su etapa de actualización y mantenimiento que responde a las necesidades de una Institución dinámica de manera flexible y adaptativa.

Se constituye en la única fuente de información soporte, para los informes de gestión institucionales y formulación de planes de mejoramiento, cumpliendo con la exigencia legal de periodicidad contenidos en la Ley 715/2002 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias y la resolución N° 4252 de 1997 del Minsalud de Acreditación y Cumplimientos de Requisitos Mínimos Esenciales.

En la actualidad el aplicativo brinda la información requerida para la generación del comprobante contable. Esta herramienta nace de la necesidad que tiene toda entidad hospitalaria de ser flexible y eficaz en el cumplimiento de su función, permitiéndole:

- Manejar Información oportuna, veraz y confiable como herramienta de gestión.
- Cumplir con de la normatividad vigente.
- Tener elementos para la planeación y diseño de Servicios de Salud.
- Garantizar la viabilidad financiera.
- Entregar información oportuna a clientes externos e internos.

Se creó un Sistema de Información de Estadística y Facturación SIEF que utiliza y aprovecha los datos digitados en el aplicativo actual "GESTOR" (Programa de Facturación elaborado por la Empresa Servinte, que se encuentra instalado en la mayoría de Empresas Sociales del Estado, aproximadamente 131 Centros de atención del Distrito Capital), a partir de un proceso sencillo de digitación en formatos y pantallas de captura que al ser de selección elimina la posibilidad de errores y el desgaste en digitación de grandes volúmenes de datos; los diseños de captura son agradables y específicos para las necesidades de información de la institución.

Del SIEF se obtienen oportunamente, en periodos o cortes flexibles a la necesidad del usuario: indicadores de gestión, estadísticas vitales en Salud, Informes de producción, cuentas de facturación y Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS por pagador, producto de su innovación en el manejo de la información.

Dentro del ámbito de las Empresas Sociales del Estado, el HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE se ha destacado, por ser líder en la generación de los Registros Individuales

de Prestación de Servicios de Salud, consecuencia de la creación e implementación del Sistema SIEF en los trece puntos de atención del Hospital. La base de datos se creó con el Programa ACCESS 2000 y gran parte del desarrollo se hizo en Visual Basic. Funciona bajo ambiente Windows versión 95 o posterior.

Todo este software es de fácil adquisición, uso común y bajos costos, que garantizan el mantenimiento y actualización de la herramienta.

Creación de aplicativos de uso local, uno en cada Centro de Atención, que permiten obtener en cualquier instante información actualizada sobre las actividades facturadas en cantidad, valor, discriminados por tipo de actividad, empresa, o médico, aportando herramientas para la oportuna toma de decisiones del Médico Director.

Se cumple con la normatividad vigente, mejorando el proceso de presentación de cuentas de cobro e información estadística y de producción tanto a entes internos como externos. Se reducen los tiempos de cumplimiento incluso superando la oportunidad requerida.

Se evita la elaboración o redigitación de registros (Facturas, cargos, RIPS etc.) para cumplir con los requerimientos externos. Se tiene una base de datos central con información histórica, que dispone de la información oportuna y confiable. Se unifica la fuente de información, lo que garantiza mantener un referente de auditoria de la calidad de datos.

Modelos eficientes de información, como el SIEF, proporcionan herramientas que facilitan el control de gestión, mejoran el clima organizacional, garantizan la conservación de la memoria institucional y aseguran procesos de seguimiento, autocontrol, para la toma acertada de decisiones que permiten la autosostenibilidad sin desmedro de la rentabilidad social.

Brinda al Hospital beneficios en cuanto a: Organización: Se estandarizaron los procesos y procedimientos que permiten la organización del trabajo en tiempos y movimientos optimizando el recurso humano y utilizando la misma tecnología a menor costo.

Se crea un proceso que permite además de la digitación y registro de RIPS, realizar las funciones para las cuales se contrata al informador en salud.

Cultura en la Generación de Informes: La herramienta permite compilar la producción y la facturación y combinar datos y gráficas para visualizar de

manera general y específica la situación de la Entidad, haciendo que los informes de gestión sean más comprensibles y exactos.

Autocontrol: El Sistema permite al usuario verificar el estado actual, en tiempo real de la labor de digitación, identificar errores, ausencia de datos y la validación entre los servicios facturados y los prestados, al usuario.

Archivo: Se elimina el proceso de transporte y envío, entre los centros y la sede administrativa, de documentos fuente, al igual que el almacenamiento de los mismos, lo cual eliminó los riesgos de pérdida de información, y libera espacios útiles de trabajo.

Ha contribuido a elevar la imagen institucional ante los entes externos por caracterizarse como entes cumplidores con la normatividad en lo referente a información en los tiempos requeridos, gracias al manejo de los recursos informáticos. Se facilita el proceso de digitación de datos debido a la notable reducción en el registro de información.

Aprovechamiento del 100% de los datos capturados en el proceso de ingreso y facturación de pacientes, evitando reprocesos en la generación de RIPS.

Es una aplicación dinámica que mediante pequeños ajustes facilita la adaptación a las condiciones normativas.

Se desarrolla en herramientas conocidas de fácil manejo. (Access 2000).

La plataforma de trabajo o sistema informativo (Windows 95 o posterior) son de uso común en las Entidades del sector Salud.

No requiere inversiones de gran envergadura para mantener actualizado el Software de base, al estar incluido dentro del Office 2000 profesional.

Las inversiones para realizar ajustes técnicos del Sistema, son de bajo costo. El mantenimiento técnico del Sistema es económico porque es realizado por el mismo personal de la Institución.

5.4 GUIAS DE ATENCIÓN AL USUARIO Y RUTA DE LA SALUD

Guías de Atención al Usuario son 13 personas habitantes de la Localidad Rafael Uribe Uribe con conocimientos relativos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el portafolio de servicios y sobre la importancia de la participación comunitaria en Salud para que se desempeñen como orientadores de los usuarios del Hospital Rafael Uribe Uribe permitiendo aumentar el nivel de satisfacción y capacitándolos para que tomen decisiones informadas, disminuir

las filas, facilitar el acceso de los usuarios de los servicios, favorecer el uso más eficiente de los servicios e incrementar la base social de los mecanismos de la participación.

La ruta de la salud es un carro especial para el transporte de Discapacitados, Gestantes y Tercera edad y sus acompañantes si fuere necesario, para que reciban los servicios ofertados por la ESE.

Usuarios beneficiarios de la atención de los guías: entendidos como los usuarios que asisten a los diferentes puntos de atención de la ESE que requieren información y orientación para el eficiente uso de los servicios que se le brindan y para obtener información sobre, el Sistema General de seguridad Social en Salud; sobre Prevención de la enfermedad y promoción de la salud, sobre deberes y derechos; portafolio de servicios y Participación Social en Salud.

Líderes comunitarios nuevos canalizados para vincularse a los mecanismos de Participación Social en Salud: Cada guía vinculará activamente a los mecanismos de participación social a nuevos líderes que identifiquen durante el proceso de información, orientación y canalización que realice con el fin de fortalecer los mecanismos de participación.

Este proyecto ha superado los objetivos planteados ya que no solo se cumplieron estos sino que han aumentado los niveles de satisfacción de los usuarios a tal punto que aumento la consulta; además que el usuario maneje información y además tome decisiones informadas influyo en que aumentaran las consultas en todos los servicios, ya que muchos de los usuarios han completado el Ciclo de Servicio Efectivo.

Los objetivos que se plantearon al inicio del planteamiento de los proyectos fueron:

Disminuir en la comunidad la desinformación sobre los servicios que brinda la ESE a través de la contratación por 8 meses de 13 guías de atención al usuario como multiplicadores en la comunidad.

Aumentar la accesibilidad de los grupos vulnerables a los servicios de salud de la ESE, mediante la Contratación de la ruta de la salud durante 8 meses.

Fortalecer la base de los mecanismos de participación social, a través de la vinculación de nuevos miembros como resultado del trabajo de los guías.

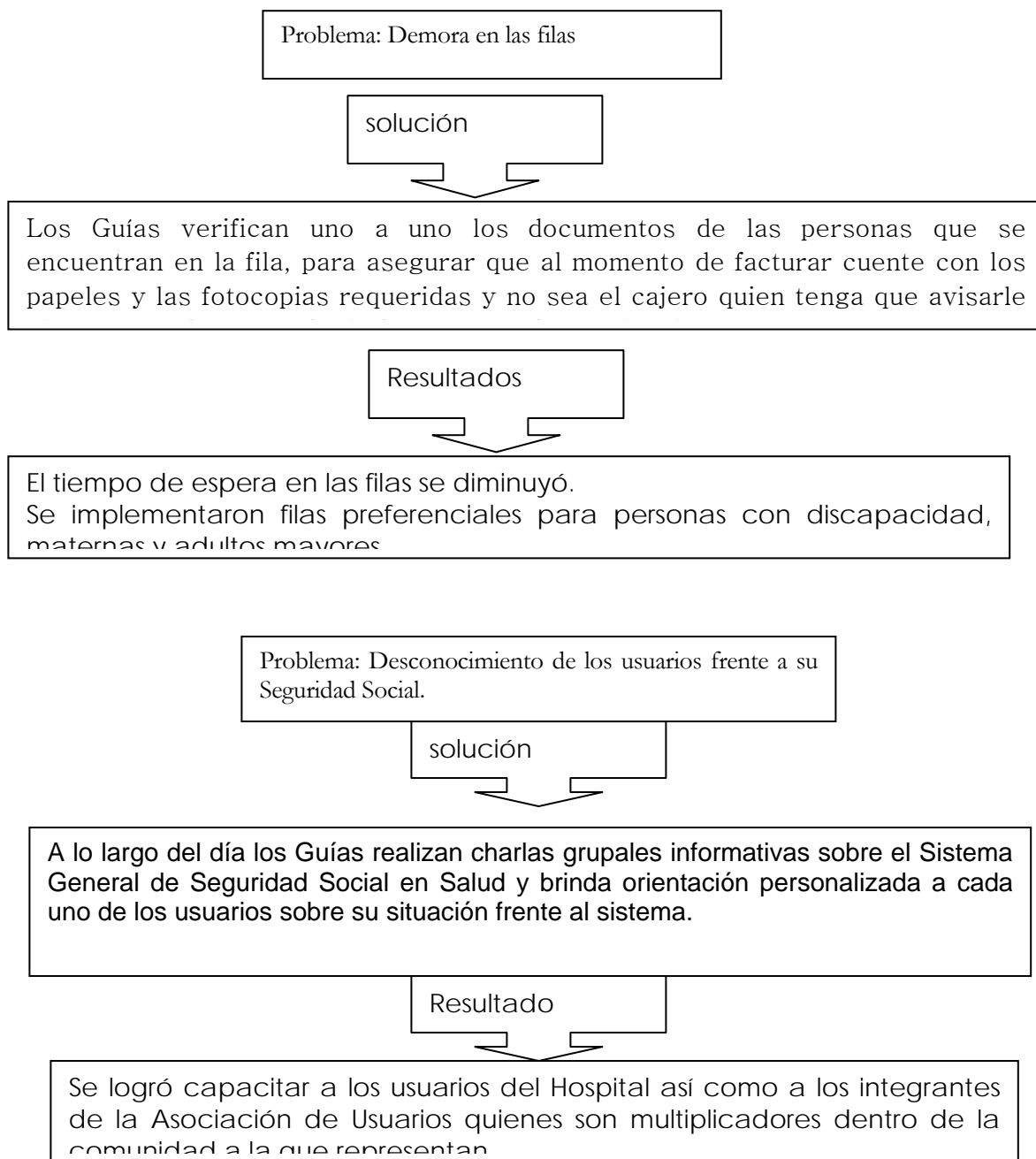
Fortalecer la base de los mecanismos de participación social, a través de la vinculación de nuevos miembros como resultado del trabajo de los guías.

Orientar a los usuarios de los diferentes Centros de Atención. sobre las necesidades que presenten.

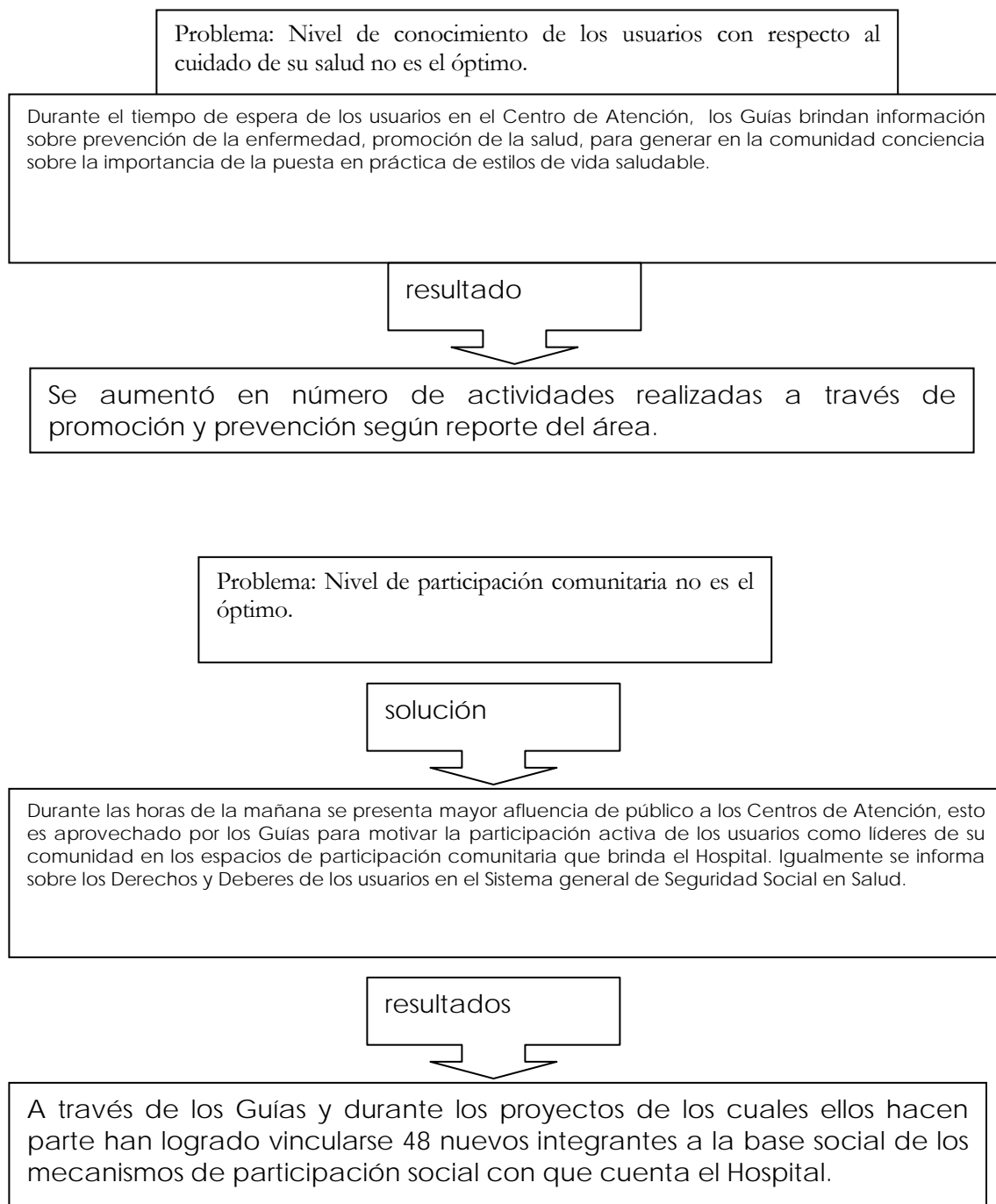
Informar a la población del área de influencia de la ESE sobre, portafolio de servicios, SGSS, Y participación Social a través de la producción y distribución de folletos

A partir de la puesta en marcha del proyecto y con la contratación de los Guías de atención al usuario (financiados por el Fondo de Desarrollo Local) se logra atacar varios problemas, a saber:

FIGURA 4 PROBLEMAS A SOLUCIONAR LOS GUAS DE ATENCION AL USUARIO



(CONTINUACIÓN) FIGURA 4 PROBLEMAS A SOLUCIONAR LOS GUAS DE ATENCION AL USUARIO



5.5 ZONA DE DESPEJE Y PEDAGOGIA DEL ERROR

Zona de despeje es espacio creado para la resolución de conflictos en forma dialogada. Y pedagogía del Error es la metodología que se implanta para la solución de conflictos. Planteado por William Charry y Alfredo León de Talento Humano. Pedagogía del Error trabaja el conflicto para construir pedagogía a través del error e interpretarlo desde un enfoque sistémico. Por medio de esta se capacita al ser humano para superar las circunstancias difíciles y construir sobre lo destruido.

Consiste en un espacio terapéutico adecuado para la resolución de conflictos a partir de la asistencia y participación de funcionarios que sean parte del modelo preventivo y/o correctivo de un conflicto en forma pasiva o activa.

Zona de despeje es aquel espacio reservado en el cual la persona o personas que hacen parte de un conflicto pueden asistir, en forma voluntaria y expresar de una manera clara, sincera y sin máscaras, su problemática, la medida en que el conflicto ha podido obstaculizar su desempeño en el ámbito laboral y las repercusiones del mismo a otras áreas como la personal, familiar y social. Una vez identificados los posibles signos y síntomas que llevaron a generar el conflicto, son abordados, confrontados y encaminados a una solución adecuada, viable oportuna buscando generar mecanismos adecuados de comunicación, recrear una cultura del buen trato y procrear estrategias adecuadas en situaciones conflictivas.

Su desarrollo parte de un proceso largo que implica tres fases las cuales no se dan en un orden jerárquico, sino que se retroalimentan y complementan.

Una primera fase, le podríamos denominar Sensibilización, la cual implica el iniciar un proceso de concientización a través de seminarios, talleres y dinámicas de interacción personal y grupal que busquen identificar la concepción y prebenda que se tiene frente a lo que denominados conflictos, la cultura organizacional y laboral que ronda alrededor de los mismos y el desarrollar mecanismos de resolución que conlleven a generar procesos de cambio, y compromiso.

Inicialmente es de vital importancia el generar conciencia a nivel de mandos altos y medios en la Institución (gerencia, subgerencia y directores de los Centros Médicos.) para lo cual se realizan seminarios-taller, los cuales permiten generar procesos de cambio en el ámbito personal, laboral e institucional.

Para tal fin se busca crear espacios terapéuticos para la resolución de conflictos a partir de los espacios laborales dando herramientas y formas del pensar al ser, creando así facilitadores en las diferentes áreas de desarrollo laboral.

Lo realmente importante en esta fase es concienciar a los funcionarios de asistir a los talleres y *generar un cambio de actitud* y sus respuestas comportamentales en sus áreas personal, social y laboral, dirigidos a evaluar el conflicto como algo natural y no necesariamente destructivo y que puede ser un ente potencializador dentro del clima laboral.

La segunda fase de *deconstrucción* consiste en involucrar al funcionario en forma activa dentro del proceso, deconstruyendo el paradigma que el personal laboral es el objeto pasivo en el conflicto (objeto de estudio), pasando a ser el sujeto activo y participativo en la propuesta frente al conflicto.

Una vez el proceso de sensibilización comienza a dar sus frutos, esta segunda fase contempla la participación lúdica, dinámica y participativa de la población objeto dentro de los talleres y de los seminarios planteados. La visión de esta fase se encuentra encaminada al desarrollo de competencias personales que trasciendan en decisiones grupales.

Para tal fin, cada temática planteada dentro del seminario taller, se encuentra encaminada a la confrontación personal del desempeño de cada funcionario dentro de un rol específico en la institución y su grado de empatía, cohesión, niveles de comunicación y trabajo en equipo.

La fase de deconstrucción busca ahondar en los pareceres más profundos de los participantes, identificando los factores de resistencia al cambio, mecanismos de defensa, enajenación o negativa de la problemática. Para tal fin cada taller está enfocado a que los participantes se identifiquen con lo propuesto en cada tema y pueda empezar un proceso de auto análisis y convicción personal que conlleve a solicitar orientación con respecto a cualquier duda que surja, sea su problemática en el ámbito laboral o ya sea trasladada al ámbito personal, familiar o social.

Una vez conciente y participe en forma activa, el asistente, entra en escena la tercera fase denominada *Construcción y formación*. Esta fase radica su punto de partida en generar en las personas la necesidad de producir un cambio en la manera de conceptualizar el conflicto, así como los mecanismos de abordaje del mismo.

La fase de construcción asimila el conflicto como factor pedagógico de crecimiento, descubriendo la crisis como factor positivo del conflicto.

La detección de los posibles focos de conflicto se puede dar a través de dos caminos. El primero de ellos es a través de las personas que han participado en los talleres y reconocen que les es necesario asistir a una o más sesiones de la oficina *zona de despeje*.

La otra alternativa o camino es a través del departamento de Talento Humano el cual cuenta con un listado de personas o eventos que han tenido roces, disgustos o choques dentro del ámbito institucional.

Para el abordaje de las personas que datan de la primera situación, consiste en separar una cita con los asesores de la oficina, los cuales contemplarán una sesión de una hora en la cual la persona asistente seguirá el siguiente protocolo:

Asistirá y comentará el fin primario de su visita. Si existe una situación conflictiva y la tiene identificada, la comentará sin reservas.

Se entregará un cuestionario que data de los puntos más relevantes en todo conflicto, la cual diligenciará tomándose un buen espacio de tiempo.

Se realizará una entrevista personal en la cual el Facilitador profundizará en algunos puntos determinantes, con mira a identificar el foco de conflicto.

Por último la persona concertará una posterior cita en donde se le informará los resultados tanto de la encuesta diligenciada como de la entrevista personal. Posteriormente se construirá a través del método de Pedagogía del error los diferentes puntos de abordaje con los cuales se puede dar salvedad a dicho conflicto, iniciando un proceso de intervención de sensibilización de cambio del cómo conceptualizar el conflicto y sus mecanismos de resolución.

Según diversos estudios determinados a partir de variables de tipo social, cultural y personal, los conflictos afectan el cumplimiento de la misión y visión institucional si no se les aborda de la manera más sabia y apropiada.

Por otra parte es obvio que una adecuada relación y vínculo laboral, desarrollan un mejor clima organizacional, mejora las condiciones de salud ocupacional, permite una mejor coordinación de actividades, incrementan los grados de motivación, iniciativa y creatividad, factores que trascienden en forma positiva, necesaria e importante para la productividad de la institución.

Creemos que es una experiencia exitosa porque enfoca el término conflicto no como el choque inapropiado entre dos fuerzas contrarias que generan reacciones funestas, sino la oportunidad de aprender de este impacto de fuerzas, basados en la *pedagogía del error*.

Se proyecta la creación entre el personal del Hospital del manual guía para facilitadores de alternativas creativas de resolución.

El aprendizaje parte a través de las herramientas de resolución la pedagogía del error. Según ésta, el error es un desajuste entre lo esperado y lo obtenido y se asume como un elemento constante e innovador.

El error no entra a confrontarse en sí, sino se acepta, se analiza y se maneja como *síntoma de proceso de aprendizaje*, validando la persona y cualificando el error. Los funcionarios dejan de ser parte del conflicto o generadores del mismo, para convertirse y ser parte de la solución, de una manera participativa e interactiva. El proyecto es producto de la innovación, porque aunque otras empresas de salud han contemplado oficinas de resolución de conflictos, estos fueron reducidos a la entrevista personal sin enfatizar en el abordaje y seguimiento del mismo. Es producto de la creación porque basado en la pedagogía del error busca que el sujeto sea partícipe activo en la solución del conflicto generando sentido de pertenencia, compromiso y generador de cambios dentro de la institución.

El principal aporte que brinda a la resolución de problemas se basa en el proceso de identificación, diferenciando los síntomas de las causas y las causas de las consecuencias; así mismo permite la ubicación de los focos de cada problema en los diferentes contextos: personal, familiar y/o laboral diferenciando los reciclajes emocionales de los conflictos y sus consecuencias y/o repercusiones en los diferentes contextos de origen.

Por otra parte lo importante de este proyecto es que parte de la premisa de "descubrir la crisis como factor positivo del conflicto", como un factor pedagógico de crecimiento que permite la deconstrucción de todo lenguaje conflictivo llegando a resultados no de discusión sino de articulación de intereses y actividades acuerdos.

El principal aporte es que a través de su proceso de implementación se recogerán experiencias las cuales permitirán la elaboración de propuestas permanentes y dinámicas que conlleven el crear una cultura del buen trato y el generar factores resolutorios en situaciones conflictivas. Esto permitirá al personal que labora dentro de la institución a participar en la elaboración de normas de convivencia por consenso y conciencia generando un "Manual Guía para Facilitadores de Alternativas Creativas de Resolución".

Temas de los talleres por fases:

FASE 1: Identificación y Participación.

Temas:

- Enredos, pleitos y problemas.
- Cazando chivos expiatorios.
- Lo mío, lo tuyo y lo nuestro.

- Incompetencias personales.
- Tener razón o crecer en relación.

Talleres:

- Conflicto y violencia.
- El poder que transforma.
- La violencia y no violencia activa.
- De adentro a afuera.
- Sillas musicales.

FASE 2: Deconstrucción y construcción: metamorfosis.

Temas

- Transformación y construcción del conflicto.
- El ajedrez de la vida.
- Conflictos todos los días, soluciones para todos los días.
- Será lo que quiera ser.
- La escalera de las soluciones.
- La crisis, factor necesario del crecimiento.
- Personas proactivas, conflictos necesarios.
- La ciencia del crecimiento integral: ensayo y error.
- De lo lineal a lo integral.
- El sentido de pertenecer.

Talleres

- Visión de comunidad en comunidad.
- Los complejos y la "autoestima alta".
- Estilos de comportamiento en un conflicto.
- Cinco modos de contender.
- Análisis de persona, proceso y problema.
- Analizar el conflicto: El mapa de personas, proceso y problema.
- Desarrollo del conflicto destructivo: Dinámicas del proceso.
- Dinámicas del conflicto en grupo.
- La escultura humana. El conflicto institucionalizado.

Fase 3: Elaboración de propuestas dinámicas.

Temas y talleres.

- Creadores y participantes.
- Actores para dejar de ser espectadores.
- Competencias propositivas, alternativas de cambio.
- Alternativas creativas en la resolución de conflictos.
- Experiencias y vivencias en la resolución de conflictos.
- Competentes o incompetentes.
- Comunicación: Un escuchar activo y empático.

El impacto lo podemos explicar por medio de la Acogida del proyecto; La cual fue de 2073 personas que se han atendido.

5.6 TOCANDO PUERTAS

Es un proyecto que comienza a funcionar en el 2003 que consiste en un grupo de profesionales de la salud que realizan visitas domiciliarias con un vehículo denominado UBA MOVIL la cual va de barrio en barrio de las localidades Rafael Uribe y Antonio Nariño realizando acciones tanto asistenciales como preventivas, donde se orientan las acciones y las necesidades de intervención basados en los hallazgos sobre los determinantes del proceso salud enfermedad, relacionados con los hábitos de vida, patrones de consumo, el entorno ambiental y los riesgos psicosociales; con esta actividad se busca mantener y mejorar la salud de un grupo de familias de las localidades en mención, realizando acciones en promoción y prevención a través de visitas a los hogares y canalizando a la población hacia programas o servicios específicos de prevención de la enfermedad.

La Visita Domiciliaria es utilizada como una forma de captar necesidades individuales y canalizar a los servicios de salud para solucionarlas, teniendo en cuenta la red de prestadores a que tenga derecho la persona. Pretende a través de procesos de identificación, canalización, información y seguimiento, orientar a las personas para que sean participes en la construcción paulatina de nuevas actitudes que ayuden a promover la salud de la población, así como de hábitos y estilos de vida saludables que prevengan los riesgos para la salud presentes en el entorno. Las actividades que se realizan son:

Ubicación de las familias objeto de intervención.

Acercamiento a través del instrumento de "visita domiciliaria", mediante el cual se identifican las necesidades de información y servicios de salud.

Identificación de factores de riesgo a intervenir y de los sectores y vivienda vulnerables.

Educar a la población enfatizando en la problemática encontrada teniendo en cuenta la población a intervenir, la disposición, el comportamiento y prácticas factibles de modificar, con el apoyo de otras entidades y la Participación Comunitaria.

Realizar canalizaciones y remisiones necesarias.

- Prestación de servicios médicos y de salud oral.
- Canalización efectiva a actividades de Vacunación, Programa Cervico-uterino y Planificación Familiar entre otros.
- Canalización a grupos formados de PAB: Crecimiento y Desarrollo, salud sexual y reproductiva, prevención de consumo de sustancias psicoactivas , promoción del buen trato, salud del adulto mayor , promoción de hábitos alimenticios, salud visual
- Verificación de esquemas de vacunación, completar esquemas, prevención de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles.

- Notificación directa y personal a Programas de vigilancia epidemiológica, Prevención de la discapacidad, Red del Buen trato, Medio ambiente. Remisión efectiva Organizaciones intersectoriales: Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para inclusión en programas.
- Se realizan acciones de educación y salud en jardines.
- Canalización de los servicios en Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y centro de autorizaciones de algunas Administradoras del Régimen Subsidiado (A.R.S)

Actividades de promoción y prevención: Realizando un análisis comparativo del 1 semestre del 2002 y el 1 semestre del 2003, referente a las de actividades de Promoción y Prevención, como son: Consulta de planificación familiar, Inserción de DIU, entrega de anavulatorios orales, Toma y lectura de citología, Actividades educativas realizadas a Población del régimen subsidiado (Ver ANEXO I)

Visitas domiciliarias y canalización: Se realizaron en total actividades con enfoque familiar, realizándose un total de actividades de canalización a los servicios del HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE I, con remisión personal (Ver ANEXO J). Se encuentra un incremento de efectividad y canalizaciones con respecto a la satisfacción del usuario por:

Se posibilita la oportunidad de integrar acciones de Promoción de la salud, las acciones de educación en salud, la accesibilidad a los servicios de salud, el mejoramiento de las condiciones medio ambientales y además representa prenda de garantía de la participación en el autocuidado.

La visita domiciliaria es utilizada, como una forma de captar necesidades individuales y canalizar a los servicios de salud para solucionarlos, teniendo en cuenta la red de prestadores.

La metodología, se realiza a través de procesos de identificación, canalización, información y seguimiento. Orientando a las personas para que sean participes en la construcción paulatina de nuevas actitudes que ayuden a promover la salud de la población, así como los hábitos y estilos de vida saludables que prevengan los riesgos para la salud presentes en el entorno. Se han realizado un total 2246 visitas durante el último bimestre del 2002 y el primer trimestre de 2003. (Ver ANEXO J)

La canalización para atención se realiza hacia programas de orientación de atención materno-perinatal, programa ampliado de inmunizaciones, prevención del cáncer cervicouterino, regulación de la fecundidad, crecimiento y desarrollo, canalización a actividades del PAB, remisión efectiva de organizaciones intersectoriales: DABS, ICBF para inclusión en programas.

La UBA Móvil Se desplaza el equipo médico a los lugares más vulnerables identificados por los líderes comunitarios.

6. ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados del presente estudio se basan tanto en entrevistas, como en análisis de publicaciones, documentaciones, como en la observación de las relaciones y la dinámica que se vive a diario en el Hospital Rafael Uribe Uribe (H.R.U.U.)

Se encuentra que la creación y desarrollo de los proyectos innovadores fue producto de un ambiente propicio para este, como lo da un Gerente que acepta ideas nuevas como una subgerente que genera ideas lidera e incentiva a la generación de ideas innovadoras. La disposición mental para la innovación la tienen la mayoría de los funcionarios y esta logra su desarrollo en un ambiente en el que los líderes la incentiven.

Los proyectos del Hospital Rafael Uribe Uribe son innovadores ya que buscan organizada y sistemáticamente un objetivo de mejoramiento social utilizando los recursos existentes. Los proyectos del H.R.U.U. a pesar de buscar principalmente un impacto en la salud de la población que manejan dejó también impacto económico y de satisfacción de los usuarios.

Las innovaciones del H.R.U.U. son coherentes con la teoría del comportamiento, ya que se logran estos proyectos gracias a las motivaciones en el trabajo, y al reconocer los recursos existentes en el interior del Hospital (factores internos), como las necesidades de la población y los recursos de entidades que en un momento dado manejan objetivos comunes (factores externos).

En el H.R.U.U. existe un sistema orgánico, ya que el trabajo en equipo es una constante alrededor de estos proyectos innovadores; existe una gran interdependencia, un ambiente de camaradería y amistad que les permite mucha comunicación, presentándose así un ambiente adecuado para la creatividad y la innovación.

El aprendizaje es un elemento fundamental y utilizado en todos estos procesos; una de las pruebas de esto es la denominación que le da la subgerente de servicios de salud, al programa bandera del Hospital es "Pedagogía de la construcción de un modelo de atención en el Hospital Rafael Uribe Uribe". Utiliza la palabra pedagogía ya que considera que tanto la comunidad como los funcionarios del Hospital, se encuentran en un continuo aprendizaje para ir construyendo un modelo de atención, coherente con las necesidades y las posibilidades de los que lo ejecutan, producto de consensos mas no de imposiciones; un modelo que sea de todos y para todos, en el que todos ponen y todos llevan.

Podemos catalogar al H.R.U.U. como una organización inteligente, de las que describe Peter Senge en La Quinta Disciplina, ya que los gestores de los proyectos reúnen las características de pensamiento sistémico, dominio personal, modelos mentales superados, visión compartida y aprender en equipo.

El H.R.U.U. es innovador de una manera reactiva, ya que obedece a la problemática de salud a la que se enfrenta la ciudad de Bogotá y a la carencia de recursos para solucionar el problema. A su vez es proactivo ya que el enfoque que le da a sus programas es de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En el Hospital Rafael Uribe Uribe se aplica el sistema de mejoramiento continuo y aplica las diferentes actividades descritas, lo que aun no se ha desarrollado bien es el sistema de reconocimientos.

Dentro de las fuentes que desencadenaron la creación de proyectos innovadores encontramos que:

Fueron proyectos que solo se imaginó su creador y que nadie lo esperaba; es decir no fueron actos planeados sino inesperados.

Fueron impulsados por la necesidad de mejorar procesos obsoletos, caídos en la ineficiencia de los procesos.

Obedece a cambios de concepción del concepto salud y enfermedad.

Producto del conocimiento específico de cada funcionario tanto de sus conocimientos teóricos y específicos del área que maneja, como de las dificultades por las que se enfrenta a diario.

El Hospital no ha incurrido en errores de atribuir equivocadamente los méritos de una creación a otras personas, ni tampoco a no exaltar ni dar importancia a la magnitud de los proyectos que han surgido.

El Apoyo de la gerencia ha sido el factor determinante en el surgimiento y desarrollo de los proyectos innovadores, además de los estímulos que se les dan a los funcionarios como son:

El concurso de experiencias, casos y proyectos exitosos, incentiva a que creen un programa o un recurso para mejorar algo en el Hospital y/o para facilitar su trabajo.

El reconocimiento a nivel interno del Hospital, entidades investigativas, entidades gubernamentales locales y distritales, ha sido suficiente recompensa para los funcionarios para la creación y el desarrollo de proyectos innovadores.

Constantemente se está midiendo y divulgando el resultado de la innovación lo que resulta motivante para los funcionarios.

Analizando el enfoque administrativo del H.R.U.U. su estructura orgánica y no mecanicista hace parte de los factores que determinan un ambiente propicio para la innovación; ya que funciona como un sistema abierto orientado especialmente hacia la integración con el ambiente externo y es flexible y permite cierto grado de libertad para el actuar de las personas

El Hospital cuenta con una estructura organizacional flexible y adaptable a cambios e innovaciones, no presentan estricta división del trabajo, ni los manuales de procedimientos y de funciones son una camisa de fuerza que les impida ir mas aya de estos ya que todas sus ideas son escuchadas y tenidas encuentra en caso de ser bien argumentadas. El concepto de gestor público es la prueba de esto donde se le incentiva a los funcionarios en dejar de ser simples funcionarios para progresar al nivel de gestor público, para poderse de salir a cumplir un manual de funciones para ser creador y promotor de ideas que vallan de a cuerdo con los objetivos del Hospital.

Existe la Descentralización de las decisiones hacia los niveles organizacionales medios administrativos. Donde es reconocido el conocimiento como elemento más importante en que la jerarquía.

Vale la pena aclarar, que éstas características no están presentes en toda la organización, sino en este grupo de jerarquía media alta, es donde se encuentra principalmente el surgimiento de los proyectos innovadores. La comunicación verbal prevalece sobre las comunicaciones formalizadas por escrito incentivándose más la interrelación de las personas. Se prefiere el trabajo en equipo que el individual.

Existe una tendencia la interrelación lateral y horizontal más que vertical, predominan las relaciones entre los colegas antes que las relaciones entre las jerarquías. En este grupo en particular predominan las buenas relaciones humanas para el trabajo en equipo y existe un nivel alto de comunicación.

De los éxitos mayores que dan los proyectos lo contribuye la satisfacción del usuario, la que permite la participación del mismo en los procesos tanto de gestión como de utilización de los servicios y las buenas referencias que estos dan a otros usuarios de la "calidad y calidez" que reciben.

Los reconocimientos que han tenido los proyectos del Hospital, les ha permitido mayor enriquecimiento por el intercambio de experiencias, mayor recaudo de dinero y lograr acuerdos con otras entidades que les permite multiplicar los esfuerzos. Además permite que las ideas sean expandidas y multiplicados sus frutos.

7. CONCLUSIONES

El fenómeno de la innovación se dio en el Hospital Rafael Uribe Uribe ya que existe una administración flexible, no convencional, dispuesta a escuchar ideas nuevas para implementar; y además se acompaña por un grupo de funcionarios empoderados, muy capaces y comprometidos a dar su mejor aporte al Hospital. Actualmente, "innovar" no es una necesidad del mercado para lograr ser competitivo, lo cual hace que la innovación se convierta en indispensable para la vida de una Empresa.

El Hospital Rafael Uribe Uribe, es una "Organización inteligente" ya que en ella se aplican las disciplinas básicas como el pensamiento sistémico, el donde cada uno de los fenómenos sucedidos no se realizan de manera aislada sino que contribuyan en los logros de los otros; el dominio personal se vio en todos los funcionarios que pusieron sus ideas y conocimientos al servicio del Hospital. Cuentan con pensamiento amplios y un alto grado de trabajo en equipo; poseen una visión compartida, ya que la planeación fue producto de consensos entre los funcionarios e inclusive los usuarios de los servicios del Hospital. Y finalmente el desarrollo del Hospital ha sido producto de un aprendizaje en equipo de las experiencias con comunidad y el trabajo con los funcionarios.

Los proyectos innovadores del Hospital Rafael Uribe Uribe fueron:

SIEF (Sistema de información de estadística y facturación); por ser un sistema de información, diseñado por los funcionarios del Hospital y único en el gremio y que contribuye en la eficiencia en la prestación del servicio de salud y eficacia en los procesos como elaboración y entrega de informes estadísticos y de cuentas.

SISPLACO (Sistema de Planeación y Control); por ser un sistema de planeación diseñado por los funcionarios del Hospital para el Hospital y único en el sector salud y cuyo aporte más importante es el de facilitar la planeación y el control de las actividades de cada funcionario, permitiéndoles a su vez la elaboración completa y oportuna de informes de gestión.

ZONA DE DESPEJE Y PEDAGOGIA DEL ERROR; por que aunque otras empresas cuentan con programas de resolución de conflictos, la metodología es diferente y única en las Empresas Sociales del Estado. Se trabaja el conflicto para construir pedagogía a través del error, e interpretarlo desde un enfoque sistémico. Se dan elementos para aprender de los errores.

TOCANDO PUERTAS; por que aunque no es el único programa de trabajo extramural de las Empresas Sociales del Estado, (también lo hace el Hospital de La Victoria) y la Secretaría de salud lo está exigiendo a todas las E.S.E.s; si es el único que hace un diagnóstico de condiciones de vida de las personas y el único que cuenta con la UBA MOVIL; además no le niega la atención a personas que no facturen con el Hospital sino que las evalúa, las diagnostica y realiza la

canalización correspondiente. Su impacto ha sido que este tipo de actividades de promoción y prevención han sobrepasado en un 901% a las actividades asistenciales.

EL MODELO DE ATENCIÓN; por el énfasis que le hace a las actividades de Promoción y prevención, ser pionero en hablar de auto gestores comunitarios; el único que trabaja las tres llaves: gestor público, alianza estratégica y unidad empresarial; se ha ganado el reconocimiento de la secretaria de Salud y aporta la filosofía al proyecto tocando puertas, que ha sobre pasando las actividades de promoción y prevención a las asistenciales.

GUIAS DE ATENCIÓN AL USUARIO Y RUTA DE LA SALUD; son creación del H.R.U.U. y solo está implementado en este Hospital, mejoran el servicio al cliente la calidad en la atención, contribuyen al reconocimiento que está ganando el Hospital en el Medio y recauda recursos del Fondo de Desarrollo Local para el Hospital.

Unos de los impactos más importantes que se esperan a largo plazo son la reducción de la incidencia de la enfermedad y por ende la reducción de los costos de la misma.

Los proyectos innovadores han mejorado la productividad del Hospital del 2001 al 2003 en un 90%; mejoran la satisfacción del cliente del 2001 al 2004 en un 21%, mejora la calidad de los servicios, el bienestar de los empleados, la eficiencia por que reduce costos de operación y eficacia de los procesos porque disminuye el tiempo de presentación de cuentas e informes de 40 días a 8 días entre el 2001 y el 2003 y mejora la prestación del servicio por que se obtiene más oportuna información acerca del ciclo del servicio.

El factor más importante y determinante en la creación de un ambiente propicio para la innovación es el apoyo de la gerencia y los altos estamentos del Hospital; que cuentan con un pensamiento amplio y flexible que incentiva a los trabajadores a crear y aplicar toda idea nueva que beneficie al Hospital.

Otro factor determinante, fue el contar con funcionarios empoderados y con iniciativas de progreso; además, que en este grupo, existe mucha comunicación, trabajo en equipo y disposición para el aprendizaje.

Los impactos que tuvieron los proyectos innovadores del H.R.U.U. son el aumento de la productividad, la eficiencia en la utilización de los recursos, la eficacia, la satisfacción del usuario y el reconocimiento de entidades gubernamentales, académicas y la comunidad.

8. RECOMENDACIONES

Los cambios importantes se dieron al inicio de la fusión y del equipo de trabajo actual, al inicio de la fusión del Olaya y el San Jorge, pero no se volvieron a producir ideas nuevas. Se recomienda que se instaure una cultura de innovación en la que estas ideas y proyectos innovadores sean de constante producción.

Se le recomienda al Hospital que realice más benchmarking con otras empresas del sector salud para aprender de ellas, retomar las enseñanzas que sean aplicables al Hospital e ir a la par con los avances que tienen Hospitales Privados y Hospitales extranjeros sin escudarse en la falta de recursos, para reconocer que falta mucho más por hacer y que la innovación no es un valor agregado sino una necesidad, para ser más competitivos y asegurar la supervivencia de la empresa.

El grupo que realiza los proyectos innovadores es reducido y cerrado, debe tratar de ampliarse al punto tal que abarque a todos los participantes del proceso de salud entre funcionarios, comunidad y personal externo al Hospital.

No hay que descartar la innovación tecnológica; hay que mirar otras fuentes de financiación interesadas en la innovación y que les puedan inyectar recursos, para esta.

A la Universidad de la Salle que incentiven la investigación en el sector salud ya que por ser un sector con pocos recursos, los administradores no lo ven como una oportunidad de negocio no incursionan en el medio y los centros de atención médica están carentes de buenos administradores que logren contribuir en el mejoramiento de la situación de la Salud en Colombia.

Al Hospital se le recomienda evaluar no sacrificar el bienestar del cliente interno por el bienestar de la comunidad ni el del Hospital ya que el talento humano es quien sostiene a una empresa y así como el Hospital ha surgido tanto en estos últimos años también puede decaer por el agotamiento del personal.

El Hospital debe crear un plan de contingencia para que los funcionarios que hoy existen no sean indispensables, empezando a formar más personas, con nuevas iniciativas que continúen el desarrollo de los proyectos existentes y el de nuevos proyectos para que la innovación en el Hospital no sea un capítulo en la vida de este, sino se convierta en una constante que le permita sostenerse y seguir progresando.

BIBLIOGRAFÍA

BANCO DE LA REPUBLICA. Introducción al análisis económico : El caso colombiano. Segunda edición actualizada. Bogotá D.C., Colombia. Siglo del hombre editores, 2002.

BELTRAN JARAMILLO, Jesús Mauricio. Indicadores de gestión : Herramientas para lograr competitividad. Bogotá : 3R Editores, 1999.

BERNAL, César Augusto. Metodología de la investigación para administración y economía. Bogotá D.C., Colombia. : Prentice may, 2000.

CHIAVENATO, Adalberto. Introducción a la teoría general de la administración. Quinta edición. Bogotá D.C., Colombia. Mc Graw Hill, 1999.

DANE. Estudios Censales. Proyecciones anuales de población 1995-2010, total país, departamentos y Bogotá D.C.

KUCZMARSKI, Thomas D. Traducción Cecilia Avila de Baron Universidad de los Andes Universidad de la Gran Colombia. Innovación: Estrategias del liderazgo para mercados de alta competencia. Colombia : Editorial Mac Grauu Hill, 2000.

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE. Informe Gehos unificado. Bogotá D.C., Colombia. 2003.

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE. Banco de proyectos experiencias exitosas. Bogotá D.C., Colombia. 2002.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACIÓN "ICONTEC". Tesis y otros trabajos de grado : Compendio. Bogotá D.C., Colombia : Contacto gráfico LTDA, 2002.

JARAMILLO Hernan; LUGONES Gustavo y SALASAR Monica. Normatización de indicadores de innovación Tecnológica en America Latina y el Caribe : Manual de Bogotá. Colombia : Talleres de Panamericana, Formas e Impresos, 2000.

ORTIZ OCAÑA Alexander Luis. Indicadores para la educación y el desarrollo de la creatividad profesional. (en línea) Holguín. Cuba.

PACHECO, Juan Carlos; CASTAÑEDA Widberto y CAICEDO Carlos Hernan. Indicadores integrales de gestión. Colombia : Mc Graw Hill, 2002.

ROBINSON Alan G. y STERN Sam; Creatividad Empresarial. Traducido en México : Pearson Educación, 2002.

UNIVERSIDAD BICENTENARIA DE ARAGUA; Mejoramiento continuo. Vicerrectorado Académico; Facultad de ciencias administrativas y sociales; (en línea) San Joaquín de Turmero, Octubre 1998.

URREA GIRALDO, Fernando; ARANGO GAVIRIA Luz Gabriela y DEGEVERA, Carlos Davila. Innovación y cultura de las organizaciones. Colombia : Corporación Calidad, 2000.

SECRETARIA DE SALUD; ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ. Investigaciones en seguridad social en salud. Colombia : Panamericana formas e impresos S.A. 1699.

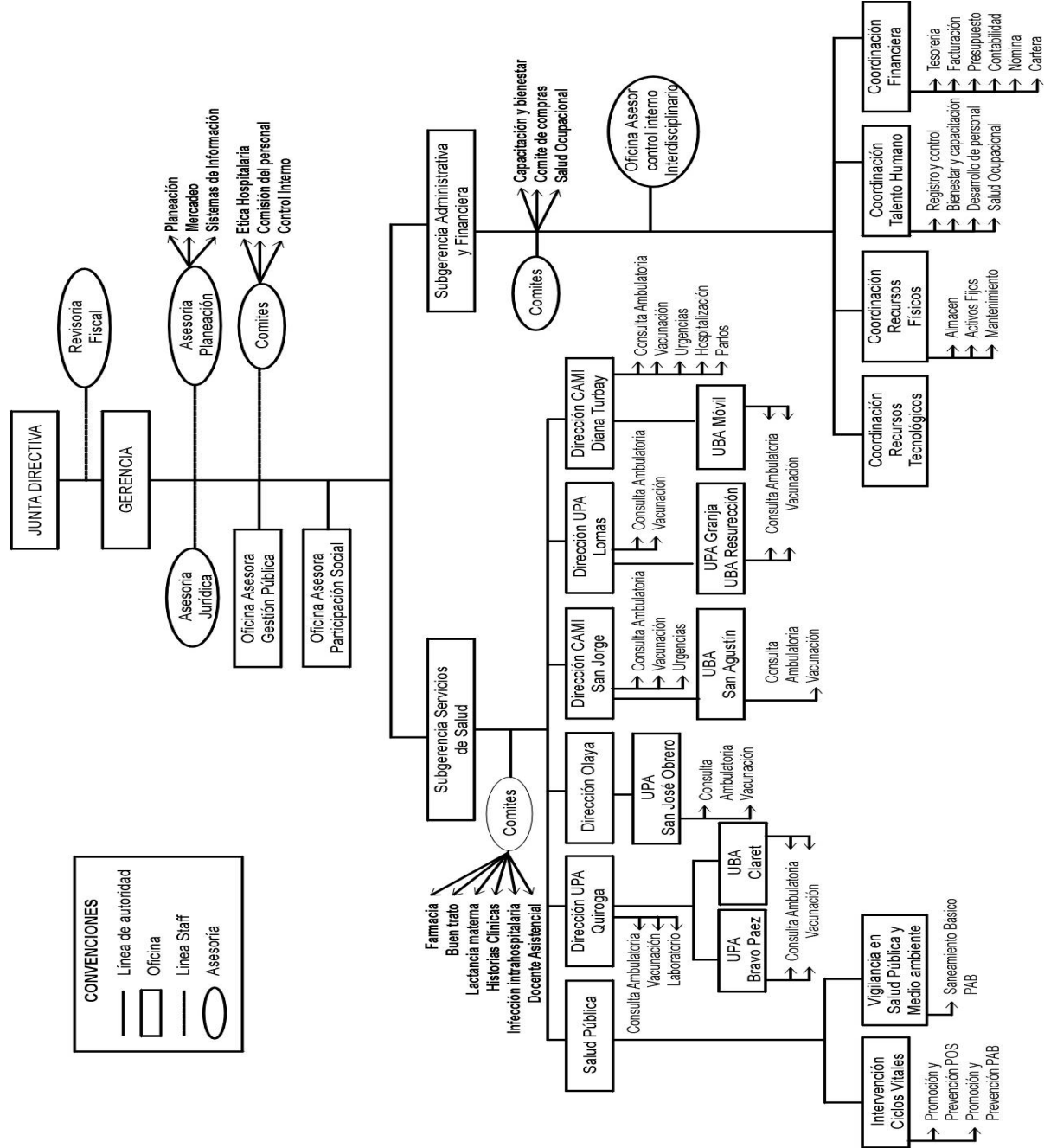
SENGE Peter. La Quinta Disciplina: El Arte y La Práctica de las Organizaciones que Aprenden. Buenos Aires. Ediciones Granica S.A. 1999.

VALERA, Rodrigo. Innovación empresarial : Arte y ciencia en la creación de empresas. Bogotá D.C., Colombia : Prentice may, 2001.

VARGAZ, Maricela; MALAVER Florentina y ZERDA Alvaro. Innovación Tecnológica en la Industria Colombiana. Bogotá D.C., Colombia. Observatorio de Ciencia y Tecnología y Conciencias. 2003.

**ANEXO A.
ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE:**

**HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.
ESTRUCTURA FUNCIONAL**



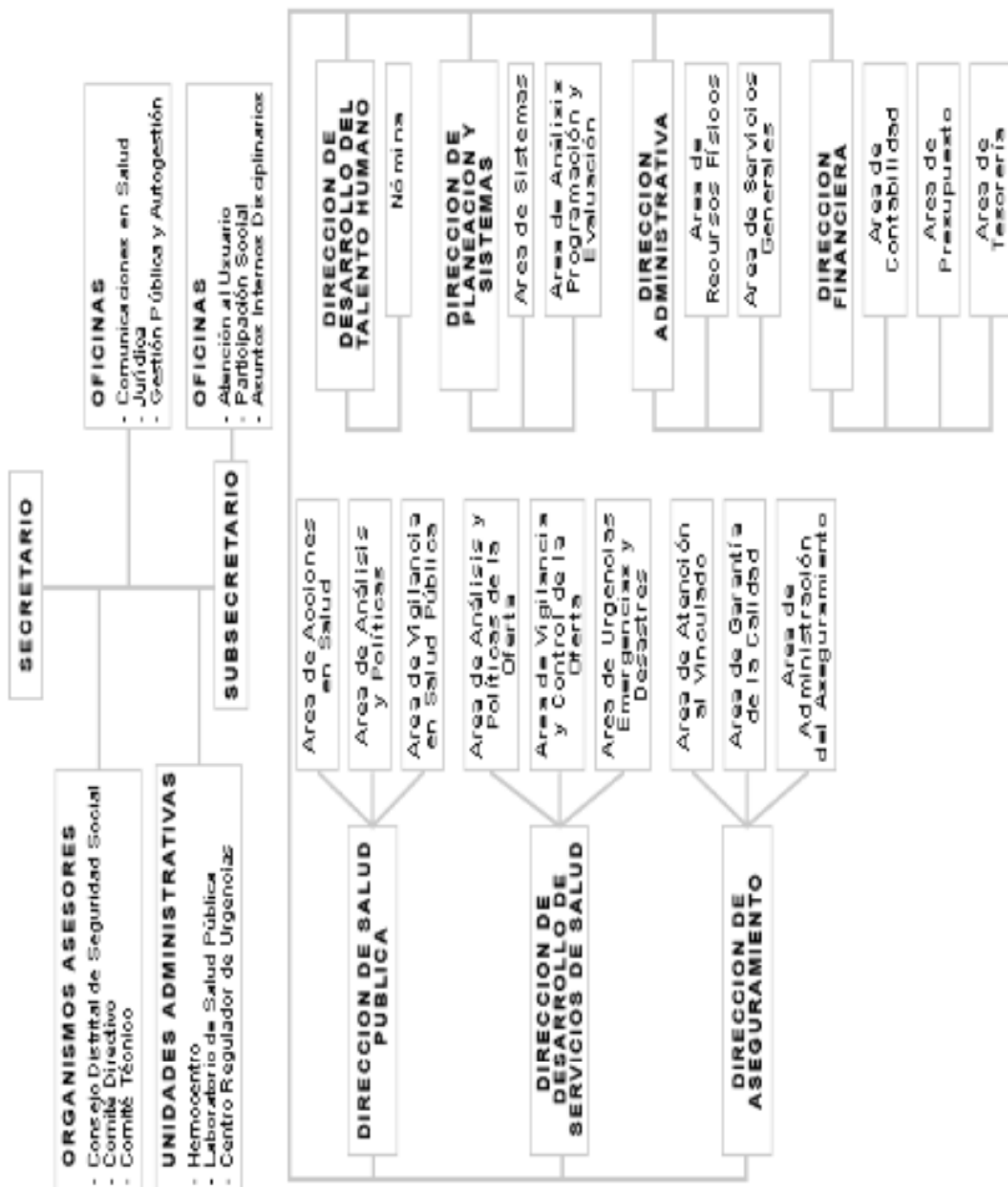
ANEXO B.

LOCALIDADES DE BOGOTÁ D.C.

Nro.	Localidad	Dirección	Teléfonos
01	Usaquen	Cra. 7 No 118 - 23	6195134 - 2133578
02	Chapinero	Calle 50 A No 13 - 58	2492244 - 2494833
03	Santa Fe	Calle 21 No 5 - 74	3821640 - 3421709
04	San Cristobal	Av. 1 de Mayo No 1 - 40 sur	3636740 al 44 - 2063064
05	Usme	Parque Principal de Usme Centro	7660041-7660098
06	Tunjuelito	Cra. 7 No 51 - 52 Sur Vía Usme	7698531/8619/8513
07	Bosa	Cra. 88 G. 59 C - 05 Sur	7750462 - 7785990
08	Kennedy	Trv. 80 No 41A - 34 Sur	4548000 - 4548001
09	Fontibón	Cll. 25 No 99 - 02	2678134-2671866
10	Engativá	Cll. 71 No 73A - 44	PBX. 2916670
11	Suba	Cll. 143 No 90 - 57	6815098-6824547
12	Barrios Unidos	Cll.74 A 50-98	6602769-2401369
13	Teusaquillo	Cll. 46 No 14 - 28	2853705-2851214
14	Mártires	Cra. 22 No 23 - 82	2683728-2683636
15	Antonio Nariño	Cll. 17 sur No.18 - 49 p3	2729161-2729240
16	Puente Aranda	Cra. 31D No 4 - 05	2774041-3710647
17	Candelaria	Cra. 5 No 14 - 46	2860318-2840925
18	Rafael Uribe	Cll. 22 sur No.14A-99	3618348-3660007
19	Ciudad Bolívar	Cra. 80 No 57X - 46 Sur	7190027 /26/85/87/89
20	Sumapaz	Cll. 35 Sur No 65 - 29 Barrio Carvajal	7272073-4507185

Fuente: www.Bogota.gov.co

**ANEXO C
ORGANIGRAMA SECRETARÍA DISTRITAL DE
SALUD**



Fuente: www.saludcapital.gov.co

ANEXO D

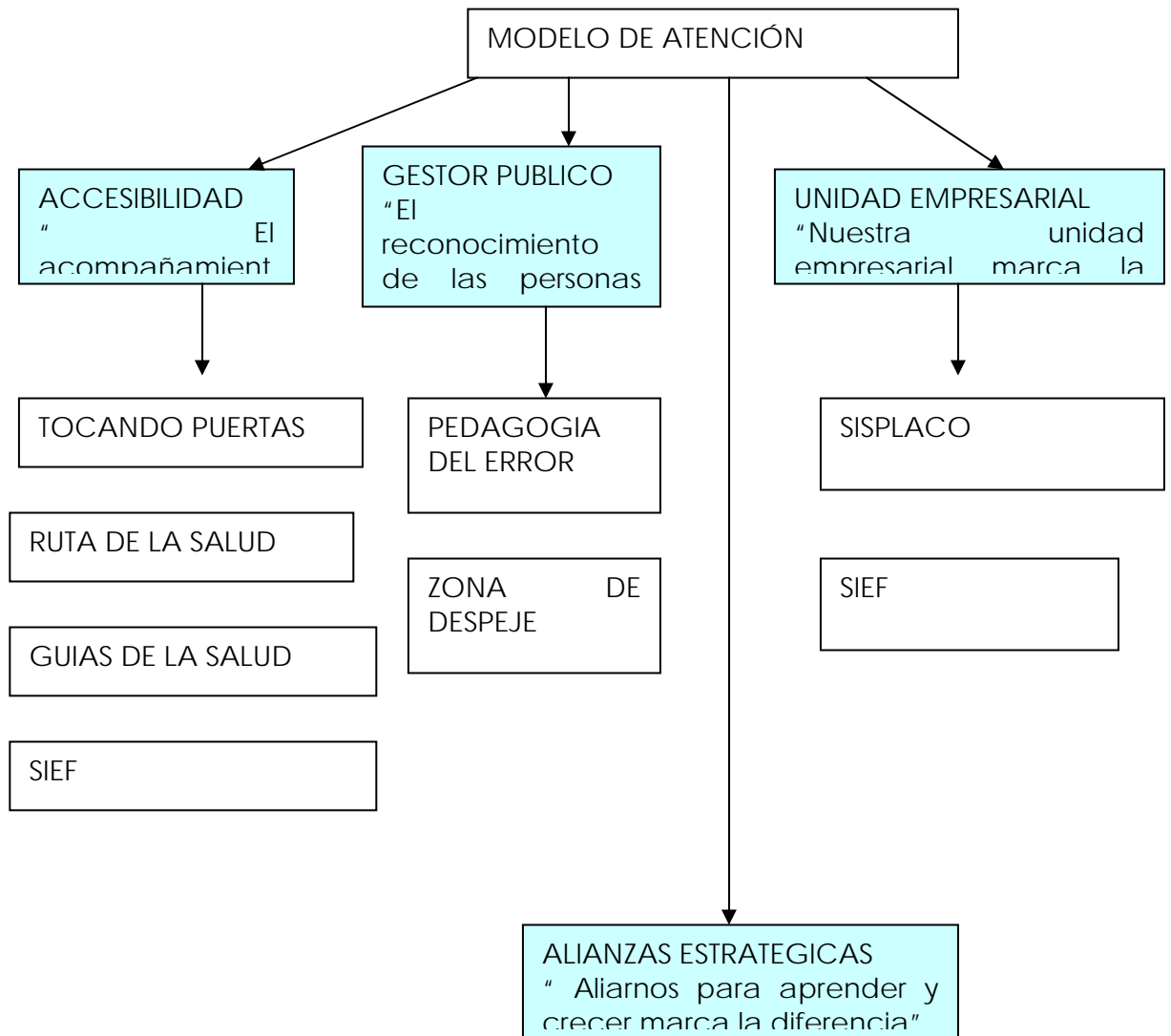
EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO ADSCRITAS A LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ D.C. 2003

RED	NIVEL	HOSPITAL	No. CAMAS	LOCALIDAD
NORTE	I	USAQUEN	23	USAQUÉN
	I	CHAPINERO	13	CHAPINERO
	I	SUBA	39	SUBA
	II	ENGATIVA	106	NEGATIVA
	III	SIMON BOLIVAR	329	USAQUÉN
SUR OCCIDENTE	I	PABLO VI BOSA	32	BOSA
	I	SUR	28	KENNEDY
	II	BOSA	68	BOSA
	II	FONTIBON	47	FONTIBÓN
	III	KENNEDY	172	KENNEDY
CENTRO ORIENTE	I	SAN CRISTÓBAL	12	SAN CRISTOBAL
	II	CENTRO ORIENTE	73	SANTA FE
	II	SAN BLAS	211	SAN CRISTOBAL
	III	LA VICTORIA	174	SAN CRISTOBAL
	III	SANTA CLARA	176	ANTONIO NARIÑO
SUR	I	USME	20	USME
	II	TUNJUELITO	65	TUNJUELITO
	I	RAFAEL URIBE	15	RAFAEL URIBE
	I	VISTA HERMOSA	49	CIUDAD BOLIVAR
	I	NAZARETH	6	SAN JUAN DE SUMAPAZ
	II	MEISSEN	104	CIUDAD BOLIVAR
	III	EL TUNAL	170	TUNJUELITO
TOTAL			1.932	

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Área de Análisis y Políticas de Servicios, 2002

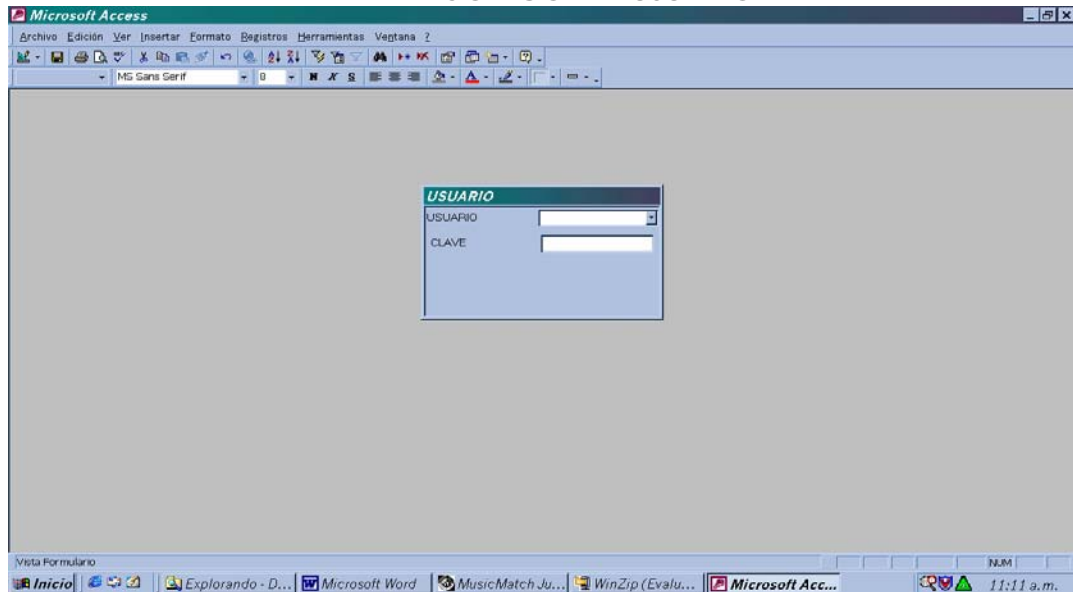
ANEXO E

MODELO DE ATENCIÓN Y LOS PROYECTOS INNOVADORES DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE



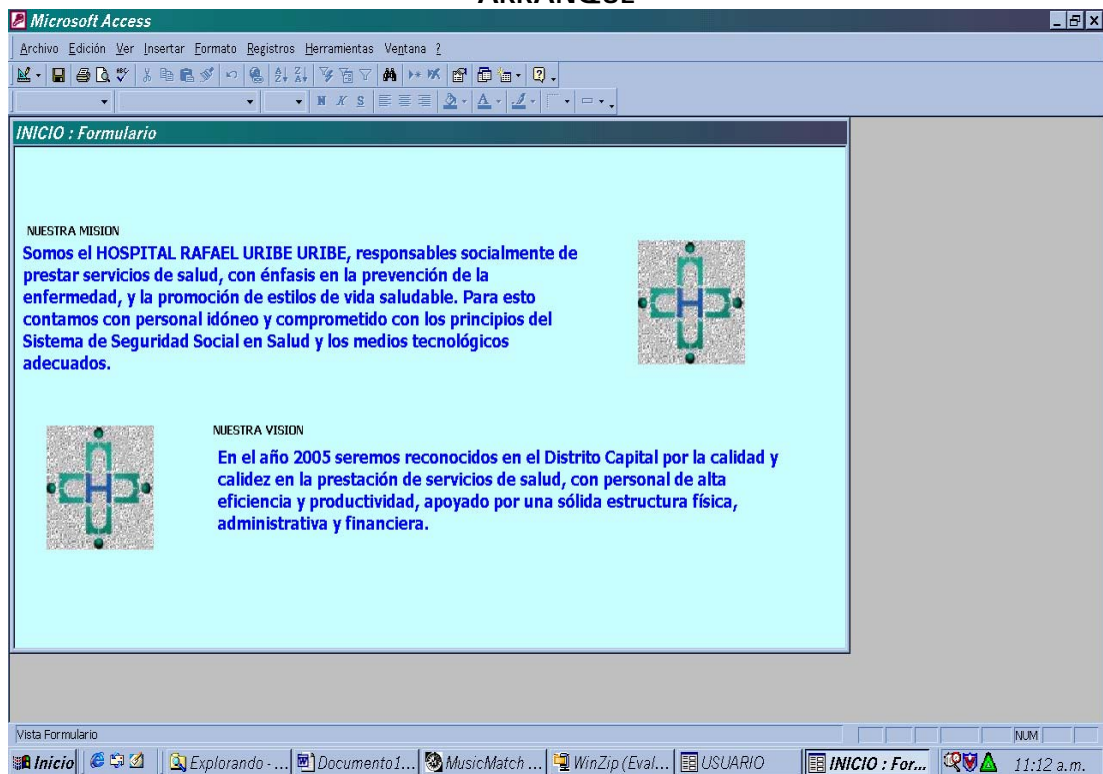
ANEXO F

PANTALLAS DE ENTRADA DE SISPLACO CODIGO DEL USUARIO



The screenshot shows a Microsoft Access window with a menu bar (Archivo, Edición, Ver, Insertar, Formato, Registros, Herramientas, Ventana ?) and a toolbar. The main area displays a form titled "USUARIO" with two input fields: "USUARIO" and "CLAVE". The taskbar at the bottom shows the Start button, several open applications including "Explorando - D...", "Microsoft Word", "MusicMatch Ju...", "WinZip (Evalu...", and "Microsoft Acc...", along with the system clock showing 11:11 a.m.

PANTALLA DE ARRANQUE



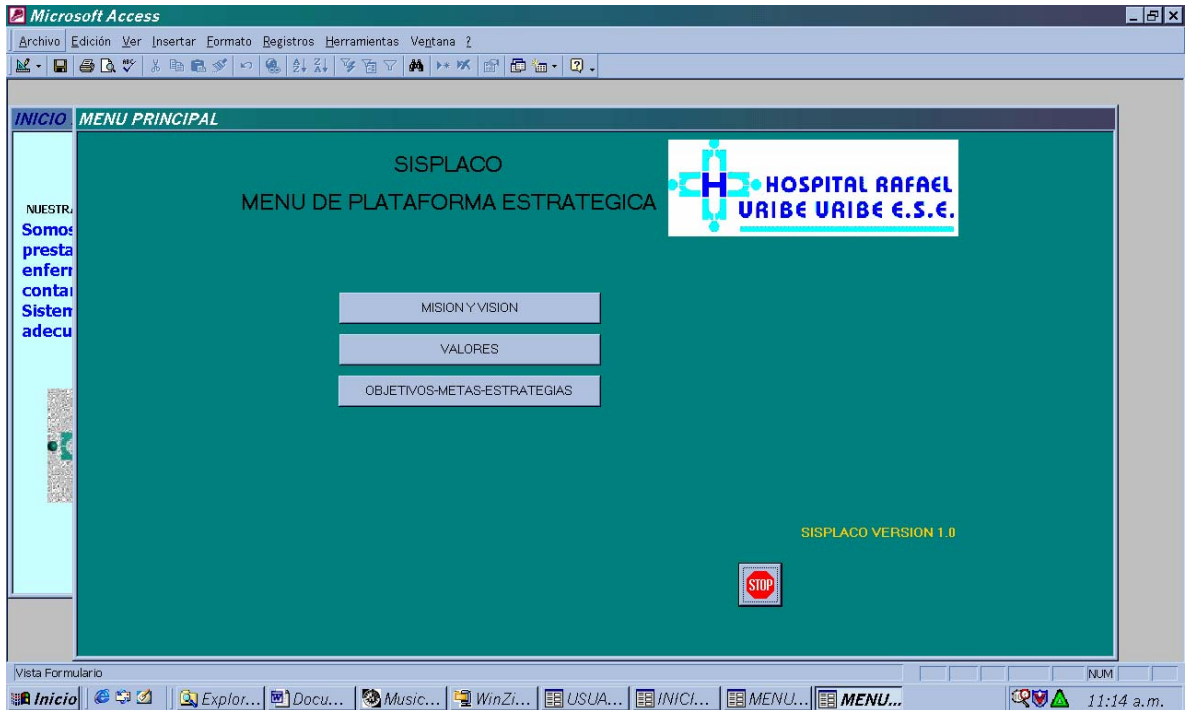
The screenshot shows a Microsoft Access window displaying a splash screen titled "INICIO : Formulario". The screen has a light blue background and contains the following text:

NUESTRA MISION
Somos el HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE, responsables socialmente de prestar servicios de salud, con énfasis en la prevención de la enfermedad, y la promoción de estilos de vida saludable. Para esto contamos con personal idóneo y comprometido con los principios del Sistema de Seguridad Social en Salud y los medios tecnológicos adecuados.

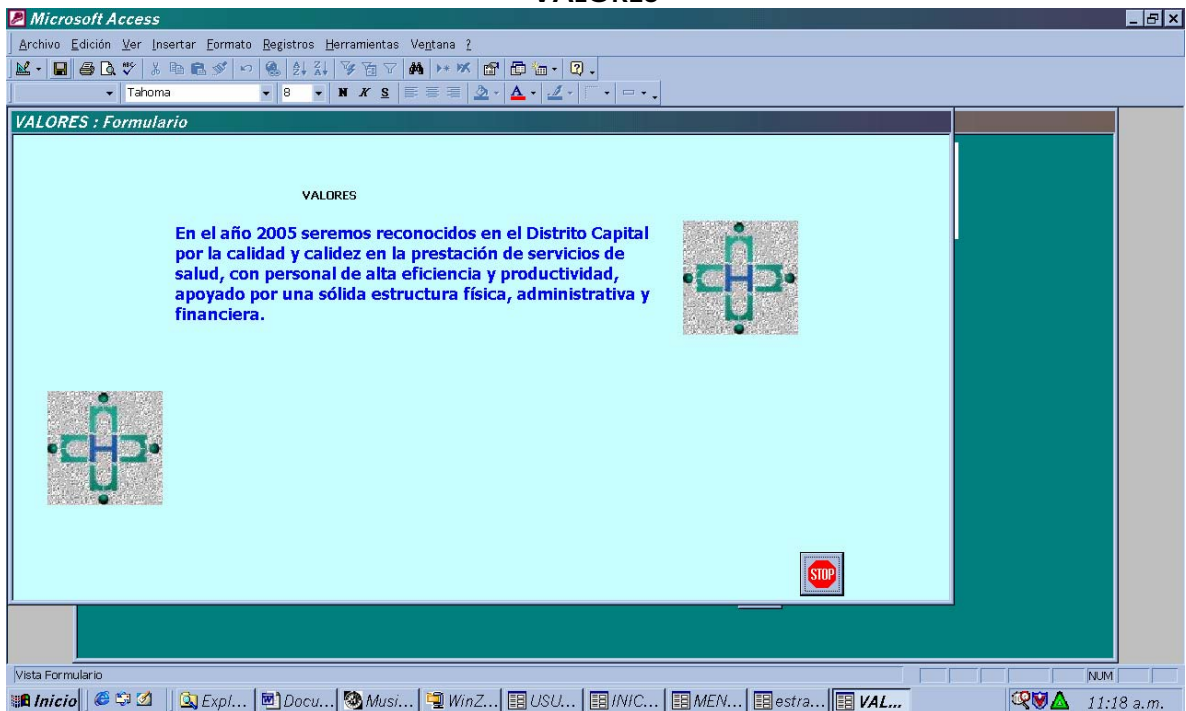
NUESTRA VISION
En el año 2005 seremos reconocidos en el Distrito Capital por la calidad y calidez en la prestación de servicios de salud, con personal de alta eficiencia y productividad, apoyado por una sólida estructura física, administrativa y financiera.

Two green cross icons are visible on the screen. The taskbar at the bottom shows the Start button, several open applications including "Explorando - ...", "Documento1...", "MusicMatch ...", "WinZip (Evalu...", "USUARIO", and "INICIO : For...", along with the system clock showing 11:12 a.m.

PLATAFORMA ESTRATEGICA



PANTALLA DE VALORES



MENU PRINCIPAL

SISPLACO MENU PRINCIPAL

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.

SISPLACO VERSION 1.0

STOP

FORMULARIO DE DEFINICION POR EL NIVEL DIRECTIVO DE LOS OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS CONTENIDAS EN LA PLATAFORMA ESTRATEGICA

objetivos

Objetivo: [] Responsable: QUINONES ALBARRACIN HECTOR Ultimo numero objetivo: [6]

Descripcion: MANTENER LA RENTABILIDAD SOCIAL EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD CON ENFASIS EN EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA

Metas

Obj-Rel	Fecha	Cod-met	Descripcion de la Meta	Indicador
2	30/09/03	2	Adaptación e implementación (rediseño de los modelos de atención (que) y de prestación (como) de serv	
2	31/12/03	3	Cumplir con los siguientes criterios de la Plataforma estratégica de Red. Portafolio de servicios en red, met	
2	31/03/03	4	Habilitación de los servicios que se están prestando, a abril del 2003	
2		0		

Ultimo numero Meta: [15]

estrategias

Meta Relacionada	Codigo Estrategia	Descripcion de la Estrategia
2	2	DISEÑANDO, IMPLEMENTANDO Y DESARROLLANDO MODELO DE ATENCION Y PRESTACI
2	3	INTEGRANDO Y FORTALECIENDO LA RED DE HOSPITALES.
2	4	IMPLEMENTANDO EL SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD

Ultimo numero Estrategia: [21]

Registro: [2] de 0

STOP

FORMULARIO DE DEFINICION DE ACTIVIDADES Y RESPONSABLES. POR ESTRATEGIAS Y METAS RELACIONADAS

Microsoft Access

Archivo Edición Ver Insertar Formato Registros Herramientas Ventana ?

MS Sans Serif 8

INICIO MENU PRINCIPAL

estrategiasop

Estrelogia [] Descripción Estrelogia DISEÑANDO, IMPLEMENTANDO Y DESARROLLANDO LA GERENCIA DEL SERVICIO

Meta Relacionada [1] Último numero Estrelogia [21]

Productos

Est-Rel	Cod-Pro	Descripción del Producto	Último numero Producto
[1]	[1]	Caracterización de la población por edades y sexo, centro de salud, frecuencia de uso y pagador	[539]
[1]	[2]	Documento de asignación de usuarios por centro por pagador y distribución en agendas.	[2]
[1]	[3]	Informe consolidado semanal por centro y pagador de la demanda atendida.	[2]
[1]	[4]	Plan de Mantenimiento Anual de la infraestructura física.	[2]

Registro: [1] de 113

Actividad

Pro-Rel	Cod-Act	Descripción de la Actividad	Último numero Actividad	Responsable	Fecha Term.
[1]	[1]	analizar las bases de datos de la población contratada y atendida	[1965]	[]	[]
[1]	[0]			[]	[]

Registro: [1] de 1

Registro: [1] de 20

Vista Formulario

Inicio Explor... Docu... Music... WinZi... USUA... INICI... MENU... estrat... 11:15 a.m.

CUADRO DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES PARA INFORMES DE GESTION

Microsoft Access

Archivo Edición Ver Insertar Formato Registros Herramientas Ventana ?

Ortografía

MS Sans Serif 8

INICIO MENU PRINCIPAL

SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES

HORTUA BAQUERO HECTOR

Producto informe de diagnostico de dotacion mantenimiento alimentacion lavanderia y vigilancia en los servicios que actualmente presta el

Codigo [276]

Actividad construir lista de chequeo frente a los servicios que estan operando en la institucion

Responsable ejec. HORTUA BAQUERO HECTOR

Fecha Inicial [] Fecha Final [31/03/03]

Realizada s/n Programado al año []

Ir a Menu Anterior

Registro: [1] de 1

Vista Formulario

Inicio Explor... Docu... Music... WinZi... USUA... INICI... MENU... estrat... SEGU... 11:16 a.m.

INFORME: PLAN OPERATIVO POR RESPONSABLE

Microsoft Access - [Plan Operativo Anual]

Plan Operativo Anual 2003
RECURSOS FISICOS CAROLINA MAFLA

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E. S. C.

Objetivo	Meta	Estrategia	Producto	Actividad	Valor Estimado	Avance	Responsable
MANTENER LA RENTABILIDAD SOCIAL EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD CON ENFASIS EN EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	Adaptación e implementación (rediseño de los modelos de atención (que) y de prestación (como) de servicios), a la realidad institucional del modelo de atención a septiembre 30 del 2003	IMPLEMENTANDO EL SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD	carpeta de inventarios actuales, individuales, por centro de atención y sede administrativa que incluya antes de tratarse con fecha, firma y firmas completas, valorizadas, identificadas con código de inventario, en orden cronológico y clasificada por	Organización de fondos documentales	1	1	MAFLA SAN CHEZ CAROLINA
					Avance Por Producto		
					1	0	MAFLA SAN CHEZ CAROLINA
					Avance Por Producto		100.00%
MANTENER LA RENTABILIDAD SOCIAL EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD CON ENFASIS EN EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	Adaptación e implementación (rediseño de los modelos de atención (que) y de prestación (como) de servicios), a la realidad institucional del modelo de atención a septiembre 30 del 2003	IMPLEMENTANDO EL SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD	Proyecto de archivo institucional	Diseñar la Tabla de Retención Documental	1	0	MAFLA SAN CHEZ CAROLINA
					Avance Por Producto		60.00%
MANTENER LA RENTABILIDAD SOCIAL EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD CON ENFASIS EN EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	Adaptación e implementación (rediseño de los modelos de atención (que) y de prestación (como) de servicios), a la realidad institucional del modelo de atención a septiembre 30 del 2003	IMPLEMENTANDO EL SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD	Plan de Bajas	Remate de bienes por martillo	1	1	MAFLA SAN CHEZ CAROLINA
					Avance Por Producto		100.00%
MANTENER LA RENTABILIDAD SOCIAL EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD CON ENFASIS EN EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	Cumplir con los siguientes criterios de la Plataforma estratégica de Red, Portafolio de servicios en red, mecanismos explícitos de coordinación, Estandarización de procesos administrativos y asistenciales para la prestación de servicios en Red a 31/12/2003	OPTIMIZANDO Y RACIONALIZANDO LOS RECURSOS INSTITUCIONALES.	Carpeta de control de combustible, mantenimiento de vehículos	Levantamiento de la información	1	1	MAFLA SAN CHEZ CAROLINA
					Elaborar planillas de control de		1 1 MAFLA SAN CHEZ CAROLINA

Página: 1 de 1

Preparado

Inicio Explora... Docum... MusicM... WinZip... USUARIO INICIO... MENU... Plan O... 11:29 a.m.

FORMULARIO DE EVALUACION DE ACTIVIDADES Y EVALUACION DE LA PROGRAMACION

Microsoft Access

Archivo Edición Ver Insertar Formato Registros Herramientas Ventana ?

MS Sans Serif 8

av actividad

MAFLA SANCHEZ CAROLINA

Producto Plan de Mantenimiento Anual de la infraestructura fisica. Inicio 01/01/03

Actividad Mantenimiento infraestructura fisica CAMI Chircales Termina 31/12/03

Programado 58

Logros	Dificultades	Medidas Correctivas	Programado	Realizado	Mes
4 Se instaló la red telefónica total solicitud de 7 líneas telefónicas	Ninguna	Ninguna	1	1	01
4 Se gestionó la consecución de la acometida de la red hidráulica	Se detectaron errores en la ejecución de la obra por parte de	Gestionar por cuenta propia los arreglos y realizar los trámites	2	2	02
4 Adecuación sala de espera Pintura fachadas, muros internos	Presentación de imprevistos en la misma ejecución de las labores	Organización del personal y optimización de tiempos según	11	11	03
4 Terminación Sala de Espera Instalación punto eléctrico y	Disponibilidad de recursos y de tiempo completo del personal por	Determinar prioridades para el cumplimiento de las solicitudes	5	5	04
4 Recarga baterías UPS Instalación RACK	No se cuenta con contratos para equipos de apoyo especializados	Realizar cursos de inducción al personal de mantenimiento del	8	8	05
4 Instalación tandem Sala Espera Cons Ext	Diversas solicitudes de mantenimiento lo que genera	Determinar prioridades para el cumplimiento de las solicitudes	8	8	06

Registro: 1 de 22

Vista Formulario

Inicio Explora... Docum... MusicM... WinZip... USUARIO INICIO... MENU... av acti... 11:29 a.m.

INFORME EJECUTIVO DE ACTIVIDADES

Microsoft Access - [inf_avance]

Archivo Edición Ver Herramientas Ventana ?

75% Cerrar

Informe Ejecutivo

MAFLA SANCHEZ CAROLINA ENTRE Miércoles, 01 de Enero de 2003 Y oles, 31 de Diciembre de 2003

Producto	Actividad	Programado		Ejecutado		% Cumplimiento		Logros	Dificultades	Medidas correctivas
		Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes			
Carpeta de control de combustible, mantenimiento de vehículos	Elaborar planillas de control de consumo de combustible y asignación de vehículos	24	2	12	2	50%	100%	De acuerdo a las planillas se observó consumo normal de combustible por vehículo Mantenimiento: * Preventivo: a 6 vehículos del Hospital * Correctivo: Ambulancia, Toyota Hilux Asignación vehículos: Apoyo Medio Ambiente en fines de semana	Gran cantidad de solicitudes de vehículos por la misma área o por diferentes áreas para la misma fecha.	Combinar recorridos y compartir el vehículo entre varios funcionarios para darle cumplimiento a todas las actividades programadas
carpeta de inventarios actuales, individuales, por centro de atención y sede administrativa que incluye: actas de traslado con fecha, ítems y firmas completas, valorizada, identificados con código de inventario, en orden cronológico y clasificada por	Levantamiento de la información	9	1	9	1	100%	100%	Se realizó la Toma Física y legalización de inventario en el CAMI Olaya	La ausencia de acompañamiento por parte de los funcionarios responsables de algunas áreas de consulta externa, originó una reprogramación para el levantamiento del inventario en esta área	Reprogramación del inventario
Instalación de la Central de Llamadas	Adecuación física del espacio destinado para la Central de llamadas	1	1	1	1	100%	100%	Se adecuó el espacio para ubicar el personal y los equipos para el funcionamiento de la Central de Llamadas	Ninguna	Ninguna
Plan de Bajas	Remate de bienes por martillo	2	1	1	1	50%	100%	Se vendieron bienes a través del martillo	No se pudo vender todo en una sola etapa	Programar la venta para el mes siguiente
Plan de Mantenimiento Anual de la infraestructura física.	Cronograma mensual de mantenimiento de la infraestructura física	12	1	3	1	25%	100%	Se diseñó un plan de trabajo inicial	Diversas solicitudes de mantenimiento que alteran la programación inicial	Diligenciar el formato de solicitudes de mantenimiento para ajustar el plan inicial
	Elaboración de fichas de diagnóstico	9	9	9	9	100%	100%	Se elaboraron las fichas de diagnóstico para todos los centros y sede administrativa	Ninguna	Ninguna
	Elaboración de tabla de estándares por centro	9	9	9	9	100%	100%	Se diseñaron las tablas de estándares		
	Mantenimiento infraestructura física CAMI Chircales	38	1	35	1	80%	100%	Se instaló la red telefónica total solicitud de 7 líneas telefónicas		

Página: 1 de 3

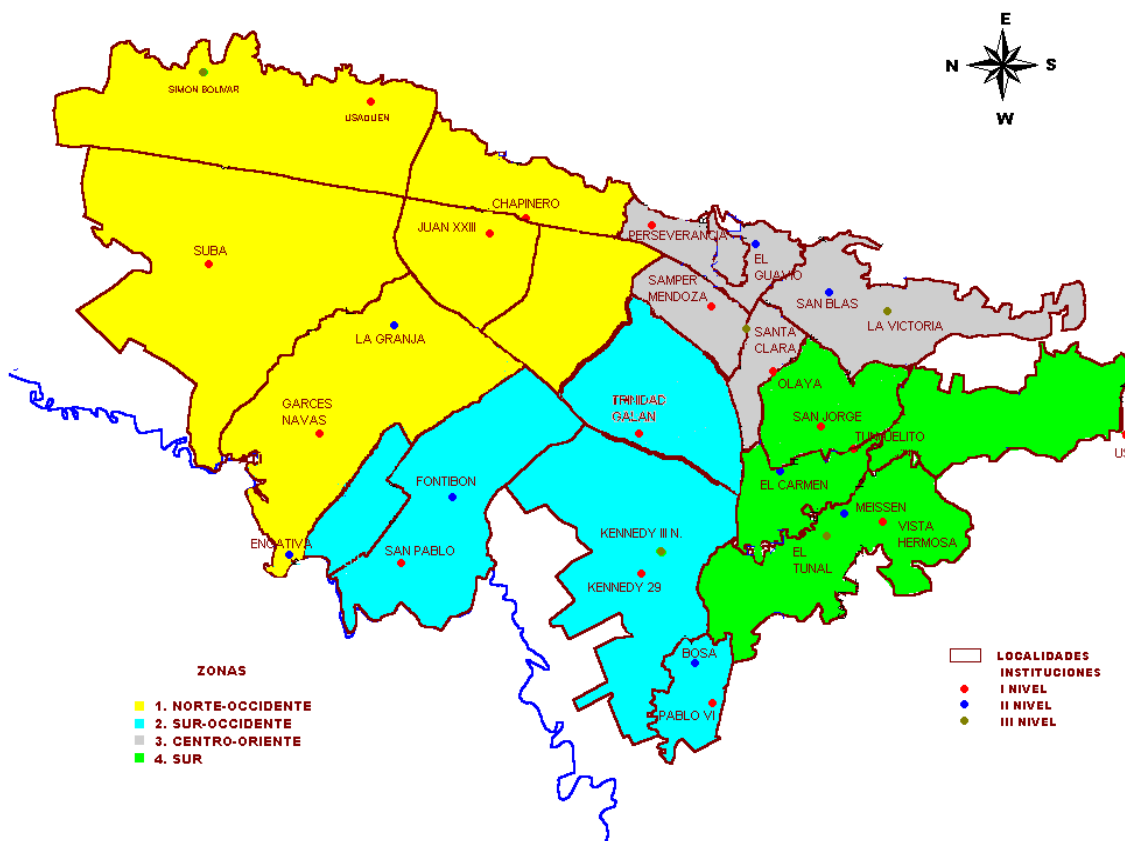
Preparado

NUM

Inicio Explora... Docum... MusicM... WinZip... USUARIO INICIO... MENU... inf_ava... 11:31 a.m.

ANEXO G

REDES DE SERVICIOS DE SALUD DE BOGOTÁ D.C.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Área de Análisis y Políticas de Servicios, 2002

ANEXO H

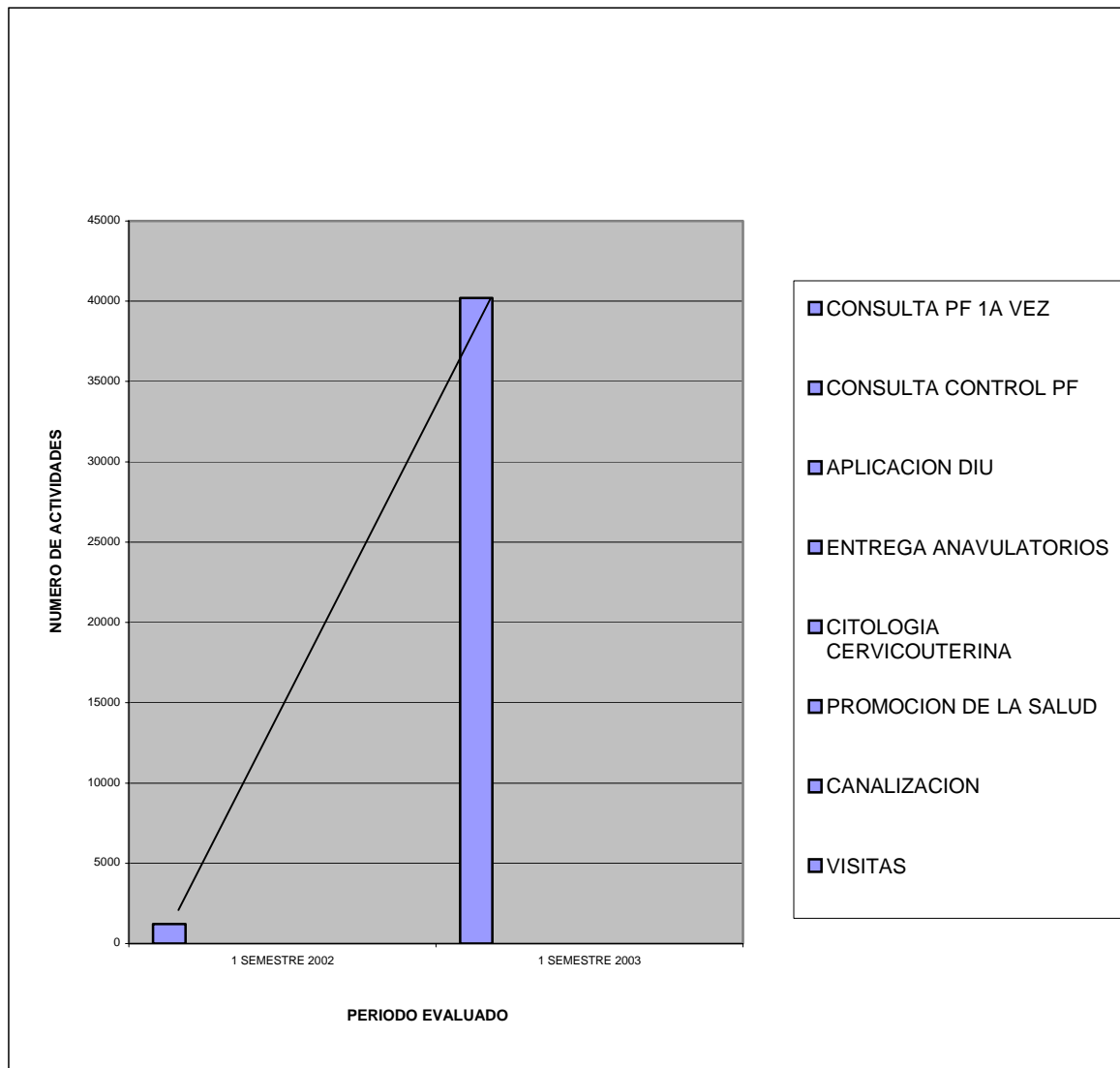
AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN BOGOTÁ. D.C., POR LOCALIDAD

LOCALIDAD		TOTAL AFILIADOS	
		MARZO DE 2003	%
1	USAQUÉN	45.950	3,5%
2	CHAPINERO	11.997	0,9%
3	SANTA FÉ	56.082	4,3%
4	SAN CRISTÓBAL	114.582	8,7%
5	USME	126.363	9,6%
6	TUJUELITO	47.116	3,6%
7	BOSA	119.578	9,1%
8	KENNEDY	131.111	10,0%
9	FONTIBÓN	30.207	2,3%
10	ENGATIVÁ	73.847	5,6%
11	SUBA	99.283	7,6%
12	BARRIOS UNIDOS	15.646	1,2%
13	TEUSAQUILLO	1.459	0,1%
14	MÁRTIRES	14.827	1,1%
15	ANTONIO NARIÑO	10.052	0,8%
16	PUENTE ARANDA	17.805	1,4%
17	CANDELARIA	8.925	0,7%
18	RAFAEL URIBE	94.870	7,2%
19	CIUDAD BOLÍVAR	230.769	17,6%
20	SUMAPAZ	3.722	0,3%
	SIN CLASIFICAR	59.888	4,6%
	TOTAL AFILIADOS	1.314.079	100%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección de Aseguramiento. Corte mayo 31 de 2003

ANEXO I

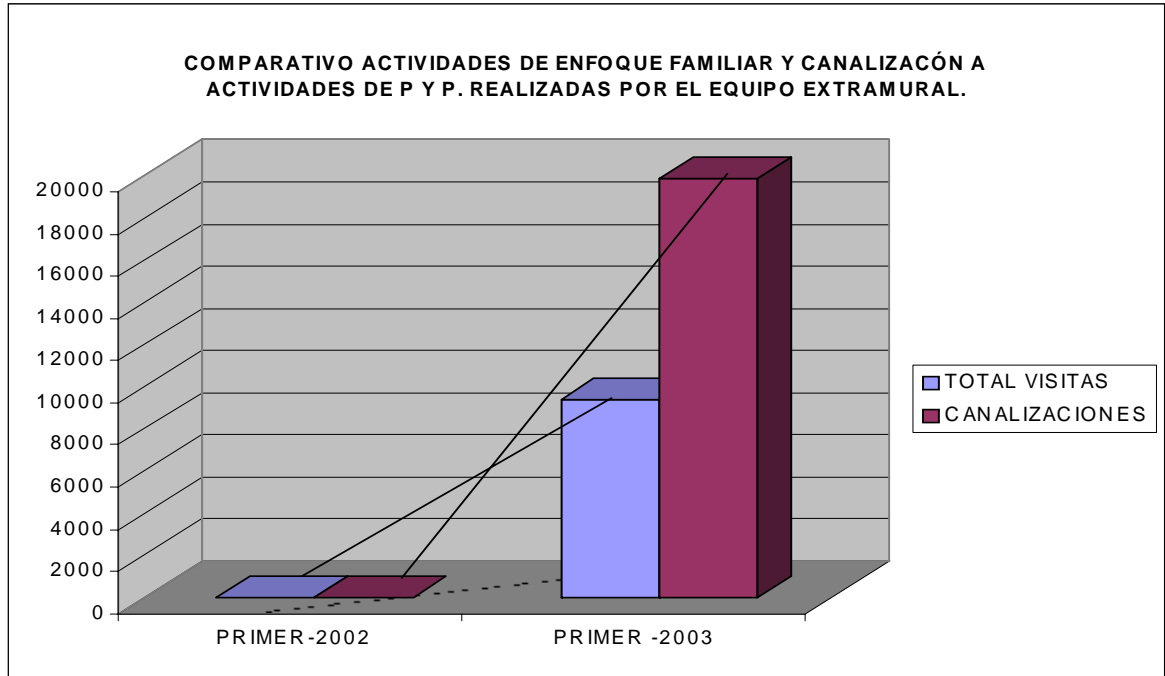
COMPARATIVO DE ACTIVIDADES DE P Y P REALIZADAS A POBLACION DE REGIMEN SUBSIDIADO 1 SEMESTRE 2002-2003



Fuente: Banco de Proyectos Hospital Rafael Uribe Uribe.

ANEXO J

COMPARATIVO DE ACTIVIDADES DE ENFOQUE FAMILIAR Y CANALIZACIÓN A ACTIVIDADES DE P Y P. REALIZADAS POR EL EQUIPO EXTRAMURAL.



Fuente: Banco de Proyectos Hospital Rafael Uribe Uribe

ANEXO K

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD)

En el presente aparte, se describen las principales bases conceptuales, las características y la descripción de la puesta en marcha de la implementación del modelo de atención en salud familiar y comunitario propuesto, para que, partiendo de la situación actual, podamos analizar y proponer los cambios en la forma organizativa de la prestación de los servicios de salud, teniendo como marco de referencia el Sistema General de Seguridad Social en Salud, vigente en nuestro País, con lo cual pretendemos promover un mejor y más equitativo desarrollo de la salud en el Distrito Capital y para ello propondremos impulsar políticas, reformas y mecanismos que garanticen el acceso a la atención de salud en condiciones adecuadas de protección para los hogares y la realización de atención para sus miembros.

Se parte del convencimiento que se debe extender la cobertura de salud a aquellos grupos de población más vulnerables, iniciando en forma prioritaria por las seis localidades en emergencia social del Distrito Capital, con el ánimo de lograr allí, ojalá en un corto plazo, la universalidad en la atención; así mismo se busca fortalecer los primeros niveles de atención, los cuales avisoramos con un alto grado de capacidad resolutive.

Por otra parte, es esencial contar con el concurso de las demás instituciones que atienden el sector social en el Distrito, instancias que constituyen en factor clave para potenciar los resultados positivos y obtener equitativo y eficiente desarrollo de nuestras comunidades.

Objetivo general

Mejorar las condiciones de salud de la población mediante la generación de procesos de autogestión social y el acceso equitativo a la atención integral en salud, en los ámbitos FAMILIAR, ESCOLAR, LABORAL, COMUNITARIO y LOCAL.

Objetivos específicos

Fortalecer procesos de participación social en los ámbitos familiar, escolar, laboral, comunitario y local, en todas sus etapas (planeación, ejecución, evaluación y seguimiento y control ciudadano).

Fomentar en las comunidades la definición e implementación de herramientas de autogestión y corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

Implementar estrategias de atención en salud, por grupos vitales, en los ámbitos definidos, interviniendo los determinantes generales, particulares y singulares, mediante acciones individuales y colectivas, con la participación activa de la comunidad.

Superar la segmentación de la atención de la población, las familias y los individuos, generada por la dinámica del aseguramiento y la diversidad de planes de beneficios, mediante el establecimiento de políticas unificadoras de contratación.

Fortalecer los primeros niveles de atención en salud y definir mecanismos expeditos para garantizar el funcionamiento del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia y las articulación entre niveles.

Fomentar la capacidad de gestión institucional de los diferentes actores del sector (principalmente organismos de dirección y prestadores) y estimular la articulación intrasectorial, a través de mecanismos que generen sinergia entre actores.

Fortalecer el papel de las Empresas Sociales del Estado en la gestión de los servicios de salud, enfatizando su función social y procurando a la vez su sostenibilidad económica.

Descripción del modelo

El Modelo se fundamenta en el concepto de la salud como derecho: "Disfrute del más alto nivel de salud física y mental que sea posible, lo cual supone algo más que liberar al individuo de afecciones o molestias y proveer las condiciones que le permitan desarrollarse sanamente y gozar de un nivel de vida adecuado" (PIDESC, art.12). Como tal, está inmerso en la Política Pública en Salud, definida para el distrito en la actual administración e incorpora elementos como la atención primaria en salud, la participación social, inter-sectorialidad, el concepto de ciudadanía, territorio y población como ordenadores, equidad, acceso, la calidad y la universalidad en la atención entre otros.

Características generales

Son características del presente modelo las siguientes:

Corresponsabilidad

Autogestión - autonomía

Trans-sectorialidad

Universalidad

Continuidad

Longitudinalidad

Legitimidad

Accesibilidad

Calidad

Integralidad

Sostenibilidad

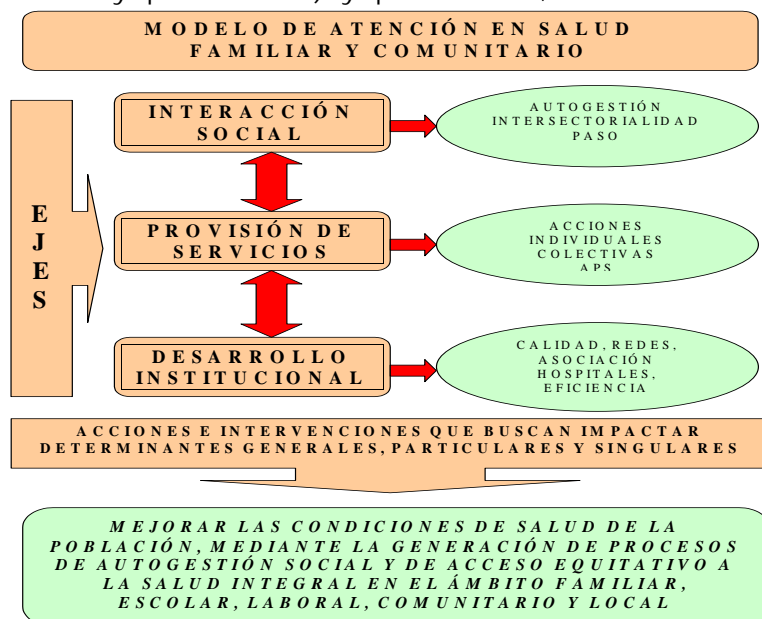
Estrategias centrales
 Atención Primaria en Salud
 Participación social
 Trabajo en red
 Gradualidad en la implementación
 Territorio y población como ordenadores.
 Ejes del modelo

Se acordó que el modelo, por sus características, debe intervenir 3 EJES:

Interacción Social. Con el cual se busca generar capacidad de autogestión de salud comunitaria, a través de la Participación Social (intersectorialidad y participación comunitaria) como elemento dinamizador del EJE, reflejado en: Elaboración de diagnósticos locales a partir de información consistente y de fuentes fiables; planeación local participativa fundamentada en diagnósticos locales y, PAB por territorio, generador de autogestión.

Provisión de Servicios. Con el desarrollo de este eje, se pretende garantizar: el acceso libre de barreras a los servicios, integralidad de la atención en salud, universalización progresiva de la atención según grupos prioritarios, continuidad y longitudinalidad de la atención.

Desarrollo Institucional. El desarrollo de este eje posibilitará, por un lado, fomentar la capacidad institucional de los diferentes actores del sector (entes de dirección y control, aseguradores y prestadores) y por el otro, estimular la articulación



intrasectorial, a través de mecanismos que generen sinergia entre las instituciones. Ámbitos Fueron definidos los siguientes ámbitos: Familiar, escolar, laboral, comunitario y local (zonas de alto riesgo y establecimientos de producción y consumo de bienes y servicios).

El modelo, operará así:

Equipo de trabajo, conformado por:

Equipo básico:

Médico

Odontólogo

Enfermera

Auxiliar de enfermería

Gestor Comunitario (4)

Este equipo tendrá bajo su responsabilidad, entre 2.500 y 3.200 personas, teniendo en cuenta el perfil de las familias y las particulares condiciones de sus integrantes.

Equipo de apoyo:

Profesionales de las especialidades básicas (medicina interna, ginecoobstetricia, pediatría y cirugía).

Otros: Psicología, nutrición, trabajo social.

Médico de familia, que tendrá a cargo un determinado número de equipos e interactuará con ellos en todos y cada uno de los aspectos técnicos y en los de tipo operativo.

Capacitación

Esta se realizará por fases, así:

Aprestamiento para la implementación del modelo. Se probarán y ajustarán instrumentos y se revisarán procesos en los hospitales que han venido trabajando bajo este esquema.

Capacitación en líneas temáticas básicas, previamente acordadas con entidades docentes y que permiten en un corto período de tiempo (entre 4 y 6 meses), iniciar la operación del modelo. No necesariamente conduce esta capacitación al otorgamiento de título.

Profundización, en temas ya abordados y en temas nuevos de ser necesario. Dura entre 6 y 12 meses dependiendo de la modalidad e intensidad de la capacitación. Conduce a título.

Especialización, por cuenta de cada integrante del grupo.

En todo caso, con el propósito de facilitar apoderamiento de los contenidos temáticos, las entidades docentes, incorporarán en la propuesta curricular, contenidos pedagógicos.

Las universidades que en el Distrito disponen de este tipo de programas han sido invitadas a presentar propuestas, al igual que CAFAM, ASCOFAME y la Universidad de Toronto en Canadá. Por la dimensión del proyecto, la propuesta es que si no todas, un gran número de estas entidades hagan parte del mismo. Previamente se unificarán conceptos y se estandarizarán procesos y su instrumentalización, de manera tal que no se dificulte la implementación del modelo.

Mecanismo de adscripción

El grupo familiar a través de la demanda espontánea o mediante visitas programadas por el grupo en su conjunto o por algún integrante del mismo, será captado, registrado en un formulario diseñado con ese propósito, y adscrito a un punto de atención y un equipo básico. Se expiden los respectivos carnets que acreditan el derecho a los servicios y se elabora por parte del equipo el plan de trabajo para con dicho grupo, teniendo en cuenta las condiciones del mismo explicitadas en la ficha diligenciada.

Plan de intervención familiar:

Incluirá:

Actividades individuales

Actividades colectivas

Actividades del Plan de Atención Básica

Actividades intersectoriales, competencia de todo el equipo, pero de manera especial del Gestor Comunitario.

Interfases entre el Primer Nivel y el resto de niveles:

Se formalizarán mediante convenios o relaciones contractuales donde queden claramente explicitados aspectos como:

Sistema de Referencia y Contrarreferencia, mediante el empleo de la tecnología ya desarrollada (conectividad).

Traslado de recurso humano y equipos de los niveles superiores al primer nivel, para aumentar su capacidad resolutoria entre un 85 y 90%

Desarrollo de la telemedicina.

En el equipo básico recae la responsabilidad de hacer seguimiento a la familia, al cumplimiento de los planes de intervención diseñados para ellas y el manejo individual de sus integrantes.

Seguimiento y evaluación

En principio lo realiza el equipo básico, sobre:

Plan de trabajo del equipo.

Plan de intervención familiar

Auditoría externa de calidad, acceso y cobertura.

Control ciudadano

Retroalimentación

Esta se realiza de manera cíclica de tal manera que incluya aspectos relacionados con el diagnóstico, los ajustes en la planeación, los planes de intervención, ajustes a instrumentos y al mismo plan de trabajo de los equipos.

Contratación y forma de pago

Se realizará de la siguiente manera:

Se hará un solo contrato para todas las atenciones definidas.

Se contratará bajo la figura de cooperativa.

Las atenciones de baja complejidad serán capitadas y las de mediana y alta complejidad se reconocerán por grupos de diagnósticos relacionados (DRG) o pago fijo global prospectivo.

La UPC será ponderada, por ciclo vital, condiciones de vida y cumplimiento de indicadores de calidad y acceso.

Durante la transición, se respetan los términos de la actual contratación.

ANEXO L

ENTREVISTAS

ENTREVISTA DRA MARTHA CIELO

Asesora de desarrollo de servicios de la Secretaria de Salud del Distrito. Que ha venido asesorando al Hospital Rafael Uribe Uribe en el planteamiento y el desarrollo del modelo de atención.

El objetivo de dicha entrevista es obtener de una fuente confiable, imparcial y con la autoridad necesaria para calificar al Hospital como innovador o no y el impacto que ha tenido el modelo de atención.

1. Es o no innovador el Hospital Rafael Uribe Uribe y por que?

El Hospital ha venido desarrollando un modelo de atención que no ha planteado ningún otro Hospital del Estado, y por tal motivo lo podríamos calificar como innovador.

2. En que consiste la innovación del Hospital?

El modelo de atención posee varios elementos diferentes y que destacan al Hospital; entre estos encontramos:

Gestor Público donde tenemos a los programas de: Pedagogía del Error, escuela de líderes y Zona de despeje únicos del Hospital Rafael Uribe Uribe. Se cambia el concepto de servidor público al de gestor público, trabajando al funcionario de manera integral en todos sus entornos. Su eslogan es "El reconocimiento de las personas marca la diferencia"; se reconoce tanto al cliente externo como al cliente interno brindándoles bienestar. El concepto de Gestor público es único en el Hospital Rafael Uribe Uribe.

En Unidad Empresarial tenemos a SISPLACO Y A SIEF como únicos del H.R.U.U. Este surge como necesidad desde la fusión a la que fue objeto el Hospital. El H.R.U.U. Utiliza parámetros importantes como el mapa de competitividad (diseñado por la cámara de comercio) el cual no había sido aplicado a Empresas Sociales del Estado. Se implementan estrategias empresariales; "afectivas, efectivas y lúdicas", entre las cuales se encuentran:

Viernes de procedimientos.

Mesas de facturación.

Ensaladas de procesos.

Chivas de reconocimiento.

Se realiza acompañamiento en la planeación en la cual participan varios de los estamentos del Hospital. Con el Plan Padrino, donde un funcionario de nivel administrativo acompaña a : Director y a líder operativo de cada Centro médico en la planeación anual del Centro.

Con un slogan que reza así: " Nuestra unidad empresarial marca la diferencia"

En Accesibilidad, los Guías de la Salud por el tipo de acompañamiento que este la hace al usuario; y la Ruta de la Salud no es la única pero si fue la primera y sirvió como modelo para otros Hospitales.

Las alianzas estratégicas; aunque todos los hospitales trabajan en equipo con otras entidades pero no se le da tanto énfasis a este ni se pretende cubrir la totalidad de la entidades que puedan incidir en el estado de salud de la población de su influencia hace un trabajo tan enfático ni prioritario como lo es para el H.R.U.U. Su eslogan es " Aliarnos para aprender y crecer" y pretenden que en unión con ellas se logren potencial izar los programas del Hospital.

3. Que impacto ha tenido el modelo de atención que plantea el Hospital Rafael Uribe?

El Hospital ha presentado una "Propuesta de modelo de atención para la Secretaria Distrital de Salud"; para ser implementada en toda la ciudad, aráis de esto, la Secretaria de Salud del Distrito, plantea "El Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria" para ser impuesto a las demás Empresas Sociales del Estado, Ver Anexo H.

El cual retoma el manejo preventivo como actividad prioritaria, e involucra a la población mediante procesos de autogestión social y de salud en los ámbitos familiar, escolar, laboral, comunitario y local.

En síntesis el Hospital Rafael Uribe es pionero en el planteamiento de este tipo de modelo de Atención y ha generado cambios tanto en la salud de la comunidad como en la políticas de la Secretaria de Salud y en el pensamiento de comunidad y funcionarios del Hospital y de la Secretaria.

ENTREVISTA DRA. ROSEMARY SEPULBEDA

Subgerente de servicios de salud y gestora de la idea del nuevo modelo de atención. Viene trabajando con el Hospital desde el año 2001 en el mismo cargo.

El objeto de esta es conocer el inicio, el desarrollo, los demás proyectos innovadores que han ido de la mano con este y el impacto que ha tenido el modelo de atención.

¿EN QUE CONSISTE EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN QUE SE ESTÁ IMPLEMENTANDO EL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE?

EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE, consiste en la implementación de un modelo de atención enfocado a generar un impacto en las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad, a partir de l diseño de actividades institucionales intrasectoriales e intersectoriales. Para que este sea sostenible se requiere primero implementar un modelo de gestión.

Para que el modelo de atención logre el impacto deseado se requiere desarrollar cuatro llaves, las cuales son:

Accesibilidad a los servicios de salud: la cual está enmarcada en los principios de calidad a lo largo de todo el ciclo del servicio, con énfasis en el acompañamiento dirigido desde el primero y último contacto con el usuario, son el fin de crear perfiles de usuarios que tomen decisiones informadas. Formar usuarios competentes para decidir y ser responsables con lo que deciden (lo innovador es el acompañamiento que le estoy haciendo).

Para el desarrollo de esta se implementaron programas como la ruta de la salud y los guías de atención al usuario.

Se reorganizan los servicios, creando unidades integrales de atención, a partir de las siguientes estrategias,

La georeferenciación, la cual consiste en acercar los servicios de atención institucional a donde los usuarios permanecen la mayor parte del tiempo.

El mecanismo de adherencia: el cual pretende que las condiciones en que el usuario acceda al servicio sea digna e informada y desarrolle en el usuario pertenencia por la institución. Los cuales son:

Tocando puertas y gestionando barrio.

UBA móvil

Ruta de la salud.

Guías de atención al usuario.

Se crearon plataformas de sistemas de información para que el usuario fluya de manera ágil en la institución por medio de los guías de atención al usuario, y lo que se ha denominado la conectividad que la da el sistema de información SIEF, el cual permite manejar información de manera confiable, veraz y oportuna, eliminando tiempos de espera innecesarios y creando falsas expectativas e insatisfacción en el usuario. A la Institución le permite la evaluación de los ciclos del servicio y cuantificar el impacto alcanzado con indicadores de cobertura.

Alianzas estratégicas:

Basada en el principio “Aliarnos para aprender y crecer marca la diferencia”

Y partiendo del hecho de que ni lo sabemos todo ni lo podemos todo. Se han realizado alianzas estratégicas con: la academia, la ciudadanía y con el gobierno local, las cuales han permitido un trabajo en equipo en el que se unifican objetivos y estrategias comunes, sumando esfuerzos y recursos para así obtener mayores logros.

Unidad empresarial:

Consiste en que el Hospital se termine de unificar después de la fusión y que se consolide como una Empresa sólida y auto sostenible.

➤ **Gestor público:**

Es un estado avanzado al que puede progresar un funcionario público, que consiste en que este sea capaz de crear ideas en beneficio de la institución a la que pertenece y a su vez de la población a la que esta le sirve; proponerlas y ser capaz de desarrollarlas. Persona capaz de manejar espacios de decisión, que identifica, gesta, gestiona y resuelve con efectividad las necesidades de su ámbito. Se avanza de funcionario a gestor público y de usuario a autogestor local.

¿PORQUE UTILIZA LA PALABRA PEDAGOGIA?

Se llama pedagogía porque el ejercicio de describir una experiencia Institucional, nos permite visualizar los aciertos y los desaciertos y aprender de ellos.

¿Qué PROYECTOS INNOVADORES HAN SURGIDO CON EL JUNTO CON EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN QUE SE ESTÁ IMPLEMENTANDO EL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE?

Existen cinco proyectos innovadores que han sido de vital importancia para el buen funcionamiento del Modelo de Atención.

Se clasifican según su contribución así:

De apoyo Administrativo:

SIEF: Consiste en la organización de un sistema de información que involucra el conjunto de actividades, métodos, procesos y procedimientos de las áreas de Estadística y Facturación, para lo cual se crea un aplicativo denominado SIEF (Sistema de Información Estadística y Facturación), que de manera automática se actualiza de los datos capturados en facturación de servicios y se complementa con la digitación de los datos de la atención directa al usuario, garantiza datos útiles, oportunos, exactos y completos, disminuye los tiempos de respuesta, fortalece el desarrollo y control de los procesos de planeación y organización de

la oferta institucional de servicios, los de gestión administrativa y financiera, basados en una Cultura de la Calidad.

SISPLACO: "SISTEMA DE PLANEACION Y CONTROL DE GESTION" El proyecto consiste en construir sobre una sola matriz (ver anexo uno), toda la gestión institucional, como un gran plan integrado, para garantizar que las estrategias, actividades y productos realizados, atiendan o den alcance a los objetivos institucionales planteados por la gerencia. Esta matriz esta conformada por un eje X en donde se desarrollan las variables necesarias para consolidar líneas de acción y un eje Y en donde se plasman todos los objetivos instituciones, que afinan las líneas en torno a la misión y a la visión institucional.

De atención al usuario:

RUTA DE LA SALUD: Es un vehículo que brinda servicio puerta a puerta 24 horas que se les brinda a maternas, a pacientes de urgencias ambulatorias entre Unidades de atención, a los discapacitados y a personal asistencial y que consiste en recogerlos en la casa llevarlos a Centro de atención y retornarlos nuevamente a su casa.

GUIAS DE ATENCION A USUARIO: Guías de Atención al Usuario: El Hospital dispondrá de 13 personas habitantes de la Localidad Rafael Uribe Uribe con conocimientos relativos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, portafolio de servicios y sobre la importancia de la participación comunitaria en Salud para que se desempeñen como orientadores de los usuarios del Hospital Rafael Uribe Uribe y que permitan aumentar el nivel de satisfacción, facilitar el acceso de los usuarios de los servicios, favorecer el uso más eficiente de los servicios e incrementar la base social de los mecanismos de la participación.

De atención al cliente interno:

ZONA DE DESPEJE: Es un espacio terapéutico adecuado para la resolución de conflictos a partir de la asistencia y participación de funcionarios que sean parte del modelo preventivo y/o correctivo de un conflicto en forma pasiva o activa, siendo ellos los síntomas del sistema y no las causas del mismo

Zona de despeje es aquel espacio reservado y especializado en el cual la persona o personas que hacen parte de un conflicto pueden asistir, en forma voluntaria y expresar de una manera clara, sincera y sin máscaras, su problemática, la medida en que el conflicto ha podido obstaculizar su

desempeño en el ámbito laboral y las repercusiones del mismo a otras áreas como la personal, familiar y social. Posteriormente, una vez identificados los posibles signos y síntomas que llevaron a general el conflicto, el poder abordarlos, confrontarlos y darles una solución adecuada, viable e inmediata buscando generar mecanismos adecuados de comunicación, recrear una cultura del buen trato y procrear estrategias adecuadas en situaciones conflictivas.

DE DONDE SURGIÓ LA IDEA DE IMPLEMENTAR LA “PEDAGOGIA EN LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN PARA EL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE”?

No existe casi literatura sobre modelos de atención en salud, existe sobre modelos de prestación de servicios en salud. A partir del concurso Experiencias Exitosas, el Hospital Rafael Uribe le ha dado la oportunidad a los funcionarios de narrar las experiencias exitosas y por esta razón la Subgerencia de Servicios de Salud, salud publica y planeación determinó empezar a escribir, como ha sido la experiencia de tratar de implementar un modelo de atención que a la fecha lleva 3 años de evolución y podemos contar de manera pedagógica como ha sido nuestra la experiencia, nuestros asiertos y desaciertos lo más importante es que podamos multiplicar los asiertos y los desaciertos no se repitan por que no conoce la historia la repite.

COMO SE HA SIDO LA EVOLUCIÓN DE ESTE PROGRAMA (DEL INICIO HASTA LA FECHA?)

El modelo de atención no puede considerar un programa, mas que esto es una concertación frente a la orientación que el Hospital le da a la prestación de servicios esto quiere decir que es una filosofía es un ponerse de acuerdo frente a la reflexión de que es la salud, entendida como el bienestar de todo el entorno que rodea al usuario, no como la ausencia de la enfermedad como lo decía la OMC en Canada, nosotros estamos de acuerdo con esa definición y a partir de esta el Hospital hace su plan de desarrollo; dentro de los objetivos en el plan de desarrollo para 3 años, se crea como un orden dedefinir e implementar un modelo de atención y es así como nace la idea que el Hospital desarrolle las estrategias que le permitan afinar un modelo de atención con un enfoque familiar y preventivo con el deseo de llegar a la comunidad. A partir de la formulación del Plan de Desarrollo se empiezan a desarrollar las actividades y e4l diseño de los servicios al interior del Hospital de tal manera que se favorezca la promoción y la prevención, y el fomento de los estilos de vida saludables y hacia el individuo y su familia, georeferenciado es decir acercar el Hospital a la Gente y no la Gente al Hospital

QUE LO HACE UN MODELO DE ATENCIÓN DIFERENTE A LOS DEMÁS?

No hay muchos modelos de atención con los que uno se pueda comparar lo que si puedo decir es que desde formulación, siempre el valor agregado que quisimos ponerle es "marcar la diferencia" hacer cosas diferentes primero para llamar la atención del usuario, se preserve en el tiempo, impacte su modo de vida, y al final mostrar logros de cambio. El Hospital Rafael Uribe encuentra cuatro llaves, entendiendo como llaves aspectos estratégicos y relevantes, para obtener logros. Contar con estas llaves no quiere decir que sean las que son pueden ser más o otras, pero lo que si es cierto es que el desarrollo de estas llaves permitió que se diera el objeto que es que sea preventivo y familiar. Un elemento es la accesibilidad para que el usuario acceda a los servicios con el valor agregado que consiste en acceder de manera acompañada e informada. Desarrolla una llave de "alianzas estratégicas" que permiten potencializar las ideas, potencializar los logros y potencializar los recursos y potencializar la infraestructura, al tener alianzas con la academia, la ciudadanía, o con el gobierno local, se está trabajando no con mis recursos sino con los recursos de los dos, haciendo que los logros sean más grandes. La otra llave es la de gestor público entendida como que si bien es sienta el cambio cultural de pensamiento, que es lo que hace el modelo de atención que es crear la salud exige que debo tener a partir de que yo obtenga unos hábitos saludables creer que la atención primaria es lo primero y lo mas importante, apreciar que las actividades de promoción y prevención son estratégicas para los logros; siendo coherente con este discurso entiendo que el cambio debe empezar a partir de mi, pese a que somos unos profesionales creados para curar la enfermedad, se trabajan todas unas estrategias para crear en los profesionales así sean asistenciales o administrativos , el medico ve al enfermo como su objeto, y que su fin es recetar unos medicamentos y no unas cartillas, el no entiende porque el Hospital debe invertir en cartillas, porque se supone que un Hospital debe comprar jeringas, medicamentos. O porque introducir dentro de su plan ocupacional, capacitación acerca de relaciones humanas, si el fin ultimo de la salud se trae a través de las relaciones. El Hospital empezó a crear todas unas estrategias, para que los funcionarios dejaran de ser quienes cumplen una función para ser gestores públicos, es decir ser capaces de reconocer Ens. Contexto las oportunidades, y los fracasos frente a esas dos experiencias poder construir y crear soluciones y gestionar esas soluciones que vio. "Es un cambio de cultura"

La otra llave que lo diferencia es La Unión Empresarial; este era un Hospital que tenia un déficit de más de \$ 200'.000.000, debido bajos procesos de resolución, decisiones no informadas ni soportadas, no se contaba con un sistema de información estructurado, a ineficiencia, baja productividad.

A partir de consolidar esta Empresa frente a una imagen institucional, a un plan de Desarrollo y al fortalecimiento de una comunicación apropiada que es lo que hace la diferencia del Hospital Rafael Uribe. Se logra en tan solo tres años un Hospital auto sostenible, y se están creando redes de inversión.

QUE IMPACTO HA TENIDO EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE?

El impacto del modelo de atención, aunque está dirigido para el usuario, esa misma preparación que soportaba anteriormente y que tiene que hacer para estar listo a que el saliera a brindar un nuevo enfoque de la salud, no ha salido del Hospital, no puedo decir que se han aumentado las coberturas, o que la mortalidad materna ha disminuido que le hemos cambiado el estilo de vida a mucha gente, ni el patrón cultural a otros que no son los mejores, Esta parte sería la segunda etapa.

La primera etapa dio un impacto frente a la visión que tiene un profesional del Rafael Uribe, en cuanto a la salud y a la enfermedad, que es importante porque nadie vende lo que no cree. Solo así el profesional nuestro está casi listo para salir a venderle la idea a sus usuarios; de hecho hoy en día el profesional está muy interesado en recordarle a la mamá, al adolescente y a la persona de la tercera edad una serie de servicios a los que tiene derecho, antes no se hacía es así como las actividades de promoción y prevención se han incrementado en el 901 %, en el 2001 éramos 80% actividades curativas y 20 % actividades asistenciales; hoy en día se ha casi invertido está casi 70% preventivo y 30% asistencial; esto quiere decir que el Hospital empieza a estar listo para poder vender esa filosofía y hacerla realidad; y poder mostrar el modelo de atención con indicadores de impacto que permita medir logros frente al individuo, la familia y la comunidad.

SE HAN IDENTIFICADO MAS INDICADORES CUANTITATIVOS QUE CUALITATIVOS?

Hay mucho cuantitativo por mostrar en el Hospital como son: producción la efectividad, los ciclos terminados de servicio, las atenciones integrales que se han logrado, los niños que han terminado sus esquemas, todo esto podríamos mostrar lo que no hemos cuantificado es el impacto de forma cualitativa, después de todo lo que los usuarios han dado y que han sido beneficiarios de esto que tanto, la mamá entiende de lactancia materna y la protege y la vive y se le vuelve el día a día, que tanto una mamá va a dejar que se le pase su citología anual, que tanto los papas hoy en día dejan que el mejor plato sea para el hijo y no para el que es el que lleva a la casa la plata, Que tanto yo logro cambiar el pensamiento hacia un modelo de atención preventivo, porque no es solamente que ellos hayan sido beneficiados como yo te puedo contar que, aumento las actividades

de prevención el 901% sino que estas personas entendieron el mensaje y serán capaces de cuidar su salud, de lo contrario yo no he hecho nada porque solo los he inducido y ellos no prodigan la filosofía del programa.

¿Qué SE PROPONE EL HOSPITAL OBTENER EN TERMINOS GENERALES CON LA IMPLEMENTACION DEL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN?

Básicamente, hacer barrio, hacer ciudad y hacer país, a partir del cuidado del bebe que nace, y su entorno tendremos alguna oportunidad de ver mucho mejor para las generaciones que vienen, que nosotros no tenemos Ya ningún papel frente a la enfermedad sino cuantificar secuelas y mirar que tanto limitamos el daño, pero frente a esto durante mucho tiempo la ciencia ha estudiado la enfermedad y ha hecho descubrimientos maravillosos pero la idea es que en un País subdesarrollado como Colombia esas investigaciones no están a nuestro alcance, en cambio la promoción y la prevención si están al alcance nuestro y nos podrían dar mayores éxitos que la misma tecnología que ha dado la enfermedad; hacia ciudadanos mental, psicosocialmente y de su entorno, para el mañana.

11. ¿AQUIENES FAVORECE EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN?

El modelo de atención no tiene fronteras inicialmente para el Hospital Rafael Uribe son dos Localidades la 15 y la 18 que son la poblaciones que son de su alcance.

¿Por qué VALE LA PENA DESARROLLAR E IMPLEMENTAR ESTE NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE, (Para con los beneficiarios)?

En un país como Colombia los recursos so escasos y la necesidades son muchas. Es un modelo que se requiere de mucha voluntad mas que dinero, todos ponemos el usuario, la institución los funcionarios, en la enfermedad yo brindo unos servicios y el usuario accede a ellos, ellos tienen que ser participes del modelo. En este caso el alumno debe superar al maestro, algún día a este que yo le estoy enseñando va a salir a educar a sus hijos y a convivir pacíficamente.

QUE CONTINUIDAD SE LE VA A DAR AL PROYECTO “PEDAGOGIA EN LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE”

Yo me imagino que me la haces porque ahora va a a ver un cambio de gerencia. Las barreras más difíciles son las políticas, la ley 100 que estableció competencias dentro de los actores del sistema. Un modelo de atención no puede ser para unos debe ser para todos. Yo como gestora del modelo cuando lo operativizó debo tumbar esas barreras. Yo no puedo hacer barrios saludables porque van a haber poblaciones que no son objeto de mi referencia, porque están afiliados a otros sistemas, pero ahí es donde vienen las alianzas estratégicas, porque aunque no los puedo atender directamente, con los recursos del hospital. Si los podría atender si toda la Localidad entendiera que el proyecto es para que sea un barrio saludable, no importa que es este proyecto aportemos 6 entidades, pero que todas estemos de acuerdo en aportar y ahí si se cerraría la brecha para que se diera. El modelo subsistirá siempre y cuando las políticas sean flexibles y los mandatarios y los líderes tanto locales como distritales departamentales institucionales como el gerente, etc. y las mismas comunidades unan esfuerzos para que esas barreras no se pierdan. La continuidad del modelo es libre para quienes lo quieran seguir que es lo que se intenta escribir, tal vez no aquí tal vez más aya, puede ser en otro departamento o en otro Hospital, la idea es que se siembre una semilla de una experiencia la cual este documentada para el que la quiera tomar

QUE LIMITACIONES HA TENIDO LA IMPLEMENTACIÓN DE “LA PEDAGOGÍA EN LA CONSTRUCCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE?

En tiempo: Usted tiene primero que subsistir; entonces el desarrollo de las actividades del modelo tienen que ir siendo paralelas, a la vida cotidiana de una institución, tiene que ser auto sostenible es decir hay que sacarle tiempo porque tiempo no hay, frente a lo que mas en el factor tiempo se requiere es en el desarrollo de las tres llaves ya que se gasta mucho tiempo en la conciliación, el consenso, el convencimiento, de la comunidad, de los funcionarios, de la parte directiva de los gobernantes locales para que todos unísona mente, confiemos lo legitimemos y esto requiere de un lobby y una venta de ideas para que eso se de; esto es lo que mas ha gastado tiempo.

En espacio: Tenemos que pasar de un Hospital individualista a un Hospital colectivo, los espacios eran para consulta individual ahora es para consulta colectiva, el medico y la enfermera se tienen que salir del escritorio, para acercar el hospital a sus casas.

En recursos: Es muy costoso las actividades de educar y vender ideas con los usuarios, nos ha hecho de alguna manera, tener que invertir en nuevas capacitaciones y poder abarcar áreas del conocimiento que el Hospital no tenia y que ha requerido para que esto se de, los recursos son los mismos en cuanto al personal lo que cambia es la formación de ese gestor público lo que ha hecho que el cambio se de porque el médico es para el sano como el médico es para el enfermo, no es la idea que yo le venda a usted la idea de lo que es la una citología a que usted a que usted con el dolor yo le diga que mañana lo tengo que operar y para que un niño se conserve sano hay que invertir muchos recursos con la misma población para que se identifiquen las oportunidades, facilitarles muchísimo el acceso y como era dirigido, entonces desde llevarlos hasta traerlos, visitarlos casa a casa llevarlos a sus casas, mandarles el volante traerles el taller gastar teléfono para mirar cuando pueden entonces esto es muy costoso acercarse y hacer mecanismos de adherencia. De los proyectos nuevos se ha invertido en guías de la salud la ruta de la salud, las nuevas personas que han llegado a talento humano para soportar todo lo de gestos público, todo eso requiere de un nuevo aprendizaje y ese aprendizaje cuesta; quizás cuando terminemos esto podamos cuantificar cuanto ha sido esto.

¿QUIÉNES ESTAN INVOLUCRADOS EN EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN?

En la formulación: participaron las oficinas de planeación, salud pública y la subgerencia de servicios de salud. Se ha hecho que todos los funcionarios estén involucrados.

Los beneficiarios: son toda la comunidad.

ENTREVISTA PATRICIA MEDINA JEFE DE ATENCIÓN AL USUARIO.

De los Proyectos Guías de atención al urinario y ruta de la salud:

1. QUIEN LO IDEÓ?

El Doctor Quiñones. Por que desde que empezó esta gerencia, la gran bandera y la política y eje de toda la gestión del Hospital a sido la satisfacción del usuario. Una de las dificultades que se encontró cuando se hizo el diagnóstico, es la dificultad que tienen las personas de manejar el tema de la seguridad social, antes venían a la consulta y se Iván ahora necesita saber que aseguramiento tiene, cual es su ARS cuales son sus deberes y sus derechos; para superar los problemas de accesibilidad a los servicios, a través de la información el Gerente se ideó lo de las guías de atención al usuario, como el Hospital no contaba con recursos propios; para poder llevar a cabo este proyecto, que requiere inversión en dinero, profesionales dedicados a capacitación los procesos de selección de seguimiento, se presentó como proyecto al fondo de desarrollo local de la localidad 18 y logramos que no lo apoyaran, el primer proyecto se presentó el 24 de diciembre del 2001 a las 12:00 a.m. y desde entonces hasta ahora hemos contado con la fortuna de que como el proyecto ha dado excelente resultados, una y otra vez nos han dado dinero para tener las guías de atención al usuario en los diferentes Centro de Atención.

2. COMO HA SIDO SU EVOLUCIÓN?

Empezamos con 11 guías y la base de este proyecto, que fueran personas de la comunidad, para dar empleo y capacitación a las personas de la comunidad y la segunda empezar a hacer todo lo que es la parte de información y divulgación en los Hospitales de la Localidad, porque como usted sabe nosotros somos un Hospital Fusionado y la gente no tenia muy claro quien era Rafael Uribe, todos sabían quien era el Olaya y quien era San Jorge, entonces empezamos a trabajar a nivel interno en cada uno de los Centros de Salud y a nivel Externo los guías acompañan las campañas de vacunación todos los eventos que hay de contrato, cualquier evento que implique presencia del Hospital en la Localidad ellos están ahí haciendo presencia, después con el tiempo nos ampliaron el número de personas a 13 por que se vio la necesidad de tener dos en los CAMIS, uno en urgencias y otro en consulta externa. Esto ha sido muy importante por que ya los usuarios los identifican, cuando tienen una duda van a buscar al de verde ya que el uniforme los identifica, como "el recurso de la decisión informada" con el color verde que tienen como distintivo.

Ha sido tan importante la decisión que en este momento Hospitales como Negativa, Usme, San Cristóbal y Pablo VI, van a desarrollar el Proyecto también, de acuerdo a lo que nosotros hemos hecho.

3. CUAL HA SIDO SU IMPACTO?

En este momento nosotros tenemos unos indicadores del número de personas que han informado nuestros usuarios. Cuando la Secretaria envió a evaluar como era la información que tenían, los usuarios en los diferentes Hospitales, arrojo que los usuarios del Hospital Rafael Uribe eran las mejor informadas, de los Hospitales Públicos, eso de se de a que los tenemos a ellos casi exclusivamente para esto, el primer contacto de los usuarios es con ellos, por que la primera orientación que ellos hacen es en las filas lo que permite que las personas no tienen que llegar hasta que lleguen adelante para saber que les falta documentación para poder ser atendidos, si soy yo o no soy yo la encargada de brindarle los servicios de salud.; esto ha permitido que la gente tenga la capacidad de decidir de una manera informada; ellos también están muy comprometidos con la implementación de nuestro modelo de atención de promoción y prevención y atención familiar, por que ellos están encargados de inducir a las personas para que ingresen por los programas de promoción y prevención ellos también están encargados de captar las mamitas en edades tempranas de gestación, para que ingresen a control de manera oportuna, son personas que tienen derecho a la atención en filas prioritarias porque es una política del Hospital y además es parte del reglamento de prestación de servicios. En estas filas prioritarias tenemos a las gestantes a las mamitas con niños de brazos a las personas con discapacidad inclusive hay una fila especial para los pacientes de promoción y prevención, con el fin de que estos grupos se atiendan con la prontitud y la asertividad que se merecen. Nos apoyan igualmente para captar población a que participe en los mecanismos de participación social en salud, como son la atención de usuarios, los comités de participación comunitaria y esto es muy importante porque también ayuda a cumplir grandes objetivos de nuestra plataforma estratégica que es la democratización de la gestión en salud, se lleve a cabo, con un canal de comunicación excelente como con los usuarios, ya se volvieron como un canal formal de comunicación de todo lo que tiene que ver con las redes, la red de buen trato la red de maternoperinatal la red materno infantil la red de personas con discapacidad.

Es tan importante el impacto del proyecto que el tiempo nos sacó una separata bien interesante que muchos Hospitales a partir de ello y de la exposición de gestión que se hizo en un encuentro de gerentes de hospitales en Paipa, donde se mostró como experiencia exitosa, tanto el proyecto de guías como el de la

ruta de la salud, si algo se ha destacado del Hospital en el Distrito son ese par de proyectos que tenemos para el cuidado y atención de nuestros usuarios.

4. ¿A RAÍZ DE QUE SURGIÓ LA IDEA, SI FUE UNA INICIATIVA PROPIA, SUGERENCIA O IMPOSICIÓN?

Como te decía en un principio, el proyecto nació por una inquietud del Dr Hector Javier Quiñones, el nos dio la idea porque para el siempre ha sido una preocupación, la calidez, con que atendamos a nuestros usuarios, la oportunidad que tengan la información, que piensan que necesitan, entonces fue una iniciativa del Gerente y la llevo a cabo la presentó la desarrollo y quien la ejecuta y la hace el seguimiento es la oficina de participación social y de atención al usuario.

5. EN CUANTO A LA RUTA DE LA SALUD DE QUIEN FUE LA IDEA?

Del Dr Hector Javier. La ruta de la salud nació en septiembre del 2002 cuando se hizo la apertura del CAMI del Olaya y nació para unir temporalmente nuestro CAMI del Diana que está en la parte alta y nuestro CAMI del Olaya que está en la parte baja de la Localidad. El espíritu era apoyar si necesito trasladar un funcionario para prestar alguna atención o un medicamento, un aparato si habían muchas personas en el servicio de urgencias en uno de los dos y el otro estaba más despejado; como tratar de una distribución oportuna y adecuada de la demanda y oferta de nuestros servicios de urgencia a través de la ruta. Igual la idea de El era de que las gestantes que daban a luz en nuestro Hospital fueran llevadas de manera gratuita hasta sus casas, ya que vimos que muchas mamas en el momento de salir con su bebe no tenían ni siquiera para el paraje e irse con su bebe a la casa. Esa fue la primera ruta de la salud del Hospital, nació con recursos propios, pero para ampliarla encontramos que la demanda era mayor y que cada vez habían grupos que necesitaban este apoyo, entonces se presentó de manera complementaria la ruta de la salud que se maneja desde esta oficina al Fondo de Desarrollo Local y desde entonces estamos ampliando este servicio a toda la comunidad.

6. ¿COMO HA SIDO SU EVOLUCIÓN?

Tenemos unos instrumentos de medición que te pueden se decir que tipo de población, por que motivos estamos atendiendo, cual ha sido su impacto y su evolución ha sido tan importante que aun estamos aquí desde el 2001 en

diciembre hasta hoy estamos aquí con recursos de la Localidad, ya es un servicio que la comunidad llaman y lo piden que hay una persona con discapacidad que tiene una consulta que hay una mamita que tiene control y no tiene para su pasaje; además tienen gente única y exclusivamente al cuidado de las maternas, la ruta se parquea o tiene como estacionamiento ciertos días en CAMI Diana o en el CAMI Chircales, para desplazar a las mamitas a que vayan a sus exámenes sus consultas a regresarlas a sus casas de una manera más segura y más cómoda; igualmente se hace con las personas de la tercera edad y las personas desplazadas que no conocen el sector, todos estos apoyos se hacen a través de la Ruta que se maneja desde la oficina.

5. ¿CUAL HA SIDO SU IMPACTO?

Los indicadores se los puedo dar por escrito.

6. ¿DE QUIEN FUE LA IDEA?

Es una inquietud del Dr. Héctor Javier.

ZONA DE DESPEJE ENTREVISTA A ALFREDO LEON

1. ¿QUIEN IDEÓ ESTE PROYECTO?

El proyecto está planteado para un año se presentó como una proyecto exitoso, y ocupó el segundo puesto. El proyecto fue ideado por mí yo soy Alfredo León Arias, soy acá doctor especializado en zona de despeje de profesión terapeuta ocupacional de la Nacional.

2. ¿COMO HA SIDO SU EVOLUCIÓN?

Ha sido muy satisfactorio el proyecto se implementó a través de dos fases, la primera fase fue una fase de sensibilización en la cual se abarcaba el concienciar a cada una de los usuarios del Hospital y de los diferentes Centros la importancia de lo que es manejar un conflicto. Hay conflictos de toda índole y el conflicto es una madeja de evidencias que ocurren en nuestra vida y que son inevitables y por lo general los conflictos generan crisis y las crisis cambios drásticos; para esta fase se visitó cada uno de los Centros inicialmente se planearon las capacitaciones en la sede, pero la gente debido a compromisos y falta de permisos por algunas directivas no podían asistir por lo tanto tocó organizar un nuevo cronograma para desplazarme a los Centros a dictar talleres de sensibilización para concienciar que el manejo del conflicto ayuda en un mejor

desempeño laboral, familiar social y sexual, que son las áreas que maneja el proyecto.

Una segunda fase era la de construcción lo que significa que lo que hemos aprehendido, aprehendido con "H" en la mitad, un conocimiento que hemos interiorizado como un hábito y desaprender es un poco complicado, porque es quitar hábitos de uno, creemos que un conflicto es algo negativo y le tenemos miedo enfrentar un conflicto; la parte de reconstrucción hace que la gente se acerque y de forma espontánea, de su conflicto e interiorice otras ideas con respecto al conflicto; para eso está creada esta oficina de 9 metros cuadrados donde la persona viene y se hace una charla abierta espontánea donde la persona siente la necesidad de abrir su corazón y comentar su conflicto y se identifique que tipo de conflicto es personal, familiar, social, sexual y netamente de tipo laboral; lo que es cierto es que cuando uno tiene uno de los conflictos en una de las cuatro áreas, va de todos modos a afectar nuestro desempeño laboral; por lo tanto una vez identificado el conflicto se habla con la persona, como podemos solucionar ese conflicto o que este potencializador tiene el conflicto y a partir de ahí la persona tiene cinco asesorías totalmente gratis, que son para llevar la secuencia del conflicto y no tienen que datar más de un mes; aunque hay personas que tienen hasta 35 asesorías, pues su conflicto es más de índole personal. Por último la fase de construcción donde la persona ha elaborado el conflicto y después viene y presenta unas tareas que ha realizado.

3. POR QUE UN TERAPEUTA OCUPACIONAL Y NO UN PSICÓLOGO.

El gerente es un gerente de puertas abiertas y yo dentro de mi desempeño profesional manejo personas de problemas de aprendizaje, autismo retardo mental y ancianos

He sido docente de la Universidad Nacional y del Rosario y me he dado cuenta que el índole básico de una persona que tiene problemas es básicamente su área psicosocial, nosotros vemos diferentes temperamentos y caracteres, en las personas y cuando yo ingrese vi personas que son excelente como trabajadores, pero que no son unidos para trabajar. Y como se vio la oportunidad de presentar un proyecto; Zona de despeje surge por iniciativa propia ante una necesidad sentida del Hospital y que las personas tenían muchos conflictos y querían ser escuchadas, entonces habían personas que tenían jefes inmediatos que abusaban de algunas personas y veían cosas injustas igualmente, habían conflictos en la oficinas por pequeñas cosas, que lejos de decrecer cada día acrecentaban más; ante eso surge la necesidad de crear esta oficina. Posteriormente viene un Psicoterapeuta llamado William Charry quien ha dado el sustento psicológico.

Que porque un terapeuta ocupacional porque yo mostré el interés, me gusta el área y creo que soy una persona que tiene la facultad para asumir el reto y los

resultados se ven en los indicadores que voy a mencionar, datan que ha sido un éxito. Creo que el éxito no es por los conocimientos que yo tenga como terapeuta ocupacional sino porque es un proyecto que se le ha metido la ficha dos años.

4. ¿CUAL HA SIDO SU IMPACTO?

El impacto lo podemos categorizar a través de los indicadores:

Numero de charlas programadas / total de charlas: 100%

Las charlas se dictaron en todos los centros, la eficiencia y la eficacia de estas fue muy buena. Lo único que no fue bueno fue la baja asistencia a las charlas debido a que la gente tiene sus agendas muy copadas y no toda la gente estaba dispuesta a escuchar una charla de conflicto y más cuando tiene conflicto, la gente le tiene miedo a confrontar.

El segundo indicador se refirió al número de instrumentos utilizados / sobre el número total de instrumentos programados: con el 100%, se evaluó una ficha de ingreso una ficha de seguimiento y una ficha de evaluación.

Las personas han respondido a las expectativas, la ficha de ingreso es cuando la persona viene por: iniciativa propia, detección del foco del conflicto, remitida por otra persona o cuando la persona quiere conocer del proyecto, se le llena esta ficha se le dan cuatro citas más, se registra su asistencia y por último una vez pasado el suceso y crea haber solucionado el conflicto, se hace una ficha de evaluación que es la que en esta semana estamos diligenciando.

5. ¿A RAÍZ DE QUE SURGIÓ LA IDEA: INICIATIVA PROPIA, SUGERENCIA O IMPOSICIÓN?

Como ya te había comentado. Yo trabajo para la dependencia de talento humano y ahí estamos todos con el propósito de brindar a las personas la capacidad de estar bien en el Hospital, uno no puede trabajar bien si uno no está bien. Este proyecto es lleva a las personas a que se concienticen que un conflicto es algo bueno, si se sabe asumir bien. Hay conflictos que son destructivos, existía una necesidad sentida del Hospital de que habían conflictos y que no eran bien canalizados, segundo a partir del modelo de ocupación humana y viendo a la persona desde un punto de vista Biopsicosocial. Surge a través de que es un proyecto del que tiene mucho que cortar a Zona de despeje le han nacido dos hijos: "Escuela de Líderes" y "Pedagogía del error son proyectos que están funcionando y han dado pasos agigantados tu tienes que entender que si hubiera sido un fracaso al inicio no se le reprodujeran más ideas. Se montó una capacitación dentro del Hospital que es como funciona Escuela de Lideres; junto con la Universidad de la Sabana y por la cual va a pasar el 90% de los

funcionarios del Hospital y va a ser como un postgrado. La parte operativa la realiza William Charry.

De un 100% programados han asistido 82% el restante 18% han fallado por que han tenido periodos de ausentismo o por que simple mente no volvieron pero en un éxito, porque de 70 personas programadas vengan 54 de las cuales el 96% está satisfecha por el tratamiento que se le ha dado a su conflicto y de estos mas de un 48% le han dado solución a su conflicto.

Hay conflictos desde el duelo, de violencia familiar, sexual y en estos casos dura entre uno o dos años para que se solucione el conflicto.

Muchas veces involucra personas extramurales, se han traído 7 adolescentes y dos personas extramurales para solucionar un conflicto. Se ha trabajado en equipo de familia.